

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Helsefak / ISM /
NSDM
Deres ref.:
Vår ref.:HB/2019
D: 22. Mai 2019

Høringsinnspill vedrørende NOU 2018:16 Det viktigste først

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er positiv til at det er laget en offentlig utredning vedrørende prinsipper for prioriteringer i kommunehelsetjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester. NOU 2018:16 fremstår som et grundig grunnlagsdokument som det skal være mulig å utvikle mer praktisk hjelp ut fra, til bruk i både en klinisk og en administrativ hverdag.

Vi vil i det videre gi vår eksplisitte støtte til noe og etterlyse utdypning på felt som nok burde blitt viet større plass.

Prioritering av helsepersonell

NSDM skal arbeide for kvalitet i helsetjenestene utenfor storbyene, og vi synes det er fint at både storbyenes og distriktenes utfordringer er beskrevet i kapittel 9 *Utviklingstrekk*. Det er flere eldre i distriktene og andelen innbyggere i arbeidsfør alder vil sannsynligvis fortsette å synke her, slik at det vil være utfordrende å ha tilstrekkelig helsepersonell her og dermed skape likeverdige helsetjenester

Vi ser imidlertid ikke at velkjente strategier for å rekruttere og stabilisere helsepersonell i distriktene er inkludert i kapittel 15 *Praktisk anvendelse av utvalgets forslag til kriterier*. Her er oppgaveglidning eneste foreslåtte løsning. Utvalget peker ikke på muligheten for prioritering av helsepersonell fra tjenester der det er overskudd til tjenester med rekrutteringsutfordringer. Ei heller bevisst innretning og geografisk plassering av grunn-, videre- og etterutdanningsløp eller kvotering inn til disse. Erfaringer fra både Norge (UIT -Norges arktiske universitet) og andre land (Canada, Australia) har vist at utdanningsløp i distrikt bidrar til rekruttering og stabilisering (se f.eks. Walters et al, 2012). Det er samtidig god ressursutnyttelse – og dermed viktig prioritering – av kompetansearbeidsplasser som er nødvendig ved en desentralisert bosetting og næringsaktivitet som den norske.

Angående kompetansesystem for prioritering

Ovenstående eksempel på at det som er godt kjent kunnskap ikke er like godt kjent i alle fagmiljø, gjør at vi vil anbefale en distribuert modell når det gjelder det foreslåtte kompetansesystemet. For å gjøre bruk av relevant kunnskap ved håndtering av sammensatte og komplekse problemstillinger, er det et gode å kunne belyse en problemstilling fra flere synsvinkler.

Viktigheten av å sikre perspektivmangfold har ikke minst relevans for et fremtidig kompetansemiljø innen prioritering. Et grep som kan bidra til dette er å sikre nærhet til andre kompetansemiljø som er spredt geografisk rundt i landet. I tråd



med Kommunenes strategiske forskningsutvalgs anbefaling, er det en fordel om et fremtidig kompetansesystem for prioritering er regionvis fordelt, eventuelt med et sentralt «beslutningsforum», slik de foreslår. Vi anser fem regioner som aktuelle: Nord, Midt, Vest, Østlandet og Sørlandet.

Dessuten vil vi gi et råd om at kompetansemiljøet må innrettes for å klare å ivareta den store variasjonen det er mellom kommuner grunnet oppgavemangfold og bredde mht. samhandling mellom aktører (fint oppsummert i utredningens tabell 10.1), samt kommunenes størrelse og geografi. Kunnskapsgrunnlaget som utvikles og brukes må ta hensyn til dette. Metodene som benyttes til forskning og annen kunnskapsgenerering, må være egnet til å omfatte ønsket variasjon, kompleksitet og tjenester i stadig utvikling. Utvikling og styrking av distriktperspektivet kan bidra til å belyse styrker og utfordringer i de omfattende områdene av Norge som ikke er storbyer, og som kan ha andre muligheter for å beskrive og gjennomføre gode prioriteringer enn det som er aktuelt i byene. Dette kan gi innsikt som også kan komme byene til gode.

Angående begrepet mestring

NSDM berømmer utvalgets inkludering av mestringsbegrepet både i beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriene og i målsettingen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Opplevelse av mestring er, som omtalt i utredningen, av stor betydning for den enkeltes livskvalitet. Imidlertid fremkommer det i utredningen et skille når det gjelder ansvarsforholdet i forbindelse med mestringsbegrepet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det omtales blant annet i punkt 10.2.1 at *«Spesialisthelsetjenesten har i stor grad oppmerksomheten på én avgrenset problemstilling eller én enkelt diagnose. Den kommunale tjenesten vil ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og i større grad ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand. Satt på spissen kan man si at mens målet for spesialisthelsetjenesten er å gjøre pasientene så friske som mulig, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte ha som mål å sette pasientene/brukerne i stand til å leve godt med den tilstanden de har.»* Videre i tabell 10.1 (Grimsmo, 2018) beskrives forskjeller i målsetninger mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vi ønsker her å innvende at mestring må tydeliggjøres som en kontinuerlig prosess i et menneskes liv og at mestring (eller mangel på mestring) i høyeste grad også skjer underveis i et sykehusopphold, gitt de betingelser et slikt opphold innebærer. For at kommunene skal kunne ivareta pasienters og brukeres evne til å oppnå mestring mht. sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne, er det nødvendig at spesialisthelsetjenesten også ivaretar dette aspektet når pasienter er innlagt. Hvilket grunnlag for mestring det legges til rette for under et sykehusopphold, er et avgjørende moment for at kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne arbeide videre med å nå denne målsettingen.

Vi oppfatter beskrivelsen i punkt 10.2.1, om at spesialisthelsetjenesten har oppmerksomhet på en enkelt problemstilling og diagnose, som en spissformulering for å beskrive ulike oppdrag mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid bekymringsfullt dersom spesialisthelsetjenesten får blankofullmakt til å

ikke forholde seg til hele mennesket. Spesielt alvorlig er dette når vi vet at stadig flere pasienter er multimorbide (har flere diagnoser), der alle sykdommene spiller inn, og der det vil være så kalt mal praksis å ikke vurdere helheten. Et slik kunstig skille mellom enkelt diagnose-fokus og helhet vil være med på å vanskeliggjøre samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det vil også kunne bidra til oppstykke inn- og ut-opphold for pasientene, med økt ressursbruk til følge.

Angående samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste

Med utgangspunkt i kapittel 12, punkt 12.2, hvor det blant annet står: «*Samarbeid og dialog i vurderingene av pasienten er derfor en forutsetning for å kunne gi god oppfølging i etterkant av et sykehusopphold.*» Det er avgjørende at samarbeidet mellom de ulike tjenestenivåene legger til rette for at kommunene skal være i stand til å ivareta omfattende målsettinger omkring ivaretagelse av stadig mer komplekse og behandlingskrevende pasienter. I mange tilfeller vil det være behov for dialog også utenom selve innleggelsen i og utskrivelsen fra sykehus, da oppgaver omfavner områder innenfor andre spesialistområder enn allmenmedisin.

Prioriteringer vedrørende ressursfordeling mellom de ulike tjenestene er helt sentralt. Avgjørelser på det ene nivået har konsekvenser for det andre og vice versa. Ressurstildelingen til andrelinjetjenesten øker fortsatt mer enn til førstelinjen, selv om det er en uttrykt vilje og etablert praksis å overføre oppgaver fra andrelinjen til førstelinjen. Vi ønsker derfor velkommen et nivåovergripende prioriteringsorgan som kan se fordelingen og alternativkostnadene i et helhetsperspektiv.

Spesielt har vi fått del i erfaringer om at antall leger i kommunale institusjoner som har overtatt arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenester, KAD, er lavt i forhold til arbeidsoppgavene. Det er også etablert en enighet iløpet av de siste år om at veksten i antall leger i fastlegeordningen ikke er kommet slik som planlagt fra ansvarlige myndigheter. I stedet har vi fått en oppblomstring av legestillinger helprivate tilbydere utenom de godt regulerte fastlege- og legevaktordningene. Dette er forhold der det haster å få etablert med mer ansvarlig prioritering av legeressurser.

Angående pårørende og brukermedvirkning

Det er gledelig å lese at utvalget i utredningen anerkjenner både brukerens og pårørendes medvirkning som verdifulle og nødvendige ressurser i prioriteringsarbeidet. Som beskrevet i kapittel 11, der utvalget har plassert både pasient, bruker og pårørende under beslutningstaker på faglig nivå, fremkommer viktigheten av samspillet mellom nettopp disse og det lokale helse- og omsorgspersonellet, i de ulike prioriteringsvurderingene.