

den ALLMENNMEDISINSKE KARAFFEL

Kommunestyret i Tinn i Telemark har nettopp, etter forslag fra kommunelege 1, vedtatt en ny helseplan. Her er målsetningen klar. I løpet av en 10-års periode skal dødeligheten og andelen langtidssykmeldte i kommunen ned på landsgjennomsnittet.

Tinn har 6600 innbyggere. Det er 5 primærleger. Listelengden for de enkelte legene varierer fra 1.100 til 1.600. Sammen har de ansvaret for hele kommunens befolkning. Man er naturligvis klar over at legenes innsats er av relativt marginal betydning i forhold til å nå kommunestyrets målsetninger. Allikevel føler legene et klart ansvar for å prøve å bidra til målet, både sammen som et kollegium, og enkeltvis i forhold til egen pasientpopulasjon. Da trenger de en gjennomtenkt plan.

I Tinn er det, som i de fleste andre kommuner i landet, forhold som er av spesiell betydning. Det skal vi se bort fra i denne oppgaven:

Anta at du er fastlege i en gjennomsnittlig norsk kommune. Anta videre at din pasientpopulasjon er en gjennomsnittlig populasjon. Kommunestyret har vedtatt at dødeligheten og andelen langtidssykmeldte skal målbart ned over en 10 års periode. Hvordan vil du prioritere arbeidet med din pasientpopulasjon for å bidra til at målene kan nås? Eller, sagt med andre ord, hvordan vil du fordele det edle innholdet fra din allmennmedisinske karaffel for at festen skal bli mest mulig vellykket?

Vi vil gjerne ha besvarelsen strukturert slik:

A: Vil du også bruke andre indikatorer eller målestokker for arbeidet ditt? Bør fastlegekollegiet i fellesskap vektlegge andre indikatorer for hele kommunen? Hvordan vil du eventuelt monitorere virksomheten for å se at du/dere er på rett spor?

B: Du kan naturligvis ikke gjøre alt mulig. Karaffelen må ikke være tom når hedersgjestene kommer. Hvordan vil du prioritere arbeidet for å nå de målene kommunestyret, fastlegene og du selv eventuelt har satt?

Eksempler på problemstillinger: Hvilke sykdommer vil du prioritere? Hvordan vil du eventuelt optimalisere arbeidet med hjerte/karsykdommer? Effektive kontrollrutiner og strengt regime? Sekundærforebygging, primærforebygging, eventuelt hvordan? Aktiv oppsporing av diabetikere? Hyppige og strenge kontroller? Hva vil du legge vekt på ved muskel/skjelettsykdommer? Primærforebygging, behandling, sekundærforebygging? Vil du starte røykeavvenningskurs eller ryggskole? Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Skal du arbeide mye med rusproblemer? Hva vil du prioritere i arbeidet med barna og med de gamle i populasjonen din? Hvor kan du bidra mest i samarbeid, med sosialkontor, PP-tjeneste, bedriftshelsetjeneste, arbeidskontor, trygdekontor, familievernkontor eller andre? Vil du identifisere flaskehalser i kommunalt apparat, for eksempel fysioterapitjeneste eller hjemmesykepleie, og vil du eventuelt prioritere arbeid med å gjøre noe med disse i forhold til kommune-administrasjon/politikere? Vil du identifisere kritiske områder av kommunens politikk for øvrig, gjøre noe med det, og eventuelt hva? Vil du overvåke andrelinjetjenesten for å se hvor den bør forbedres i forhold til din populasjon? Ventelister, kvalitet på utredning og behandling, utskrivningsprosedyrer? Vil du eventuelt prøve å gjøre noe med flaskehalser, og hva?

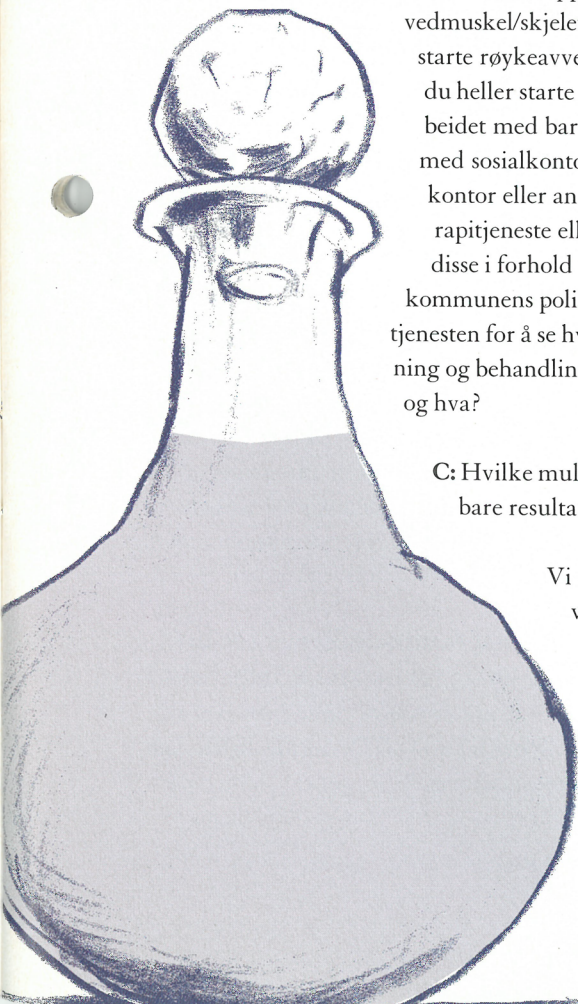
C: Hvilke muligheter tror du fastlegekollegiet i en kommune har for i fellesskap å oppnå målbare resultater for folkehelsen?

Vi ser gjerne at du kort begrunner valgene og vurderingene dine. De trenger ikke være dokumenterte, men du må eventuelt kunne sannsynliggjøre at de er fornuftige.

Utposten vil i de kommende nummerne bringe flere besvarelser på denne oppgaven. I dette nummeret finner du svaret fra:

• Anna Stavdal, leder av NSAM

U T P O S T E N N R . 2 • 2 0 0 1



Den allmennmedisinske karaffel



Anna Stavdal, cand.med. 1987. Allmennpraktiker i Oslo fra 1989.
Amanuensis II ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Leder av NSAM.

Fastlegeordningen (FLO) gir oss muligheten til å foredle og skjenke av de edle dråpene i den allmennmedisinske karaffel på rettferdig og omsorgsfullt vis. De fleste allmennlegene i landet har fått skjenkebevilling, hver og en skal vi fordele eliksiret på menneskene som mer eller mindre frivillig står oppført på vår liste. Men vi skal også ha en skvett med oss når vi beveger oss utenfor kontoret for å utføre de "offentlige allmennmedisinske oppgavene". Således er allmennlegen kjøgemeister i to gjestebud. I det kurative arbeidet har pasienten på eget initiativ oppsøkt legen ut fra et behov for medisinsk hjelp. "Listen" er utgangspunktet når tid og andre ressurser skal fordeles.

Utenfor kontoret utfører legen oppgaver som direkte er knyttet til kommunens behov for forebyggende helsearbeid og tilsynstjenester. Planleggingen av innhold og omfang av disse oppgavene er et samfunnsmedisinsk anliggende, og bør bygge på en diskusjon med allmennlegene slik at fordelingen av de edle dråpene sees i sammenheng, om skjenkingen foregår på timelønn eller gjennom normaltariffen bør ikke gjenspeiles i hverken kvalitet eller mengde.

I vår kommune har politikerne vedtatt en helseplan. Arbeidet mot nivåer lik landsgjennomsnittet når det gjelder dødelighet og langtidssykemeldte kan opplagt evalueres med tall over en tiårs periode. Et annet spørsmål er i hvilken grad det er legenes arbeid som måles, sannsynligvis utgjør legenes isolerte innsats kun en liten del av resultatet. Oppgaven for fastlegekollegiet er å operasjonalisere denne målsetting for å se hvilken rolle allmennlegene kan ta for å medvirke til at målet nås.

For å legge en kollektiv strategi kreves en felles forståelse hos legene for hva målsettingene betyr. Det første vi må gjøre er å konsolidere allmennlegeutvalget i forhold til oppdraget som gis i helseplanen. Derfor må vi begynne med følgende spørsmål:

Hvilke muligheter har fastlegekollegiet i felle-skap til å oppnå målbare resultater for folkehelsen?

Allmennlegeutvalget tjener to formål utover det rent fagforeningsmessige: Det er legenes faglige forum, og det velger legenes representanter til kommunens samarbeids-

utvalg På denne måten gis legene anledning til å påvirke helsepolitiske prioriteringer. Jeg ser tre hovedoverskrifter for allmennlegeutvalget:

1. Faglig diskusjon om innholdet i kurativ praksis, inkludert bruk av legevakst.

Hvilken prioritet gir vi sosialmedisinske problemstillinger i forhold til blodtryksbehandling av friske? Hvordan sørger vi for at grupper med kjent oversykkelighet og beskjedne legesøkningsatferd får adekvat legehjelp og behandling for sin diabetes og sin KOLS? Hvordan kan hjemmebesøk brukes som et virkemiddel for rettfredig fordeling av legehjelp? Hvilken forskrivingspolitikk har vi når det gjelder B-preparater og hvordan forvalter vi sykmelding for arbeidsgivers og trygdens regning?

Det er noen stikkord for hva vi som forposter i helsevesenet hele tiden bør diskutere. I FLO er ansvaret i større grad plassert på den enkelte lege. Desto viktigere blir det å ha en felles basis i et samfunn som stadig endres i retning av økt konsum og privatisering, ikke bare av helsetjenester, men av sosial samvittighet og egen lykke.

2. Innhold, mengde og fordeling av de offentlige allmennmedisinske oppgavene

Behovet for legeinnsats i forebyggende helsetjeneste vil variere med befolkningens sykkelighet til enhver tid. De edle dråper i vår karaffel bør ikke sløses bort på omfattende tiltak som vi ikke kjenner effekten av, eller der effekten er liten. Kanskje skal de ritepregede screeningundersøkelsene i regi av helsestasjons- og skolehelsetjeneste utføres på kortere tid, slik at ressurser blir frigjort til målrettet case-finding av barn og ungdom som er utsatt for rusrelaterte helseproblemer. Kanskje er en offensiv mot økt forpliktende samarbeid med sosialtjenesten vel anvendt tid for å øke kontinuiteten i kjeden av offentlige hjelpere som gjerne er i bildet i forhold til barnefamilier med sammensatte problemer. Vi vet at dårlig økonomi, migrasjon og familiesplittelse er blant de faktorer som koder for uhelse.

3. Tiltak utenfor den medisinske arena:

Som leger ser vi ofte at medisinske råd er inadekvate når vi kommer til årsakene til folks helseproblemer. Høye effektivitetskrav på arbeidsplassen, dårlige boliger, dårlig økonomi, utrygg skolevei og vanskelige familieforhold kan ikke behandles hverken med beroligende tabletter, sykmelding eller trygd. Når leger snakker sammen er de ofte enige i analysen av årsaker, men er oppradd når det gjelder botemidler. Gjennom FLOlegens liste kan hver enkelt skaffe seg en oversikt over sykkelighet somatisk, psykiatrisk og sosialmedisinsk. Således blir den brede epidemiologiske oversikten mere konkret, og kan brukes som et premiss i dialo-

gen med byråkrater og politikere i kommunen: Flere barnehageplasser, ikke legg ned ungdomsklubben, opprusting av de kommunale boligene, skolefrokost, flere sykkel-veier, prioritering av ordentlige toaletter på skolene, norskkurs for fremmedspråklige. Vi kjenner mange av de gode tiltakene, som er nødvendige for å opprettholde velferd for alle, men som ikke skal være et helsetjenesteanliggende. Problemet er at stemmen til dem som har mye fra før er sterk nok til at deres behov prioriteres. Legekollegiets oppgave er her å stå på de svakes side: peke på problemene og årsakssammenhengene, og legge sin samlede tyngde slik at de riktige premisser legges for de politiske beslutningene.

Så langt de generelle betraktninger omkring fastlegekollegiet. Nå til den konkrete situasjonen i vår kommune. Fastlegekollegiet må sette seg inn i hva som feiler folk i kommunen som helhet: Hvilke diagnosegrupper topper sykmeldings- og dødstatistikkene i kommunen? I min kommune er hjerte/karsykdommer og trafikkulykker blant de hyppigste dødsårsakene. Blant langtidssykmeldte er muskel/skjelettplager og lettere psykiatriske lidelser de hyppigste. Gravide ansatt i offentlig sektor i kommunen er nesten uten unntak sykmeldt 12 uker eller mere.

Prioritering og rettferdighet blir nå to viktige stikkord. For å bidra til å nå helsepolitiske mål av denne karakter, blir prioriteringsdebatten også en debatt om rettferdighet. Legene kommer ikke unna å ta stilling til hva som er en rettferdig fordeling av helsetjenester. Etikikutvalg og regjeringsnedsatte komiteer kan gi innspill, men i den konkrete virkeligheten er det i den aktuelle populasjon man står overfor som lege, godene skal fordeles.

- Det viktigste er å sørge for at dem med størst sykkelighet får et godt legetilbud: pasienter med kroniske sykdommer med høyere sykkelighet enn gjennomsnittet, pasienter med sammensatte behov (funksjonshemmede), pasienter med stoff- og alkoholproblematikk skal prioriteres. Å sørge for optimal behandling av dem med størst sykkelighet kan bidra til redusert dødelighet på kort sikt.
- For å bidra til kommunens målsetting må støtet settes inn i det sekundær og tertiærforebyggende arbeid. Legene skal forøvrig vedta «ressursfokusering» som felles strategi for forebyggende og kurativt arbeid. Et aktivt oppgjør med medikaliseringen er både til beste for pasientenes helsetilstand, og vil frigjøre tid og ressurser til arbeid med høyrisikanter og syke.

**Andre indikatorer for fastlegenes arbeid/
faktorer som kan monitorere arbeidet:**

Redusere dødeligheten:

- *Selvevaluert helse:* Data samles ved surveys i forhold til et utvalg av befolkningen, eksempelvis i aldersspennet 30–45

år, ved tidspunkt 0, 5 og 10 år i prosjektperioden. Selvevaluert helse korrelerer med sykkelighet og dødelighet. Dette blir en slags «negativ indikator» og kan like mye reflektere hva legen har latt være å gjøre, som hvilke intervensjoner som er igangsatt.

- *Redusert bruk av legevaktjenester* er en god indikator på at pasientene er trygge, og at de med alvorlige kroniske sykdommer, som eksempelvis KOLS, angina pectoris og diabetes mellitus, har et godt tilbud hos sin fastlege. Det vil formodentlig redusere dødeligheten.

- *Redusert antall akutte sykehusinnleggelser* vil også speile hvorvidt primærlegene treffer riktig med sine prioriteringer. Om ikke de prioriteringene som gjøres i førstelinje følges opp i sykehuset, er jobben bare halvgjort. For å pleie dialogen mellom nivåene i behandlingsskjeden er opprettelse av sykehusallmennpraktikere et viktig virkemiddel. Kanskje kunne slik tjeneste endog være en offentlig allmennmedisinsk oppgave? På den måten sikres et generalistperspektiv representert i et sykehusvesen som blir stadig mere spesialisert, og som sies å være i krise. Vi må lete etter virkemidler i stafettvekslingen mellom første- og annenlinjetjenesten. På jakt etter løsning på krisen må det synliggjøres at premissene for aktiviteten i spesialisthelsetesen legges i primærhelsetjenesten; det er der behovet meldes og det er der hovedtyngden av diagnostikk og behandling skal foregå. Sykehuslegene utfører konsulenttjenester som bestilles av allmennlegene på vegne av pasientene. «Skal»-og «bør»-dekretene fra spesialistene bør imøtegås. Dette gjelder i høyeste grad også den psykiatriske spesialistlegetjenesten

Redusere antall langtidssykmeldte:

Vår kommune er relativt liten, og har noen få store arbeidsplasser; en av dem er kommunen. Ved å inngå samarbeid med de største arbeidsgiverne om enkelte problemstillinger kan man oppnå resultater. Hvilke grupper man skal velge er avhengig

av demografisk forhold, primært alders- og kjønnsammensetning. La oss se på noen:

1. Langtidssykmeldte gravide:

Målet må være at gravide med behov for redusert arbeidsbelastning eller omlegging av arbeidsoppgaver (sykehjem, barnehager, skole, produksjonsarbeid) holdes i arbeid så lenge som mulig. Ofte er bakgrunnen for sykmelding i svangerskapet «vanlige» svangerskapsrelaterte plager; økt tretthet, sårbarhet for tunge løft, mye gange, høyt tempo. Et mål må være bevisstgjøring av arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging. Et samarbeid med arbeidsgiver kan også synliggjøre hvordan offentlige etater raskt gjør seg avhengig av en viss sykmeldingsgrad, og budsjetterer med sykepengeinntekt fra trygden for langtidssykmeldte og på den måten sikrer en inntektspost som kan bety balanse i en anstrengt kommuneøkonomi.

2. *Muskel/skjelettlidelser:* Legene kan foreslå opprettelse av lavterskeltilbud for mosjon/bevegelse, ikke innenfor behandlingsapparatet, men aktiviteter som krever lavt utgangsnivå prestasjonsmessig og som ikke ledes av profesjonelle hjelpere. Mye tyder på at «ikke-intervensjon» i snever medisinsk behandlingsforstand i forhold til denne gruppen er av det gode.

Om strategien her skal slå til, kreves et nært samarbeid med paramedisinske grupper, fysioterapeuter og kiropraktorer. Det er avgjørende at de involverte opptrer som ledd i en kjede, og ikke som konkurrenter i et marked. Her er det et stort potensial for bedre samhandling, og en grunnleggende diskusjon om hva som er oppdraget er nødvendig også her.

Dette utfordrer ledelsen for kommunens helsetjenester. Målet må være å minske avstanden mellom byråkratisk tankegang og praktisk virkelighet. Moderne avguder som omfattende internkontrollsystemer og bunkevis med «autoriserte» veiledere for smått og stort må kun gis den plass de fortjener som et innspill til arbeidet med organisering og innhold i det pasientrettede arbeidet.

Sluttord

Tilmålt spalteplass tatt i betraktning: Dette er kun et riss av en mulig tilnærming til oppgaven vi har foran oss. Skjenkepolitikk er stridstema i Norge – striden omfatter også hvordan de edle dråpene i allmennlegens karaffel skal forvaltes. Her er få avholdsfolk – kun festdeltakere, – med forskjellige lyster og behov. Som kjøgemeistre og godt vertskap skal vi sørge for alle – hedersgjestene skal være dem som trenger dråpene mest. Hvem det er endrer seg over tid, og må stadig diskuteres av fastlegekollegiet.