



## Innspill fra Pensjonistforbundet til offentlig utvalg om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Blankholm-utvalget

### ***Prioriteringsutfordringer for den gruppen vi representerer***

Pensjonistforbundet har 230.000 medlemmer. I vårt innspill løfter vi fram noen av de områdene der våre medlemmer støter på prioriteringsutfordringer i de kommunale tjenestene og tannhelsetjenesten. Vi går ut fra at utvalget er vel kjent med disse områdene og antar at hensikten med å be om innspill er å få oss til å peke på de områdene vi synes er viktige.

### ***Kommunal helse- og omsorgstjeneste (KHOT)***

#### **Aldersdiskriminering – alder som prioriteringskriterium.**

For brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er diskrimineringen fastslått i lovs form. Rett til BPA omfatter ikke personer over 67 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d. Kun alder er brukt som kriterium, ingen av de tre kriteriene fra stortingsmelding 34 (2015-16).

Det rapporteres om bruk av alder som prioriteringskriterium for tildeling av enkelte andre kommunale tjenester også. I noen kommuner får man for eksempel ikke psykiske helsetjenester når man er over en viss alder.

Alder bør ikke være et kriterium for tildeling av kommunale tjenester

#### **Rehabilitering.**

Store pasientgrupper som for eksempel personer som har hatt slag, lårhalsbrudd eller innsatt hofteprotese har behov for rehabilitering etter et sykehusopphold. Det er vårt inntrykk at rehabilitering til eldre har blitt gradvis nedprioritert. Uklar ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommuner gjør ikke saken bedre. Vi ser at dette fører til at mange eldre ikke oppnår det funksjonsnivået de kunne oppnådd. Dermed får de dårligere livskvalitet og mer behov for pleie og omsorgstjenester.

Et annet aktuelt område er hverdagsrehabilitering som har hatt mye vind i seilene de senere årene. Målet er å bedre brukerens funksjonsnivå og dermed livskvalitet. Det vil ofte kreve at man prioriterer en relativt stor innsats i starten, mens man håper å spare ressurser på sikt og sørge for at brukeren kan klare seg bedre og lengre hjemme. Resultater av følgeevaluering er positive i hvert fall på kort sikt, men mer usikre på lang sikt. Innføring av en slik metode har sin parallell i innføring av nye behandlingsmetoder i SHT. Der har man mer erfaring med å anvende prioriteringskriteriene på spørsmål om innføring eller ikke.

#### **Hjemmesykepleie/hjemmetjenester.**

Her er det to hovedtyper utfordringer vår gruppe støter på.

Det ene er hvilke tjenester som skal tilbys og hvilke som ikke skal tilbys. Skal hjemmehjelpen f. eks. handle for brukeren, lage mat osv.

Det andre er omfanget av tjenestene. Hvor ofte skal det vaskes og støvsuges? Hvor ofte skal brukeren dusjes eller bades?

Her har vi sett at det ytes mer tjenester til yngre enn til eldre selv om de har samme behov. (Jfr. Hvordan fordele omsorg? utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere Fafo.)

### **Tiltak i SHT påvirker behovet for tiltak i KHOT**

Økt poliklinisk behandling er et slikt tiltak. Det kan være positivt både for pasienten, SHT og det vil kunne spare samfunnet for store kostnader. Men det vil også kunne medføre mange og lange pasientreiser, flere syke eldre må få hjelp i hjemmet og det er behov for mer pårørendestøtte.

Flere og flere eldre blir skrevet ut tidligere fra sykehus fordi de er «ferdig behandlet» på sykehus, men de er ikke ferdig behandlet i kommunen. Flere som blir skrevet ut fra sykehus i dag har behov for omfattende behandling og pleie i eget hjem.

Slike tiltak i SHT vil føre til økt behov for mer avanserte tjenester i kommunen og dermed personell med en annen kompetanse enn tidligere. Kommunens prioriteringer vil påvirkes.

### **Tildeling av plass og tjenester i sykehjem.**

Vi ønsker nasjonale kriterier på tildeling av plass i sykehjem. Det er dessverre fremdeles mangel på sykehjems plasser. En del av denne diskusjonen er avveiningen mellom omfanget av kommunens hjemmetjenester i forhold til omfanget av institusjonstjenestene. Der hvor man har bygget institusjonskapasiteten kraftig ned, er det problemer med å skaffe plasser til de som har behov for det.

Tiltak rettet mot den enkelte bruker skal være omfattet av vedtak. I dag vil en beboer i omsorgsbolig ha individuelt vedtak om fysioterapi, hjelp til spising og bading, mens en beboer på sykehjem kan ha behov for fysioterapi, men kommunen har for lav bemanning av fysioterapeuter til at tilbudet kan gis til alle sykehjemsbeboere.

Pensjonistforbundet vil understreke at eldre bør ha rett til å få enerom på sykehjem.

Utfordringene rundt ulike betalingsmåter og kvalitetskrav for kommunens ulike institusjons og institusjonslignende tilbud må også nevnes. Det dreier seg om sykehjem versus for eksempel «bokollektiv» og «tilrettelagt bolig med døgnbemanning»

### **Legevakt**

Her er det ofte ikke spørsmål om man skal få tjenester eller ikke, men om man kan få sykebesøk eller om man må møte opp på legevakten. Her er det en del vanskelige avveininger. Det blir ofte framhevet at nytteverdien ved oppmøte er større enn ved sykebesøk fordi det kan gjøres supplerende undersøkelser i form av f. eks blodprøver. På den andre siden kan oppmøte redusere nytteverdien fordi tilstanden kan bli forverret ved lang og strevsom transport.

Sykebesøk er dyrere enn oppmøte dersom man ser på legens honorar og utgifter til legetransport. Men frammøte på legevakten har også en kostnad for pasienten både



i form av transportkostnader og i form av den belastningen man blir utsatt for ved å bli transportert syk og elendig lange veier. Blir slike hensyn vektet tilstrekkelig i dag?

Hvis flere enn i dag skal få sykebesøk betyr det at legene får behandlet færre pasienter gitt samme bemanning. Hva er riktig å velge dersom det ikke blir økt bemanning?

I det hele tatt stiller vi spørsmålsteget ved i hvilken grad slike vurderinger gjøres eksplisitt når det tas beslutninger om enkeltpasienter, når retningslinjer for legevakter skal utformes og når det planlegges større sentraliserte legevakter med økte avstander både for pasienter og leger.

### **Fastlegetjenesten**

Flere eldre klager over at de ikke får nok tid hos fastlegen. Det kan tyde på at eldre med flere sykdommer er nedprioritert. Mange eldre har flere kroniske sykdommer og trenger ekstra tid hos fastlegen. Fastlegen bør en gang i året ha en helsesamtale med eldre. Dette vil være en god investering for den eldre fysiske og psykiske helse.

Fastlegeforskriften stiller krav til legene om at de skal prioritere pasienter som er på deres liste. Dessuten stilles det i § 21 et tydelig prioriteringskrav:  
*«Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad.»*

Kriteriene er haste- og alvorlighetsgrad. Nytte og kostnad er ikke nevnt.

Fastlegene har en viktig prioriteringsfunksjon ved henvisning til SHT. I forskriften står det at henvisningene skal støtte faglig riktig oppgavefordeling, men uten noen ytterligere presisering. Det hender nok at fastleger henviser for ofte, men pasienter klager sjelden på det. Det er heller manglende vilje til å henviser som er ankepunktet fra pasientene. Dette er kanskje et område der prioriteringskriteriene kunne komme mer til anvendelse i KHOT selv om SHT også prioriterer når de vurderer henvisningen. For oss er det viktig at det er de som har størst behov for hjelp som får det og ikke de som f. eks roper høyest.

### **Tannhelsetjenesten**

Tann- og munnhelsen kan påvirke den generelle fysiske og psykiske helse, men også omvendt. Dårlig munnhelse øker risikoen for en rekke alvorlige sykdommer og kan medføre dårligere ernæring og livskvalitet.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for flere prioriterte grupper, blant dem gruppe C som er eldre og uføre i institusjon (gr. C1) og eldre og uføre med hjemmesykepleie minst 1 gang i uken (gr.C2). Pensjonistene hører stort sett til i gr. C som betyr at de er på tredje plass på prioriteringslista etter barn og unge og psykisk utviklingshemmede. Vi vet at det offentlige munn- og tannhelsetilbudet til våre eldre er svært mangelfullt mange steder og fører til dårligere tann- og munnhelse, sammen med redusert helsetilstand. Regelmessig og oppsøkende tilbud til denne gruppen er etter vårt syn ikke godt nok ivaretatt. Den offentlige munn- og tannhelsetjenesten til eldre må prioriteres høyere og det må økte ressurser til for å gi den nødvendige lovpålagte tannhelsetjenesten. Vi etterlyser også bedre lokalt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og KHOT.

## **Er dagens prioriteringskriterier relevante for KHOT**

SHT og KHOT skiller seg fra hverandre blant annet ved følgende: I SHT kommer folk inn for å få løst et spesifikt problem, de er inne i et avgrenset tidsrom og så bærer det ut igjen. I KHOT er de gjerne over lang tid, noen kanskje hele livet. Den tar seg av hele mennesket med alle dets mangslungne problemer, og ikke bare ett spesifikt problem.

Prinsipielt er likevel dagens tre prioriteringskriterier, nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet anvendelige også i KHOT. Det vanskeligste kriteriet å operasjonalisere er nyttekriteriet. Det skyldes at tjenesten ofte består av mange ulike tiltak over lang tid rettet mot hele mennesket. Disse personene kan ha flere kroniske og langvarige sykdommer og ha funksjonssvikt på ett eller flere områder. Håndteringen av nyttekriteriet slik det er beskrevet i st.meld. 34 (2015-16), lar seg ikke umiddelbart overføre til disse situasjonene.

Mange vil hevde at det ikke er mulig, ja kanskje ikke engang riktig å sette et tall på nytteverdien av et tiltak. Siden prioritering handler om å velge hvem som skal få og hvem som skal få mindre, bør nytteverdien av de ulike tiltakene kunne omgjøres til en felles «valuta». Slik får man et grunnlag for å sammenligne ulike tiltak. I KHT vil den nytteverdien man kommer fram til i mange tilfeller være en svært usikker størrelse, slik det er beskrevet i mandatet til utvalget. Vi mener det er viktig å gjøre nyttevurderingen så tydelig og åpen som mulig slik at andre kan etter gå den. Uansett må det til slutt gjøres et valg (en prioritering), og da er det best at vurderingene er så åpne som mulig. Det forutsetter at man har noen kriterier. Vi har ikke noen bedre kriterier å foreslå enn de tre som er lansert. Den store utfordringen blir hvordan man fastsetter nytte og alvorlighet. Det er antakeligvis nødvendig å vurdere livskvalitet/ funksjon og sjansen for funksjonstap/ funksjonsforbedring veldig vidt.

Det som er sagt ovenfor om nyttevurderingene gjelder også til en viss grad for vurdering av alvorlighet. Det burde være like enkelt som i SHT. Det er jo samme person det dreier seg om. Likevel må man i KHOT se hele mennesket, ikke bare én tilstand slik man gjør i SHT.

Vi vil også gjerne påpeke at før man begynner et konkret prioriteringsarbeid i kommunen må det foreligge en konkret beskrivelse av hvordan det står til med helse- og omsorgstjenesten og sykdomsbildet i den enkelte kommune. Dette foreligger delvis i dag på kommunenivå og fylkesnivå i form av tilgjengelige nøkkeltall. Det er dessuten helt nødvendig å utdype og detaljere dette i hver enkelt kommune. og synliggjøre det på en god måte for helsepersonell, beslutningstakere i politikk og adm. og allmenheten.

Med vennlig hilsen  
**Pensjonistforbundet**



Harald Olimb Norman  
Generalsekretær



Anne Hanshus  
Rådgiver helse