

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 17. januar 2011 17:43
Til: marogner@online.no
Emne: Ditt høringssvar, Ny
“kommunehelsetjenestelov/folkehelselov”;, er mottatt

Det er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Ny

"kommunehelsetjenestelov/folkehelselo

v"

Nasjonalt helse- og omsorgsplan 2011-2015 - Ny lov om helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.

Samhandlingsreformen legger klart opp til nye plikter, større ansvar og flere oppgaver for kommunene og dette vil

også kreve økt ressurs- og kompetansebehov i kommunal sektor.

Noen av de mest sentrale målene med samhandlingsreformen er bl a

1. Å redusere presset på det kurative helsevesenet gjennom økt satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid

2. Redusere veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av

kommunehelsetjenesten etter BEON-prinsippet (Beste og mest effektive omsorgs nivå)

3. Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter, som krever tettere samarbeid og mer samhandling

mellom aktørene i helsetjenesten, både på tvers mellom aktørene i kommunen og mellom

primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Mine kommentarer vil i denne sammenheng konsentrere seg om følgende

* kommentarer til de nye oppgavene og pliktene som er foreslått for kommunene

* kommentarer til de foreslåtte endringene i finansieringsordninger

* Legetjenestene i kommunen, samarbeid og samordning med kommunens øvrige tjenestetilbud

* Satsingen på et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid med økte krav til samfunnsmedisinsk

kompetanse og ressurser til dette folkehelsearbeidet

Andre utfordringer som økte kompetansekrav generelt, kunnskapsutvikling og forskning

Nye oppgaver og plikter som er foreslått for kommunene

Flere pasienter som tidligere har vært behandlet i spesialisthelsetjenesten skal nå få et tilbud i kommunen.

1. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering. I tillegg er det nevnt at kommunehelsetjenesten skal ha

et

2. øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i

hjemmet eller i sykehjem.

3. I tillegg stilles det krav om at det skal drives et kunnskapsbasert, kostnadseffektivt og systematisk

folkehelsearbeid i kommunal sektor. Det siste punktet vil vi komme tilbake i et senere punkt.

Medfører også økte krav til kompetanse og økte ressurser

Alle disse punktene vil kreve ikke bare økte økonomiske rammer, men også behov for mer kvalifisert arbeidskraft.

Noe av denne kompetansen må kunne overføres fra dagens spesialisthelsetjeneste når oppgavene overføres

derifra til kommunen, men det vil antakelig også være behov for å utdanne

helsepersonell med kompetanse som

er mer skreddersydd for kommunal sektor. Utdanningsinstitusjonene har i for stor grad vært rettet inn mot

spesialisthelsetjenesten, og det må nå legges større vekt på å utdanne personell som er bedre tilpasset fremtidige

kommunale oppgaver (bl a helsepersonell med større bredde og kompetanse på de

vanligste sykdommene og plagene som rammer flest og koster samfunnet mest, som har bred kunnskap om eldres helse generelt og geriatri spesielt, samt kompetanse på folkehelsearbeid, inkl prioritert mellom forebyggende tiltak, tidlig intervensjon og kurative tjenestetilbud (etter BEON-prinsippet). Dette vil også stille større krav til kompetanse hos kommunale ledere og til systemer for elektroniske samhandling (IKT).

Behov for kunnskapsutvikling

På flere områder er dagens kunnskapsgrunnlag mangelfullt, og det behov for at man også satser på forskning og utvikling. Det er særlig behov for at forskningen dreies i retning av det som vil være viktig for beslutningstakerne i kommunal sektor som f eks effektforskning og "kost-nytte" -analyser av ulike organisatoriske modeller og kurative og forebyggende programmer og tiltak. Forskning på kostnadseffektivitet, eller hvordan vi får mest mulig helsegevinst for flest mulig mennesker ut av hver krone, er viktig kunnskap for de som skal planlegge og prioritere mellom alternative tiltak og tjenestetilbud til befolkningen.

Det bør etter vår vurdering etableres et eget evalueringsforskningsprogram for kommunal sektor der kommunene må samarbeide med kompetente forskningsmiljøer for å få støtte til pilotprosjekter etter modell fra National Institute of Health i USA for at vi skal kunne utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag på disse områdene over tid.

Kommentarer til foreslåtte finansieringsordninger

De økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte kommunale medfinansieringsordningene kan synes noe vanskelig å overskue. De kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes grundigere for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres, men etter vår vurdering vil nok kommunal medfinansiering av kommunens bruk av spesialisthelsetjenester kunne bidra til raskere etablering av nye alternative tilbud i kommunene og kanskje også motvirke at noen pasienter blir "kasteballer" i systemet.

Legetjenesten i kommunene

Fastlegene er en premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men hovedproblemet i dag er at de verken er styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner som bæres av kommuner og foretak. Kommunene må gis større muligheter til å styre fastlegene. Kommunen må få reelle mulighet til å foreta nødvendige prioritertinger og ressursmessige disponeringer av allmennlegerressursene for å få gode helse- og omsorgstjenester og stå sterkere i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Den høye kompetanse og store faglige bredden som allmennlegene har er grunnmuren som spesialisthelsetjenesten skal bygge på. For at dette skal fungere må imidlertid allmennlegetjenesten styrkes og de må kunne fungere som faglig støtte for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I det nye forslaget til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, har ikke Regjeringen i klartekst fulgt opp tidligere signaler om en vekst i antall allmennleger. De foreslår heller ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, med et listepasientsystem der fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivene. Selv om lovforslaget tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for

fastlegeordningen, er det ikke gjort vesentlige endringer i virkemiddelbruk som vil bedre kommunens mulighet til å foreta nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegeressursene. Dette er en åpenbar svakhet i forslaget.

En annen premis i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats overfor prioriterte grupper (psykisk syke, folk med sammensatte og kroniske problemer, rusmisbruker samt på selektiv og indikativ forebygging overfor risikogrupper). Dette forutsetter også flere fastleger. Man må bli å sørge for å rekruttere flere allmennleger/fastleger, opprette utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger, øke fastlegenes kompetanse på forebygging og også ikke-medikamentelle behandlingsmetoder for store folkehelseproblemer som de mest vanlige psykiske plagene og lidelsene, kroniske smerter, søvnproblemer og rusavhengighet.

Fastlegenes store kontakt med befolkningen (i henhold til HELFO har de i snitt kontakt med pasientene på sin liste 5,7 ganger pr år) gjør dem også sentrale til å identifisere individer som kunne nytte godt av grupperette tiltak i kommunal regi enten det nå gjelder psykososiale støttegrupper, selvhjelpsgrupper eller atferdsendrende tiltak (som f.eks. gruppetiltak for røykeslutt, rusavvenning, vektreduksjon, fysisk aktivitet). Fastlegene er med andre ord sentrale fordi de har jevnlig kontakt med befolkning generelt og de utsatte gruppene spesielt da dette oftest er folk som bruker legetjenester langt mer enn gjennomsnittsinbyggeren. Vi er også avhengig av bedre tilgang til legenes kompetanse hvis vi skal kunne få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus. Etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre vil også kreve en bedre legetjeneste i kommunen, men noen av spesialistene fra sykehus bør også kunne overføres til kommunal sektor sammen med overføringen av pasientene og oppgavene. Fastlegeordningen med listeansvar har ført til større stabilitet og økt tilgjengeligheten til legetjenesten. Ordningen har medført at fastlegene har et eierforhold til egen praksis og listepasientene sine, og dette individperspektivet er verdifullt, men systemet sikrer ikke gode nok tjenester til tidkrevende pasienter med psykososiale problemer og tilstandene som er blant de hyppigste årsakene til sykemelding og uføretrygd i Norge i dag. De fleste fastleger har for mye å gjøre, og de har oftest alt for dårlig tid til samarbeid, deltakelse i møter, og til å ivareta kompliserte og sammensatte problemstillinger hos pasientene. De fleste fastlegene i vår bydel oppgir at de er på kontoret 10-12 timer daglig.

De økonomiske incentivene i dagens fastlegeordning gjør at fastlegene tjener uforholdsmessig mye på å ha lange lister (mange pasienter på listen). Det er i dag store lønnsforskjeller mellom fastleger med korte og lange lister, og dette fører til at de fleste fastleger øker taket på listen sin til overkant av hva de egentlig har kapasitet til å klare. Noen leger har lange lister som i hovedsak består av mennesker med lite legebehov. Mens andre har "tyngre" lister, bestående av mange mennesker med kroniske lidelser og stort behov for legehjelp. Den siste kategorien må redusere listene sine for ikke å få alt for lange arbeidsdager. Blant fastleger er det en kjent sak at noen leger har en væremåte som gjør at pasienter med psykososiale problemer og sammensatte hjelpebehov ikke føler seg ivaretatt. Da bytter de til en annen fastlege, inntil de finner en som de føler at de kan utvikle tillit til og får den

nødvendige hjelp av. Dette hadde vært greit, hvis ikke det var slik at de som jobbet raskt og overfladisk med enkle pasienter fikk økonomisk gevinst av det, mens de som gjør de tunge jobbene tjener mindre selv om mange av dem jobber mer.

For at kommunene skal kunne planlegge primærhelsetilbudet bedre, bør man foreta en gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmenmedisinske offentlige oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene. En mulig vei å gå ville f.eks. være at kommunene beholdt pr. kapita-tilskuddet til legene, men at kommunene da til gjengjeld fikk ansvar for å holde lokaler, lønne hjelpepersonell og ha ansvar for datasystemene. Dette ville gi kommunen bedre muligheter til å utvikle brede tverrfaglige primærhelsetjenester som vi vil redegjøre noe for i neste avsnitt. Fastlegene kunne i så fall beholde stykkprisfinansieringen hvis staten justerte satsene slik at disse kunne tjene som insentiver til at fastlegene ytet gode tilbud og tjenester til prioriterte grupper og oppgaver og at satsene også stimulerte legene til å delta mer i samarbeid.

Tverrfaglig lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten
Det er ellers en sterk sammenheng mellom psykisk og somatisk sykdom. Analyser av norske data fra Levekårsundersøkelsen i 2005 viste at folk med kroniske somatiske sykdommer og smertetilstander hadde 2,5 til 3 ganger økt risiko for også å ha betydelige psykiske plager (Clench-Aas J, Rognerud M, Dalgaard OS 2009), og de som går ofte til allmennlege (5 ganger eller mer i løpet av et år) hadde betydelige overhyppighet av psykisk sykkelighet (Johansen R, Rognerud M, Sundet JM 2009), og det er dessuten en opphopning av livsstilsrelaterte risikofaktorer hos de samme gruppene. Fastlegekontorene er derfor en arena med et stort potensial for å identifisere individer med behov for hjelp; enten det gjelder individer med en åpenbar risiko for å utvikle psykiske problemer (som f.eks. barn av rusmisbrukende og psykisk syke pasienter, folk som har mistet nære pårørende eller er midt oppe i en opprivende skilsmisse mm) eller folk som allerede har utviklede psykiske plager og sykdommer og ønsker sykemelding pga vansker med å mestre arbeidslivets krav. EUs helsekommisjon anbefaler, av årsaker som nevnt, en bedre integrering av psykisk helsevern i den generelle primærhelsetjenesten. De anbefaler derfor primært at man styrker kompetansen i psykisk helsearbeid og øker kapasiteten til fastlegene til å ta hånd om disse pasientene. Dette vil kreve endringer i takstsystemet som kan gjøre det mer lønnsomt for allmennleger å øke sin kompetanse (bl.a. lære seg kognitive teknikker med dokumentert effekt på flere av de vanligste tilstandene man ser i allmennpraksis) og tilby slik hjelp til sine pasienter.

På Gotland har man også vist at et opplæringsprogram av allmennpraktiserende leger kunne redusere både depresjon, bruk av spesialisthelsetjenester, bruk av psykofarmaka og selvmord på kommunenivå (Rutz et al 1989, 1992).

Dernest bør man nok bygge ut mer tverrfaglige primærhelsetjenestetilbud. Alle allmennlegene i vår bydel er positivt innstilt til å få inn andre yrkesgrupper på legekantoret. I vår bydel oppleves behovet for psykologer som det

mest presserende. Å få psykologene inn på legekantorene har også vist seg som et kostnadseffektivt lavterskeltilbud i en randomisert kontrollert studie fra Nederland (Van Orden M et al 2009) . Tverrfaglige samarbeid mellom legene og psykologene på legekantorene viste seg å være et kostnadseffektivt alternativ til den tradisjonelle praksisen med henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Da fastlegeordningen ble opprettet ønsket man blant annet å oppnå:
 - en fast legekontakt for dem som ønsker det, og

- mulighet for

kontinuitet i lege-pasientforholdet.

Men det er oftest ikke samsvar mellom pasientlistene til fastlegene og de soner, distrikter eller områder som kommunene organiserer sine tjenester etter[SØ1] . Dette er et forhold som vanskeliggjør samarbeidet mellom fastlegene og de kommunale tjenestene. Etter vår vurdering burde staten legge opp til modellutprøving og effektevaluering av ulike organisatoriske løsninger som kan bedre samarbeidet på tvers i kommunen. I

Trondheim og Lillehammer kommune har man prøvd ut ulike modeller med tverrfaglige lavterskeltilbud bl a med å ha helsesøstrene på fastlegekontorene, dvs at helsesøstrene utfører helsekontroll av barn på fastlege nes lister[SØ2] . Fordelen med en slik modell er både muligheten for felles journal, at helsesøster får tilgang til faglig støtte av fastleger som følger (eller har fulgt) pasientene over tid, som har tilgjengelige lab-tjenester og andre muligheter for utredning, akuttmedisinsk beredskap ved f eks vaksinasjon, har tilgang på informasjon om utredninger og behandlingsopplegg som har vært gjort i spesialisthelsetjenesten og kjenner pasientens øvrige familie med mer. Dette er en organisatorisk endring som antakelig vil kunne gi både en faglig og økonomisk gevinst (spare noe utgifter til lokaler og til støttepersonell). Erfaringene i forsøkskommunene vurderes som svært gode selv om det ikke har vært gjort noen formell effektevaluering.

Folkehelsearbeid og samfunnsmedisinsk kompetanse

Reformen vil medføre at kommunene må bruke mer ressurser på å styrke

kommuneoverlegefunksjonen. Dette er

en knapp ressurs på landsbasis og man må følgelig satse på å rekruttere flere leger med samfunnsmedisinsk

kompetanse. Kommunelegene er ment å være et viktig bindeledd mellom kommunenes øverste ledelse og

fastlegene, i forhandlinger om samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten og for å få til et systematisk og

kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Samhandlingsreformens varslede styrking av det lokale folkehelsearbeidet setter store krav til den kommunale

ledelse, og her nevnes spesielt behovet for å få inn noe samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommuneoverlegene

skal inneha samfunnsmedisinsk kompetanse og skal være i stand til å gi kommunen faglige råd i

folkehelsearbeidet. Kommuneoverlegen skal jobbe tverrsektorielt og se til at helsemessige hensyn blir ivaretatt

også i andre sektorer og se til at det lokale folkehelsearbeidet blir

systematisk, kunnskapsbasert og rimelig

kostnadseffektivt. Kommuneoverlegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene er grundig drøftet i

Lovforslaget, og man anbefaler en videreføring av dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt en

kommuneoverlege. Vi vil støtte dette forslaget.

Med sitt brede spekter av tilbud og tjenester til befolkningen har kommunene unike muligheter til å drive et

tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dessuten er kommunene planmyndighet og dette gir kommunen muligheter til

også å påvirke de fysiske rammebetingelsene som befolkningen lever under

(bomiljø, nærmiljø etc).

Samhandlingsreformen peker imidlertid på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer og spisser forebyggingsinnsatsen inn mot tiltak med dokumentert effekt. Disse forhold viser at det er strategisk viktig at man har tilgang på leger med samfunnsmedisinsk kompetanse på dette forvaltningsnivået.

Med vennlig hilsen
Marit Rognerud,

Bydelsoverlege Bydel Søndre Nordstrand/
overlege Nasjonalt folkehelseinstitutt

Noen referanser

World Health Organisation (WHO) 2008. Integrating mental health into primary care. A global perspective.

Van Orden M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative Mental Health Care Versus care as Usual in Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. Psychiatric Services. January 2009; vol 60 no 1: 74-79.

McNaughton JL. Brief interventions for depression in primary care. Can Fam Physician 2009;55:789-96.

Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, Knorring L, Knoeving L, Wistedt B, Wistedt A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1989; Vol 79: 19-26.

Rutz W, Carlsson P, Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for prevention and treatment of depression. Acta Psychiatr Scand 1992; Vol 85: 457-464.

European Commission 1999. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public health in a New Europe. ECSC-EC-EAEC, Brussels-Luxenburg, 1999.

17. januar 2011 18:42

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Marit Rognerud

Brukernavn: 123456

E-post: marogner@online.no

Adresse: Vestre Almelien 5, 1358 Jar