

Samarbeid mellom primær-

• AV INGVAR STOKSTAD

Ingvar Stokstad

Født 1943,

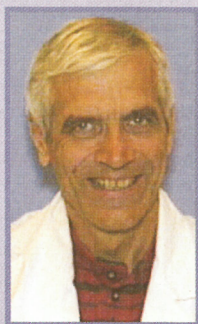
Cand. med Oslo 1968.

Turnustjeneste og ett år reservelege kir. avd. i Mosjøen 1968–70.

Distriktslege/kommunelege/helsesjef i Valdres 1971–1992 avbrutt av ca 2 år med sykehustjeneste.

Godkjent spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin fra 1984.

Sykehustjeneste fra 1992. Godkjent spesialist i indremedisin i 1995 og fra samme år ansatt som overlege/samfunnsmedisiner ved med avd., Oppland sentralsykehus, Gjøvik. I denne stillingen hadde rådgiverfunksjon for fylkeshelsesjefen i Oppland med spesielt ansvar for samarbeid med primærhelsetjenesten. Som ledd i dette arbeidet var jeg prosjektleder for de to prosjektene som er nevnt i artikkelen. Sjeflege samme sykehus fra april 2000.



Det er udiskutabelt at godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten har stor betydning. Dette er vist i helsetjensteforskning og underbygget av praktisk erfaring og teoretiske overlegninger. Det er åpenbart at det er fornuftig å behandle tilstander på lavest mulige effektive nivå og at det er hensiktsmessig å unngå dobbeltarbeid. Legene er avgjørende aktører i dette samspillet da det er de som i hovedsak styrer pasientstrømmen og utløser ressursbruken.

Fagmiljøer, helsebyråkrater og politikere synes også å være rimelig enige om nytten av godt samarbeid mellom de to nivåene. De nye helselovene fokuserer også på dette temaet og i forbindelse med statlig overtagelse av sykehusene er sammenhengende behandlingsskjeder trukket fram som mål. De forskjellige aktørene synes å ha noe forskjellige motiver for å bedre samarbeidet, men det dreier seg stort sett om to hovedmål:

- Bedre utnyttelse av ressursene
- Bedre resultat for pasientene

Det løpende samarbeidet er relativt omfattende. De viktigste elementene er søknader, epikriser, telefonkontakter, kurs og møter. Mange kolleger har vært rimelig fornøyd med situasjonen, mens andre, spesielt primærleger, har sett betydelig forbedringspotensiale. De senere år har det derfor i varierende grad vært etablert ordninger som områdemedisin, ambulerende spesialister, hospitantordninger, praksiskonsulenter/kontaktleger, tidsbegrensede stillinger for primærleger i sykehus og ikke minst prosedyrepermer/bøker. Kreativiteten har vært ganske stor og enkeltpersoner har ytt betydelig innsats. Arbeidet med prosedyrepermer var en periode ganske omfattende med aktivitet i de fleste fylker og nærmet seg det en kan kalle en etablert vanlig ordning. Fylkesavdelingene i legeforeningen har vært pådrivere, mens offentlige myndigheter i liten grad har vært med. Også denne virksomheten har vært avhengig av entusiaster som ulønnet har holdt aktiviteten i gang. Den senere tid har interessen dabbet av.

Når det er så vanskelig å få landsomfattende gjennomslag og fast etablering av nyordninger, er det naturlig å spørre om situasjonen er tilfredsstillende? Mitt svar har hittil vært at så ikke er tilfelle. Jeg tror heller at utfordringene er så vidt kompliserte og utfordrende at de vanskelig lar seg løse uten et betydelig sterkere trykk både faglig, byråkratisk og ikke minst politisk.

Erfaringer fra Oppland

I Oppland har det tradisjonelt vært rimelig gode samarbeidsrelasjoner og det har gjennom lang tid vært forsøkt nye modeller for bedre forholdene ytterligere. Vi har hatt hospitantordning for primærleger ved sykehusene i ca 25 år og midt på syttitallet ble det såkalte Gjøvik-Fagernesprosjektet startet. Hovedelementet i dette var ambulerende spesialister til Valdresregionen. Etter den formelle forsøksperioden, falt de fleste spesialitetene ganske raskt fra, men fortsatt eksisterer ordningen for gynekolog. Tross positiv evalueringen var det ikke mulig å videreføre hoveddelen. Prosjektet ble formet og drevet av en entusiast, Dag Brusgaard, og når hans innsats falt bort, var en vesentlig forutsetning borte. I tillegg til dette var det ikke sørget for til-

og spesialistlegetjenesten

strekkelig politisk forankring og det manglet også noe på støtte fra spesialisthelsetjenesten.

I 1995 ble undertegnede ansatt som overlege ved medisinsk avdeling, Gjøvik fylkessykehus med spesialoppgaver i samfunnsmedisin med spesiell vekt på samarbeid med primærhelsetjenesten. Forut for dette var det startet arbeid med prosedyrebok og den første oppgaven var å videreføre dette. Den første boka ble utgitt høsten 1996.

Fra 1997-2000 ble det gjennomført to samarbeidsprosjekter finansiert av midler fra staten og fylkeskommunen:

Kontaktleger ved sykehusene (Prosedyrebøker)

Hele medisinen ble delt inn i 20 fagområder og det ble engasjert 23 primærleger som fikk ansvar for hvert sitt fagområde med unntak av psykiatri og geriatri/sykehjemsmedisin der tre henholdsvis to leger ble engasjert.

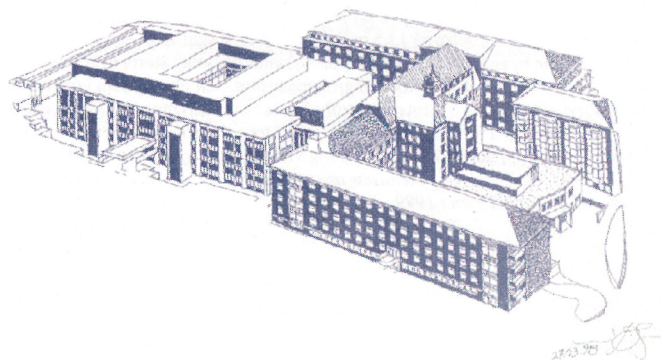
Kontaktlegene fikk ansvar for å utarbeide prosedyrer innen de respektive fagområdene. Prosedyrene skulle konsentrere seg om forhold av betydning ved overføring av pasienter fra et ansvarsnivå til et annet. Målet var felles prosedyrer for de to sykehusene. Det ble forutsatt at kontaktlegene skulle samarbeide nært med kolleger i primærhelsetjenesten i det faglige arbeidet med prosedyrene. Det forutsatte også nært samarbeid med de respektive avdelinger/seksjoner i og med at prosedyrene skulle godkjennes av så vel ansvarlig avdelingsoverlege/seksjonsoverlege som kontaktlege. I tillegg skulle kontaktlegene ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet som samarbeidsforhold innen «sitt» fagområde med tanke på å optimalisere dette.

Det ble utført en ganske omfattende evaluering. Det ble blant annet utført en spørreundersøkelse blant Opplands 430 yrkesaktive leger (svarprosent ca 60). Den viste at 66% kjente til kontaktlegeordningen, noe flere primærleger enn sykehusleger. 21% anga at de aldri brukte prosedyrebøkene, 63% en sjelden gang og 15% hyppig. 46% av de som svarte anga at samarbeidet mellom første- og annen-linje-

tjenesten fungerte bra, 48% middels bra og bare 2,5% syntes det fungerte dårlig.

Konklusjonen av evalueringen ble at arbeidet med prosedyrebøker var omfattende og at resultatet ikke stod i forhold til innsatsen. Da arbeidet med prosedyrebøker startet opp, fantes det relativt få oppslagsmuligheter for primærlegene. Dette har endret seg dramatisk de siste årene. Det finnes nå en rekke oppslagsverk, de fleste IT-baserte. Det ligger betydelige ressurser bak utviklingen av disse og vi kan ikke konkurrere i dette markedet. Hver enkelt primærlege kan forholde seg til et begrenset antall oppslagsverk og følgelig vil vi tape i denne kampen, selv om andre ikke uten videre dekker våre spesifikke, lokale behov.

Med hensyn til selve kontaktlegeordningen var konklusjonen at den formen som ble valgt i Oppland vanskelig lot seg gjennomføre tilfredsstillende. Selve prosessen med utarbeidelse av prosedyrer og kontaktlegenenes virksomhet for øvrig anses som svært nyttig og viktig i samarbeidsrelasjonene. Erfaringen er imidlertid at oppgavene er omfattende og det er vanskelig å finne kolleger som er villig til å ta på seg dette arbeidet selv om det har vært brukbart lønnet. Vår målsetting var at vi skulle engasjere store deler av primærlegekorpset i Oppland i dette arbeidet. Dette målet var for omfattende, men uten en slik bred tilnærming er det van-



skelig å oppnå gode resultater. Heller ikke i sykehuset har motivasjonen for å delta i arbeidet vært tilfredsstillende. Det har vært gjort en rekke fremstøt for å gjøre ordningen kjent bl.a. med møter i legeforsamling i sykehus, møter i Oppland Legeforening og informasjon via Oppland Legeforenings kontaktavis. Resultatet av disse fremstøtene har ikke vært særlig imponerende.

Kontaktlegene ble brukbart lønnet og det ble brukt ca kr 750 000,- på prosjektet.

Ordningen med kontaktleger ble vedtatt avsluttet i mai 2000 og den siste prosedyreboka ble ferdigredigert i desember samme år.

Hospitantlegeordning

Oppland Fylke har hatt en hospitantordning for primærleger fra midt på 70-tallet. Denne gikk ut på at Oppland Legeforening disponerte lønnsmidler tilsvarende en assistentlege, som primærlegene kunne søke om å få benytte. Ordningen ble etablert for å opprettholde kompetansen Allmennpraktiker Dnlf da denne ble etablert. Etter at kravet om sykehustjeneste for å opprettholde spesialiteten i allmennmedisin bortfalt ble stipendmidlene lite benyttet.

Fra 1991 har man i Nord Trøndelag hatt en ordning der primærleger har kunnet hospitere ved sykehusene i perioder på en uke. Tilsvarende ordning ble noe senere etablert i Aust Agder. Evalueringene var meget positive og vi valgte stort sett å kopiere disse ordningene.

Det ble engasjert to primærleger, en for hvert av de to somatiske sykehusområdene, som fikk ansvar for den praktiske tilrettelegging for hvert sitt område. Hver enkelt primærlege ble gitt anledning til å hospitere en uke ved en seksjon/avdeling hvert semester, dvs. to ganger i året. I løpet av en femårsperiode vil det således bli mulig å komme innom ti forskjellige seksjoner/avdelinger. Den enkelte seksjon/avdeling utarbeidet et ukeprogram for hospitanten.

Også denne ordningen ble relativt grundig evaluert selv om det ikke ble foretatt noen omfattende skriftlig spørreundersøkelse. Konklusjonen var klart positiv. I løpet av de to første årene har ca 30% av primærlegene i fylket vært innom sykehusene i en uke eller mer. Dette har vært oppfattet som positivt av kolleger på begge nivåer. Samlet representerer dette en ganske betydelig kontaktflate. Primærlegene får innsikt i sykehusets aktivitet og kan komme med innspill som sykehusene har nytte av. Den personlige kontakten anses som et viktig element i å bedre samarbeidsforholdene. Primærlegene får godkjent tjenesten med 25 kurstimer pr

uke de har hospitert. Dette er nytt og antas i fremtiden å være et betydelig stimuleringsmiddel.

Ordningen er relativt lett å administrere. Det antas å være potensiale for større oppslutning med noe mer intens markedsføring. Den økonomiske innsatsen anses å være akseptabel i forhold til resultatet.

Det ble samlet brukt ca kr 500 000,- på prosjektet. Den største utgiftsposten var lønnskompensasjon til ansvarlig sykehuslege ved de forskjellige avdelingene. Koordinatorene ble lønnet med kr. 20 000 hver pr år.

Ordningen ble vedtatt videreført permanent i mai 2000. Den ene koordinatoren er utnevnt til hovedkoordinator med noe utvidede oppgaver som går på samarbeid generelt.

Utfordringer

Fra april 2000 har jeg gått over i annen jobb og har færre direkte oppgaver knyttet til aktuelle tema. Jobbskiftet hadde ingen ting med frustrasjon over manglende resultater eller interesse, men jeg må innrømme at entusiasmen er noe svekket. Dette har sammenheng med flere forhold:

Organisering/finansiering av helsetjenesten

- Godt samarbeid krever at det settes av tid til utvikling, beskrivelse, iverksetting, vedlikehold og evaluering av strukturer og ordninger. ISF ordning i sykehus og primærleger med stykkprisfinansiering gjør at det er vanskelig å få leger med i slikt arbeid.
- Fritt sykehusvalg medfører en svekket allianse mellom lokalsykehuset og legene i området.

Svekkelse av primærlegenes portvaktfunksjonen

- Politikere og helsebyråkrater ønsker denne funksjonen, men de viser liten eller ingen støtte og forståelse for det reelle innholdet i en slik oppgave. Det betyr jo blant annet at man av og til må si nei.
- Frykt for malpraksisanklager. Dette er en realitet som har forsterket seg sterkt den senere tid.
- Frykt for mediaoppslag.
- Direkte tilgang til avtaleløse spesialister.
- «Spesialistsamfunnet». Det er en generell tro på «spesialisten» i samfunnet. Dette harmonerer ikke med allmennmedisinen som skal kunne takle de vanlige tilstandene «godt nok».

Motkreftene etter mitt skjønn så sterke at jeg har problemer med å stole på positive viljeserklæringer fra politikere og byråkrater uten at en systematisk har sett på rammevilkårene omtalt ovenfor og vurdere dette opp mot mål og virkemidler. Mange vil reise spørsmålet om det er bryet verdt?