

K-en som ble borte

– noen synspunkter på forslag til nye lover og ny helseplan

■ GISLE ROKSUND leder i Norsk forening for allmenntillegge og fastlege i Skien

Regjeringen sendte høsten 2010 ut to lover og en plan til høring: forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og en plan for de framtidige helse- og omsorgstjenestene. Dette er konkretiseringen og operasjonaliseringen av hva som en gang het Samhandlingsreformen.

For to år siden reiste daværende helseminister Torbjørn Røe Isdahl land og strand rundt og hadde følgende budskap til folket: «Helse- og omsorgstjenesten må komme tidligere til og forebygging mer for å hindre at folk blir syke og trenger sykehusbehandling.»

Kommunene skulle få et særlig ansvar for slike forebyggende helsetjenester. Fastlegene skulle oppdage sykdom tidlig og sette i verk behandlingstiltak på et enda tidligere tidspunkt enn i dag. Kommunehelsetjenesten skulle rustes betydelig opp for å kunne forebygging mer, og det skulle innføres finansieringsordninger slik at kommunene skulle få økonomisk interesse av å forebygging mer.

Regjeringen har mistet en k på veien

Styrking er blitt til styring. Vi ser lite igjen av de opprinnelige tankene fra arbeidet med Samhandlingsreformen mht styrking av allmenntilleggetjenesten. Endring i finansieringsordningen er fortsatt en nøtt. Per i dag foreligger det et forslag om at kommunene skal betale en del av regningen for innleggelse i sykehus av personer over 80 år, for å stimulere

kommunene til å bygge ut sykehjemstjenestene og bedre kvaliteten. Forslaget har selvfølgelig møtt motstand. De gamle har og bør naturligvis fortsatt ha rett til sykehusinnleggelse på lik linje med de yngre. I tillegg til dette ser det ut til at departementet seriøst tenker på å redusere stykkprisandelen i finansieringen av fastlegeordningen fra 70/30 til 50/50. Det er bred enighet i fagmiljøet om at dette vil virke kontraproduktivt.

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

På den forebyggende siden legges det opp til storstilte tiltak vs. friske personer.

Departementet foreslår i lovens §3-3:

Helsefremmende og forebyggende arbeid etter §3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Dette må sees i sammenheng med høringsnotatets kap 16.6.4.3:

«Fastlegene vil ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasienter. Dette gjelder for eksempel oppfølging av pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer, overvekt og type 2 diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Bruk av tobakk og inaktivitet er også sentrale risikofaktorer.»

«Begrunnelsen for at det eventuelt kan vurderes å presisere i forskrift at listeansvaret inkluderer en mer proaktiv oppfølging f. eks. i form av innkalling av pasienter, er at enkelte pasienter ikke selv oppsøker lege, eventuelt ikke oppsøker lege så ofte som det er faglig ønskelig, gitt målet om å styrke det forebyggende arbeidet.»

Er da tanken at enhver innbygger skal evalueres etter en biomedisinsk standardmanual?

Forebygging av sykdom og uhelse er selvfølgelig en viktig og integrert del av allmenntilleggenes arbeid. De fleste mennesker har en viss valgfrihet angående livsstil, og leger har en viktig oppgave i å bruke «gyldne øyeblikk» til å vekke eller støtte pasientenes vilje til gode endringer. Problemet er at mulighetene til å «velge sunt» er så ujevnt fordelt. Sykdomsrisikoen er høyest der den sosiale avmakten er størst og handlingsrommet minst. Om en fastlege aktivt skal rekke hånda ut mot mennesker som har (eller antas å ha) høy sykdomsrisiko, men etter medisinsk målestokk ikke viser «tilstrekkelig» initiativ og disiplin, trenger legen betydelig handlingsrom og ikke snevre forskriftsfestede plikter.

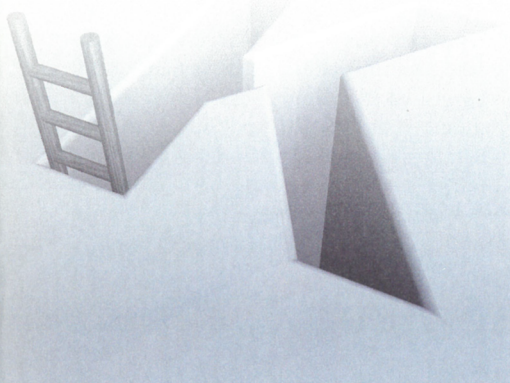
Det er vist at ingen målinger kan forutsi dødelighet bedre enn ens egen vurdering av egen helse. Dessuten beskytter et sterkt sosialt nettverk bedre mot tidlig død enn både røykeslutt, trim og blodtrykksbehandling. En tilfellevekkende og dyktig lege må derfor tenke forebygging innenfor en vid horisont av muligheter, og framfor alt vise respekt og visdom i møte med mennesker som står til knes i «årsaker bak årsakene», nemlig vanskelige sosiale og relasjonelle kår i videste forstand.

Jeg er sterkt bekymret for at individuell forebygging av sykdom i økende grad skal skje på biomedisinens konvensjonelle premisser.

Fastlegen må ikke reduseres til en gammel-dags kontrollør av livsstil og kropp. Dette blir rive-ruskende galt og en pervertert form for forebyggende helsearbeid.

Rapporteringskrav

Ekstra ille kan dette bli dersom myndighetene uten tilstrekkelig kontakt med fagmiljøet innfører funksjons- og kvalitetskrav i tråd med disse tankene. Det legges tydelig opp til nye funksjons- og kvalitetskrav innenfor fastlegeordningen, herunder nye rapporteringskrav til myndighetene. Og jeg ser klart myndighetenes behov for dette. Men det vil være helt avgjørende at myndighetene her kommer i en god dialog med fagmiljøene om hvordan dette skal skje. Foreningen har i lang tid arbeidet for å få etablert et Senter for all-



ILLUSTRASJON: JØRG ROSE-OBERREICH

menntmedisinsk kvalitet, SAK. Fastlegene bør etter vår oppfatning kontinuerlig delta i kvalitetsforbedrende arbeid i tråd med nasjonale føringer, understøttet av SAK. Og etablering av ulike rapporteringsordninger må skje i samarbeid mellom myndigheter og fagmiljøet.

Styrking av det forebyggende arbeidet innenfor andre sektorer

Forebyggende arbeid må styrkes på helt andre samfunnsarenaer. Det dreier seg om økonomisk politikk, prispolitikk, arbeidslivspolitik, familierpolitikk, skolepolitikk, planlegging av skoleveier, handlesentra, gymnastikk i skolen og mye annet. Det handler om å lage et samfunn som er preget av respekt for medmennesker, trygge oppvekstvilkår for barn i nærheten av ansvarlige voksne, osv. Dette er for så vidt ivaretatt i forslag til ny Folkehelselov. Foreningen er fornøyd med at kommunene som sådanne får ansvar, og ikke bare kommunenes helsetjeneste.

Allmennlegeforeningen og Norske forening for allmennmedisin har nedlagt mye arbeid i sine høringsuttalelser. Høringene er i sin helhet tilgjengelige på nettsiden www.legeforeningen.no/id/158898.0, se datoene 13/12 og 24/11.

Jeg vil her trekke fram følgende «highlights» fra høringsuttalelsene:

- Vi er glade for at departementet fastslår at fastlegeordningen er vellykket og bør videreføres som hovedstruktur for legetjenester i kommunehelsetjenesten.
- Det er vesentlig å bevare fastlegeordningen som et lavterskeltilbud der innbyggerne i stor grad selv definerer behovet. Vi er bekymret over at høringsnotatet omtaler endringer i fastlegeordningens grunnleggende struktur og finansiering. Dette vil rukke ved ordningen.
- Stortingsmelding 47 beskrev et behov for å styrke primærhelsetjenesten, herunder allmennlegetjenesten. Dette er vanskelig å finne igjen i forslagene.
- Utvikling av kvalitetssystemer for allmennlegepraksis vil bidra til å styrke fastlegens tjenesteutøvelse og oppgaveløsning.
- Vi er enige i at fastlegene skal være en tydelig del av kommunehelsetjenesten. Fastlegen bør være i tett og god samhandling med kommunehelsetjenesten for øvrig, med en formålstjenlig ansvars- og oppgavefordeling.
- Vi er svært skeptiske til planene om økt bruk av forskrifter i den hensikt å få fastlegene til å øke innsats på politisk prioriterte områder. Avtalebaserte løsninger gir større forpliktelse, engasjement og mulighet for fleksibel tilpasning i tråd med fagutvikling og skiftende behov.
- For å støtte målsettingen om at fastlegene skal ha kortere lister for å levere mer innhold i tjenestene til pasientene, må stykkprisandelen av finansieringen økes, ikke reduseres. 50/50 modellen har ikke bare vært utredet tidligere, men også utprøvd i fastlegeforsøket i 1990-årene. Det var på bakgrunn av erfaringene fra fastlegeforsøket at man forlot 50/50 modellen til fordel for 70/30.
- Å forskriftsfeste plikter som bringer fastlegen bort fra kontoret, vil redusere fastlegens tilgjengelighet for sine øvrige pasienter og samarbeidspartnere. Det vil ramme både kronikere, andre sårbare grupper, og folk flest.
- Når det gjelder utviklingstrekk, er den svære og urovekkende medikaliseringen som er skjedd i samfunnet de senere tiår, ikke berørt. Det er ikke beskrevet hvilke ulemper et stadig økende antall diagnoser og friske personer med diagnoser medfører. Det er ingen legitime beskrivelser av de uklare grenser mellom ulike risikotilstander og etablert sykdom, ei heller av de reduserte intervensjonsgrenser for ulike risikotilstander. Legemiddelindustriens innflytelse på dette er ikke problematisert.
- Man synes å ta for gitt at jo mer man setter inn av forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten, jo mindre behøver man av kurative spesialisthelsetjenester. Dette er en ganske forenklet forestilling.
- Vi savner et tydeligere skille mellom primærforebygging og sekundær-/tertiærforebygging. Primærforebygging er også i kommunens arbeid bare i liten grad en oppgave for helsevesenet.
- Sekundær- og terciærforebygging er en selvsagt del av fastlegens oppfølging av pasienter med helseproblemer. For å styrke fastlegens rolle innen primærforebygging, behøves fagutvikling og tilrettelegging, ikke forskriftsfesting.
- Vi vil på det sterkeste advare mot å forskriftsfeste individuelt primærforebyggende helsearbeid slik det er beskrevet. Det er basert på utdatert kunnskap, og vil gjøre fastlegen til en gammeldags kontrollør av livsstil og kropp.
- Vi støtter at kommunenes plikt til å ha kommunelege videreføres. Tittelen kommuneoverlege bør brukes.
- Kapittelet om undervisning beskriver behov for undervisning og opplæring helt generelt, men viker unna drøftinger av de spesielle utfordringer som knytter seg til legers grunn-, videre- eller etterutdannelse.
- Vi savner en diskusjon rundt rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen.
- Det er et stort behov for å styrke basisfinansieringen av de allmennmedisinske forskningsenhetene.
- Vi vil advare mot for detaljerte forskrifter på kvalitetsområdet, før vi har sikker kunnskap om at tiltakene det legges opp til, faktisk forbedrer helsetjenesten
- Vi mener Helsedirektoratet sitter for langt fra fagmiljøet og involverer dem for lite til å ta ansvaret for å utarbeide veiledere mm. Hvis ansvaret skal plasseres der, må det faglige allmennmedisinske miljøet involveres i langt større grad
- Vi er bekymret for en evt. innføring av et omfattende meldesystem for avvik og nesten-avvik slik de gjør i Danmark, uten å skille meldesystem og sanksjonssystem svært tydelig.
- Vi ber om å få NEL tilbake i Helsebiblioteket så snart som mulig
- Vi støtter forslag til endringer i lov og forskrift med tanke på forsvarlighet, standardisering, krav til kravspesifikasjoner og en mange-til-mange IKT-kommunikasjonsløsning. Men en vellykket gjennomføring av dette vil forutsette at staten på en helt annen måte enn tidligere må være villig til å finansiere et nasjonalt sammenhengende IKT-system for helsetjenesten. Dette er et viktig statlig ansvar.
- IKT-området er avgjørende for et velfungerende helsevesen. Lovforslaget fokuserer på å stille krav gjennom forskrift. Vi er enige i at man skal stille krav, men disse krav må rette seg mot leverandører, brukere og myndigheter. Først og fremst må avtaleinstituttet brukes for å enes om krav. Uansett metode må det etableres et nasjonalt system for prioritering og koordinering av IKT-endringer hvor brukere har reell påvirkningsmulighet og hvor finansiering følger all endring. Dette er særlig viktig i et system hvor legene ikke kan ta inn økte IKT-kostnader ved å legge på prisene. Det vil være uklokt om myndighetene velger å styre utviklingen gjennom bruk av pålegg og forskrifter når det finnes gode eksempler fra andre land på incentivstyrt utvikling med stor suksess. Vi vil fremheve rapportene om «det moderne IT-legekontor», som inneholder gode forslag til løsninger på et område som skaper sand i maskineriet for IKT-utvikling i primærhelsetjenesten. Rapportene peker på løsninger som er gjennomførbare og som vil gi kraft til nødvendig endring hvis tilfredsstillende finansieringsløsninger følger.

 gisle.roksund@gmail.com