

Kjøp av helsetjenester, eller Rødhette og Ulven

AV PERNILLE NYHLEHN

Redaktør, her følger en skummel historie fra Vestlandet! Jeg satt her i vår og leste medlemsbladet til Rogaland legeförening – bladet heter poetisk nok Syd-Vesten – og lot blikket gli over en artikkel fra Fylkestyngdekontoret om Kjøp av helsetjenester. Denne ordningen skifter jo innhold og budsjettamme fortere enn regnbygene flyr over Jæren, så det gjelder å følge med. Jeg tenkte jeg fikk se hva de nå kunne by på.

Og det *var* nyheter. For det første har de utvidet ordningen til å gjelde hjerteutredning, lungeutredning, revmatologisk utredning og artroskopi av bihuler (!), for å nevne noe. Forutsetningen er, som før, at pasienten må være sykmeldt fra et arbeid, og at behandlingen/utredningen skal føre til bedring innen rimelig tid, – som i denne sammenheng er 14 uker. Jaja, tenkte jeg, det er vel ikke så mange som blir fortere frisk av å undersøkes av en nevrolog, men det kan vel ikke skade å prøve.

Men så var det den *virkelige* nyheten. Den heter «Hjelp 24 Trygghetsalarm AS», og er en sammenslutning (les: firma) av psykologer og tilbyr **samtalerapi innen lettere psykiske lidelser** (min utheving).

Saksgangen er som følger: En person (la oss kalle henne Rødhette) med en presumptivt lettere psykisk lidelse går til legen og blir sykmeldt. Legen sender så, etter moden overveieelse, en henvisning til lokalt trygdekontor, som sender den videre til firmaets administrasjon i Oslo, som så tar kontakt med den av sine psykologer som er nærmest, som igjen tar kontakt med Rødhette, og kaller henne inn til en time innen to uker. På dette tidspunkt er altså opplysninger om Rødhette sendt til tre ulike instanser.

Ved den første konsultasjonen vurderer psykologen om tilstanden kan behandles, slik at Rødhette kan friskmeldes innen 14 uker. I så fall skal behandling iverksettes. Og så kommer rosinen i pølsen: Hvis psykologen *ikke* kan snakke Rødhette frisk innen 14 uker, skal behandling *ikke* iverksettes, og hun sendes hjem med uforrettet sak. Den andre rosinen i pølsen er følgende: Når behandling er utført, skal epikrisen gå til 1. Behandlende lege, 2. Lokalt trygdekontor, og 3. Fylkestyngdekontoret. Dette gjelder forøvrig alle typer kjøp av helsetjenester.

For å si det på godt rogalandsk: «Ege øvegiddel!»

For det første har vi visst endelig nedlagt hele taushetsplikten. Tre instanser, utenom behandlende lege og spesialist, får under denne ordningen automatisk tilgang til følsomme opplysninger om vår venninne. Jeg gjentar at både lokalt

trygdekontor og fylkestyngdekontoret skal ha epikrise. Ikke et kort notat om resultatet, f.eks om at behandlingen var vellykket og førte til friskmelding. Nei, **epikrise**.

Hvor skal trygdekontorene lagre epikrisene? Hva skal de med dem? Kan de lese dem? Har de bruk for dem? Hva hvis Rødhette motsetter seg at informasjon om hennes privatliv blir spredd omkring til tilfeldige saksbehandlere i trygdeetaten og antagelig blir liggende i en usikret haug på kontoret til en eller annen saksbehandler. Får hun ikke behandling da? Og i neste omgang, mister hun retten til sykepenger siden hun ikke tar imot den behandlingen hun blir tilbudt? Finnes det en passus i pasientrettighetsloven som beskytter oss mot trygdefunksjonærers innsyn? Kan man påberope seg nødverge? Kjære redaktør, jeg er overhodet ikke paranoid. Overhodet ikke. Jeg tenker konsekvenser.

Og så har vi nyskapningen: Psykologfirmaet som skal løse alle de lettere psykiske lidelsene på rekordtid, og med rekordlav ventetid: To uker til vurdering, og så maks 14 uker til friskmelding. Hvis man er heldig, da.

Altså: Ikke bare går RTV over bekken etter vann ved å sette ut på anbud de psykiske lidelsene som *allmennlegene både kan og bør behandle selv*. RTV tilbyr også særfordeler for dem som har vært lure nok til å bare bli litt psykisk syke: De kan gå forbi hele køen og komme til psykolog med en gang*, mens de som har litt tyngre for det (eller: har det litt tyngre) kan få stå der i tremånederskøen for å komme til en sosionom på psykiatrisk poliklinikk, eller ettårskøen for å komme til psykolog eller psykiater.

I rettferdighetens navn. Jeg tviler ikke på at psykologene i dette firmaet er skikkelige folk som sikkert kan gjøre en utmerket jobb for en viss gruppe mennesker som er kommet i en krise. Det er ikke deres feil at RTV med dette viser sitt sanne ulveansikt, og at alle de fine ordene om satsing på psykiatri koker ned til at Vi Vil Ha Folk i Arbeid. De som ikke kan arbeide får vente pent på tur. Heldigvis er det få som dør av å ha en litt tyngre psykisk lidelse. Men det er noen.

Dette føyer seg pent inn i rekken av mer eller mindre elegante krumspring fra offentlige etater for å få ned sykmeldingsprosenten. Og jeg undrer, som så ofte før, på hva som er grunnlaget for dette tiltaket. Utgjør lettere psykiske lidelser en så stor del av sykmeldingene at det er gode grunner til å ta ekstra tak i denne gruppen? Gjør allmennlegene

*Unntatt de som viser seg å ha en tilstand som ikke garantert kan behandles ferdig innen 14 uker. De har ikke krav på behandling hos trygghetsalarmene, for de er *for* syke, og rykker dermed tilbake til start.

en så dårlig jobb med disse at det er nødvendig å hente inn forsterkninger? Er det grunn til å anta at pasienter har så mye bedre utbytte av å snakke med en fremmed psykolog fremfor en kjent fastlege at denne ordningen er rasjonell?

Jeg må også undre på prisen for dette kalaset. Psykologer uten driftsavtale pleier å ta ca. 800 kroner pr. konsultasjon, og det kan nok være disse tar mer, siden det er et firma som skal drives. Rødhetta, som bor i min kommune, må reise tre til fire timer for hver eneste konsultasjon (nærmeste psykolog er nemlig i Sandnes) har dermed også krav på reisetilskudd. Har RTV virkelig regnet ut at dette tross alt lønner seg, både menneskelig og økonomisk?

Jeg tillater meg å formode at det er få, om noen, i trykdeataten som kan svare på disse spørsmålene. Jeg er glad hvis jeg tar feil.

SVAR FRA RIKSTRYGDEVERKET:

Viser til innlegg om ordningen «kjøp av helsetjenester». Vi vil her besvare de mest sentrale spørsmålene i innlegget. Ordningen «kjøp av helsetjenester» har omfattet mange ulike medisinske tilstander hvor det har eksistert lange ventelister for utredning og behandling. Utredning hos nevrolog er viktig i en del tilfeller for å få bekreftet eller avkreftet nevrologiske forandringer/patologi som kan forklare symptomene på pasientens lidelse. I tillegg har nevrologer spesialistkompetanse på behandling av en lang rekke lidelser som f.eks. migrenetilstander, epilepsi, kompliserte søvnproblemer etc.

Når det gjelder utredning og behandling av «lettere psykiske lidelser», er det viktig å være klar over at ordet «lettere» ikke er å forstå som lettere i betydningen enkel, men «lettere» i motsetning til «alvorlige». I ICD-9 og i historisk sammenheng har det vært sedvane å skille mellom nevroser og psykoser. I det nåværende diagnosesystemet, ICD-10, har skillet mellom nevroser og psykoser falt bort. Som en erstatning har det blitt mer vanlig å gjøre et skille mellom lettere psykiske lidelser og alvorlige psykiske lidelser.

Innenfor Spesialisthelsetjenesten utredes og behandles pasientene med lettere psykiske lidelser, som er henvist av fastlegene, enten ved offentlige psykiatriske poliklinikker eller hos privatpraktiserende psykologer eller psykiatere. Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at nesten alle pasientene som behandles ved offentlige psykiatriske poliklinikker (med unntak av polikliniske psykoseteam) og hos privatpraktiserende psykologer eller psykiatere faller innenfor kategorien lettere psykiske lidelser.

Ferske undersøkelser viser at køene for behandling for psykiske lidelser i Spesialisthelsetjenesten har økt drastisk. I april 2005 ventet 7416 voksne mennesker på behandling for psykiske lidelser, mot 5116 i april 1999. Dette innebærer en

økning på 45 prosent (Sintef Samdata, Sosial- og Helsedirektoratet). Ordningen «kjøp av helsetjenester» er blant annet opprettet med den hensikt å få ned ventekøen.

Undersøkelser viser at allmennlegene behandler opptil 90 prosent av pasientene med lettere psykiske lidelser selv. De henviser bare ca ti prosent av disse pasientene til Spesialisthelsetjenesten. Det er allmennlegen selv som henviser pasienten til en offentlig psykiatrisk poliklinikk eller en privatpraktiserende psykolog eller psykiater. Det kan være flere grunner til at allmennlegen velger å henvise en pasient: Usikkerhet mht diagnose, manglende respons på medikamentell behandling, psykiatrisk, psykososial problematikk etc. Det som er viktig å understreke er at Rikstrykdeverket (RTV) går ut fra at allmennlegene har tilstrekkelig kompetanse til å avgjøre hvorvidt en pasient bør henvises videre eller ikke. Ordningen «kjøp av helsetjenester» har ikke til hensikt å endre dagens praksis ved at pasienter som allmennlegen er fortrolig med å behandle selv, nå skal henvises til psykologer og psykiatere som RTV har opprettet avtale med. Hensikten med ordningen er at pasienter som allmennlegen finner det hensiktsmessig å henvise skal få raskere behandling slik at ventekøen går ned.

Lønner denne ordningen seg, både menneskelig og økonomisk? For det første vil reduserte ventekøer føre til at pasientene hurtigere får kvalifisert hjelp. Forskning har klart vist hvilke uheldige konsekvenser det kan ha for en pasient med denne typen plager å ikke få adekvat behandling. Tidlig adekvat behandling øker sannsynligheten for en god prognose og redusert tilbakefallshyppighet. Sett både fra en menneskelig og samfunnsøkonomisk synsvinkel må dette være en positiv gevinst. Forskning har dokumentert at sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid reduseres dramatisk når pasienter blir sykmeldt i lengre tid, og denne dårlige prognosen gjelder relativt uavhengig av hvilke type lidelse pasienten hadde i utgangspunktet. For det andre vil redusert ventetid føre til at pasienten hurtigere får adekvat hjelp som igjen vil føre til hurtigere friskmelding som også er samfunnsøkonomisk besparende. RTV har enda ikke utført vitenskapelig kontrollerte undersøkelser som dokumenterer lønnsomheten, men vi mener det er holdepunkter for å være rimelige optimistiske i forhold til at ordningen faktisk er det. I tillegg er det viktig å legge til at både det politiske miljøet, arbeidsgiverforeningene og arbeidstakerorganisasjonene er opptatt av å redusere sykefraværet, og det politiske miljøet har lenge slått fast at psykisk helsevern er et satsningsområde.

Lettere psykiske lidelser utgjør en stor del av sykmeldingene. Statistikken viser at 60–65 prosent av både pasienter som er sykmeldt og de som blir uføretrygdet har enten en psykisk lidelse og/eller en muskelskjelettlidelse. Psykiske lidelser utgjør alene ca 20 prosent av pasienter som blir sykmeldt eller uføretrygdet.

Når det gjelder kvalitetssikring av aktørene som utfører tjenester overfor ordningen «kjøp av helsetjenester», er aktørene underlagt streng kvalitetskontroll. RTV kontrollerer at aktørene holder tidsfrister, sender epikriser og tilfredsstiller resultatkravene. Vi er klar over at kvalitetskontrollen fortsatt kan og bør forbedres slik at en øker sannsynligheten for at den enkelte pasient får mest mulig optimal utredning og behandling.

RTV er spesielt opptatt av å ivareta taushetsplikten. Helsearbeidere har en plikt til å utvise diskresjon og taushet. Dette er hovedregelen. I tillegg er trygdefunksjonærer som ikke er helsearbeidere underlagt forvaltningslovens paragraf 13 som fremhever at «Enhver som utfører tjenester eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite.» Men dersom helsepersonell og trygdeetat ikke kunne utveksle opplysninger om pasienten, ville det skape en meget vanskelig behandlingssituasjon. Derfor er det lovbestemte unntak fra taushetsplikten som ivaretar nødvendig samarbeid mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og trygdeetat. Dette innebærer at pasientopplysninger kan gies til annet helsepersonell og trygdefunksjonærer når dette er nødvendig av hensyn til undersøkelse og behandling av pasienten.

RTV har inntrykk av at allmennlegene skjønner sitt arbeid tilfredsstillende. De utreder og behandler størsteparten av sine pasienter selv og har god kunnskap om når det er faglige indikasjoner for å viderehenvise pasienter. Vi vil samtidig påpeke at det også er grunn til å respektere det arbeid ulike legespesialister, psykologer og andre helsearbeidere utfører både innenfor Spesialisthelsetjenesten og over ordningen «kjøp av helsetjenester».

Karin Tidemann
Rikstrykerverket

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Samfunnsmedisin og — tid for unions

AV MAGNE NYLENN, Helsebiblioteket og Institutt for samfunnsmedisin NTNU

Samfunnsmedisin som fenomen har eksistert lenge i Norge, men begrepet er ungt og legespesialiteten bare 20 år gammel. Befolkningsrettet legearbeid har historisk vært nært knyttet til allmennlegevirksomhet. Distriktslegen, som både drev individuelt og befolkningsrettet arbeid, var lenge selve symbolet på god allmennlegevirksomhet her i landet. Med tiden har imidlertid allmennlegene rendyrket behandlingen av enkeltpasienter. Og spesialisthelsetjenesten, som nå dominerer helsevesenet økonomisk og faglig, har aldri tatt befolkningsansvaret på alvor. Det er derfor gode grunner for å løse den historiske unionen mellom allmennmedisinen og samfunnsmedisinen. En ny samfunnsmedisinsk giv bør omfatte både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den nye samfunnsmedisinen må defineres ut i fra morgendagens behov og oppgaver og de særpreg som ligger i fagets grupperettete tilnærming.

Fra tidenes morgen har legene arbeidet på to måter: det mest åpenbare har vært diagnostikk og behandling av enkeltpasienter, men det har alltid også blitt drevet befolkningsrettet arbeid. Karantene som virkemiddel mot epidemier er et av de første slike tiltakene. Smittsomme sykdommer er fortsatt et av de viktigste innsatsområder for befolkningsrettet arbeid, og vaksinasjoner er sannsynligvis det viktigste virkemiddel gjennom alle tider. Mye samfunnsmedisinsk arbeid handler om forebygging, men også arbeid mot pasientgrupper og planlegging og drift av helsetjenester på et overordnet nivå kommer i samme kategori.

Om vi tenker oss medisinsk innsats langs to akser, der den ene handler om tid og den andre om målgruppe, karakteriseres samfunnsmedisinen av arbeid på lang sikt, rettet mot befolkningsgrupper (1). Slikt arbeid drevet av leger, har hatt ulik betegnelse til ulike tider. På 1800-tallet ble det gjerne kalt «offentlige gjøremål» fordi oppdragsgiveren nesten alltid var det offentlige. I tillegg til arbeidet mot de smittsomme sykdommer omfattet slike gjøremål tilsyn med institusjoner (helsein-