

Flere fastlegar og økt IKT-satsing

Flere fastlegar er eit sentralt element i styrkinga av kommunehelsetenesta. Det er ønska å auke talet på fastlegar med 50 prosent. Det er mellom anna tatt til orde for at meir tid skal brukast på allmenntilleggs arbeid, deltaking i rehabilitering samt arbeid i lærings- og meistringssentra. Kompetansebygging for å styrke partnarfunksjon og vurderingskompetanse på legevakt er også nemnt, samt sterkare kommunal styring av både fastlegen sine offentlege oppgåver og den kurative verksemda.

Eit viktig og visjonært tema i reformen er satsing på IKT. Målsetjinga er at elektronisk kommunikasjon skal vere den normale måten å utveksle informasjon på. Regjeringa vil satse på å styrke styringa av feltet, vurdere å innføre tidsfrister for oppkobling til norsk helsenett og utgreie utvikling av ein nasjonal kjernejournal. Dette skal vere ei IKT-løysing med ei avgrensa mengde kjerneopplysningar om pasienten, informasjon som autorisert helsepersonell kan få tilgang til.

Endra oppgåvefordeling?

Hovudpoenget med samhandlingsreforma er altså at det over tid må utviklast eit betre samarbeid mellom dei ulike aktørane i helse- og omsorgstenesta. I gjennomføringa av reforma skal det etter planen leggast vekt på langsiktighet, og at endra oppgåvefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetenesta må skje kontrollert. Når kommunene skal påta seg nye oppgåver, er det meininga at kompetanse- og rekrutteringsmessige føresetnader skal vere på plass på førehand. Det skal også sørgjast for at kommunene får dei naudsynte midla til å kunne gjennomføre tiltak. Målsetninga er at oppfølgjande lovproposisjonar skal fremjast i 2010 og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten skal vere på plass i 2012.

Stortingsmeldinga har mange gode intensjonar og ei rekkje konkrete tiltak er foreslått, og dersom alt vert gjennomført vil det medføre omfattande endringar i helsevesenet si organisering. Tidlegare reformer har som nemnt ikkje løyst problema dei var tenkt til. Kva kan så gå gale denne gongen? Kompetansemangel i kommunene kan bremse arbeidet. Mange bekymrar seg for den økonomiske biten. Å få til samarbeid med fastlegane er sjølvstendig viktig, og signala om sterkare kommunal styring over både arbeidsmengde og arbeidsform, er kontroversielt. Forskning viser dessutan at fleire fastlegar kan få motsett effekt på trykket i høve til spesialisthelsetenesta, enn det som er intendert, idet fleire tilviste pasientar i sum går opp. Primærførebygging på individnivå versus folkehelsearbeid på befolkningsnivå, er også eit tema til diskusjon, for vert vi eigentleg friskare av at fleire fastlegar fortel oss kva som sunt og usunt? Kanskje må politikarane her ta styring på eit heilt anna nivå i samfunnet?

SAMHAN

I dette nummeret av **Utposten** omtales hovedpunktene i samhandlingsreformen som ble lagt frem tidligere i år. Hva mener så legene om innholdet i stortingsmeldingen – og hvilke endringer kan man forvente eller håpe på? Vi har bedt seks kolleger i ulike stillinger og landsdeler om å meddele sine synspunkter ved å besvare følgende spørsmål:

1. Hva anser du som hovedpoenget med samhandlingsreformen?
2. Hvilken gjennomslagskraft tror du reformen vil få?
3. Hvilke endringer forventer du i norsk helsestell etter samhandlingsreformen?
4. Hvordan kan reformen få konsekvenser for din legehverdag og din arbeidsarena?

Trond Egil Hansen

Overlege ved Longyearbyen sykehus, Svalbard og leder av Allmennlegeforeningen



1. Stortingsmeldinga har undertittelen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Det er vanskelig å vere uenig i det. Det er også lett å vere enig i de hovedutfordringene samhandlingsreforma pekar på: at pasientenes behov for koordinerte tenester ikke besvares godt nok (fragmenterte tenester); at tenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom; at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringar som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

DLINGSREFORMEN

— *hva forventer legene?*

Så langt, så vel. Dette må gis tilslutning. Reformen er imidlertid svakere på forslagene til løsninger. Noen av hovedgrepene vil kunne gi bedre helsetjenester, så som større grad av pasientmedvirkning, styrking av kommunehelsetjenesten for i større grad å oppfylle LEON-prinsippet samt bedre og mer helhetlige pasientforløp. I samhandlingsreformen er dette imidlertid omtalt som tiltak ikke bare for å gi bedre helsetjenester, men også for å begrense utgiftsveksten i helsevesenet. Det er lite realistisk.

Stortingsmeldingens tro på forebyggende tiltak i helsevesenets regi er sterkt overdrevet. Forebyggende og helsefremmende arbeid må omfatte beslutninger og tiltak i alle samfunnssektorer, og kan føre til at flere holder seg friske lengre, men kan ikke forventes å gi innsparinger i helsevesenet – verken på kort eller lengre sikt. En styrking av primærhelsetjenesten må dessuten i første omgang forventes å gi et større henvisningsvolum til spesialisthelsetjenesten, ved at pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester blir identifisert raskere.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også bli en svært krevende øvelse. Det er stor sannsynlighet for at dette blir «svarteper»-penger. Midlene blir kanalisert gjennom kommunen, men kommunen vil i realiteten ikke ha noen råderett over disse pengene, da pasientenes rett til spesialisthelsetjenester må oppfylles. Kommunen vil få et rasjoneringsansvar som blir umulig å ivareta.

2. Jeg tror at samhandlingsreformen vil bli fulgt opp med videre utredninger, og at resultatene av disse utredningene vil avgjøre reformens gjennomslagskraft. Mange av tiltakene er lite konkretisert i stortingsmeldingen. Om reformen bør få gjennomslag, kommer an på om disse utredningene munner ut i virkemidler som faktisk gir de resultatene som ønskes. Det er et viktig anliggende å få de ulike ledd i helsevesenet til å fungere godt sammen til pasientens beste. Det krever enighet om ansvars- og oppgavedeling, og kapasitet og prioritering må være avstemt hos de instanser som skal samhandle. Det betyr at slagordet «ingen nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten» må legges vekk,

da også områder i spesialisthelsetjenesten med kapasitetssvikt må styrkes. Primærhelsetjenesten trenger en robust spesialisthelsetjeneste å samhandle med.

Vi trenger finansieringsordninger som fremmer kvalitet og gode prioriteringer i hele helsetjenesten, herunder samhandling til beste for pasienter med sammensatte behov. Noen av insentivene som samhandlingsreformen nevner, vil være direkte destruktive – som en dreining av finansieringsordningen for fastlegeordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster. Det vil pasienter med store behov for legetjenester tape på.

3. Også her vil svaret bero på resultatene av de videre utredningene som stortingsmeldingen legger opp til. Eventuelle endringer vil neppe skje med det første, men etter hvert. Som nevnt tror jeg at innsparingene som meldingen antyder, aldri vil komme. Det kan bringe reformen i miskreditt, selv om mange av forslagene vil kunne føre til bedre helsetjenester dersom de blir fulgt opp med hensiktsmessige virkemidler.

4. For mitt nåværende arbeidssted, Longyearbyen sykehus, vil ikke reformen få noen betydning. Svalbard har på grunn av beliggenhet og samfunnsstruktur helt spesielle behov. Longyearbyen sykehus leverer både primærhelsetjenester og sykehustjenester til den norske befolkningen på Svalbard, til besøkende og turister på øygruppen samt turister og fiskere i farvannene rundt. I Longyearbyen er det hensiktsmessig å ha en slik fullintegrert løsning, som samtidig betyr at vi ikke har liknende samhandlingsutfordringer som på fastlandet.



Anne Grethe Olsen

Kommuneoverlege i Hammerfest

1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen anser jeg å være å redusere veksten i utgiftene til helsesektoren. «Vi ønsker 'litt mindre meir' vekst i utgiftene til helsetjenester», sa helseministeren under arbeidet med refor-

men. For å få dette til ønsker man at pasientene til enhver tid behandles på laveste effektive omsorgsnivå, blant annet ved at det opprettes behandlingsenheter hvor kommunene har behandlingsansvaret for pasientene, og ved at det også blir et kommunalt medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Forebyggende helsearbeid skal også prioriteres høyere, for å begrense økningen i antall kronisk syke og skadde – og derved redusere behandlingsutgiftene.

Mangelfull samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, dårlig koordinering av tjenester, for lite forebyggende arbeid og en økning i tallet på pasienter med kroniske sykdommer er beskrevet som framtidas helse- og omsorgsutfordringer. Det er disse utfordringene samhandlingsreformen skal bidra til å finne gode løsninger på. Jeg er usikker på om det er det samfunnsøkonomiske perspektivet eller pasientperspektivet som har vært drivkraften bak reformen, men jeg håper selvsagt at de har gått «hånd i hånd» gjennom prosessen. Da kan vi kanskje oppnå en sømløs helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet på alle nivåer. Det vil være kostnadseffektivt, men om det gir besparelser gjenstår å se.

2. Gjennomslagskraften vil avhenge av hvilken regjering som skal følge opp reformen, hvilken «oppbacking» kommunene får til å utvikle gode samhandlingsløsninger, hvor god tid man får til utviklingsarbeidet og i hvilken grad spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanseoverføring. Noen kommuner har allerede gode samhandlingsarenaer med spesialisthelsetjenesten og nabokommunene, og kan videreutvikle disse. Andre kommuner står på «bar bakke» og trenger tid til å finne ut av hvilken samhandlingsmodell som passer best for å gjennomføre gode prosesser lokalt.

Det er viktig at kommunene blir eiere av prosessene rundt utviklingen av samhandlingsløsninger. Interkommunale avtaler, lokalisering av samhandlingsenheter, tilknytning til sykehus, bemanning og ressursutnytting er temaer som kommunene må få tid til å finne ut av. Dersom tidsfaktoren ved innføring av samhandlingsreformen blir for knapp, vil vi sannsynligvis få dårligere løsninger – noe som kan svekke reformens gjennomslagskraft og forverre behandlingstilbudet til pasientene.

Spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi reformen gjennomslagskraft ved å være «på tilbudssiden» hva gjelder kompetanseoverføring, opplæring, ambulante team osv. Dette vil være avgjørende for god kvalitet i de kommunale behandlingsenheterne.

3. Jeg forventer at samhandlingsreformen vil styrke både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Styrk-

ingen av kommunehelsetjenesten må skje ved å tilføre økonomiske ressurser, «friske penger» til nye oppgaver. Styrkingen av spesialisthelsetjenesten vil ligge i en flytting av oppgaver fra sykehusene til kommunene, slik at spesialisthelsetjenesten får frigjort ressurser til å gi mer spesialisert behandling. Flytting av oppgaver, økt satsing på forebyggende helsearbeid og nye finansieringsmodeller vil føre til endringer i norsk helsestell i form av nye samarbeidsformer, herunder økt interkommunalt samarbeid, mer kompetanseoverføring mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og utvikling av nye arenaer for forebyggende helsearbeid. Vi vil måtte få strukturendringer både i kommunene og på sykehusene.

Kommunale behandlingsenheter beliggende i sykehus krever gode løsninger og avtaler, det samme gjelder interkommunale enheter. Man må avklare hvilke personellgrupper som skal jobbe i disse enhetene, og hvilken kompetanse de skal ha.

4. Samhandlingsreformen kan få store konsekvenser for Hammerfest kommune. Vi er vertskommune for Hammerfest sykehus, og har verken sykestueplasser eller lokal samhandlingsenhet. Vi trenger derfor tid til å planlegge en lokal samhandlingsenhet, gjerne i samarbeid med nærliggende kommuner. Planleggingen må også skje i nært samarbeid med sykehuset, da det kan være hensiktsmessig at en interkommunal samhandlingsenhet er samlokalisert med Hammerfest sykehus. Gode løsninger avhenger av at man får tid til gode prosesser. Som kommuneoverlege og samfunnsmedisiner vil jeg ha en viktig rolle i planleggingsfasen, innføringsfasen og oppfølgingsfasen av reformen.

Når det gjelder det forebyggende helsearbeidet – som kommunene skal gjøre mer av – så kan ikke dette hvile på fastlegene og kommuneoverlegene alene. Både skoler, barnehager, politi, teknisk sektor og sosialtjenesten tar beslutninger som påvirker folkehelsen. Økt fokus på forebygging og flere samarbeidspartnere innen denne arenaen, kan gjøre arbeidet enklere for oss som jobber med individuelt forebyggende arbeid og helseopplysning i større målestokk.

Min legehverdag etter innføring av samhandlingsreformen vil sikkert bli annerledes. Jeg håper på økt behov for og etterspørsel etter min samfunnsmedisinske kompetanse, og jeg tror at jobben som fastlege kan bli enda mer spennende. Jeg tror at vi som jobber i primærhelsetjenesten er klare for nye oppgaver, dersom oppgavene føles meningsfulle og til nytte for pasientene og befolkningen.

Torbjørn Uhre

Fastlege og tidligere kommunelege i Alstahaug, Nordland



1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen er etter min mening å gi pasientene bedre helsetjenester med en mer effektiv og knirkefri samhandling mellom tjenestenivåene. Bedre elektronisk samhandling er et av tiltakene som kan fasilitere samhandlingen. LEON-prinsippet står sentralt i min forståelse av effektiv pasientbehandling.

Prinsippet er viktig for å forhindre overforbruk av helse-tjenester. En undergraving av LEON og av henvisningsplikten i helsetjenesten vil garantert svekke våre muligheter til å håndtere endringer i sykdomsbildet som kommer og som ellers vil kunne true samfunnets økonomiske bærevne. En annen stor utfordring er å øke innsatsen innen forebygging og begrenning av sykdom, men jeg er ikke sikker på at de grepene samhandlingsreformen legger opp til, er i stand til å løse de oppgavene man her står overfor.

2. Dette avhenger blant annet av hvordan vi setter primærhelsetjenesten i stand til å løse de oppgavene man kan håndtere på dette nivået. Vi trenger gode rammevilkår som sikrer rekruttering av dyktige leger til primærhelsetjenesten, og vi er avhengig av et utdanningssystem som gjør nyutdannede leger trygge nok til å utrede pasientene ambulant og behandle de fleste i primærhelsetjenesten. Legene må også ha kunnskap og erfaring nok til å tørre å bruke tiden som et diagnostisk hjelpemiddel, når de står overfor umodne sykdomsbilder – istedenfor å henvise for sikkerhets skyld, noe som raskt fører til at spesialisthelsetjenesten drukner i unødvendige henvisninger. På den måten kan man sikre at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å løse sine oppgaver raskt og effektivt.

3. Jeg forventer en styrking av primærhelsetjenesten, med rammevilkår som gjør at godt skolerte leger søker seg til allmennpraksis og forblir der! Jeg forventer også at myndighetene innser at primærlegene alene ikke kan forebygge de nye store folkesykdommene, uansett hvor mye kommunalt arbeid vi blir satt til å gjøre. De viktigste grepene for å forebygge sykdom og skader må tas av våre politikere, ved at de utformer en politikk som virker helsefremmende innen for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Et glimrende eksempel på politikerstyrt folkehelsearbeid er endringene i forskriften til tobakksskadeloven, som på sikt vil ha positive konsekvenser for utviklingen av KOLS og andre lunge- og hjertesykdommer.

4. Jeg håper og tror at reformen skal bidra til en bedring av folkehelsen, også i min kommune hvor vi i mange år har satset på forebyggende helsearbeid og miljørettet helsevern. Eksempler på det er tobakksforebyggende arbeid og tiltak for fysisk aktivitet og bedre ernæring, blant annet ved å ansette klinisk ernæringsfysiolog og diabetessykepleier. Samhandlingsreformens satsing på forebygging gir derfor ikke noen grunn til å tro at det skal skje store forandringer i kommunens forebyggende arbeid. Jeg tror at de største effektene innen forebygging vil komme av tiltak som ligger utenfor kommunens og kommunehelsetjenestens ansvarsområde.

For øvrig har fastlegene i vår kommune listestørrelser langt under taket som myndighetene hittil har operert med, og gjennomsnittlig arbeidstid avsatt til kommunale oppgaver er langt over de åtte timene som legene i utgangspunktet er forpliktet til. Jeg tror derfor ikke reformen vil få store konsekvenser for vår egen legehverdag.

Lars Vorland

Administrerende direktør i Helse Nord RHF



1. Hovedpoenget med samhandlingsreformen er at samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten skal bli mest mulig sømløs og understøtte behandling på rett nivå. Slik systemet i dag fungerer, understøtter det ikke denne samhandlingen. Reformen prøver å få systemene til å understøtte og initiere god samhandling.

2. Kostnadsutviklingen innen spesialisthelsetjenesten i den vestlige verden i årene fremover, vil bli av en slik størrelsesorden at det er tvingende nødvendig å redusere forventet vekst. Jeg tror derfor at det er tverrpolitisk enighet om behovet for en reform hvor man forsøker å behandle pasientene utenfor sykehus i størst mulig grad. Helseprofesjonene tror jeg også vil støtte denne tanken, men hvor stor gjennomslagskraft denne reformen vil få, vil avhenge av hvordan finansieringsmodellen vil virke, og hva effekten av det økte antallet primærleger vil bli. Personlig tror jeg at reformen er nødvendig – og med de rette grep (se spørsmål 3) vil den ha stor gjennomslagskraft.

3. Dersom reformen skal ha den tiltenkte effekt, vil man i kommunene se en utbygging av observasjonssenger og en «halvannenlinjetjeneste» hvor primærlegene kan legge inn en del av pasientene – og som pasientene kan føres tilbake til etter å ha vært innlagt i sykehus. Behandling av eldre pasienter vil få en enda større betydning i kommunene enn det

som er tilfelle i dag. Antall ansatte i kommunehelsetjenesten vil øke sterkt, både hva angår pleie- og omsorgstjenestene og legetjenestene. Spesialisthelsetjenesten vil oppleve mindre vekst enn det man historisk har hatt, og vil måtte rendyrke sine behandlingsprofiler. Servicenivået vil måtte økes da man vil flytte makt og innflytelse over til primærhelsetjenesten.

4. For spesialisthelsetjenesten er det viktig hvordan den endelige finansiering blir. Dersom 20 prosent av ISF (innsatsstyrt finansiering) skal overføres til kommunene, kan det medføre store endringer dersom kommunene bygger ut sine tilbud og behandler en stor andel av pasientene der. På den annen side kan de ikke bygge ut tilbudet og behandle pasientene med kun 20 prosent ISF, så det krever at kommunene også får økte basisrammer. Det kan bety at forutsigbarheten for spesialisthelsetjenesten blir mindre, og at det vil kreve økt fleksibilitet av foretakene.

Det er vanskelig å forutsi hva en 50 prosent økning i antall primærleger vil si for innleggelsesfrekvensen. Dersom det følges opp med mulig behandling på halvannenlinjetjeneste-nivå i kommunene, kan det bety økt pasientbehandling utenfor sykehus. Dersom man ikke bygger ut behandlingsmulighetene i kommunene, kan det motsatte skje, slik at man får økt tilsig av pasienter til foretakene. Slik reformen er utformet, vil den sannsynligvis gi økte utfordringer for spesialisthelsetjenesten både med hensyn til fleksibilitet i størrelse på institusjonene og innholdsmessig.

Guri Rørtveit

Professor i allmennmedisin, Universitetet i Bergen



1. Hovedpoenget med reformen er å skape bedre og mer sammenhengende helsetjenester for pasientene. Et vesentlig og, etter min mening, helt riktig middel for å oppnå dette er å styrke primærhelsetjenesten. En godt utbygd primærhelsetjeneste er kostnads-effektiv og gir mer rettferdig fordeling av helsetjenester.

Et legitimt delmål for reformen er å redusere kostnadene i helsevesenet. Håpet om at man kan oppnå to gode målsetninger på en gang gir god grunn til å være positiv til samhandlingsreformen.

For helseministeren og departementet er det også et hovedpoeng at helsetjenesten skal forebygge sykdommer i langt større grad enn i dag. Troen på at primærforebygging kan foregå i så stor grad i en klinisk virksomhet der man pri-

mært bør ta seg av de syke, og med så store effekter som man trenger for at dette skal ha økonomisk gevinst, er i beste fall rørende. Problemet med denne forestillingen er at den er forstyrrende for en grunnleggende debatt om hvor primærforebygging bør foregå. Virkelig og effektiv primærforebygging foregår i det offentlige rom gjennom god og modig politikk, der man prioriterer muligheten for befolkningen til å gjøre sunne valg uavhengig av økonomi og sosiale forhold ellers. Det betyr ikke at vi ikke kan bli bedre i arbeidet med å identifisere og forebygge sykdom hos høyrisikopasienter i allmennpraksis. Men for å bli bedre, trenger vi mer kunnskap om effektive strategier.

2. Reformen er helt avhengig av at de som skal gjennomføre endringene føler eierskap og motivasjon i forhold til både mål og midler. Reformen slik den er beskrevet i stortingsmeldingen, er rund i kantene, og det er rom for å ta med fagmiljøene i arbeidet med å fylle den med innhold. Legeforeningen og andre faglige foreninger samt kommunene og helseforetakene bør være sentrale i dette arbeidet. Men også utdanningsinstitusjonene som skal utdanne helsepersonell som skal arbeide på nye og utradisjonelle måter, og forskningsinstitusjonene som skal skape et kunnskapsgrunnlag som helsepersonell kan stole på, må med i arbeidet for å oppnå reformens mål. Hvis alle disse instansene blir trukket inn på en forpliktende måte i det videre arbeidet, har jeg faktisk stor tro på at reformen kan bli en viktig milepæl i arbeidet med å gjøre helsevesenet mer pasientvennlig og effektivt uten at kostnadene fortsetter å øke eksponentielt.

3. Forventninger og forhåpninger er to forskjellige ting. Jeg håper at samhandlingsreformen vil føre til et helsevesen som i mye mindre grad tenker todelt, og som i langt større grad klarer å ha pasientens langsiktige beste som et felles mål. For at dette skal skje, må de to organisasjonsnivåene bli likeverdige, og helsepersonell i begge nivåer må forstå og respektere de betingelser som personell i det andre nivået arbeider under. Jeg håper også at det i arbeidet med å legge innhold til reformen, vil komme en større offentlig diskusjon om hvordan forebygging bør foregå i vårt land – og at en slik diskusjon vil munne ut i langt større vekt på bygging av sykkelveier, tilrettelegging av kollektivtransport og fornuftig prissetting av matvarer istedenfor en udokumentert tro på at fastlegen skal forebygge samfunnsproblemet diabetes ved å følge opp blodprøver hos mange nok enkelt-pasienter.

Jeg håper også at universitetene i langt større grad vil rette blikket mot primærmedisin som læringsarena og forskningsfelt. Jeg tror at fakulteter som raskt skjønner at grundigere opplæring i allmennmedisin og samhandling innad

og mellom nivåene gjennom hele studiet, vil fremstå som langt mer moderne og fremtidsrettet enn de andre.

4. Jeg arbeider med forskning i allmennmedisin og undervisning av sisteårs medisinstudenter, og jeg håper og tror at samhandlingsreformen vil ha store konsekvenser for begge disse oppgavene. Det bør bli mer undervisning om pasientløp og samhandling i hele studiet, og dette vil kreve mer allmennmedisinsk kompetanse. Behovet for større ressurser på lærersiden er åpenbart. Jeg er også veldig opptatt av at samhandlingsreformen ikke skal bli en ren kvantitetsreform, der 2000 nye fastleger pøses inn i systemet for å gjøre «mer av det samme». Vi må få økt fokus på kvalitet i primærhelsetjenesten. Som ledd i dette er det nødvendig med en økning av både kvalitet og kvantitet av allmennmedisinsk forskning. Fastlegene må i større grad enn nå få beslutningsstøtte fra forskningen i mange av de vurderinger som skal gjøres, inkludert beslutninger om å la være å handle, la være å henvise, la være å skrive ut resept. Trygge og kunnskapsrike fastleger er nødvendig for en oppdemming mot den feilslåtte forståelsen av at en fragmentert og subspesialisert helsetjeneste er det beste vi kan tilby befolkningen.

Einar Braaten

Kommuneoverlege i Øvre og Nedre Eiker, Buskerud



1. Å gjøre kommunene bedre i stand til å forebygge at pasienter blir så sjuke at de trenger behandling på sjukehus, og gjøre kommunehelsetjenesten bedre i stand til både å ta imot pasienter fra sjukehusene tidligere og behandle enklere tilstander som

kan overføres fra sjukehusene. Viktigst er at vi kan forebygge at innbyggerne blir sjuke og at de får hjelp til å takle sjukdommen sin hjemme. Slik jeg opplever hverdagen ute i kommunene, er det verken fagkompetanse nok, personellressurser nok eller økonomi til å bygge opp en robust og effektiv forebyggende tjeneste. Få kommuner har etablert gjennomgripende primærforebyggende tiltak med satsing på frivillige organisasjoner og kulturtiltak i samarbeid med helsetjenester. Rehabiliteringstiltakene lider alltid overfor behandling og omsorgstjenester. Dette er omfattende tiltak som berører både pasientenes hverdag og de ansattes holdninger, og som ofte kommer i konflikt med krav til effektivisering og nedskjæring i budsjetter.

Jeg savner fastlegenes engasjement i primær- og sekundærforebyggende tiltak – et engasjement som enkelt kan organiseres og synliggjøres i samarbeid med kommuneoverleger som samarbeider internt i kommunene, inter-

kommunalt og overfor helseforetakene. I den andre enden har vi sjuke pasienter som skal hjem igjen fra sjukehusene. Jeg er opptatt av «Omsorgstrappa». Ute i kommunene må vi være rustet på alle nivåer; fra tilpasninger i hjemmet, hjemmehjelp og hjemmesjukepleie, omsorgsboliger og rehabiliteringssentre til sjukehjem med korttids- og langtidsavdelinger, lindrende avdelinger og demensavdelinger. Det hjelper lite bare å ruste opp sjukehjemsplasser. Jeg vil slå et slag for utvidede legestillinger på sjukehjemmene – vi må innse at vi kommer til kort med dagens 20–40 prosent stillinger. Det er først når vi får inn denne kompetansen i nært samarbeid med omsorgspersonalet, at vi klarer å gjøre stillingene mer interessante og rekruttere ambisiøse og flinke leger, sjukepleiere og annet fagpersonell. Sjøl om sjukehjemsmedisin ikke er en egen spesialitet, må det være et fokusområde i allmennmedisin.

Samarbeidet mellom fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester er et sentralt tema i samhandlingsreformen. Fastlegene må utgjøre en like aktivt deltakende ressurs som andre kommunale pasienttjenester. Fastlegeordningen må tilpasses så legene lettere får mulighet til dette. Det er derfor vi som samfunnsmedisinere er opptatt av at de foreslåtte økningene i antall fastleger blir gjennomført.

2. Jeg tror reformen er oppstarten på en endring i helsetjenestene i Norge – en endring som vil ta tid, men som må opprettholde sin retning. For første gang på svært lenge er det satt fokus på at spesialisthelsetjenesten er avhengig av en velfungerende kommunehelsetjeneste. Jeg tror at forståelsen av hvor stor effekt forebygging og rehabilitering har, aldri har vært så stor i en regjering. Erkjennelsen av at sjukehusenes utvikling avhenger av funksjonsnivået i primærhelsetjenesten, er grunnleggende i reformen. Derfor tror jeg at reformen kan overleve både regjeringsskifter og budsjettbehandlinger.

Reformens største utfordring er helseforetakenes omstillingsevne. Helt siden Karl Evangs tid – men også før det – har sjukehusene vært motstandsdyktige mot organisasjonsforbedringer og manglet endringsvilje. Jeg mener at legestanden har bidratt til dette i stor grad, og er spent på hvordan reformen vil bli mottatt i den kliniske hverdagen i sjukehusene.

3. Samhandlingsreformen kan bare endre norsk helsestell hvis den blir videreført i nasjonale planer, helseplaner og budsjett- og økonomiplaner. Jeg forventer at det vil komme flere små endringer som samles i noen hovedretninger:

- Tydeligere pasientrettigheter; pasientene får mer innflytelse og behandlingslinjene blir mer pasientfokusert.

- Kontinuerlig arbeid med å øke kompetanse, kapasitet og faglige utfordringer for ansatte i kommunehelsetjenesten.
- Oppgradering av kommunehelsetjenester, med utvikling av kommunelegefunksjonen, fastlegefunksjonen og omsorgs- og rehabiliteringstjenestene.
- Etablering av et grunnlag for gjennomgripende organisasjonsendringer og effektivisering i spesialisthelsetjenesten.

4. Noen forventer at samhandlingsreformen vil revolusjonere helsevesenet i Norge, men det tror ikke jeg. Jeg håper at jeg oftere vil oppleve å bli kontaktet av sjukehus for å bidra i deres utvikling, og at vi kan bidra i vår organisasjonsutvikling for å endre pasientgrunnlaget for sjukehusene. Jeg forventer å delta i større grad i utviklingen av våre kommunale tjenester, og jeg håper vårt gode forhold til fastlegene kan videreutvikles så vi finner fram til

samarbeidsmodeller som imøtekommer ønskene fra fastlegene så vel som fra samarbeidende tjenester.

Samhandlingsreformen kan bli et utgangspunkt for store endringer i kommuneoverlegefunksjonen. Kommunene vil i langt større grad enn før trenge medisinsk kompetanse for å møte kravene fra fastlegene, andre interne tjenester og ikke minst fra sjukehusene. Jeg klarer ikke å dekke dette behovet innen den stillingsrammen jeg har i dag. Samtidig håper jeg at flere kolleger bidrar aktivt til å realisere de mulighetene som samhandlingsreformen gir oss. Vi trenger flere engasjerte kommuneoverleger, og flere interkommunale nettverk der noen av oss jobber strategisk for å støtte kommuneoverlegene i enkeltkommunene. Jeg er en svoren tilhenger av at kommunehelsetjenesten skal være grunnlaget for hele vår helsetjeneste, og vil bidra aktivt i det videre arbeidet rundt samhandlingsreformen.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Prosjektmidler for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning



Fra 2008 er Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning et nasjonalt program. Programmets formål er todelt:

- Det skal fremme forskning og fagutvikling om spørsmål som er relevante for medisinsk praksis og helsetjenestene i distriktene.
- Bidra til stabilisering og rekruttering av allmennleger og helsepersonell i distriktene.

Gjennom dette programmet kan primærleger med distriktstilhørighet søke om støtte til fagutviklings- og forskningsprosjekter. Det er også mulig for medisinstudenter, og annet helsepersonell i samarbeid med primærlege, å søke om prosjektstøtte. Prosjektene må ha distriktsmedisinsk relevans. Programmet skal sikre hovedfinansiering av mindre, lokale prosjekter, men også hjelpe i gang større prosjekter med startfinansiering.

Øvrige søknadsopplysninger fås ved henvendelse til Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Se kontaktinformasjon nedenfor.

SØKNADSRIST: 15. oktober 2009

For nærmere opplysninger om Programmet, ta kontakt med

Per Stensland
Leder Programråd

E-POST: per.stensland@isf.uib.no
TLF.: 57 62 97 00

Hasse Melbye
Vara prosjektleder

E-POST: hasse.melbye@ism.uit.no
TLF.: 77 64 48 14

Søknadsskjema fås ved henvendelse til Per Baadnes, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.
TLF.: 77 64 55 12. E-POST: per.baadnes@ism.uit.no.

Søknadsopplysninger finnes også på vår hjemmeside
<http://www.nsdsm.no/programmet/cms/39>