

Vi må se hele behandlingsforløpet og alle behovene til den enkelte pasienten i sammenheng for å få norsk helsetjeneste på rett spor

Sammenheng eller sammenbrudd

Hva er det som skjer med det norske helsevesenet? Hvordan er det mulig at vi bruker mer penger og ressurser enn de aller fleste land i verden på en relativt sett frisk, rik og tilfreds befolkning – samtidig som det ser ut til å være krise på svært mange områder? Det er 30 % flere yrkesaktive leger enn ved årtusenskiftet (1), og samtidig mangler vi leger. Vi er sunnere og friskere og lever lenger enn de fleste ellers i verden, men samtidig klarer vi ikke å gi de nødvendige helsetjenester til dem som trenger det mest (2).

Problemene står tilsynelatende i kø. At sykehusene og de regionale helseforetakene ikke får det til, har vært behørig omtalt. Pasienter med psykiske lidelser er ikke fornøyd til tross for store økonomiske satsinger og en ambisiøs opptrappingsplan for psykisk helse. Pasienter med rusproblemer faller mellom alle stoler. De eldre blir ikke tatt hånd om på en anstendig måte. Alt dette er ille nok. Men det aller mest foruroligende for helsevesenet akkurat nå er den økende misnøyen blant fastlegene. Det varsles om dårlig rekruttering og en mulig stille flukt fra legekantorene. Steinar Hunskaar skrev en tankevekkende kronikk i Aftenposten rett før nyttår der han oppsummerte en del av den debatten som har gått i de allmennmedisinske miljøene (3). Hovedpoenget er at fastlegene tillegges stadig nye oppgaver og det forventes at stadig mer skal gjøres med den enkelte pasient – uten at antall legeårsverk øker. Dessuten mener mange fastleger at deres kompetanse ikke verdsettes og heller ikke brukes fornuftig. Dermed synker kvaliteten på tilbudet og frustrasjonen øker, både hos pasienter og leger. Debatten er ikke ny, og det er ikke første gang det sies klart ifra. Hunskaar selv tok opp flere av poengene i en kommentarartikkel i Tidsskriftets julenummer for to år siden (4).

Det er lett å forstå allmennlegenes undring og sinne over å være vitne til at kostnadene eksploderer i spesialisthelsetjenesten uten at primærhelsetjenesten får tilsvarende overføringer. Bare *økningen* per år i kostnadene til spesialisthelsetjenesten tilsvarer nesten den totale kostnaden av fastlegeordningen (3)! Det er absolutt betimelig å sette spørsmålsteget ved hvorfor nye legestillinger og friske forskningsmidler går til foretakene og ikke til primærmedisinen når situasjonen er som den er. Det er også riktig at det er situasjonen ved sykehusene som får mesteparten av oppmerksomheten fra politikerne og i mediene.

Løsningen på de problemene det norske helsevesenet står overfor, ligger likevel neppe i å sette spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten opp mot hverandre. Vi må benytte vår felles kompetanse som leger til å forsøke å skaffe oss en helhetlig forståelse av hva som er problemet, og hva som må gjøres. Et utgangspunkt kan være den kjensgjerningen pasienter, leger, politikere og økonomer er enig om: At helsetjenesten ekspanderer sterkt – og sannsynligvis mer enn godt er. Den ekspanderer fordi mulighetene øker: Flere pasientgrupper kan behandles, og det finnes flere og mer avanserte alternativer for hver enkelt pasient. Diagnostikk og behandling blir dyrere samtidig som flere kan diagnostiseres og behandles. Helse-

tjenesten ekspanderer ytterligere fordi pasientenes og de pårørendes forventninger øker samtidig – og kanskje raskere enn den faktiske medisinsk-teknologiske utviklingen. Håpet om at noe kan gjøres og bør prøves, blir tent så snart et forskningsprosjekt viser snev av oppløftende resultater som slås stort opp i ukeblader og aviser. Helsevesenet er som en elastisk pose som det stadig puttes mer i og som eser ut. Det kan ikke fortsette slik. Det finnes en grense for hvor store ressurser som kan fylles oppi, og kanskje også grenser for hva posen totalt sett kan tåle. Så hva kan vi gjøre for å bremse ekspansjonen og stabilisere den på et forsvarlig nivå?

Helseøkonomene vil som vanlig svare at det bare er å stramme til – økonomisk og byråkratisk. Et stramt bånd rundt den ekspanderende posen vil hindre den i å ese mer ut – i alle fall der båndet er. Problemet er bare, som ethvert barn som har klemt på en vannballong vet, at dersom man klemmer hardt ett sted, buler det ut på et annet! Og enda verre: Hvis den ikke er tett, vil vannet sprute ut! Når det strammes til i spesialisthelsetjenesten, dumpes oppgavene, men ikke pengene, over på primærhelsetjenesten. Det merkes bl.a. ved at pasientene er stadig sykere når de skrives ut. Som enkelte allmennleger sier det: «De pasientene som skrives ut fra sykehusene nå, la vi tidligere inn med blålys!» På samme måte kan fastlegene uten store problemer fullstendig sprengte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten bare ved å henvise noen få prosent flere av pasientene i stedet for å behandle dem selv.

Hovedproblemet i dagens norske helsevesen er dette: Det satses på at markeds mekanismer og tøff budsjettkontroll skal løse kapasitetsproblemene. Men hele behandlingsforløpet og alle pasientens behov kan ikke føres på samme budsjettpost, av de samme ansvarlige. Det er derfor få (hvis noen) incentiver til å tenke helhetlig. I stedet belønnes man for å klemme sammen sin lille bit av ballongen, mens man ikke straffes for å skyve problemene og pasientene over på andre. Det blir en både dyrere og dårligere løsning for pasient og samfunn.

Dette har vi leger muligheten til å gjøre noe med fordi vi sammen kan se hele bildet, hele pasienten, hele behandlingsforløpet – hvis vi vil. Fastlegene har en helt sentral rolle hvis vi skal få dette til. Primærhelsetjenesten er bærebjelken i helsevesenet, og allmennlegene har lang erfaring i å tenke helhet. Derfor må signalene fra fastlegene tas svært alvorlig.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Vigen T. Fra generalsekretæren: Refleksjoner ved årsskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 81.
2. Haug C. Forskjells-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2215.
3. Hunskaar S. Har: Sykehusminister. Søker: Fastlegeminister. Aftenposten 29.12.2007.
4. Hunskaar S. Eg ønsker meg 1 000 nye fastlegar til jul. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3518.