

Allmennlegens territorium – til pasientens beste!

I dette nummeret av Utposten får vi høre om kvelds-barnepoliklinikken i Bergen. Barnas «snott» (bergensk ord for snørr), feber og andre vanlige tilstander blir vurdert av peditere på kveldstid, som et førstelinjetilbud. Da tilbudet ble forsøkt stoppet for noen år siden, måtte det startes opp igjen etter ramaskrik fra Bergens småbarnsforeldre. At spesialister gjør allmennlegearbeid er ikke enestående og skjer i økende omfang. Når tilgangen på private spesialister er stor, blir det lett satt opp overflødig kontroll hos spesialist, mange tar inn pasienter direkte uten henvisning, og nye tilbud etableres på tvers av etablert politikk om LEON-prinsippet (det at helsetjenester skal tilbys på lavest effektive omsorgsnivå) som det grunnleggende i norsk helsevesen. Mye av dette er et storbyfenomen, men pasienter taes også til kontroll på poliklinikker med lang reiseveg, i stedet for å følges opp av fastlegen på hjemstedet under veiledning av andrelinjespesialisten. Eksempler er diabetes-poliklinikker og hjertesviktpoliklinikker. Det er derfor god grunn til å stoppe opp og spørre seg hva dette er et uttrykk for.

Om hva er egentlig så galt med «Bergensmodellen»?

Det blir mindre press på legevakta – der mange allmennleger allerede søker seg fritatt fra vaktarbeid, og fastlegene får mindre ø-hjelpstrykk på dagtid ettersom foreldrene ofte venter til ettermiddagen da barnepoliklinikken åpner. Befolkningen oppfatter det som et godt tilbud der de slipper direkte til «på høyeste hold». Altså skulle alt være såre vel.

Men hakene ved dette er dessverre flere og betydelige. Kvelds-barnepoliklinikken i Bergen representerer en generell utvikling som går i retning av en mer spesialisert og fragmentert helsetjeneste der pasientens legemsdeler blir vurdert hver for seg av tilhørende spesialist. Dette er ikke til pasientens beste. En av allmennlegens viktigste oppgaver er å ha fokus på pasientens helhetssituasjon, både somatisk, psykisk og sosialt. Dette er allmennlegens spesialkompetanse, og ivaretaes ikke i samme grad av andre spesialister. Fastlegen er den som også i størst grad kjenner pasientens nærmiljø, arbeid og familie, kanskje gjennom flere generasjoner.

Andrelinjespesialistenes inntog på allmennlegearenaen undergraver altså fastlegeordningen, som bygger på kontinuitet over tid. Dette er en viktig faktor ved vurdering av hvor, når og av hvem pasientene, og spesielt barn, bør undersøkes. Dette gjelder spesielt ved akutt sykdom. At mange akutt syke pasienter, for eksempel fra sykehjem, mange steder blir lagt direkte inn på sykehus uten allmennlegevurdering, er en annen diskusjon, men nok et eksempel på at allmennlegene havner på sidelinja og at pasienten først blir undersøkt av en sykehusspesialist.

Ved at spesialisthelsetjenesten stadig «eter» seg inn på allmennlegens domene, blir allmennlegenes erfaringsgrunnlag utvannet fordi en del pasienter, kanskje med sykdomsbilder vi sjelden ser, seiler direkte forbi. Dette gjør allmennlegetjenesten dårligere på sikt.

Et viktig moment i oppbyggingen av helsetjenesten, inklusive legevakt, er også at det samfunnsøkonomisk blir helt galt at den store hopen av alminnelige virusinfeksjoner og lignende skal vurderes på en sykehuspoliklinikk med tilhørende kostnader. LEON-prinsippet er helt fraveket. I en situasjon med knappe helsebudsjetter kan en undre seg over hvilke motiver som ligger bak å opprettholde et slikt tilbud når det ikke er faglige grunner til det.

Det blir som regel protester når det som blir oppfattet som goder blir trukket tilbake. Vi mener at det ikke er til barnas beste at en høyt spesialisert helsetjeneste, som til daglig tenker sebra og ikke hest, og som skal stå klare til å behandle de sykeste barna, foretar førstelinjevurderingene av syke barn. Politikerne må tåle å ta noen upopulære avgjørelser for å sikre en fornuftig bruk av ressursene og en god utvikling i helsetjenesten. Alle vil ha det beste tilbudet – og spesielt skal mitt barn kun ha det beste! Men det beste er riktig vurdering og behandling på riktig nivå, til rett tid. Allmennlegen må ta det generelle og andrelinjespesialisten det spesielle. Derfor blir det vår utfordring å gjøre allmennlegens tjenester til det beste alternativet, både i allmennlegens, andrelinjespesialistens og allmennhetens øyne!

Kronisk utmattelsessyndrom er et annet viktig tema i dette nummeret. Tilstanden er i ICD-10 en nevrologisk diagnose, men anerkjennes og brukes kun av få nevrologer som navn på en organisk nevrologisk sykdom. I juni 2006 kom rapporten fra ekspertgruppen utnevnt av Kunnskapscenteret. Denne har fått mye omtale. Rapporten etterlater mange spørsmål – om grunnlaget for diagnosen og om behandling. Den konkluderer med at det ikke finnes behandling som har vist seg særlig effektiv. Samtidig anbefaler gruppen at behandlingstilbudet for disse pasientene styrkes i norsk helsevesen. Skal vi styrke en behandling som ikke virker? Hvis dette skal være en kunnskapsbasert rapport, er det noe vanskelig å følge resonnementene i konklusjonen.

Vi trykker en oppsummerende artikkel skrevet av ekspertgruppen med et oppfølgende intervju med Kirsti Malterud, en av ekspertene på feltet.

Gunhild Felde og Karin Frydenberg