

Helse- og omsorgsdepartementet HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Høringsuttalelse - oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et høringsnotat med forslag til lovendringer i forbindelse med oppfølging av enkelte forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen. Lovendringene som nå foreslås, er satt i sammenheng med kommunereformen, der intensjonen er å overføre nye oppgaver til større kommuner.

Høringen omhandler i hovedsak vedtak som er fattet i Stortinget som krever lovregulering for å gjennomføres, slik som overføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunene og lovregulering av forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsikiatriske sentre til enkelte større kommuner. Dette er hovedtemaer som får omfattende behandling i Høringsnotatet.

Fokuset i denne høringen er i stor grad knyttet til kommunereformen. Høringsnotatet er ikke den brede oppfølgingen av forslagene til en bedre og mer kunnskapsbasert helse- og sosialtjeneste i kommunene som samhandlingsreformen, Primærhelsetjenestemeldingen og HelseOmsorg21 strategien ga signaler om. Det ser ut som regjeringen velger en trinnvis tilnærming til en slik oppfølging.

Hva vet vi om kommunestørrelse i forhold til tjenestekvalitet?

Kommunereformen stiller krav til kommunene om «sterke fagmiljøer samt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse» (s.11 nest siste avsnitt). Videre anfører departementet et ønske om større og mer robuste kommuner. Vi finner imidlertid ikke forskningsbasert belegg for at større kommuner vil levere *bedre helsetjenester* enn de små - som er det interessante for brukerne i pasientenes helsevesen. Det er derfor relevant å se litt nærmere på det vi vet om kvalitet på helsetjenestene i store og små kommuner. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) sine to store innbyggerundersøkelser i 2011 og 2013 presenterte resultater i forhold til kommunestørrelse. Begge undersøkelsene begge at innbyggerne i kommune med under 5000 innbyggere er mer fornøyde enn innbyggere i mer folkerike kommuner¹. De nasjonale kvalitetsindikatorene for legetjenestene i kommunene, finner vi heller ikke støtte for at store kommuner leverer bedre tjenester enn de små.

¹ For en rask oversikt se: http://www.nsd.m.no/nyheter_cms/2013/juni/mest-fornoeyd-med-helse-og-omsorgstjenestene-i-smaakommunene/386

Nylig publiserte Folkehelseinstituttet en oversikt over re-innleggelser av pasienter fra kommuner til sykehus hvor de i omtalen skriver "Vi ser at det er mange reinnleggelser i de store byene og sjeldnere reinnleggelser i distriktskommunene." Videre skriver FHI: "Nord-Norge skiller seg positivt ut med lavere andel reinnleggelser enn de andre helseregionene."²

Det som skiller nordnorsk kommunehelsetjeneste fra andre er de mange små kommunene med egne og integrerte kommunale legevakter. Det betyr at pasientene har relativt korte avstander til legetjenester innad i kommune hele døgnet, men ofte lange avstander til sykehus. Avstand til sykehus vil sannsynligvis være en viktig faktor m.h.t. reinnleggelser da vi ser at kommunene med sykehus har høyere re-innleggelserate enn andre kommuner. men i forhold til en annen kvalitetsindikator som antibiotikabruk, er nærhet og tett oppfølging av kommunale legetjenester sannsynligvis viktig.

Befolkningen i Troms og Finnmark har det laveste totalforbruket av antibiotika per 1000 innbyggere per år. Resultater fra helsenorge.no, viser at forbruket er lavest i små kommuner med avstand til sykehus. Det gjelder for hele landet.³ En felles trend for alle disse kommunene er at de ikke deltar i store legevaktsamarbeid. Legene har sannsynligvis oftere tilgang på fastlegejournal også på legevakt, de har større grad av nærhet til en mindre befolkning og de andre helsetjenestene i kommunen, og fastleger deltar i større grad i legevakt her enn i de store legevaktsamarbeidene. Det er altså tilrettelagt for mindre grad av fremmedgjøring av pasienter og helsepersonell og dermed vanskeligere kår for såkalt medikamentshopping

Mange har ment at sentralisering av legevakter er et nødvendig rekrutterings- og stabiliseringstiltak for fastleger. Det er imidlertid aldri vist og må kalles en myte som burde utredes. Ettersom Nord-Trøndelag var stedet den første store interkommunale legevakten ble etablert i 1999, er nye opplysninger om rekruttering og stabilisering av kommunale leger interessante. Nylig ble det i et møte hos fylkeslegen der avdekket at de to perifere småkommunene som har valgt å stå utenfor denne ordningen, skiller seg fra de andre ved *ikke* å ha rekrutteringsutfordringer. Det er altså god grunn til å se etter andre tiltak enn sentralisering av legevakter for å rekruttere og stabilisere fastleger. Økt desentralisert legeutdanning, kvotering av studenter fra distriktene og desentraliserte spesialiseringsordninger er de tiltakene som har best støtte i forskning.

I en rapport laget for KS i fjor kom det frem at det er rekrutteringsutfordringer av fastleger i alle type kommuner⁴. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har funnet at fastlegeavtalene har en median kortere varighet i kommuner med under 2000 innbyggere i forhold til de større⁵. I NSDM sin nye rapport om vikarbruk og fastlegedekning i kommuner med under 20 000 innbyggere, kommer det frem at kommunenes sentralitet er det som er signifikant avgjørende⁶.

² Hansen TM, Kristoffersen DT, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015. Notat – 2016. ISBN 978-82-8082-766-1

³ Helsenorge: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Forekomst_av_antibiotikabehandling

⁴ KS Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport.

http://www.nsdmm.no/filarkiv/File/rapporter/KS_20Legetjenester_20i_20kommunene_2031_03_2015.pdf

⁵ Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045-9

⁶ Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM. August 2016:

Gode kvalitetssikrede data fra primærhelsetjenesten

Helsevitenskapelig fakultet ved UiT Norges arktiske universitet mener at det haster med å skaffe et godt kunnskapsfundament for utdanning og praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Allerede i 2011 påpekte NFR evalueringen av norsk forskning innen biologi, helse og medisin, at helseforskning i kommunene er fragmentert, har lav forskningsstradisjon og mangler forskningskunnskap som er kvalitativt god nok til å danne grunnlag for kunnskapsbasert praksis og gjøre helse/omsorgs/velferdstjenestene både bedre og effektive⁷. Tross flere seinere utredninger om samme tema, mangler fortsatt en målrettet forskningsinnsats i kommunene.

Primærhelsetjenestemeldingen tegner et utfordringsbilde når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester med behov for styrket ledelse, kvalitetsutvikling og forskning. *Mangel på gode, kvalitetssikrede data* fra tjenestene anføres som en vesentlig del av dette utfordringsbildet. Med henvisning til HelseOmsorg21-strategien fastslår meldingen at det er behov for et langsiktig løft for forskning og innovasjon på og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Meldingen løfter også fram anbefalingen i HelseOmsorg21 om å utvikle gode målrettede forskningsnettverk og tydelige arenaer for implementering, forsøk og kunnskapsutvikling.

Vi registrerer at disse utfordringene i noen grad er berørt i forslaget om overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, men for øvrig er de i liten grad ivaretatt i foreliggende forslag til lovendringer.

Vi håper og forventer derfor at Helse- og omsorgsdepartementet kommer tilbake med konkrete forslag til hvordan et langsiktig forskningsløft i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan realiseres. Etter vår oppfatning er *etablering av praksisbaserte forskningsnettverk i primærhelsetjenesten* det viktigste enkelttiltak for å oppnå denne målsetningen, og samtidig understøtte kvalitetsutvikling og styrket ledelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er et tiltak som er kommet langt i planlegging og som for andre gang, høsten 2016, søker finansiering gjennom NFR.

Kommentarer til noen enkeltpunkter

- Det skal **lovfestes at kommunen må knytte til seg lege, sykepleier, helsesøster og jordmor** fra 2018. Dette er en «videreføring og tydeliggjøring av allerede gjeldende rett (p.3.2.6, første avsnitt s. 29). Fra 2020 lovfestes det videre at kommunen skal ha **psykolog, ergoterapeut og tannlege**.

Det er positivt at krav om nødvendig og kompetent arbeidskraft lovfestes, men så lenge det ikke følges av andre tiltak, vil det trolig ha liten praktisk betydning mht. å sikre at befolkningen får de lovpålagte kommunale tjenestene de har krav på. Det har lenge vært påpekt at det trenges flere fastleger, men når dette ikke følges opp av bevilgende myndigheter med oppretting av nye fastlegehemler kombinert med redusert listelengde, vil en lovfesting av krav om lege isolert sett ha liten betydning.

http://www.nsd.mn.no/filarkiv/File/rapporter/KS_20Legetjenester_20i_20kommunene_2031_03_2015.pdf

⁷ Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway. The research council of Norway 2011

Det viktigste punktet i dette forslaget er at kommunen skal inkludere psykolog i den kommunale helsetjenesten. Det er en etterspurt kompetanse, men det er særdeles viktig at innholdet i denne tjenesten defineres klart. Under omtalen (s.29) framgår det at tiltaket følges av en tilskuddsordning på kr 300 000 for psykolog i 100% stilling. Kommunene vil imidlertid *ikke ha krav på et slikt tilskudd*, men det kan søkes om innen en utlyst ramme på 145 mill kr i 2016. Når pliktbestemmelsen trår i kraft, vil tilskuddsmidlene inkluderes i kommunerammen. Det spørs at dette er tiltak som er godt nok til å sikre rekruttering og stabilitet av psykologtjenesten i kommunene på sikt. Psykologer ansatt i kommunen vil bidra til å sikre en større akademisk kompetanse i kommunene og bidra til en bredere rekrutteringsbase for kompetente ledere i kommunal sektor. Konferer neste punkt.

- I kapittel 3.4 omtales **krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**. Dette ble også framhevet i Primærhelsetjenestemeldingen (kap 3.4.1), i Stortingets behandling (kap3.4.2) og i HODs vurdering (kap 3.4.3). Primærhelsetjeneste -meldingen framhever at helse- og omsorgstjenesten trenger et lederløft. I okt i 2015 sendte HOD på høring et forlag til *ny forskrift om styringsystem i helse og omsorgssektoren*, som skulle erstatte internkontrollforskriften fra 2002. Etter en helhetsvurdering foreslår ikke HOD lovendringer på dette området, men viser til at regjeringen vil styrke ledelse på alle nivåer. Av konkrete tiltak trekkes det fram at ledere i kommunal sektor skal få økt tilgang til relevante lederutdanninger og gis eksempler på det (s. 38, sjette avsn).

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er blitt komplekse organisasjoner med store ledelsesutfordringer. KS har fått konsultentselskapet Agenda Kaupang til å lage utledningen «Kommunal legetjeneste - kan den styres?» KS mener at legetjenesten er «underledet». Fastleger (og fysioterapeuter) er i stor grad finansiert gjennom statlige trygdefusjoner og belaster ikke kommuneøkonomiene i samme grad som pleie- og omsorgstjenestene. Dette er trolig en medvirkende årsak til at pleie/omsorg har fått mer oppmerksomhet i den kommunale forvaltningen enn f. eks. legetjenesten, også når det gjelder lederutvikling. Det er fastslått i Helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal ha en kommunelege som skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen. Dette fungerer etter intensjonen på smittevernområdet som også er støttet av annen lovgivning (Smittevernloven), men det kan tjene som et eksempel på at medisinsk faglig kompetanse ofte ikke blir etterspurt av kommuneledelsen selv om dette er lovfestet.

Fastlegeordningen som ble innført i 2001 satset på at privatpraksis skulle være den dominerende driftsform. Dette har utvilsomt vært sterkt medvirkende til at legetjenesten ikke har hatt noen sentral plass i den kommunale ledelsen. Med samhandlingsreformen kom økt krav om at legetjenesten måtte samhandle både mer med de andre aktørene i primærhelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten.

UiT Norges arktiske universitet utdanner helse- og omsorgspersonell, hvorav en vesentlig andel vil bemanne helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Vi ønsker at undervisningen skal være kunnskapsbasert og at våre studenter også regelmessig ila. studiet skal gjennomføre praksisperioder i kommunene. Mens helseforetakene har lovpålagt «sørge for» ansvar for forskning og utdanning med medfølgende finansiering, skal kommunene, dvs. primærhelsetjenesten, «medvirke» til forskning og undervisning, - uten medfølgende finansiering. Dette er trolig en medvirkende årsak til at en mer samordnet og helhetlig ledelse av dette feltet i kommunen lider. Universitetet har sterkt behov for praksisplasser i kommunene. Samarbeidet mellom universitets- og høyskolesektoren lider også av mangel på god ledelse i kommunene. På denne måten forsterkes trenden at andrelinjen rekrutterer bedre enn førstelinjen fordi tilhørighet og interesse ofte initieres i studietiden basert på erfaringer studentene får gjennom sin utdanning.

- I kapittel 3.5 gjøres det rede for bakgrunn og utfordringer mht **tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring** i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og departementet foreslår å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende ved å endre lovens formålsbestemmelse. Dette synes fornuftig og rimelig, men man kan bli i tvil om en tydeliggjøring er nok, da kommunene hittil ikke har sett det som sin oppgave å ta seg av dette (det fremgår av notatet). Hvordan vil en slik tydeliggjøring vil bli håndhevet?
- Kapittel 5 tar for seg overføring av **ansvar for tannhelsetjenesten til kommunen**. Forslaget om å overføre ansvar for tannhelsetjenesten til kommunene bygger på forutsetningen om større kommuner. De fleste virksomhetsoverdragelser som skjer fra små enheter til større bygges på argumenter om stordriftsfordeler og større muligheter for å bygge sterke kompetansemiljø - i dette tilfelle skjer det motsatte. Det er i seg selv interessant. Det ligger utvilsomt både utfordringer og muligheter i dette som høringsnotatet ikke berører. Forutsatt tilstrekkelig finansiering som gjør det mulig å opprettholde tjenestenivået, kan dette gi et nytt utgangspunkt for utvikling av en mer samordnet og tverrfaglig kommunal helsetjeneste enn den vi har i dag – som det utvilsomt er behov for. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål både ved finansieringen og mangelen på helhetstenkning.

Overføringen av ansvaret for tannhelse til kommunalt nivå kan innebære at det opprettes mange nye interkommunale samarbeidskonstellasjoner. Dette innebærer nye utfordringer knyttet til planlegging, ledelse, demokrati og ikke minst økonomi. Det skrives flere steder i høringsnotatet at tiltak ikke vil få administrative og økonomiske konsekvenser fordi kommunene skal gjøre det samme som fylkeskommunen gjør i dag. Dette er med stor sannsynlig ikke riktig siden et stort antall nye aktører på kommunalt nivå skal gjøre det samme som 19 fylkeskommuner gjør i dag. En viktig grunn til økte økonomiske og administrative kostnader er at flere vil gjøre de nødvendige oppgavene sjeldnere og i mindre målestokk.

Når kommunene skal overta ansvaret, må finansieringen være tilstrekkelig slik at et kvalitativt godt tannhelsetilbud er mulig å opprettholde over hele landet. Samtidig bør de ledelsesutfordringene man i dag har i en fragmentert kommunehelsetjeneste ses i sammenheng med dette. Det bør i forbindelse med en oppgaveoverføring av tannhelsetjenesten tilføres ressurser som kan sikre mer helhet og helhetlig ledelse enn det som er tilfelle i dagens kommunale helsetjeneste.

Forslaget legger opp til at kommunene også skal overta ansvaret for de spesialiserte tannhelsetjenestene. Dette kunne med fordel vært bedret utredet i høringsnotatet. Det er grunn til å stille spørsmål ved om nødvendig kunnskapsutvikling og spesialiserte tannhelsetjenester vil kunne utvikles likeverdig for alle landets innbyggere i kommunal regi i noen utvalgte bykommuner uten noen nasjonal overbygning.

- I kapittel 6 omtales **informasjonsplikt og kontaktlegeordning**. Forslagene i høringsnotatet vil formalisere samhandling mellom nivåene i helsetjenesten på en god måte. Vi stiller oss positiv til at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal ha den samme informasjonsplikt overfor hverandre. Innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetjenesten vil også bidra til bedre samhandling, og det blir viktig at fastlegen får informasjon om oppnevning av kontaktleger, med informasjon om hvordan legen kan nås på telefon og e-post, så raskt som mulig.

Pasientens behov i sentrum for utvikling av helsetjenester

I punkt 3.1 vises det til at Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste og sette pasientens behov i sentrum for utvikling og endring av denne. Pasientens behov er også at det i et mer langsiktig perspektiv utdannes kompetente helsearbeidere for de kommende pasienters behov (utdanning) og at det fortløpende gjøres kvalitetssikring av eksisterende praksis og samtidig genereres ny kunnskap for den fremtidige (forskning). En overføring av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene vil stille krav til kommunenes økte deltakelse i utdanning og forskning for å sikre at utviklingen av og rekruttering til disse tjenestene ikke stagnerer. Dette nevnes også i 3.2. Når det er sagt, er prinsippet om flerfaglighet i de kommunale helse- og omsorgstjenester bra og vil som utdanningsarena kunne danne et grunnlag for økt fokus på samhandling i de ulike helseutdanningene.

Behovet for personell i kommunene med høyskole-/universitetsutdannelse vil øke: Tannleger, psykologer, ernæringsfysiologer, ergoterapeuter, m.fl. Her må det gjøres en vurdering mot utdanningsinstitusjonenes kapasitet i dag og behov for endringer/økninger.

Behovet i legeutdanningene for økt kontakt med og bidrag fra allmennhelsetjenesten er påkrevet. I dag har kommunene/allmennlegene ingen undervisningsplikt i utdanning av fremtidens leger, og kontaktflaten med allmennhelsetjeneste begrenses av universitetenes mulighet for frikjøp av tid til dette (praksiskompensasjon). Det er beklagelig at Primærhelsetjenestemeldingen ikke berører dette punktet.

I kapittel 4 foreslås en overføring av driftsansvaret for DPSer til kommunene. En slik overføring er uproblematisk dersom man beholder DPS som en læringsarena for utdanning av leger og andre helseprofesjoner. Ved en total overføring av DPS til kommunene frykter vi at tilgangen for studenter vil bli begrenset på samme måten som i allmennlegetjenesten i dag. Siden det er snakk om en forsøksordning, regner vi med at DPS som utdanningsarena tas med i en senere evaluering av ordningen.

Vennlig hilsen

Arnfinn Sundsfjord
dekan

Eyvind Paulssen
instituttleder

Institutt for klinisk medisin

Magritt Brustad
instituttleder

Institutt for samfunnsmedisin

Helen Brandstorp
leder

Nasjonalt senter for
distriktsmedisin

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur