

Høyring NOU 2018: 16 «Det viktigste først»

Bakgrunn

Spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetenesta har ein i føretaka og hjå avtalespesialistane. I føretaka ligg pasientane i snitt to til tre døger medan vitjinga hos ein avtalespesialist er ein konsultasjon på 20 til 60 minuttar. Tenestene er prega av

- kort relasjon mellom lege og pasient, og stendig nye legar
- diagnosebasert fordeling av pasientane til ulike organområde, og utøvarane skal vera spesialistar
- ein deduktiv diagnostisk prosess der ein skal på kort tid bekrefte om diagnosen høver med den avdelinga ein er komen til
- stor bemanning for kvar pasientseng
- omfattande økonomisk-administrative personalressursar til både økonomistyring og prioriteringsarbeid
- at det er pålagt å driva forsking og fagutvikling, og ein nyttar kvart år 10 milliarder til dette.

Kommunal helse- og omsorgsteneste

Helse- og omsorgstenestene i kommunane skal tilby korte konsultasjonar hjå lege, fysioterapeut. Ein skal driva omfattande førebyggjande helsearbeid i tillegg til allment folkehelsearbeid. Dessutan skal dei som treng heimetenester, få dette, og er det ikkje godt nok, har ein krav på langvarig plass i sjukeheim. Tenestene er prega av

- at utøvarane MÅ vera generalistar
- at diagnosen betyr lite - det viktigaste er funksjon
- at relasjon mellom behandlar og pasient er langvarig og går over mange år
- at den diagnostiske prosess er induktiv, trinnvis, nyttar enkle hjelpemiddel og startar gjerne med eit problem eller eit funksjonstap
- svært avgrensa legebemanning på sjukeheimar der de sjukaste bur
- ein fastlegeordning som er underfinansiert og på sparebluss samstundes som spesialisthelsetenesta økonomisk veks med nesten ein fastlegeordning kvart år
- eit system der ein har teke frå fastlegane høve til å prioritera med eit krav om at alle på lista skal sleppa til hos legen innan fem dagar
- eit marginalt administrativt apparat til forvaltning av desse tenestene i kommunane
- at det ikkje er noko lovpålegg om forsking og fagutvikling, og det vert nytta om lag 300 millionar til forsking i desse kommunale tenestene

Med dette bakteppet ser ein at ein ikkje utan vidare kan ta utgangspunkt i prioriteringsarbeidet slik det skjer i spesialisthelsetenesta. Når utgreiinga i høyringsnotatet har som konklusjon at ein skal nytta dei same krava som vart utvikla i Lønning 1 og Lønning 2 - økonomi, grad av alvor og grad av funksjonstap, så må det dels seia noko heilt anna i

kommunane enn i føretaka, og det må skje ei økonomisk, administrativ og fagleg styrking av tenestene i kommunane. Dette er naudsynt fordi

- diagnose og diagnoserelaterte system kan ikkje nyttast
- funksjon og funksjonstap er avgjerande for tenestene
- nettverk og ressursar rundt pasienten er av stor betydning
- kommunane er ulike med ulikt fagleg nivå og ulik kapasitet
- kommunane har eit marginalt administrativt apparat
- kommunane er i liten grad tilført ressursar til forskning og fagutvikling

Ein kan difor ikkje ta «kopi» av vegleiarane i spesialisthelsetenestene.

Vi sluttar oss ikkje til påstanden om at ein lov om prioritering innan kommunal helse- og omsorgstenestene er gratis når ein ser kostnadane i spesialisthelsetenestene.

[Kva må til for ein skal kunne drive helsefagleg grunna prioritering innan helse og omsorgstenestene i kommunane?](#)

- KS og personell i kommunane må få laga prioriteringsvegleiarane, ikkje Helsedirektoratet
- Ein må få oversyn over kva ein har av system og administrativt apparat i spesialisthelsetenestene for prioriteringsarbeidet (legar, forskarar, sjukepleiarar, merkantilt personell, datasystem, økonomi). Dette kan vera eit utgangspunkt for kva ein treng i kommunane. Er det ikkje tilstrekkelege ressursar til pålagt arbeid med prioritering, vil det kunna gå utover naudsynt klinisk pasientarbeid.
- Ein må fjerna ventetidsgarantien på fem dagar i fastlegeordninga eller doble talet på fastlegar. Legen må når det kjem krav om prioritering, få tid til å gjera prioritering.
- Ved at 40% (to vekedagar) av fastlegen si tid vert fastlønna i kommunen, kan kommunen gjera ein naudsynt styrking av tverrfagleg prioriteringsarbeid. Dersom dette ikkje skjer, vil prioriteringsarbeidet skje utan legefagleg kompetanse til stades.
- Kommunane må på same vis som spesialisthelsetenestene, få lovpålegg og ressursar til forskning og fagutvikling innan det kommunale helse- og omsorgsarbeidet.

[Forskningsbasert kunnskap og nyttekriteriet](#)

Verkemidla som er skisserte i høyringsnotatet er ikkje tilstrekkeleg. Per dags dato er det ikkje tilrettelagt for forskning i kommunal sektor. For å kunna bruka nyttekriteriet, må tiltak basera seg på ein kunnskapsbasert praksis. Dette betyr ikkje berre å systematisk henta inn brukarerfaringar og bruka ekspertkunnskap, men òg i stor grad å gjera seg nytte av resultat frå oppsummert forskning av god kvalitet. Dette gjeld både å henta inn, vurdere og bruka allereie eksisterande forskning, men òg å forska sjølv.

Kommunane har ikkje tilstrekkeleg med kapasitet for å driva denne forskinga åleine, og dei er i liten grad knytt til eksisterande forskingsmiljø. Relevante forskingsmiljø har i fleire år påpeika store kunnskapshol, både gjennom kvantitativ og kvalitativ forskning. Det må leggest til rette for eit langt større samarbeid mellom academia og kommunal sektor, og eit slikt samarbeid må vera tilstrekkeleg finansiert for å kunna lykkast. Dette er det ikkje tatt omsyn

til i høyringsnotatet. Tvert imot blir det flytta stadig fleire oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunal sektor, utan at finansieringa er sikra.

Det må vidare leggjast til rette for ein kunnskapsbasert praksis i kommunane, med langt større bruk av resultat frå forskning, både frå kvalitativ forskning og forskning på og dokumentasjon over effekt av tiltak i kommunehelsetenestene. For å kunna henta inn eksisterande forskning er det ikkje nok med omfattande opplæring, men ein må og gjere forskinga tilgjengeleg. Per i dag eksisterer det få integrerte avgjerdsstøtteverktøy som kan brukast for å finna svar på kliniske spørsmål innan 5-10 minutt. Dette er tida som står til rådvelde i eit pressa kommunalt helsevesen i dagleg arbeid.

Dessutan manglar kommunalt tilsette tilgang til vitenskaplege databasar. Medan spesialisthelsetenesta har tilgang via universitet, er det pr i dag berre helsebiblioteket.no som er tilgjengeleg for personar som ikkje er knytt til noko universitet eller høgskule. Sjølv om helsebiblioteket er eit flott tilbod, så manglar det stort sett tilgang til artiklar i fulltekst. Dette er påpeika fleire gonger, og KS seier at det er naudsynt med dyre lisensar for å skaffa kommunal sektor tilgang til relevante databasar og artiklar i fulltekst. Det nyttar lite med å utdanna helsearbeidarane i kunnskapsbasert praksis når dei manglar tilgang til forskingsbasert kunnskap. Kommunane må få same tilgang til oppslagsverk og databasar som i spesialisthelsetenesta.

Kjem alt dette på plass, tek vi imot lov, forskrift og vegleiarar med krav til å vurdere

- 1) Grad av alvor, med fokus på mogleg funksjonstap**
- 2) Nytte, med fokus på mogleg forbetring av funksjon**
- 3) Ressurs: vi vel billegaste løysing når ein har prioritert etter punkt 1 og 2**

Med helsing
Fedje kommune

Ernst Horgen, kommuneoverlege
Heinz Diehl, sjukepleiar og rådgjevar for kvalitet og helse