

– Problemet er ikkje ein dårleg amerikansk helsepolitikk, men at vi ikkje har nokon helsepolitikk. Vi kjem heller ikkje til å få det! Den største faren for norsk allmenntidleg medisin er nok også å miste politisk merksemd.

Intervjuet: Thomas Bodenheimer

Take the money and run!

■ – We are great walkers!

Kva passar vel da betre enn at eine intervjusamtalen med den amerikanske allmenntidleg medisinprofessoren Thomas Bodenheimer skjer i form av ein fem timars fottur i Windy Hills, ein naturpark sør for San Francisco. Men han synest det er trist å vise ein nordmann nokre slappe skogkleddde åsar med breie gangveggar. Eg synest det var eksotisk med redwood og rangers og stadike vanskar med å unngå å komme bort i «poison oak»-buskene langs vegen. – Du er så pessimistisk i artiklane dine. Trur du det aukar motivasjonen for faget å vere dommedagsprofet?

– Det eg har prøvd å vise i artiklane mine, no sist i *New England Journal of Medicine* (1), er at USA ikkje har ein politikk for helsetenestene, og at dette har ramma allmenntidleg praksis spesielt hardt. Det gjer at utviklinga ikkje blir styrt, heller ikkje mot politiske mål dei fleste kunne vere einig om. All tilgjengeleg statistikk viser at rekrutteringa til allmenntidleg medisin går ned, at betalinga sakkar akterut, at pasientane er misnøgde og legane frusterte. Samstundes skal primærhelsetenesta vere ryggraden i helsetenesta, også hos oss. Difor har både eg og The American College of Physicians sagt at primærhelsetenesta kan stå framfor kollaps.

Dette er ein mann som veit mykje om helsetenestene rundt om i verda. Om han ikkje akkurat var i personleg kontakt med fastlegeordninga i Noreg under fotturane sine i Stryn, Fjærland og på Fløyen i Bergen, kjenner han den frå litteraturen og frå det prinsipielle grunnlaget. Det som gjer Thomas Bodenheimer særleg interessant, er at han kombinerer eit makro- og mikroperspektiv på primærhelsetenesta. Han skriv om helsepolitikk og organisering av helsetenesta i USA og andre land, men òg jordnært om verdien av konsultasjonen og om korleis gjennomføre ein god diabeteskontroll.

Prosedyremagi

– Kva gjekk galt – og når?

– Medicare har skulda! Medicare er den

offentlege sjukeforsikringa for eldre over 65 år. I ein iver etter å gjere alt rettferdig og målbart laga Medicare for meir enn 15 år sidan verditabellar for alt ein lege gjer, deretter vart dette vekta og prissett. Så har du finansieringa av spesialistutdanninga. Dette gjekk heilt galt, sett frå primærhelsetenesta si side.

– Korleis då?

– Det viste seg snart at prosedyrar og operasjonar av alle slag fekk større prisauke enn konsultasjonar og det i seg sjølv å ta hand om sjukdom og pasientar. Prosedyretunge spesialitetar fekk på det viset meir enn dobbel så sterk inntektsauke enn til dømes allmenntidleg medisin og generell indremedisin. Legg merke til to forskjellar frå Noreg: For det første får mange av sjukehuslegane i USA betalt etter stykkpris, slik at dette i praksis gjeld nesten alle legane våre. For det andre har vi ikkje skilt utgiftsauke frå inntektsauke. Sjølv sagt skal refusjonane auke når utgiftene til prosedyrane aukar, men ein har ikkje vore opptatt av sluttresultatet, nemleg nettoinntekta for den enkelte legen. No har forskjellen i gjennomsnittleg årsinntekt mellom ulike spesialitetar passert 200 000 dollar. Dessutan får sjukehusa betalt for kvar utdanningsstilling dei opprettar, inkludert i allmenntidleg medisin. Av omsyn til økonomi vel dei naturleg nok å opprette stillingar som gir mykje prosedyreinntekter og får på det viset dobbel økonomisk uttelling.

– Men kva har dette med Medicare å gjere?

– Medicare er den suverent største bestillaren og betalaren av helsetenester i USA, med nesten 20 % av «marknaden». Vi veit at dei fleste private forsikringsselskapa følgjer Medicare når det gjeld refusjonssystem og betaling. Eg trur ikkje det er mogeleg å skape ein nasjonal helsepolitikk gjennom Kongressen, uansett kven som har fleirtal. Men reform gjennom Medicare er ei strategisk og mogeleg løysing. Endrar Medicare seg, kjem dei andre etter.

Papegøye fra Amerika

– Alt er jo så annleis i Amerika. Kan vi gjere som i barnesongen og ta noko med oss over havet til Kardemomme by, i dette tilfelle til Stryn, Fjærland og Bergen?

– All empiri taler for at ei sterk primærhelseteneste ikkje berre er ein god idé, men reduserer kostnadene, er effektiv, gir god kvalitet på det meste og dessutan nøgde pasientar. Også i USA ønskjer pasientane ein fast primærlege som første kontakt, om dei berre fekk sjansen. De må sikre balansen mellom første- og andrelinetenesta. Betaling og organisering treng ikkje vere identiske, men det må vere ein rimeleg balanse. De må vere på vakt hvis lønsforskjellane aukar, incentiva vert for ulike eller pengebruket og legetalet aukar i utakt i dei to sektorane. Og så må de verdsette det sentrale i lege-pasient-tilhøvet, nemleg konsultasjonen og ansvar for heile sjukdomsepisoden, også i pengar. Prioritering av prosedyrar framfor konsultasjon er i det lange løp nedprioritering av førstelinetekontakt.

– Dei andre har alltid skulda, skjønner eg. Kva med allmenntidleg praksis sjølve?

– Eg vil ikkje kalle det skuld, men dei tilpassar seg på ein dysfunksjonell måte. Dei aukar tempoet, dei arbeider lenger, og dei klarer tilslutt ikkje å handtere kvalitetskrava. Og i staden for å korte ned pasientlista si, strevar dei med å auke produktiviteten, med kvalitetstap og misnøgde pasientar som følge. Men legar kan vere svært så produktive, utan å vere effektive! Det er ikkje framgang å redusere konsultasjonstida frå 15 til 12 minuttar, eller å presse inn ein ekstra, kanskje unødvendig prosedyre, og slik ikkje få tid til ein ekstra runde med pasienten om medikamentbruk eller livsstil. Men det løner seg, i alle fall her. Korleis tilhøva omkring dette er i Noreg, veit eg ikkje, men no er de advart! – Er det meir?

– Ja, ein ting til. Krava til oss aukar jamt og trutt. Ein kronikar treng fleire konsultasjonar og meir oppfølging og tid enn før. Nye pasientgrupper og behandlingar kjem



Thomas Bodenheimer

Fødd 13. juni 1939 i Seattle

- MD, Harvard Medical School, Boston, 1965
- Spesialistutdanning i indremedisin, University of California San Francisco 1969–72
- Allmennpraktikar i San Francisco 1972–2002
- Professor i allmenmedisin, University of California San Francisco 2002–

Foto privat

til. Når ein kjem i skvis mellom pågang og kva ein skulle ha gjort, vil kvaliteten lide. Med mindre de kan klare det vi ikkje klarer her, nemleg ein bevisst reduksjon i normtalet for pasientar ein bør ha ansvaret for.

Survival kit eller ønska praksis?

Siste tilvekst i forfatterskapen til Bodenheimer er boka *Improving primary care. Strategies and tools for a better practice* (2) som han har skrive saman med ein profesorkollega ved instituttet. Her tek Bodenheimer for seg mikroperspektivet på allmennpraksis, nemleg korleis vi organiserer oss og driv kontoret.

– Når eg les boka i perspektiv av dei heller bedrøvelege tankane i artiklane dine, lurar eg på kva motivet for boka er. Prøver de berre å finne ein måte for allmennlegane å overleve på, eller er det slik du vil ha det?

– Det er slik vi trur det er best framover for både pasientar og legar i allmennpraksis. Når vi skriv om teamarbeid, auka bruk av assistentar og sjukepleiarar, dataverkty og alternativ til 15-minuttarskonsultasjonen, så er dette umogelege tiltak å sette ut i livet hos oss utan endringar på makronivået, spesielt betalingsordningane. Men det er viktig å motivere for endringar også ut frå eit dagleg praktisk perspektiv. Det er alltid forbetningspotensial når det gjeld sørvisnivå, fagleg kvalitet og driftsrutinar. I USA har vi til dømes framleis handskrivne papirjournalar, det er nesten ein skam.

– Kvifor er teamet viktig?

– Vi kan lære mykje av sjukehusa om korleis legen og ein eller to medarbeidarar på kontoret kan arbeide saman. Sjukehusa har for lengst tatt i bruk legemedarbeidarar for rutinekontrollar og algoritmebestemte arbeidsoppgåver. Mange oppgåver innan kontroll av kronisk sjukdom, førebyggjande arbeid og rutinekontroll ved medikamentbruk kan gjerast av legemedarbeidarar etter faste manualar. Men eg meiner at i allmennpraksis er det legen som må ha styringa. Eg trur noko av det heilt sentrale, og som har overlevd hos allmennpraktikarar i hundre år, går tapt om vi

skulle trekke oss tilbake som rådgjevarar og ikkje vere primærkontakten ved dei fleste nyoppståtte plager og helseproblem.

Ikkje akkurat distriktsmedisin

Bodenheimer driv ikkje lenger eigen praksis, men rettleier utdanningskandidatane i allmenmedisin ved Family Medical Center, San Francisco General Hospital. Etter nokre økter med han og andre legar der, trur eg at større forskjell frå eit landsens legekantor i Noreg kan ein knapt oppleve i den vestlege verda. Det summar i mange slags språk, nokre menneske er fortliva, nokre openbert sjuke, andre sterkt påverka av både legale og illegale rusmiddel. Klinikken er eit slags fastlegekantor for om lag 12 000 pasientar i ein fattig bydel, med eit svært stort innslag av innvandrarar, både lovlege og ulovlege. 70 % av pasientane har ikkje engelsk som morsmål, i fjor hadde dei tolkehjelp på 31 språk. 60 % av pasientane har ikkje helseforsikring, 25 % har den statlege minimumsdekninga til helsetenester, 10 % er såkalla heimlause, det vil i praksis seie uteliggjarar. I dette miljøet prøver eit entusiastisk og velutdanna team av allmennpraktikarar og andre helsearbeidarar å yte god og moderne helsehjelp. Her er langtkommen kreft, diabetes, nyresvikt og alvorlege infeksjonar. Språkproblema kan virke som ei sperre mot kvar ein fornuftig samtale. Dei fleste legane her kan storte litt på spansk, minst to av utdanningslegane kan kinesisk, ein annan vietnamesisk. Mange språk kan ein få tolka på direkten på telefon, ei imponerende ordning.

– Paradoxsalt nok kan ein i eit slikt miljø få sett dei allmenmedisinske grunnverdiane ut i livet. Men dei vert òg sett på prøve. Vi tek årleg inn 13 utdanningskandidatar. Dei kjem frå heile USA og har søkt seg bevisst til dette treårige utdanningsprogrammet i allmenmedisin. Dei er sterkt sosialt og etisk bevisste, samtidig som dei fagleg er solide og interesserte.

– Men blir dei i faget?

– I utgangspunktet ja. Men vi ser at det held hardt for mange når tidene og utviklinga

er slik eg har omtalt ovanfor. Det kostar bokstaveleg talt å dedikere seg slik for kontinuiteten og samfunnsansvaret, når studiekameratane har eit bedageleg liv for dobbel betaling på sjukehuset. Balanse mellom legelønningar i ulike typar arbeid, men med same krav til vidareutdanning og høg kompetanse, er ein verdi å kjempe for, både med omsyn til solidaritet og kostnadskontroll.

Allmennpraktikar i butikk

Det siste nye i tilhøve til amerikansk allmenmedisinsk overlevelsessevne er konseptet om lege i butikk. I mange handlesenter finn vi no ein liten krok med ein lege og ein legesekretær, eit lite konsultasjonsrom og menyen hengande i taket, nett som hos burgarkjedane. Her vel du mellom open konsultasjon og betalar etter tidsbruk, eller ferdige menyar som Healthy Heart eller Healthy Lover! Kontant betaling – all credit cards accepted.

– Dette er ein forståeleg reaksjon på eit system i krise. Legane som driv dette, er både godt utdanna og skikkelege folk. Dei responderer på manglande tilgjenge i det vanlege systemet, ved å tilby noko raskt og enkelt, og tilbodet er difor etterspurt. Kvifor skal folk finne seg i å vente 1–2 månader for å få seg time til influensavaksine eller celleprøve når det passar best i dag? Tilgjenge er kjempeviktig for det postmoderne menneske. Det må allmenmedisinen ta innover seg. Fortel det gjerne til kollegaene dine i Noreg!

Steinar Hunsikår

steinar.hunsikar@isf.uib.no
Seksjon for allmenmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Bodenheimer T. Primary care – Will it survive? *N Engl J Med* 2006; 355: 861–4.
2. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving primary care. Strategies and tools for a better practice.* San Francisco: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.