

UTPOSTENS DOBBELTTIME

AV HELEN BRANDSTORP

«Men i dag kom vi litt galt ut. Skal man jobbe med telemedisin må man ha klart for seg at det er virkemiddel. Har man som utgangspunkt at man må bruke telemedisin på en eller annen måte, bærer det galt av sted. Man må først identifisere problemet og så se hvordan telemedisin kan brukes på problemet».

Utposten møter en blid og imøtekommende kommunelege I fra Alta på Tromsø flyplass. Han er underveis fra et møte. Daniel Haga må være mange timer på reise i løpet av året, men lang reisevei er en vant med nordpå! Haga har vært på «Kick off møte» i Tromsø der tema har vært:

«Hvordan kan telemedisin brukes i forhold til områdene geriatri og lavvolumtjenester, med fokus på det nordligste fylket.» Han forteller engasjert:

Dette er veldig relevante tema for oss i Finnmark. Vi har for eksempel ingen praktiserende spesialist i geriatri i fylket og vanskelig tilgang. Men i dag kom vi litt galt ut. Skal man jobbe med telemedisin må man ha klart for seg at det er et virkemiddel. Har man som utgangspunkt at man må bruke telemedisin på en eller annen måte, bærer det galt av sted. Man må først identifisere problemet og så se hvordan telemedisin kan brukes på problemet.

Dette skjedde ikke i dag og det var rimelig frustrerende for oss medisinske fagfolk å måtte jobbe etter en helt annen modell som et privat organisasjonsselskap brukte...

I Alta har Haga stått i spissen for mange telemedisinprosjekt. De begynte så tidlig som i 1992 med øre-nese-hals på grunn av lange ventelister hos spesialist. Det har vært prosjekter for hele helsetjenesten.

Øyenbunnsdiagnostikk av diabetes pasienter er et veldig god eksempel. Det utføres av to av våre sykepleiere. Universitetssykehuset i Nord-Norge trodde ikke det var

mulig å lære opp sykepleiere, men det går godt. Diabetes-pasientene får undersøkt øyenbunnen en gang i året og bildene blir sendt til øyeavdelingen ved UNN. Der ser spesialisten 5–8 billedserier på samme tid som han ville brukt på én pasient. Pasienten slipper å reise, legen er mer effektiv.

Vi har også dialyse som et annet godt eksempel. Hemodialyse har vi drevet med før også, men nå er det bredbånds-oppkobling mellom maskinene på UNN og i Alta. Det betyr at legene ved UNN kan gå inn og lese verdier på maskinen i Tromsø, og har full oversikt. Vi har tre maskiner og fem pasienter som får dialyse. Spesialisten går visitt via videokonferanse én gang i uken mens pasienten ligger i dialysesengen, og legen kan også nåes hver dag. Det er et eksempel på hvordan man kan flytte ut kompetanse for å kunne opprettholde kvaliteten i desentralisert tjeneste. Det betyr enormt for pasienten og samfunnet!

Jeg har også lyst til å fortelle om et prosjekt med hjemmetjenesten som er ferdig, men som vi vil gå videre med. De har journal på bærbar PC som de tar med seg hjem til brukerne. Da vi kjørte dette forsøket ble det bygget opp et eget radionett i Alta som gjorde at hjemmetjenesten kjørte rundt med «Reodor Felgen-antenne» bak på bilen. Den kommuniserte med utplasserte antenner på hoppbakken, Komsafjellet og andre steder. Overalt kunne de skrive inn notat på direkten og de kunne sjekke hvor langt søknader var kommet i prosessen, og for eksempel om hjelpemidler. Alle vedtak ligger inne på datajournalen til hjemmetjenesten. Bilder ble tatt og sendt via nett, reseptbestilling sendt direkte til rette lege. Dette var veldig ryddig... og har gitt inspirasjon videre.

Inspirere har vel du selv gjort så det monner som ildsjel bak disse telemedisinprosjektene?

Vi har vært mange, så jeg... Poenget er at hvis du har begynt med dette så spinner det på seg.

Akkurat nå driver vi med et sikkerhetsprosjekt som går på å lage en sikker kommunikasjon mellom hjemmetjenestens og legenes system. Det skal ikke skje en integrering, det må være to forskjellige nettverk. Men det å sende mail og for ek-

sempel reseptbestillinger inn i et lukket nett jobber vi med. Vi lager brannmurer rundt mailingen. KIT i Trondheim og Sosial- og helse departementet er med. Dette er spennende.

Men jeg har hele tiden vært vant til å først identifisere et problem og så se om telemedisin kan brukes!!

Daniel drar på det når vi spør om han har eksempler på prosjekter som ikke er gått så bra. Han vil heller fokusere på at de har vært grundige i vurdering av problemer før telemedisin prosjekt. Men innen disse har de funnet noe telemedisin ikke egner seg til som for eksempel diagnostikk der en må ta og føle på pasientene, svulst på halsen er et eksempel.

Spesialistens evne til å kjenne og vurdere kan ikke overføres digitalt. Spesialisten kan ikke kjenne via mine hender.

Innen for hjemmetjenesten avdekket vi ting. Jobben her er en veldig «alenesom» tilværelse og man har ofte ganske store ansvarsområder. Det brukes mye tid på rapporter og mitt fokus har vært kvaliteten på disse rapportene. Oftest er de muntlige og de tar også mye tid. Kanskje kan man unngå hele møtet. Det er mulig i dag å få lydavspilt det siste notatet på vei i bilen til neste klient. Men treffpunkt er viktig i denne organisasjonen og en må skape andre møtepunkt for hjemmetjenesten, det er viktig for trygghet i faget.

Utposten begynner å forstå at i Alta har en gjort seg verdifulle erfaringer som også andre kan ha glede av. Nasjonalt senter for telemedisin (i Tromsø) har vært med på de fleste prosjektene, så der er det rapporter å få tak i. I tillegg har Alta selv hatt prosjektledelsen på prosjektet om hjemmetjenesten.

Prosjektet om hjemmetjenesten har en egen rapport som er i Alta. Vi hadde ledelsen i samarbeid med ALUT (Alta utviklingsselskap). I rapporten er de organisatoriske implikasjoner beskrevet veldig godt pga at høyskolen i Alta ble med og forsket på dette.

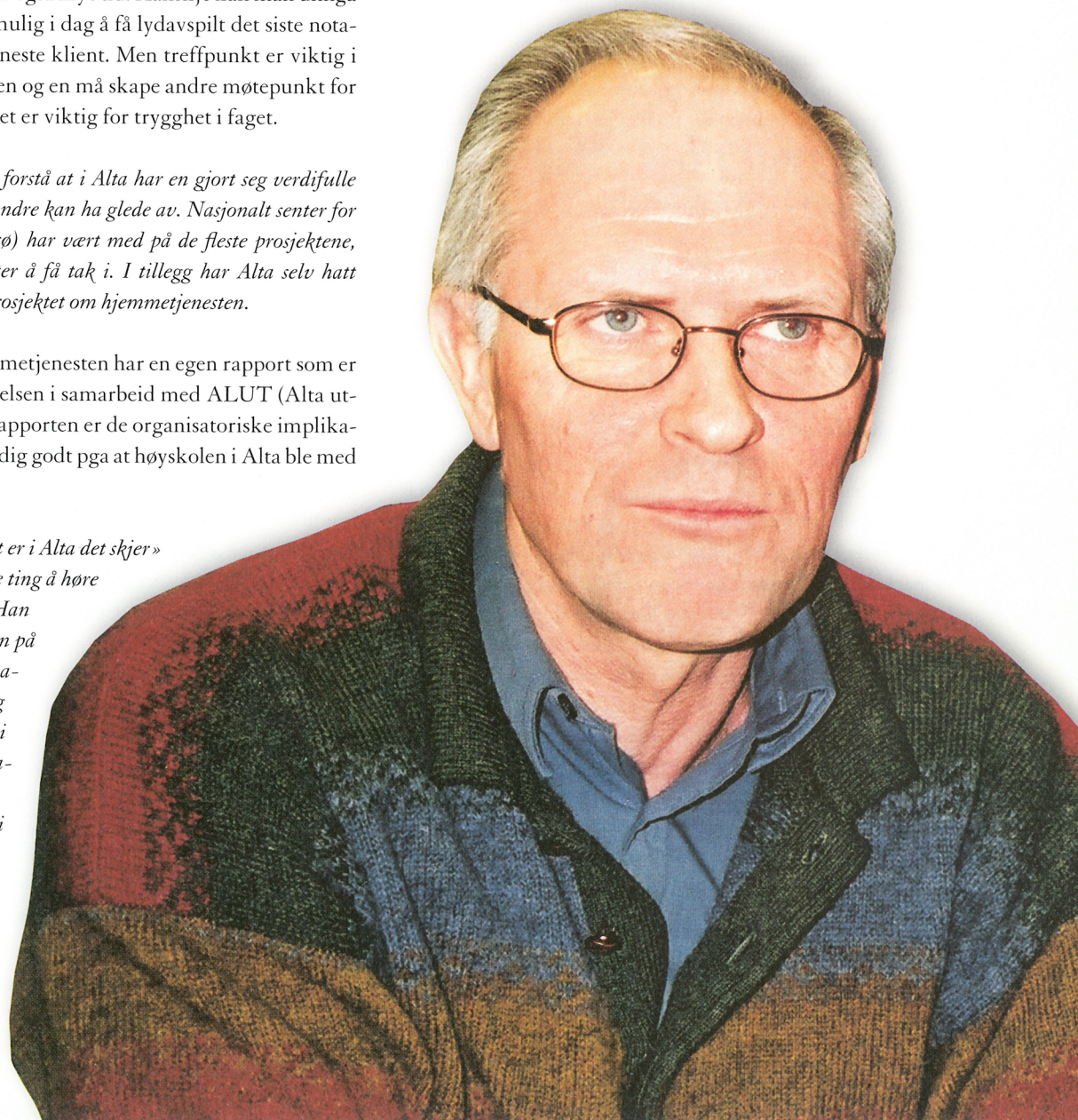
Det høres ut som «det er i Alta det skjer» og det er bare positive ting å høre fra kommunelegen. Han trekker frem størrelsen på ca 17 500 som gir behagelig vaktfordeling og spennende variasjon i det en møter av oppgaver. Den lange avstanden til sykehuset i i Hammerfest har skapt et engasjement i kollegiet.

Vi har ikke problem med å få fastlegene til å delta i daglig vakt og heller ikke med å ha vaktansvar på føde- og sykestue. Vi har 130 fødsler i året. Mange allmennpraktikere vil føle at dette er et for stort ansvar. Mange tror en er alene med ansvaret og det er en jo ikke.

Ellers har vi vært heldig med administrasjonen i kommunen og den politiske ledelsen som har ønsket jobbing med utviklingsprosjekt. Men på grunn av avstand til sykehus er det befolkningen som først og fremst har skapt et «trøkk» mot politikerne for å skape en helsetjeneste lokalt som gir trygghet.

Daniel Haga blir virkelig ivrig når han begynner å snakke om oppbyggingen av poliklinisk spesialistvirksomhet i Alta. På et stort og flott helsesenter er poliklinikkene nært sykestua der det er senger til «gråsonepasientene». Det er de pasientene man kunne ha sendt til sykehus, men også kan legges inn lokalt til behandling.

Det sparer samfunnet for reisekostnader og pasientene for belastningen med lang reising. Men like viktig, så



skaper det en nærmere dialog mellom allmennpraktikerne og spesialistene. At spesialistene har en arena utenfor sykehus gjør noe med måten de tenker og jobber på. Ut i fra et samhandlingsmessig perspektiv er det interessant.

... Så hvordan tenker spesialistene annerledes når de er ute i distriktet?

Når vi reiser på kurs til universitetssykehusene sier spesialistene: «Slik behandler vi hjertesviktpasienter». Når de samme spesialistene kommer til oss, sier de «Slik bør dere gjøre med disse pasientene». De flytter seg mentalt til den pasientpopulasjonen vi forholder oss til. De kan fort få oversikt over hva våre doktorer trenger å lære mer om. Og vi har på den andre siden en kanal inn til spesialistene og kan selv spørre om det vi ønsker mer kunnskap rundt.

Sosial- og helsedirektoratet har kalt kombinasjonen av desentraliserte spesialistpoliklinikker og sykestue for distriktmedisinske sentre. Haga tror det i fremtiden vil komme flere slike sentre, gjerne interkommunale.

Spesialisthelsetjenesten vil komme ut og etablere slike sentre, og kommunenes engasjement inn blir et daglig driftansvar for sengedelen. I samme senter ser jeg for meg at legevaktsentral og interkommunallegevakt etableres, sammen med røntgen osv. Det ville vært spennende!

Og slike sentre vil være viktige for rekruttering og stabilisering av unge leger?

Ja... det vil skape både en større trygghet, og allmennmedisin trenger også noen utfordringer! Dette vil gi engasjerende utfordringer innen trygge rammer.

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten om gråsonepasientene er spennende og i dette klimaet kan en finne nye behandlingstilbud og behandlingsmåter lokalt, som for eksempel cytostatikabehandling og dialyse. Det er tilfredstillende å ha noe å tilby lokalt og en får da ofte positiv feedback fra brukerne.

Allmennmedisin blir både morsom og takknemlig, men en må ha faglig oppbacking!

Utposten har hatt inntrykk en stund av at «bøtta er full», men nå kommer Alta legen og sier vi trenger vi noe å strekke oss etter... Han forklarer at den bøtta som er full er den som fylles med det å sitte med aleneansvar i forhold et ganske vidt spekter av faglig engasjement. Den bøtta som fylles av fagområder der vi er litt bedre enn våre kolleger er ikke full.

Og der vi kan spre denne kompetansen til et større kollegium gir det engasjement. Nøkkelen ligger i å skape de faglige rammer. Det må ikke oppfattes som et meransvar for noe som andre som har snudd ryggen til.

Allmennmedisinen har sider i seg som kan utvikles. Her kan en tenke seg mange områder som gir et slik potensial. Og det er viktig å huske på at allmennmedisinen handler om de vanlige tingene. Diabetes er et område der en kan strekke seg, organisere diabetesteam for eksempel. Det samme gjelder KOLS/astma, terminal behandling og psykiatri. Dette er eksempler på gode utfordringer i en fremtidig verden med mer desentralisert spesialisthelsetjeneste. Vi må ha ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten – og vi må skape entusiasme! Vi må ikke fokusere for mye på de negative tingene. Arbeidet med innføringen av fastlegereformen har tatt fokus vekk fra en del faglige utfordringer. Det ble veldig mye «ansvar og økonomi». Jeg håper at den biten kommer litt mer i bakgrunnen nå og at de faglige utfordringer over mot aksene de nye foretakene har valgt, kan komme mer frem.

Forholdet til nettopp de nye helseforetakene har Daniel Haga tanker om. Han har offentlig vært bekymret for hvem som er talerør for primærhelsetjenesten inn i maktsentrene. I styret for det regionale helseforetaket Helse Nord (Finnmark, Troms og Nordland) sitter han som eneste representant fra primærhelsetjenesten.

Jeg er fortsatt bekymret for talerørsfunksjonen. I en strukturdebatt tenker jeg på: «Hvordan organiserer vi vår virksomhet? Og har vi sikret at helheten i pasientbehandlingen er i fokus?»

Med en slik problemstilling opplever jeg at vi har manglende likevekt i diskusjonen. Spesialisthelsetjenesten har gjennom sin foretaksorganisering blitt veldig fokusert på å skape sterke beslutningsorgan med fokus på effektivitet og produktivitet. Men så har de i tillegg i sitt styringsdokument fokus på nødvendigheten av samhandling og helhetstenking. I valg av løsninger mangler de en diskusjonspartner som kan se dette fra en annen side.

Haga mener at kommunehelsetjenesten er mer oppsplittet etter innføringen av fastlegeordningen. Fastlegeordningen legger hovedvekten på forholdet mellom lege og pasient på lista. Legens ansvar i systemtenkning og helhetstenkning for kommunen, kommunens innbyggere og regionens innbyggere er ikke tilstede i denne organiseringen. Kommunelege I er i vesentlig grad redusert, trekker han frem.

Jeg etterlyser derfor nye strukturer som kan være en diskusjonspartner mot foretakene i organisering av tjenesten. Det mangler også noen som kan gi en kontinuerlig tilbakemelding og evaluering av hvordan tjenesten fungerer.

Jeg er ikke bekymret for samhandling rundt enkeltpasienter. Her er fastlegeordningen i bedring i forhold til før. Jeg er bekymret for om systemene som bygges opp rundt spesialisthelsetjenesten virkelig har det helhets hensynet styringsdokumentet sier det skal ha.

Fra Helse Nord sitt arbeid trekker han frem virkemidler som «Helseting» og «Referansegruppe». Et helseting tenker en seg som et diskusjonsforum knyttet til for eksempel et lokalt sykehus. Der inviteres allmennleger til dialog rundt funksjonen mellom de to nivåene, for eksempel en gang i året.

Vi har også vurdert å sette sammen en gruppe med erfarne kommuneleger fra hele regionen som kan være en referansegruppe for det regionale nivået når de skal organisere og utvikle tjenesten. Det har jeg tro på! Foretakene trenger noen å spille ball med, noen som har bred kunnskap om allmennmedisinen med sine problemområder. Det er tross alt all-

mennmedisinen som genererer største delen av problemene som spesialisthelsetjenesten jobber med. Her er det viktig å ha funksjonelle enheter som gir matching til den sterke organisasjon som foretakene er.

Vi har ikke lykket i noen leire hvis vi ikke har skapt en helhetlig tjeneste. En primærlege i helseforetakets regionale styre kan ikke klare den jobben alene. Her er utfordringer som en ikke så konsekvensene av når de to reformene ble innført.

Det nærmer seg avgang for Altaflyet, men en imponert Utposten redaktør prøver å tenke helhetlig og ber tynt om å få høre litt om medaljens bakside helt på tampen ...

Jeg hadde ikke kunnet jobbet med dette hvis jeg ikke hadde stabile gode kolleger som hadde vært hjemme og gjort jobben. Man må si nei til noe. Jeg har for eksempel ikke fastlegeliste. Jeg har vaktene mine, men som doktor er pasientkontakt den umiddelbare responsen som sier om du er verdt noe. Det har jeg i lang tid måtte velge bort og jeg vet ikke helt konsekvensene av det ennå... det er et valg som koster noe.

**Tenker du KOLS?
Tenker du røykeavvenning?**



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Nå er det en fryd å gjøre spirometri!

Vi har spirometeret som enkelt og raskt gir en tilstandsrapport på dine pasienter!



- Utviklet av lungeleger
- Gir høy kvalitet på resultatet
- Svært gode rapporter
- Ingen vedlikehold
- Verdens minste
- Sikkert mot smitte
- Enkelt å manøvrere
- Måler ekspirasjon og inspirasjon og Bronchodillatasjon

Ring, fax eller send deres bestilling til:
Eller ta kontakt for mer informasjon om produktet.

Medinor ASA Oslo
Postboks 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 50
Fax: 22 07 65 15