

FASTLEGEN

– kommunehelsetjenestens faglige motor?

AV MARTE WALSTAD

Dersom det skal skje en oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjenesten og fastlegen skal kunne påta seg ansvaret for større oppgaver, må fastlegen kunne spille på lag med robuste kommuner med kompetanse og ressurser til å utvikle og drifte nødvendige helse- og omsorgstilbud av god kvalitet.

Det må derfor stilles krav til at kommunen oppfyller visse standarder med henblikk på legevaktstjenesten, forsterkede sykehjem, sykestueplasser og økt medisinsk faglig styringskompetanse. Det er nødvendig å legge til rette for at små kommuner kan samarbeid om interkommunale løsninger for å kunne innfri disse standardene.

Dersom fastlegene samlet skal ta større oppgaver må det en mannskapsøkning til.

Fastlegene arbeider i dag tett oppunder 50 timer pr uke, før legevaktstjenesten er medregnet, og har derfor ingen reservecapasitet til å bruke på nye eller utvidede oppgaver.

Dersom fastlegen i framtida skal bruke mer av tida si på offentlig allmennmedisinsk arbeid og bruke mer tid på hver pasient, vil det måtte legges til rette for en generell listereduksjon.

Det betyr at et «fastlegeårsverk» legges lavere enn dagens. Det er gjort grove anslag på at det er behov for 2000 nye fastleger for at alle oppgaver skal kunne utføres i kommunene og at alle pasienter skal få en god tilgjengelighet til allmennlegetjenester.

I samhandlingsreformens støpeskje – fra høsten 2008 og fram til nå – har det meste som har lekket fra helseministeren og hans ekspertgruppe dreid seg om kommunehelsetjenesten og fastlegeordningen. Diskusjonene har dreid seg om oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjeneste og om hva som skal være fastlegens framtidige rolle. Helseministeren har ved flere anledninger hevdet at fastlegen skal bli kommunehelsetjenestens «faglige motor». Han har sagt at fastlegene trengs mer ute i kommunen, som veiledere for helse- og omsorgstjenestene, med mer tid til offentlig allmennmedisinsk arbeid og mer tid til å drive



Marte Walstad

Spesialist i allmennmedisin.

Fastlege ved Ranheim Legesenter.

Medlem i Sentralstyret i Legeforeningen.

Medlem i Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

Medlem i Styret i Norsk Helsenett.

forebyggende helsearbeid for pasientene på lista. Helseministeren hevder at med 2000 flere fastleger kan dette la seg gjøre. Han understreker også at det må skje en endring i finansieringsløsninger som gjør at det lønner seg å forebygge og å samarbeide.

Som fastleger er vi engasjerte i hva som skal bli vår framtidige rolle. Hvordan skal vår arbeidsdag se ut i 2020? Hvordan vil faget vårt se ut? Hvordan vil rammen for vår yrkesutøvelse endre seg? Svarene på disse spørsmålene vil være viktige for om vi fortsatt synes vi har «verdens beste» arbeidsdag, dvs. at vi finner mening i arbeidet og trives i rollen som fastlege. Svarene på spørsmålene vil være kritisk med henblikk på om vi klarer å rekruttere de 2000 nye fastlegene som vi og helseministeren ser et stort behov for.

Ta vare på «suksessen» i fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001 for å forbedre befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenester. Det var i første rekke en pasientrettighetsreform som understreket retten til en fast lege som pasienten selv fikk velge. Evalueringene har vist at fastlegeordningen er en ubetinget suksess hos befolkningen, fastlegene selv og samarbeidspartnere (1). Pasientene har evaluert høyt det å kunne ha en personlig lege, dvs. en fast pasientkontakt over tid som følger opp, koordinerer og tar ansvar for samordning i et ellers kaotisk helse-, omsorgs- og sosialvesen. Fastlegene framhever det å ha et fast antall pasienter å forholde seg til som en stor fordel. Samarbeidspartnere beskriver det å ha en fast adresse for pasientens videre oppfølging som en vesentlig bedring av ansvarsforholdene.

I utformingen av fastlegens framtidig rolle må vi derfor ta vare på den personlige kontakten over tid mellom fastlegen og pasientene. Fastlegen må fortsatt være en lavterskel-tjeneste som har som primæransvar å utrede, rådgi og behandle pasienter. Hun må være portner til andre deler av helsevesenet og bidra med medisinskfaglige vurderinger i forhold til NAV, sosialtjenester, skole og barnevern. *Fastlegen må gis verktøy til fortsatt å være den medisinsk-faglige koordinator for pasientene på lista.*

Faglig kvalitet gjennom forskning, kvalitetsverktøy og krav til spesialisering

Allmennedisinsk forskning er en forutsetning for å øke det kunnskapsbaserte grunnlaget for vår allmennmedisinske praksis og for å kunne tilby pasientene bedre og mer effektive tjenester. Det er behov for betraktelig større ressurser til slik forskning og tilrettelegging for allmennleger som ønsker å delta i forskning. Intern kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling med utvikling av lett tilgjengelig kvalitetsverktøy har vært drevet fram av allmennlegenes egne organisasjoner og bør være en del av alle allmennlegers praksis i framtida. *Som en viktig del av kvalitetsutviklingen har Legeforeningen fremmet forslag overfor departementet om at alle fastleger bør være spesialister i allmennmedisin eller under utdanning for å bli det.*

Kvalitet i kommunal legevaktstjeneste og offentlig allmennmedisinsk arbeid

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 ble det lagt inn som en forutsetning at det faglige innholdet i ordningen måtte utvikles over tid og omfatte et faglig løft for andre tjenester som allmennleger er involvert i i kommunehelsetjenesten. Verken sentrale myndigheter eller kommunene har fulgt opp denne forutsetningen.

Legevaktstjenesten i kommunene trenger en faglig og organisatorisk opprustning. Det er behov for å sette faglige kompetansekrav til legevaktlegen, kvalifisert hjelpepersonell, utstyr og lokaler som fremmer forsvarlig legevirkosomhet (2). For at kommunene skal lykkes med dette vil det mange steder være nødvendig med interkommunalt samarbeid.

Allmennedisinsk offentlig arbeid som allmennlegearbeid på sykehjem, og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste trenger et faglig innhold bygget på kunnskapsbasert praksis. Det må innføres bemanningsnormer for legetjenesten i sykehjem som gjør at kommunen blir pålagt å øke bemanningen opp til forsvarlig nivå. *Legeforeningen foreslår at sykehjemsmedisin bør bli et eget kompetanseområde som leger fra flere spesialiteter enn allmennmedisin kan kvalifisere seg i, som sikrer faglig kvalitet på tjenestene og bidrar til fagutvikling innenfor sykehjemsmedisin (3).*

Legens rolle på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten må avklares. *Hvilke verktøy, prosedyrer, teknikker og arbeidsmetoder gir dokumentert effekt? Hvordan kan fastlegens kompetanse brukes med best effekt i forhold til barn og unges helse?*

Utvikle fastlegerollen til å omfatte andre oppgaver

Oppgaveoverføring fra sykehus til kommunehelsetjenesten vil kunne medføre etterspørsel etter et større repertoar av tjenester på fastlegekontoret. **Nye praksisformer** hvor flere fastleger arbeider sammen med andre tjenesteytere fra kommunehelsetjenesten som helsesøster, jordmor, kommunepsykolog etc vil kunne tilby bedre samhandling og tverrfaglighet innad i kommunehelsetjenesten med mulighet for å ta på seg tyngre oppgaver og tilby utvidet åpningstid.

Å kunne tilby pasienter innleggelse i kommunale institusjoner når behovet er observasjon, enkel behandling, pleie eller rehabilitering, og ikke sykehusbehandling, krever at kommunen oppretter og driver et antall «sykestueplasser». Det kan være **forsterkede avdelinger** på sykehjem med økt bemanning av allmennlege og sykepleiere. Fastlegene må gis mandat til å legge inn pasienter som trenger slik oppfølging.

Kommunene trenger medisinskfaglig styringskompetanse for å kunne utvikle og drifte helse- og omsorgstjenester og kunne overta oppgaver fra sykehusene. I framtida må derfor **fastlegene i større grad engasjeres i rådgivning og veiledning mot kommuneledelsen.** Større oppgaver for den enkelte enhet innenfor helse- og omsorgstjenester og for den enkelte tjenesteyter, vil utløse behov for veiledning som kan gis av fastlegene i kommunen.

En klar ansvars- og oppgavedeling, god kommunikasjon og nok fastleger er nødvendige forutsetninger

En klar ansvars- og oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og foretakshelsetjenesten og mellom aktørene innad i kommunehelsetjenesten er en forutsetning for vellykket samhandling. Det må være tydelig for alle aktører hvilke oppgaver fastlegen skal forventes å ta ansvar for og hvilke oppgaver andre i behandlingsskjeden har ansvaret for. Ansvarsfordelingen må være basert på LEON-prinsippet og være et resultat av en faglig begrunnet konsensus mellom aktørene i behandlingsskjeden. Oppgave- og ansvarsdelingen vil måtte endres i takt med utviklingen i medisinsk kunnskap og teknologi. **PKO-ordningen** har vist seg å bidra til en mer hensiktsmessig samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Ordningen bør utbyg-

ges og utvides til å kunne brukes innad i sykehus, innad i kommunehelsetjenesten og mot NAV og andre aktører.

Samhandling rundt oppgave- og ansvarsfordeling og rundt behandlingsforløp for enkeltpasienter krever *robuste og entydige kommunikasjonskanaler* mellom aktørene i helsevesenet og andre samhandlende etater.

Elektronisk kommunikasjon over helsenett er under utvikling, men det bør taes større styringsgrep fra eier for å få på plass robuste, compatible løsninger og få opp meldingsvolumene. I mellomtida må aktørene gjøre seg tilgjengelig på telefon. Fastlegen og de andre tjenesteyterne må kunne nå hverandre for at fastlegen skal kunne fungere som en medisinsk faglig koordinator for pasientene sine.

Rekruttering av 2000 nye allmennleger krever tiltak

For at 2000 nye leger skal velge allmennmedisin som sin yrkesvei trengs flere grep. Allmennmedisin må framstå som et **attraktivt fag**, et fag med høy faglig prestisje preget av høy forskningsaktivitet, et godt kunnskapsbasert fundament for allmennmedisinsk praksis og gode utdannelses- og veiledningsmuligheter i både grunn-, videre- og etterutdanning. Utdanningskandidatene må kjenne at det å være spesialist i allmennmedisin – spesialist på hele mennesket – er en yrkesrolle som de føler stolthet over.

Mulighetene for å komme seg inn i faget må gjøres fleksible ved at kommunene oppretter et rikelig antall nye hjemler og det finnes valgmuligheter med henblikk på næringsdrift eller fast lønn. Det må legges til rette for at en fastlege som starter oppbygging av en listepraksis «fra null» kan klare seg økonomisk til lista blir økonomisk bærende. I tillegg bør det opprettes utdanningsstillinger hvor kandidater som ønsker det kan gå inn i en strukturert utdanningsstilling uten å måtte forplikte seg i en hjemmel over tid.

De økonomiske rammene i fastlegeordningen må være slik at lønns- og pensjonsforhold ikke ligger tilbake for det kolleger på sykehus oppnår. Det bør også da taes med i et «livslønnsperspektiv» at en allmennlege i en fastlegeordning mangler muligheten for hierarkisk klatring og derav ikke

kan påregne bedre lønns- og arbeidsbetingelser med årene slik sykehuskolleger ofte oppnår.

Det er behov for å rydde og prioritere i fastlegens oppgaver

Det er behov for å rydde og prioritere i fastlegens oppgaver. Fastlegens kjerneoppgaver; tilgjengelighet for utredning, rådgivning, behandling og oppfølging av egne pasienter; kan bli skadelidende dersom fastlegen i alt for stor grad skal møte på møter utenfor kontoret, ha for stor stilling i offentlig allmennmedisinsk arbeid, utføre for mange kontroll- og forvaltningsoppgaver for NAV, Legemiddelverket, barnevernet etc. Hvilken effekt og nytteverdi har kontroll av friske spedbarn og skolebarn på helsestasjonen? Vi vet fortsatt for lite om det, men det synes nyttigere at fastlegen overtar spedbarnskontrollene av sin populasjon og friske skolebarn trenger ikke helsekontroll! Det er ikke forsvarlig eller ønskelig prioritering at fastlegen skal bruke mer tid på kontroll av risikofaktorer som høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt hos friske individer.

Finansiering må understøtte prioritering og oppgavedeling

Dersom kommunen og fastlegene skal overta oppgaver fra sykehusene og man i større grad enn i dag skal følge LEON-prinsippet, må det følge økonomi med denne overføringen og det må lønne seg for kommunene å holde pasientene friske og i kommunehelsetjenesten.

Helseministeren har pekt på behovet for nye finansieringsordninger som skal gjøre det lønnsomt å forbygge og lønnsomt å samhandle. Allmennelegetjenesten i fastlegeordningen er en kostnadseffektiv lavterskeltjeneste. Vi forventer at samhandlingsreformen også økonomisk styrker vår rolle som pasientens medisinsk faglige koordinator og kommunehelsetjenestens faglige motor.

Referanser

1. Norges forskningsråd 2006; Evaluering av fastlegereformen 2001–2005
2. Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin; Rapport nr. 1 – 2009; «... er hjelpa nærmast!» Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt
3. Den norske legeforening 2009; Utredning om spesialistutdanning av leger

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: mwalstad@online.no