

Samhandling mellom 1. og 2.

Straume skuer utover og bakover fra vårt nordligste fylke, og han ser langt der oppe fra...

Vi har valgt å trykke fylkeslege i Finnmark Eystein Straume sin innledning på legeforeningens kurs om samhandling/ samarbeid i Finnmark 3 – 5. april 2003. Filosofiske betraktninger og utviklingen de siste 30 år har relevans i hele Norge.

AV EYSTEIN STRAUME

For å nærme meg mitt tema, vil jeg se mer på samfunnsutviklingen gjennom de siste 30 årene, enn kun på samhandlingen mellom de to nivåene i helsetjenesten. Jeg legger tre tilnærminger til grunn, men uten at jeg klarer å strukturere innlegget, dertil er oppgaven for kompleks og uoversiktlig.

For det første:

Et tidsspenn på tredve år er nok til å kaste lys over de valgene som er gjort, til å se konsekvensene av valgene og til å fange opp de kreftene som påvirket utviklingen. Først med slik ballast kan vi prøve å beskrive dagens situasjon. Hensikten med slik tenkning er å gjøre oss i stand til bedre å vite hva vi velger når vi velger for morgendagen. Som moderne mennesker så velger vi hele tiden slik at vi maksimerer forventet utbytte. Vi synes å være dømt til å tenke slik!

For det andre:

Tilliten til vår evne til å kontrollere verden må mildnes og moderes av klok tvil og erkjennelse av våre begrensninger. Tiden for de store helhetlige løsningene er forbi! Etter Sovjetstatens oppløsning er sogar sosialdemokrati blitt et fyord.

For det tredje:

Samfunnet synes å fungere slik at til lenger opp og mer sentralt du kommer, til vanligere blir det å forsvare prinsipper og revir. Til lenger ut og til nærmere den det gjelder du kommer – til viktigere blir det å finne gode og konkrete tiltak. Med et slikt syn legger jeg ansvaret for å finne de gode løsningene for Finnmark til oss som er i fylket.

For to uker siden var situasjonen denne:

Et utgangspunkt:

USA skal angripe Irak, norsk selvråderett og frihet holdes opp mot faren for å bli avvist av Storebror – men ute raste uværet. Storstormen hadde festet grepet og ristet Finn-

mark. Hurtigruten prøvde ikke engang Østhavet, men snudde. Flyene sto på bakken, forankret i tunge kjøretøy, alle båttruter var innstilt, veiene var stengt, bybussen blåste av veien og ble innstilt, tak blåste av kirkebygg og idrettshall og strøm og telenett var rammet.

Men noen hadde vakt og var tilgjengelige. «Problemet er ikke at vi er isolert fra omverden», sa ordføreren i Berlevåg, «problemet er at telenettet, innad i bygda også, er nede slik at vi ikke får gitt beskjed til vår lege når vi trenger hjelp.» Større anerkjennelse kan ikke leger få! Og der sitter dere med vakt og ansvar og ingen er bedre til å gjøre jobben enn dere og ingen andre kan gjøre den. Men større makter enn oss hadde for en stund lammet det menneskeskapte. I slike stunder har vi ikke annet å gjøre enn å godta at det finnes krefter og makter større enn oss, og så gjøre så godt vi kan.

Det er når stormen legger seg at problemene oppstår – da våkner vi som moderne autonome individer med frihet til å velge. Når noe går galt i godt vær så er vi selv skyld! Det er stormen som gjør det spesielt å bo her og det er stormen som gjør at vi holder ut å bo i Finnmark – for da kan vi hvile i en sterkere makts hender!

Vi skal forebygge, lindre og behandle og bidra til at menneskene kan leve i trygghet. Vi skal overvinne de vanskene som uvær, i overført betydning, skaper – men så opplever vi at når alt er bra og vi lever i lykkelig trygghet, ja så er alt vanskeligere enn før. I alle fall så er forventningene til helsetjenesten skyhøye og kostnadene stiger betydelig og mer enn samfunnet kan bære.

Ved et tidsskille – for tredve år siden

For tredve år siden stengte telefonsentralen kl 17.00 – og den åpnet ikke før kl 08.00. Men det var ikke så truende, for det var ikke så mange å ringe til!

linjetjenesten gjennom 30 år

Helsetjenesten i Loppa besto av en brakke som gjorde tjeneste som sykestue, det var en sykepleier, en jordmor og en lege. I skuffene på legeskuffen fantes etermaske, abrasiosett, fødselstenger og noe som jeg tror kunne brukes til å fjerne mandler, i tillegg til en del tykke nåler som kunne brukes til nødtracheostomi og tapping av pleuraempyem. Tre mann delte på å føre den ombygde fiskeskøyta som gjorde tjeneste som legeskyss. Bestyreren på samvirkelaget hengte nøkkelen til butikkens varebil på en knagg på garasjeveggen i tilfelle jeg skulle trenge bil om natten for å frakte pasienter, men jeg måtte selv være sjåfør. Det var en husmorvikar og ingen hjemmesykepleie. Men rundt i alle de ni bygdene som kommunen besto av var det betrodde koner som hadde lagre med legemidler etter avtale med distriktslegen. Hammerfest hadde kirurg og indremedisiner – en av hver. Noe mer var det heller ikke å finne i Tromsø, bortsett fra Åsgård sykehus som hadde lukket avdeling for sinnslidende og øyelege Wium som mot sykehusets vilje en gang i året dro rundt i Finnmark og holdt kontordager. Det var en hudlege i Nord-Norge. Dr. Weideborg satt i Narvik og tok imot pasienter fra hele landsdelen.

Jeg husker at det jeg var mest redd for, pussig nok var neseblødninger og pasienter som krevde at jeg skulle trekke tenner – for der gikk grensen for hva jeg ville innlate meg på!

30 år senere har jeg en beklemmende følelse av at noe har gått galt. Alt er blitt bedre, men vi føler oss verre! Så hva var det som skjedde?

Den gangen husker jeg tydelig at jeg som ung lege så den nære fortid som rester av gammeltiden, hvor hardbarkete leger som verken fryktet Gud eller djevel, styrte med myndig hånd – og med heller magert utbytte for den syke. Det

var patriarkenens tid og det var paternalisme som var den ledende etikk. Og pasientenes holdninger til legen var annerledes. Bjarne Skogsholm var kirurgisk overlege i Vadsø i 40 år, elsket og avholdt var han. Og folk som lever den dag i dag sa om han: Vi gikk ikke til dr. Skogsholm uten at vi måtte, for han gjorde noe med oss. Tenk det: han gjorde noe – det ble ikke lange utredninger og møter og tverrfaglige vurderinger. Han luktet nok eter der han satt – og han handlet. Og, sa disse menneskene som jeg snakket med: Hadde vi vært hos dr. Skogsholm og han sa at det ikke var mulig å gjøre noe mer, ja så visste vi at alt som kunne gjøres var gjort.

Vi unge hadde også enorm respekt for disse høvdingene, men en dag så ville vi nok noe annet og argumenterte for vekst i helsesektoren med stor kraft og betydelig suksess.

De nasjonale strategene hadde bygget ut velferdstaten og dessuten var gjenreisningen av Finnmark fullført. Det var nei til EF og ja til spredt bosetting. Og først og fremst var det sterk tro på en stadig bedre fremtid. Vi stupte inn i den senmoderne tid hvor utviklingen mister sin retning, hvor samfunnet blir tiltakende komplekst og hvor styringsproblemene blir vanskeligere – vi stupte fulle av entusiasme inn i dette uten å forstå at det var det vi gjorde.

Og selv om telefonen stengte så fikk ildsjelene blant oss telemedisinsk utstyr for hjerteovervåking i distriktene!

Vi var ikke tenksomme og kloke nok. Vi var blendet av fagets egen suksess og følte det som en personlig fornærmelse da Ivan Illich skrev sin bok om helsevesenets medikalisering av menneskenes livsverden. Jeg tror i etterpåklokskap at vi gjorde det som filosofen Hans Skjervheim omtalte som



det instrumentalistiske feilgrepet. Det er ikke feil å bruke naturvitenskapelige metoder i samfunnsvitenskaper, og i pedagogikk, psykologi og medisin. Feil blir det når det blir eneste metode. Jeg mener vi var for endimensjonale den gangen, til gjengjeld var vi handlekraftige!

1980-årene og ekspansjon

I Loppa gikk det ti år så var det tre leger, ti sykepleiere, nytt helsesenter, tre legeskyssbåter og to ambulanser og en stor hjemmesykepleietjeneste. Noe av drivkraften i denne betydelige ekspansjonen var det solidariske kravet om geografisk likeverdige tjenester for alle i Norge. Og i Tromsø var det universitetssykehus med alle spesialister og grenspesialister på plass. I mellomtiden hadde folketallet i Loppa blitt redusert med 30% og kommunens hjørnestensbedrift var ikke bare konkurs, den var sogar revet med friske penger fra miljøverndepartementet.

Kommunehelsetjenesten ble definert og utviklet til basis i norsk helsevesen. Men jeg kan ikke huske at dette ble sett i noen spesiell sammenheng med sykehusene og det som skjedde der. Selv om vi var få leger, både i kommunene og på sykehuset, og vi kjente hverandre og var gode venner, så var det ingen felles planlegging for å finne frem til den helsetjenesten som folk i Finnmark skulle trenge.

Det skjedde mye på sykehusene også. Jeg tror hovedmotoren i sykehusenes ekspansjon og økende spesialisering har vært tekniske nyvinninger mer enn planlagte reformer. Det begynte med hjerterovervåkingsenhetene, så kom forfinet laboratoriediagnostikk og særlig stadig bedre bildediagnoser. Endoskopier, ultralyd, CT og MR har brakt ny kunnskap og ført til ny spesialisering og fagutvikling. Man skulle tro at ønsket om å se tydeligere har vært den drivende kraften, ikke ønsket om å forstå bedre. Kan vi tenke oss diagnoser og forståelse som bygger på lukt og smak og hørsel og berøring, for ikke å si følelser??

Endringene i sykehusene har vært enormt kostnadsdrivende, mens nytten av det hele er mindre godt dokumentert. Og den defensive – ryggen fri medisinen gror i kjølvannet av denne utviklingen. Dr. Skogsholms kliniske erfaring vil alene ville ikke holde mål for dagens tilsynsmyndighet, ei heller for publikums og medias kritikk.

Ideologi debatt og økende pleie- og omsorgsoppgaver

Forholdet mellom 1. og 2. linje utviklet seg langs to linjer i 1980-årene tenker jeg. Primærlegene oppfattet den økende teknifiseringen av spesialisthelsetjenesten til å bli stadig mer en fragmentert tjeneste som behandlet syke organer med avansert teknisk utstyr og ikke hele mennesker. Skulle

dette kunne føre til noe godt, så måtte primærlegen utvikle et mer holistisk, og i alle fall en hermeneutisk tilnærming til syke, lidende og engstelige medmennesker. På den måten skulle de to utfylle hverandre. Slik gikk det ikke, Sykehusene fortsatte sin utvikling mot stadig mer spesialisering og evidence based medicine. Primærlegene kom raskt etter med samme tenking. Kanskje ble de skremt av alle alternative behandlere som kom til og redd for at pasientene først og fremst ville henvises til spesialister. Det helhetlige har liten appell til den som frykter at smertene i buken er kreft!

Det andre store feltet er pleie –og omsorgstjenesten. Dette er vekstnæringen som ingen vil ha. Forskriften om ferdigbehandlede pasienter er det synlige tegnet på dette underlige fenomenet. Spesialisthelsetjenesten går stadig videre og skyver bak seg og over til kommunene det de er ferdige med. For 30 år siden ble hjerteinfarkt behandlet med stengt sengeleie i seks uker før utskrivelse. I dag hjerteopereres ol-dinger og sendes hjem etter få dager. Kravet til faglighet, kapasitet, beredskap og innsikt i avansert medisinsk behandling øker i kommunehelsetjenesten, samtidig øker også spesialisthelsetjenestens ventelister. Det er som om de to nivåene går i utakt.

1990-årene. Prioriteringer, omorganiseringer og utprøving av ulike styringssystemer

Det kom som en ubehagelig overraskelse at helsetjenester måtte prioriteres. Alt som kunne gjøres og tilbys ville det ikke være bærekraft nok i samfunnet til å gjennomføre. Prioriteringer innad i helsevesenet og mellom helsetjenesten og andre sektorer i samfunnet. En slik debatt i fylkestinget endte med at de tok penger fra helsetjenesten og til samferdsel og snørydding. Først åpne veier og fremkommelighet til sykehusene før utbygging av sykehus! Vi fikk Lønning utvalg både en og to ganger. Og medisinsk etikk fikk et betydelig oppsving, men de har i dag blitt mer opp-tatt av bioteknologiloven og genetikk enn av prioriteringer synes det meg. Jeg har ikke sett noen skikkelig satsing for å få en forutsigbar og beregnelig styring med etterspørselen av helsetjenester. Det er kanskje det sentrale myndigheter har ønsket likevel når de har testet ut ulike styringssystemer og satt i gang en flodbølge av omorganisering.

Leger og ledelse ble et hett og senere begredelige tema som jeg ikke vil gå inn på, annet enn å påpeke at både sykehus og kommunehelsetjeneste i dag ledes av andre enn leger stort sett.

Økonomiske tiltak kom først med nye måter for å beregne rammetilskudd, senere ble dette supplert med innsatsstyrt finansiering, som åpner for kreative og kanskje kriminelle DRG kodinger. Hagen utvalget er på høring nå. Det er



spennende at det der ligger muligheter for finansiering av forskning, undervisning og mer fleksible utnyttning av ambulansetjenesten, kanskje også for belønning av kvalitet og resultat, ikke bare for produktivitet. Men heller ikke Hagen utvalget tilbyr noe som kan fremme samhandling og tiltaksjeden og nettverksbyggingen rundt pasienten.

Regelverk er utviklet for kontroll og styring. Helsedirektoratet ble nedlagt i 1994 og Statens helsetilsyn oppsto med tilsyn som hovedoppgave. Det er laget nye helsetjenestelover og pasientene har fått sine rettigheter lovfestet. Det kan være verdt å merke seg at virkningen av helsetilsynets systemrevisjoner enda ikke er dokumentert. Det er kanskje heller ikke mulig å finne den evidence based effekten av tilsyn?

Situasjonen i dag

Det som synes å skje i dag er at helsetjenesten endelig skal ta inn over seg den betydelige endringen som har skjedd på samferdselssektoren. Med hjelp av ambulanser – i luften, over land og på sjøen kan pasientene trygt bringes dit hvor det beste utstyret og den beste kompetansen befinner seg. Telekommunikasjoner skal bygges ut og sikre god kommunikasjon mellom primærlege og spesialist. Men fortsatt planlegges dette ukoordinert.

Helseforetakene går i bresjen, mens kommunene har nok med sitt. Og kommunelegene er delvis privatisert. De har svært lite de skulle si så snart det gjelder å foreslå tiltak som har økonomiske eller strukturelle forpliktelser for kommunene. Samhandlingen stopper opp på ildsjel-nivået!

Oppsummering:

Hvor ble det av samhandlingen?

Utviklingene går i alle retninger, det er vanskelig å finne et mønster som kan forklare det som skjer. Og hvor ble det av samhandlingen? Vi har gått fra statlige distriktsleger og fylkeskommunale sykehus til privatpraktiserende fastleger og statlige sykehus uten at det har vært etablert strukturelle samhandlingsarenaer, og uten at det har vært vurdert felles eierskap for hele helsetjenesten. Kanskje RHF skulle eie primærhelsetjenesten også? Vi har mistet troen på sentral styring, men tvinges til å prioritere våre tiltak.

Kravene til kvalitet er økende og vi tåler ikke at det gjøres feil. Samfunnet forandrer seg på en grunnleggende måte som vi ikke helt ut fatter, men det blir mer komplekst og vanskeligere å styre. Mer overlates til markedet enn tidligere. Etterspørselen etter helsetjenester øker, vi har nok med å tilby tjenester. Det er få innspill til hvordan etterspørselen kan temmes og styres. Finnmark har et spesielt problem i forhold til markedsstyring fordi vi er så få og har så store avstander. Skal det finnes noen løsning så må vi finne den selv og her – innen Finnmark eller kanskje innen helseregion nord. Jeg er i alle fall sikker på at forutsetningene for å finne gode løsninger er bedre her enn andre steder i landet. Vi er få, vi kjenner hverandre og vet at vi er avhengig av hverandre, vi har engasjement, erfaring og ideer.

0-punktet

Jeg synes at 0-punktet, eller det punktet vi må ta utgangspunkt i når vi skal klargjøre valgmulighetene er blitt tydeligere. Vi må begynne med å besinne oss på de verdiene vi vil helsetjenesten skal bygge på, for det er det grunnlaget for helsevesenet som er forsømt. Utviklingen har de siste 30 årene for ensidig vært styrt av teknisk og naturvitenskapelig tenking. Som kjent så har vitenskapen et skarpt øye for midler, men den er blind for mål og verdier.

Dostojevskis beretning om storinkvisitoren som ettertanke. Storinkvisitoren som endelig har overvunnet menneskenes frihet og dermed gjort dem lykkelige og trygge, finner Kristus på markedsplassen i Sevilla kvelden før kjettere skal brennes på bålet en gang på 1600-tallet. Han gjenkjenner øyeblikkelig Kristus, arresterer han og oppsøker han i fengselet hvor han forteller hvorfor Kristus må brennes neste dag, sammen med de andre kjetterne. Kristus hadde gitt menneskene frihet den gangen han ble fristet i ørkenen. Storinkvisitoren hadde innsett at lykkelig trygghet var det eneste vilkåret menneskene kunne leve under. Derfor måtte Kristus avskaffes. Så kysset Kristus Storinkvisitoren på pannen og forlot fengselet.

(Det autonome individets liv må manøvreres mellom to uattraktive poler: frihet og lykkelig trygghet.)