

# Sykkelvei, sykehjem eller lavterskeltilbud?

PSY  
KOL  
OGI



*Tittelen på Blankholm-utvalgets NOU 2018:16 forteller om dens innhold: «Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.» Prinsippene vil stå sentralt i den kommunale tjenesteutviklingen i årene som kommer.*

## TEKST

**Bjørnar Olsen**

**PUBLISERT 17. januar 2019**

Det er i kommunen vi lever, og det er her mange av oss vil motta helse- og omsorgstjenester.<sup>[1]</sup> Med samhandlingsreformen har også kommunene fått en viktigere rolle når det gjelder å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Samtidig har kommunen en annen rolle enn spesialisthelsetjenesten: Mens sistnevnte forenklet handler om diagnostisering og behandling av sykdom, vil de kommunale tjenestene ofte handle om å mestre og leve et liv med sykdom og lidelser. Og der spesialisthelsetjenesten prioriterer behandling mellom pasientgrupper, vil man i kommunen også måtte prioritere mellom ulike sektorer, som skole, renovasjon, vei og helsetjenester.

«Kommunen har et langt bredere samfunnsoppdrag enn spesialisthelsetjenesten. Der sistnevnte prioriterer mellom ulike helsetjenester, må kommunene også vurdere hvilke sektorer som skal få forrang når budsjettmidler og ressurser skal fordeles»

### **Felles prinsipper**

Siden 1987 har man hatt fire offentlige utredninger om prioriteringer i helsetjenesten; alle med vekt på spesialisthelsetjenesten og folketrygdens refusjon av legemidler. Med Blankholm-utvalgets NOU om prinsipper for prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester får vi nok et signal om at det er i kommunen (og fylkeskommunen) mange av disse tjenestene vil utvikles og leveres i årene som kommer. Dette er tanker vi har sett i flere offentlige utredninger og stortingsmeldinger de senere årene, ikke minst i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

At det handler om ressursprioritering, kommer frem alt i utvalgets mandat: «Utvalgets forslag skal holdes innenfor dagens økonomiske rammer for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten.» Og først og fremst handler det om å etablere felles prinsipper for ressursfordeling, enten det dreier seg om å prioritere pasientgruppe A foran pasientgruppe B eller å pusse opp et sykehjem før kommunen satser på forebygging. Og prinsippene går helt ned til den enkelte helse- og omsorgsarbeiders arbeidsdag: Hvordan disponeres arbeidstiden slik at man bruker ressursene der de gir størst nytte og for de pasientene og brukerne som trenger dem mest?

Når både arbeidstakere, ledere, lokalpolitikere og andre skal bruke de samme prioriteringsprinsippene i både utøvelsen og utformingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må prinsippene være tydelige og forståelige, samt oppleves som legitime prinsipper av befolkningen. Det betyr også at prinsippene må være åpne og etterprøvbare, og at beslutningene som tas i en kommune, må hvile på den samme forståelsen av prinsippene som i andre kommuner. Gitt det kommunale selvstyret her til lands, er ikke dette noen enkel øvelse, og øvelsen blir ikke enklere av at vi vet at det er store geografiske og sosioøkonomiske ulikheter i bruken av helse- og omsorgstjenestene, og at Kostra-tall viser store kommunale forskjeller i tjenestetilbudet. Spissformulert: Avvik fra målsettingen om likeverdige helsetjenester må påregnes.

### **Mer enn behandling**

Mange pasienter vil gjennom sitt sykdomsforløp ha kontakt med både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som når oppfølgingen av et hoftebrudd skjer i

kommunen. Utvalget finner det derfor naturlig å bygge på spesialisthelsetjenestens tre prioriteringskriterier: nytte, ressurs og alvorlighet. Men utvalget peker på at særtrekk ved kommunene og fylkeskommunene får følger for prinsippene. Det gjelder ikke minst at kommunen har ansvar for at befolkningen skal kunne leve med sin tilstand. Utvalget utvider derfor spesialisthelsetjenestens nytte- og alvorlighetskriterier med å legge til fysisk, psykisk og sosial mestring, og anbefaler også å vurdere hvorvidt dette mestringskriteriet bør tas inn i spesialisthelsetjenestens prioriteringsprinsipper. Det er nok mer enn én helsepsykolog som vil applaudere en slik utvidelse.

Utvalget trekker frem spesielt tre forhold som gjør kommunale tjenester forskjellig fra spesialisthelsetjenesten:

1. Kommunen har et langt bredere samfunnsoppdrag enn spesialisthelsetjenesten. Der sistnevnte prioriterer mellom ulike helsetjenester, må kommunene også vurdere hvilke sektorer som skal få forrang når budsjettmidler skal fordeles. Det kan handle om trygg skolevei fremfor flere ansatte i skolehelsetjenesten; en ny fotballbane før det settes av midler til sykehjemsopprusting; at man går for full barnehagedekning før man bygger opp lavterskeltilbud.
2. Mens spesialisthelsetjenesten ofte retter blikket mot en avgrenset problemstilling eller én diagnose av gangen, vil de kommunale tjenestene måtte se et større bilde. Bevegelsen fra behandling til livsmestring reflekteres i at svært mange brukere i kommunen har nedsatt funksjon, ved at rundt 90 prosent av tjenestebrukerne har multisykdom, og ved at mange av tiltakene vil være knyttet til habilitering og rehabilitering. Tidshorisonen er derfor lengre enn den spesialisthelsetjenesten opererer med. Dette understrekes også ved at vi ser en tredobling av antall mottakere av omsorgstjenester under 67 år i kommunen de siste 20 årene, en utvikling som blant annet handler om endringer i oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i kjølvannet av HVPU-reformen, opptrappingsplanen for psykisk helse og nå sist, samhandlingsreformen.
3. Dessuten mangler vi kunnskap om effekten av ulike kommunale tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at myndighetene politisk har vedtatt at langt flere tjenester skal leveres lokalt, men at de lokale myndighetene og de kommunalt ansatte som skal levere disse tjenestene, enn så lenge ikke får rare drahjelpen fra forskning og systematisk dokumentasjon når de skal velge hvilke tiltak som skal ha forrang.

## **Beslutningsnivå**

Det skilles også mellom prioriteringsbeslutninger på faglig, administrativt og politisk nivå. På det faglige nivået ligner beslutningene de som tas på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten: Hvilke pasienter skal få hvilken hjelp. Dette er prioriteringsbeslutninger som må anses som en sentral del av jobben til helse- og omsorgspersonell, heter det. Verken en lege, psykolog eller andre yrkeshjelpere kan være advokat for sin pasient alene, men må se det opp mot en samlet ressursbruk. (Dette er ellers en del av jobben psykologstanden har unndratt seg, mente Ole Jacob

Madsen i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet.) På det politiske og administrative nivået handler det om fordeling av ressurser innad i helse- og omsorgstjenesten, men også mellom disse tjenestene og de øvrige sektorene kommunen har ansvar for.

Utvalget mener de tre kriteriene alvorlighet, nytte og ressursbruk gir et godt grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. De skal altså gi klare føringer for både beslutninger i kommunestyret, administrasjonens ressursallokering og i møte med den enkelte bruker.

Ser vi på hvem som er beslutningstakere på de ulike nivåene, finner vi at helse- og sosialpersonell kun inngår på det faglige nivået, mens brukere er beslutningstakere på alle tre nivåer. Det er likevel slik at helse- og sosialpersonell har innflytelse også på de andre nivåene, men da enten gjennom rådgivende funksjon eller ved at de sitter i andre typer stillinger, som medlem av kommunestyret eller er del av den kommunale ledelsen.

### **Nytte, alvorlighet og ressursbruk**

Prioriteringskriteriene nytte og alvorlighet er speilbilder av hverandre. En tilstand er alvorlig hvis den gir stor risiko for død eller funksjonstap, mens tiltakets nytteverdi øker hvis det gir større sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap. Jo større fysisk og psykisk funksjonstap, dess mer alvorlig – mens nytten ligger i funksjonsforbedring. Smerter og fysisk og psykisk ubehag knyttes til alvorlighetskriteriet, mens redusert ubehag viser til tiltakets nytte. Utvalgets forslag om at fysisk, psykisk og sosial mestring skal inngå i prioriteringskriteriene, speiles på samme vis: Lav mestringsgrad er alvorlig, bedret mestringssevnen er nyttig.

Det tredje kriteriet handler om ressurser: Jo mindre ressurser tiltaket legger beslag på, jo høyere skal det prioriteres. Men dette kriteriet skal ikke brukes alene, kun sammen med de to andre kriteriene.

Flere organisasjoner har i sine innspill til utvalget uttrykt bekymring for at alvorlighetskriteriet vil medføre at akutte tilstander prioriteres foran forebygging. Utvalget deler ikke denne bekymringen, og mener slike bekymringer skyldes at man har misforstått kriteriets anvendelse i spesialisthelsetjenesten: Forebyggende tiltak kan redusere risiko for død eller funksjonstap, og påvirker slik en tilstands alvorlighet. Slike tiltak kan dermed vektlegges i prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå. Utvalget mener derfor at blant annet Psykologforeningens innspill om viktigheten av å tilby tjenester til mennesker med relativt lavt lidelsestrykk vil ivaretas i utvalgets forslag.

Utredningen betoner flere steder at helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal ha en lavere terskel enn i spesialisthelsetjenesten: Alle står fritt til å oppsøke sin fastlege eller skolehelsetjenesten – også der det ikke er et reelt behov. Det betyr at førstekontakten med helse- og omsorgstjenesten ikke kan følge prioriteringskriteriene. Siden alle kommunale helse- og omsorgstjenester har som oppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid, vil dette måtte reflekteres i anvendelsen av

prioriteringskriteriene. Utredningen virker altså klar i sitt budskap om at forebyggende og helsefremmende arbeid har sin naturlige plass i kommunens tjenester.

## **Åpenhet og brukervedvirkning**

For å sikre at prioriteringsbeslutninger har legitimitet i befolkningen, er åpenhet viktig. Uten innsyn er det vanskelig for borgerne å forstå hvorfor noe prioriteres fremfor noe annet. Åpenhet er også viktig for brukervedvirkning (påførende inkludert), mener utvalget. Denne vedvirkningen skal skje på flere nivåer: gjennom påvirkning av regjeringens politikk, på overordnet nivå i kommunen og på faglig nivå gjennom utforming av eget helse- og omsorgstilbud.

Brukervedvirkning er ment å gi mer tilpassede tjenester og tiltak, noe som ikke minst er relevant i kommunale helse- og omsorgstjenester der (livslang) mestring er så sentralt. Utvalget mener at pasientrollen står langt sterkere i kommunale tjenester enn i spesialisthelsetjenesten, der det snarere er diagnoser, avansert teknologi og helsepersonell som råder grunnen. Det virker betimelig å spørre hvordan en slik forståelse av forholdet mellom pasient og helsepersonell kan påvirke utviklingen i psykisk helsevern, enten den skjer i spesialisthelsetjenesten eller kommunen.

## **Tjenestetolkning**

Hvordan tjenestene tolker kriteriene, vil være det som på lengre sikt skal bidra til en felles, enhetlig forståelse av kriterienes anvendelse. Det betyr også at man kan påvirke tjenesteutviklingen gjennom å gi innhold til disse kriteriene. Som Magne Raundalen skrev i november 2010: Styrende myndigheter tar de sentrale forslagene i en NOU på stort alvor og vil ofte iverksette dem. Når Blankholm-utvalget i tillegg allerede bygger på en stortingsmelding om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, er det liten grunn til å tro at de overordnede politiske rammene vil avvike stort fra det vi kan lese i denne utredningen. Men i operasjonaliseringen er det trolig langt større muligheter til å påvirke, ikke minst innen psykisk helse og rusfeltet, som virker underkommunisert i utredningen så langt (se også leder i januarutgaven av Psykologtidsskriftet).

---

[1] Blankholm-utvalgets utredning omfatter både helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten. I denne analysen er ikke følgene for tannhelsetjenesten beskrevet, men prioriteringsprinsippene som beskrives, er ment å gjelde også her.

### **TEKST**

**Bjørnar Olsen**, Sjefredaktør