

Svein Stiksrud  
DinLege AS  
Fr. Stangsgt 11-13  
0264 Oslo

Oslo, 230509

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen  
Helse- og omsorgsdept.  
Pb 8011 Dep.  
0130 Oslo

## GJØRE DET RIKTIGE

I forbindelse med Helseminister Bjarne Håkon Hanssens annonserte SAMHANDLINGSREFORM understreker statsråden bl.a. i VG 160209 at "det må lønne seg å gjøre det riktige".

Hanssen mener i denne forbindelse at vi må forebygge og gripe tidlig inn overfor pasienter før det utvikler seg alvorlig lidelse.

Dette prinsippet er det ikke vanskelig å være enig i.

Uenigheten kommer imidlertid inn når en hører hvilke grep Hanssen mener må til for å nå dette målet.

Med det forbehold at undertegnede ikke har hatt tilgang til Samhandlingsreformens eksakte ordlyd og at Hanssen er referert via media., vil jeg hevde at de viktigste og mest effektive tiltakene ikke har fått plass i Hanssens reformiver.

Det vil jeg komme tilbake til under avsnittet "dette skal vi gjøre".

### DEN FLINKE LEGEN

Først vil jeg kommentere nevnte VG- artikkel der Hanssen går til angrep på "listebaronene", (hva det nå måtte være?), inkludert meg selv (i artikkel i Dagbladet 260209), og gjør et nummer ut av at disse må bort.

Ved drastisk å redusere listestørrelsene fra maksimum 2500 til 1000 pasienter pr. lege mener Hanssen at gevinstene er store. Jeg vil minne om at listetaket på 2500 pasienter er fastsatt av helsemyndighetene selv, ved innføringen av Fastlegeordningen, i 2001. At dette i artikkelen fremstilles som et av de viktigste og mest effektive enkeltgrep for å bedre helsen i befolkningen, håper jeg er en journalistisk vinkling og ikke Hanssens hovedanliggende.

Det påstås at et slikt tiltak automatisk vil føre til at pasientene får raskere tilgang til legen, får bedre tid hos legen og at legen da vil bedrive bedre forebyggende helsearbeide.

Helseministeren neglisjerer her en rekke fakta og faktiske tall.

Det foreligger ingen sammenheng mellom listestørrelse og kvalitet på legearbeidet.

Det foreligger ingen korrelasjon mellom listestørrelse og hvor raskt pasienten får tilgang til fastlegen.

Undertegnede arbeider selv i en flerlegepraksis med 8 kolleger der gjennomsnittlig ventetid for å få time hos fastlegen helt siden oppstart av fastlegeordningen i 2001 har vært 1-4 dager!

Ved behov for øyeblikkelig hjelp får pasienten tilgang til lege samme dag.

Nevnte 8 kolleger har ansvaret for ca. 16 000 pasienter, en pasientpopulasjon som har vært stabil siden 2001.

Jeg ser bl.a. at Risvollen Legesenter i Trondheim har tilsvarende svært god tilgjengelighet (omtalt i Dagens Medisin den 120309).

En kort ringerunde til legekontorer med små, middels og store lister bekrefter at det ikke er sammenheng mellom listestørrelse og tilgjengelighet.

Det foreligger videre ingen sammenheng mellom listestørrelse og graden av forebyggende helsearbeide som fastlegen bedriver, tiden legen bruker pr. pasient, mengde/type preparater legen foreskriver, grad av henvisning til spesialist eller i hvilken grad legen utferdiger sykmeldinger.

Fokuset på listestørrelse er en total avsporing av hele debatten.

Folkehelsen blir ikke bedre av å tvinge arbeidsomme leger til å bli mindre arbeidsomme.

Noen leger burde hatt færre pasienter på listen, noen leger burde betjent flere pasienter.

Det er legepraksiser med store lister som fungerer utmerket og det er legepraksiser med små lister som fungerer utmerket.

Det er hvor mange timer pr. dag og hvor mange dager pr. uke legen er disponibel for sine pasienter som er avgjørende. Produktivitet i dette yrket skiller seg ikke prinsipielt fra produktivitet og oppnådde resultater i de fleste andre yrker. Stor innsats gir uttelling.

De leger som er i en situasjon der de kan betjene en stor liste burde få anledning til det og de som er i en situasjon der det er riktigere med en mindre liste, bør ha en slik.

Andre avgjørende momenter er hvordan legen har organisert sin praksis og ikke minst hvor entusiastisk, motivert og faglig oppdatert, dvs. flink, legen er.

Det hele går til syvende og sist ut på hvor mye energi/innsats den enkelte lege er villig til å legge inn i legevirksomheten.

Helseministeren foreskriver feil medisin når han angriper listestørrelsen som sådan.

Legen blir ikke flinkere av å ha få pasienter på listen og lav lønn/fastlønn.

## FRITT LEGEVALG

Statsråd Hanssen synes også å ha glemt at befolkningen, pasientene, siden innføringen av fastlegeordningen hele tiden har hatt rett/mulighet til å skifte fastlege inntil 2 ganger pr. år.

En skulle tro at misfornøyde pasienter – bl.a. pga. lang ventetid for timeavtale hos legen, liten tid hos legen osv. - faktisk skiftet fastlege.

Konsekvensen av umiddelbar listetaksreduksjon ville være at nærmere 1 million nordmenn blir tvunget til å forlate den fastlegen de har i dag.

## LEGEN MÅ HOLDE SEG PÅ KONTORET - IKKE 40 % FRAVÆRENDE

Hanssen hevder at fastlegen skal være tilgjengelig for offentlig helsearbeide, bl.a. skolehelsetjeneste og sykehjem, i 40 % av arbeidstiden.

Det vil i realiteten bety at legen faktisk ikke er tilstede på sitt kontor mer enn maksimum 3 - tre - dager pr. uke.

Dette fører selvsagt til redusert tilgjengelighet og lengre ventetid før pasienten får time hos sin fastlege.

Er dette å "gjøre det riktige"?

Det er ikke mulig å bøte på dette ved at Hanssen oppretter 2200 flere fastlegehemler (VG 160209).

Legetilgjengeligheten i statsrådets modell vil være redusert til 60 % pr. uke, uansett hvor mange fastleger som "ansettes".

Jeg støtter nødvendigheten av å styrke primærhelsetjenesten bl.a. ved å opprette flere fastlegehjemler, men vi må ikke sparke ben under effekten av dette ved å redusere legenes tilgjengelighet for pasientene. Da er vi like kort.

Legen må holde seg på kontoret.

## DETTE SKAL VI IKKE GJØRE

Vi skal ikke tvinge leger til å arbeide mindre.

Vi skal ikke gå tilbake til primærhelsetjenesteordninger som på 70- og 80- tallet.

Slike modeller med leger på fastlønn ble avvirket pga. høye kostnader for det offentlige og dårlig tilgjengelighet for pasientene.

Undertegnede arbeidet selv i slik ordning og var ikke imponert over produktiviteten. Heller ikke ble det bedrevet spesielt mye forbyggende helsearbeide!

Vi må ikke gå i den fellen at vi gir disse modellene ny innpakning og håper at de vil fungere bedre i 2010.

Det er for politikere, som for alle andre, lov å gjøre nye feil, men ikke repetere gamle.

## REFORMERE FOR ENHVER PRIS

I en opphetet politisk reformiver er det på sin plass å minne om tidligere reformer som ble innført for raskt. Jeg tenker på HVPU- reformen der ansvaret for psykisk syke ved et pennestrøk ble overført fra staten til kommunene. Statlige institusjoner ble nedlagt før fullgode erstatninger forelå.

NAV- reformen ble tredd nedover et system som overhodet ikke var klargjort og som ikke hadde muligheter til å mestre de oppgaver NAV var tiltenkt. Foruten det mangelfulle tilbudet til befolkningen dette førte til, fikk vi en bedrift - NAV - med en av de høyeste sykmeldingsprosentene blant norske virksomheter.

Helseministeren bør denne gangen ta seg tid til mer research og bedre forarbeide.

I lys av de tiltak statsråden har annonsert (i media) og for så vidt de han ikke har annonsert, (se senere), synes det åpenbart at han mangler bredde i rådgivningen.

Vi bør vokte oss for å haste gjennom store helsereformer der en ikke har god nok oversikt over effekten på folkehelsen.

## TØRKE STØV AV

Det er fristende å foreslå at vi i første omgang tørker støv av tidligere vedtatte lover og forskrifter. Det foreligger mye juss og utredninger som vi kan støtte oss til mht. fremtidig arbeid for folkehelsen.

I kommunehelsetjenesteloven er alle visjoner nedfelt.

I Stortingsmelding 16 fra 2002-2003 er det fremmet mange tanker om hvordan vil skal få til et sunnere Norge.

I Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 og Handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011 er tankene allerede tenkt.

Vi må bare sette dem ut i livet.

## DETTE SKAL VI GJØRE

Listet opp i uprioritert rekkefølge:

1. Tilstrebe flerlegepraksiser der det er befolkningsgrunnlag og legegrunnlag for slike. Flerelegepraksiser vil være mindre sårbare for legefravær (legens sykdom, ferier, kurs, permisjoner) og dermed økes pasientens legetilgjengelighet. Det er også andre fordeler ved en flerlegepraksis, som mulighetene for faglig informasjonsutveksling mellom legene, umiddelbar feedback og second opinion i medisinske problemstillinger. Videre blir det i slike praksiser lettere å organisere sentrene med åpningstid utover kjernetiden 0800-1600, et kjærkommet tilbud til mange pasienter.

2. Knytte andre yrkesgrupper direkte til fastlegekontoret. Det være seg spesialsykepleier (diabetes, KOLS), ernæringsfysiolog eller evt. fysioterapeut som legens samarbeidspartnere ved primær- og sekundærforebyggende helsearbeide. En kan bl.a. tenke seg undervisning og veiledning til grupper av pasienter. En kan også se fordelene ved kontorfellesskap med psykologer og psykiatere.

3. Trekke helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten direkte inn i fastlegens ordinære arbeidsdag, på samme måte som vi tar oss av svangerskapsomsorgen i dag. Ved å bringe dette arbeidet fysisk til legens kontor vil bl.a. kontinuiteten i pasient - legeforsholdet bli enda bedre. Fastlegen følger pasienten fra et liv i mors mage og videre gjennom tidlig barnealder, skoletiden osv. Dette gir fastlegen en unik mulighet til å gjøre seg kjent med helheten rundt den enkelte pasient og i stor grad dennes nærmeste familie. Mulighetene for bl.a. primærforebyggende helsearbeide og tidlig intervensjon ville i en slik setting være optimale. Legen ville kunne følge barnets helse tett og løpende gi nødvendige råd bl.a. om kost og fysisk aktivitet til barnet og foreldrene. Pasientens journal ville være komplett og samlet på ett sted.

4. Oppgradere legetjenesten ved sykehjem der en tenker seg faste sykehjemsleger med høyere grad av kompetanse innen geriatri enn det en gjennomsnittlig fastlege sitter med i dag. Et slikt korps med høyt kvalifiserte sykehjemsspesialister ville være meget godt egnet til å heve den medisinske standarden ved våre sykehjem på en slik måte at sykehjemmene, dersom det bygges nok av disse, ville være meget gode avlastere for sykehusene. Sykehjem med høy faglig kompetanse vil kunne ta en del av de pasientene som alternativt ville havnet på sykehus og sykehusene vil kunne skrive ut sine pasienter på et tidligere stadium til sykehjemmet. Dette ville være god helseøkonomi da det er mye billigere å drifte sykehjem enn sykehus.

5. Oppgradering av hjemmetjenestene - mengde og kvalitet - vil på samme måte som over, gi pasienten et bedre tilbud, samtidig som det er god helseøkonomi.

Utfordringen til politikerne må være å se helseøkonomien i et stort perspektiv og ikke rote seg bort i en evig runddans med interessekonflikter mellom stat, fylke og kommune. Konflikter der pasienten blir kasteballen og den lidende part.

6. Myndighetene burde i større grad være pådrivere, også finansielt, mht. å få oppegående IT- løsninger. Det være seg journalinformasjon, epikriser, henvisninger, kommunikasjon med NAV, elektroniske resepter, elektroniske systemer for timebestilling (SMS, mail, online tilgang til timebok mm).

Dette ville automatisk resultert i økt legetilgjengelighet, rasjonalisert legens hverdag og således frigjort tid til mer direkte pasientkontakt.

Noe av dette er p. t. i funksjon, men det er svært mye gjenstående arbeide og det går sent.

Rent teknisk har mye av dette vært mulig i over 15 år, men det har fått lite fokus og det har åpenbart vært/er stor uenighet om hvem som skal betale regningen.

Hva er effektivt FOREBYGGENDE helsearbeide i en befolkning?

Undertegnede er enig med helseministeren i at pasientene ikke må oppta dyre sykehussenger lenger enn medisinsk nødvendig.

Vi når dette målet ved å:

A: redusere antall innleggelser i sykehus

B: skrive pasienter raskere ut fra sykehusene

B. oppnår vi ved at det faktisk finnes et velfungerende mottakerapparat (hjemmetjeneste, omsorgsboliger, aldershjem, sykehjem).

A. oppnår vi bl.a. ved at færre blir syke og spesielt alvorlig syke gjennom å bedrive målrettet primær- og sekundærforebyggende helsearbeide.

Det har vi leger bedrevet i stor stil i alle år. Vi forteller og forklarer og formaner og skremmer. ”Gjør det og ikke det, spis og drikk slik og sånn og ikke sånn. Tøy og bøy, gå og løp”.

Det er imidlertid klare begrensninger på helseavkastningen dette gir.

Det må mer til, mye mer til, skal helsetilstanden i en befolkning bedres radikalt.

Det er her vi kommer inn på virkemidler og verktøy som ligger utenfor hva fastlegene disponerer.

Politikerne må igjen komme sterkere på banen for å tilrettelegge. Undertegnede er generelt ikke tilhenger av flere lover, regler og pålegg enn høyst nødvendig, men vi kommer i denne sammenheng ikke utenom å se på følgende:

7. **PRIS** og **TILGJENGELIGHET** på ulike MAT - og **DRIKKE**varer.

8. Tilrettelegging for økt **FYSISK AKTIVITET** i befolkningen.

9. **RØYKESTOPP**.

**DISSE TRE FORHOLD TØR JEG PÅSTÅ ER ALTOVERSKYGGENDE NÅR DET GJELDER Å BEDRE HELSEN I EN BEFOLKNING.**

Her er det ikke fastlegene eller evt. mangel på fastleger som er avgjørende. Det vil heller ikke hjelpe og senke listetaket og/eller utdanne tusenvis av flere fastleger som skal si det samme som allmennleger har sagt i årevis.

I denne sammenheng vil jeg også understreke de klare begrensninger som ligger i å innkalle og undersøke presumptivt friske mennesker. Det er å ha en misforstått og gammeldags forventning til forebyggende helsearbeide. Denne type legeaktivitet ble i stor grad forlatt for mange år siden.

Skulle en likevel se for seg en slik tilnærming – der "alle skal undersøkes for alt hele tiden" ville alle kapasitets- og budsjetttrammer sprenges.

Vi trenger ikke flere leger til å gjøre mer av det som ikke virker.

Det vi trenger er helsemyndigheter som tar konsekvensen av den massive kunnskapen vi har omkring betydningen av riktig kosthold og fysisk aktivitet.

For å få flere til å spise og drikke sunnere, kommer vi ikke utenom å gjøre noe med pris og tilgjengelighet på mat- og drikkevarer.

Til min store forundring hører jeg på NRK PULS den 110509 at helseminister Bjarne Håkon Hanssen klart og tydelig svarer at han IKKE vil gjøre noe med PRIS på matvarer!

Det er mildt sagt oppsiktsvekkende at en omfattende helsereform unnlater å ta i bruk prisverktøyet mht. å dreie forbruket mot sunnere kosthold.

Videre ble det fra regjeringshold i 2008 (Ap-nestleder Helga Pedersen til Avisenes Nyhetsbyrå i mars 2008), i debatten rundt moms på matvarer, argumentert med at en "ikke ville subsidiere de velståendes kosthold".

Dersom det forhold at noen rike skulle få tilgang til billigere grønnsaker står i veien for billigere sunn kost, vil jeg påstå at vi som helsearbeidere sloss mot fundamentale politiske krefter.

Noe av entusiasmen ved å forfekte betydningen av sunn kost forsvinner når vi vet at store deler av befolkningen er tvunget til et usunt kosthold pga. pris.

Usunn mat og usunt drikke er i Norge mye billigere og i stor grad lettere tilgjengelig enn sunn kost.

Utviklingen går i feil retning, øl og pølse blir relativt billigere med årene mens grønnsaker, fisk og magert kjøtt blir relativt dyrere.

En større og større andel av befolkningen får stadig lettere tilgang på usunn mat på gatekjøkken, fastfoodkjeder og ikke minst bensinstasjoner. Sistnevnte bygges om til hverdagsrestauranter der barn, ungdom og voksne inntar opptil flere måltider daglig.

Dersom politikerne fortsetter å lukke øynene for dette, vil helsetilstanden i befolkningen bli dårligere og dårligere, uavhengig av Hanssens nitide regulerings- og reformiver av fastlegeordningen. Reduserte listetak og 40 % fravær fra kontoret vil ikke gi mer helse i den norske befolkningen.

Dette vil ikke være å "gjøre det riktige".

Undertegnede er klar over at det er mange politiske hensyn å ta mht. pris på matvarer.

Som lege kan jeg imidlertid ikke la være å peke på nettopp dette tiltaket som avgjørende viktig for å nå målet med bedre helse i befolkningen. Helseministeren har vel også dette som hovedansvar, selv om andre ministre har en annen prioriteringsliste.

Det er sosial utjevningsspolitikk på høyt plan å sørge for at større deler av befolkningen får bedre helse ved at de har råd til sunnere mat og drikke.

Hvor ble det av et sunt skolemåltid til alle elever, og hva med tilsvarende i barnehaver?

Rik = råd til sunn mat; bedre helse. Fattig = usunn mat; dårlig helse.

Ved siden av kostens avgjørende betydning for helsen, har vi betydningen av jevn fysisk aktivitet. Her er det en rekke tiltak som kan legges til rette - fra politikernes side.

Sykelstier, idrettsanlegg, støtte til idrettsklubber, mer fysisk aktivitet i timeplanen på skolen, subsidiering av trening på helsestudio mm.

Dersom vi legger til grunn at helseministeren og undertegnede er enige om at målet er best mulig helse i befolkningen, til lavest mulig kostnad, vil jeg påstå at Samhandlingsreformen, slik den har blitt fremstilt i media, har vesentlige mangler og at de endringer som direkte omhandler fastlegeordningen vil være uten effekt.

## SUKSESS

Suksessen med reduksjon av antall røkende i Norge skyldes ikke (primært) legenes innsats. Pris, tilgjengelighet og Høybråtens juss er faktorene som har gitt resultater.

## STAT OG KOMMUNE. STAT ELLER KOMMUNE

Det er ikke til å komme forbi at det er nødvendig med gode politiske ferdigheter for å håndtere et statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten, (sykehusene), og et kommunalt eierskap av kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen har til intensjon å optimalisere dette samspillet - og det er fint. Jeg legger til grunn at det fra statens side vil følge penger, øremerkede penger, med til kommunene for at disse skal kunne settes i stand til å løse helseoppgavene.

Jeg tenker da på øremerkede penger til primærforebyggende tiltak (se tidligere) og penger til eldreomsorgen. Det foreligger offentlig statistikk over antall eldre over gitte aldersgrenser i hver kommune. Dersom en forutsetter at regjeringen har en mal på hvilken minstestandard den vil tilby landets eldre, vil det være enkelt å overføre de nødvendige midler og dermed gjøre kommunene i stand til å innfri valgløftene.

En kan imidlertid spørre seg om liv og lære når en ser at budsjettøkningen til sykehusene inneværende år er på 16 milliarder kroner, mens det ikke er økning i statsbudsjettet øremerket kommunalt helsefremmende/forebyggende arbeide.

Er det slik at statsråden og regjeringen først skal sette inn støtet når Samhandlingsreformen er vedtatt av Stortinget?

En kan nok en gang konkludere med at helsedebatten er mer politikk enn helse.

Med vennlig hilsen

Svein Stiksrud  
Lege, spesialist i allmenntilleggsmedisin  
Daglig Leder, DinLege