

Kravspesifikasjonar til den framtidige distriktslegen!

AV FRODE FORLAND

avdelingsdirektør i Sosial og helsedirektoratet

Ein kravspesifikasjon er eit omgrep som vanlegvis vert nytta i samband med innkjøp og tilbod i It-sektoren. Kan eit slikt teknisk omgrep vere til nytte for å utmeisle forventningar til innhald i ein lite teknisk funksjon som den framtidige distriktslegen?

Underteikna vart bedd om å drøfte denne problemstillinga på eit seminar om distriktsmedisin på Sommarøy i mars – artikkelen byggjer på dette foredraget.

Ein kravspesifikasjon kan framstå som kjedeleg lesing for dei det ikkje gjeld, men kan vere svært interessant lesing for dei som har tenkt å legge inn tilbod i samband med eit oppdrag. For dei er dette som Bibelen. Det som står der er det som skal følgjast, og som ein er venta å rapportere på.

Ein kravspek er noko vi brukar for å skildre noko vi vil ha som vi ikkje har, noko framtidig. Kva er det vi vil ha i ein god framtidig distriktslege?



FOTO: TROND ISAKSEN

Frode Forland

Avdelingsdirektør i Sosial- og helsedirektoratet i avdeling for retlingslinjer, prioritering og kvalitet. Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Tidlegare Utpostenredaktør og mangeårig kommunelege i Vest-Telemark, distriktslege i Zimbabwe, fagsjef i Statens helsetilsyn og fylkeslege i Telemark.

Kva er så ein distriktslege?

Ordet distriktsmedisin og distriktslege er gjeninnført i nord – og kanskje litt også lenger sør! Den nye distriktsmedisinen er noko som skal finne sin form, noko som er i fred med å bli skapt gjennom drøftingar og tankar, gjennom erfaringar og refleksjon om det vi har – og om det vi treng som vi ikkje har – for å få ei god helseteneste i distrikta. Blant anna skjer dette gjennom dei drøftingane som har vore på dei distriktsmedisinske seminara på Sommarøy dei siste tre åra.

Eg tenkjer at omgrepet i denne samanhengen er eit verkemiddel for å skape noko nytt – ikkje berre eit omgrep, men eit innhald. Det er ikkje den framtidige kommunelegen eller fastlegen eller allmennpraktikaren ein vil drøfte, men den framtidige distriktslegen som truleg er noko nærare «den gamle distriktslegen», sidan det er i assosiasjonar knytta til den rolla at dette omgrepet enno har rotfeste.

Då blir det freistande å ta med seg Hans Børli ved inn- gangen til denne refleksjonen:

*det eneste materialet du finner
til det nye byggverk
er brokkene av det gamle*

*Alt det skapte
er fanget i sitt bilde,
Ormen er fremdeles orm
når den gamle hamen smulder
mellom tistlene* (frå dikter: til Dynamittardene)

Kanskje er det ikkje så ulikt dette ein kjenner på – at hamen av den gamle distriktslegefellen, som mange tykte var ei bra ordning, smuldrar bort mellom tistlar, mellom sentralisering, marknadstilpassing, innteningskrav, effektivitet, fragmentering og teknikk.

«Kor er alle heltane?» er det ein melankolsk bergensar som syng. Det var mange heltar i folks auge i den gamle distriktslegeordninga, og eg trur neppe at vi skal søkje ei ordning som drar opp eit tilsvarande framtidsscenario. Eg siterer i den samanheng frå ein erfaren kollega i Sosial- og helsedirektoratet, Kristin Refsdal:

Troen på at du, det *ene* mennesket, skal ha så god faglig kunnskap, observasjonsevne og evne til å kommunisere forståelig med alle typer mennesker, at du alene stort sett er nok for tusen eller to tusen personer, ja det er vel i beste fall en misforståelse. Legeyrket krever gode kunnskaper, et åpent sinn og gode evner til problemløsning. Samtidig er legen, enten som fastlege, kommunelege eller distriktslege, gjenstand for mekanismer som rammer oss alle: fastlåste oppfatninger, ønske om å mestre det meste og samtidig ofte i en isolert posisjon.

Gå bort fra tanken om den omnipotente distriktslegen (distrikthelten). Vedkommende er ingen lykke for distriktet. Tvert om, den som greier å tenke og utvikle samarbeid med andre deler av helsevesenet, ønsker å kvalitetsutvikle primærhelsetjenesten og bruke/etablere tilgjengelig informasjonsteknologi har mulighet for å kunne være en ressurs for kommunen.

Mitt forslag er at «distriktslegen» blir eit omgrep som bør reserverast for dei legar som arbeider i små og oversiktlege kommunar, som arbeider der dei bur, der dei blir attkjende som legen i bygda i alt dei tek seg føre. Ein blir altså ein slik lege med åra, til lenger ein har vore det ein stad, til meir blir ein det. Det er sjølvsagt ein svært upresis definisjon, men eg trur det er hensiktsmessig å tenkje slik – for det er jo det vi langt på veg vil – at han eller ho skal bli der, og bli det – altså distriktslege, og finne det fagleg og menneskeleg utviklande å vere i ei slik rolle. Altså ein dynamisk definisjon, ei rolle/ ein definisjon ein veks seg inn i. På denne måten vil det å vurdere kor mange distriktslegar vi har, og vere eit mål på om vi har lukkast i å tilrettelegge for eit slikt arbeid, eit slikt liv.

Eg hugsar då eg kjende meg litt som distriktslege for fyrste gong, på båten inn Hyefjorden i Nordfjord som turnuskandidat i eigen heimkommune. Kommunen rekvirerte eigen hurtigbåtskyss for meg. Eit kraftig symbol på at mi tid og min jobb var viktig for fellesskapet. Status og sjølvkjensle vaks med bølgiene som Hyefjord (båten heitte sjølvsgt også det) drog med seg innover langs dei steile strendene (no er det blitt veg dit og).

Ein er altså etter denne definisjonen bitte litt distriktslege når ein startar som turnuskandidat i distriktet og ganske mykje distriktslege når ein er som Elisabeth Swensen i Seljord, ikkje berre er attkjent som lege i bygda, men og i nabokommunane der ein har vaksamarbeid og truleg for hennar del – i heile Vest Telemark. Det er altså å vere ein form for lokalsamfunnskjendis. Det viktige spørsmålet blir sjølvsgt – kva skal ein fylle denne kjendisrolla med?

Kva er det så vi vil ha?

Sosial- og helsedirektoratet har ingen planar om å setje distriktslegen ut på anbud! – men ein kunne jo prøve den tanken og, lage ein god kravspesifikasjon og sette tilbodet om distriktslegepraksis i Loppa ut for offentleg konkurranse. Kven kan levere billegast og best ut frå dei føresetnadene som kommunen skildrar? Eg kjenner ikkje til at ein slik modell er prøvd i norske kommunar, og truleg ville det vel med ei slik ordning og bli mange tilbydarar i sentrale strom og få der ein treng legane mest. Men, sjølv om Sosial- og helsedirektoratet ikkje har tenkt å setje distriktslegen ut på anbud i vanleg forstand, har vi som statleg myndighet stor interesse av at det blir ei god og stabil legedekning i distrikta. Støtte til nettverk og Senter for distriktsmedisin i Tromsø er ein måte å synleggjere dette på. Direktoratets arbeid med utvikling av innhald og organisering av distriktsmedisinske senter (DMS) er og eit forsøk på å styrke distriktsmedisin. Legetenesta i distrikta er grunnfjellet i den norske helsetenesta.

Fastlegeordning, distriktsmedisin og prioritering

Fastlegeordninga er under kontinuerleg evaluering. Det er fleire rapportar som tyder på at fastlegeordninga har forbe- tra dekningsgrad og stabilisert lege/pasientrelasjonen i sentrale strom og i større byar og at mange legar er godt nøgde med ordninga (1). Men ordninga har ikkje hatt same funksjon for små og perifere kommunar. Frå Direktoratets fore- løpige evaluering av ordninga kan ein trekke følgjande konklusjonar:

- Ordninga var meint som ein reform knytta til organisering, og ikkje innhald, mykje tyder på at organisasjons- endringa og har påverka innhaldet i allmenntilleggen

- Det allmenmedisinske offentlige legearbeidet i kommunane er blitt svekka – ikkje minst er dette tilfelle for helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Stram kommuneøkonomi har ført til ein vridning bort frå offentlig legearbeid over til meir kurative oppgåver
- Ordninga har ikkje godt nok fanga opp problema til særskilde utsette grupper, kronikarar, rusmisbrukarar, innvandrarar m fl
- Reduksjon i tidstakst og innføring av eigenbetaling på telefonkonsultasjonar har ikkje støtta god allmenmedisinsk praksis
- Fastlegeordninga har ikkje stimulert til at legar tek meir del i tverrfagleg arbeid

Helsedepartementet har i samband med toårsevalueringa av fastlegeordninga uttalt at det i fase to også må bli ein innhaldsreform, og ikkje berre ein organisasjonsreform.

Rapporten frå BI (1) påviser det dei kallar ein svak incentiv-effekt i form av auka antal konsultasjonar og auka henvisningsrate til andrelinjetenesta. Dette er i samsvar med funn frå ein systematisk oversikt i Cochrane library frå 2002 (2). Rapporten frå BI fortel og om mindre tid brukt til offentlig legearbeid. Ein annan rapport frå Rokkansenteret i Bergen ser på legens rolle som advokat og portvakt i fastlegeordninga. Forfattarane finn her at legens rolle som portvakt er svekka i fastlegeordninga pga konkurranse om pasientane, ønskje om å gjere pasientane til lags og ei økonomisk ordning som knyt legens inntekt direkte til antal pasientar.(3)

Etter sjølv å ha jobba i eit fastlønssystem og samanlikna eigen praksis med arbeid i eit stykkprissystem, meiner eg det er ein fare for at fastlegeordninga kan føre til: (4)

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrar og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringar
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelp og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje – ikkje minst i privat sektor, rtg institutt, lab, poliklinikkar
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

Tida vil vise om fastlegeordninga er dyr for storsamfunnet. Etter mitt syn set ordninga legane på harde etiske utfor-

dringar og den støttar ikkje godt opp under tanken om at folk flest best kan ta vare på eiga helse.

Det er distriktslegen si rolle å sjå til heilheten i dette bilete, ikkje berre å tenkje på pasientane på eiga liste, men og å sjå det kurative arbeidet i forhold til førebyggjande og det helsefremmande. Kva er kostnadene for distrikta med dagens fastlegeordning? Vikarstafettar med legar frå utlandet er framleis regelen i mange småkommunar. Kva er kostnadene for dei regionale helseforetaka (RHF)? Etter mitt syn er det allmenlegane som kanskje har den viktigaste rolla i forhold til prioritering av ressursar i RHF/HF strukturen – ei lita endring i henvisnings- og utredningspraksis for store diagnosegrupper – og kapasiteten er sprengt i neste ledd. Ein prosents auke i henvisningar frå allmenlegehald, fører til ein 25 prosents auke i talet på pasientar som sjukehusa må ta hand om! Allmenlegane si rolle i prioriteringssamanheng er i dag ikkje klargjort og ikkje omforent med prioriteringane i foretaksstrukturen. Sjukehusa skal følgje prinsippa i Lønning 2-utredninga og prioriteringsforskriften etter pasientrettighetsloven, og prioritere etter alvorlighet, nytte og kostnad/ nytte. I prioriteringsforskriften er det utleia slik:

Rett til nødvendig helsehjelp gjeld når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det vil vere nyttig å drøfte desse kriteria også i ein allmenmedisinsk samanheng. Legane er og etter helsepersonelloven forplikta til å ta omsyn til samfunnet sine kostnader med dei prioriteringar dei gjer. I paragraf seks står det følgjande om ressursbruk: «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»

Vi vil ha god kvalitet på tenestene

Formålet med fastlegeordninga var å sørge for god kvalitet på allmenlegetenesta. Formålet med distriktsmedisin er stabilisering av legedekning og kvalitetsforbetring av legetenesta i distrikta. Sosial- og helsedirektoratet har i dialog med fagmiljøa i sosial- og helsesektoren laga eit forslag til ein ny kvalitetsstrategi «... og betre skal det bli!» I dette avsnittet vil eg prøve ut kvalitetskjenneteikna i denne strategien på ein tenkt framtidig distriktslegemodell.

I den nye strategien for kvalitetsforbetring er kvalitetsomgrepet operasjonalisert slik: God kvalitet inneber at tenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge
- Er samordna og pregea av kontinuitet
- Involverer brukarane og gjev dei påverknad
- Utnyttar ressursane på ein god måte
- Er tilgjengelege og rettferdig fordelte

Prøvd på ein distriktslegemodell, kan dette lyde slik:

Det er god kvalitet når ein distriktslege fattar beslutningar om førebygging, behandling og pleie som er basert på påliteleg kunnskap om effekt av tiltak

Det er viktig at dei tiltak ein set i verk, har forventa effekt. Faglege vurderingar og beslutningar må bygge på relevant, påliteleg og oppdatert kunnskap og erfaring. Det er viktig at kunnskapen er lett tilgjengeleg og kan finnast når ein treng han. Kunnskap frå forskning og praksis må utnyttast til støtte for alle beslutningsprosessar i tenesta. Ein distriktslege må ha høve til kontinuerleg og tilrettelagt kompetanseoppbygging som samsvarer med dei oppgåvene han skal løyse. Det fins ei rekkje døme på tiltak som distriktslegar og andre allmennlegar har drive med som ikkje har vore godt dokumenterte og virkningsfulle, t.d. tilvising til rutinemessig fjerning av tonsillar og visdomstenner (5). Å gje råd om mageleie som sovestilling for spedborn er eit anna trist eksempel.

Det er god kvalitet når risikoen for feil og uønska hendingar knytta til distriktslegen sitt arbeid er redusert til et minimum.

Når ein arbeider med å førebygge uønska hendingar, er det viktig at ein ikkje leitar etter syndebukkar, men søker å finne årsakene til at uheldige hendingar skjer. Ein må identifisere feil og avvik i eit meldingssystem, og utnytte denne kunnskapen til å redusere faren for at det skal skje igjen. I ein distriktslegepraksis må ein balansere systemfokuset i forhold til den einskilde yrkesutøvar sitt ansvar. Ein bør kartlegge område der det er fare for svikt og iverksette nødvendige tiltak for å hindre at det skjer. Behandling og kontroll av pasientar som går på blodfortynnande medisinar er eit døme på eit område med fare for svikt. I perioden 1990 til 2000, er det rapportert 380 dødsfall i Noreg pga blødning relatert til warfarinbehandling (6).

Det er god kvalitet når distriktslegen i sitt arbeid let pasienten/brukaren sine erfaringar og synspunkt påverke tenestene

Det er avgjerande for god kvalitet at pasientane blir sett, ivarettatt og tatt på alvor. Med brukar meiner vi i denne samanheng dei personar som mottar tenester direkte, eller indirekte som pårørande eller barn. Brukarar skal kunne medverke og ha påverknad både i planlegging av tenestene og i den einskilde konsultasjon/samtale. Brukarar som er aktivt involvert i beslutningar om eige liv og helse, har betre behandlingsresultat og fungerer betre i kvardagen enn dei som ikkje er aktive. Det er samtidig viktig å vise respekt for dei som ikkje ønskjer å bli involvert i alle beslutningsprosessar. Brukarperspektivet inneber og at ein er lydhør og legg til rette for dei som ikkje sjølv kan eller ønskjer å gi uttrykk for sine behov. (I arbeid med førebyggjande tenester og kommunale oppgåver kan brukaren vere befolkninga eller ulike grupper i lokalsamfunnet eller kommunen).

Det er god kvalitet når tiltaka i helse- og sosialtenesta er samordna og pregea av kontinuitet

Distriktslegen har ei viktig oppgåve i å koordinere og samordne tenester for sine pasientar. Samordning og kontinuitet betyr at tenestene vert levert til rett tid, med eit minimum av venting, og med best mogeleg utnytting av ressursane. Ein føresetnad for dette er tydeleg fordeling av ansvar og oppgåver og samhandling på langs i ein tiltakskjede og på tvers av tenester og nivå. Individuell plan er eit døme på eit tiltak for å sikre samordning og kontinuitet. Praksiskonsulentordning er eit nettverk av allmennlegar som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sjukehuset og helsetenesta i kommunane. (7)

Det er god kvalitet når distriktslegen arbeider slik at ressursane blir utnytta til beste både for brukaren og samfunnet

God ressursutnytting er å tilby rett teneste, til rett brukar, på rett måte og til rett tid. Ved val av tiltak må ein ta omsyn til kor alvorleg tilstanden er, brukaren sine behov, effekt og nytte av tiltaket, og ein må sjå dette i forhold til kostnadene. Eit fokus på god ressursutnytting må ikkje føre til rasjonalisering som går ut over kvaliteten. God kvalitet er effektivt. Det fins ei rekkje døme både på over- og underforbruk i helsetenesta som ikkje er god ressursutnytting. T.d. overforbruk av antibiotika ved infeksjonar i øvre luftveggar og underforbruk av betablokkarar ved koronar hjartesykkdom (8,9)

Det er god kvalitet når ressursane i det samla tenestetilbodet er fordelte slik at alle har same høve til å oppnå eit godt resultat

Rettferdig fordeling betyr at brukarar har lik tilgang på sosial- og helsetenester uavhengig av kjønn, sosial status og geografisk bustad. Rettferdig fordeling føreset prioritering av tenestene. Alle skal ha tilgang til nødvendige sosial- og helsetenester i forhold til sine behov. Ein viktig føresetnad er at tenestene er tilgjengelege og faktisk fins – at det faktisk er ein distriktslege eller fleire i kommunen! Dette inneber og blant anna fysisk tilgjenge og kulturell og språklig forståing. Det er i dag stor skilnad på stabiliteten i legedekninga i mange utkantkommunar i forhold til i sentrale stromk.

Distriktslegen og samfunnsmedisin

Ein viktig del av ein distriktslege sitt arbeidsområde er samfunnsmedisin. Distriktslegen har ein unik posisjon til å kunne forstå og forklare uhelse i sitt lokalsamfunn ut frå kjennskap til pasientane, dei sosiale forholda dei lever under og dei rammene som natur, arbeidsliv, kultur og politikk set for innbyggjarane. Distriktslegen er ikkje berre ein observatør i sitt lokalsamfunn, han tar stilling for dei svake og dei sjuke i samfunnet og skal opplyse kommunen om forhold som påverkar helsetilstanden i lokalsamfunnet. Distriktslegen er som samfunnsmedisinen normativ i si grunnhaldning.

Som samfunnsmedisinar skal distriktslegen:

- kartlegge og innhente kunnskapsgrunnlaget frå dei rette kjeldene – så omfattande som det er nødvendig.
- analysere og vege denne kunnskapen opp imot verdiar, politikk og ressursbruk, og legge dette fram ope og eksplisitt
- ta stilling, ved bruk av sitt beste skjønn, til denne kunnskapen i sitt arbeid og i den rådgeving som han skal gje til dei folkevalde beslutningstakarane i lokalsamfunnet

Tru på framtida?

Eg trur det er mogleg å selje ideen om den framtidige distriktslegen som ein attraktiv arbeidsplass for unge legar.

Etter å ha lest artiklane om to unge legar i utkant -Noreg i siste nummer av *Utposten*, er eg styrka i trua. (10,11) For å få dette til, må ein legge til rette for gode mentorordningar, rimelege vaktordningar, konkurransedyktige lønsforhold, faglege nettverk, og gode ordningar for etter- og vidareutdanning. God kvalitet i norsk helseteneste inneber at det er vel kvalifiserte legar der folk bur og arbeider!

Sosial- og helsedirektoratet vil støtte det vidare arbeidet knytta til Senter for distriktsmedisin i Tromsø som ledd i vårt arbeid på dette feltet. Det er viktig at røynslele herifrå også kjem andre landsdelar til gode.

Referanseliste:

1. Grytten J, Schau I, Sørensen RJ, Aasland OG; Fastlegereformen, Forskningsrapport BI, nr 11 –2003
2. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. In Cochrane Library, Issue 3, 2002, Oxford: Update Software.
3. Nordheim OF, Carlsen B. Legens rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordninga. Rokkansenteret, HEB, Notat, 19 – 2003.
4. Forland F. Det kostar å drive krambu. *Utposten* 7/8 2002; 6-10.
5. SMM-rapport Nr. 10/2003. Profylaktisk fjerning av visdomstenner. SINTEF
6. Breen AB, Vaskinn TE, Reikvam Å, Skovlund E, Lislevand H, Madsen S. Warfarinbehandling og blødningar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 1835-7.
7. Sentralsjuehuset i Rogaland. Praksiskonsulentordninga ved Sentralsjuehuset i Rogaland. Internett . 24/8/2003.<http://praksis.sir.no/index.htm.3/9/2003>.
8. Blix HS. Antibiotikaforbruk i og utenfor helseinstitusjoner i Norge i 1998. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1731-4.
9. Gullestad L, Bjørnerheim R, Offstad J, Endresen K, Forfang K, Kjekshus J et al. Aktuell bruk av beta-blokkere ved koronar hjertesykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 24-8.
10. Utpostens dobbelttime: Marie Barlindhaug intervjuet av Helen Brandstorp. *Utposten* Nr.1 2004.
11. Dino Schlamp: Norsk allmennmedisin sett fra et utenlandsk perspektiv. *Utposten* Nr.1 2004.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode primærmedisin