



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Tilgjengelighet og prioritering

AV TROND EGIL HANSEN

Prioriteringer er en del av allmennlegens hverdagsarbeid. Prioriteringene gjøres i en strøm av henvendelser på telefon, ved oppmøte, ved konsultasjoner og besøk. Det dreier seg først og fremst om kontakt med pasienter, men også kontakt med pårørende, og henvendelser fra samarbeidspartnere. Prioriteringene kommer til uttrykk gjennom faglige vurderinger, behandlinger, råd og henvisninger. Prioriteringene er en integrert del av hverdagsarbeidet, og ofte lite synlige for lege, pasient eller samfunn.

Tilgjengelighet er nødvendig for prioritering. Pasientene må nå frem for å få fortelle om sine plager før prioriteringer kan gjøres. Samtidig vil en grenseløs tilgjengelighet til allmennlegen være feil prioritering av allmennlegens tid. En tid som ellers kunne brukes til faglig godt arbeid, herunder prioriteringsarbeid, i kontakt med pasienter ansikt til ansikt på kontoret. Den grenseløse tilgjengeligheten fører til at legen ikke blir tilgjengelig for noen. Tilgjengelighetskravet kan heller ikke gå ut over legens behov for regulert arbeidstid, herunder muligheten til å ta nødvendige pauser i løpet av arbeidsdagen.

Jeg ønsker meg større bevissthet om bruk av tilgjengelighetsbegrensninger som prioriteringsvirkemiddel. Hvilke prioriteringer gjør vi og hvilke prioriteringer ønsker vi å gjøre? Hvem gjør vi oss tilgjengelig for, og hvem blir direkte eller indirekte avvist ved at vi gjør oss, eller gjøres, utilgjengelige for dem? Fungerer våre tilgjengelighetsbegrensninger slik at prioriteringsmålene oppfylles, eller virker de stikk motsatt?

Tilgjengelighetsbegrensninger brukes på mange måter. Mange opplever at de må begrense sin tilgjengelighet for å verne seg mot travelhet. Opplevelsen av å ha det for travelt kan synes å være gjennomgående i hele helsevesenet. Det



Trond Egil Hansen,

født 1959.

Spesialist i allmennmedisin fra 1990.

Fastlege Fana bydel, Bergen kommune.

Leder for Allmennlegeforeningens fagutvalg (som nedlegges 31/12-06).

Styremedlem i NSAM (som oppløses 31/12-06)

Nestleder i Norsk forening for allmennmedisin (som starter opp 1/1-07 og overtar oppgavene til fagutvalget og NSAM).

fremstår ofte som en travelhetstevling, hvor alle ledd i helse-tjenesten fremstiller det som nettopp de de som har det aller mest travelt, og av den grunn må verne seg mot ytterligere pågang, eller må skyve arbeidsoppgaver over på andre. De kan ikke alle ha rett i at de selv er de aller travleste, og jeg tror ikke dette er en hensiktsmessig måte å møte travelheten på.

Populasjonsansvar

I fastlegeordningen har hver lege med fastlegeavtale et populasjonsansvar. Hver enkelt lege og hver enkelt pasient vet nøyaktig hvem som hører sammen med hvem. Legen er ikke bare lege for de pasienter som til enhver tid velger å kontakte henne/ham, men er også kontinuerlig lege for sin pasientpopulasjon. Fastlegen har ansvar for allmennlegetjenester til alle som har henne/ham som fastlege. I en pasientpopulasjon vil det også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan vi skal forholde oss til det?

Ansvar for å være tilgjengelig for egen pasientpopulasjon er en helt sentral del av det å ha et populasjonsansvar. Kravet om tilgjengelighet står sentralt i publikums forventninger. Manglende tilgjengelighet er det som fastlegene oftest blir kritisert for. En lege med lang ventetid, kan ønske å se på dette som et tegn på popularitet. Lang ventetid er nok heller et tegn på at legen har for mange pasienter på listen i forhold til kapasitet og/eller organisering. Tilgjengelighets-



kravet må være styrende for listestørrelsen: Hvor mange pasienter kan en lege betjene og både ha akseptabel ventetid og levelig arbeidstid og arbeidssituasjon for egen del?

Prioriterte oppgaver

Legen kan imidlertid ikke etterkomme et grenseløst krav om tilgjengelighet. Kravet til legens tilgjengelighet går på bekostning av de arbeidsoppgavene legen holder på med. Lege med akuttansvar må selvfølgelig hele tiden være disponibel for kontakt om akutte situasjoner og være forberedt på å avbryte det som hun/han holder på med for først å håndtere det som haster mest. Men også utenom dette blir legene stadig avbrutt i sine gjøremål av henvendelser fra pasienter, fra legens egne medarbeidere, fra andre leger og fra eksterne samarbeidspartnere. Det er nødvendig å være tilgjengelig for slike henvendelser for smidig samhandling, men det kan ta overhånd slik at legen aldri kan få arbeide med noe uavbrutt. Hvis legen hele tiden skal være tilgjengelig for alle, vil hun/han i realiteten ikke være tilgjengelig for noen. Et ubegrenset tilgjengelighetskrav kan på denne måten føre til et tilgjengelighetstyranni hvor man blir helt ute av stand til å fungere.

Lege-pasient-møtet

Jeg mener at legen først og fremst må være tilgjengelig for pasienten i møtet mellom lege og pasient. Det er ikke mulig

å være tilgjengelig for alle andre samtidig uten at det går på bekostning av dette.

Vi har vel alle opplevd at konsultasjoner blir ødelagt av avbrytelser, som for eksempel innkommende telefoner. Det kan være medarbeider som har henvendelser som hun ikke vet om kan vente, det kan være samarbeidspartnere eller pasienter som ikke har anledning til å ringe igjen senere, eller bli oppringt på et senere tidspunkt. Innkommende telefoner med pasient tilstede betyr store personvernutfordringer. Men aller mest tar det legens oppmerksomhet bort fra, og gjør dermed legen utilgjengelig for, den tilstedeværende pasienten. Å ta opp igjen konsultasjonen der den glapp, lykkes slett ikke alltid. De fleste leger bestreber seg derfor på å ikke la konsultasjoner avbrytes av innkommende telefoner. Det gjør dem utilgjengelig for alle som ønsker å ringe til legen på samme tidspunkt, men er åpenbart en riktig prioritering.

I allmennlegens virke både som fastlege og som legevaktslege ligger alltid et prioriteringsansvar. Hun/han må fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester/legevaktjenester totalt sett blir best mulig dekket. For å oppnå dette må legen styre sin virksomhet ut fra andre kriterier enn til enhver tid å svare på etterspørsel. Prioriteringens enkle logikk er at å si

ja til noe, innebærer nei til noe annet. Det kan være et foreløpig, eller endelig nei, da noe av det lavere prioriterte kan gjøres etter det som er høyere prioritert, mens andre ting slett ikke bør gjøres.

Prioriteringens begrunnelse

For pasientene innebærer dette at de reelt sett må konkurrere med populasjonens øvrige medlemmer om legens tid og innsats. Det er da helt nødvendig at de kan være mest mulig trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimeslige hensyn og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller ut fra hvem som roper høyest.

Etterspørsel og behov for legetjeneste

I en pasientpopulasjon er det ikke fullt samsvar mellom etterspørsel og behov for legetjenester. Det vil være etterspørsel uten reelt behov, og åpenbart vil det i en pasientpopulasjon også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan vi skal forholde oss til underforbrukerne er nok det vanskeligste spørsmålet.

Jeg tror ikke at vi skal innkalle og undersøke alle. Det er en selvsagt pasientrettighet å ikke ha legekontakt, og ikke la seg undersøke og behandle, selv om det foreligger et medisinsk behov. Vi må ikke opptre slik at denne rettigheten krenkes. I forhold til underforbrukerne må imidlertid fastlegen selv være aktiv med å presentere seg og gjøre seg tilgjengelig. Det gjelder spesielt i forhold til pasienter med

mindre synlige behov (eldre, unge, psykisk syke, kronisk syke, terminale, fattige eller ressursvake) som ikke selv ber om hjelp. Legene må sette pasienter med små krav, men store behov, foran ressurssterke med store krav og små behov. Jeg har ikke noe fasitsvar på hvordan dette skal gjøres i praksis, men vi må organisere vår virksomhet og vår tilgjengelighet med dette for øye.

Legen må forholde seg til den etterspørsel som eksisterer i pasientpopulasjonen etter hennes/hans tjenester. Etterspørsel er som nevnt ikke det samme som behov. Mye av etterspørselen reflekterer selvsagt åpenbare behov, men ikke alt, da mye av etterspørselen ikke reflekterer reelle medisinske behov. Uansett hva etterspørselen viser seg å reflektere, er det imidlertid den vi møter og må forholde oss til. Det er vanskelig å skille ut etterspørsel uten reelt behov for så å styre unna. Det vi derimot kan styre, er hva vi tilbyr som svar på ulike typer etterspørsel.

Tilgjengelighet for førstekontakt – telefontilgjengelighet

God tilgjengelighet for førstekontakt, for at pasienten skal få presentert problemet, er helt essensielt. Dette er nødvendig blant annet for å oppdage nyoppstått sykdom tidlig. Det er uheldig å ha tilgjengelighetsbegrensninger på et nivå før problemstillingen er presentert og vurdert. Inngangen til våre tjenester er i det daglige styrt av helsesekretær, men bak skal ligge legen sine holdninger og de retningslinjer hun/han har gitt medarbeiderne å arbeide etter.

På dette nivået trenger vi prioriteringsverktøy. Prioritering kan fra legens side ikke begynne før pasienten har fått kontakt og presentert problemet. Tilgjengelighetsbegrensninger for kontakt per telefon må unngås fordi det avviser blindt. Men i forhold til det å få time, og spesielt å få time når det passer, er prioritering helt nødvendig. Redusert telefontilgjengelighet betyr at man ikke kjenner behovene til de som ikke kommer gjennom. Å bruke redusert telefontilgjengelighet som prioriteringsvirkemiddel, eller som metode for å verne seg mot travelhet, blir et rent lotteri. Jeg hører ofte påstander om at "De som virkelig trenger det, ringer igjen". Men har vi noen dokumentasjon på det? Det er større grunn til å tro at det kan være motsatt, at de som er svekket av sykdom, ikke orker å ringe gjentatte ganger, og de som er mest sårbare og utrygge, gir seg raskest. At pasientene oppnår kontakt og får fortelle hva det gjelder, er en helt nødvendig forutsetning for riktig prioritering.

Manglende telefontilgjengelighet er det som fastlegene oftest blir kritisert for. Jeg vil hevde at mye av kritikken mot fastlegers telefontilgjengelighet tildels er urimelig. De aller fleste telefonhenvendelser besvares raskt av medarbeidere.





Evalueringen av fastlegeordningen viste at telefontilgjengeligheten var blitt bedre enn før. Pasientene er allikevel mindre fornøyd med telefontilgjengeligheten enn før. Det kan derfor oppfattes å være et forventningsproblem. Registreringer av telefontrafikk viser at trafikken har økt mye, og det er en stor opphopning av telefoner like etter kontorets åpningstid om morgenen. Når mange ringer samtidig, er det ikke alltid mulig å besvare alle telefonene samtidig. Det oppstår en samtidighetskonflikt som de fleste legekontor har vansker med å løse. Men som nevnt, de aller fleste telefonhenvendelsene blir besvart raskt.

Hvordan er telefontilgjengeligheten hos dere?

Alle fastleger bør imidlertid ta stilling til dette, helst på bakgrunn av registreringer fra egen praksis. Hvor mange innkommende telefoner blir ikke besvart? Ringer de samme igjen og får svar senere? Hvordan fordeler det seg innenfor kontorets åpningstid? Hvis det er spesielle tider hvor det er mye ubesvarte telefoner, er det mulig å allokere mer ressurser til telefonen på disse tidene?

Bør en etablere alternative måter å ta kontakt? Nye elektroniske kommunikasjonsformer har kommet og kan være egnet, enda flere kommunikasjonsformer vil sannsynligvis komme i tiden fremover. Å ta i bruk slike kommunikasjonsformer for pasientkontakt kan imidlertid føre til en ny

type skjevprioritering. Disse kommunikasjonsformene beherskes ikke av alle, og det er sannsynligvis slik at de beherskes dårlig av en del av pasientene med de største behovene for legetjenester. Det må påses at det å ta i bruk nye kommunikasjonsformer ikke fører til en prioritering av de mest kommunikasjonskompetente på bekostning av de som ikke har denne kompetansen.

Tilgjengelig for samarbeidspartnere

Allmennlegene må også være tilgjengelig for samarbeidspartnere. Fastlegen er blitt «en adresse for ansvar» for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc. Alle har en forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Det foreligger sannsynligvis et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på disse områdene. I fastlegeordningen må allmennlegene være på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Pasientens lege bør være en selvstendig deltaker på slike tverrfaglige arenaer, i hvert fall hvis pasientens behov for helsetjenester er et tema, eller hvis pasientens helsetilstand er en premiss for diskusjonen. Ikke desto mindre er vi selv nødt til å sette grenser for samarbeidet omkring pasienter, hvis ikke vi skal legge opp til en praksis der vi ser pasienter halve dagen og sitter i møter resten.

Tid brukt til offentlig legearbeid

I henhold til Rammeavtalen om allmennpraksis i fastlegeordningen, kan kommunen pålegge legen deltidstilling innen allmennmedisinsk offentlig legearbeid, begrenset oppad til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Denne muligheten har kommunen brukt i begrenset grad, og det blir ofte i offentlige dokumenter hevdet at kommunene burde bruke denne bestemmelsen mer, blant annet for å få dekket behov for legetjenester på sykehjem og innen forebyggende tjenester. Det er påfallende at det ikke samtidig gjøres oppmerksom på at dette vil svekke legens mulighet til å være tilgjengelig for de som legen er fastlege for. Jeg synes disse forholdene har for liten oppmerksomhet. Særlig vil større sykehjemslegetillinger kombinert med tilsvarende mindre hjemmel som fastlege, innebære betydelig redusert tilgjengelighet i fastlegevirksomheten.

På liknende måte vil en høy vaktfrekvens, med hyppig behov for hvile etter nattevakt, redusere legens tilgjengelighet som fastlege på dagtid.

Egenandel som prioriteringsvirkemiddel

Egenandelene på allmennlegetjenester gjør allmennlegen mindre tilgjengelig enn ønskelig for mange, selv om egenandelene ikke er høye i forhold til samfunnets generelle kostnadsnivå. Om egenandelen er lav i forhold til prisen for å gå til frisør, er imidlertid lite interessant. Vi bør interessere oss mer for egenandeler som prioriteringsvirkemiddel, og som tilgjengelighetsbegrensning. Egenbetaling brukes bevisst for å begrense etterspørselen, da man antar at det alltid vil være en tendens til overforbruk av gratistjenester. Egenandeler kan også brukes som et prioriteringsvirkemiddel ved at man kan styre etterspørselen ved å legge større egenandeler på lavt prioriterte helsetjenester enn på høyere prioriterte helsetjenester.

De siste ti årene er egenandelene hos allmennlege nesten doblet. Egenbetaling for våre tjenester skyldes mest fellesskapets manglende vilje til fullfinansiering. De senere års økninger har ikke vært helsepolitisk begrunnet, men er gjort for å skape balanse i statsbudsjettet.

Egenbetaling som prioriteringsinstrument har svært betenkelige sider. Sykdom rammer ofte skjevt, mennesker med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager. Egenandeler rammer de med svak betalingsevne hardest. Det må antas at egenbetaling i større grad begrenser etterspørselen fra dem med store behov, enn fra dem med mindre behov for gode helsetjenester. Egenbetaling som priorite-

ringsinstrument bør derfor brukes med stor varsomhet. Enkelte pasienter og pasientgrupper opplever at egenandelene er en barriere for å oppsøke lege og få nødvendig helsehjelp. Allmennlegetjenestene er befolkningens inngangsport til helsetjenesten. Derfor vil egenandelene på allmennlegetjenestene ramme helt blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandelene avskjærer muligheten til konsultasjon med fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet, slik at prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten ikke blir mulig.

For å unngå utilsiktede virkninger av egenbetaling, vil det være vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester, blir skjermet.

De senere års stadige egenandelsøkninger har ført til at spesielt ungdom ikke er godt nok ivaretatt med hensyn til å gjøre fastlegen tilgjengelig for dem. Ungdom i alderen 12–20 år, som i dag må betale vanlig egenandel, er underforbrukere av fastlegens tjenester. De kan ha behov for kontakt med fastlegen for problemer hvor det kan være vanskelig å be om penger fra foreldrene til egenandelen. Eksempler på dette kan være psykiske og psykososiale problemer, problemer i forbindelse med overgrep/vold, suicidalitet, spiseforstyrrelser, eller problemer knyttet til seksualitet, prevensjonsbehov. At ungdom kan få lettere tilgang til hjelp hos fastlegen for slike problemer, må prioriteres høyt.

Konklusjon

Det bør gjennomføres en bred vurdering av egenandelssystemet. Spesielt bør egenandeler som reduserer muligheten for å få presentert og vurdert problemet hos fastlegen, unngås. Utsatte pasientgrupper må skjermes for egenandeler.

Tilgjengelighetsbegrensninger er prioriteringsvirkemiddel, enten vi erkjenner det eller ikke. I prioriteringsdiskusjonene er det viktig å sette dette på agendaen. Vi må bevisstgjøre oss selv og våre samarbeidspartnere om hva vi gjør oss tilgjengelig for og hva som blir direkte eller indirekte avvist. Vi må skaffe oss kunnskap om hvordan våre tiltak for tilgjengelighetsbegrensning virker på ulike grupper, hvilke implisitte og eksplisitte prioriteringskriterier vi bruker, og hvilke virkemidler som er egnet for å gjennomføre prioriteringene.

Denne diskusjonen er nødvendig både for å prioritere riktige, og fordi fastlegens og legevaktlegens tilgjengelighet ikke kan måles mot et grenseløst tilgjengelighetskrav.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: trond.egil.hansen@broadpark.no