

FRA SUNDVOLDENSEMINARET 2000

Norsk allmennmedisin år 2010

Utposten var på seminaret og har gleden av å presentere scenarier for norsk allmennmedisin år 2010. Disse framtidsbildene er tegnet av kurskomiteen for Sundvoldenseminaret med Eilif Rytter i spissen. Fem profilerte helsedebattanter var invitert til å kommentere scenariene ut fra deres synsvinkel. Innleggene fra fire av dem, Petter Øgar, Pål Guldbrandsen, Hans C. Waaler og Steinar Westin følger.

Innledning

Menneskene er seg bevisst sine rettigheter og godt orientert om sine muligheter. Utdanningsnivået i samfunnet er høyt. Den arbeidsføre del av befolkningen er blant klodens friskeste. Når sykdom eller risiko for sykdom påvises stilles det krav om øyeblikkelig og kvalitetsmessig topp intervensjon. IT gir stadig flere mulighet for å orientere seg om medisinske muligheter i inn og utland, og i økende grad mulighet til å skaffe seg helsetjenester «over nettet». Kjøpekraften og betalingsviljen er stor.

Den demografiske utviklingen karakteriseres av «eldrebølgen». Teknologien innebærer at flere pasienter med alle typer akutte og kroniske sykdommer kommer med økende behov både for diagnostikk, behandling, rehabilitering, omsorg og pleie.

De sosioøkonomiske forskjeller mellom de «nyttige» og de «unyttige» i et samfunn med et stadig mer krevende arbeidsliv er økende. Dette gjenspeiles også i store helseforskjeller. Det er vanskelig å opprettholde et likeverdig helsetilbud uavhengig av sosioøkonomisk status.

Det er mangel på alle typer helsepersonell i alle deler av helsevesenet. Helsevesenets er i større grad enn de fleste andre bransjer helt avhengig av kvalifiserte og kompetente

hender og hoder for å kunne utføre det forventede oppdrag. Tilpassingen til et stadig knappere arbeidsmarked er helsevesenets hovedutfordring. Det er knapphet på tilbud og redusert tilgjengelighet og tidligere tiders tilbudssortiment og kvalitetsnivå er vanskelig å opprettholde. Debatten om hva som skal være helsevesenets kjerneområder er intens med høy temperatur. Nedbyggingen og streng rasjonering av tilbud og en opplevd følelse av kvalitetsreduksjon er smertefull for alle, ikke minst for legene. En slik nedbygging forstyrres av et kjøpesterkt og betalingsvillig publikum spesielt i pressområdene som utgjør et marked for utvikling av helprivate, kommersielle helsetjenestetilbud.

En del av knappheten på arbeidskraft søkes løst ved innvandring fra ikke vestlige land. Dette gjelder også en økende andel av legekorpset og konsekvensen er bl.a. at flere leger behersker norsk språk og «kode» såpass dårlig at det forstyrrer kommunikasjonen både med pasienter og med samarbeidspartnere slik at kvaliteten i arbeidet trues.

Legeyrket preges av en stadig større andel yngre kvinner. Disse er for en stor del «dobbeltarbeidende» og er ikke uten videre villige til å trekke arbeidsdagen ut over rimelig arbeidstid.

Diskrepansen mellom helsevesenets muligheter teknologisk og faglig, befolkningens forventninger og krav, knapphet på personell og den offentlige betalingsevne og vilje føles dramatisk. Den offentlige andel av finansieringsgrunnlaget for helsevesenet er under økende press. Det eksperimenteres med forskjellige typer styrings- og kostnadskontroll. Privatisering, introduksjon av markedsmekanismer ved konkurranseutsetting og privatisering er viktige elementer. Dette har åpnet for engasjement fra store kommersielle aktører først og fremst innenfor forsikringsbransjen og den farmasøytiske industri.

Den politiske og offentlige styring av helsevesenet er svekket. Dette er ikke minst et resultat av betydelig rekrutteringssvikt til politiske posisjoner og ombud på alle nivå, og liten valgdeltakelse. Det er også vanskelig å rekruttere kvalifiserte fagfolk, herunder leger, inn i forvaltningen, spesielt på kommunenivå. Konsekvensen av alt dette er flytting av makt, fra offentlig forvaltning til andre konstellasjoner og grupperinger i samfunnet der også store kommersielle aktører har friere spillerom. Disse er derved også tvunget til å ta større ansvar for fellesinteressene og de søker å bevare ro og stabilitet i sitt «marked», som ofte vil strekke seg ut over våre landegrenser.

Denne utviklingen skjer parallelt med at krav til kvalitet, pålitelighet og service preger helsevesenets kunder. Toleransen for alle typer feil og mangler er liten og erstatningsjuristenes nærgåendehet er et stadig vanligere fenomen for alle deler av helsevesenet.

Globalisering og internasjonalisering preger helsetjenestene også ved at tjenester handles over landegrenser. I første omgang gjelder dette spesialiserte, dyre sykehustjenester som det er helt naturlig å kjøpe der det er billigst og best. Samhandling over landegrensene har også medført at det er blitt større likhetstrekk i måten helsevesenet drives, organiseres og finansieres på mellom landene i Europa. Grunnutdanningen av helsepersonell internasjonaliseres. Med dette som bakgrunn presenterer vi fem forskjellige framtidsbilder:

Scenario 1

Forvitring. Primærmedisin et sidespor

Primærhelsetjenesten organiseres i hovedsak fortsatt som en offentlig virksomhet. Allmennleger er for en del organisert og finansiert som listeleger, i solo praksiser eller i grupper. I de store byene er en ikke uvesentlig del av allmennlegene helprivate. Allmennlegetjenester er blitt et tilbud til pasienter som kan komme på legekontorene med bestillinger som sykemelding, screening, helsekontroller med mer. Kunde-

grunnlaget er først og fremst den kjøpekraftige, arbeidsføre del av befolkningen med tilstrekkelig betalingsevne og vilje. Andre typer leverandører av helsetjenester konkurrerer med allmennlegen i dette markedet: fysioterapeuter, kiropraktorer, homeopater og andre aktører innenfor «alternativ medisin». Finansieringen baseres i økende grad på pasientenes egenbetaling. Tjenester med ansvar for mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, som hjemmesykepleie/sykehjem, helsestasjoner, psykiatriske kommunehelsetjenester med mer er blitt mer og mer «selvgående» og kjøper legetjenester ad hoc eller klarer seg uten. Helsetjenester for slike pasientgrupper organiseres rett og slett som «særomsorger».

Det feltet som tidligere var kjent under betegnelsen samfunnsmedisin er snevret betydelig inn. Området miljørettet helsevern er for en stor del overlatt andre etater av teknisk karakter. Medisinsk faglig rådgiving skaffer kommunene seg på forskjellig vis, delvis fra egne leger i større kommuner, delvis fra private konsulenter som tar oppdrag på hel eller deltid. Rekrutteringssituasjonen når det gjelder allmennleger/primærleger er meget bekymringsfull og allmennlegenes status i befolkningen er lav. Primærlegekorpset er opptatt av dette og diskusjonen om legerolle og fagets innhold er stadig levende.

Scenario 2

Privatisering. Primærlegen som entreprenør

Offentlige myndigheter har i stor grad og av flere grunner trukket seg ut av rollen som tjenesteyter, og har overlatt dette til private aktører. Allmennleger har laget primærhelseteam, sammensatt av helsesøstre, jordmødre, psykiatriske sykepleiere med mer og disse tilbyr helhetlige primærhelsetjenester for en gitt populasjon etter en kravspesifikasjon og kvalitetskrav satt av den offentlige oppdragsgiver. Gruppen er organisert som private firma ledet av allmennleger og finansieres først og fremst gjennom en fast pris framkommet etter forhandlinger mellom gruppen og kommunen (større enheter enn i dag/fylkeskommunen nedlagt?) om et definert oppdrag.

Konseptet er utformet litt forskjellig i de forskjellige kommuner og helseregioner fra total budsjett for «det hele», inklusive kjøp av spesialisthelsetjenester, til mer begrensede oppdrag. Det stilles store krav til legen som leder for slike grupper som forutsettes å samhandle i et meget komplekst system med andre aktører. Den offentlige bestiller har knyttet til seg medisinsk faglig rådgiver for å ivareta de samfunnsmedisinske interesser på vegne av fellesskapet.

3

*Scenario 3***Helsetjenesten i hendene på konkurrerende forsikringsselskaper. Primærlegen som «agent»**

Det er innført konkurranse i forsikringssektoren. I tillegg til det offentlig eide RTV er flere private nasjonale og internasjonale forsikringsselskaper inne i helseforsikring. Disse kjøper helse og omsorgstjenester for sine kunder i inn og utland i forhold til kundenes forsikringsvilkår. Primærlegen og primærhelseteamet får en hovedrolle i et slikt system. Økonomiske og andre incentivordninger brukes systematisk for å sikre optimal bruk av dyre helsetjenester og for å begrense unødvendig bruk av slike tjenester. Primærhelseteamet har eksklusiv henvisningsrett til spesialisthelsetjenester på vegne av forsikringsselskapet og til å rekvirere medikamenter og alle typer helsetjenester på forsikringsselskapets regning. De følges opp og evalueres først og fremst i forhold til hvordan de løser disse oppgaver. Forebygging/risikointervensjon tillegges stor viktighet. Det offentliges engasjement i helsevesenet er begrenset til lovgiverens og til å føre tilsyn/kvalitetskontroll.

4

*Scenario 4.***Helsetjenesten i drift på opprørt hav**

Helsetjenesten er nesten fullstendig deregulert. Stadig økende krav til den tradisjonelle helse- (og også pleie- og omsorgs)-tjenesten har ført til mangel på personell. Misnøyen med manglende oppfylling av forventninger har ført til at en rekke alternative behandlings- og organisasjonsformer er blitt likestilt i kampen om de offentlige midlene. Skolemedisinen er blitt en blant en rekke typer helsetilbud som berettiger til refusjon fra folketrygden. Det refunderes fra folketrygden for en rekke homeopatiske preparater og andre naturpreparater ut fra betydelig svakere dokumentasjonskrav enn nå. Refusjonstakstene for leger er sterkt redusert, egenandelene økt med fri prisdannelse. Bare noen få holder prisene nede med korte konsultasjoner. Pengene følger pasientene – prinsippet er gjennomført overalt hvor dette har vært mulig. Fastlegeordningen falt i fisk i løpet av få år fordi for få leger ønsket å bli i den. Samarbeidsrelasjoner basert på geogra-





fiske ansvarsområder eksisterer bare for de aller tyngste brukerne som ingen ønsker å ta totalansvar for. Den kunnskapsbaserte medisinen er det bare noen få fundamentalister som sverger til – politisk sett er den død. Den produserte i de fleste tilfeller resultater altfor seint til at de kunne brukes i den politiske og faglige beslutningsprosessen.

Scenario 5

Primærhelsetjenesten ut fra befolknings behov

Samfunnet er preget av større ulikheter med fattigdom og ghettodannelse som synlige utslag. Motsetninger mellom de som har og de som ikke har, har blitt mer synlig og dette kommer ikke minst til uttrykk gjennom ungdomskriminalitet og økt bruk av vold. Fellesverdiene er forvitret og samfunnet er preget av mangel på frivillig innsats. Oppløsningstendens av familien som samfunnets grunncelle er ytterligere forsterket. Forurensningen av det offentlige rom er økt på flere områder. Reduserte offentlige budsjetter har økt fallet på offentlige bygninger på skoler og sykehus. Økt privat velstand gjør det mulig for en betydelig andel av befolkningen å sikre seg og sine et kvalitativt bedre tilbud enn det som tilbys fra det offentlige.

Befolkningen søker primærhelsetjenesten med sine medisinske og sosiale problemer. Det er økende behov for råd og veiledning og ikke-medisinske støttefunksjoner. Gjennom lovverket har alvorlige syke og døende rett til assistert suicid. Stadig flere eldre føler seg som en belastning og ønsker de samme rettigheter på grunnlag av subjektiv opplevelse av verdiløshet.

Stortinget har på bakgrunn av rapporter om store ulikheter i helsetjenestetilbudet og galloperende kostnader ikke minst pga. medisinbruken, etablert et system for kvalitets-sikring som omfatter faglige standarder og styrket tilsyn gjennom monitorering og klarere ansvarsforhold av evt. avvik. Monitoreringen skjer bl.a. gjennom avlevering av elektroniske data fra egen legevirksomhet. Fylkeslegekontorene fører tilsyn både med hva som skjer og på hvilken måte.

Fastlegeordningen har fungert i 8 år. Rekrutteringen av leger til primærhelsetjenesten har blitt bedre takket være økt utdanningskapasitet. Til tross for dette preges primærhelsetjenesten i sentrale bydeler av gjennomtrekk og svak rekruttering.

Primærleger kommer sammen for å utvikle strategier som omfatter både samfunnsrettede og individrettede tiltak. De samfunnsmedisinske funksjonene reetableres da lokalsamfunnene etterspør råd om kortsiktige og langsiktige tiltak. Arbeidet med de sosial miljøfaktorer blir samfunnsmedisinerens hovedansvarsoppgave. Det innledes et samarbeid med samfunnsvitere, samfunnsplanleggere, arkitekter, «kirkesamfunn» og gjenlevende frivillige organisasjoner.

Foto: Torgeir Gilje Lid