

Portvaktfunksjonen

– hvem tar ansvar for den?

BJØRN INGE LARSEN INTERVJUET AV PETTER BRELIN

En viktig premiss for oppbygningen av den norske helsevesenmodellen er at vi allmennleger skal være portvakter og kontrollere inngangen til øvrige deler av norsk helsevesen. Det er imidlertid ikke lett å finne noen som støtter oss dersom vi setter grenser for pasientenes ønsker om videre utredning. Setter vi foten ned, kan det fort komme brev fra både tilsynsmyndigheter og advokater.

Å sitte på toppen av norsk helsevesen er neppe lett, men det er her vi må forvente støtte dersom vi skal lykkes med denne delen av vårt arbeid. I fjor var Utposten i HOD for å møte Sylvia Brustad. Sjefen over alle sjefer. På toppen av næringskjeden møtte vi, med respekt å melde, ikke allverden av innsikt i hvordan det var for oss som arbeider langt, langt der nede på grasrota. Minister Brustad var fremmed for tanken om at vi skulle gjøre mindre av noe som helst og har siden fulgt opp denne strategien for styring av helsevesenet med å kikke på hva helsetilsynet driver med for så å kritisere alt som går galt med standard formuleringen «jeg forventer at...». En strategi i tråd med Ole Brumms «mer av alt» konsept. Lite veiledning å hente her altså...

Den våkne leser vil ha lagt merke til at Utposten, som en god del av vårt fagmiljø, i det siste har fokusert på å begrense helsevesenet slik at vi kan se hverandre og våre pasienter i øynene og si at det vi gjør er fornuftig og moralsk forsvarlig, også ut fra et ressursperspektiv. Her må vi søke hjelp fra andre enn ministeren.

Vi har derfor utfordret direktør i Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn Inge Larsen, til å tenke litt rundt hvor vi kan hente støtte til begrensninger i en presset hverdag.

Hva er ditt syn på utviklingen av kvalitet og kostnadseffektivitet i norsk helsevesen de siste årene?

Mange prøver å synliggjøre og finne data som viser utviklingen av produktiviteten, kvaliteten og kostnadseffektiviteten for helsevesenet, men det har vist seg at det er ganske vanskelig å få sikre tall som vi kan stole på. Når det gjelder norsk helsetjeneste, har vi ikke grunn til å tro at vi ligger tilbake for andre land. Vi er ikke lenger det landet i Europa som bruker mest på helsetjenester i andel av bruttonasjonalproduktet. At



vi ligger høyest i forbruk i antall medgåtte kroner per innbygger, reflekterer vel sannsynligvis bare at vi er et høykostland. Allikevel, kanskje er det slik at grensenytten nå er i ferd med å bli nådd for investeringer i helsevesenet.

Allmennlegen er tillagt en portvaktfunksjon for å skjerme spesialisthelsetjenesten for unødige undersøkelser, men mange leger finner det svært vanskelig å motstå trykket fra pasienter og pårørende for videre undersøkelser. Hvilke faktorer tror du er drivende i etterspørselen etter helsetjenester?

Utviklingen av ny medisinsk teknologi samt økende kunnskap i befolkningen om hva som er mulig å oppnå med moderne medisinsk behandling, er kanskje den viktigste faktoren som øker etterspørselen etter disse tjenestene. I Norge har vi lave egenandeler, som også er en faktor som bidrar til å øke etterspørselen etter avanserte medisinske tjenester, noe som gjør allmennlegenes portvaktfunksjon enda viktigere. Portvaktfunksjonen gir oss en mulighet til å håndtere denne økende etterspørselen, og etterspørselen hadde sikkert vært minst like stor i et system uten portvaktfunksjonen.

Hvis jeg forsøker å være en flink lege og vurdere mye selv, være tilbakeholden med videre undersøkelser og tenke litt på ressursbruken, risikerer jeg kjefte og reprimander fra pasienter, advokater og helsetilsyn. Dersom jeg slipper alt fri og henviser i hytt og pine, risikerer jeg intet. Jeg mener at allmennlegen ikke får noen form for reell faglig støtte for å fokusere på ressursbruk. Hvordan vil du styrke oss i dette arbeidet?

Det er et godt spørsmål, jeg vil gjerne bidra til å synliggjøre dette problemet for allmennlegene ved å invitere til en debatt med dere som fastleger sammen med f.eks. Helsetilsynet for å unngå at fastlegen må sikre seg i en defensiv medisin uten skikkelig faglig forankring. Jeg minner om at dere har flere roller, og at noe av dette er å utnytte helsetjenestens kapasitet som innebærer at dere også må sette begrensninger for pasientene når de har urimelige ønsker om videre utredning. Det at fastlegene er selvstendig næringsdrivende og derfor også konkurrerer om pasienter er nok også en problemstilling vi bør interessere oss for.

Vi opplever at en rekke helsesintusjoner er svært ivrige med å profilere sine tjenester, en del tilbud "selges" ganske ivrig uten at det virker som om det er noen del av en sentral strategi. Har dere noen tanker om hvordan denne floraen av soloutsjell fra spesialistene virker i forhold til folks forventninger om hva helsetjenesten kan tilby?

Det er vanskelig å si noe mer spesifikt om dette enn at vi har forventninger til at spesialisthelsetjenesten tilpasser sine tilbud til befolkningens behov for helsetjenester og at man bruker ressurser der det er kostnadseffektivt.

Forskning som ble lagt frem på WONCA i Paris i høst tyder på at det er knyttet øket tid til diagnose av alvorlige sykdommer i portvaktssystemer som vi har det i Norge, mens det går kortere tid til diagnose i land der pasientene kan søke rett til spesialist. Hva med å kutte ut henvisningsplikten?

Hvis det er riktig at portvaktfunksjonen er til hinder for at man stiller rask og riktig diagnose, må vi se nærmere på dette. Men jeg aksepterer ikke uten videre at dette er tilfelle. Dette må eventuelt bekrefte i flere studier før vi tar det opp til vurdering.

Hva gjør direktoratet for å minske den unødvendige legesøkningen?

Jeg er ikke sikker på at vi har noen spesifikk strategi for å redusere unødig legesøkning.

Jeg sitter i et prosjekt dere har igangsatt for å lage nasjonale prioriteringer til 2.linjetjenesten. Mange fornuftige sykehusleger har villet involvere allmennlegen ved å innhente opplysninger, be om ytterligere undersøkelser o.l. før pasienten tas i mot på sykehuset. Dette er det ikke anledning til ifølge forskriften. Pasi-

entene skal tas i mot av sykehuset uten at sykehuset har anledning til å be om utfyllende opplysninger.

Burde ikke prioritering til 2. linjen i mye sterkere grad involvere primærlegen?

Jeg tror det må være en klok ting at primærlegen skal involveres i prioriteringer til 2. linjen. Dersom det er slik at forskriften gjør det vanskelig for sykehusene å innhente supplerende opplysninger fra fastlegen før pasienten prioriteres i 2.linjen, bør vi kanskje se på om forskriften bør endres.

Å prioritere betyr at vi skal gjøre mer av noe på bekostning av noe annet. Hva bør vi gjøre mindre av?

Det er ikke så lett å svare sjablongmessig på dette. Dette er lagt til prioriteringsrådet for helsetjenesten. Dette er et nytt organ og vi har såvidt begynt, en av oppgavene er å si nei til ønske om helsetjenester. Som et eksempel hadde vi i det siste møtet oppe en sak fra ØNH-gruppen i prioriteringsprosjektet der det er uenighet mellom fagmiljøet og pasientorganisasjonene om rett til ett eller to samtidige cochlea-implantater. Vi legger til grunn at det er nyttig med to samtidige implantater, men allikevel er kostnaden så høy at vi mener at vi kun skal gi rett til ett implantat. Et annet eksempel er tysabri der vi var enige om å avgrense adgangen til å bruke dette medikamentet til en bestemt gruppe MS pasienter med aggressiv sykdom.

Menn har oversykkelighet og overdødelighet. Allikevel har Helse og omsorgsdepartementet kvinnehelse som et satsingsområde, er det riktig prioritering?

På mange måter er dette et politisk spørsmål, som jeg ikke kan svare på. Der ute i helsetjenesten er det ikke slik at vi forfordeler et av kjønnene. Jeg regner med at ressursene forbrukes der det er nødvendig, og at både kvinner og menn får de helsetjenester de har behov for. Man har altså valgt å ha en kvinnehelsestrategi i departementet, du kan vel spørre deg om det burde være en satsing på menns helse i tillegg, men det er altså et politisk spørsmål.

Larsen er en meget opptatt mann. Han lovet oss en gjennomlesning og godkjenning av dette intervjuet. Det har han åpenbart ikke rukket. Vi trykker det allikevel med en tanke om at «den som tier samtykker». Skulle det være et eller annet vi ikke skulle ha referert her, ber vi om unnskyldning for det.

Portvaktfunksjonen virker ikke prioritert av våre sentrale helsemyndigheter.

Det er like greit å henvise, ta en ny MR, bestille et nytt sett med prøver..

Festen er ikke over. Det er kake igjen....

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: petter.brelin@gmail.com