

Innhold:

LEDER: «Prioritare» necesse est. AV MONA SØNDENÅ	1
INNLEDNING: Prioriteringer i helsetjenesten – en nødvendighet AV BJØRN-INGE LARSEN	3
Hvordan heroin ble medisin. AV CHARLOTTE LUNDE	6
Samhandlingsreformen er generasjonspolitikk. AV ARE HELSETH	9
Blåreseptordningen som prioriteringsverktøy? AV KRISTIN SVANOVIST, MORTEN AASERUD OG LARS GRANNUM	14
ENQUETE: Prioritering i allmennpraksis – hverdagens utfordringer.	18
Prioriteringer bak normaltariffen. AV TROND EGIL HANSSEN	24
Skal fastleggen si nei? Om prioriteringer i en fastlegepraksis. AV MARTHE WALSTAD OG TOR CARLSEN	28
Tiltak utenfor helsetjenesten for å fremme fysisk aktivitet – hva virker? AV EVA DENNISON OG ATLE FRETHEIM	34
Presentasjon av Pilar Pedraza	37



«Prioritare» necesse est

Helsetjenesten opplever i dag et stort paradoks; det har aldri vært mer penger i den totale helsetjenesten, men likevel skjæres budsjettene ned og tilbud kuttes. Dagens helsetjeneste koster – spesialisert behandling og avansert teknologisk utstyr har en pris som er betydelig. Gapet mellom behov og forventninger og de til enhver tid tilgjengelige ressurser øker stadig. Vi vet derfor at det må foretas prioriteringer mellom tiltak og tjenester, og vi vet at å prioritere ikke bare betyr å sette noe foran noe annet, men at det også innebærer at noe IKKE skal gjøres, eller gjøres i mindre grad enn tidligere. Sentrale og lokale myndigheter har satt kvalitet og prioritering på dagsorden – noe som merkes både i foretakene og i kommunene. Det snakkes altså mye om prioritering i dagens helse-debatt, men temaet har vært aktuelt lenge. Lønning-utvalgets første prioritettingsrapport kom allerede i 1987 og ble etterfulgt av Lønning II ti år senere. Det er imidlertid grunn til å spørre om begrepet prioritering har mer substans i dag enn i 1997 (Lønning II) til tross for det sterke fokus som har vært på prioritering.

Lønningutvalget formuleret tre kriterier for prioritering som fortsatt har gyldighet: sykdommens alvorlighetsgrad, behandlingsnytte og kostnadseffektivitet. Et av tiltakene som er etablert på bakgrunn av prioritettingsutredninger er *Rådet for kvalitet og prioritering i helsetjenesten* (2007). Videre er det utarbeidet kvalitetsindikatorer for arbeidet på sykehus, og etter hvert vil slike også utarbeides for primærhelsetjenesten. OECD-rapporten «Health at a Glance 2009» viser at helsetilstanden i Norge generelt er god; vi har høyere forventet levealder og lavere sykelighet og dodelighet enn gjennomsnittet i OECD-landene, og Norge bruker betydelig mer penger på helsetjenesten enn andre vestlige land, med unntak av USA. Men OECD-rapporten viser også at kvaliteten på tjenestene ikke alltid samsvarer med de enorme ressursene vi bruker. Får vi god nok kvalitet for de kronene vi bruker, og gir vi rett behandling?

Til tross for at kvalitet og prioritering har vært på dagsorden i lang tid gjenstår flere ubesvarte, men meget viktige spørsmål: Hvordan skal vi få ulike aktører og ledd i helsetjenesten til å slutte med intervensioner som enten er skadelige eller uten dokumentert effekt? Hvordan påvirker dimensjoneringen av ulike helsetjenestetilbud prioriteringer mellom ulike sykdoms- og pasientgrupper? På hvilken måte påvirker statushierarkiet innen medisinen tilbuddet til ulike pasientgrupper? Og hvor går grensene for den offentlige helsetjenestens ansvar og oppgaver? Det er også grunn til å stille spørsmål ved hvor grensene mellom politiske prioriteringer (populasjon/grupper) og kliniske beslutninger (enkeltpasienter) går, og hvordan prioriteringer i helsetjenesten påvirker helse og ulikhet i befolkningen. Retten til nødvendig helsehjelp praktiseres svært ulikt i de ulike regioner og helseforetak – en indikasjon på at man har et stort behov for harmonisering av forståelse og praksis med hensyn til begrepet prioritering. Fastlegenes henvisninger varierer på samme måte som tildelingen av retten til nødvendig helsehjelp. Disse variasjonene bør lede både politikere og fagfolk til refleksjon og ettertanke.

De ovennevnte spørsmål er imidlertid for omfattende og komplekse til å besvares fullstendig i dette nummer av Utposten, men redaksjonen har, i årets siste nummer, valgt å sette fokus nettopp på prioriteringer i helsetjenesten for å reflektere over noen av aspektene. Redaksjonen har derfor invitert ulike helsetjenestektorer til å meddele sine perspektiver, og kanskje stille enda flere spørsmål. Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen innleder med en refleksjon over dagens helsetjeneste. Videre følger innspill fra kolleger i Rådet for kvalitet og prioritering, fra Legemiddelverket og fra Kunnskapssenteret. Mediernes rolle er belyst, og vi har spurt allmennleger om hverdagsprioriteringer.

Vi håper våre leserer vil finne tematikken utfordrende og interessant og benytter samtidig anledningen til å ønske alle en god jul og et godt nytt år.

Mona Søndend



CIELO QUEBRADO (BRUTT HIMMEL)

Prioriteringer i helsetjenesten – en nødvendighet

AV BJØRN-INGE LARSEN, helsedirektør

Debatten om prioriteringer i helsetjenesten engasjerer pasienter, pårørende, helsepersonell, helsemyndigheter og politikere. Mange forstår og aksepterer at helsetjenesten prioriterer. Også i verdens rikeste land er det aksept for at en samfunnssektor ikke kan heve seg over økonomiske rammer fastsatt av Stortinget.

Norge er blant de land i verden som bruker mest på helse. I den senere tid er helsebudsjettene nær doblet hvert tiår – til tross for at vi ikke har fått flere eldre og befolkningen er blitt friskere. De nye ressursene har blant annet gått til å ansette mer helsepersonell, heve kompetansen i helsetjenesten, gi tilbud til flere pasienter og ta i bruk ny teknologi. Tross voksende budsjetter kan vi ikke bruke all ny teknologi, selv om den gjør pasientene friskere og gir økte leveutsikter. Den nye teknologien kommer for fort og koster mye. Derfor prioriterer vi – som i alle andre land. Vi tar i bruk viktig ny teknologi som har stor betydning. Vi prioriterte pasienter med alvorlige sykdommer, behandlinger som har stor effekt og der kostnadene står i et rimelig forhold til nytten.

Daglig gjør vi som helsepersonell prioriteringer. Eksempler er vurderinger av pasienter som skal tilbys sykehjemsplass, sykehusinnleggelse, utredning med kostbar teknologi, medikamentell behandling, eller vurdering av antall utdannede personell på vakt i en institusjon. Hvis pasienter og pårørende ikke forstår at det prioriteres, skapes det urealistiske forventninger til norsk helsetjeneste. Ingen er tjent med det. Helsemyndighetene, herunder *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering*, foretar prioriteringer når man setter standarder som helsetjenesten skal følge. Uten dette mangler helsepersonellet ryggdekning for sitt arbeid.

De siste tiårene har forskjellene i helse mellom sosiale grupper økt. Bedring i helse og forlenget levealder har kommet i grupper med lang utdanning. Dette er i strid



Bjørn-Inge Larsen

Bjørn-Inge Larsen er direktør i Helsedirektoratet fra etableringen i 2002. Han har tidligere vært ass.dir. i Statens helsetilsyn og fylkeslege i Vestfold og Finnmark.

Var i 2008/2009 leder i styret for Verdens helseorganisasjon (WHO), Europa. Fra 2010 til 2013 representerer han Norge i WHO's globale styre. Han leder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. I tillegg leder han Nasjonal pandemikomite og Norsk helseberedskapsråd. Videre er Larsen medlem i Nasjonalt totalforsvarsforum og i Helsebibliotekets råd.

Bjørn-Inge Larsen er utdannet lege fra Universitetet i Oslo (1986), bedriftsøkonom fra BI og har mastergrad i økonomi og samfunnsmedisin fra University of California, Berkeley (1994).

med våre intensjoner og vedtatte politiske ambisjoner. Noe av forklaringen finnes i helsetjenesten. Uten systematisk drøfting av prioriteringer i det offentlige rom, kan det bli en dreining av ressurser til særlege grupper eller talspersoner. Taperne vil da være kronisk syke, psykisk syke, rusmisbrukere, innvandrere samt demente.

Norge har mer helsepersonell enn mange andre land, likevel rekker vi ikke over alt som bør gjøres. En forklaring er at vi har høye ambisjoner. En annen forklaring kan være at vi går for langt i å utrede pasienter for sikkerhets skyld. I amerikansk helsetjeneste, hvor oversette diagnoser kan skape store utbetalingar etter rettssaker, har «for sikkerhets skyld»-medisinen medført at helsekostnadene er ute av kontroll. USA er blant få land som bruker klart mer enn Norge på helsetjenester.

Et annet spørsmål er hvor høyt vi skal prioritere det forebyggende arbeidet. Noen argumenterer med at det er etisk galt å prioritere friske, når det er så mange som er syke. Jeg har vanskelig for å akseptere dette argumentet. En godt bemannet helsetjeneste, som den norske, bør gi høy prioritet til å hindre at folk blir syke.

Livsforlengende behandling er også et spørsmål om prioritering av ressurser. Det er anslått at en fjerdedel av helse-

tjenestens ressurser anvendes i det siste leveåret. Deler av dette går til avansert medisinsk behandling hos pasienter hvor helbredelse ikke er sannsynlig eller mulig. Både faglige og økonomiske forhold taler for en fortsatt åpen debatt om disse spørsmålene fremover.

I debatten har det vært foreslått å øke helsetjenestens ressurser ved økte statlige bevilgninger, økte egenandeler og effektivisering. Disse tilnærmingene er viktige, men de kan ikke erstatte behovet for prioriteringer. Mulighetene til å ta i bruk ny teknologi som er mer kostbar enn dagens, vil derfor være begrenset i fremtiden, selv om landets politikere prioriterer helsetjenesten høyt.

Forslag om omorganiseringer i helsetjenesten har både faglige og økonomiske begrunnelser. Med endret medisinsk teknologi vil pasientene tjene på at noen prosedyrer sentra-

liseres. Andre behandlinger tilbys mer desentralt. Beredskapsvakter er kostbare for helsetjenesten og må vurderes mot bruk og nytte. I tett befolkede områder er mange parallelle beredskapsordninger blitt samordnet, slik at ressurser kan brukes annerledes. Debatten er vanskeligere i områder med store avstander, men også der må man vurdere om beredskapsordninger skal samordnes eller videreføres.

Som styremedlem i Verdens helseorganisasjon ser jeg de globale utfordringene på helseområdet. Mange land mangler personell, økonomi og organisasjon for å tilby befolkningen selv de enkleste livreddende helsetjenestene. I norsk helsetjeneste tilbys mye, men også ikke alt, av den mest avanserte medisinen. Hvis vi ser Norges situasjon i lys av en den internasjonale virkeligheten, kan det bli enklere å akseptere at det finnes noen grenser for hva vi kan tilby – også i Norge.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bjorn-ing.e.larsen@helsedir.no



DÍPTICO CON HOJAS (DIPTIKON MED LØV)

Hvordan heroin ble medisin

AV CHARLOTTE LUNDE

Tale er kanskje sølv, men i et moderne mediesamfunn er dessverre ikke taushet gull.

– Hvem skal sette det siste skuddet, fyrte fylkeslege Petter Schou retorisk av da jeg i fjor intervjuet ham om gratis heroin til narkomane for Oslo legeforenings medlemsblad, Journalen. Han var tydelig i sitt standpunkt mot HSB (heroinstøttet behandling), og valgte å sammenligne det med aktiv dødshjelp. Forslaget var så dårlig faglig fundert, mente han, at han hadde vanskelig for å tro at det ville bli realisert. Schou var dessuten bekymret for de helsearbeiderne som skulle administrere et illegalt stoff til rusmisbrukere. Heroin er et potent stoff i forhold til metadon. Man må raskt øke dosen for å få effekt.

– Helsepersonell vil kunne utsettes for et betydelig press. Vi har allerede en rekke tilsynssaker fra LAR-systemet der vi ser hvor vanskelig dette er, mente Schou videre. Han skrev også en VG-kronikk om temaet der han også drøftet den pasientetiske siden av forslaget.

Fylkeslege Petter Schou er en fryd å intervju. Han har sterke spissformulerete meninger som virker godt fundert. Forslaget om gratis heroin møtte dessuten bred faglig motstand, ikke bare fra Schou, men fra flere kvalifiserte norske rusforskere vi snakket med til samme oppslag. En grov kostnadsberegning fra Helsedirektoratet viste dessuten at heroinstøttet behandling (HSB) var et langt dyrere tiltak enn LAR:

Det er rimelig å tenke seg at en klinikk for heroinutdeling vil ligne myc på sprøyterrommet. Med en åpningstid 12 timer i dognet sjø dager i uka, slik en kan tenke seg for en heroinklinik, vil de årlige utgifte øke til antatt 35 millioner. En vil da ha kapasitet for 200 injeksjoner daglig. En typisk HSB-pasient vil bruke klinikken to ganger daglig. Klinikken vil således kunne betjene 100 pasienter. Utgiften per pasient i en tenkt heroinklinik i Oslo vil således være rundt 350 000 kroner årlig.

Til sammenligning koster LAR ca 120 000 årlig pr person.

Et dyrt og dårlig faglig fundert tilbud til tross: alle vet hva det regjeringsoppnevnte Stoltenberg-utvalget nylig kon-



Charlotte Lunde

Født 1970. Siden 2009 assistentlege ved Barneavdelingen SSA, siden juni i år ved SSE OUS. Cand med fra UiO 2008. Fra 1990-årene jobbet som journalist i Dagsavisen, Dagbladet og Aftenposten, 1999-2001 programleder i Barne-TV, frilansreporter i TV2 Nyhetene ved siden av medisinstudier, cand.mag. med mellomfag i litteraturvitenskap fra UiO. Startet firmaet Medielegen.no sammen med to kolleger i 2009.

kluderte med. Riktignok med knapt flertall, men utvalgets leder vant opinionen. Stoltenbergs private erfaring med sin egen datter var antagelig ikke uvesentlig da han fremla sitt ja.

– *Du lengter uendelig mye etter bare å kjenne ro, noen timer uten redsel og uro... Du er sliten, lei, ganske sikkert feilernært. Men fiks meg et morraskudd så kan vi snakke om det!* skrev Ninni Stoltenberg i essayet «Rapport fra en ekspert» trykket i Samtiden i 2006. Med sterke ord skildrer Ninni Stoltenberg livet som heroinavhengig, og argumenterer åpenbart for heroin som medisin. Ikke lenge etter hadde flere avisar større oppslag på at hun skulle være regjeringens rådgiver i narkotikaspørsmål.

I begynnelsen av desember 2008 presenterte Dagbladet Ninni Stoltenbergs kjæreste Karl-John Sivertsen som den som hadde introdusert daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen for forslaget om gratis heroin.

Senere samme måned reiste Bjarne Håkon Hanssen til Sveits for å se hvordan tilbuddet med utdeling av heroin til de tyngste narkomane fungerte der. Flere norske medier var invitert med på turen. Tilbuddet var kontroversielt, men «Sveits lovpriser gratis heroin», kunne vi lese i Aftenposten. Dagbladets Magasinet fortalte historien til to narkomane: sveitsiske Alexandra (40) som hadde fått livet tilbake på HSB, i kontrast til norske Renates (41) fortvilede kamp for å holde seg oppe. Dagbladets presentasjon av disse triste livshistoriene engasjerte tydelig til et standpunkt for HBS.

En oppfølgingssak i sistnevnte avis 11.01.09 var også helt tydelig i sin mening: «Til tross for entydig positive erfaringer fra Sveits har han (Bjarne Håkon Hanssen) enda ikke bestemt seg».

Skuespiller Kristoffer Joner var på banen i forbindelse med at han skulle spille rollen som narkoman i filmen «Tomme tønner»: – Da jeg leste manuset til filmen og oppdaget scenen der gratis heroin fremstilles som løsningen på store samfunnsproblemer, tenkte jeg, «Dette vil jeg være med på!»

Dagbladets kommentator Trude Ringheim mente narkomane burde få heroin på resept jo før, jo heller, og i en kronikk i Tidsskriftet etterlyste hun legenes engasjement i norsk ruspolitikk. Mens Kristelig Folkepartis helsepolitiske talsmann forutsigbart nok var imot forslaget.

Debatten bar tidvis preg av at de som var for en human narkotikapolitikk støttet tiltaket, mens de som var imot hovedsaklig var kristne og/eller moralister uten forståelse og sympati for narkomanes vanskelige hverdag. De med «streetcred» var for. Moralistene var mot.

Det ligger i medienes dramaturgi å lage konfliktlinjer som dessverre ofte blir forenklet. Dårlig tid, liten plass og enkle budskap gir ikke alltid rom for nyanser. I medieformater der man kan fortelle noe på utvidet plass er selvfølgelig dokumentaren om et liv i misbruk og fornedrelse en bedre «story» enn fortellingen om den rehabiliterete fornøyde LAR-pasient. For de finnes nemlig.

I vår (Journalens) dekning av saken kunne vi fortelle suksesshistorien om LAR Midt-Norge, der 80 prosent av rusmisbrukerne var rusfrie og 63 prosent i jobb eller utdanning (i 2008). Overlege Berit Nordstrand fortalte om en gjennomtenkt og helhetlig rusomsorg som årsak til mye av suksessen, og hun stilte det åpenbare spørsmålet:

– Når man kaller det heroinassistert behandling; hva skal behandlingen assisteres av? Bolig? Oppfølging? I stedet for

å tro at alt skal bli så mye bedre bare man kan tilby enda et kjemikalium, bør vi bygge ut den medikamentfrie behandlingen både utenfor LAR og som R i LAR, nemlig rehabiliteringsdelen. Den er mange steder helt fraværende, uttalte Nordstrand, og jeg tenkte: Dette må da være interessant for beslutningstakere og større medier. Jeg fant dessverre ingen nye oppslag på LAR Midt-Norges resultater. Resultater de burde vært stolte av, og snakket høyere om i debatten om HBS.

Ninni Stoltenberg har vært viktig for å synliggjøre norske misbrukeres hverdag. Spørsmålet om gratis heroin har dessuten satt norsk rusomsorg på dagsorden – selv om det i stor grad har vært et spørsmål om for eller i mot gratis heroin. Og det er vel her mange kanskje trekker oppgitt og resignert på skuldrene.

Poenget er at selv om mediene har en tendens til å søke mot konflikt, personlige tragedier og kjente ansikter, er ikke det noen unnskyldning for å ikke melde sin mening. Stoltenberg-utvalget konkluderte med et ja, men det betyr ikke nødvendigvis at tiltaket blir gjennomført, at saken er avgjort. Kritikerne kommer også til orde.

Man kan like det eller ikke, men mediene er med på å sette den politiske dagsorden i helse- som i andre samfunnsspørsmål. Nettopp derfor er det så viktig å delta. Min journalistiske erfaring er at mediene trenger flere engasjerte medisinskfaglige synsere å henvende seg til. Per Fugelli har fått en velfortjent Karl Evang-pris for sitt offentlige helsepolitiske engasjement. Mange leger er like engasjerte, men velger ofte å la være å uttale seg av frykt for kolleger justis, fordommer til journalisters kompetanse eller andre dumme grunner.

Skal helsepolitiske beslutninger funderes gjennom en faglig medieoffentlighet er vi avhengig av at de kvalifiserte stemmene også i blant tør å skyte fra høsta akkurat som Schou, Fugelli, Gilbert og et fåtall andre.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Charlotte.Lunde@oslo-universitetssykehus.no



GIRA EL DÍA (DAGEN GÅR RUNDT)

Samhandlingsreformen er generasjonspolitikk

AV ARE HELSETH

Norge har en av verdens beste helsetjenester. Vi bruker mest penger på helse i Europa. Og vi tilbyr like tjenester til alle uavhengig av privat økonomi. Vi har som mål å tilby likeverdige helsetjenester i hele landet med en krevende geografi, og klarer dette minst like godt som andre land med mye fjell og fjorder. Vi har flest leger og sykepleiere i forhold til innbyggertall og har hatt en særlig stor vekst i sykehustjenester og «blålys-medisin» i forhold til aktivitetsvekst for helsegrupper med lavere status i sykdomshierarkiene. Den korte fortellingen er derfor at vi bruker mye ressurser, har mange leger og sykepleiere og mange sykehusavdelinger. Da er det fristende å tenke: la oss fortsette slik. Vi kan velge å holde dagens kurs, og vi er kanskje det eneste landet i verden som rent økonomisk er i stand til det i mange år.

Men dagens kurs er ikke perfekt. Dagens organisering og dagens tjenester har mangler. Dagens kurs vil ti og tjue år fram i tid ikke være bærekraftig når målet er at alle skal få like gode helsetjenester. Og selv om vi har en av verdens beste helsetjenester så inneholder helseverdagen mange paradokser.

- Ett paradoks er at dyktige øre-nese-hals leger kan operere døvfødte barn slik at de får hørsel. Og med hørsel kan de lære å snakke. Men samtidig klarer vi ikke alltid å få systemene til å snakke sammen på tvers av avdelinger eller mellom sykehus og kommune når det er viktig for pasienten.
- Det er et paradoks at våre hjertekirurger kan gi alvorlig hjertesyke et nytt hjerte. Men vi klarer ikke alltid å gi nok hjertevarme til de mange som er ensomme eller redde.
- Det er et paradoks at våre nevrokirurger kan sette tynne ledninger inn i hodet på pasienter med Parkinsons sykdom, finne de syke cellene og stimulere disse med elektriske impulser slik at mange pasienter blir mye bedre eller bra og klarer seg i dagliglivet. Men på samme tid klarer vi ikke alltid å sende de elektriske signalene for ferdig digitaliserte røntgenbilder mellom to sykehus i samme by gjennom bredbåndskabler som allerede ligger der.



Are Helseth

er en norsk lege og politiker (Ap). Han er 1. vararepresentant til Stortinget fra Akershus siden 2009. Medlem helse- og omsorgskomiteen.

Vi har god helse i Norge. Vi lever lenge. Siden andre verdenskrig har gjennomsnittlig levealder øket 7,2 år for menn og 8,8 for kvinner. Helsetjenesten har bare en liten andel av æren for dette. Bedre folkehelse skyldes i første rekke bedre levestandard for alle og bedre utdannelse. Vi blir derfor flere og friske eldre de neste tiårene. Selv om eldre er friskere enn før så vil mange ha behov for behandling og omsorg, og størstedelen av helsetjenestene vil alltid trenges i livets siste måneder uavhengig av hvor lang gjennomsnittlig levealder blir. Samtidig blir de nye årskullene som trer inn i arbeidslivet mindre. Dette er hovedutfordringen for framtidas helsetjenester i Norge. I løpet av de neste 20 årene vil det være behov for 95 000 til 135 000 nye årsverk i helse- og omsorgstjenestene slik de nå er organisert. I samme periode vil tilgangen på nye årsverk være 100 000 årsverk. Og i tillegg til helse vil vi trenge nye medarbeidere i skole, handel og industri. Her ligger vår største utfordring. Som eneste land i Europa har vi og kommer vi til å ha mye oljepenger. Det gir oss mulighet til å bruke mye penger på helse og det skal vi gjøre. Men penger er en mager trøst når det blir mangel på gode hoder og varme hender. Det er sagt at i Nordsjøen fant vi bare olje og ikke sykepleiere. Det blir tydelig i framtida. Men den gode nyheten er at gapet mellom behovet for nye medarbeidere og tilgangen først blir betydelig noen år fram i tid. Det gir mulighet til å planlegge slik at ressursen medarbeidere i helsetjenesten brukes på riktig måte.

Samhandlingsreformen tar tak i denne utfordringen. Siden stortingsmeldingen ble lagt fram har jeg deltatt i og fulgt de mange debattene, og helse- og omsorgskomiteen har hatt åpne høringer med sektoren og interesseorganisasjoner. Det er godt nytt for framtidens helse-Norge at alle ytringer på tvers av partier og interesseorganisasjoner gir sin støtte

både til situasjonsbeskrivelsen og utfordringsbildet som fremkommer i regjeringens stortingsmelding. Det betyr allmenn tilslutning til en ny kurs som innebærer at vi skal forebygge mer, vi skal samhandle bedre, vi skal levere mer av helsetjenestene der folk bor og sykehusenes oppgaver skal spisses inn mot moderne og avansert medisinsk utredning og behandling.

Den videre debatt om Samhandlingsreformen vil blant annet dreie seg om enkellementer, gjennomføring, lokale tilpasninger og finansiering av nye planer og prosjekter. Vi skal ha alle disse debattene. Noen avklares nå og noen senere. Arbeidet med Samhandlingsreformen passer best for tålmodige politikere og arbeidet vil pågå over tid. Trygg justering av kurs på en supertanker som den norske helse-tjenesten skjer gradvis. Et eksempel på en viktig og vellykket reform i norsk helsetjeneste er Opptrappingsplanen for psykisk helse. Den ble planlagt gjennomført over åtte år som var den tid man trengte for å utdanne fagfolk, komme med bevilninger og reise bygg. Ved slutten av åtte års perioden ble det bestemt å utvide reformperioden med to nye år.

Det er enighet om at vi kan og skal forebygge mer. Det beste helsetilbuddet vi kan gi folk er at de ikke blir syke. I debatten hevdes det at den beste forebyggingen oftest ikke har resultater før flere år fram i tid. Det kan ikke være et argument for ikke å gjøre det. De største utfordringene for norsk helsetjeneste begynner seks-åtte-til åtte år fra nå. Verdens helseorganisasjon (WHO) er optimistisk og sier at 80 prosent av hjerteinfarkt, 90 prosent av diabetes og 30 prosent av kreft kan forebygges eller utsettes ved endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Vi ser i vårt eget land at det nytter. Redusert inntak av mettet fett, salt og sukker har ført til nedgang i hjertesykdommer. Aktiv tobakkspolitikk har ført til at flere slutter eller ikke begynner. I dag er røykeandelen blant unge i alderen 16 til 24 år 18 prosent. Vi bør sette oss et mål om å halvere dette før 2020! Livsstils-sykdommene er fremtidens svøpe for unge mennesker. For lite fysisk aktivitet og for mye junkfood kan føre til at dagens unge kan bli første generasjon som lever kortere enn sine foreldre. Det kan vi ikke la skje.

Det er enighet om at leddene i helse- og omsorgstjenestene må samhandle bedre på pasientens premisser. Samhandlingsreformen vil føre til forpliktende avtalesystemer mellom sykehusene og hjemkommunene og foreslår at det etableres en lovfestet koordinatorrolle for pasienter med særlig krevende samhandlingsbehov. Vi må også forenkle og standardisere IT-systemer slik at melinger kan sendes og mottas på tvers av organisasjonsgrenser. Men politikken kan ikke regulere all samhandling og samarbeid på detaljnivå.

Derfor må vi ha debatter og dialoger som løfter samhandling opp og inn i fagetikken i helsetjenesten. De gamle Hippokratiske dyder var knyttet til at behandleren var en. I moderne medisin er tverrfaglighet nødvendig og da må samhandling bli en selvfølgelig del av fagenes etikk.

Det er enighet om at mer helsetjenester skal ges der folk bor – i kommunene. Dette skal gjøres når tjenestene lokalt blir minst like gode og iverksettes når tjenestetilbudet er etablert. Organiseringen av tjenestene må tilpasses lokale forhold fordi befolkning og geografi varierer, og fordi slik organisering langt på vei allerede er etablert mange steder. Og erfaringene er gode. Vi vet derfor at det er mulig. Mange ildsjeler har skapt gode løsninger for sine pasienter på tross av de overliggende systemer. Med Samhandlingsreformen skal nå alle få hjelp av systemet til å gjennomføre. De gode eksemplene er gradvis oppbygget over år, og viser det alle vet at tjenesten er avhengig både av lokaler og fagfolk. Oppbyggingen og overføringen av ansvar kan ikke gå forttere enn farten på rekrutteringen. Kommunene må ha økonomi for å ta dette ansvaret. Dette skal skje gjennom de økonomiske rammene til kommunene og ved at kommunene får overført de midlene som sykehusene i dag bruker på opphold for utskrivingsklare pasienter. Stortingsmeldingen beskriver også muligheten for ytterligere økonomisk stimulering overfor kommunene eksempelvis ved medansvar for enkelte typer sykehusbehandling.

Det er enighet om at sykehusene skal spisse sine oppgaver inn mot avansert medisinsk utredning og behandling. Vi vet at fagenes utvikling er akselererende og at ny behandling ofte er kostbar. Våre sykehus settes i stand til å ta del i denne utviklingen når medisinske oppgaver som kan desentraliseres blir desentralisert. Vi skal fortsette å satse på sykehusene. Budsjetter og kostnader vil fortsette å øke. Men det er nødvendig å justere veksttakten til «litt mindre mer». Da bruker vi den begrensede ressursen fagfolk på riktig måte.

Samhandlingsreformen er helsepolitikk for mange år fremover. I debatten i Stortinget i april 2010 trakk vi opp de overordnede politiske linjene: forebygge, samhandle, styrke kommunehelsetjenesten og spisse spesialisthelsetjenesten. I gjennomføringen vil vi trenge ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og en ny Nasjonal helse- og omsorgsplan. Alle vil komme til politisk behandling etter høring i løpet av høsten 2010. Videre må gjennomføringen følges opp i arbeid med hvert enkelt statsbudsjett og de årslige kommuneopposisjoner.

Gjennomføringsutfordringen ligger i at vi skal ha stabil drift i samfunnets døgnkontinuerlige helse- og omsorgs-

tjenester samtidig som vi justerer kurSEN. Derfor må vi bruke tid. Helse og utdanning må samarbeide. Mange løsninger ser vi godt nå. Men alle riktige tanker er ikke tenkt enda. Målet på suksess vil vi fullt ut registrere ti år fram i tid. Hvis vi da er godt og riktig organisert vil det kunne

være nok helsepersonell til å gi behandling og omsorg til alle. Alternativet er at det ikke er det, og da kan trygghetsgodet helse bli et marked hvor privat økonomi deler mellom de som får og ikke får.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: are.helseth@stortinget.no



TORMENTA (STORM)



Blåreseptordningen som prioriteringsverktøy?

AV KRISTIN SVANQVIST, MORTEN AASERUD OG LARS GRANUM, refusjonseksjonen, statens legemiddelverk

Bakgrunn – Lønning I & II

Siden midten av 1980-tallet har debatten rundt prioriteringer i det norske helsevesen vakt stor interesse. Hvordan man best kan anvende helseressursene er et vanskelig, men viktig og uunngåelig tema. En milepæl i denne debatten var den såkalte «Lønning I-rapporten» (NOU 1987: 23). «Lønning I» innebar at Norge, som det første vestlige land, fikk på plass nasjonale retningslinjer for prioritering i helsestjenesten. Som en videreføring av dette arbeidet kom «Prioritering på ny» (NOU 1997:18) i 1997 også kalt «Lønning II». Her fremhevet man at tre kriterier/vilkår måtte være oppfylt for at et tiltak (behandling) skulle bli gitt priorititet: at tilstanden er alvorlig nok, at behandlingen har en forventet nytte, og at kostnadene ved behandlingen bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte. Dette samt kravet om at behandlingen skulle være langvarig, dvs. mer enn tre måneder per år, danner grunnlaget for dagens kriterier for om legemidler kan forskrives på blå resept eller ikke.



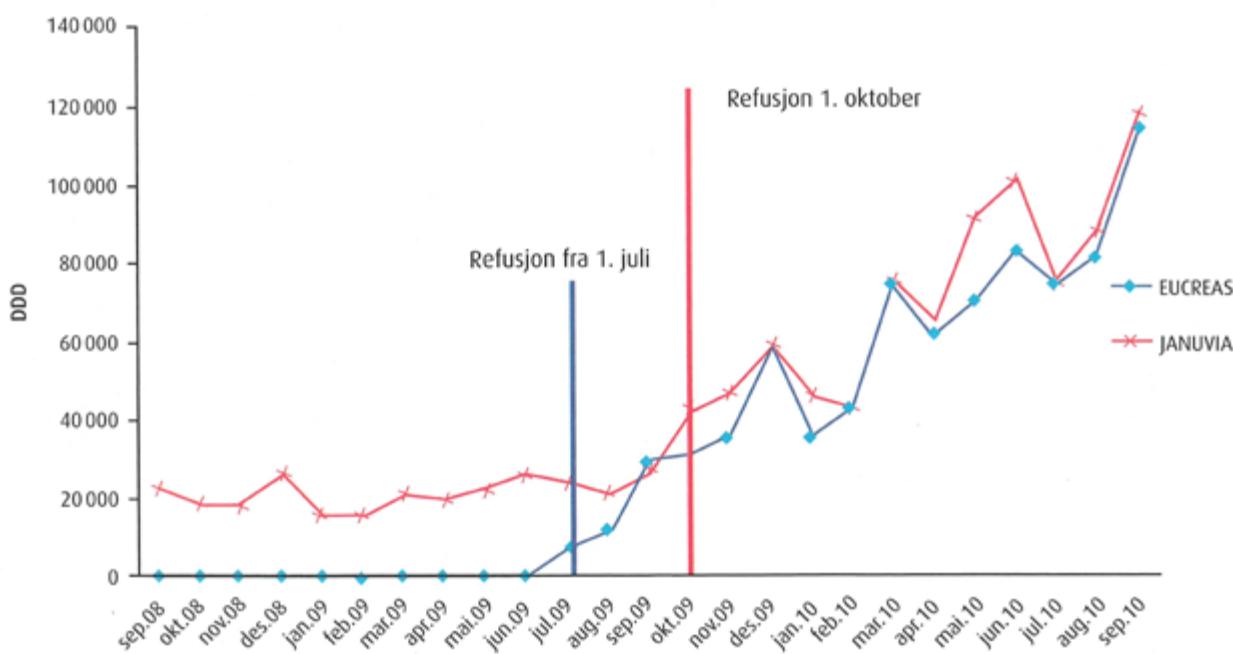
Kristin Svanqvist

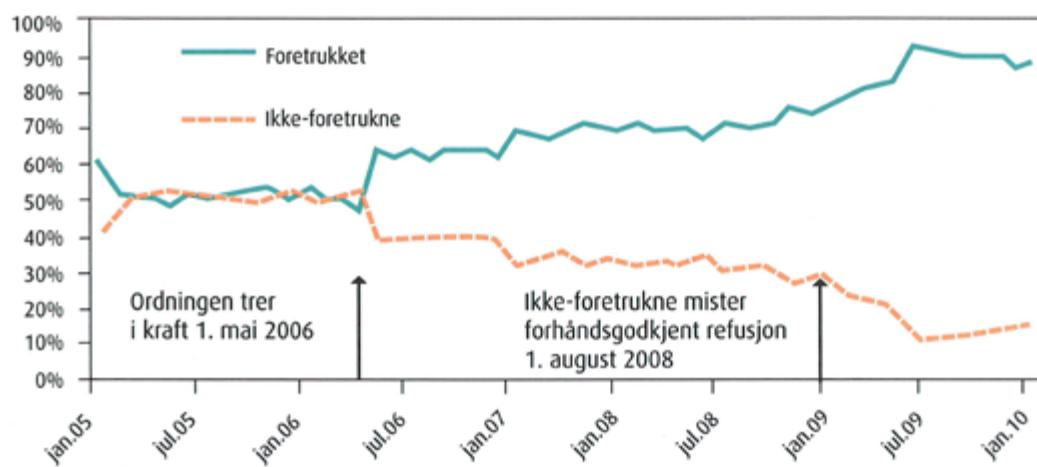
sektsjonssjef refusjon, Statens legemiddelverk. Forfatteren er utdannet farmasøyt og har arbeidet med vurdering av legemidler for blåreseptordningen siden 2004.

Blåreseptordningen

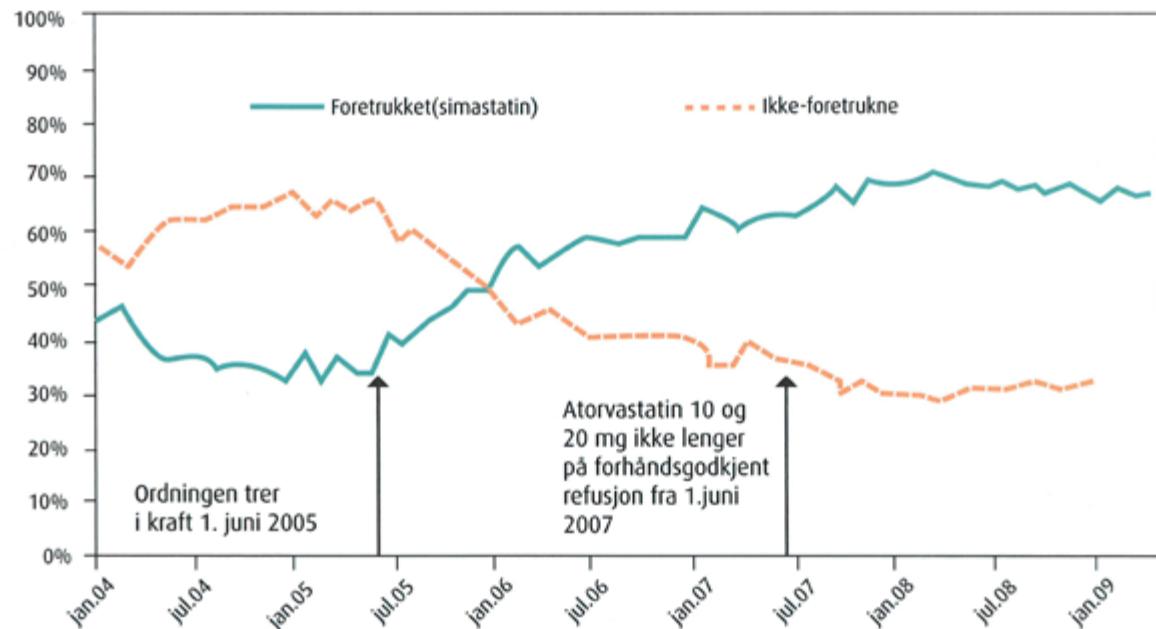
Blåreseptordningen ble innført i 1953. Den skulle sikre at den norske befolkning fikk tilgang til livsviktige og kostbare legemidler ved kroniske sykdommer uavhengig av betalingsevne. I starten og helt frem til midten av 1990-årene var opptak av legemidler i ordningen basert på hvor vidt legemidlet syntes å være nyttig for befolkningen. Dette var ikke nærmere definert. Etter at utgifter til statinbehandling hadde vokst sterkt på første halvdel av 1990-tallet var det enighet om at endringer var nødvendig. Innføring av nye

FIGUR 1. Forbruk av Januvia og Eucras i definerte dosegnsdoser (DDD) i perioden 2008–2010. KILDE FARMASTAT





FIGUR 2: Behandling av allergi og elveblest, markedsandeler i definerte døgndoser (DDD).. KILDE FARMASTAT



FIGUR 3: Behandling av høyt kolesterol, markedsandeler i definerte døgndoser (DDD). KILDE FARMASTAT

refusjonspolitiske mål ble foreslått i NOU 1997:7 «Piller, prioriteringer og politikk» og innført i Legemiddelmeldingen i 2005 (St. meld. nr. 18 (2004–2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk»). Blåreseptordningen for legemidler skal i dag:

- Sikre lik tilgang til effektive legemidler
- Gi en best mulig utnyttelse av ressursene
- Stimulere til kostnadsbevisst forskrivning og bruk av legemidler hos lege og pasient
- Bidra til god behandling og forebygging av alvorlig sykdom når det finnes effektive legemidler

Hvordan kommer legemidler på blå resept

Det er Statens legemiddelverk som i dag har ansvaret for å vurdere å vedta om et legemiddel skal kunne preskrives på blå resept eller ikke, dvs. ha forhåndsgodkjent refusjon. Regelverket for optak og vurdering er hjemlet og beskrevet i forskrift om legemidler. Oppsummert innebærer dette at det er et legemiddelfirma som må sende inn en søknad der det er dokumentert at legemidlet

- Skal brukes i behandling av en alvorlig sykdom
- Skal brukes i mer enn tre måneder per år
- Har en klinisk relevant effekt

- At kostnadene står i et rimelig forhold til behandlingens verdi

Dersom Legemiddelverket vurderer legemidlet til å oppfylle disse kravene og det ikke vil medføre mer enn fem millioner kroner i økte legemiddelkostnader for folketrygden, innvilger Legemiddelverket forhåndsgodkjent refusjon. Dette innebærer at legemidlet anses å representere en kostnadseffektiv behandling som for samfunnet vil kunne gi helsegevinster i form av nedsatt sykelighet, økt livskvalitet og redusere dødelighet til en forsvarlig kostnad. Blåreseptordningen vil således være et prioriteringsverktøy for hvordan samfunnet kan kanalisere ressursene til de legemidlene som gir mest helse for pengene. Da vi i Norge har et tredjeparts-finansieringssystem der legene forskriver, pasientene bruker og staten betaler vil det alltid være fare for at legemidler tilbys grupper hvor nyten av behandlingen ikke står i et rimelig forhold til kostnadene. Da kan resultatet samlet sett bli mindre helse – gitt at ressursene som helsesektoren disponerer er begrensede. Behovet for informasjon, oppfølging og kontroll av ordningen er derfor stort, særlig fordi legemiddelindustrien bruker betydelige ressurser på markedsføring av sine legemidler.

Blå resept gir salg

Erfaring tilsier hvorvidt et legemiddel som kan forskrives på blå resept vil ha stor betydning for om et legemiddel benyttes eller ikke. Salgskurvene for diabeteslegemidlene Januvia (sitagliptin) og Euceras (vildagliptin+metformin) målt i definerte døgndosser (DDD) illustrerer dette godt (FIGUR 1). Kurvene viser en vesentlig økning i solgte DDD etter at legemidlene kunne forskrives på blå resept. Legemidlene fikk refusjon omrent samtidig, for samme bruksområde og med de samme refusjonsvilkårene. Dokumentasjonen som ligger til grunn for at det ble innvilget forhåndsgodkjent refusjon viser at det er en sannsynlighetsovervekt for at disse legemidlene, gitt at refusjonsvilkårene er oppfylt, er kostnadseffektiv behandling og dermed potensielt en god investering for samfunnet. Om dette i praksis er en god allokering av samfunnets ressurser gjenstår å se. Legemiddelverket vil derfor følge forbruksmønsteret nøyne i tiden fremover.

Effekter av blåreseptordningen

Opptak av legemidler i blåreseptordningen er et eksempel på hvordan myndighetene på et overordnet nivå gjør prioriteringer om hvilke legemidler samfunnet skal betale for. Men ordningen påvirker også hvordan legen konkret skal prioritere i forskrivningen av medikamenter til den enkelte pasient. Blåreseptordningen er et meget sterkt virkemiddel til å styre forbruksmønsteret av legemidler.

Foretrukne legemidler

Innenfor blåreseptordningen er det flere virkemidler knyttet til valg og prioritering. Ofte får legemidler på blå resept refusjonsvilkår. Eksempelvis er foretrukket legemiddel en ordning for legemidler på blå resept som tilsier at forhåndsgodkjent refusjon kun ytes dersom legene først forskriver de mest kostnadseffektive legemidlene innen terapiområdene hypertensjon, allergi, migræne, refluksykdom og kolesterolbehandling. Foretrukket legemiddel ble første gang innført i 2005. Ordningen har sammen med likeverdig bytte og trinnpris for generiske legemidler frigjort om lag 10 milliarder kroner i perioden 2005–2010.

I nyere tid er det trolig få tiltak som har vist like store effekter på forskrivningsmønsteret som ordningen med foretrukne legemidler. Særlig gjelder dette for kolesterolenkende legemidler og antihistaminer. FIGUR 2 og 3 viser at forbruksmønsteret i DDD påvirkes direkte etter implementering og har en vedvarende virkning. Analyser basert på tall fra Reseptregisteret viste at forskrivning av foretrukket simvastatin blant nye brukere var over 90 prosent allerde seks måneder etter at ordningen trådte i kraft. Endringen i brukermønsteret for antihistaminer viser at også her økte bruken av de mest kostnadseffektive legemidlene cetirizin og loratadin. Endringen tok imidlertid noe mer tid før størrelsen på effekten var tilstrekkelig etter myndighetenes oppfatning. Det er viktig å påpeke at ordningen med foretrukne legemidler neppe ville gitt såpass store endringer i forskrivningsmønsteret uten den gode etterlevelsen av ordningen fra leger og pasienter. Dette viser at blåreseptordningen kan være et godt prioritiseringsverktøy.

Oppsummering

Blåreseptordningen er primært et finansieringssystem for legemidler som brukes utenfor sykehus og institusjoner, men er likevel et viktig styrings- og prioritiseringsverktøy for myndigheter og leger for å velge den mest kostnadseffektive legemiddelbehandling for samfunnet. Utgiftene til blåreseptordningen holdes i dag på et relativt stabilt nivå på om lag 8,5 milliarder kroner. Det vil alltid være en knapphet på ressurser og med en stadig aldrende befolkning og et økende behov for legemiddelbehandling fremtvinger dette tydelige prioriteringer og bruk av de mest kostnadseffektive legemidlene. Ikke minst er dette viktig dersom vi også i fremtiden skal ha mulighet til å ta i bruk nye, avanserte og stadig dyrere legemidler.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kristin.svanqvist@legemiddelverket.no



PAISAJE INCLINADO (BRATT LANDSKAP)

ENQUETE:

Prioritering i allmennpraksis – hverdagens utfordringer

Som fastleger i en hektisk hverdag opplever vi ofte at tiden ikke strekker til.

Når vi ikke har tid til alt, må også vi prioritere. Det gjør vi bevisst eller ubevisst, det være seg hvem som får time raskest eller hvilke pasienter vi velger å kalle inn – og hva vi velger å snakke med dem om når de er inne på kontoret.

Utposten har invitert seks allmennpraktikere til å besvare følgende spørsmål:

1. Hvilke pasientgrupper bruker du mest tid på i allmennpraksis?
2. Nevn to–tre faktorer som er bestemmende for hvordan du prioriterer hvem som skal få din helsehjelp.
3. Prioriterer du forebyggende helsearbeid i konsultasjonene?
4. Hvor bevisst er du om dine valg?
5. Snakker du med dine kolleger om prioritering?



Tone C. Giercksky

*Spesialist i allmennmedisin.
Fastlege i bydel Sagene, Oslo.
Lektor Universitetet i Oslo.*

SPØRSMÅL 1

Det er utvilsomt gruppen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som krever størst arbeidsinnsats for meg. Mange av dem kommer til faste timer en til to ganger i måneden; for samtale, depotinjeksjon eller for eksempel blodprøvekontroll. Selve konsultasjonen er ofte ikke så tidkrevende, men det er mye ekstra som følger med. Det tar tid å bygge tillit og bli kjent med den enkeltes situasjon, få oversikt over ressurser, nettverk, hjelpeapparatet og sårbarhetsfaktorer. Jeg finner ansvarsgruppemøtene nyttig; i tillegg har jeg telefonkontakt med støtteapparatet. Vi er avhengig av å ha et godt samarbeid med DPS og psykisk helsetjeneste lokalt. Stort sett fungerer dette godt i vår bydel. Det er mye tyngre når pasienten bor i en bydel jeg ikke kjenner. Ekstra krevede er det når pasienter med alvorlig psykisk lidelse også har et rusproblem eller samtidig alvorlig somatisk sykdom.

SPØRSMÅL 2

Alvorlighetsgrad av sykdom er avgjørende, likeledes den enkeltes hjelpebehov, mestringevne, ressurser og nettverk. Det er stadig forbløffende å se hvor forskjellig folk med samme diagnose lever med sin sykdom. Personer fra en annen kultur krever oftere ekstra innsats når det gjelder å kommunisere forståelse av helse, forebygging og behandling. Jeg forsøker å prioritere oppfølgingen av sykmeldte i tråd med myndighetenes anbefalinger. Særlig vanskelig er det når det er stor diskrepans mellom pasientens og min vurdering av arbeidsevnen. Når samarbeidet med NAV er godt, går alt dette mye lettere.

SPØRSMÅL 3

Jeg forsøker å flette inn forebygging i en vanlig konsultasjon. Når for eksempel en som røyker har en kraftig luftveisinfeksjon, snakker jeg gjerne om røykestopp – på den måten blir det mer relevant for vedkommende. Fordelen med fastlegeordningen er at vi har god mulighet for oppfølging over tid. Dette gjør det enklere å sette langsiktige mål.

SPØRSMÅL 4

Arbeidsdagen er full av improvisasjoner, der aktuelle problemstillinger kommer i fokus og min respons og handling formes av en rekke faktorer; at jeg er forsinket kan avgjøre hvorvidt jeg går i dybden av en problemstilling eller ikke.

Fastlegeordningen gjør det mulig å ta opp igjen problemstillingen på et senere tidspunkt. For å sikre at de som trenger det mest blir prioritert, har jeg ikke fullere timebok enn at det lar seg gjøre å sette opp ekstra pasienter på kort varsel.

SPØRSMÅL 5

Mine kolleger påvirker mine faglige beslutninger i stor grad. Vi har daglig faglige diskusjoner i lunsjen og vi lar oss avbryte i løpet av dagen for minidiskusjoner rundt en problemstilling. Vi har tre dyktige medarbeidere som har lang fartstid. De kjenner godt til mange av pasientene, deres helse og livssituasjon. Daglig bidrar medarbeiderne til riktig prioritering av pasientarbeidet. Det typiske er tildeling av akuttimer. Gjennom sin bakgrunnskunnskap forstår de å prioritere de ressurssvake og de som underkommuniserer behov for helsetjenester. Dette er til uvurderlig hjelp på legekontoret.

Olav Ervik

Fastlege i Eidsvåg, Bergen. 40 prosent stilling som overlege ved Bergen og Bjørgvin fengsel.

Pasientane ynskjer at legen skal vere tilgjengeleg. Eg vart fort klar over at å gjere papirarbeid i kontortida vart lite akseptert. Ser dei at eg er på kontoret kan dei ikkje forstå at eg ikkje kan vere til hjelp. Tek eg fri ein dag, er det full forståing.

Eg har omkring tre veker ventetid på vanlige timer, men tek også mange som kjem til same dag – ca 35 prosent. For meg er dette eit viktig mål på kor tilgjengeleg kontoret er. Om den som skal kontrollere blodtrykket lyt vente i tre veker, betyr det ikkje noko medisinsk. Det betyr mykje om den med ei akutt medisinsk problemstilling kjem til, eller ikkje.

Når det gjeld kven som skal komme til, er dette i stor grad opp til vurdering av legesekretären. Det er dei som møter pasienten i telefonen eller i luka. At legesekretærane er stabile er viktig for funksjonen ved kontoret og korleis dei som bruker kontoret opplever seg ivaretatt. Kommunikasjon er viktig: Ein vil be om time same dag, men slik vi kjenner vedkommande, haster det ikkje. Ein annan vil seie at «det er ikkje så ille», og vi veit at denne personen lyt komme til. Dette dreier seg ikkje om «kjennskap og vennskap», men om korleis den enkelte kommuniserer sitt problem.

Eg gjev melding om kor lenge eg kan arbeide den enkelte dag slik at legesekretären kan sette opp pasientar utan å spørje først. Spør dei om eg kan ta ein til, skal dei presen-

tere problemstillingen – det er den eg skal ta stilling til, ikkje kven det gjeld. Det at ein er open for akutte problem, gjer at tal på konsultasjonar kan variere frå dag til dag etter kva behov pasientane har.

Når det gjeld dei som kjem til same dag, skal dette til vanleg ta kort tid. Eg aksepterer sjeldan «sidan eg likevel er her»-bestillingar. Her vurderer eg kva pågang som er denne dagen, og kor fort det kan gjerast det som vert bedt om. Det kan vere at den akutte problemstilling tek tid å få avklart, eksempelvis ein psykiatrisk problemstilling.

Eldre dominerer dei fast bestilte timane: komplekse problemstillingar, samarbeid med heimesjukepleie, multimedisinering m.m. Dei akutte timane gjeld ofte yngre med infeksjonssjukdommar, men går også til akutte problemstillingar hos kronisk sjuke. Ein vanleg dag: 31 konsultasjonar, derav ni som kjem til same dag. Av dei ni er åtte under 50 år. Av dei 22 på lista når dagen starta, var 17 over 50 år – åtte over 70 år.

Det som for meg er ei negativ utvikling i fastlegearbeidet, er at det administrative arbeidet tek meir og meir tid. Attester, søknader, tilvisningar, gjennomlesing av informasjon, osv. Dette stel pasienttid. Dette synes eg vert eit viktig moment i debatten om prioritering. Bruker eg min tid rett, sett i forhold til pasienten sitt behov, eller bruker eg tida til administrative oppgåver?

Eit aukande problem er i kva grad vi er i stand til å ivareta «portvakt»-funksjonen. Fastlegereforma kom i 2001, dette flytta meir makt frå primærlege til pasient. Får ein ikkje sin «vare», kan ein bytte lege. Så kom pasientrettighetsloven som gir pasienten ein del rettar, som i neste omgang vert snudd til «at har krav på». Så har du honnørordet brukarmedverknad, som etter mi vurdering nærmar seg brukarstyrt. Til dømes: Pasienten vert tilvist fysioterapeut for muskulære problem. Pasienten kjem tilbake til legen og fortel at fysioterapeuten meinte han laut ha full sjukmeldung så lenge han gjekk til behandling. Kva då? Eller pasienten kjem frå NAV og fortel at NAV ber om legeattest i samband med søknad om uføretrygd. Kva er NAV si bestilling? Nei, det veit ikkje pasienten. Eg har for ofte opplevd at pasienten kjem tilbake og seier at NAV meiner at opplysningane var mangelfulle, og at legen lyt skrive meir. Kva då? Eller pasienten kjem på luka og vil ha tilvisning til MR av eit kne, men ynskjer ikkje time. Kva då? Det er for mange pasientar i dag som ikkje ber om legen si vurdering, men om legen si underskrift.

Dette er ei utvikling eg meiner pasienten vil tape på over tid.



Knut-Arne Wensaas

*Spesialist i allmennmedisin.
Fastlege på Kallfaret legesenter
i Bergen, forsker ved Allmenn-
medisinsk forskningsenhet i
Bergen.*

Jeg har jobbet som allmennlege i 15 år og med årene ser jeg tydeligere betydningen av å ha et bevisst forhold til prioritering. Dette er et resultat av erfaring, men også av at fastlegeordningen medfører at stadig flere gjør krav på min tid og at jeg nå har et populasjonsansvar som jeg tidligere kunne plassere hos andre. Fastlegeordningen gir samtidig rammer som gjør det lettere å planlegge og prioritere.

Jeg jobber på et legesenter midt i byen og siden jeg ikke er en del av den akuttmedisinske beredskapen er det to oppgaver som har prioritet i min hverdag. For det første skal jeg være tilgjengelig for dem som står på min liste, og for det andre skal jeg kunne stille opp for dem som trenger det mest. Dette er to helt sentrale aspekter ved rollen som fastlege, og det er avgjørende at jeg og resten av kontoret klarer å få til god balanse mellom dem. Håndtering av begge oppgaver er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenestene og for tilliten vi har hos pasienter og samarbeidspartnere.

Alle på min liste skal fortrinnsvis bruke meg eller vårt kontor ved første kontakt med helsevesenet. Vi må være tilgjengelige, også for dem som vi ikke er godt kjent med. Enkelte grupper bruker oss mindre enn andre, for eksempel ungdom, menn, psykisk syke og rusavhengige, og dette må vi ha et bevisst forhold til. Vi legger til rette for at de som ønsker det får kontakt med lege eller helsesekretær. Vi har nylig åpnet for resept og timebestilling via internett eller SMS, noe som øker den totale tilgjengeligheten. Vi ønsker å imøtekommne alle som har behov for legetime samme dag, og i hvilken grad vi lykkes med det vurderes kontinuerlig. God tilgjengelighet kan medføre at henvendelser noen ganger virker unødvendige eller bagatellmessige. Dette er mer en utfordring enn et problem. Befolkingen bombarderes med helseinformasjon som ofte er egnet til å spre usikkerhet og frykt, og fastlegen har i en slik sammenheng god mulighet til å gå inn i en helsefremmende dialog med pasienten.

En av «7 teser for allmennmedisin» sier at vi skal gi mest til dem som har størst behov; pasienter med alvorlig sykdom

slik som langkommet kreftsykdom, men også andre tilstander med stor funksjonssvikt og/eller sammensatte problemstillinger. Som fastlege kan jeg spille en utslagsgivende rolle for at disse pasientene skal kunne mestre tilværelsen og få en bedre hverdag. Det å kunne delta på en konstruktiv måte i avgjørende faser i et menneskes liv er noe av det mest givende jeg opplever som lege, og noe som gjør meg både takknemlig og ydmyk. Å gi mest til dem som trenger mest innebærer å gi tid og tilgjengelighet, for eksempel gjennom hyppige konsultasjoner, hjemmebesøk, rask ekspedering av erklæringer og utlevering av direkte telefonnummer.

I tillegg til disse pasientsentrerte prioriteringene legger vi til rette for å ta vare på oss selv og den faglige kvaliteten ved kontoret. Alle legene er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Vi har regelmessige møter og internundervisning, og vi finner løsninger som gjør at man kan ta permisjon når det av forskjellige grunner er nødvendig. Fornuftig prioritering bidrar til en bedre tilværelse både for oss og pasientene.



Øystein Furnes

*Spesialist i allmennmedisin.
Fastlege og sykestuelege, Alta.*

SPØRSMÅL 1

Muskel/skjelett og psykiatri blir de to største gruppene, som anslagsvis utgjør samlet 20–30 prosent av tiden. De gangene jeg har vært så privilegert å få følge et alvorlig sykdomsforløp inn i den terminale fasen har jeg valgt å bruke relativt mye tid på enkeltpasienter. Å være med i det teamarbeidet som skal til for å tilrettelegge en best mulig avslutning på livet i eller nært hjemmet, vurderer jeg som godt prioritert tidsbruk, og en svært meningsfylt oppgave. Enkeltpasienter med alvorlig rusproblematikk kan også ta mye tid. Denne gruppen opplever jeg som tung og vanskelig, men ofte inspirerende å arbeide med, og vel verdt å investere tid i. Om ikke ofte, så har noen av mine største positive overraskelser kommet akkurat i denne gruppen.

SPØRSMÅL 2

De tre viktigste faktorer for meg her er listelengde, liste-lengde og listelengde. I Alta er gjennomsnittlisten på ca

1000 pasienter, og det er enighet i kollegiet om at 1200 er maksimum. Jeg har selv 900 pasienter på listen, og lider definitivt ikke av arbeidsledighet av den grunn. En så «liten» liste gir meg muligheten til å utrede, behandle og følge opp pasientene på en måte som jeg finner tilfredsstillende faglig, og fornuftig ressursmessig. Det gir meg tid til en kommunal oppgave som sykestuelege, noe jeg opplever som meningsfylt, men arbeidskrevende. Samtidig har jeg muligheten til å være fleksibel i min tidsbruk, noe jeg anser som viktig i forhold til andre sider av livet som har betydning; familie og fritidsinteresser. Jeg føler ikke at jeg tvinnes til å prioritere mellom ulike pasientgrupper.

Jeg forsøker å holde ventetiden på en til to uker, og dessuten skal jeg ha nok antall ØH-timer tilgjengelig. Ved mistanke om alvorlig sykdom, fysisk eller psykisk, har dette høyeste prioritert i forhold til tids- og ressursbruk. Tilsvarende gjelder oppfølging og tilgjengelighet for pasienter med kjente, alvorlige tilstander.

SPØRSMÅL 3

Det anser jeg som en naturlig del av mange konsultasjoner, men vektes selvfølgelig ulikt avhengig av hva som er «dagens tema».

SPØRSMÅL 4

Utover det meget bevisste valget vedrørende listestørrelse, så tror jeg svaret er «sånn passe». Selvfølgelig foretar jeg, som alle mine kolleger, et utall prioriteringer daglig. Jeg velger å tro at disse tas ut fra faglige vurderinger, noe som jeg håper stemmer i flertallet (...) av situasjonene. Jeg prøver bevisst å prioritere nødvendig tid til pasienter med psykososiale og psykiatriske problemstillinger. Utover dette tar jeg som et selvfølgelig utgangspunkt at den som søker min helsehjelp har et opplevd behov for dette, uavhengig av alder, kjønn, sosial klasse og diagnosegruppe. De har alle rett på å få den nødvendige vurdering og hjelp, og da er det min oppgave å organisere min pasientliste og arbeidsdag på en slik måte at dette kan ytes på en tilfredsstillende måte for både pasienten og meg. Jeg opplever i liten grad «misbruk» av mine legetjenester.

SPØRSMÅL 5

Vi har diskusjoner på temaet primært på praksisnivå, eks hva som kan håndteres av legesekretær/sykepleier, hva som bør tas via telefon eller mail og hva som må inn til time. Vedrørende våre egne personlige prioriteringer har dette i mindre grad vært et tema utover lunsjdiskusjoner av mer sporadisk art. Dog har jeg et klart inntrykk av at vi har en relativt lik holdning til dette, jmf. mine ovenstående svar.



Anne Karin Forshei

Spesialist i allmennmedisin. Konstituert kommuneoverlege. Fastlege ved Steigen legesenter i Steigen DMS (distriktsmedisinske senter). Har de siste årene drevet mye med fag-utvikling.

Prioritering i allmennpraksis er et spennende tema. I mange tilfeller er det helsesekretærerne som prioriterte for oss. Vi har derfor snakket litt rundt dette på legesenteret og summert opp våre refleksjoner rundt temaet.

Hastegrad for time avhenger først og fremst av sykdommens alvorlighetsgrad. Sterke smerten, store skader, truet sirkulasjon, pustevansker, lammelser, alvorlige infeksjoner og alvorlige psykiske lidelser er eksempler på sykdomsgrupper som umiddelbart blir prioritert. Disse håndteres som oftest av vakthavende lege etter melding fra AMK, lokal legeavtsentral eller fra sekretærerne ved legesenteret.

Ved alminnelige plager uten mistanke om alvorlig bakenforliggende årsak blir det gitt råd og veiledning på telefonen fra helsesekretær om observasjoner som bør gjøres og hvilke håndkjøpsmedikamenter som kan prøves. Hvis pasienten tar kontakt med forverring av plagene utløser dette ofte en time hos lege. Ellers har vi pasienter på timeboka med kronisk sykdom. Disse kommer regelmessig til kontroller avhengig av behov. Andre gjøremål som førerkortattester, helseattester, småkirurgi og rutine celleprøver kommer lengre ned på lista.

Øvrige pasientgrupper som blir prioritert er barn, ungdom og eldre med akutt sykdom eller funksjonssvikt. Dette fordi vi tenker at dette er sårbare pasientgrupper. Spesielt babyer har vi lav terskel for å sette opp til time. Helsesøster eller jordmor kan eventuelt kobles inn for å gjøre en førstevurdering av barn, eller hjemmesykepleien kan dra på hjemmebesøk til de eldre hvis det ikke haster med tilsyn av lege.

En av mange fordeler med å bo i en liten kommune, er at vi kjenner befolkningen og vet noe om hvilke nettverk og familieforhold pasientene har. Vi kjenner også til hvordan de ulike familiene forholder seg til sykdom både på godt og vondt. Vi har også journalopplysninger som er viktige å ha kjennskap til når man skal vurdere endringer av kronisk sykdom og nyoppståtte sykdomstilfeller.

Det er mange som er premissleverandører for bestillinger av time. Pasientens fremstilling av problemet, familienes bekymring, samarbeidspartnernes behov eller kapasitet ved legesenteret er alle faktorer som påvirker hvor raskt pasienten får komme til. Heldigvis har vi en oversiktlig struktur med godt tverrfaglig samarbeid som gjør at vi kan diskutere oss frem til de beste løsninger og prioriteringer for pasientene.



Karin Frydenberg

*Fastlege Skreia legesenter,
Østre Toten kommune.*

SPØRSMÅL 1

Det vet jeg egentlig ikke, men jeg tror det er to hovedgrupper: eldre multisyke og somatoforme lidelser og lette til moderate depresjoner hos 35–50-åringene. Dette er en følelse, altså ikke på bakgrunn av telling, men den faller sammen med mine faglige hovedinteresser, og jeg tror min prioritering av tid retter seg mye etter dem.

SPØRSMÅL 2

Tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp er høyest prioritert. Jeg prøver ellers også å prioritere de sykste, men de med

klarest krav vinner nok ofte mest frem. Pasienter som fremlegger varselstegn på alvorlig sykdom blir prioritert. Men om de har god nok mulighet til å komme frem med dette, er jeg alltid usikker på.

Jeg forsøker å sette opp kontroller etter faglige retningslinjer og utsetter dem systematisk litt hvis jeg er presset på tid.

SPØRSMÅL 3

Forebyggende helsearbeid er en selvfølgelig del av konsulasjonene når pasienter kommer på time, men blir ikke prioritert høyt, og blir ofte behandlet summarisk og overfladisk.

SPØRSMÅL 4

Prioritering av øyeblikkelig hjelp og alvorlig syke pasienter er bevisst og skal holdes høyt i praksisen, men at de som fremfører krav tydeligst styrer hvem som får hjelp, viser at prioriteringene ofte ikke er velbegrunnet og bevisst.

SPØRSMÅL 5

Vi har diskutert prioritering og hvem vi er tilgjengelige for ganske detaljert. Spesielt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp har vi klar en programerklæring om. Det er viktig å ha en klar politikk på det fra medarbeiderens mottak på telefon eller i luka, til behandling hos lege. Selv om vi ikke alltid klarer å ha ledige ØH-timer, skal legen aldri beskytes mot forstyrrelser slik at pasientens sikkerhet kommer i fare.



PAISAJE EN UN PAISAJE (LANDSKAP INN I ET LANDSKAP)

Prioriteringer bak normaltariffen

AV TROND EGIL HANSEN

Hvordan er sammenhengen mellom normaltariffen og prioriteringer, hvilke prioriteringer ligger bak normaltariffen og hvilke prioriteringseffekter har den?

Hvordan man skal bruke økonomiske incentiver for å oppnå politiske mål, er omdiskutert. Det vi vet, er at økonomiske incentiver virker. Men vi vet ikke alltid hvordan de virker. Når det gjelder bruk av økonomiske incentiver overfor leger, vil virkningen bli modifisert. Leger har en sterk drivkraft til å yte gode helsetjenester og fremstå som forvaltere av god faglig praksis. Legenes inntjening i praxisvirksomhet modifiseres sterkt av behovet for å opprettholde tillit hos enkeltpasienter og pasientpopulasjonen.

Finansieringsmodell, tjenesteproduksjon og prioritering

Det kan oppstå spenninger når økonomiske incentiver tas i bruk. Hvis vi ønsker at fastlegene skal arbeide annerledes, bør endringene føre til bedre, og ikke dårligere honorering enn utgangspunktet. Hvis ikke, blir det en form for dobbelkommunikasjon. Hvis vi ønsker at fastlegene skal bruke mer tid på tidkrevende pasienter, kan dette forhindres av dårlig honorering. Tidkrevende pasienter, som for eksempel eldre, multisyke, pasienter med psykiske lidelser og medisinsk uforklarte tilstander, er prioritert i festtalene, men det er ikke tatt i bruk økonomiske incentiver som støtter denne prioriteringen.

Valg av finansieringsmodell påvirker tjenesteproduksjon og prioritering. Stykkprisfinansiering har en tendens til å gi økt tjenesteproduksjon, bortsett fra når prisen er lavere enn kostnaden ved å levere tjenesten. På den annen side vil høy egenbetaling ha en tendens til å gi redusert etterspørsel etter en tjeneste. Full rammefinansiering vil ha en tendens til å begrense tjenesteproduksjon, siden det medfører utgifter å produsere tjenestene.



Trond Egil Hansen

Leder i Allmennlegeforeningen og spesialist i allmennmedisin. Overlege ved Longyearbyen sykehus, Svalbard.

Dersom myndighetene for alvor mener at en økt andel av pasientene skal behandles i primærhelsetjenesten, vil opprettholdelse av stykkprisfinansiering på minst samme nivå som nå (70 prosent) – hvor prisene settes høyt nok i forhold til kostnadene ved å levere tjenestene – være riktig virkemiddel. Samtidig må egenandelen holdes lavere enn det som kan begrense etterspørselen, da etterspørselen etter allmennlegens tjenester nettopp dreier seg om befolkningens tilgang til nødvendige helsetjenester.

Egenandeler og prioritering

Prioriteringseffekter av egenandeler fortjener særskilt omtale. Sykdom rammer ofte skjevt. Personer med dårlig økonomi har i alminnelighet mest helseplager. Egenandeler rammer dermed hardest dem med svak betalingsevne. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og personer med kronisk sykdom kan egenandeler føre til at terskelen for å søke legehjelp blir høy. I et prioriteringsperspektiv er det ueheldig at en konsultasjon hos allmennlege belegges med økt egenandel. Egenandeler rammer blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandeler avskjærer muligheten for konsultasjon hos fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet – og prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten blir umulig.

Dagens egenandelssystem er frikoblet fra prioriteringsmålene slik de er formulert i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Dagens system er et resultat av enkeltvedtak over en lang periode, og er ikke konsistent. Selv om Legeforeningen årlig har spilt inn innsigelser mot egenandelsøkninger, har Stortinget vedtatt å øke disse – i strid

med politikernes løfter om det motsatte. Uansett nivå for egenandeler i helsetjenesten, må helsepolitiske begrunnelser styre hvilke helsetjenester som skal ha egenandeler og størrelsen på disse. Det er behov for en bred gjennomgang av egenandelssystemet, med sikte på å få bedre samsvar mellom egenbetaling og prioriteringer.

Egenandelene legger begrensninger på hvordan refusjons-takstene kan brukes for å støtte ønskede prioriteringer. Det er fordi egenandelene spiser av stykkprisandelen av finansieringen, slik at det blir mindre igjen å bruke til refusjonstakstene i normaltariffen som prioritervirkemiddelet.

Arbeidet med å utvikle normaltariffen

Hvordan utvikles normaltariffen som prioriterverktoy? Legeforeningen arbeider bevisst for å tilpasse normaltariffen for å få bedre incentiver for kronikeromsorg, samhandling, psykiatri- og rusbehandling. Forut for hvert års normaltariffforhandlinger er det en omfattende og grundig prosess knyttet til endringer vi ønsker å få til.

Allmennlegeforeningens styre får innspill fra sitt landsråd, særlig ved tariffkonferansen. Vi får også innspill fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Sist men ikke minst, får vi innspill fra enkeltmedlemmer. Vi mottar gjerne flere henvendelser fra enkeltmedlemmer, men har ikke kapasitet til å svare alle. Noen forslag har også vært fremmet før.

Styret sammenholder innspillene med erfaringer fra tidligere forhandlingsrunder om hva som er mulig og hensiktsmessig å fremme som krav, og vurderer hvilke krav som skal prioriteres og hvilke vi skal la vike. Allmennlegeforeningen spiller inn sine krav til Legeforeningens tariffutvalg, hvor Allmennlegeforeningens krav må «brynes» mot kravene fra Praktiserende Spesialisters Landsforening og Leger i Samfunnsmedisinsk Arbeid. Tariffutvalget er ledet av presidenten, og er ellers sammensatt av representanter fra Allmennlegeforeningen, Praktiserende Spesialisters Landsforening, Leger i Samfunnsmedisinsk Arbeid, Yngre legers forening og Overlegeforeningen. I tariffutvalget og i forhandlingene deltar Legeforeningens forhandlings- og helserettsavdeling med både juridisk, forhandlingsøkonomisk og forhandlingstaktisk kompetanse.

Etter at Legeforeningens krav har gjennomgått nødvendig bearbeiding internt, blir de oversendt motparten i forhandlingene. Motparten er staten representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Helfo og helseforetakene samt KS. Det endelige resultatet beror dels

på rammehandlingene, som avgjør hvor mye midler som blir til fordeling på takstene, og dels på forhandlingene om hvordan disse midlene skal fordeles.

Faglig begrunnelse

Legeforeningens grunnleggende holdning er at takstkra-vene bør ha en faglig begrunnelse, og ikke ha som eneste formål å øke legenes inntekter. Takstkrav som bare har til hensikt å øke legenes inntekter, er mer krevende å argumentere for enn takstkrav som både ivaretar en nødvendig inntektsutvikling og faglige formål. I årets forhandlinger forsøkte Legeforeningen å få til bedre honorering av legens arbeid med tidkrevende pasienter, bedre honorering av legearbeid som det er ønskelig at fastlegene gjør selv – fremfor å henvise – og bedre honorering av samhandling med andre aktører. Det ville samsvare med myndighetenes ønsker for utvikling av primærhelsetjenesten, slik det fremkom i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. I tråd med samme stortingsmelding forsøkte vi i forkant av forhandlingene å få etablert finansiering av forebyggende og oppsøkende virksomhet i regi av fastlegen. Dette er arbeidsoppgaver som samhandlingsreformen tilkjennegir at fastlegene burde gjøre mer av, men som ikke er finansiert i dag.

Finansiering av forebyggende og oppsøkende virksomhet i regi av fastlegen, vil kreve endring av Folketrygdlovens bestemmelse om at stønad ved helsetjenester kun ges ved nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svanger-skapsavbrudd – hvilket utelukker andre ønskede forebyggende tjenester hos fastlegen.

Legeforeningens henvendelse om dette er foreløpig ikke besvart av departementet. Det må anses som oppsiktsvekkende at myndighetene uttrykker ønsker om utvidede arbeidsoppgaver uten at disse finansieres. Det vil være en nødvendig forutsetning for å realisere samhandlingsreformens intensjoner om mer forebyggende tjenester hos fastlegen.

Aktivitetsøkning

Forhandlingene gjennomføres før sommeren. Legeforeningen forsøker å oppnå dekning av økte utgifter og en inntektsutvikling i tråd med samfunnet for øvrig, mens motparten ønsker å begrense statens utgifter. Samtidig burde vi ha en felles interesse i å få et resultat som fremmer god fagutøvelse og gode prioriteringer.

Beregninger i bruk av takstene fra inneværende år legger viktige føringer for forhandlingene. Disse beregningene

bygger dels på tall fra innsendte oppgjør, men må fremskrives for de resterende måneder for å gi et mest mulig riktig bilde av hele året. Disse beregningene kan være omstridte. Alle måneder er ikke gjennomsnittlige hva angår legesøkning og aktivitet hos fastlegene.

Normaltariffforhandlingene de siste årene har hatt som utgangspunkt at takstbruksundersøkelsen har vist en aktivitetsøkning ut over det som partene hadde lagt til grunn ved oppgjøret året før. Dette er i statens øyne en økning i utgifter ut over hva som har vært avtalt. På bakgrunn av dette har staten krevet fratrekk på rammen. Da vi har funnet gode forklaringer på aktivitetsøkningen, har dette redusert statens krav om fratrekk. For det siste året kunne aktivitetsøkningen forklares fullt ut. Statens holdning til aktivitetsøkning i fastlegevirksomhet er generelt utfordrende. Staten har behov for kontroll over sine utgifter, det er forståelig. Det er Stortinget som bevilger refusjonsøkonomien i normaltariffen, og departementet må redegjøre for eventuelt uttak utover det som er bevilget. Det kan likevel ikke bety at aktivitetsøkning utover hva man har forutsett, skal inndras i form av reduserte takster. Økt aktivitet vil øke både inntekter og utgifter i praksisen.

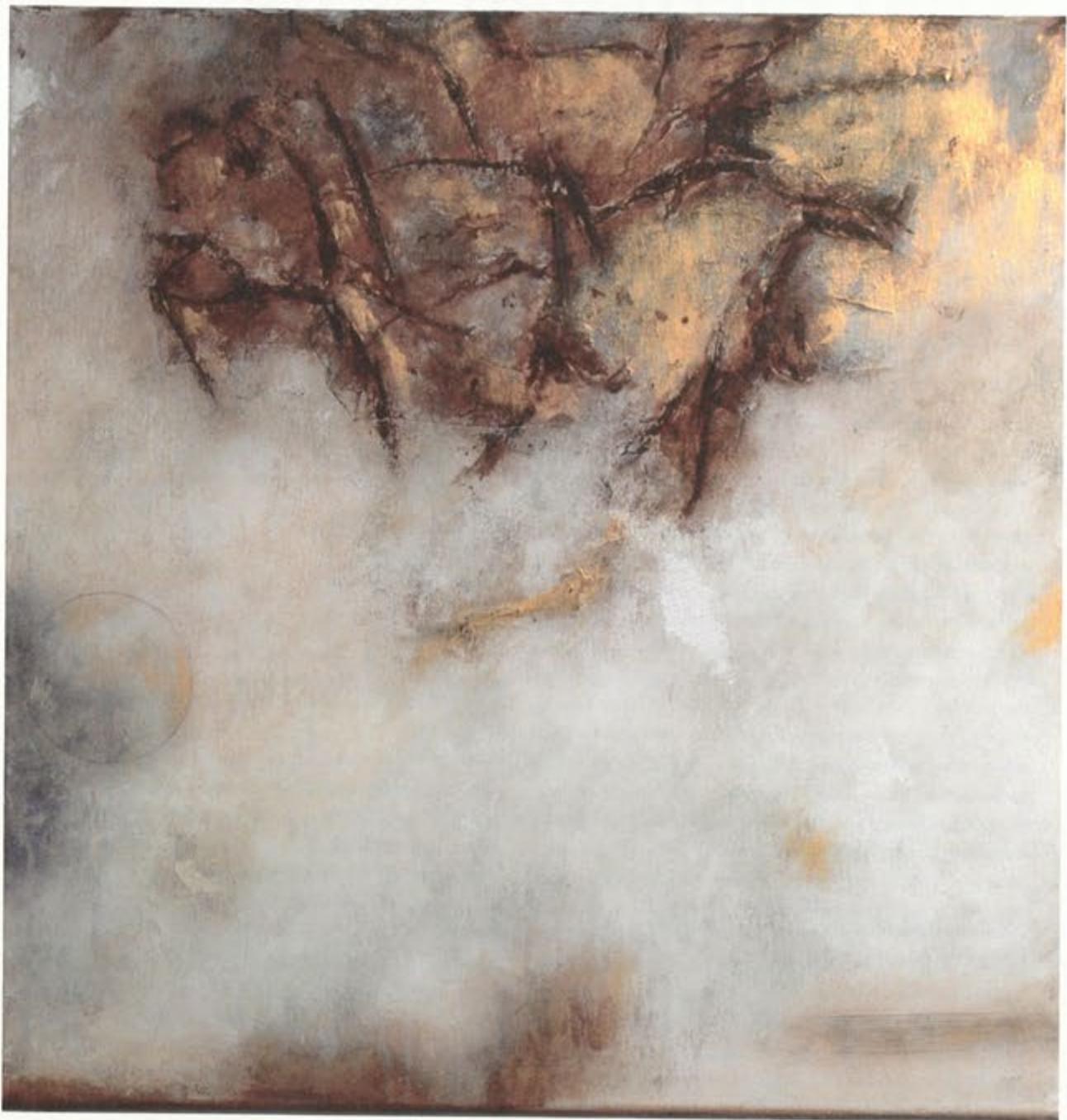
Ivaretar flere formål

Forhandlingene er i seg selv en samhandlingsprosess, hvor man møtes med motstridende interesser med sikte på å bli enige om et resultat. Begge parter må ha vilje til å komme frem til enighet. Hvis man bare står på kravene uten vilje til å finne løsninger, vil forhandlingene ikke føre fram. Det blir mye «gi og ta», og til dels kamelsluking på begge sider, før man kan bli enige.

Det er altså en omfattende prosess som til slutt ender i et forhandlingsresultat. Mange medlemmer lurer på hvordan Legeforeningens forhandlere kan finne seg i et dårligere resultat enn det vi burde hatt. Hvorfor setter ikke Legeforeningen foten ned? Til det er å si at når man skal forhandle seg frem til en avtale, vil det aldri være mulig å oppnå et bedre resultat enn det partene blir enige om.

For å oppsummere: Normaltariffen ivaretar flere formål. Den utgjør en vesentlig del av økonomien i fastlegepraksis. Den skal ivareta nødvendig utgiftsdekning og inntektsutvikling hos legene, og samtidig fremme god kvalitet og fungere som prioriteringsinstrument. Best effekt kan forventes der økonomiske incentiver fremmer det som er omforent god faglig praksis.

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



RAMAS Y LUNA (GREINER OG MÅNE)

Skal fastlegen si nei?

Om prioriteringer i en fastlegepraksis

AV MARTHE WALSTAD OG TOR CARLSEN

«Takk for i dag, da sees vi igjen om tre måneder», sier jeg og slipper ut fra Normann. Fru Normann hadde riktig mange spørsmål på lista i dag, og jeg ser at jeg allerede er 15 minutter forsinket.

Telefonen ringer og helsesekretæren sier: «Ville bare gi beskjed om at jeg har satt inn to nye pasienter på avtaleboka utenom time. På skiftestua er det et barn som har falt og slått seg i barnehagen. Barnet har ikke fastlege her, men jeg kunne ikke avvise dem fordi barnet blødde mye fra et kutt i hodet. Dessuten er det fra Hansen som har tatt feil av dagen og kommet i dag istedenfor i morgen. Hun har tatt drosje hit med ledsager... vi kan vel ikke be dem komme tilbake i morgen? Forresten så har hjemmesykepleien ringt om et hjemmebesøk til herr Madsen i dag – de mener han muligens har hatt et lite drypp. Ringer du dem og avtaler? Siste beskjed er at NAV har ringt og bedt om et dialogmøte innen to uker, jeg har lagt en lapp i hylla di.»

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet mandag kl 1045:

Rådet diskuterer behovet for utbygging av PET-scan i alle deler av landet. Lederen minner om rådets mandat, som er å:

- identifisere områder hvor der er, eller utvikler seg, uakseptable forskjeller i tjenestetilbuddet på tvers av fagområder eller geografi
- vurdere spørsmål knyttet til innføringen av ny og kostbar teknologi/medikamenter
- vurdere fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentre og landsfunksjoner
- vurdere behovet for utvikling av nasjonale retningslinjer
- vurdere arbeidsdelingen mellom de ulike nivåene i helse-tjenesten

To scenarier hvor det tas valg – i tilsynelatende stor kontrast:



Marte Walstad

Spesialist i allmennmedisin, fastlege i Trondheim, veileder i allmennmedisin. Tillitsverv i legeforeningen siden 2002 derav fire år i sentralstyret. Fra 2007 medlem i Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering..



Tor Carlsen

Spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin, kommuneoverlege i Drammen, fylkesveileder for turnusleger i Telemark. Ledet SATS prosjektet for kvalitetsutvikling allmennmedisin 1994–1999. Medlem av kvalitetsutvalg for allmennmedisin 2002–2008. Medlem av Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering fra 2007.

Fastlegen oppfattes ofte som en ekspeditør av uprioriterede oppdrag fra pasienter, hjemmesykepleie, NAV og mange andre. Nasjonalt råd arbeider for rettferdig fordeling av helsetjenestene, og skal bidra til å bedre kvalitet, kostnads-effektivitet og arbeidsdeling i helsetjenesten. Har Nasjonalt råds mandat gyldighet i fastlegehverdagen?

I så fall, hva blir de viktige spørsmålene å ta stilling til for en fastlege?

Vi drodler litt videre etter møtet – Marte, fastlege fra en storby, og Tor, kommuneoverlege fra en litt mindre by.

Noen prinsipper er enkle å slutte seg til: Selv i oljelandet er det ikke rom for å gjøre alt som kan være nytlig. På alle nivåer må vi sette det viktigste foran det mindre viktige. Utgangspunktet for prioriteringer må være etiske prinsipper som er nedfelt i vår helsetjeneste: – rettferdig fordeling, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp og informert medbestemmelse – primum non nocere – vårt første bud er å ikke skade pasienten.

TOR:

Når folk faller mellom stoler i hjelpeapparatet, hender det at jeg som kommunelege kaller på fastlegen, med

utgangspunkt i ansvaret for pasientene på lista. Hva tenker du om listeansvaret? Er det begrenset til at du er en adresse for henvendelser, eller skal du legge til rette for de som ikke har så lett for å henvende seg? Hvordan kan fastlegen ha et gjennomtenkt forhold til å gi mest til dem som har størst behov, slik det står i «de 7 teser for allmennmedisin»?

MARTE:

Dette synes jeg er vanskelig og en kilde til en stadig uro – yter jeg de riktige tjenestene til de riktige pasientene på lista?

I den travle hverdagen føler jeg meg ofte som en ekspeditør som utfører oppgaver andre har bedt om. Kravet til effektivitet gjør det vanskelig å ta seg nok tid til refleksjoner. Avgjørelser må tas her og nå. Pasienter og samarbeidsparter er utålmodige. Det er både enklest og gir mest umiddelbar tilfredshet hos dem som etterspør tjenestene at oppgavene blir utført slik de ber om innen kortest mulig tid.

At jeg som fastlege bør gi mest til de som trenger det mest, er det ikke vanskelig å være enig i. Samtidig medfører patientrettighetene at alle må få anledning til å presentere sine behov for fastleggen, dvs. ingen kan avvises før jeg har vurdert om de har behov for nødvendig helsehjelp.

TOR: Fastlegens åpne tilgjengelighet kan begrense mulighetene for å prioritere gjennom arbeidsdagen. Men hva med muligheten for å planlegge tilgangen for de som har minst evne til å sørge for sine behov?

MARTE:

Å komme fra «ekspeditørrollen» til en bevisst proaktiv fastlegerolle krever at jeg må kjenne pasientene på lista og deres behov. Jeg må ha verktøy til å sortere grad av hast og ha mulighet til å tilby bedre tilgjengelighet til utsatte grupper. Jeg bør kjenne til hvilke pasientgrupper som etter prioriteringsforskriften skal ha rett til nødvendig helsehjelp, ha mulighet til å utsette tjenestene til de som ikke har slik rett og kunne si nei til opplagt urettmessige krav om tjenester.

– Etter 17 år som fastlege på samme liste mener jeg at jeg har god kjennskap til mine pasienter og deres behov, men skulle nok ønske meg et godt statistisk hjelpemiddel i den elektroniske pasientjournalen som kan dokumentere dette bedre.

Sortering av grad av hast betyr at jeg og mine sekretærer må være enig om hvilke pasienter som skal prioriteres først.

Verktøy for å tilby bedre tilgjengelighet til utsatte grupper kan innebære «drop in» for ungdom eller andre grupper som har terskler for å bestille time. Vårt legesenter har «drop in» hver mandag mellom 16 og 18. Timebestilling via sms eller via nettet har vi innført med tanke på å gjøre det lettere for enkelte grupper. Å sørge for at alle kronikere har en ny kontrolltime når de forlater kontoret og ringe opp dem dersom de ikke møter kan hjelpe til med kontinuitet og tilgjengelighet for denne gruppa.

– Skal jeg som fastlege skal ha ansvar for å kalle inn eller oppsøke grupper som til tross for tilrettelagt tilgjengelighet ikke får dekket sine behov?

Jeg ringer opp og tilbyr psykiatriske pasienter eller ruspasienter en ny time raskt dersom de ikke møter. Jeg drar alltid i hjemmebesøk etter anmodning dersom dette er faglig begrunnet.

Men dersom du spør meg om jeg til enhver tid har oversikt over om noen av mine listepasienter har udekke fastlegebehov er svaret negativt. Er det mitt ansvar? Finnes det andre som burde føle det svaret like tungt som meg? Hva med kommuneoverlegen?

TOR:

Enig, det er verken mulig eller ønskelig med en slik rolle. Helsetjenesten skal ikke overta folks ansvar. De pasientene det er viktigst å diskutere her, er ofte i kontakt med andre tjenester, og kommunen må ta ansvar for god kommunikasjon mellom ulike arbeidslag. Samtidig mangler også kommunene gode verktøy for oversikt over innbyggere med behov for tilrettelegging.

MARTE:

Som portner og koordinator har jeg et stort ansvar for å hjelpe pasienter som har behov for det videre i behandlingskjeden og koordinere de helsetjenestene de mottar. Her er det fortsatt store muligheter for å bedre kommunikasjonen innad og mellom nivåene og bedre tilgjengeligheten til tjenester i første- og andrelinjen.

TOR:

Fastlegene blir høyt vurdert blant offentlige tjenestetilbud. Likevel er mange misfornøyd med tilgjengeligheten til time og til å nå lege per telefon. TimeSammeDag-tenkningen bygger på amerikansk dokumentasjon (Murray og Berwick) for ultrakort ventetid gir god arbeidsflyt og ressursnyttelse i praksis. Vil dette redusere fastlegens mulighet til å prioritere arbeidsoppgaver?

MARTE:

Bevisst prioritering av tid er en utfordrende oppgave. Dersom jeg prøver å være tilgjengelig for alle hele tida har jeg erfart at jeg fort gjør meg utilgjengelig for de fleste.

Å tilby god tilgjengelighet for alle grupper betyr sannsynligvis at tilgjengeligheten må være ulik, dvs. at tersklene for å komme til hos fastlegen bør være lavere for utsatte grupper og for de som trenger helsetjenesten mest.

Samtidig kan ikke tilgjengeligheten for noen grupper være så dårlig at de ikke får presentert sitt problem for fastlegen da det er forutsetningen for å bli prioritert for helsehjelp innen en forsvarlig tidsramme.

Å nå begge disse målene stiller krav til hele legekontoret, men er nødvendig for å få til god prioritering av oppgavene.

Men det er også andre faktorer som bidrar til ulik tilgjengelighet som vi som fastleger bør ha fokus på. Jeg har erfart at egenandeler på tjenestene mine kan være et hinder for å ta kontakt for ungdom, rusmisbrukere, psykiatriske pasienter og pasienter med svak økonomi.

Det er derfor på høy tid at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester nå skjermes for egenandeler.

TOR:

Fastlegene blir oppfordret til å finne og behandle individer med risikofaktorer for sykdom på en rekke områder. Dersom retningslinjene skulle følges fullt ut, ville størstedelen av arbeidstiden gå med til dette. Følgen kan bli at legens ressurser for å ta imot og behandle syke, blir små. Opplever du en prioriteringsklemme her?

MARTE:

Svaret er JA.

Jeg synes det er opplagt at de syke må komme før de friske. Men hvor lite er det forsvarlig å gi friske risikoindivider? Dette er en vanskelig fordelingskabal som jeg strever med daglig. Medikaliseringssproblemene med sykeliggjøring er sterkt tilstede.

Det er vanskelig for personer som blir satt på flere ulike medisiner med mulige bivirkninger å fatte at de egentlig er friske og at det vi behandler hos dem bare er risikofaktorer.

TOR:

De helseøkonomiske vurderingene av medikamentell risikointervasjon tar ikke hensyn til disse faktorene, og vi opp-

når sjeldent de samme resultatene i praksis som i studiene som anbefalingene bygger på. Fastlegene bør prioritere og få den enkelte til å forstå best mulig hva avgjørelsen om medisinering handler om.

Fastlegen skal forvalte samfunnets goder og sørge for nødvendige helsetjenester. Vi har ingen forskrift om prioritering for kommunehelsetjenesten å støtte oss til. Men er det ikke nødvendig noen ganger å si nei? Til pasientens ønske om utredning av symptomer med lav risiko, behandling med liten utsikt til helsegevinst, eller endog overvekt av risiko for bivirkninger?

MARTE:

Jeg tror det er helt nødvendig å si nei.

Som de fleste fastleger opplever jeg av og til å bli presset til å skrive henvisninger som er dårlig begrunnet; attester som er på grensen, skrive resepter på medikamenter man har liten tro på skal gi helsegevinst eller delta på samarbeidsmøter uten gevinst for pasienten.

Burde prioriteringsforskriften omfatte hele behandlingskjeden, dvs. også kommunehelsetjenesten? Som fastleger møter vi ofte de tidlige pasientforløp og de uavklarte lidelsene. Det blir en utfordring å skulle dekke dette i en prioritieringsveileder. Men jeg tror det er et behov for en faglig konsensus om prioritering også i allmennlegetjenesten som dekker diagnostikk, valg av behandling og henvisning til 2.linjen. Det krever en økt forskningsinnsats i allmennlegetjenesten på hva er som er god praksis og på hvilke behandlingsmetoder som virker best. Da har vi et bedre grunnlag for å si nei.

Det er mye som tyder på at vi i framtida i større grad vil bli målt på kvalitet i tjenestene våre. Da blir det viktig fortsatt å bidra i dugnaden for at alle fastleger skal bli spesialister – ved å stille opp som veileder og foredragsholder i etterutdanningen. Og vi trenger kunnskap, tid og verktøy for at kvalitetsutvikling skal bli en naturlig del av fastlegehverdagen.

Jeg har erfaring for at dersom jeg vegrer å si nei og henviser pasientene til tjenester i 2.linjen, blir de sjeldent stoppet der. Jeg tror at i de fleste tilfellene hvor erfarte allmennleger vurderer at det ikke er grunnlag for en tjeneste kan vi trygt si nei. Erfaringene mine er at pasientene oftest lytter til de vurderingene som gjøres av den fastlegen de har kjent over tid. Et vi i tvil tror jeg at vi i større grad bør diskutere situasjonen med en erfaren kollega i allmennpraksis eller på lokalsykehuset før vi eventuelt sender henvisningen.

TOR:

Vi må styrke konsensus om oppgavedeling mellom første og andre linje, og vi trenger en fagkultur som støtter opp, både i fastlegekorpsset og i spesialisthelsetjenesten. Vi trenger flere fastleger for å møte økte oppgaver i kommunehelsetjenesten, men flere hjemler uten denne fagutviklingen vil sannsynligvis gi økt antall henvisninger til spesialist, og økte forventninger om spesialisthelsetjenester.

Referanser

Murray M, Berwick DM. JAMA 2003; 289: 1035–40. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
mwalstad@online.no / carlsen.tor@gmail.com





Tiltak utenfor helsetjenesten for å fremme fysisk aktivitet – hva virker?

AV EVA DENSION OG ATLE FRETHEIM

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Helsedirektoratet gått systematisk gjennom individrettede og grupperettede tiltak som kan bidra til at voksne blir mer fysisk aktive. Programmer basert på sosial støtte, og støtte via internett eller telefon var de tiltakene som hadde den beste dokumentasjonen.

Det er en godt dokumentert sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og redusert risiko for en rekke sykdommer, for eksempel hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, type-2-diabetes, kreft og beinskjørhet (1). I Norge anslås at kun 20 prosent av befolkningen etterlever gjeldende anbefalinger om fysisk aktivitetsnivå (2).

Anbefalinger om fysisk aktivitet

I følge Helsedirektoratet bør alle voksne mennesker være fysisk aktive i aerobic aktiviteter i minimum 30 minutter, helst hver dag (2). Aktivitet bør pågå i minst 10 minutter for å telle og intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask gangtur. I tillegg anbefales øvelser for å vedlikeholde og forbedre muskulær styrke to ganger i uken. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette (3, 4). For eldre (+ 65) og personer med kroniske sykdommer (alder 50–64) gjelder samme anbefalinger, men med presisering av at anstrengelsesnivået må tilpasses kondisjonen til den enkelte slik at middels intensitet kan være en langsom gangtur for noen og en rask gangtur for andre. Videre anbefales øvelser eller aktiviteter for å vedlikeholde eller forbedre smidighet og balanse (5).

Konsekvenser av fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet er beregnet å forårsake ca. 6,5 prosent av all dødelighet og 3,3 prosent av sykdomsbelastningen, målt



Eva Dension

(f. 1955), fysioterapeut, dr.med. og dosent i fysioterapi; forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for forebygging og internasjonal helse.



Atle Fretheim

(f. 1968), dr.med. og forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; førsteamannusis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

ved funksjonsjusterte leveår, i Europa, USA og vestlige stillehavsland (6). For Norge er det anslått at fysisk inaktivitet forårsaker 3,1 prosent av sykdomsbelastningen for menn og 2,6 prosent for kvinner (7).

Tiltak for å øke fysisk aktivitetsnivå i befolkningen

Tidligere oppsummert forskning om effekt av tiltak for å fremme fysisk aktivitet har stort sett dreiet seg om tiltak innen helsetjenesten (8). En systematisk oversikt fra det svenske SBU (9) viste at rådgivning, veiledet trening og individuelt tilpassede treningsprogrammer, samt tiltak baserte på teorier om aferdsendring i regi av helsetjenesten førte til en moderat økning av aktivitetsnivået på kort og middels lang sikt. En systematisk litteratuoversikt fra engelske NICE

viste at tiltak i lokalmiljøet, på arbeidsplasser, blant eldre, blant minoritetsgrupper og blant personer med fysiske funksjonsnedsettelser ikke var godt nok dokumentert til at det kunne konkludere med tanke på hva som virker (8).

Helsedirektoratet gav Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten i oppdrag å utføre en oversikt over systematiske oversikter om effekter av individrettede og befolkningrettede tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne. Oppdraget er en del av Helsedirektoratet sitt bidrag til en nasjonal strategi for økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Nivåer for oppsummeringer av forskning

- En studie (f. eks. et randomisert kontrollert forsøk)
- Systematisk oversikt over enkeltstudier*
- Oversikt over systematiske oversikter*

*Kunnskapssenteret utarbeider slike kunnskapssoppsummeringer for det norske helsevesenet

Metode

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk og inkluderte systematiske oversikter som ble vurdert å ha høy metodisk kvalitet (ved bruk av standardiserte sjekklistene). Fra oversiktene hentet vi ut resultater for grad av fysisk aktivitet målt som atferd eller energiforbruk. Vi tok også med kondisjon som utfall fordi det korrelerer med fysisk aktivitet i befolkningen.

Alle trinn i prosessen ble utført av to medarbeidere uavhengig av hverandre.

Metodeverktøyet «GRADE» (Grading of Recommendations, Assesment, Development, and Evaluation, www.gradeworkinggroup.org) ble brukt for å vurdere kvaliteten på den samlede dokumentasjonen. Metoden viser hvilke kjennetegn ved studiene som er vurdert og styrker og svakheter ved disse. Dersom det er svakheter i måten studiene ble utformet og gjennomført på, kan kvalitetsbedømmelsen bli nedjustert ett trinn (til «moderat kvalitet»), eller ved svært alvorlige svakheter justeres ned to trinn (til «lav kvalitet»). Hvis forsøkene i tillegg har relativt få observasjoner (lite data), kan kvaliteten nedgradieres ytterligere (til «veldig lav kvalitet») (10).

Resultat

Litteratursøket resulterte i totalt 1461 publikasjoner som ble gjennomgått (titler og sammendrag). Etter en vurdering av relevans og kvalitet endte vi opp med ni systematiske oversikter som inngikk i vår oppsummering.

Individrettede tiltak som var vurdert i systematiske oversikter:

- Rådgivning, trening og undervisningsmateriell
- Tiltak med kulturelt tilpasset materiell
- Programmer basert på sosial støtte
- Elektronisk, individuell tilpasset støtte til økt fysisk aktivitet
- Kort rådgivning basert på individets motivasjonsnivå
- Støtte via Internett eller telefon
- Undervisning og trening i gruppe
- Skritteller, brukt vanligst sammen med rådgivning og selvhjelpmateriell
- Programmer for å oppmuntre til aktiv pendling
- Initiativ for å oppmuntre til bildeling i lokale nabolag

Oppsummeringen av individrettede tiltak viste at:

- programmer basert på sosial støtte økte
 - tid brukt på fysisk aktivitet med 44 prosent
 - hyppighet av fysisk aktivitet med 20 prosent
 - kondisjon med fem prosent
- støtte via internett eller telefon økte tid brukt på gangturer med 47 minutter per uke.

Vi vurderte kvaliteten på den samlede dokumentasjonen som moderat, som innebærer at vi mener det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effekt-estimatene.

Befolkningsrettede tiltak som var vurdert i systematiske oversikter:

- Bruk av skilt ved heiser og rulletrapper som oppfordrer til å bruke trappa
- Individualisert markedsføring av miljøvennlige transportmåter til husholdninger
- Kampanjer i media
- Kampanjer i lokalmiljøet
- Bedre adgang til anlegg og områder for idrett og fysisk aktivitet
- Tilrettelegging av veier og gater for fysisk aktivitet
- Overordnet byplanlegging og arealbrukspolicy

Oppsummeringen av befolkningsrettede tiltak viste at:

- bruk av skilt ved heiser og rulletrapper som oppfordrer til å bruke trappa økte antall personer som tok trappene med 50 prosent
- kampanjer i lokalmiljøet økte
- antall fysisk aktive med fire prosentpoeng
- energiforbruk med 16 prosentpoeng
- forbedret adgang til anlegg og områder for idrett og fysisk aktivitet økte kondisjon med fem prosentpoeng

Vi vurderte kvaliteten på den samlede dokumentasjonen som lav, som innebærer at vi mener det er svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimatene.

Diskusjon

Totalt er mer enn 120 primærstudier inkludert i de systematiske oversiktene vi tok med i vår rapport – et betydelig kunnskapsgrunnlag. Det er hovedsaklig to forhold som bidrar til at vi valgte å nedgradere kvaliteten på den samlede dokumentasjonen: studiekvalitet og manglende presisjon i effektestimatene. Det betyr ikke at tiltakene ikke virker, men at vi er usikre på om de gjør det.

En gjennomgående og betydelig svakhet i de systematiske oversiktene som vi har inkludert er at de ikke har oppgitt utgangs- eller sluttverdier for tiltaks- og kontrollgruppene, men kun har rapport på forskjeller mellom gruppene. Dette er problematisk fordi vi ikke kan si noe om den faktiske størrelsen på resultatene.

En annen utfordring i tolkningen av mange av resultatene er at det som regel er snakk om sammensatte tiltakspakker som i stor grad overlapper med tanke på hvilke enkelttiltak som har vært benyttet.

Styrken ved å oppsummere kunnskapsstatus på denne måten er blant annet at vi har utført et systematiske litteratursøk og at vi har sørget for uavhengige vurderinger av publikasjoner for inklusjon, metodisk kvalitet og kvalitet på det samlede kunnskapsgrunnlaget. Oversikter over systematiske oversikter av den typen vi har utarbeidet er godt egnet til å besvare den typen brede spørsmål det her er snakk om, og når det finnes mange studier av relevante tiltak. Noen viktige begrensninger er at vi er nødt til å stole på vurderinger som er gjort av forfatterne av de systematiske oversiktene, f. eks. når det gjelder kvaliteten på den enkelte studie. Vi kan heller ikke kan si noe om påliteligheten til metodeene som ble brukt for å måle fysisk aktivitet i studiene. Ytterligere begrensninger er at oversikter over systematiske oversikter raskt kan gå ut på dato fordi nyere forskningsfunn ikke fanges opp. Dessuten vil relevant forskning som ikke er systematisk oppsummert nødvendigvis ikke inngå i en gjennomgang av systematiske oversikter. På den annen side er det god grunn til å legge langt større vekt på resultater fra systematiske oversikter enn funn fra enkeltstudier.

Rapporten (11) er tilgjengelig på Kunnskapssenteret sin hjemmeside (www.kunnskapssenteret.no).

Referanser

- Kesaniemi Y, Danforth Jr E, Jensen M, Kopelman, Lefebvre P, Reeder B. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33:S531–S538.
- Anderssen S, Hansen B, Kolle E, Steene-Johannessen, Børheim E, Holme I, Kanl-gruppen. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39:1423–34.
- Jansson E, Anderssen S. Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I: Bahr R redaktør. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. (Rapport IS-1592.)
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, King AC, Macera CA, et al. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39:1435–45.
- World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. The World Health Report. Geneva: The World Health Organization; 2002.
- World Health Organization. Highlights on health in Norway. WHO Europe. Geneva: The World Health Organization; 2006.
- Hillsdon M, Foster C, Cavill N, Crombie, H, Naidoo B. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. Evidence briefing, 2nd edition. London: National Health Services, Health Development Agency; 2005.
- SBU. Metoder for att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 181.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2.utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
- Denison E, Underland V, Nilsen ES, Fretheim A. Effekter av tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 19-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
eva.denison@kunnskapssenteret.no
attle.fretheim@kunnskapssenteret.no



Pilar Pedraza

Spansk maler født og bosatt i Madrid, Spania. Universitetsgrad i moderne historie og samtidshistorie. Pedraza underviste på fulltid frem til 1996. Siden har hennes hovedaktivitet vært å male. Hun har gjennomført en rekke workshops i maleri, tegning og design. Pilar Pedraza har deltatt på flere utstillinger i Spania, og i 2002 hadde hun utstilling med spanske og japanske kvinnelige malere i Fukuyama Museum of Contemporary Art i Hiroshima, Japan. Finalist og Hederlig Omtale-pris for maling i flere tilfeller. I løpet av sin karriere har hun utviklet seg fra urbane landskap til mer abstrakte temaer i den siste perioden, men aldri bort fra innslag av figurative elementer. Hennes siste verk er supplert med stadige referanser til orientalsk estetikk og små japanske haikus. Kunstnerens arbeid viser fortsatt en rivende utvikling.

WEB: <http://pilarpedraza.es/>

