

Høie ambisjo

Helseminister Bent Høie

■ INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ OG TOM SUNDAR

Bent Høie vil heller snakke om pasientenes helsevesen enn helsevesenets pasienter. Statsrådens helsepolitiske vokabular omfatter begreper som pasientmakt og brukermedvirkning, fritt behandlingsvalg, sammenhengende diagnoseforløp og tverrfaglig kompetanse. Hva er realiteter og hva er retorikk når spørsmålet kommer til primærhelsetjenesten?

Sundvollen-erklæringen fra i fjor høst – oftere omtalt som regjeringsplattformen – tar til orde for å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene og forbedre samordningen av det totale helsetilbudet i primærhelsetjenesten. Dokumentet lanserer en rekke tiltak for å få dette til, og her skal du få et destillat: å løfte den generelle kompetansen i kommunehelsetjenesten, å styrke fastlegetjenesten, å tilpasse refusjonssystemet for å knytte flere helsepersonellgrupper til fastlegekontorene, å innføre kvalitetskrav i legevaktjenesten, å reversere kommunal medfinansiering i samhandlingsreformen, å bedre mangfoldet av tilbud innen palliasjon og å bygge ut jordmortjenesten.

Intet mindre. Men står regjeringens ambisjoner fortsatt ved lag, eller er Sundvollens primærmedisinske vyer blitt mørklagt av en altoverskyggende reservasjonsdebatt? *Utposten* søker svar – og audiens – hos mannen som i et halvt år har vært i Helse-Norges fører sete. Bent Høie tar vel imot oss i en sen ettermiddagstime i Helse- og omsorgsdepartementet i hovedstaden.

– Jeg trenger litt energi etter så mange timer på Stortinget, smiler han, og plukker med seg en innbydende skål sjokoladebiter, strategisk plassert på vei inn til kontoret. Noen strakser senere sitter vi klar ved statsrådets møtebord.

– Velkommen skal dere være. Og bare forsyn dere, sier han med et lunt smil, idet han peker på kaffekoppene og den fristende sjokolade-

skålen som han har plassert midt på bordet. Han lener seg tilbake i stolen og folder hendene over bakhodet: – Da er jeg klar for *Utposten*.



Egen primærhelsetjenestemelding

UTPOSTEN: Leger og helsepersonell som har sitt daglige arbeid i helsevesenet, spør seg: Gjør det egentlig noen forskjell hvem som er helseminister – om det er Høie, Gahr Støre eller Strøm-Erichsen? Hva har statsråden å si til dem?

– Vi har ulik politikk, ulike prioriteringer og ulike saker vi jobber med. Det er poenget – og det kommer til å gjøre en forskjell. Politikken som føres betyr mer enn akkurat hvem som sitter på statsrådsposten. Hadde det ikke vært slik, ville jeg ikke drevet på med dette.

UTPOSTEN: Etter et halvt år i statsrådsstolen: Hva gleder og hva frustrerer deg mest i helsevesenet?

– Det som gleder meg, er tanken på alt det fantastiske arbeidet som gjøres hver dag i norsk helsetjeneste. Vi får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som opplever dette og er takknemlig for den helsetjenesten vi har. Jeg er ikke en person som lett blir frustrert, men jeg har jo mye som jeg ønsker å jobbe med, forbedre og endre.

Jeg er opptatt av møtet mellom pasienten og helsevesenet – og at vi tar utgangspunkt i pasientens opplevelse når vi organiserer helsetjenesten. Vanligvis skal det mye til å gjøre meg frustrert, men de gangene det skjer i helsepolitikken, er det som oftest når jeg opplever at andre hensyn enn pasientens beste har vært i førersetet i en bestemt sak.

UTPOSTEN: Hvordan opplever du rollen som statsråd?

– Iblant hører jeg folk si: Stakkers deg, du har jo fått uriasposten i regjeringen! Men saken er at jeg har jobbet med helsetjenestespørsmål i mange år. Jeg er vant til engasjement og en del temperatur – det er ut-

ner

trykk for at saker betyr mye for folk, at ting virkelig er vesentlig. Det tror jeg også helsearbeidere og ledere i helsetjenesten gjør – de drives av det samme, av den samme motivasjon som ligger i å vite at ting betyr mye for folk.

UTPOSTEN: Kan du «finne fem feil» i dagens Helse-Norge – ting du ønsker å rette på?

– Vi jobber med endringer i hele helsetjenesten. En ny folkehelsemelding er på trappene, vi er i gang med den første stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, en ny nasjonal helse- og sykehusplan, vi arbeider med å innføre fritt behandlingsvalg og er i gang med en opptrappingsplan for rus og rehabilitering. Der har jeg nevnt fem planer som gjenspeiler store utfordringer.

– La meg si litt mer om hvorfor vi lager en primærhelsetjenestemelding. Min analyse er at pasientene som mottar helsehjelp på kommunenivå, i for stor grad blir møtt av en silo-organisert helsetjeneste, det vil si en helsetjeneste som ikke er godt nok tuftet på tverrfaglig samarbeid. Fastlegene har behov for flere kolleger, jeg tenker da på psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter. Og pasientene på sin side må få oppleve mer robuste og sammenhengende tjenester der tilbyderne tenker mer helhetlig. Derfor er det på sin plass å beskrive hva primærhelsetjenesten skal gjøre. Her vil jeg trekke inn regjeringens store prosjekt: en kommunereform som skal sikre gode og robuste velferdstjenester. Det er det store bildet. Så mener jeg at det innen spesialisthelsetjenesten er altfor mange pasienter som venter unødvendig lenge på behandling uten at det er medisinsk begrunnet, at det skjer for mange feil fordi en ikke har tenkt nok rundt pasientforløp. Helsetilsynets gjennomgang av risiko i norsk kreftbehandling fra 2010 viser at det skjer feil i forbindelse med diagnostisering, feil som med stor sannsynlighet kan få alvorlige konsekvenser og eventuelt dødelig utgang for noen pasienter. Konklusjonen i den rapporten er at når tjenes-



Den kommende primærhelsetjenestemeldingen skal rette oppmerksomheten mot sammenhengende tjenester og behandlingsforløp, sier helseministeren.

ter blir brutt opp og fragmentert, øker risikoen for feil. Jeg arbeider derfor for å redusere både ventetid og behandlingsforløp. Dette vil gi mer sammenhengende tjenester og bedre behandlingsresultater for pasientene.

UTPOSTEN: Vi må få skyte inn: Et irritasjonsmoment i fastlegenes hverdag knytter seg til dagens henvisningspraksis når det gjelder pasienter som blir vurdert i spesialisthelsetjenesten. Når en spesialist vurderer det slik at en pasient bør tilses av en annen spesialist, er det dessverre for ofte slik at pasienten blir sendt tilbake til fastlegen – istedenfor at spesialisten selv henviser

videre i systemet. Dette skaper unødige opphold i pasientforløpet. Er ikke det meningsløst?

– Det har jeg planer om å gjøre noe med. Pasienter med uklare symptomer blir altfor ofte sendt frem og tilbake mellom spesialistundersøkelser og fastlegen. Dette gjentar seg gang på gang. Vi ønsker derfor å etablere diagnosesentre ved de største sykehusene. Ved å samle kompetanse og utstyr ved slike sentre, vil pasientene få raskere diagnostisering og mer sammenhengende diagnoseforløp. Erfaringer fra blant annet Danmark viser dette. Min plan er å starte med kreft, men modellen bør også gjelde andre sykdomskategorier.



Kunsten å kommunisere

Statsråden ønsker seg bedre dialog i helse-tjenesten: bedre dialog mellom pasient og lege og mellom fastlegene og spesialist-helsetjeneste. Er dialogen god, blir helse-tjenesten bedre – og pasientene får bedre hjelp, poengterer han.

– Spesialisthelsetjenesten driver med dia-gnostikk og behandling, men det er jo fast-legen og pasienten som er spesialister på pasientens vanlige helse. Når de er enig om at noe er galt og det er behov for videre ut-redning, må dette tas på alvor av spesialist-helsetjenesten – som på sin side må bli flin-kere til å samarbeide med fastlegene, sier Bent Høie.

Han viser til en samhandlingsmodell

som Ringerike sykehus har tatt i bruk, en modell han omtaler som både enkel og ge-nial: – Der har man tatt i bruk helt ny og revolusjonerende teknologi, nemlig tele-fonsvarer, sier Høie med smittende latter. – I praksis går det ut på at dersom fastlegen har mistanke om at en pasient har kreft, kan legen ringe inn sitt navn og telefon-nummer. Så vil en sykehusspesialist ringe tilbake innen 24 timer og snakke direkte med fastlegen og drøfte det aktuelle syk-domstilfellet. Og hvis de to er enige om at det er behov for videre utredning, blir pasi-enten innkalt i løpet av nærmeste døgn. Det som da skjer i den samtalen – og det er jeg veldig opptatt av – er for det første at pasienten får en rask avklaring om veien

videre. For det andre blir fastlegen og spe-sialisten kjent med hverandres utfordrin-ger. De lærer – for hver samtale – mer om hverandres kliniske hverdag. Jeg tror man-ge misforståelser og feil i helsevesenet skyldes at folk ikke snakker godt nok med hverandre. Ikke minst gjelder det kommu-nikasjon mellom fastleger og spesialister.

UTPOSTEN: Bedre kommunikasjon mellom fastleger og spesialister forutsetter at det finnes gode systemer for elektronisk til-bakemelding. I dag kan fastleger henvise elektronisk, men vi kan ikke få raske til-bakemeldinger. Hva tenker du om det?

– Det vil jeg også gjøre noe med. Vi frem-mer derfor et lovforslag som åpner for at

helsepersonell ikke er avhengig av å «melde» til hverandre, men at man kan hente og dele informasjon mellom ulike juridiske enheter. Når lovverket kommer på plass, blir neste utfordring å lage IKT-systemer som kan håndtere det.

UTPOSTEN: Du har sagt litt om primærhelsetjenestemeldingen. Vil den danne et grunnlag for nasjonal sykehusplan?

– Ja, tanken er å fremme primærhelsetjenestemeldingen neste vår og nasjonal sykehusplan høsten 2015. Meldingen blir dermed et viktig fundament for planen. Primærhelsetjenesten har tidligere ikke hatt «sin egen» stortingsmelding. Primærhelsetjenesten blir ofte omtalt som et slags «noe» som kommer før spesialisthelsetjenesten eller et «noe» som eksisterer i tillegg til pleie- og omsorgssektoren. Det er på tide å formulere hva vi faktisk ønsker og forventer av kommunale helsetjenester til befolkningen. Samhandlingsreformen tar til orde for at flere oppgaver skal overføres til kommunene, men den definerer ikke godt nok hva disse oppgavene og tjenestene skal være. Dersom vi skulle skissere en ideell kommunehelsetjeneste for alle norske kommuner – fra Utsira til Oslo – kunne vi ikke ha for høye ambisjoner, fordi mange kommuner er for små enheter til at de er i stand til å innfri. Regjeringens ambisjoner for primærhelsetjenesten går langt ut over det som er mulig å få til med dagens kommunegrenser, understreker Høie.

Øyeblikkelig hjelp-senger

Statsrådets vyer bringer samtalen videre til samhandlingsreformen. Vi påpeker at reformen stiller store krav til kommunene – og for mange små kommuner er kravene større enn hva de er i stand til å levere og håndtere. Særlig gjelder det pålegget om å etablere kommunale øyeblikkelig hjelp-senger, som skal representere et alternativ til sykehussengeplasser – men av minst like god kvalitet. Det stilles krav til at leger skal være tilgjengelig på kort varsel for å betjene disse sengene, hvilket betyr at mange små kommuner ønsker slike senger i kommunen.

UTPOSTEN: For små kommuner kan en slik desentralisering være vanskelig å forene med den parallelle sentraliseringen av ulike tjenester, her tenker vi blant annet legevakt. På den ene side vil kommunene redusere vaktbelastningen for legene, men på den annen side skal man tilfreds- stille nye krav som samhandlingsreformen og nødnettstiller. Her ligger det et

bemanningsparadoks når det gjelder bruken av legeressurser. Hvilke tanker gjør du deg om dette?

– Det foreligger ekspert anbefalinger om at kommunens befolkningstørrelse som et minimum bør være 10–12 000 innbyggere dersom samhandlingsreformen skal fungere. I det minste må vi sikre at det finnes god nok kompetanse til å drive kommunale øyeblikkelig hjelp-senger. Her finnes gode eksempler fra samarbeidende kommuner, blant annet i Østfold. Systemet forutsetter også kvalitets- og kompetansekrav til legevaktstjenesten. Dette vil vi arbeide videre med i primærhelsetjenestemeldingen.

Mer profesjonssamarbeid

Høie forteller at mye av hans strategiske tenkning rundt primærhelsetjenesten ble inspirert av et besøk ved Sunnfjord medisinske senter i Florø for noen år siden. I Florø er fastlegene samlokalisert med helsestasjonen, psykolog og ikke minst det desentraliserte tilbudet fra Helse Førde. Her er det avtalespesialister, både kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter; her er optiker, apotek og NAV-kontor.

– Vi snakker nærmest om en komplett primærhelsetjeneste samlet på ett sted. Går vi til Sverige, ser vi en parallell struktur i vårdsentralene. For meg fremstår slike enheter som foregangsmodeller for primærhelsetjenesten i Norge.

UTPOSTEN: For en del år siden konkluderte Helsedirektoratet med at det var behov for 2700 nye fastleger. Også Legeforening og ulike fagmiljøer påpeker at allmennlegetjenesten må styrkes med flere fastlegehjemler og videreutvikles med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Samtidig vet vi at en rekke områder av landet, spesielt utkantstrøk, har vansker med å rekruttere unge leger til fastlegearbeid. Hva tenker statsråden rundt denne utviklingen?

– Ja, vi har behov for flere fastleger. På mange steder er primærhelsetjenesten preget av ustabil legedekning og vikarstafetter. Dessuten eldes befolkningen og dermed vil flere få bruk for fastlegetjenester. Vi ser også at aldersprofilen for fastlegene går i samme retning, og at avgangen derfor vil øke i årene som kommer. Skal fastlegearbeidet bli mer attraktivt, må vi satse mer på å bygge opp primærmedisinske enheter som gir legene faglig fellesskap og større trygghet, slik jeg har vært inne på. Den tenkningen som gjaldt for bare en generasjon siden, at leger startet opp egen praksis med all den risikoen det innebar, finner vi

ikke i samme grad hos dagens unge leger, hvor flertallet er kvinner. Så bør vi åpne for at andre helsepersonellgrupper kan overta en del av fastlegenes oppgaver. Her tenker jeg for eksempel på spesialutdannede sykepleiere som kan avlaste fastlegene i oppfølgingen av pasienter med kroniske lidelser og sammensatte helseproblemer. Dagens refusjons- og finansieringssystem legger ikke til rette for dette, og det er et spørsmål jeg ønsker å ta opp i PHT-meldingen.

Vi benytter anledningen til å vise statsråden noen artikler i *Utposten* nr 1/2014 som omhandler nettopp økt bruk av sykepleiere til primærmedisinske oppgaver – en ordning som er etablert i flere land, deriblant USA. Bent Høie bekrefter at dette er i tråd med hans egne visjoner, og en ønsket utvikling i norsk primærhelsetjeneste.

UTPOSTEN: Hva så med behandling av psykiske lidelser i primærhelsetjenesten? Vil statsråden arbeide for å styrke psykologtilbudet i kommunene?

– Det er behov for flere psykologstillinger, og det er naturlig at psykologer samarbeider med fastleger og skolehelsetjeneste. Ved vårdsentralen på Gustavsberg utenfor Stockholm er det om lag 20 leger og 10 psykologer, en fordeling de mener samstemmer med pasientens behov for helsehjelp. Der er det ikke snakk om å henvise den enkelte pasient til en psykolog i byen, men å sørge for at vedkommende får hjelp der og da. Somatiske og psykiske helseplager er ofte sammenvevd, – og da er det viktig å ha arenaer der leger og psykologer arbeider sammen. Det gir en verdifull dynamikk og en ny måte å tenke på i pasientbehandlingen – ikke minst i legevaktarbeidet. Et slikt system vil være til stor hjelp for pasienter med rus- og psykiatriproblemer.

UTPOSTEN: Hva mener du må til for å styrke kapasiteten i fastlegeordningen?

– Kapasiteten i fastlegeordningen vil bli en viktig sak i primærhelsetjenestemeldingen. I år bevilger regjeringen ca. 50 millioner kroner til rekrutteringstiltak. På lengre sikt må vi satse mer på å bygge opp robuste og tverrfaglige fellesskap, der fastlegene får avlastning på ulike områder ved at andre helsepersonell overtar visse oppgaver. På samme måte må vi bygge opp en robust legevaktstjeneste som er sterkt integrert i primærhelsetjenesten. Nok et fornuftig tiltak vil være å stille krav til fastlegene om spesialisering i allmennmedisin. Alt dette dreier seg om å styrke kompetanse og robusthet i hele primærhelsetjenesten, noe som også vil gjøre det mer attraktivt for leger og helsepersonell å jobbe der.

Brukermedvirkning

Rus og psykiatri er erklærte satsningsområder for regjeringen. Tilbudet til mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer skal styrkes, både ved å satse mer på forebygging og ved å bygge ut lavterskeltilbudet i kommunene. Et sentralt begrep i denne sammenhengen er brukermedvirkning – noe statsråden har gjort seg til talsmann for ved en rekke anledninger.

UTPOSTEN: Hvordan skal vi forstå og operasjonalisere «brukermedvirkning» i arbeidet med mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer?

– Brukermedvirkning handler om alt fra behandlingen av og tilbudet til den enkelte. La meg si det slik: «I helsetjenesten skal det ikke være noen beslutninger om meg uten meg». Det gjelder ikke minst mennesker med rusavhengighet og psykiske helseutfordringer. Det å involvere pasientene i behandlingsstrategier er et aspekt ved dette, det annet er brukervirkning helt opp til mer overordnede strategier om hvordan vi skal utvikle helsetjenesten. Når vi nå skal oppnevne tre ekspertgrupper for nasjonal helse- og sykehusplan, har jeg sagt at én av disse gruppene skal være brukere. Brukerstemmen skal høres på alle nivåer. Jeg mener at pasientene er de mest radikale endringsagentene vi har i helsetjenesten.

Hvis vi i arbeidet med å utforme helsetilbudene hadde spurt pasientene hvordan de ville ha det, tror jeg at ting ville være ganske annerledes.

– Brukerstyrte senger er et godt eksempel på et tiltak som reduserer bruken av døgnpsykiatriske tjenester. Dette handler om trygghet. Det samme ser vi i eldreomsorgen: Kommuner som har avlastnings- og trygghetsavdelinger for sine hjemmeboende eldre, har mindre pågang av folk som vil inn på permanente pleieplasser. Når det gjelder å involvere pasienter i beslutninger om helsehjelp, vil jeg nevne at UNN i Tromsø har laget en digital beslutningsplattform for nyrepasienter, der de går gjennom fordeler og ulemper ved de ulike alternativene fra dialyse til transplantasjon, og vurderer hva som er best ut fra egen livssituasjon – og i forhold til anbefalt behandling. Dette diskuterer de så videre med spesialistene og kommer frem til en enighet. Det er ikke alltid slik at pasientene velger det dyreste alternativet, jeg synes de fleste viser en nøktern holdning til behandlingsalternativer, ut fra egne behov og forutsetninger.

UTPOSTEN: Hvordan opplever du legers holdning til økt brukermedvirkning?

– Jeg opplever ingen uttalt motstand hos legene, men det vil føre til betydelige end-

ringer i måten man jobber på. Når det kommer klarere frem så kan vi nok møte større motstand.

De sykehusavdelingene som implementerer brukermedvirkning, erfarer at det skaper en mer interessant arbeidshverdag for dem som jobber der. For eksempel har OUS, når det gjelder brystkreftbehandling, og St. Olavs Hospital, når det gjelder hofte-transplantasjoner, laget forbilledlige systemer for å organisere arbeidet etter pasientforløp. Det som forunderer meg, når erfaringene er så positive, er at ikke flere gjør tingene på samme måte. Jeg opplever et genuint ønske i helsevesenet om å gi pasientene det beste tilbudet, men samtidig er det nok en del endringsvegning. Nettopp derfor trenger vi pasientene som endringsagenter.

Brytningstid

– Når det er sagt, er vi uten tvil inne i en brytningstid knyttet til forståelsen av legerollen og det skaper nok frustrasjon og motstand hos en del leger. Tradisjonelt er legeyrket bygd opp rundt ideen om mester-svenn-læring og om legen som den flinke individuelle håndverkeren. Men medisinen har løpt fra den måten å tenke og jobbe på; i dag stilles det krav til legene om å være teamarbeidere – sammen med andre profesjoner og yrkesgrupper – og det betyr at vi må organisere arbeidet på en helt annen måte. Innenfor medisinsk teknologi er man helt prisgitt denne måten å tenke og jobbe på. Når leger da hevder at de har mistet sin autonomi eller sin autoritet, kan det forstås som uttrykk for en frustrasjon over det rolleskiftet de opplever – og de endringene som skjer og som vil komme.

UTPOSTEN: Hvilke tanker gjør du deg om brukermedvirkning i primærhelsetjenesten – for eksempel i relasjonen mellom fastlege og pasient?

– Teknologien vil føre til store fremskritt – og forandre vår hverdag. For eksempel tror jeg at fremtidens pasient oftere vil sitte hjemme og ha direkte dialog med sin lege via teletekniske løsninger. Pasienten vil melde inn sine spørsmål og bekymringer til fastlegen før neste konsultasjon eller samtale – eller melde inn beskjeder eller måleresultater mellom to konsultasjoner. Teknologien vil føre til at mer av oppfølgingen vil foregå på pasientens hjemmearena og på pasientens premisser – og dermed vil teknologien bidra til å skape en mer likeverdig dialog mellom pasienten og legen, avslutter Bent Høie.

