

Gode intensjoner – harde realiteter



Redaksjonelt

*Organisasjonssvikt må rettes opp
før skjebnesvangre feil inntreffer*

«Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennhelsetjenesten.» Teksten er hentet fra formålsparagrafen i forskriften om fastlegeordningen (1). En viktig begrunnelse for fastlegereformen var altså at pasientene skulle føle seg enda tryggere på at de fikk tak lege når de trengte det.

Slik er det ikke blitt alle steder. Ifølge rapporter har minst 700 fått forsinket behandling bare i Oslo (2). Mer enn det: Ifølge Ambulanse/AMK-avdelingen i Oslo har dette fått alvorlige konsekvenser for pasientene i 5 % av tilfellene. Årsaken er ikke at leger ikke kunne hjulpet, men at pasientene ikke nådde frem til legene.

Rapportene er ikke evaluert, og det kan sikkert være ulike tolkninger både av metoder og resultater. Men situasjonen ble bedømt som så alvorlig at Fylkeslegen i Oslo reiste tilsynssak overfor Oslo kommune og gav kommunen to ukers frist til å bringe det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen i tilfredsstillende stand (3).

Det er ulike oppfatninger om hvem som har ansvaret for situasjonen som har oppstått. Er det Oslo kommune, helseministeren eller legene? Eller er det kanskje alle? Hvorfor er denne situasjonen blitt så tilspisset i Oslo, når hele landet har fått en fastlegeordning? Hensikten her er ikke å fordele skyld, men å spørre: Hvorfor har det gått galt, og hva kan læres? For her kan det se ut som det glipper i skjøtene i det som skulle være et heldekkende akuttmedisinsk tilbud. I stedet for å gi pasientene en følelse av trygghet og kontinuitet, spres et inntrykk av at ingen vil påta seg ansvaret for akutt syke pasienter.

Det synes åpenbart at en grunn til at systemet svikter, er svakheter i de avtaler som ble inngått. Gode intensjoner ble ikke oversatt til klare regler og tydelig ansvars plassering. Det gir grunn til å spørre om det manglet et overblikk over sammenhengen mellom ulike typer tilbud i førstelinjetjenesten. Spørsmålet er også om ansvaret ble tatt tidssnok av dem som burde handlet da skavanke- ne ble avdekket. Det er gått lang tid fra de første varsellampene ble tent til presserende utbedringer ble initiert.

Lærdommen er dyrekjøpt – liv er gått tapt og utrygghet er skapt. Sporene skremmer, for andre reformer er underveis. Ved syke-

husreformen er det også gitt løfter uten at det er klart hva som er konsekvensen hvis løftene ikke holdes. Også her finnes det åpenbare gråsoner der ansvars- og oppgavefordelingen ikke er klar. Det dreier seg for eksempel om forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten, om tverrfaglig samarbeid, om sykestuer og sykehjem, om omsorg for kronisk syke og omsorg ved livets slutt, og om mye, mye mer. Styringsdokumentene fra Helsedepartementet fastslår at dette er viktige områder som skal ivaretas (4). De gode intensjonene må følges opp med klar plassering av ansvar, tydelig struktur og nødvendig finansiering. Må det avdekkes skjebnesvangre feil før en fungerende organisasjon kommer på plass?

Charlotte Haug

Tidsskriftet
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

*Charlotte Haug (f. 1959) er lege dr.med.
og har en mastergrad i helsepolitikk fra USA.
Hun er redaktør i Tidsskriftet fra 1.1. 2002*

Litteratur

1. Fastlegeordningen i kommunene. Forskrift av 14. april 2000 fra Sosial- og helsedepartementet. Sist revidert 8. juni 2001.
2. Avvik i forbindelse med innføring av fastlegeordningen og ny legevaksordning 1.6.01 – 6.12.01. Brev fra Ambulanse/AMK-avdelingen, Oslo kommune, Ullevål universitetssykehus, 27.12.01.
3. Andersen EJ. To ukers frist til å bedre akuttberedskapen i Oslo. www.legeforeningen.no/index.db2?id=6694 (8.1.2002).
4. Helsedepartementets styringsbrev: Mål, rammer og resultatkrav for helseforetakene i 2002 (4.1.2002). odin.dep.no/shd/sykehusreformen/index-b-n-a.html (8.1.2002).