

Til Helse- og omsorgsdepartement

Hørings svar om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

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

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 kvalitetsindikatorerne for legetjenestene i kommunene, finner vi heller ikke støtte for at store kommuner leverer bedre tjenester enn de små.

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

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

² Hansen TM, Kristoffersen DT, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015. Notat – 2016.



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-innleggelsesrate 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 legetutdanning, kvotering av studenter fra distriktene og desentraliserte spesialiseringsordninger er de tiltakene som har best støtte i forskning⁴.

I en rapport laget for KS i fjor kom det frem at det er rekrutteringsutfordringer av fastleger i alle type kommuner⁵. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har funnet at fastlegeavtalene har en median kortere varighet i kommuner med under 2000 innbyggere i forhold til de større⁶. I NSDM sin nye rapport om vikarbruk og fastlegedekning i kommuner

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

⁴ Strasser R, Couper I, Wynn-Jones J, Rourke J, Chater AB & Steve Reid (2016) Education for rural practice in rural practice, Education for PrimaryCare, 27:1, 10-14,

⁵ KS Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport.

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

⁶ Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045-9



med under 20 000 innbyggere, kommer det frem at kommunenes sentralitet er det som er signifikant avgjørende⁷.

Gode kvalitetssikrede data fra primærhelsetjenesten

Nasjonalt senter for distriktsmedisin 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 forskningstradisjon og mangler forskningskunnskap som er kvalitativt god nok til å danne grunnlag for kunnskapsbasert praksis og gjøre helse/omsorgs/velferdstjenestene både bedre og effektive⁸. 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 ivarettatt i foreliggende forslag til lovendringer.

Vi håper og forventer derfor at HOD 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 enkeltpunkter

Det skal **lovfestes at kommunen må knytte til seg leger, sykepleiere, helsesøster og jordmor** fra 2018. Dette er en «videreføring og tydeliggjøring av allerede gjeldende rett (p.3.2.6, første

⁷ Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM. August 2016:

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

⁸ Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway. The research council of Norway 2011



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 fastlegehjemler kombinert med redusert listelengde og utdanningsstillinger, vil en lovfesting av krav om lege isolert sett ha liten betydning.

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 avsnitt). Vi støtter satsningen, og vil gjerne at se den i sammenheng med legers grunn-og videreutdanning.

Mens helseforetakene har lovpålagt «sørge for» ansvar for forskning og utdanning med medfølgende finansiering, skal kommunene, dvs. primærhelsetjenesten, «medvirke» til forskning og undervisning, - uten annen medfølgende finansiering enn det de får av universitetene. Dette er trolig en medvirkende årsak til at en mer samordnet og helhetlig ledelse av dette feltet i kommunen lider. Det er svært uheldig av flere grunner: både den lokale fagutviklingen og dermed kvaliteten i tjenestene ville blitt styrket om kommunene var pålagt forskning og utdanning. Dessuten vet vi at det er attraktivt for helsepersonell å jobbe på steder hvor det satses på å følge med den medisinske utviklingen. Viktigste enkeltelementet for legers trivsel er muligheten til å gi god pasientbehandling. Vi tror utdanning og



forskningsaktiviteter vil virke rekrutterende og stabiliserende på helsepersonell og gi bedre helsetjenester lokalt.

Legers grunnutdanning i dag er sterkt sykehuspreget med bare en mindre del i kommunehelsetjenesten. Sammen med de rekruttering- og stabiliseringsutfordringer vi nå ser i allmennpraksis, er det nærliggende å peke på at legeutdanningen må desentraliseres mer. Studentene klager på at undervisning i universitetssykehus tidvis er for spesialisert og sær og har uttrykt at de ønsker å undervises av generalister i grunnutdanningen. Universitetene har derfor et sterkt behov for finansiering som muliggjør for praksisplasser i kommunene.

Samarbeidet mellom universitets- og høyskolesektoren lider også av mangel på god ledelse i kommunene. Desentralisert sykepleieutdanning i Troms har gode resultater m.h.t. stabilisering av sykepleiere i distriktskommuner. Hele 87% av sykepleierne som er utdannet i denne ordningen, opprettet i 1990, har blitt værende i sin kommune. Mer enn halvparten har tatt videreutdanning⁹.

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

⁹https://uit.no/ansatte/organisasjon/nyhetsartikkel?p_document_id=362067&p_dimension_id=88108&p_menu=28723



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 bedre 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.

Med vennlig hilsen

Helen Brandstorp, leder

NSDM

