

Med stjernene som navigasjonsredskap

• AV MAGNE NYLENN

«Det beste er det godes verste fiende»

Voltaire (1694-1778)



Magne Nylenna (f. 1952) har vært redaktør av *Tidsskrift for Den norske lægeforening* siden 1987. Men han har også en fortid fra primærhelsetjenesten, som distriktslege i Smøla og som stipendiat ved Institutt for allmennmedisin ved Universitet i Oslo. Og ikke å forglemme: han var medredaktør av *Utposten* fra 1982-87.



Å skulle oppnå målbare reduksjoner i antall dødsfall og langtidssykmeldinger i en fastlegepraksis med vel 1000 pasienter er meget ambisiøst. Det er viktig å forhindre at disse målene kommer i konflikt med hverdagens oppgaver som fortsatt kan sammenfattes som «i blant helbrede, ofte lindre, alltid trøste». Fastlegeordningen gir mulighet for et mer systematisk forebyggende arbeid enn før. Individuell og personlig rådgiving, tett oppfølging og mye tålmodighet er stikkord. Livsstilspåvirkning som berører kosthold, mosjon, røyking og alkohol er fortsatt viktigst. I tillegg bør oppmerksomheten rettes mot legemiddelforbruket, spesielt hos eldre. Når det gjelder sykmeldingspraksis, kan det være grunn til å understreke kommunens eget ansvar som stor arbeidsgiver.

Når man spør en redaktør og «skrivebordsdoktor» om prioriteringsråd for allmennmedisinsk arbeid, må man ikke bli overrasket om rådene blir mer preget av teoretiske refleksjoner enn av punktvisse handlingsalternativer. Men kanskje er det nettopp slike refleksjoner man trenger som fastlege for vel 1000 innbyggere i en kommune med 6600 innbyggere der kommunestyret har vedtatt «at dødeligheten og andelen langtidssykmeldte skal målbart ned over en 10 års periode».

Målbarehetens begrensninger

Store ambisjoner er prisverdige, og intet er bedre enn resultater som kan telles og måles. Når et kommunestyre vedtar målbare reduksjon av dødelighet og langtidssykmeldinger, er det en god ledestjerne. Men kanskje er ambisjonene, som andre ledestjerner, bedre egnet som navigasjonsredskap enn som endemål for reisen. Å måle en sikker reduksjon i dødelighet og sykkelighet i en liten kommune og dessuten knytte

denne reduksjonen til de tiltak du måtte iverksette som primærlege, er nemlig ikke helt ukomplisert.

Om kommunen med 6600 innbyggere representerer et slags Norge i miniatyr, betyr det at det siste år døde 68 personer. Tilsvarende kan vi gå ut fra at 675 av innbyggerne var sykmeldt åtte uker eller mer. Sett nå at fjorårets tall er de eneste tilgjengelige, hvor stor må da en reduksjon være for at det skal være sannsynlig at det ikke er tilfeldige variasjoner som spiller deg et puss? Den klassiske tilnærmingen består i å beregne et konfidensintervall omkring fjorårets antall døde og langtidssykmeldte. Som regel aksepterer vi en 5 % mulighet for at variasjonen er tilfeldig, og beregner vi slike intervaller omkring tallene for døde og langtidssykmeldte i kommunen, finner vi at alt mellom 52 og 84 dødsfall og mellom 626 og 724 langtidssykmeldinger kan skyldes tilfeldigheter. Om du med 95 % sikkerhet skal kunne si at dødeligheten er redusert, betyr det at antall døde må være under 52 per år,

altså et relativt fall på 25%. Fordelen med å kunne arbeide i et ti års perspektiv er at selve utviklingstendensen, trenden, kan studeres og analyseres. Sannsynligvis vil du også ha opplysninger om dødeligheten og forekomsten av langtidssykemeldinger flere år tilbake. Dette gjør usikkerheten omkring tallene litt mindre (og regnestykket litt vanskeligere), men uansett vil det være slik at det skal en relativt stor reduksjon til før man kan si at dødeligheten og andelen langtidssykmeldt har gått «målbart ned».

Fastlegeordningens muligheter

Årets store helsereform gir først og fremst hver av de 6600 innbyggerne, eller i hvert fall de av dem som ønsker det, tilgjengelighet til og rettigheter overfor en navngitt lege. Men samtidig gir fastlegeordningen hver av de fem legene i kommunen en demografisk og epidemiologisk oversikt over «sine» pasienter. Dette åpner for muligheter i det forebyggende helsearbeidet. Risikopersoner og -grupper kan identifiseres, legesøkning og legemiddelforbruk kan kartlegges, og tid og krefter kan prioriteres på bakgrunn av flere variabler enn køen på venterommet alene – hvis man vil. Slik vilje er nødvendig om kommunestyrets ambisiøse mål skal kunne nås. Uansett dyktighet i håndteringen av pasienter som søker lege på grunn av mer eller mindre spesifikke plager og symptomer, må det en mer gruppeorientert strategi til om dødeligheten i befolkningen skal reduseres. Hva med dem som aldri oppsøker lege? Og hvordan kan konsultasjonene for influensavaksine og korttidssykmelding brukes til noe mer, og kanskje viktigere?

Et av premissene for fastlegeordningen er at pasientene selv skal kunne velge sin egen lege. Det betyr at det i utgangspunktet foreligger et tillitsforhold mellom pasient og lege, noe som ikke lenger er en selvfølge. Tillit er en verdifull og kjær kvalitet i lege-pasient-forholdet, og en forutsetning for å nå frem med råd og veiledning.

I en kommune med fem leger vil det være en utfordring å samordne arbeidet legene imellom. Dersom legenes prioriteringer for eksempel i forebyggende helsearbeid blir svært ulike, gir det kanskje pasientene større valgmuligheter, men muligheten for å vise en samlet effekt i kommunen på dødelighet og langtidssykemeldinger blir sannsynligvis mindre.

Dødelighet

Uansett hvor effektiv den medisinske forebygging eller behandling blir, vil ikke døden kunne avskaffes – bare utset-

tes. Vi håper selvsagt at døden skal inntre så sent som mulig og etter et så godt og sykdomsfritt liv som mulig. Økt levealder er målet. Derfor er det dødsfallene som gir flest tapte leveår i forhold til det forventede som er den største utfordring for helsevesenet.

Dødsårsaksstatistikken forteller at de viktigste dødsårsakene i landet vårt er hjerte- og karsykdom, kreft og ulykker. Ulykkene rammer yngre personer enn de to sykdomsgruppene og fører derfor til relativt flere tapte leveår. For alle disse tre dødsårsaksgruppene er det begrenset hva man kan oppnå, men uten ambisjoner og vilje oppnås intet. Det finnes knapt noen originale tiltak som kan påvirke fore-

“Uansett hvor effektiv den medisinske forebygging eller behandling blir, vil ikke døden kunne avskaffes, bare utsettes.”

komsten, og derved dødeligheten, verken av hjerte- og karsykdom, kreft eller ulykker. Men til gjengjeld er verden så vist innrettet at det er mange av de samme tiltakene som virker positivt overfor flere ulike dødsårsaker. Genetikken kan vi foreløpig ikke gjøre så mye med, så livsstilspåvirkning blir fortsatt målet. Kosthold og mosjon er

stadig viktigst sammen med arbeidet for å hindre at folk begynner å røyke og for å få røykerne til å slutte. Nøkkelen til suksess på alle disse områdene ligger i metoder som kan få folk til å endre vaner og atferd.

Selv om det til tider kan være vanskelig, må vi opprettholde håpet om at personlig veiledning og rådgivning som er forankret i en ekte tro på det vi gjør, hjelper om vi bare holder på lenge nok. Av mange grunner er det barn og ungdom som bør være de viktigste målgruppene. Og hvor ubehagelig det enn kjennes: legen er fortsatt et forbilde og en rollemodell, særlig i små lokalsamfunn. Egne levevaner har betydning for mer enn egen helse.

Om en konkret ting til skulle nevnes, måtte det blir en kritisk holdning til og gjennomgang av legemiddelforbruket i en definert pasientpopulasjon. Iatrogene dødsfall på grunn av feilmedisinering, interaksjoner eller unødvendig legemiddelbruk bør i hvert fall unngås. I en tid da Dosette-esker synes å bli en vanlig 50-års gave er det all grunn til å se på polyfarmasi som en mulig helsetrussel. Mange legemidler utgjør ikke bare medisinske muligheter, men også tilsvarende farer, og særlig hos eldre bør det utvises årvåkenhet.

Langtidssykemeldinger

Diagnosemønsteret ved sykmeldinger preges mer av de sykdommene folk lever med enn de som de dør av. Selvsagt er

hjerter- og karsykdommer, kreft og ulykker også viktige årsaker til langtidssykemeldinger, men i tillegg er det særlig muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser som dominerer.

Alle leger vet at sykefravær og sykmeldinger, inkludert langtidsfravær, handler om mye mer og ofte mye annet enn medisinske forhold. Men en grundig og skikkelig medisinsk behandling og oppfølging er alltid en forutsetning for et kortest mulig sykefravær. Enda mer enn i arbeidet med dødsårsaker dreier det seg imidlertid om direkte samfunnsmedisinsk intervensjon. Ingen blir langtidssykmeldt uten å ha vært korttidssykmeldt. I hver enkelt sykmeldingssak må de være legens ansvar å vurdere alternativer til en fremtid utenfor arbeidslivet. Aktiv sykmelding er et stadig mer brukt virkemiddel for å hindre uopprettelig utstøting fra arbeidslivet.

Etter som det er kommunestyret som har vedtatt at andelen langtidssykmeldte skal reduseres, er det grunn til å påpeke hvilket ansvar kommunen selv har som arbeidsgiver. I en middels norsk kommune vil kommunen sannsynligvis være den største, eller i hvert fall en av de største, arbeidsgiver(e). Kommunen må både overfor egne ansatte og som forbilde for andre arbeidsgivere, vise hvordan det kan utvikles et inkluderende arbeidsliv. Økende effektivisering og «outsourcing» i kommunal sektor er ikke de beste hjelpemidlene for å redusere langtidssykemeldinger.

Til sist

Et forsøk på å oppnå målbare reduksjoner i dødelighet og andel langtidssykemeldinger i en liten norsk kommune er prisverdig, men ikke enkelt. Foruten en gjennomarbeidet strategi krever det først og fremst tålmodighet. Dernest forutsetter det allianser med andre gode krefter i og utenfor helsevesenet. Stabilitet i legebemanningen og derved i legepasient-forholdet er i seg selv viktig, og tiltak som kan bedre denne stabiliteten bør defineres og iverksettes.

Det finnes heldigvis andre premieringsgrunnlag for allmennleger enn en signifikant nedgang i dødelighet og forekomst av langtidssykemeldinger. Det å hjelpe enkeltpasienter med behov som spenner fra alvorlige somatiske symptomer til et ønske om noen å snakke med når livet er vanskelig, gir ikke alltid målbare resultater. Å tilby kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende medisinsk hjelp er fortsatt allmennlegenes hovedoppgave. Denne viktige oppgaven må ikke få drukne i prisverdige ambisjoner om tallfestede og signifikante statistiske reduksjoner.

