

Kommunal utenrikspolitikk, en oppgave for kommunelege I?

Av Svein Lie

«Hva er samfunnsmedisin?» Spørsmålet dukker stadig opp og det er lenge siden det kom nye svar. Tradisjonelt er kommunelege Is oppgaver medisinsk faglig rådgivning innen miljørettet helsevern, rådgivning om helseberedskap og annen planlegging, kvalitetssikring og internkontroll. Problemstillinger som arbeidsdeling, prioritering og ressursfordeling i helsevesenet har ikke hatt stor oppmerksomhet hos kommunale samfunnsmedisinere. I denne artikkelen vil jeg argumentere for at kommunelege I også må engasjere seg i arbeidsfordelingen mellom kommunen og sykehus. Jeg mener det er et underkommunisert motsetningsforhold mellom sykehus og helsetjenesten i kommunene når det gjelder oppgaver, ansvar og ressurser.

Kommunene er størst

Den fylkeskommunale helsetjenesten, med sykehusene i spissen, oppleves som tungvekterne. Summen av de kommunale tjenestene er likevel større, både i antall pasienter, ansatte og økonomi. Tall fra Vestfold viser at i 1997 var fylkeskommunens brutto utgifter til den somatiske helsetjenesten 945 millioner kroner, mens kommunenes brutto utgifter til pleie og omsorg og helsetjenester var 1.482 millioner. Utgifter til sosialtjenestene er ikke tatt med, heller ikke summen av egenandeler og trygderefusjon hos fysio-

terapeuter og leger. Liknende forhold gjelder i de fleste andre fylker.

Til tross for volumforholdet er kommunene lite bevisste på sin samlede posisjon. De siste årene har sykehusene redusert gjennomsnittlig antall liggedøgn betydelig. Gjennomsnittet i Vestfold er nå nede på 5,8 døgn. Noe av reduksjonen skyldes nye behandlingsmetoder, men erfaringen viser også at pasientene som skrives ut er sykere nå, sammenliknet med 15 år tilbake. Sykehusene er også presset, men løsningen med å velte oppgavene over på primærhelsetjenesten i kommunene er kun mulig fordi kommunene ikke står samlet og hevder sin posisjon i forhold til fylkeskommunen. I stedet er det den enkelte lege eller pleier som må løse problemet på legekontor eller i pleie- og omsorgstjenestene.

Allmennmedisinen har relevant kunnskap

Befolkningens vaner for å oppsøke allmennleger for symptomer eller sykdom er vel kjent i allmennmedisinen. Figur 1 viser hvilket hjelpebehov 1000 tilfældige personer har i løpet av en måned. Det dramatiske ved figur 1 er volumforholdet mellom egenomsorg, allmennlege, sykehus og regionsykehus. Dersom egenomsorgsevnens avtar med fem prosent vil antallet som går til lege kunne øke med 50 personer, dvs en relativ økning hos legen på 33 prosent. Forholdet mellom allmennlege og sykehus er tilsvarende, men mer regulert fordi sykehusene har et sengetall som begrensning på hva de kan ta motta.

Helse- og omsorgstjenester, en kjede

I figur 2 er de samme tjenestene framstilt for å illustrere sammenhengen mellom volum og grad av helseproblem. Når helseproblemet blir mer omfattende eller sammensatt må en søke hjelp på høyere ressursnivå. Hovedpoenget er at alle tjenester henger sammen. Problemet er at det skjer endringer i arbeidsfordelingen slik at «nabonivået» må overta nye funksjoner.

Økning i alle retninger

Dersom en tar utgangspunkt i primærhelsetjenesten, det kommunale nivået, preges utviklingen av at oppgavene øker i alle retninger. Nettverkets kapasitet til å yte omsorg har vært langsomt avtagende de siste årene (figur 2, a), illustrert ved at det økende kravet om institusjonsplasser kommer fra



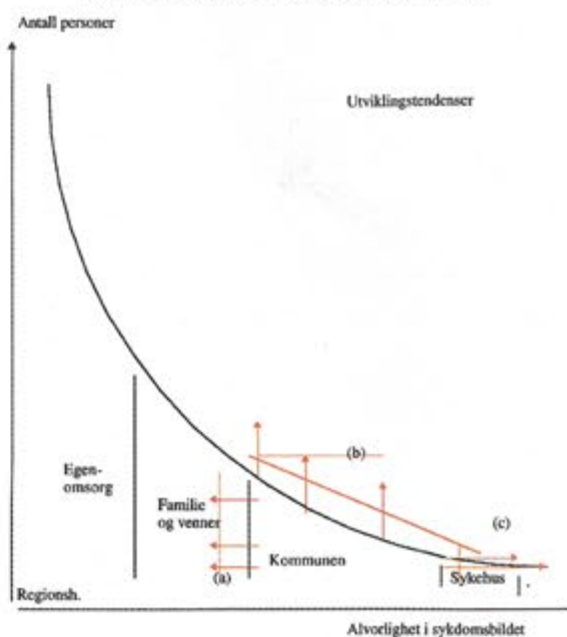
Svein Lie, helsesjef i Sandefjord fra 1993. Tidligere kommunelege I og II i Vinje og Flakstad.

generasjonen under de som skal ha plass. Antallet eldre og hjelpetrengende øker i volum i de fleste kommuner i tillegg til at de formelle kravene til innhold og gjennomføring av tjenestene øker (b). Sykehusene er presset økonomisk ved at fylkeskommunene reduserer egenfinansieringen, og faglig ved at det kommer nye metoder og forventninger om behandling samtidig som at behandlingsinstansene over reduserer. Det nye Rikshospitalet har færre senger enn det gamle. Pasientene skrives ut tidligere og oppgavene flyttes «nedover» i hierarkiet. Hjemmebehandling med respirator er ikke lenger en ukjent oppgave for kommunene, og fullt mulig. Poenget er bare at det krever ressurser som ikke følger med oppgaven. Kommunenes oppgave øker også i retning av sykehusenes fagområder (c).

Summen blir for stor

Summen av økte oppgaver i primærhelsetjenesten overgår kapasiteten på flere områder, varselet kommer fra pleie- og omsorg og primærleger. Vurdert ut fra maktspillet om ressurser og oppgaver er kommunene tapere i et spill der de blant annet møter en faglig overmakt fra sykehusene. Det er bare mulig fordi kommunene ikke ser sin samlede rolle i spillet innenfor hvert fylke eller region. Helse- og pleie- og omsorgstjenester er overlatt til fagfolkene så snart stillinger og bygninger er på plass. Konsekvensen av manglende

ARBEIDSFORDELINGEN I BEHANDLING OG OMSORG



Figur 2

bevissthet i «utenriks-helsepolitikken» ender opp i overbelastede pleiere og leger. Legene er etter min vurdering ekstra utsatt på grunn av kontraktsrollen i forhold til kommunene. Det kan lett føre til at kommunene ikke har tett nok kontakt med den delen av primærhelsetjenesteansvaret.

Hva så?

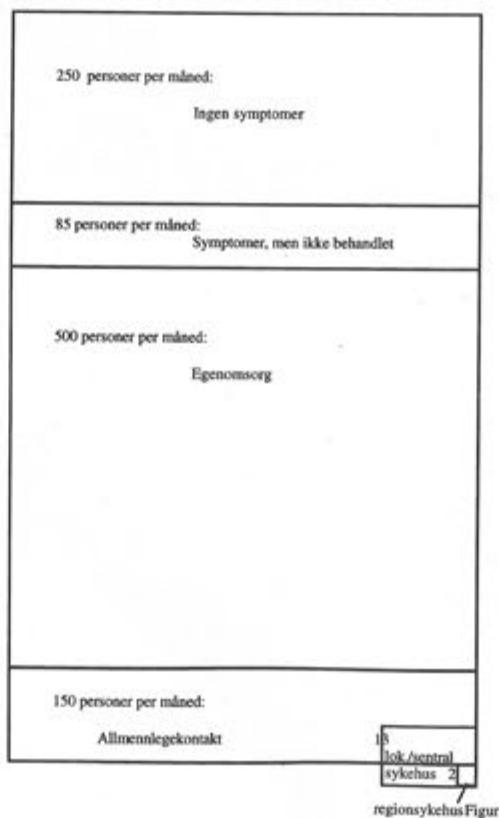
Poenget er ikke at sykehusene skal slutte å utvikle seg eller at vi har for mange eldre. Poenget er at kommunene må øke sin felles bevissthet i forhold til de andre aktørene i spillet om oppgavefordeling i helsevesenet. Utfordringen er spesielt stor i forhold til sykehusene. Fordi pleie og behandlingsbehov hos de pasientene som kommer etter reduksjon av gjennomsnittlig liggetid i sykehus fra 5,5 til 5 dager er mye større enn da det ble redusert fra 9,5 til 9 dager.

Sett fra sykehusene er avlastningen desto større. Jeg tror det haster å få disse temaene på dagsorden, ikke minst fordi vi går mot en mulig større avstand mellom kommunene og sykehusforvaltningsnivået, enten det blir regionalt eller statlig. Min mening er at dette er en viktig rolle for kommunene som premissleverandør for kommunen. På lengre sikt kan disse forholdene være like truende for helsetilbudet og helsetilstand i kommunen som enkelte av de sakene vi avledes av i miljørettet helsevern. Det slår i hvertfall det klassiske problemet med klager fra de som plages av naboens kattehold.

Referanser:

Ot.prop 99 (1998-99); Fastlegeordningen
SSB, Hjulet, Helse- og sosialstatistikk, fra 1997
Samdata for somatiske sykehus, 1998

Hvem hjelper?
Hjelpebehov og behandler for 1000 tilfeldig valgte personer, i løpet av en måned.



Figur 1

regionsykehus