

Samhandling – fullgod medisin for helsetjenesten?

Allmennmedisinens fremtid og den kommende samhandlingsreformen, var sentrale helsepolitiske temaer på årets primærmedisinske uke i slutten av oktober.

Engasjementet var stort blant de mange fremmøtte på den aktuelle helsepolitiske debatten under årets primærmedisinske uke på Soria Moria Hotell og konferansesenter 28.10. 2008. Et fagtungt panel var bedt inn for å debattere helsetjenestens utfordringer: statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Ellen Birgitte Pedersen, professor i samfunnsmedisin Steinar Westin, leder i Allmennelegeforeningen Jan Emil Kristoffersen og leder i Norsk forening for allmennmedisin Gisle Roksund. Ordstyrer var programleder i TV 2 Jan Øyvind Helgesen.

Ikke overraskende ble primærhelsetjenestens rolle i den kommende samhandlingsreformen viet mest oppmerksomhet. Innledere var Pedersen og Westin. Etter at Helgesen åpnet debatten friskt med å annonsere at helseministeren med all sannsynlighet må ha hentet sitt «filosofiske fundament» for helse reformen fra boka *Godfoten. Samhandling – veien til suksess* av tidligere Rosenborg-trener Nils Arne Eggen, redegjorde statssekretæren om arbeidet og målsettingen med reformen, som skal presenteres i april neste år.

– Manglende samhandling mellom kommuner og sykehusene er i dag det viktigste hinderet for en enda bedre helsetjeneste. Samhandlingsreformen skal forsøke å være en bro mellom de tidligere reformene i helsevesenet. Målet er å få på plass økonomiske

og juridiske systemer som muliggjør samhandling som et gjennomgående handlingsmønster i helsetjenesten. Samhandling skal skje på grunn av – ikke på tross av – systemet, sa Pedersen.

Siden arbeidet med reformen pågår, kunne Pedersen røpe lite konkret om hva helseministerens nedsatte ekspertgruppe kommer til å foreslå. Men hun beroliget forsamlingen med at fastlegeordningen ikke kommer til å bli vraket, som noen har fryktet.

Tilsløring?

Westin benyttet anledningen til å stille spørsmålet om samhandling alene er fullgod medisin for helsetjenesten.

– Finnes det i hele tatt et problem der samarbeid ikke er svaret? Eller er bedre samarbeid, altså samhandling, en tilsløring av at man ikke har stilt de rette spørsmålene? spurte Westin retorisk for så å liste opp noen råd til helseministeren:

– Helsetjenesten må ses på som en skaper av tillit og sosial tilhørighet, noe som krever mindre markedstenkning. Faget må styre – ikke pengene. Vi bør også fjerne egenandelene som mange andre land har gjort. Tenk hvor mye tid som vil bli frigjort til behandling hvis samtlige egenandelstransaksjoner blir en saga blott på alle landets legekantor. Mer overordnet må pri-

mærhelsetjenesten og allmennmedisinens styrkes, og man må gjenreise den forebyggende medisinen. Samtidig må sykehjemsmedisinen få et betydelig løft.

Utfordringer i kø

Sykehjemsmedisin er et bredt fagområde og en naturlig del av spesialiteten allmennmedisin. Sykehjems pasienter er blant de sykeste og svakeste i landet og har omfattende behov for medisinsk hjelp. Flere undersøkelser og rapporter slår imidlertid fast at den medisinske behandlingen ikke er god nok, og at legedekningen er for lav og svært varierende mellom de forskjellige sykehjemmene (1). Det pågår flere prosjekter knyttet til sykehjemsmedisin spesielt og allmennmedisin generelt. (2, 3). Det var bred enighet i panelet og forsamlingen om at disse fagfeltene krever ytterligere oppmerksomhet i tiden fremover – ikke minst med henblikk på at det i 2050 vil være 500 000 av befolkningen som er over 80 år.

Spørsmålet om skjevfordeling av ressurser mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kom også på spissen under debatten. Det samme gjorde spørsmålet om utdanning og forskning og svak elektronisk samhandling. Statssekretær Pedersen viste til at det pågår et eget prosjekt for å bedre elektronisk samhandling. Videre innrømte hun at det er behov for å se på statsbudsjettet på nytt når det gjelder forskning i allmennmedisin, som hun omtalte som et «stebarn» i den sammenheng. Hun hadde også full forståelse for problemene som oppstår i møte med helseforetakene på grunn av deres fragmenterte liv.

– Vi jobber med å samordne nivåene, og det vil komme nye modeller for bedre prioritering. Helseministeren og prosjektgruppen er avhengig av innspill fra fagmiljøene for at den nye reformen skal lykkes. Jeg tar derfor med meg innspillene fra dette ordskiftet i det videre arbeidet, og ta gjerne kontakt dersom dere har flere innspill, oppfordret Pedersen.

Klokt om alderdom

I åpningsforedraget dagen før debatten, penslet Astrid Nøklebye Heiberg inn på noen av de samme problemstillingene. Hovedtemaet for årets kongress var aldring, normal og sykkelig.

– Jeg ser for meg at statusen til geriatere



Et aktivt lyttende panel. Fra v. Gisle Roksund, Steinar Westin, Jan Øyvind Helgesen, Ellen Birgitte Pedersen og Jan Emil Kristoffersen. Foto Knut E. Braaten

kan høynes slik det er gjort i psykiatrien – ikke først og fremst med høyere lønn, men ved å øke forskningskompetansen, sa Nøklebye Heiberg.

Hun berørte også praktiske behov og uante konsekvenser som oppstår som følge av en stadig eldre befolkning.

– Gamle mennesker er egentlig ganske interessante, bare man tar seg tid til å lytte. Men de trenger gjerne litt mer tid og bør derfor få lenger tid hos legen med spesialiserte takster. Det er i det hele tatt behov for å opprette skreddersydde takster for krevende pasientgrupper, påpekte Nøklebye Heiberg.

– En befolkning som stadig når høyere alder, vil ikke bare gi seg utslag i økonomi og økte kostnader. Dette vil også vise seg i form av vidtrekkende samfunnsendringer

og demografi. Endringer vi foreløpig ikke aner alle implikasjonene av. Det er derfor viktig å følge med og holde seg orientert, fortsatte hun.

Viktig kongress

Primærmedisinsk uke (PMU) er blant de største faglige arrangementene i regi av Legeforeningen, og på åpningsdagen fremholdt både leder i PMU Kenneth Sagedal og legepresident Torunn Janbu betydningen av kongressen, som holdes annet hvert år.

– Vi kan love et omfattende og variert kursprogram bestående av hele 32 kurs. Nærmere 1 300 allmennleger har meldt seg på. Dette vitner om sjelden faglig omhegning og kunnskapstørst, sa Sagedal.

– PMU er et imponerende arrangement

og kunnskapen som tilegnes her får praktisk betydning i arbeidslivet. Etter årets kongress vil dere stå rustet til å kunne gjøre «drømmen om morrada'n» til virkelighet for flere, sa Janbu.

Knut E. Braaten

knut.braaten@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemannings- og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF, 2004.
2. Johannessen L. Håper på et faglig løft i sykehjemsmedisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 862.
3. Johannessen L. Utreder faget allmennmedisin. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 3120.

Sats på primærhelsetjenesten!

– Dokumentasjonen er entydig. Økt satsing på primærhelsefunksjoner er av vital betydning for både enkeltpasienter og samfunnet

Den amerikanske helsetjenesteforskeren Barbara Starfield kom med klar og direkte tale til en lydhør og begeistret forsamling da hun holdt hovedforedraget under Primærmedisinsk uke.

Barbara Starfield er medisinprofessor ved Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health i Maryland, USA og ledende innen primærhelsetjenesteforskning internasjonalt. Hun er kjent for sitt mantra «put doctors where they count», som henspiller på viktigheten av å styrke primærmedisinen og tilføre primærhelsetjenesten nok ressurser.

Overbevisende effekter

I sitt innlegg kom Starfield med en rekke eksempler på hvilke helsegevinster dette gir.

Beregninger fra 18 OPEC-land i perioden 1970–2000 avdekker færre potensielt tapte leveår (PYLL) i land med en bærekraftig primærhelsetjeneste. I disse landene er det lavere spedbarnsdødelighet, færre barn med lav fødselsvekt, færre tapte leveår pga. selvmord og høyere forventet levetid sammenliknet med land som ikke har en definert primærhelsetjeneste.

I Indonesia falt spedbarnsdødeligheten i årene 1990–96, for så å stige igjen i 1997–2000. Det skjedde parallelt med henholdsvis økt og redusert ressurstilførsel til primærhelsefunksjoner.

I Thailand sank barnedødeligheten markant fra 1990–2000, da myndighetene iverksatte en rekke tiltak for å styrke primærhelsefunksjonene i landets distrikter. Tall fra USA viser at en økning på én primærlege per 10 000 innbyggere er asso-

siert med 1,44 færre dødsfall. Sammenhengen mellom bedre primærhelsetjeneste og lavere dødelighet er sterkest i den afroamerikanske befolkningen.

– Studier fra industrialiserte land så vel som utviklingsland, viser at bedre primærhelsetjeneste gir bedre helseindikatorer. Dette fremkommer av redusert totaldødelighet, dødelighet ved hjerte-kar-sykdommer og spedbarnsdødelighet, og likeledes tall som viser tidligere påvisning av ulike krefttilfeller. På den annen side er helseindikatorene gjennomgående dårligere i regioner med ensidig satsing på spesialisttjenester, sa Barbara Starfield.

Kostnadsdrivende spesialisering

Hun understreket at en altfor stor grad av spesialisering innen medisin og helsestell kan virke mot sin hensikt.

– Ikke bare er spesialistveldet kostnadsdrivende, det ser også ut til å være helsefarlig, sa den frittalende forskeren. Hun viste til at i 28 av 35 regionale undersøkelser i USA har man observert en reduksjon i fem hovedtyper av dødelighetsrater (total-, hjerte-, kreft-, hjerneslag- og barnedødelighet) i regioner med økt tilgjengelighet til allmennleger og primærmedisinske tjenester. Omvendt stiger de samme dødelighetsratene i 25 av de 35 undersøkelsene i regioner med overdreven bruk av spesialiserte helsetjenester.

– Når man kommer over et visst nivå ser det ut til at økt spesialisttilgjengelighet ikke gir ekstra helsegevinster, heller tvert imot, sa Barbara Starfield. Hun tok til orde for å styrke og koordinere primærhelsefunksjoner. Det vil være kostnads-



Barbara Starfield. Foto Tom Sundar

effektivt og gi langt større helsegevinster enn om ressursene ensidig kanaliseres inn i økt medisinsk spesialisering, var hennes konklusjon.

Tom Sundar

tsundar@online.no
Allmennlegeforeningen