

den ALLMENN- MEDISINSKE KARAFFEL

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 langtidssykemeldte skal målbarbart ned over en 10 års periode. Hvordan vil du prioritere arbeidet med din pasientpopulasjon for å bidra til at kommunen sine mål 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: I tillegg til kommunestyret sine mål, 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?

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

Besvarelsen kan være på maksimalt 1500 ord. 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

I dette nummeret bringer vi svar fra Arne Johannesen.

I neste nummer kommer svar fra Gunnar Hetland.

Vi utfordrer leserne til også å gå løs på oppgaven og sende inn svar!



Arne Johannesen,

kommuneoverlege i Skien
Cand. Med 1980, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Leder av OLL fra 1998 –
Spesialinteresser: rusmiddelmisbruk, psykiatri, sosialmedisin og helsepolitikk.

Fastlegereformen gir en unik mulighet for den enkelte allmennlege å arbeide systematisk med en kjent pasientpopulasjon dersom ordningen fører til god kontinuitet i lege-pasientforholdet. Rammene som i dag er lagt rundt ordningen, skulle tilsi at sjansen for at så skal skje er svært gode. Etableringen av samarbeidsutvalg gir dessuten gode muligheter for en langt bedre dialog mellom allmennlegetjenesten og kommunen som forvaltningsenhet. En finansieringsordning som i enda større grad baserer seg på stykkprisfinansiering gir imidlertid liten mulighet for styring av virksomheten lokalt, siden økonomien til fastlegen blir fastsatt på statlig nivå, der kommunene har liten mulighet til å påvirke innholdet.

Hvordan kan fastlegen bidra til å redusere dødelighet og andelen langtidsykkmeldte i en norsk kommune?

Forventninger fra kommunelege 1.

Fastlegen og folkehelsearbeid

Internasjonale studier har vist at en sterk primærhelsetjeneste kan ha positive effekter på folkehelsa. Befolkningen er dessuten mer fornøyd med helsetjenesten der primærhelsetjenesten fungerer godt. Bruken av spesialisthelsetjenesten ser dessuten ut til bli mer kostnadseffektiv, likeså medikamentforbruket.¹

I denne besvarelsen stilles allmennlegen overfor utfordringen å bidra til økt overlevelse i befolkningen generelt og redusere sykefraværet spesielt. I forhold til den første målsettingen kan det med rette stilles spørsmål om det er stort helsetjenesten kan bidra med i et land der helsetilstand og levealder er blant de beste i verden. I beste fall kan en regne med en marginal påvirkning av gjennomsnittlig levealder. Det er imidlertid kjent at dødeligheten påvirkes av enkeltfaktorer som det er mulig å gjøre noe med, og der allmennlegen kan bidra.

I forhold til den andre målsettingen vil helsetilstanden være en av mange faktorer som påvirker sykefraværet.² Allmennlegen vil allikevel være en av premissleverandørene for et inkluderende arbeidsliv, og det må forventes at fastlegen bidrar til at målsettingen kan oppnås.

Innføring av fastlegeordningen gir kommunelege 1 en unik mulighet til bruke allmennlegetjenesten i folkehelsas tjeneste. Ved å utvikle gode aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten kan fastlegen bidra med en fortløpende oversikt over befolkningens helsetilstand.³ Dette kan i neste omgang føre til målrettede tiltak mot særskilte forhold i befolkningen som fører til økt sykkelighet og dødelighet. Noen av disse til-

takene vil kunne være rettet mot pasientpopulasjoner, der allmennlegene vil være sentrale i behandling av sykdom og påvirke livsstil. Andre tiltak vil måtte rette seg mot befolkningen generelt eller strukturelle forhold som påvirker folkehelsa.

Planprosessen

Som kommunelege 1 ser jeg muligheter for at fastlegen kan bidra i prosessen fram mot fastsetting av målsettingen allerede på planstadiet. Før kommunestyret fatter sitt vedtak, bør allmennlegerådet ha uttalt seg om hvilke muligheter legetjenesten har for å bidra til å nå de målene kommunen har satt seg. Gjennom en oversikt over sykkelighet og dødelighet i kommunen kan det finnes fram til forhold som det er mulig å arbeide mer systematisk med. I den grad det finnes forbedringsmuligheter bør det dessuten foretas en etisk vurdering av de mulige tiltakene som kan føre til en bedret overlevelse i kommunen. Er befolkningen tjent med å settes på lipidsenkende midler for å redusere dødelighet? Hvilke bivirkninger vil i så fall kunne forventes? Er det riktig å intervenere på individnivå i forhold til rusmiddelbruk når alkoholpolitikken liberaliseres gjennom lavere priser og økt tilgjengelighet? Er det riktig å fokusere på bedre kosthold og mer mosjon når de som kanskje trenger rådene best ikke har råd til dyrt frukt og grønt eller betale inngangsbilletten til dagens mosjonstrender?

I forhold til sykefravær vil det være viktig å vurdere arbeidsmarkedet i kommunen og se på andre faktorer som påvirker fraværet. Hvordan er arbeidsledigheten? Hvordan stiller arbeidsmarkedsetaten seg til attføring? Hvilke muligheter er det for tilrettelagt arbeid i de enkelte virk-

somhetene? Er det mulig å ta ut restarbeidsevne eller er virksomhetene preget av høyt tempo og strenge inntjeningskrav? Dette er forhold som vil påvirke legenes mulighet til å bidra til et redusert sykefravær. Når dette er kartlagt kan legene i større grad ha forventninger om sin egen innsats, noe som helt sikkert vil påvirke deres vilje til å bidra til å nå målet.

Folkehelse og sykdomspanoramaet er i stadig forandring. I dag ser vi megatrender der ulikhet i helse basert på sosioøkonomisk status forsterkes. En stor andel av den økte risiko kan forklares ut fra livsstil og miljø. Intervensjon på individnivå kan bidra til at risikoadferd endres. Dette er imidlertid en prosess som krever tid og tillit. Fastlegen skal representere en trygg og tilgjengelig tilknytning til helse-tjenesten. Spesielt gjelder dette for marginaliserte grupper. Kjennskap til sosioøkonomiske forhold hos pasienter krever kontinuitet over lengre tid og metodikk for å synliggjøre disse.⁴

Prioritering

Jeg har derfor forventninger til at allmennlegene vil prioritere de gruppene som vil ha størst behov for deres tjenester. Det er mye som tyder på at dette ikke er den gruppen som søker legene i størst grad. Det vil derfor være behov for å diskutere en mer proaktiv rolle i forhold til disse gruppene. Hvordan en best kan bidra til dette bør være sentralt tema i de allmennmedisinske fagmiljøene? Hvor stor vekt skal det legges på sosialanamnese og risikokartlegging i konsultasjonen? Skal det utvikles et innkallingssystem basert på kartlegging av risiko?

I forhold til langtidssykmeldte vil fastlegen sitte med kunnskap om sykehistorie over tid. Dette vil være en viktig kunnskap som vil kunne predikere muligheter for tilbakeføring til ordinært arbeid, eller om det er behov for en mer tilrettelagt arbeidssituasjon. Det viktigste grepet i dag for å få ned andelen langtidssykmeldte er sannsynligvis en mer aktiv innsats på arbeidsplassen. Den vil imidlertid være avhengig av trygdens medvirkning. Allmennlegene bør medvirke til at det etableres kontakt mellom disse partene tidlig i et sykmeldingsforløp for å styrke mulighetene for en raske tilbakeføring i arbeidslivet.

Prioritering av noe betyr nedprioritering av noe annet. Det er ikke enkelt i dagens allmennpraksis der kontakten ofte initieres av pasientene selv. Å styre legesøkningsatferden er derfor en stor utfordring for allmennlegetjenesten. Det er

ingen grunn til å tro at vi vil komme i en situasjon der det er så stor kapasitet i allmennlegetjenesten at den kan favne alt. De allmennmedisinske fagmiljøene vil måtte være den drivende kraften i å definere allmennlegenes arbeid.

Min rolle som kommunelege 1 vil være å støtte allmennlegene i de prioriteringsvalg som gjøres. Forventningene mine er allikevel at prioriteringene må være kunnskapsbaserte og faglig forsvarlige. Legenes honorarsystem må også reflektere dette. Økonomiske insentiver er sterke drivkrefter i enhver sammenheng. Et honorarsystem som honorerer hyppige og korte kontakter kan øke produktiviteten i en praksis, men ikke nødvendigvis effektiviteten. Honorering av prosedyrer kan øke effektivitet dersom det er de riktige prosedyrene som honoreres. Men det kan også føre til at prosedyrer brukes ukritisk i inntektsøymed og tar fokus bort fra en mer hensiktsmessig prioritering av oppgaver. Ansvar for dette ligger hos forhandlingspartene. Jeg er ikke i tvil om at en riktig takstprofil også vil øke verdien av de edle dråpene som finnes i den allmennmedisinske karaffel.

Hva er så mulighetene?

Allmennmedisinen har gjennom fastlegeordningen fått den rettmessige plassen den fortjener. Jeg har i dette innlegget forsøkt å vise at en rett prioritert allmennmedisin kan påvirke folkehelse i gunstig retning og bidra til at retten til arbeid blir en realitet også for dem som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Det krever imidlertid at kommunen som oppdrags- eller arbeidsgiver legger forholdene til rette for det og inviterer allmennlegetjenesten med i planlegging og prioritering av tiltak og tjenester. Samtidig må allmennlegene bidra med sin kunnskap om befolkningens helse og organisere sitt arbeid på en slik måte at de prioriterer de oppgavene som gir størst helsegevinst for sin pasientpopulasjon. Da tror jeg fastlegekollegiet i en kommune har mulighet for i fellesskap å oppnå målbare resultater for folkehelse. Jeg gleder meg til fastlegeordningen!

Referanser:

1. Allmänmedisinens bidrag til effektiv ressuransvändning i hälso- og sjukvården; SoS-Rapport 1999.19 Socialstyrelsen, Sverige
2. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. NOU 2000:27. Statens forvaltningstjeneste, Oslo 2000
3. Aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Rapport fra forprosjektet SEDA. Sosial- og helsedepartementet 18.02.2000
4. Gulbrandsen P. Social context in general practice. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo