

# **Innspill til Blankholmutvalget**

## **Innledning**

Formålet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og innen tannhelse. Målet er å beskrive utfordringsbildet og behovet for å prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kartlegge og beskrive situasjoner der det tas prioriteringsbeslutninger, beskrive det verdimeslige utgangspunktet for prioritering, og basert på dette drøfte, å foreslå mulige prinsipper for prioritering og ev. hensyn som bør vektlegges i prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videre skal utvalget drøfte og komme med forslag til tiltak og virkemidler som vil bidra til at prioriteringsbeslutninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i tråd med overordnede verdier. Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innen tannhelse vil prioriteringsspørsmål også omfatte folketrygdens stønadsordning til tannbehandling. Utvalget bes om å se hen til Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015-2016), jf. Innst. 57 S (2016-2017) og vurdere i hvilken grad prinsippene for prioritering som er foreslått i meldingen også er relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert tannhelsetjenesten.

Mandatet er meget omfattende, og det vil være all grunn til å gratulere utvalget dersom det virkelig klarer å behandle alle de vanskelige og arbeidskrevende problemstillingene på en tilfredsstillende måte på den korte tiden det er tildelt.

## **Innspill fra SAFO**

SAFO vil advare mot å overføre prioriteringsregler fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenestens primære oppgave er å behandle akutt og alvorlig sykdom, mens kommunehelsetjenesten ved siden av å gi helsehjelp og behandling også skal sørge for samfunnsdeltakelse. Da sosialtjenesteloven ble inkorporert i kommunehelsetjenesteloven ble deltagerperspektivet og likestilling sterkt framhevet. Kommunehelsetjenesten må derfor ha en helt annen prioritering i sitt virke enn spesialisthelsetjenesten. I den senere tid har det vært mye snakk om brukerstyrt personlig assistanse. Ordningen målsetning er ikke primært rettet mot helsehjelp, men det å kunne delta i samfunnet.

Det samme gjelder store deler av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og de øvrige kommunale omsorgstjenestene.

SAFO vil i denne omgang peke på at en viktig svakhet i det norske styringssystemet er at det nasjonale politiske nivå i alt for liten grad følger opp gjennomføringen av de mål som formuleres i lover og andre stortingsbeslutninger. Et eksempel er den reformen for mennesker med -utviklingshemming som ble vedtatt for omlag 30 år siden. Hensikten med den er, fortjenstfullt, blitt formulert i helse-og omsorgstjenestelovens omsorgsparagraf, hvor det bl.a. heter at

*«Lovens formål er særlig å .....3. sikre at den enkelte får mulighet i å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, .....6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.....».*

Tilsvarende bestemmelser er gitt i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, som Stortinget i 2013 vedtok å ratifisere.

Som det fremgår bl.a. av *NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*, er man langt fra å realisere rettighetene for alle, og man er nå kommet i den beklagelige situasjon at forbedringer som ble oppnådd i de første reformårene, til dels er reversert. Denne konklusjon underbygges av Helsetilsynets rapport **Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming**. (Rapport fra Helsetilsynet 4/2017. Oktober 2017.)

I Blankholmutvalgets mandat pkt 4. *Virkemidler for bedre prioriteringer* heter det bl.a.:

*«Prioriteringer skjer på ulike nivåer og ofte i samspill mellom flere aktører med ulike interesse- og ansvarsområder. Sentrale myndigheter og forvaltning styrer de overordnede prioriteringene gjennom å tilrettelegge økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkår. Samtidig har statlige fagmyndigheter et ansvar for å understøtte gode prioriteringer gjennom veiledere og retningslinjer. Retningslinjene kan hjelpe helse- og sosialpersonell til å*

*prioritere i samsvar med gjeldende lovverk og overordnede mål som likeverdighet i tjenestetilbudet. Det finnes i dag regler som sier noe om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bl.a. fastlegeforskriften og pasient- og brukerrettighetsloven. Utvalget skal utrede og ev. foreslå virkemidler for å understøtte prioriteringsbeslutninger på de ulike nivåene.»*

I kap. 4 *Veien videre* i nevnte rapport utfordrer Helsetilsynet både brukerne, tjenestepersonell, kommuneledelsen, spesialisthelsetjenesten og Helsedirektoratet til å klarlegge hva som skal til for å få til kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming. Helsedirektoratet utfordres til å

*«å utarbeide veiledningsmaterieell for tjenestene. Tilsynsfunnene tilsier at det er behov for faglige råd og føringer til kommunene. Vi ber Helsedirektoratet vurdere om det for eksempel er grunnlag for å lage en nasjonal faglig retningslinje som tydelig formulerer hva som er forsvarlige tjenester og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilrettelagt og der brukerne medvirker i eget tilbud.»*

Kunnskap om status på de områdene en har ansvar for, er helt nødvendig for å kunne foreta prioritering innen disse områdene og eventuelle nye satsinger (eller «reformer» som alt nytt synes å hete i dagen politikerspråk).

Vi mener at ikke bare statlige fagmyndigheter, men også politiske myndigheter, (departementene) må ha et ansvar for å rettlede myndigheter på andre nivåer. Og rettleidingen må ikke bare rette seg mot helse- og sosialpersonell – både politisk og administrativt nivå i kommunene trenger veiledning. «Økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkår» må ledsages av veiledning om overordnede politiske mål.

Det bør også legges opp til regelmessig/årlig(?) rapportering om hvordan man står i forhold til realisering av de overordnede mål. Det vil være naturlig at de overordnede politiske mål, og kortfattede statusrapporteringer, behandles av Stortinget når

budsjettprioriteringene foretas. De bør derfor antakelig presenteres i budsjettproposisjonene.

Tilsvarende bør det legges opp til at kommunene produserer nødvendig kunnskap som grunnlag for sine fagfolk, administratorer og politikere – og som grunnlag for det som skal lages på nasjonalt nivå.

Vi innser at det vi foreslår her, vil koste et betydelig arbeid. Eksisterende kunnskapskilder (f.eks IPLOS) må formodentlig tilpasses slik at registrering av relevant blir gjort som ledd i kommunenes daglige arbeid. Og det må fastsettes hvilken informasjon som skal gå videre oppover i systemet, slik at høyere nivåer får automatisk det de trenger, men ikke mer. Nasjonale faglige retningslinjer, slik Helsetilsynet foreslår for personlig assistanse og helsetjenester til mennesker med utviklingshemming, vil nok være et nødvendig grunnlag

I første omgang kan det kanskje være fornuftig å prøve ut slik datapresentasjon på et begrenset område, gjerne politikken for mennesker med utviklingshemming.

Kunnskap om status på de områdene en har ansvar for, er helt nødvendig for en eventuell omfordeling mellom dem, og mellom dem og eventuelle nye satsinger.

Vi håper derfor at utvalget vil lage et forslag med utgangspunkt i denne korte skissen.

### **Videre dialog**

Vi har merket oss at utvalget er forutsatt å skulle ha en åpen arbeidsmåte som inviterer til dialog med relevante aktører. Selv om vi har begrenset kapasitet, vil vi gjerne bli invitert til drøfting av spørsmål som utvalget vil drøfte med organisasjonene.