

Primærhelsetjeneste – til inspirasjon eller frustrasjon?

■ GURI RØRTVEIT

Forskningsleder/professor, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse
Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Spesialist i allmennmedisin og allmennlege ved Fjellsiden legesenter i Bergen

■ SVEIN Z. BRATLAND

Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse
Kst. overlege, Bergen kommune / Spesialist i samfunnsmedisin, spesialist i allmennmedisin i 30 år

Et sentralt budskap i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste er at primærhelsetjenesten i større grad bør organiseres i team. Krass kritikk har kommet fra flere hold. Det er derfor grunn til å se nærmere på noen av forslagene i meldingen. Som allmennleger må vi engasjere oss i denne debatten, ellers risikerer vi at fremtidens primærhelsetjeneste blir mer fragmentert og får dårligere kvalitet enn i dag.

Fastlege Gisle Roksund gir meldingen det glatte lag for tenkningen om primærhelseteam (1). Hans bekymring er at slike team vil føre til ytterligere fragmentering og ansvarsfraskrivelse i primærhelsetjenesten. Andre har vært bekymret for om primærhelsetjenestemeldingen er et angrep på selve fastlegeordningen (2). Legemakten i primærhelsetjenesten er sterk gjennom den populære fastlegerollen – kan det tenkes at det provoserer noen? Statsråd Høie har imidlertid avklart at fastlegeordningen er en hjørnestein i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at fastlegene skal lede de planlagte primærhelseteamene (3). Andre typer team, som skal koordinere tilbud til pasienter med store og sammensatte behov, skal kunne ledes av andre faggrupper.

Mange land har organisert sin primærhelsetjeneste i team i sterkere grad enn Norge, herunder Storbritannia, Canada, Nederland og til dels Danmark. Alle disse landene har en sterk primærhelsetjeneste som vi har mye å lære av. Det er gjort forskning på ulike modeller for organisering av primærhelsetjenesten. Vi mener at primærhelsetjenestemeldingen i for liten grad bygger på slik forskning, men at selve ideen om organisering i team fortjener interesse og videre diskusjon.

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte nylig en oversikt over forskning knyttet til innbyggjersentrerte og integrerte helsetjenester (4). Hovedkonklusjonen er at investeringer i en primærhelsetjeneste med portåpnerfunksjon, er assosiert med en rekke positive og viktige resultater, slik som

- økt tilgjengelighet til tjenestene
- forbedret individrettet forebyggende helsearbeid
- redusert bruk av sykehus
- mer likeverdige og rettferdige helsetjenester
- redusert dødelighet

Selv om kvaliteten av norsk primærhelsetjeneste på mange måter er god, blant annet fordi den gir et omfattende tilbud, faller den likevel ut som middelmådig i sammenligning med andre europeiske land (5). Noen sider ved organiseringen er utslagsgivende, spesielt ledelse, finansiering og tilrettelegging av arbeidet. Det er derfor god grunn til å se seg rundt etter bedre måter å gjøre ting på. Vi vil i denne artikkelen beskrive hva forskningen sier om ulike modeller i andre land. Vi har ikke ambisjoner om å gi et komplett og utfyllende bilde, men sette i gang en diskusjon som ikke baserer seg på løse ideer, men på foreliggende kunnskap.

Primærhelsetjenestens fortrinn og utfordringer

Målet for fremtidens primærhelsetjeneste er at den skal yte bedre koordinerte tjenester, bidra til mer og bedre forebygging av sykdom, være mer brukerorientert og bidra til reduserte kostnader ved utvikling av pasientnære tjenester (6). Forskning har entydig vist at land med velutviklet primærhelsetjeneste har lavere totale utgifter til helsetjenester enn land der førstelinjetjenesten ikke er prioritert, i tillegg til bedre helse (4–5, 7–8). Satsing på primærhelsetjeneste gir altså både i pose og i sekk.

Fastlegeordningen har gjennom mange år vært blant de mest populære offentlige tilbud vi har i Norge, men primærhelsetjenesten i sin helhet er fragmentert og dårlig koordinert. I kjølvannet av Giardia-utbruddet i Bergen i 2004, viste forskning at en bedre integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten kunne ha redusert konsekvensene av utbruddet (9). Et eksempel på at ulike deler av primærhelsetjenesten har et potensial til å utfylle hverandre på en god måte når presset øker, er den varierte benyttelsen av fastleger og legevakt under influensa-pandemien (10).

Fremtidens helseutfordringer vil være preget av kroniske sykdommer, psykiske lidelser, multimorbiditet, mange eldre og flere innvandrere – det vil si høyere kompleksitet og store krav til kompetanse. Samtidig er det mange som har enkle problemer som skal løses av den samme helsetjenesten. I tillegg er vårt land med mange små og noen store kommuner preget av organisatorisk og geografisk diversitet.

Meldingen peker på tre hovedstrategier for å løse problemene: Organisering av team, kompetanseheving og bedre ledelse. De to siste punktene er nødvendige og udiskuta-

meldingen

Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet



ble. Det er selvsagt bekymringsverdig at omtalen av kompetanseheving nesten utelukkende er rettet mot annet helsepersonell enn leger, men vi er jo vant til at leger ivaretar fagutvikling og videre- og etterutdanning selv. Bedre og mer helhetlig ledelse av kommunehelsetjenesten er det et skrikende behov for, og i hovedsak er vi enige i den analysen som meldingen gir på dette punktet. At primærhelsetjenestemeldingen nesten ikke berører behovet for en forskningsstrategi for primærhelsetjenesten, er en sak i seg selv, men den skal vi la ligge her (11).

Den største utfordringen i meldingen for oss som allmennleger ligger i opprettelsen av primærhelseteam, og vi vil konsentrere oss om dette i det videre.

Hva kan og vil vi oppnå med en reorganisering?

Flere spørsmål er viktig å stille seg før vi går i gang med reorganisering av noe slag: Hvem skal vi organisere oss for? De friske pasientene som vil ha rask og enkel tilgang for en sykmelding ved influensa, eller de kompliserte tilfellene som trenger kontinuitet og koordinering? Vil de samme modellene som fungerer i storbyene være gode for små distriktssamfunn?

Modell for organisering må baseres på de mål vi vil prioritere. Disse målene må være gjenstand for åpen diskusjon i samfunnet, samtidig som det er klart at fagkunnskap må være avgjørende. Derfor er det nødvendig å se nøye på hva som er dokumentert virksomt gjennom forskning.

Samhandling gir åpenbare fordeler som det ikke kreves forskning for å avdekke. Hvordan samhandling best stimuleres, trenger vi derimot forskning for å si noe om. Arbeid i team krever ledelse og inne-

bærer valg av deltakende profesjoner. Selv om flere land har gode erfaringer med høyere grad av team-organisering, er det ikke slik at enhver organisering er god så lenge flere yrkesgrupper deltar.

Primærhelseteam

God kvalitet er flerdimensjonalt (12). Alle modeller for organisering av primærhelsetjenesten har sine fordeler og ulemper, og den perfekte modell eksisterer ikke. Der som man vektlegger ett kvalitetsaspekt, vil det ofte gå på bekostning av et annet. For eksempel vil modeller med høy grad av kontinuitet (fastlegen har alle konsultasjoner med pasienten selv) gi lavere grad av tilgjengelighet (fastlegen er ikke til stede hele uken) (13). Store, tverrfaglige praksiser er dokumentert å kunne gi bedre diabetesbehandling, mens små praksiser kan gi bedre tilgjengelighet (12). Når det gjelder forebyggende tiltak som screeningprosedyrer, vaksiner etc, er pasientenes egne strategier og ikke minst sosioøkonomiske forhold viktigere enn praksisenes innretning (12). Dette er bare noen få eksempler på de ulike sidene ved kvalitet som man må vurdere før man går inn for en ny organisering av primærhelsetjenesten.

Den omtalte rapporten fra WHO undersøker resultater av organisering i primærhelseteam (4). Studier viser tilleggseffekter av slike team:

- reduserte utgifter til helsetjenester per capita
- bedre ressursutnyttelse
- forbedret arbeidsmiljø med hensyn til arbeidsbelastning og derved mindre utbrenthet
- bedre kommunikasjon og beslutningsevne
- større brukertilfredshet
- færre uønskete hendelser

Det er verdt å legge merke til Karelen-prosjektet i landdistrikt i Finland (14). I 2010 ble primærhelsetjenester og sykehustjenester sammen med sosialtjenester samlet i en organisasjon. Team ble sammensatt av allmennleger, sykepleiere og personell i hjemmetjenestene. Disse teamene jobber med koordinering og opplæring for å sette pasientene i stand til å ivareta egen helse og derved øke uavhengighet, forebygge helseproblemer og hospitalisering. Evalueringer har vist økt mestring, redusert isolasjon, redusert bruk av legemidler og redusert reisetid til helsehjelp. Utgiftene til helsetjenester ble redusert med 50 prosent fra 2010 til 2015.

Kostnadsreduksjon ble også vist i en tysk studie fra Schwarzwald, der IT-løsningen ble vurdert som sentral (15). Her ble alle helsetjenestene samlet i en kooperasjon av allmennlegenettverk, samfunnsvitere, helseøkonomer og helseforsikrings-selskap. Planmessig forebygging og oppfølging av pasienter støttes av tilgangsstyrt



elektronisk journalsystem med gjennomgående tilgjengelighet. Denne investeringen i forebyggende helsearbeid har siden 2006 ført til en reduksjon i sykkelighet og dødelighet sammenliknet med andre regioner. Dessuten er total kostnadene hos involverte forsikringselskaper redusert.

Godt integrerte team kan ivareta flere funksjoner, sørge for god koordinering av tjenester, gi flere valgmuligheter for brukerne og redusere kostnader ved at enklere oppgaver kan ivaretas av lavere utdannet personell (13). Noen forutsetninger må være til stede (16): Informasjon må deles hensiktsmessig både verbalt og gjennom IKT-systemer, og finansieringsmodellene må være slik at hele teamet har insentiver til å nå felles mål. Når det gjelder IKT har vi et godt stykke igjen å gå i Norge. For eksempel er det fortsatt slik at det er usikkerhet ved overføring av opplysninger om legemidler i bruk mellom ulike ledd av primærhelsetjenesten. Fastlegenes arbeid med legemiddelgjennomgang kan derfor av og til være illusorisk, og det foreligger ingen nasjonal godkjenningsordning for de forskjellige IKT-systemene. Dette er en overmoden problemstilling.

Forskning på tverrfaglige team tar utgangspunkt i at teamene er samlokalisert. Reelle team kan ikke bygges basert kun på IKT-løsninger, uansett hvor gode de blir. Ifølge en av forskerne som har gjort mest på dette feltet, vil en strategi med flere uavhengige helsearbeidere uten tilhold i et helsesenter føre til ansvarsfraskrivelse og et uholdbart stort behov for kommunikasjon (16).

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver også samlokalisering som et fundament for gode team – før den i neste omgang skisserer tiltak som *ikke* forutsetter samlokalisering og som representerer økt fragmentering (6). Et eksempel på dette er direkte tilgang til fysioterapeut. Dette er

fremstilt som en avbyråkratisering, og i mange tilfeller kan det være nettopp det. Hvor ofte føler vi oss ikke som sekretærer som skriver rekvisisjoner på fysioterapi uten at vår faglige vurdering er tungt inne i bildet? Samtidig bidrar et slikt tiltak utvilsomt til økt fragmentering. Man kunne jo tenkt motsatt: at fysioterapeutene bør inn i primærhelseteamene. Rehabilitering i primærhelsetjenesten er et satsingsområde, og da vil et tettere – ikke mindre – samarbeid mellom leger og fysioterapeuter være nødvendig. Slik er det i mange land, men hos oss vil sannsynligvis en kjerne av lege, sykepleier og helsesekretær være det mest aktuelle.

I det hele tatt er det et åpent spørsmål hvor store og omfattende teamene kan og bør være. Hvordan skal den nye kommunale psykologtjenesten integreres i en team-struktur? Her er det definitivt behov for tett samarbeid med fastlegene. De vanntette skottene mellom helsestasjonene, herunder jordmortjenesten, og fastlegene er en del av dagens problembilde og bør utfordres. Stortingsmeldingen sier dessuten lite om hvordan sosialfaglig kompetanse (Nav/sosionom) skal finne sin plass i teammodellen. Med kunnskap om sosiale forhold som vesentlige faktorer knyttet til innbyggernes helse, vil det her ligge en klar gevinst ved team-organisering. Det er stor sannsynlighet for at en nyorganisering i team har mest for seg i byene, hvor fragmenteringen i primærhelsetjenesten er mest synlig.

Finansieringsmodeller for teamorganisering og koordinerte tjenester

I meldingen er det økonomiske løftet som ligger i *samlokalisering av team* ikke drøftet i særlig grad, og det er en stor svakhet. Derimot er det skissert fem ulike finansierings-

modeller som kan understøtte målet om *helhetlige pasientforløp* via primærhelseteam.

Det første forslaget er å gi fastlegen insentiv til å ansette annet personell via endringer i per capita-tilskuddet eller Normaltariffen. Legeforeningen har foreslått at dette kan avtales på praksisnivå i tillegg til de individuelle fastlegeavtalene, altså en avtalestyrt løsning med fastlegene om hvilke oppgaver legesenterets personell skal utføre i samarbeid.

Det andre forslaget går ut på at annet helsepersonell ansettes av kommunen, men har sin arbeidsplass i legekantorene. Dette kan gi problemer med ansvarsfordeling for tjenester.

Det tredje forslaget er å ansette fastleger på fast lønn. Fast lønn gir styringsmulighet og rom for teamet til å gjøre pasientrettede oppgaver uten pasienten til stede, men gir ingen insentiver. Tvert imot vil det være økonomisk gunstigere for kommunen at fastlegen (som utløser takster) gjør mest mulig av arbeidet, og det er jo ikke meningen.

Det fjerde forslaget er etablering av primærhelseteam på siden av fastlegeordningen. Her kan leger ansettes på fast lønn for å arbeide i team uten listeansvar. Dette krever samlokalisering hvor kommunen inngår avtale med teamet om levering av helsetjenester. I Canada har man en ordning med noen slike team, og disse er spesielt innrettet mot å gi et tilbud til grupper som har store behov, men i liten grad selv tar kontakt med helsetjenesten (fattige, nar-komane, immigranter med liten språk- og systemforståelse osv). I en norsk sammenheng bør vi kunne ivareta slike grupper uten å uthule fastlegeordningen, og det er bra at man allerede i meldingen slår fast at dette ikke er en hensiktsmessig finansieringsmodell.

Det femte forslaget beskrives i meldingen



Team bestående av psykolog, fysioterapeut, sykepleier, og fastlege.

FOTO: COLOURBOX

som «mest fremtidsrettet», og består i at kommunene gjør avtaler med team i stedet for med fastleger. Da er teamet ansvarlig for de oppgaver som skal utføres, og teamets medlemmer får sammen ansvar for en populasjon. Befolkningen kan da velge fastlege i praksisen, eller de kan velge praksisen selv som sin faste enhet. Hvem som skal ha ansvar for å lede slike team kan ikke leses klart fra meldingen.

I Norge består finansiering av legetjenester av tariffstyrt stykkprissystem, kombinert med betaling per capita, eller fast lønn. Forskning gir ikke noe klart svar på hvilke finansieringsordninger som gir de beste helsetjenestene (17). I Canada har utprøving av forskjellige ordninger vært et ledd i en omorganisering av primærhelsetjenesten som startet i 2000. Bruk av stykkprissystemet (fee for service) har i noen grad veket plass for en blanding av vektet godtgjøring per capita (for eksempel med hensyn til alder, diagnose) og insentivstyrt finansiering knyttet til prestasjon/kvalitet (18). Det kan kreve et høygradig byråkrati, men det kan også sies om utvikling og bruk av den norske normaltariffen. Hutchison angir at suksessfaktorene er tilrettelegging gjennom samlokalisering, IT-løsninger og løpende samarbeid med tjenesteytneres organisasjoner med lovnad om økt inntekt (18).

Helhetlige helsetjenester, gode pasientforløp og aktiv forebygging er sentrale elementer i Samhandlingsreformen. For å oppnå god koordinering og en sammenhengende tiltakskjede, er det avgjørende å sikre honorering av helsetjenestearbeid som utføres uten pasienten til stede. Normaltariffen er ikke egnet for dette i dag. For eksempel finnes det i liten grad takster for

forebyggende arbeid og koordineringsarbeid. Både vektet godtgjøring per capita og insentivstyrt honorering vil derimot være egnet som insitamenter for slikt arbeid. Det er ikke kjent hvordan blandingsgodtgjøring er håndtert mellom profesjonene i den kanadiske modellen, men fast lønn er omtalt (18). Stortingsmeldingen skisserer tre muligheter for endringer: For det første kan man fjerne folketrygdfinansieringen og samle finansieringsansvaret på kommunalt nivå. Denne løsningen forkastes fordi man mener den krever mer robuste kommuner enn vi har i dag. Neste forslag er å gi flere profesjonsgrupper rett til å utløse takster, og åpne for flere formål med bruk av takstene (forebygging). Dette vil øke statens utgifter til tjenester som kommunene har ansvar for, noe som tydelig er en bekymring for departementet. Vi er mer bekymret for at dette åpner for en ytterligere fragmentering, fordi det ikke i seg selv vil føre til teamarbeid og samlokalisering – kanskje snarere tvert imot. En tredje mulighet er å åpne for sykepleiere som arbeider ved fastlegekontor rett til å utløse definerede takster. Imidlertid baserer ingen av disse forslagene seg på insentiver for økt arbeid med forebygging og koordinering på team-nivå.

Har primærhelseteam noe med profesjonskamp å gjøre?

Vi mener at disse spørsmålene bør diskuteres åpent uten profesjonshensyn som underliggende fundament. Spørsmålet om organisering bør betraktes med et fordomsfritt blikk og målet om en god og effektiv helsetjeneste må holdes høyt. Da kan det være behov for nye måter å tenke på. Men vi må ikke hive ut barnet med badevannet. Fastlegeordningen er et av de mest velfungerende elementene i primærhelsetjenesten, og utvikling må skje med det som utgangspunkt.

Tilgang til legekompentanse for å få stilt en diagnose er nødvendig for enhver innbygger med symptomer eller funksjonssvikt. Enklere diagnostiske og behandlingsmessige tiltak kan delegeres etter opplæring, men utgjør ikke hovedtyngden av arbeidet i allmennmedisin. Det videre koordineringsarbeidet baserer seg på det diagnostiske utredningsarbeidet og vurderinger av behandlingstiltak. Slike sider av arbeidet kan i større grad deles med et team. Skillet mellom helse- og omsorgstjenester må bygges ned og ledelse bør som hovedregel ligge der den faglige kompetansen er størst.

REFERANSER

1. Roksund G. Underlig lesning. Varden 30.05.2015. <http://www.varden.no/meninger/underlig-lesning-1.1413556>.
2. Hanger MR. Skarp kritikk mot primærhelsetjenesten. Dagens Medisin 27.05.2015. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/05/27/kritikk-mot-primarhelsetjenesten/>.
3. Høie B. Om pakker og primærhelse. Dagens Medisin 29.05.2015. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/29/om-pakker-og-primarhelse/>.
4. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report (02.09.2015). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?ua=1&ua=1.
5. Kringos D, Boerma W, Bourqueil Y, Cartier T, Dedeu T, Havold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 2013; 63: e742–50.
6. St. meld. Nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83: 457–502.
8. World Health Organization. The World Health Report 2008 – primary health care – now more than ever. <http://who.int/whr/2008/en/> (24.06.2015).
9. Wensaas K-A, Langeland N, Rørtveit G. Avdekking av giardiasisutbruddet i Bergen 2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2222–5.
10. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rørtveit G. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. PLoS One 2013; 8(7): e69408.
11. Rørtveit G. Fremtidens primærhelsetjeneste – uten forskning? Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 1219.
12. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ 2001; 323: 1–6.
13. O'Malley AS, Rich EC, Maccarone A, DesRoches CM, Reid RJ. Disentangling the linkage of primary care features to patient outcomes: a review of current literature, data sources, and measurement needs. J Gen Intern Med 2015; 3: 576–85.
14. Renewing health. In: South Karelia Social and Health Care District [website]. <http://www.renewinghealth.eu/south-karelia-social-and-health-care-district> (02.09.2015).
15. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenth W. Gesundes Kinzigtal integrated care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. Int J Integr Care 2010; 10: 1568–4156.
16. Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. N Engl J Med 2008; 358: 1064–71.
17. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2000; (3): CD002215
18. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: Systems in motion. Milbank Q 2011; 89: 256–88.

■ GURI.RORTVEIT@UIB.NO
■ SVEIN.BRATLAND@UIB.NO