

Skjebnetid for allmenntidningen

Det er 30 år siden Alma Ata-deklarasjonen, hovedmidlet til å nå målet om «Helse for alle i år 2000», ble vedtatt.

Gutter på min alder forbinder nok helst Alma Ata med januar 1963, da den legendariske russiske skøyteløperen Jevgenij Grišjin som førstemann i verden gikk 500 meter under 40 sekunder. Det skjedde på Medeobanen i Alma Ata. Tiden var 39,6. At det var mulig å gå så fort på skøyter! Og for en jubel det var rundt radioapparatet! Bare tre år etter OL i Squaw Valley, da Kupper'n gikk 10 000 på 15.46.6., hele 46 sekunder fortere enn Hjallis! Det var tider for rekorder og optimisme. 15 år senere ble en viktig internasjonal konferanse om primærhelsetjeneste avholdt samme sted, også en hendelse preget av stor entusiasme og optimisme.

Helse for alle i år 2000

Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte sitt ambisiøse mål om «Helse for alle i år 2000» i 1977. Året etter fulgte de opp ved å arrangere en stor konferanse i Alma Ata. Delegasjoner fra 134 land og 67 ulike internasjonale organisasjoner møttes. Fra Norge stilte fire representanter, tre fra helsemyndighetene under ledelse av Egil Willumsen daværende medisinalråd i Helse-direktoratet. De andre var Asbjørn Elvik og Øyvind Årflot. I tillegg stilte Sigurd Humerfelt som representant for International Hospital Federation. Primærhelsetjenesten ble gjennom den berømte deklarasjonen, definert som hovedmiddelet til å nå målet om «Helse for alle i år 2000».

Deklarasjonen henvendte seg til hele verdenssamfunnet og ba om aktive tiltak for å styrke primærhelsetjenesten. Man uttrykte bekymring for økende ulikhet i helse mellom befolkningen i utviklede og underutviklede land, samt internt i de ulike land. «Befolkningens helse er et offentlig ansvar og kan bare forbedres gjennom adekvate helse- og sosiale tiltak». «Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice».

Nøkkelen til suksess

Manifestet fikk de første årene stor betydning for utviklingen av primærhelsetjenesten i store deler av verden, men ble nok også mye oversett i industrialiserte land fordi det ble ansett som et dokument som først og fremst henvendte seg til utviklingsland. Det kan være et poeng i denne sammenheng at WHO, til forskjell fra Wonca (World Organization of Family Doctors), ikke presiserte allmenntidningens sentrale rolle. WHO var mer opptatt av lokal helsetjeneste med fokus på forebyggende helsearbeid,

gjør med mindre utdannet helsepersonell.

Det var store ord: likhet og sosial rettferdighet. Primærhelsetjenesten skulle være nøkkelen til suksess. Hvordan er det så gått siden? Bedømt med harde endepunkter har de sosiale forskjellene neppe blitt redusert mellom fattige og rike. Visjoner om ny økonomisk verdensorden har ikke vært noen suksess, og vår sivilisasjon sliter i dag kanskje med enda større og mer fundamentale problemer hva gjelder bærekraft, enn tidligere. Umiddelbart er det derfor nærliggende å konkludere med at deklarasjonen som sådan har vært en naiv fiasko. Men det er bare deler av sannheten. Manifestet kom i en tid da vi hadde hatt en utvikling med en stadig voksende og mer spesialisert sykehustjeneste, spesielt i den industrialiserte del av verden. Det var en økende erkjennelse av at dette alene ikke kunne gi folk det de hadde behov for av helsetjenester. Den spesialiserte helsetjeneste viste ingen evne til å utjevne de enorme ulikheter i helsetilstand blant folk, især mellom industriland og utviklingsland, men også innenfor nasjonale grenser. Det var nødvendig å ha en sterk primærhelsetjeneste for å løse problemene.

Skjedde mye for faget allmenntidning

Her hjemme opplevde allmenntidningene de harde 1950- og 1960-årene. Men mot slutten av 1960-tallet begynte en fortjenestefull innsats fra en rekke kolleger å føre til resultater. Fond for legers videre- og etterutdanning ble etablert i 1967. Det første norske professorat i allmenntidning ble etablert i 1968 ved Universitetet i Oslo.

Lov om sykehus mv. kom i 1969. Men myndighetene så også at denne loven måtte suppleres med et regelverk eller lov som sikret og regulerte helsetjenesten utenfor institusjonene. Stortingsmelding 85 (1970–71) «Om helsetjenesten utenfor sykehus» var starten på en rekke utredninger, meldinger og odelstingsproposisjoner som beskrev behovet for en sterkere primærhelsetjeneste.

På 1970-tallet skjedde det mye også for faget allmenntidning. Semispecialiteten «Almenntidning Dnlf» kom i 1973. I januar 1978 kom *Almenntidningens lille grønne*: Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste! Her ble begrepet KOPF (helsetjenesten må være kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) lansert, og grunnlaget for allmenntidningen slik vi har sett den i vårt land, lagt. Det er grunn til å være imponert over «Tenkekomiteen» og



Faksimile av «Allmenntidningens lille grønne»

dens arbeid. Mange av de tanker de gjorde seg for 30 år siden, står seg svært godt den dag i dag. Og tankene var i tråd med det som senere samme år kom til uttrykk i Alma Ata-deklarasjonen. Da den norske delegasjonen dro til Alma Ata i september, hadde de med seg utkast til det som senere skulle bli Lov om helsetjenesten i kommunene. Men de hadde også hatt kontakt med Legeforeningen, spesielt gjennom OLL (nåværende LSA – Leger i samfunnsmedisinsk arbeid), og kjente til «den lille grønne».

Etablerte NSAM

Norsk selskap for allmenntidning, NSAM, ble etablert 1983. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* så dagens lys samme år. I 1984 fikk vi lov om helsetjenesten i kommunene. Kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten. Formålsparagrafen var helt klart i tråd med Alma Ata-deklarasjonen. I 1985 fikk vi regelverket for specialiteten i allmenntidning, med et femårig utdanningsprogram og krav til resertifisering. Etter dette har vi sett en stadig sterkere faglig bevissthet i allmenntidningen, med en økende akademisering av faget. Men organisatorisk skjedde lite de neste 15 årene før vi i 2001 fikk fastlegeordningen, i 2006 etablering av fire allmenntidningsforskningssenheter og et allmenntidningsforskningssenter, samt reorganisering av de allmenntidningsorganisasjonene innenfor Legeforeningen i 2007.

Betydelig skjevutvikling

Så langt historie. Det foreligger i dag en riklig internasjonal dokumentasjon på at

en helsetjeneste bygget på en sterk primærhelsetjeneste er best og billigst. På tross av dette har det vært en betydelig skjevutvikling i helsetjenesten i Norge de siste årene. Sykehussektoren har hatt en stor vekst, mens allmennlegetjenesten har stagnert.

Hva har gått galt? Svaret er komplekst og ikke bare nasjonalt. Vi ser en liknende tendens en rekke steder, også i utviklingsland. På Wonca World Councils møte i Singapore sommeren 2007 fortalte representanter fra ulike verdensdeler om stor og til dels ukontrollert vekst i spesialisthelsetjenesten, og stagnasjon i primærhelsetjenesten. Også regjeringer i fattige land bygger ut en svulmende spesialisthelsetjeneste uten primærmedisinsk fundament. Det er fristende å anta at prestisje og status er drivende krefter i dette. Vi ser også en økende grad av privatisering av de ulike delene av helsetjenesten.

Allmennmedisin 2020

Medisinen har sterke iboende krefter i retning av økende spesialisering. Medisinenes reduktive potensiale er uendelig og dens økende fokus på friske deler av befolkningen er etter min oppfatning formidabel og sykdomsskapende. Ivan Illich er fortsatt beklemmende aktuell. Samtidig opplever vi at allmennlegens kompetanse i økende grad er etterspurt både i forhold til ulike pasientgrupper og i forhold til samarbeidspartnere.

Allmennlegetjenesten i Norge vil ikke ha fremtidig bærekraft til å være fundamentet i helsetjenesten dersom det ikke skjer en betydelig vekst i antall yrkesaktive allmennleger de nærmeste årene. Derfor har Legeforeningen etablert prosjektet Allmennmedisin 2020. Får vi ikke til en slik økning, er jeg redd for at allmennlegene ikke vil være i stand til å utføre samfunnsoppdraget sitt, nemlig å være lege med ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling av våre pasienter. Bryter denne biten av helsetjenesten sammen, vil vi få en ytterligere og til nå uant økning i etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Og det blir det ikke noe bedre helsetjeneste av.

Det er en skjebnetid for allmennmedisin og allmennlegetjenesten. Vi må fortsatt se til Alma Ata. Medeobanen har ingen gjeldende verdensrekorder lenger. Verdensrekorden på 500 meter er nå nede på 34,03. Den ble selvsagt satt i Salt Lake City i USA. Der borte løper også allmennlegene fortere enn fort. Vi bør ikke løpe etter dem.

Gisle Roksund

gisle.roksund@gmail.com

Norsk forening for allmennmedisin

Diskuterte global helse

– Tenk vidt rundt den globale helsepersonellkrisen.

Det var oppfordringen fra innleiderne da Legeforeningens utvalg for internasjonal helse nylig arrangerte seminar om rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland.

– Vi må våge å ikke bare se på helsepersonellkrisen, men også den overordnede helsesystemkrisen og den politiske krisen, sa Ling Merete Kituyi, som i mange år har arbeidet som lege i Kenya.

– Migrasjon er bare ett av flere symptomer. Behandling må gis til hele helsesystemet og mye utenfor det, istemte Bjarne Garden fra Norad.

Når legene drar

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at det på verdensbasis mangler ca. 2,4 millioner leger, sykepleiere og jordmødre. Dette hindrer fattige land i å tilby gode og tilstrekkelige helsetjenester. Ling Merete Kituyi fortalte at det bare er rundt 14 leger per 100 000 innbyggere i Kenya. Dårlige arbeidsvilkår, lav lønn og dårlige karriereutsikter bidrar til at leger i fattige land flytter. Det er ikke bare forholdene ved hjemlandet – kalt «push»-effekter – som får dem til å dra. De lokkes også av muligheter til bedre lønn og faglige vilkår i landet de reiser til – såkalte «pull»-effekter. Faktorer som barnas mulighet for utdanning og sosiale goder som helsetjenester og pensjon, spiller også inn.

Det er ikke bare slik at kompetansen og kunnskapen flytter fra fattige til rikere land. Også innad i fattige land er det store forskjeller mellom by og bygd, og mellom offentlig og privat sektor. Dessuten forsvinner mange leger til store humanitære organisasjoner.

– De snakker mye om migrasjonsproblemer, men ansetter lokale, høyt utdannede leger i sine prosjekter. Det positive er at det gjør programmene mer effektive, siden legene allerede har høy kunnskap om det som er nødvendig på stedet. Likevel er dette noe vi bør ha klart for oss med hensyn til hvor legene blir av, mente Kituyi.

Ny rapport

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet og Norad utarbeidet rapporten *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell*, med ønske om å redusere strømmen fra fattige til rike land. Det foreslås tiltak langs tre dimensjoner – nasjonal behovsdekning, bistand til fattige land og ansvarlig rekruttering.

– For å dekke det nasjonale behovet, foreslår vi å utnytte den eksisterende arbeidskraften i sektoren bedre, og at vi



Hilde Engjom (t.v.) synes Ling Merete Kituyi, Arne-Petter Sanne og Bjarne Garden bidro til et spennende seminar. Foto Anne Winsnes Rødland

utdanner tilstrekkelig helsepersonell selv, sa Arne-Petter Sanne. Den norske bistanden bør rettes mot tiltak som øker kapasiteten på helseutdanninger i fattige land, som styrker og utvikler utvekslingsordninger mellom Norge og fattige land, og som reduserer «push»- og «pull»-effekter. For å sikre en ansvarlig rekruttering av helsepersonell, foreslås det å etablere et rammeverk og mekanismer som begrenser rekruttering av utdannet personell fra fattige land. Sanne presiserte imidlertid at det er viktig å ikke ødelegge for all migrasjon.

– Mennesker har rett til å migrere, og det må vi verne om. I tillegg må vi unngå at vi i ansettelsessammenhenger diskriminerer en kvalifisert lege fordi legen kommer fra et lavinntektsland, understreket han.

Lokal kompetanseoppbygging

Noe av det som har vist seg mest effektivt, er lokal kompetanseoppbygging. Professor Edvard Hauff fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo fortalte om sine erfaringer med å bygge opp en psykiatrisk helsetjeneste i Kambodsja.

– Psykiatriprosjektet viser hvordan man kan skape et varig helsetilbud gjennom å bygge opp og opprettholde fagmiljøer lokalt. Det var lærerikt, mente utvalgets leder, Hilde Engjom. Hun var generelt svært fornøyd med seminaret.

– Kunnskapsflukt og migrasjon av leger er det første temaet vi særskilt setter søkelyset på i utvalget. Selv om tiden ble litt knapp, ga fremstillingene av ulike faktorer som kan påvirke valget om å flytte eller bli i hjemlandet, liv til innholdet i artikler og rapporter, sa hun.

Anne Winsnes Rødland

anne.winsnes.rodland@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk