

Foreningen Af Kommunalt ansatte Læger

FAS

Til:
Folketingets Sundhedsudvalg

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

DOMUS MEDICA
TRONDHJEMSGADE 9
2100 KØBENHAVN Ø
TELEFON 35 44 85 00
TELEFAX 35 44 85 85
E-MAIL fas@dadl.dk
www.fas.dk

Hvorfor læger fortsat skal se skolebørnene

Social ulighed

Der ses en stigende social ulighed i sundhed. Er der læger på skolerne, ses alle børnene. Lægerne udgør et finmasket sikkerhedsnet under børnene, og den sociale ulighed i sundhed mindskes. Undersøgelserne fra førskolealderen viser, at mellem 20 og 35 % ikke bliver set af den praktiserende læge. Det er de socialt dårligst stillede, som ikke får deres børn til lægen. Ved fjernelse af kommunallægen vil der således være en stor del af børnene, som ikke bliver lægeundersøgt i hele deres barndom!

Aflastning af praktiserende læger og børnepsykiatrien

Kommunallægen har mulighed for at vurdere børnene i deres daglige rammer, hvilket andre læger, herunder de praktiserende læger og børnepsykiater, ikke har mulighed for. Kommunallægen ser barnet på skolen, hvor der stilles krav om faglighed og social kompetence – det giver mulighed for en tidlig opsporing og diagnosicering af forskellige børnepsykiatriske sygdomme fx opmærksomhedsforstyrrelser. Kommunallægen kan aflaste børnepsykiateren ved at tage sig af de lettere børnepsykiatriske opgaver og sørge for, at kommunen tager sig af de børn, som trives dårligt af sociale årsager og dermed sikre mere relevant behandling.

Herudover aflaster kommunallægen de praktiserende læger, idet der foretages en lægelig visitation – og man begrænser viderehenvisningen af unødige småting.

Diagnostik af sygdomme

Der udvikler sig nye sygdomme i skolealderen, som fx astma, migræne, depression samt udviklingsforstyrrelser, som ofte først kommer til udtryk, når barnet kommer i skole og i løbet af skoleårene. Ligesom

23. april 2008
Sagsnr 2008-2092
Dok.nr. 156782

Sign. VM/SK/tp

kommunallægerne konstaterer alvorlige sygdomme, som fx hjertefejl, hjernetumorer osv., som ikke tidligere er diagnosticerede og som ville kunne resultere i dødsfald. Nylig evaluering af praktiserende lægers småbørnsundersøgelser har vist, at undersøgelserne var effektive. Ved hvert tredje barn var der nye fund, og ved hvert syvende barn fandtes væsentlige helbredsmæssige problemer.

En væsentlig funktion af kommunallægerne ved udskolingsundersøgelserne er helbredsmæssige vurderinger i forhold til erhvervsvalg samt ikke mindst rådgivning ifht seksuel sundhed.

Sociale sager

Tvangssager (§50) – nuværende læger er grundlaget for den socialmedicinske indsats ifht truede børn. Ved styrket metodekrav ved svære børnesager bør det lægelige prioriteres højere. Der bør ved alle sådanne sager indgå en lægelig vurdering, evt. aktuel lægelig undersøgelse, idet der altid er helbredsforhold hos såvel børn som forældre.

Velfærdsministeren arbejder pt. for en sådan styrkelse.

For at man kan få en lægelig vurdering og ikke tværfaglig sparring, forudsætter det, at lægen er til stede, kender forholdene og bl.a. færdes på skolerne. Lovgrundlaget er krumptappen. Fjernes lægerne – som følge af loven – fjernes nuværende grundlag til at styrke indsatsen blandt udsatte børn.

Ingen besparelse

Kommunerne tror, at de sparer ved at fjerne kommunallægerne. Det er en kortsigtet løsning. Børn, der ikke bliver diagnosticeret tidligt, bliver rungere senere ifht sundhedsudgifter. Kommunallæger bidrager i øvrigt med en lægelig vurdering i sociale sager i kommunen, og her kan en god lægefaglig indsats betyde store besparelser. Det gælder både for børneområdet og sygedagpengeområdet, hvor manglende lægefaglige indsats kan blive dyr.

Lægemangel

Det eneste argument for lovforslaget har været lægemangel.

Det er en myte. Hvis og når kommunerne laver ordentlige lægestillinger med en god normering og en bred funktion, bliver stillingerne besat af dygtige og engagerede læger. Typisk speciallæger i almen medicin, pædiatri eller samfundsmedicin (altså læge med min. 8 års overbygning på lægeuddannelsen samt 150 timers kommunallægekursus).

Om få år ændrer lægesituationen sig, men hvis man fjerner lægerne fra børneforebyggelsen, vil det tage mange år at genetablere ordningen. Vi ved, at gennemføres loven, vil kommuner, hvor der INGEN problemer er med rekrutteringen (fx Københavns kommune), bruge loven til at FJERNE lægeundersøgelserne!

Ifølge en nylig opgørelse over OECD-landene er der i Danmark 3,6 læger

pr. 1000 indbyggere, mens OECD-gennemsnittet er 3,0. Omvendt er antallet af sygeplejersker kun 7,7 pr. 1000 danskere, mod OECD-gennemsnittet på 8,8. På den baggrund er det svært at støtte et forslag om at lade yderligere opgaver overgå til sygeplejersker.

Evaluering

Inden børneundersøgelserprogrammet justeres, bør hele ordningen fra 0 – 18 år evalueres. Ligesom de praktiserende lægers indsats netop er blevet evalueret – og har vist sig effektive – bør der foretage en tilsvarende evaluering af børneundersøgelserne i skolealderen. Derfor svækker man den forebyggende indsats uden at kende effekten heraf! En sådan evaluering koster iflg. Statens Institut for Folkesundhed cirka 2 millioner. Det bør bemærkes, at sundhedsplejerskernes virke selvfølgelig også bør evalueres.

Læge kontra sundhedsplejerske

Det er vigtigt at bemærke, at sundhedsplejersker – selv med 1 års efteruddannelse – ikke kan gennemføre en lægeundersøgelse. Sundhedsplejersker afholder ifølge egne oplysninger og erfaringer ”sundhedssamtaler, undervisning og samarbejde med personalet, der arbejder på skolen”.

Læger foretager undersøgelser med deres øjne (nogle gang forstærket med otoskop og lignende), hørelse (gerne forlænget med et stetoskop) samt med hænderne. Med disse simple redskaber gennemgås kroppen, på relevante områder. Observationerne sammenholdes med fagets samlede erfaringer (ofte baseret på naturvidenskabelige studier), viden om statistisk sandsynlighed samt specifik kendskab til barn, familie eller miljøforhold. Denne proces fører så nogle gange til diagnoser (ligeledes videnskabeligt funderet).

Nogle af de skolebørn, som får stillet en diagnose, henvises til yderligere udredning eller behandling ved andre læger. Ligesom de børn, som på baggrund af sundhedsplejerskens samtaler og samarbejde, nogle gange henvises. Men der er da ingen grund til at tro, det skulle være de samme børn med de samme problemer, der ”fanges” ved de to forskellige metoder. Det er derfor, de to fag har udviklet sig sideordnet.

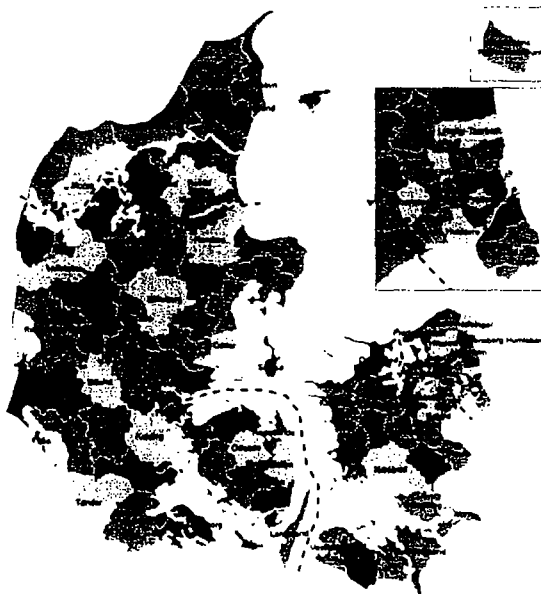
Vibeke Manniche, Forkvinde, FAKL

Soren Krue, Næstformand, FAKL



Fremtidens kommunallæge

- nytænkning af lægernes arbejde i kommunerne



DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING AUGUST 2006

Det lægelige arbejde i kommunerne i kølvandet på kommunalreformen

Lægeforeningen vil gerne invitere kommunerne til et samarbejde om udvikling af den lægefaglige funktion i kommunerne.

Kommunalreformen og den nye sundhedslov betyder, at kommunerne får ansvaret for et betydeligt udvidet opgavefelt på sundhedsområdet. Det gælder bl.a. genoptræning, sygdomsforebyggelse i alle aldersgrupper, sundhedsfremme, misbrugsbehandling og rygeafvænning.

Det er Lægeforeningens vurdering, at nytænkning af det lægelige arbejde er nødvendig på grund af de mange nye opgaver, kommunerne skal have planlægnings- og driftsansvar for. Nytænkning vil åbne for at rekruttere og fastholde velkvalificerede læger til at etablere den kommunallægelige kompetence, som en kommune skal råde over for at blive en kvalificeret aktør på sundhedsområdet. Kommunens ledelse vil have behov for let tilgængelig og ansvarlig lægelig ekspertise.

Lægeforeningen har derfor samlet en række synspunkter og overvejelser om den lægelige funktion i kommunerne i dette oplæg til drøftelse med de relevante kommunale parter.

Det er Lægeforeningens opfattelse, at udgangspunktet er følgende generelle principper og arbejdsdeling med regionerne:

- Det lægelige arbejde i kommunerne er generelt af rådgivende karakter med undtagelse af undersøgelserne af børn og unge
- Det lægelige arbejde i kommunerne tager udgangspunkt i lokalsamfundets behov for udvikling af sundhedstilstanden
- Det lægelige arbejde indebærer samarbejde med mange faggrupper i kommunen og samarbejde med sundhedsvæsenet i øvrigt
- Det lægelige arbejde på tværs af forvaltningerne bør koordineres med størst mulig vidensdeling om kommunens sundhedsopgaver til følge

- De lægelige patientrettede behandlingsopgaver foregår fortsat i primærsektoren og på sygehusene, når man ser bort fra særlige opgaver på et antal misbrugsinstitutioner
- Den specialiserede rådgivning om sygdomme skal hentes i regionernes lægefaglige ekspertise og hos Sundhedsstyrelsen
- Samarbejdet med almen praksis skal generelt styrkes indenfor de rammer den nye sundhedslov giver

Med dette oplæg vil vi sætte fokus på de ansatte lægers bidrag til arbejdet med den kommende tids udfordringer for kommunerne på sundhedsområdet.

1. Nye kompetencer til planlægning og drift

Når de nye sundhedsopgaver bliver et kommunalt ansvar, vokser kommunens behov for analyse, overblik og koordinering af den lægelige indsats. Det kræver, at kommunerne anvender den lægefaglige kompetence optimalt. Både i etableringsfasen og i driftsfasen.

Allerede i etableringsfasen er der behov for, at kommunernes beslutningstagere har adgang til evidensbaseret, lægefaglig viden for at sikre prioritering og koordinering af kommunens sundhedsfaglige opgaver. Det skal herved sikres, at de kommunale beslutninger af betydning for borgernes sundhed træffes på et relevant lægefagligt grundlag.

Den lægelige funktion skal således bistå beslutningstagerne med at:

- Sikre at sundhedsaspektet indgår alle relevante steder i kommunens beslutningsgrundlag
- Koordinere samarbejdet til den samlede sundhedsindsats i kommunen og til det øvrige sundhedsvæsen
- Kvalitetssikre de lægelige ydelser, kommunen køber, herunder organisere kommunens arbejde under den danske model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet

2. Den kommunallægelige funktion

Sundhedsområdet går på tværs af de kommunale forvaltningers opgaveportefølje. Overvejelser om forebyggelse og medicinske vurderinger af sygdomsforekomst indgår ofte parallelt i de kommunale beslutninger og aktiviteter på børneområdet, social- og arbejdsmarkedsområdet, samt generelt i kommunens drift og planlægning (ulykkesforebyggelse, institutionshygiejne, miljøforanstaltninger og arbejdsmiljø m.v.).

Det lægefaglige område kan sammenfattende beskrives som omfattende følgende sagområder:

- A. Forebyggelse og sundhedsfremme
- B. Børne- og ungeområdet
- C. Fysisk og psykisk svage borgere
- D. Misbrug - rusmidler
- E. Sociallægeligt arbejde
- F. Smitsomme sygdomme
- G. Lægefaglig kommunikation

Nedenfor præsenteres opgaverne tematiseret under ovenstående punkter.

Begrebet kommunallæger anvendes i det følgende som en samlet betegnelse for de læger, der arbejder for kommunen. I praksis kan opgaverne varetages af forskellige lægegrupper afhængig af det konkrete kompetencebehov.

A. Forebyggelse og sundhedsfremme

Kommunallægefunktionen skal medvirke i kommunens overordnede planlægning på sundhedsområdet og i prioriteringen af sundhedsindsatsen som garant for, at den forebyggende indsats bliver evidensbaseret og evalueret. Herunder skal kommunallæger koordinere og vejlede i forbindelse med:

- Vurdering af sundheden i kommunen under ét og forslag om indsatsområder
- Udarbejdelse af sundhedspolitikker
- Forebyggelse af livsstilssygdomme – eksempelvis "sund by"-butikker, rygning, motion, kost
- Sammenhæng mellem fysisk miljø og sundhed/sygdom
- Undervisning af institutionspersonale i forebyggelse af smitsomme sygdomme, kost, fysisk aktivitet, hygiejne, ulykkesforebyggelse, miljø, indeklima, allergiforebyggelse mv.
- Indsamling af materiale om børnesundhed og udarbejdelse af sundhedsprofiler
- Indsatsen i forhold til børn med særlige sundheds-/sygdomsmæssige problemstillinger

B. Børn og unge

På børn- og ungeområdet omfatter kommunallægefunktionen bl.a.:

- Forebyggende undersøgelser af skolebørn for sygdoms- og fejludvikling af fysisk og socialmedicinsk karakter
- Institutionsvejledning og rådgivning af daginstitutionspersonale om børns sundhed og udvikling – generelt og konkret
- Identifikation/opsporing af børn med fysiske/psykiske/sociale belastninger med henblik på tidlig indsats på individ- og gruppeniveau
- Kvalificeret undersøgelse af børn med særlige fysiske, psykiske og trivselsrelaterede funktionsbegrænsninger og behov, samt vejledning til børn/forældre, daginstitutioner, skole mv.
- Tværfagligt samarbejde omkring børn med specielle problemer/vanskeligheder inklusive kontakten til egen læge og andre læger
- Sundhedspædagogisk formidling over for skolebørn og deres forældre samt over for skoleledere, pædagoger m.v.
- Samarbejde med sundhedsplejen
- Sociale børnesager
- Samarbejde med socialforvaltningen vedrørende integration af flygtninge/familiesammenførte (helbredstilstand, vaccination m.m.)
- Igangsættelse af projekter
- Vejledning til udskolingselever om sammenhæng mellem arbejdsmiljø og sygdom

C. Fysisk og psykisk svage borgere

I forhold til plejehjemsområdet er der behov for lægelig hjælp til at:

- Rådgive personalet generelt
- Sikre lægefaglige procedurer for beboere

- Indgå i undervisning og vejledning omkring medicin, hygiejne og smitsomme sygdomme etc.
- Sikre det lægefaglige samarbejde med praktiserende læger tilknyttet plejehjemmet

I forhold til fysisk og psykisk handicappede skal kommunallæger sikre lægefaglig vurdering af bolig og beskæftigelsesmuligheder.

I forhold til rehabilitering skal kommunallæger rådgive og vurdere omkring:

- Genoptræning efter sygdom
- Almen genoptræning for forbedring af funktionsniveau
- Bevilling af hjælpemidler

D. Misbrugsområdet – alkohol, medicin, narkotika etc.

På misbrugsområdet er det relevant at pege på følgende opgaver for lægefunktionen:

- Kortlægning af behov og tilbud på misbrugsområdet – vurdering af evidensen for deres virkning
- Rådgivning om og koordinering af kommunens indsats på misbrugsområdet – kontakt til eksisterende og opbygning af nye behandlingstiltag relateret til alkohol, medicinmisbrug, narkotikamisbrug
- Generel og konkret vejledning af kommunens personale på misbrugsområdet – deltagelse i teammøder mv.
- Kontakt til SSP-ordning
- Generel planlægning og udvikling af indsatsen
- Opsporing af misbrugere samt individuel rådgivning af borgere

E. Sociallægeligt arbejde

Dette arbejde er velkendt og velbeskrevet i dag, og kommunallægefunktionen skal yde rådgivning og evt. vurdering vedrørende:

- Konkrete arbejdsmarkedsrelaterede sager (sygedagpenge ved sygdom og graviditet, førtidspension, revalidering, arbejdsevnevurdering, flexjob, jobs på særlige vilkår, kontanthjælp osv.) samt komplicerede sager mht. helbredsmæssige problemstillinger
- Ansøgninger om økonomisk støtte til merudgifter/tabt arbejdsfortjeneste efter serviceloven, f.eks. i sager vedr. hjemboende børn med nedsat funktionsevne

Kommunallæger skal endvidere indgå i arbejdet i forhold til:

- Indvandrere/familiesammenførte – integration
- Handicaprådgivning – specialuddannelse/ophold, hjælpemidler etc.
- Sociallægelige opgaver i forhold til (kronisk) psykisk syge borgere
- Det tidligere amtslige område for psykisk handicappede – bo-enheder, generelt såvel som på individniveau (børn og unge)

F. Smitsomme sygdomme

Af kommunallægelige opgaver kan peges på:

- Overvågning og rådgivning til institutioner vedrørende hygiejne, forebyggelse samt konkrete sygdomme
- Oplysning om seksuelt overførte sygdomme
- Samarbejde med embedslægerne ved særlige smitsomme sygdomme

G. Lægefaglig kommunikation

Den lægefaglige kommunikation med eksterne sundhedspersoner og internt i kommunen bliver centralt.

Ekstern kommunikation i forbindelse med kommunens arbejde på sundhedsområdet vil bl.a. foregå i forhold til:

- Praktiserende læger (almen praksis og speciallægepraksis)
- Sygehusvæsenet
- Regionerne
- Sundhedsstyrelsen
- Forskningsmiljøerne

Internt vil der bl.a. være behov for kommunikation og rådgivning i forhold til:

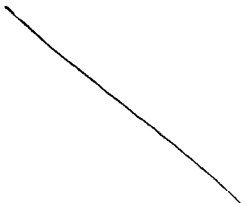
- Udvikling af og fastlæggelse af strategi for sundhedsområdet i kommunen
- Generel sundhedsplanlægning

Det er vigtigt at fremhæve, at kommunikationsopgaven med de nævnte eksterne aktører ikke er en opgave, som kun kan løses af kommunallægen. Kommunikation vil foregå mellem mange andre kommunalt ansatte og disse aktører, men det er en kommunal lægelig opgave at sikre, at kommunikationen er fagligt optimal og entydig.

3. Ny organisation – nye rammer

Kommunerne står overfor en stor opgave, der i sin helhed skal varetages som ansvarsområde fra 1. januar 2007. Der vil være behov for at arbejde med udviklingsplaner, der prioriterer kommunens indsats. Dette er en klar ledelsesopgave.

Opbygningen og driften af en organisation, der kan løse de mange forskelligartede kommunale sundhedsopgaver, som går på tværs af sektorer og faggrupper, forudsætter indsigt og tæt samarbejde mellem de lægefaglige kompetencer i kommunen, i al-



men praksis, speciallægepraksis, i sygehusvæsen og hos embedslæger. Det kræver kendskab til de tværfaglige miljøers muligheder og opgaver. Nyorganiseringen i kommunerne skal sikre, at denne viden direkte står til ledelsens rådighed.

Opgaverne kan løses på mange måder med bidrag fra mange sider. De hidtidige løsninger skal tilpasses de nye ansvarsområder og udfordringer. Dette gælder også arbejdsvilkårene for de læger, der er ansat af kommunerne. I dag er kommunallægerne ansat under to forskellige overenskomster. Og når man skal nytænke området, finder Lægeforeningen, at der i forhold til arbejdsvilkårene for lægerne skal tages udgangspunkt i, at læger med samme arbejdsområde er ansat under samme vilkår. Derfor er de overenskomstbærende lægeorganisationer parate til at drøfte en fælles overenskomst for det kommunallægelige område.

I det hele taget finder Lægeforeningen, at opgaverne for de kommunalt ansatte læger vil være så centrale for det kommunale sundhedstilbud til borgerne, at de bør positivt prioriteres ind i planlægningen og nyorganiseringen af de nye kommuner. Heri bør også indgå rekrutteringsproblemet, som større kommuner eller flere mindre i samarbejde vil kunne bidrage til at løse gennem oprettelse af uddannelsesstillinger inden for de relevante lægelige specialer.