

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 18. januar 2011

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester Høringssvar fra Astma- og Allergiforbundet

Våre referanser:

Politikk- og næringslivssjef Anne-Elisabeth Eriksrud:

tlf. direkte: 23 35 35 22 / mobil: 92 06 86 33 / e-post: anne.elisabeth.eriksrud@naaf.no

Politisk rådgiver Ellen D. Bugge:

tlf. direkte 23 32 69 94 / mobil: 41 23 31 80 / e-post: ellen.bugge@naaf.no

Astma- og Allergiforbundet (NAAF) takker for muligheten til å kommentere forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som er et av flere viktige virkemiddel i realiseringen av Samhandlingsreformen.

Generelt

NAAF mener lovens formål og ansvars plassering er med på å fremme fokuset på forebygging, behandling og rehabilitering i kommunehelsetjenesten, og at lovforslaget gir muligheter for en styrket og bedre koordinert tjeneste innen kommunens helse-, omsorgs- og sosialtilbud. I hvilken grad loven kommer til å støtte opp under Samhandlingsreformens målsettinger, vil avhenge av den videre utformingen av virkemidler, og i hvilken grad kommunene gis midler til å dekke nye lovpålagte oppgaver.

NAAF har i dette høringssvaret valgt å fokusere på ett område vi mener det er særlig behov for å styrke på kommunalt nivå relatert til personer med kronisk sykdom, og som loven i tilstrekkelig grad ikke legger opp til – nemlig pasientopplæring.

Kapittel 3 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester – endringsforslag og begrunnelse

Skal lovens formål i § 1-1 punkt 1 om ”å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne” oppnås, mener NAAF kommunens ansvar for pasientopplæring må presiseres. Dette må både gjøres som del av allmennlegetilbudet i kommunen, jfr. § 3-2 punkt 4, og i forhold til kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring, jf. § 3-6.

NAAF foreslår derfor at § 3-2 punkt 4 endres til også å inkludere opplæring:

”Utredning, diagnostisering, behandling og *opplæring* herunder fastlegeordning”.

NAAF foreslår videre at lovtekstens ordlyd under § 3-6 om Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring endres til å inkludere sykdomsmestring:

”Kommunen skal tilby opplæring for bedre *sykdomsmestring* og dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter, brukere og pårørende som har et særlig hjelpebehov for det på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.”

I lovforslaget er opplæring presisert å gjelde ”dagliglivets gjøremål”. NAAF er enig med Helsetilsynet i deres hørings svar til lovforslaget at opplæring knyttet til behandling og medisinerings av pasienter, slik forarbeidene i loven viser til, ikke faller inn under en umiddelbar forståelse av ”dagliglivets gjøremål”. NAAF mener derfor det er nødvendig å inkludere begrepet ”sykdomsmestring” i lovteksten.

I det følgende skal vi redegjøre for vårt syn ved å vise til studier av pasientopplæring for astmatikere knyttet til kliniske vurderinger, livskvalitet og samfunnsøkonomiske besparelser. At hovedfokus er på personer med astma, skyldes at det er denne kronikergruppen innenfor NAAFs arbeidsområder som har fått særlig forskningsfokus når det gjelder pasientopplæring. Videre vil vi drøfte vårt syn sett i forhold til forarbeidene til loven.

Forskning på pasientopplæring

En europeisk samarbeidsundersøkelse fra 2006¹ viste at 51 % av deltakerne, som alle hadde en diagnostisert astma, ikke hadde kontroll over astmaen sin. Deltakerne var rekruttert fra legekontorer i primærhelsetjenesten og hadde nylig hatt kontakt med egen lege. Videre viste undersøkelsen at pasientene undervurderer symptomene og tolererer å ikke ha optimal kontroll på

¹ Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study, BMC Pulmonary Medicine 2006, 6:13 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2466/6/13>).

sykdommen. Likevel rapporterte hele 73 % at det mest negative ved sykdommen var dens innvirkning på dagliglivets aktiviteter og redselen de lever med, når de føler at symptomene forverrer seg. Studien fant at når pasientene opplevde at symptomer forverret seg, klarte de ikke å utføre de riktige justeringene i behandlingen i tide. Forskerne konkluderer med at dette kan tyde på at primærhelsetjenesten ikke gir god nok informasjon til pasientene om egenbehandling ved forverrede og avtagende symptomer.

En studie gjennomført ved Vest-Agder sentralsykehus, viste i en 12 måneders oppfølgingsperiode at pasientopplæring ga ca. 70 % reduksjon i primærlegekonsultasjoner og ca. 70 % reduksjon i sykmeldingsdager, samt en dobling av andelen som brukte forebyggende medisin som anbefalt sammenlignet med dem som ikke fikk opplæring². I tillegg bedret pasienter i opplæringsgruppen lungefunksjonen med ca. 6 %. Andelen som ble symptomfrie i intervensjonsgruppen, var dobbelt så høy som i kontrollgruppen. En kost-/nytte-analyse viste dessuten at pasientopplæring førte til lavere pasientkostnader i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Studier har funnet at pasientopplæring av astmatikere kan ha gode kliniske effekter, og er derfor også blitt anbefalt i flere konsensusrapporter om astma^{3,4}. I tillegg viser gjennomgang av nyere internasjonale studier at pasientopplæring kan bedre livskvaliteten til astmatikere og føre til samfunnsøkonomiske besparelser i form av reduksjon i bruken av helsetjenester. 64 % (7 av 11) av studier som vurderte økonomisk utbytte av astmaopplæring, viste slik reduksjon⁵.

Forskningsresultater som i dag finnes på effekt av opplæring av pasienter med kronisk sykdom, er tungtveiende argumenter for at opplæring må bli en del av all behandling og inkorporert som en naturlig del av hele pasientforløpet.

Forarbeidene til loven

Forarbeidene til loven, jf. punkt 11.6.14, framhever viktigheten av at personer får kunnskap om, opplæring i behandling og mestring av egen eller pårørendes sykdom. Videre stadfestes at kommunene må ta ansvar for å tilby tverrfaglig kompetanse som kan følge opp risikogrupper, pasienter og pårørende. Det foreslås at dette skjer "gjennom oppbygging av lærings- og mestringssenheter som del av lokalmedisinske sentre, ved ambulerende team, og gjerne i forpliktende samarbeid med pasientorganisasjoner."

² Gallefoss og Bakke. Effekter av astmaopplæring i en randomisert, kontrollert undersøkelse. Tidsskrift for Den norske legeforening 2002; 122:2702-6

³ Bone RC. Goals of asthma management: a step-care approach. Chest 1996; 109: 1056–65.

⁴ Practice parameters for the diagnosis and treatment of asthma. J Allergy Clin Immunol 1995; 96: 707–870.

⁵ Newman et al. Self-management interventions for chronic illness. The Lancet Vol. 364 Oct 23, 2004.

Viktigheten av å etablere tverrfaglige lærings- og mestringssentre på et lavere tjenestenivå enn dagens spesialisthelsetjeneste, framheves igjen under punkt 14.4.6 i diskusjonen om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen som omtaler kommunale lærings- og mestringstilbud som viktige leverandører av godt lavterskeltilbud. NAAF støtter denne tankegangen fullt ut, og mener et slikt tilbud vil kunne nå kronikergrupper som i dag ikke får tilstrekkelig tilbud. De vil dessuten være nødvendige supplement til eventuell opplæring i regi av fastlegeordningen.

For at kvaliteten og innholdet på tjenestetilbudet skal bli lik på tvers av kommuner, må tjenestenes innhold og kvalitetskrav spesifiseres. For eksempel er det viktig at veiledning til pasienter med matallergi gis av kliniske ernæringsfysiologer. Erfaringer fra NAAFs rådgivningstjeneste viser at mange fastleger dessverre ikke har tilstrekkelig kompetanse innenfor matallergifeltet. Å sikre det tverrfaglige samarbeidet i lærings- og mestringssentrene (LMS), men også innenfor fastlegeordningen, blir derfor vesentlig.

NAAF støtter for øvrig FFOs krav om at lærings- og mestringssentre lovfestes på lokalt nivå. Spesialisthelsetjenesten må imidlertid pålegges ansvar for faglig veiledning og opplæring overfor de lokale LMSene, og derved sørge for kvalitet i det lokale tjenestetilbudet.

Det er videre viktig at pasientopplæring på legekantorene, enten i regi av lege eller annet kvalifisert personell, blir del av takstsystemet. Kun da vil pasientopplæring få den prioritet og kvalitet som er nødvendig, for at den skal leveres effektivt.

Annet

NAAF støtter fullt ut Helsetilsynets og FFOs redegjørelse og bekymring for at lovforslaget, slik det foreligger i dag, vil svekke rettsikkerheten til kommunens innbyggere. NAAF understreker at klageinstansens kompetanse og myndighet ikke må innskrenkes.

Oppsummering

Skal Samhandlingsreformens mål om økt innsats på folkehelse og forebygging komme både pasienter, kommunene og samfunnet til gode, må pasientopplæring bli en innarbeidet del av all behandling på alle nivåer i pasientforløpet. I dag er pasientopplæring bare en lovfestet oppgave i sykehusene, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Det er kun en begrenset del av pasienter med astma, allergi, eksem og andre overfølsomhetssykdommer som får poliklinisk behandling. De aller fleste som får en av disse diagnosene, fanges opp av fastlegen eller skolehelsetjenesten og blir ikke videresendt til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at pasientopplæring blir en



prioritert del av behandlingen i primærhelsetjenesten gjennom hele pasientforløpet – både ved fastlegekontorene, i skolehelsetjenesten, eldreomsorgen og lærings- og mestringssentre i kommunal regi.

Med stadig økende grupper pasienter med kronisk sykdom som lever lenger og med konsensus innen forskning om at pasientopplæring kan ha gode helse- og samfunnsøkonomiske gevinster, må det ikke lenger være et spørsmål om pasientopplæring skal tilbys på alle nivåer i pasientforløpet. Diskusjonen må handle om hvordan, av hvem og hva den skal innholde for best mulig nå personer med ulike forutsetninger. Dette må den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester tilrettelegge for.

Videre må loven videreføre det rettsvern som allerede eksisterer for kommunens innbyggere ved å holde klageinstansens myndighet uendret.

Vi håper vårt innspill blir vektlagt og er selvsagt tilgjengelig for diskusjoner dersom det skulle være ønskelig.

Vennlig hilsen
for Astma- og Allergiforbundet

Geir Endregard / s /
generalsekretær

Anne Elisabeth Eriksrud / s /
politikk- og næringslivssjef