

Fra: Pensjonistforbundet Møre og Romsdal <wordpress@nettsteder.regjeringen.no>

Sendt: 26. april 2018 15.39

Til: HOD-Prioriteringsutvalget <Prioriteringsutvalget@hod.dep.no>

Emne: Blankholmutvalget "Innspel til «Utvalg om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten»"

Fra: Pensjonistforbundet Møre og Romsdal <moreogromsdal@pensjonistforbundet.no>

Emne: Innspel til «Utvalg om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten»

Innspill:

Problemstillingene som mandatet til utvalet reiser er svært omfattande og kompliserte, men relevante. Eg vil her særleg peike på første avsnitt s. 2 i «Innspelsnotatet». Dette utvalsarbeidet er av overmåte stor interesse for Pensjonistforbundet sitt legitime engasjement innanfor kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det er korkje råd med eller tilrådeleg i det som må bli eit kort notat å gå i detaljer. Eg vil derfor avgrense innspelet mitt til å peike på nokre områder som eg meiner vil bli viktige å ha fokus på og gjennomgåande drøfting av.

- I Meld. St. 34 (kap. 1.12.) blir det sagt: «Storting, regjering og kommunestyre tar beslutninger med store prioriteringskonsekvenser, bl.a. knyttet til fordeling av budsjettmidler og fastsettelse av regelverk. Selv om beslutninger i politiske organ må fattes ut fra en helhetlig avveining av mange ulike hensyn, er det likevel et mål at beslutningsgrunnlaget for å sikre effektiv og rettferdig fordeling er mest mulig opplyst.» Det blir her vidare peikt på betydninga av grundige analyser m.a. for å identifisere målkonflikter. Dei kommunale politiske organ står her overfor store utfordringar i prioritering mellom dei ulike verksemdsområder alt i dag. Utfordringene på desse «arenaer» vil bli vesentleg forsterka i den næraste framtid ved kommunereforma og den demografiske utvikling. Den kommunale politiske prioritering vil også kunne få stor innvirkning på balansen mellom kvantitet/volum og kvalitet på tenestene. Den berører ikkje berre den daglege drift, men i vesentleg grad også investeringer og utdanning / tilsetting av personell (sml. trongen om kompetanseheving i forhold til «Samhandlingsreforma» og personell som fysioterapeut, logoped og psykolog i forhold til prinsippet om rehabilitering og forbygging. Desse problemområda har fått for liten omtale i «Innspillsnotatet».

- Både i Meld. St. 34 og i «Innspillsnotatet» er forholdet mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstjenesta omtala med tanke på gjensidig konsekvens for prioritering, t.d. s.14 (kap. 1.6.): «Tiltak i spesialisthelsetjenesten kan øke eller redusere ressursbruken i den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Eit overmåte viktig punkt. Dette er i mange tilfelle både nødvendig og rett. Men dessverre skjer det ofte for tilfeldig og uten adekvat styring frå den eine eller andre part. Grenseoppgangen i dag er ikkje adekvat og ofte til stor frustrasjon. Eg opplever at denne problemstillinga i særleg grad går utover eldre og psykiatriske pasientar. Dette blir etter mi vurdering eit viktig område for utvalet å ta fatt i.

- Dei siste åra har vi hatt ein debatt med høg temperatur omkring sjukeheim kontra «bukollektiv» / «tilrettelagt bustad med døgnbemanning» og den ulike betalingsordning og tildelingspraksis for tenester dette inneber. Dette er ein uverdige organisatorisk situasjon for det eg med ei fellesnemning vil kalle «kommunal institusjonstjeneste». Utvalet bør «ta tak i» og kome med ei tilråding om dette.

- Eg er redd for at problemstillinga omkring eigenfinansiering/private aktørar vil få

aukande aktualitet også i kommunal helse- og omsorgsteneste. Dette temaet var omtala i Meld. St. 34 (sml. kap. 1.13), og bør også få ein brei omtale i Blankholmutvalget.

- Velferdsteknologi har dei siste åra fått ein sentral plass i drøftinga av kommunal eldreomsorg i framtida. Eg er redd for at teknologien lett kan få for stor og ukritisk plass. Er det eit felt brukarmedverknad må kome sterkt og avgjerande inn så er det her.
- Brukarmedverknad i tenestetildeling er sjølv sagt, både ut frå lovgrunnlag og verdigheitstenkning. Men det står nok enno ein god del att før dette prinsippet er «implementert» på ein god måte i kommunal helse- og omsorgsteneste både på system- og individnivå. Som i spesialisthelsetenesta bør det bli lovpålagt også her.
- Pårørande er så vidt nemnde i samandraget til Meld. St. 34 (kap. 1.5.): «Helseforbedring for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte». Pårørande og pasient/brukar sin sosiale situasjon må på ein heilt annan og omfattande måte få sin plass i ei kommunal tenestetildeling og prioritering. Dette ser eg på som ei viktig utfordring for Blankholmutvalget.
- Omgrepet «alternativkostnad» er omtala fleire stader i Meld. St. 34. (sjå kap. 1.8. og 1.10.) Bruken av dette prinsippet er komplisert og ikkje heilt uproblematisk. Eg trur likevel ein kan tenkje tilsvarande i prioritering mellom institusjonsplass og heimebasert teneste. Utvalet bør sjå nærare på dette fordi denne avveginga vil få aukande aktualitet i tida framover.
- I prioriteringsarbeid er det avgjerande å ha eit «kart» å styre etter. Meld. St. 34. har ein brei omtale av dette, særleg under omgrepet «virkemidler», (sml. kap. 1.12.): «For å bidra til ønsket prioritering må de foreslåtte prinsippene for prioritering reflekteres i relevante virkemidler på ulike nivåer» og «På klinisk nivå er prioriteringsforskriften og ulike former for faglige beslutningsstøtteverktøy sentrale virkemidler for prioritering. Som eit innspel for den kommunale helse- og omsorgstenesta er det her naturleg å nemne «Tildelingskriterier for tenestetilbod i den kommunale helse- og omsorgstenesta» utvikla i høve pågåande forsøk i spørsmål om statleg finansiering. Desse tildelingskriterier bør utvalet vurdere nærare for snarleg bruk på nasjonalt nivå.

Fylkessekretær Rolf Bjørseth
Pensjonistforbundet Møre og Romsdal

--

Denne e-posten ble sendt fra et kontaktskjema på Blankholmutvalget
(www.blankholmutvalget.no)