

Fast, fastere, fastlege – vellykket 10-åring, men er det rom for endringer?

Hvordan trives fastleger i sitt arbeid? Hvilke utfordringer møter vi og hvilke forandringer kan vi tenke oss? I anledning av at fastlegeordningen er ti år i juni 2011, har Utposten invitert kolleger fra ulike steder i landet til å reflektere over fastlegerollen – ved å besvare fire likelydende spørsmål:

1. Hvorfor ble du fastlege?
2. Hva gleder deg mest ved arbeidet?
3. Hva gjør deg mest frustrert?
4. Hvilke forbedringer av fastlegeordningen kan du tenke deg – både når det gjelder din arbeidshverdag og helsetilbudet til befolkningen?

Espen Rafaelsen, KIRKENES



1 Fordi jeg aldri klarte å bli skuespiller, fotballspiller eller rockestjerne – og antakelig en kombinasjon av at man har holdt seg relativt frisk og har hatt en onkel som var distriktslege i over 20 år. Allmenlegen har vært mitt *bilde* på legeyrket fra tidlig oppvekst. Når jeg så valgte å studere medisin var denne tilnærmingen til legerollen et bakteppe og en motivasjon. Underveis relaterte jeg nok ubevisst pensum og kunnskap til den legerollen jeg kjente fra før, slik at allmenmedisin alltid har vært den riktige vei for meg. I fastlegerollen finner jeg dessuten en mulighet til være en detektiv og utforske alle diagnostiske muligheter. Samtidig kan jeg være helsepedagog – og en viktig omsorgsperson for mine pasienter.

2 Jeg jobber på et legesenter med ni fastleger og to turnusleger samt en daglig leder og ca. ti legesekretærer. Det er en fornøyelse å jobbe i et stort kollegium som fungerer godt sosialt og hvor man har høy fokus på faglighet. Jeg opplever at jeg yter en god tjeneste til mine pasienter som en del av dette senteret.

3 Min egen manglende evne til å trekke en beslutning om b-preparatene pasienten ber om er til nytte eller til skade. Det føles av og til som om empiri og empati spiller pingpong i hodet mitt. Det kan være ganske frustrerende!

Og så synes jeg tidvis det er frustrerende å skrive sykmeldinger som kun legitimeres av psykiatriske diagnosekoder, men som egentlig handler om hverdagslivets problemer.

4 Jeg opplever at fastlegetilbudet er vel mye brukerstyrt. Tilgjengeligheten er i utgangspunktet bra, men jeg er redd det går ut over dem med færrest ressurser til å kontakte legen. Det er fastlegens og legekontores ansvar å prioritere etter behov for medisinsk hjelp, men i takt med økende forventninger til helsevesenet er dette blitt vanskeligere. Samhandlingsreformens intensjon om at fastlegen skal øke sin delaktighet i kommunale oppgaver er kanskje et riktig grep i så måte – forutsatt at de kommunale oppgavene ikke blir altfor fokusert på forebyggende tiltak som ingen vet om funker.

Hans Kristian Bakke, BERGEN



1 Hva annet kunne jeg bli – etter i flere år å ha vært med på å lage og forhandle frem ordningen? Det enkle svaret er vel at jeg allerede var allmenmedisiner, likte faget svært godt og så for meg rammer for fagutøvelsen innenfor fastlegeordningen som ble bedre enn tidligere.

2 Kontinuiteten i pasient-lege-forholdet: Jeg får følge pasientene over tid og jeg kan bruke tid. Innenfor et, i utgangspunktet grenseløst fag, har jeg nå en avgrenset populasjon å betjene – og ansvaret er rimelig godt definert. Ikke minst er jeg særdeles fornøyd med selv å kunne planlegge og styre egen virksomhet ut fra pasientenes behov – dette uten plagsom innblanding fra byråkrater som ikke kjenner fagets innhold eller hva som tjener pasientene, og som vet lite om hvordan et legekantor må drives.

Rammebetingelsene har til nå vært rimelig stabile. Det har vært mulig å planlegge virksomheten i et langt perspektiv. I en helsetjeneste der mye annet stadig omorganiseres, er også det en viktig dimensjon for pasientene.

Men ingenting gleder meg mer til daglig enn mine fantastiske ansatte og kolleger, og vårt faglige og sosiale fellesskap.

3 Jo større behov en pasient har for spesialisthelsetjenester, jo høyere terskler er det etablert for å få pasienten dit (les: rus og psykiatri). Nesten hvert år, med ny normaltariff, sender staten meg det budskap at man ønsker flere og kortere konsultasjoner og flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten; dette gjennom å betale meg relativt sett bedre for korte og mange konsultasjoner, men dårligere for å bruke tid på pasientene, samhandle med andre og selv gjøre utredninger og prosedyrer. Dette følger av stadig økende egenandeler. Trist er det også å oppleve at de høye egenandelene reduserer legesøkningen – slik jeg antar Finansdepartementet ønsker – men høyst sannsynlig alene overfor dem som trenger helsehjelpen mest (les: rus og psykiatri).

Offentlige reguleringer av typen §3a-søknader for antihistaminer og attester på historisk fravær for skoleelever slår direkte inn i vår daglige mulighet til å prioritere de pasienter og oppgaver som medisinsk sett er viktigst. «Savings through inconvenience» er en vederstyggelighet som jeg er redd virker godt – på et ikke-faglig grunnlag.

4 Det er ikke fastlegeordningen som må repareres for at helsetilbudet og min arbeidsdag skal bli bedre. Det vil være å starte i feil ende. I stedet må spesialisthelsetjenesten gjøres lettere tilgjengelig for dem som trenger det mest og være raskere med sine epikriser. Myndighetene må ta inn over seg at en velfungerende helsetjeneste også er til det beste for samfunnet. Da må direktorat og departement sette inn tiltak der tingene ikke fungerer, og ikke ødelegge det som pasientene er mest fornøyd med. Velfungerende elektronisk kommunikasjon er trygt for pasientene og billig for staten. Da er det klokt om staten tar den investeringen. Pålegg til fastlegene – om attester, søknadsprosedyrer osv. – må underlegges de samme prioriteringsmessige vurderinger som nye behandlingsformer.

Bedre samhandling er fortsatt en av helse-tjenestens store utfordringer. En stabil allmennlegetjeneste må være en grunnleggende premisse for å få dette til. Det har vi i stor grad fått med fastlegeordningen, og reformtiltak for å styrke samhandling bør først og fremst settes inn på andre områder.

Sissel Holmen, BERGEN



1 Da fastlegeordningen ble innført, var det helt naturlig for meg å gå inn i denne etter å ha jobbet 17 år i allmennpraksis. Jeg trivdes godt i jobben min og hadde nettopp flyttet til et nytt legesenter.

2 Kontakten med pasientene over tid er det mest verdifulle med jobben. Det er et privilegium å kunne følge enkeltmennesker og familier, ofte i flere generasjoner, gjennom flere tiår. Selve konsultasjonen kan iblant oppleves som et eksistensielt møte som gir stor grad av tilfredshet, for både pasient og lege. Gleden av å kunne hjelpe andre med fysiske og psykiske plager er også av stor betydning.

3 Mange offentlige direktiver som legger føringer på vårt kliniske arbeid er en stor

frustrasjon og belastning i hverdagen. Disse har økt sterkt i omfang, og medfører at vi bruker mye tid på finne ut hva som er den «riktige» måten å gjøre det på. Direktivene er oftest styrt av økonomiske interesser og dermed ikke alltid i samsvar med hva som er pasientens eller legens beste.

I tillegg øker kravene til drift av praksis; jeg sikter til kontrollrutiner, HMS-arbeid og personalansvar – områder der vi er dårlig skolert. Jeg fortviler mange ganger over alt hva vi må sette oss inn i, og som ikke inngår i ordinært legearbeid.

4 Fastlegeordningen fungerer svært godt, for både leger og pasienter. Dette er dokumentert gjennom flere undersøkelser. Vår utfordring i fremtiden er å kjempe for at ordningen ikke endres i en slik grad at vi blir myndighetenes «marionetter» med få muligheter til å påvirke vår egen arbeidssituasjon. Det kliniske arbeidet må alltid stå i fokus. Det er der vi har vår kompetanse. Samhandlingsreformen gir oss mange utfordringer. Vi må være «proaktive» i utarbeidelsen av endringer som angår vårt arbeid, og ikke passivt vente til disse er innført.

Helsetilbudet til befolkningen fungerer best når fastlegen er lett tilgjengelig og stabil over tid. Høy faglig kompetanse er selvsagt en forutsetning som Legeforeningen fortsatt må ivareta. En av våre største utfordringer er nyrekruttering til faget. Skal vi få dyktige og engasjerte fastleger i fremtiden, må forholdene legges til rette for at nyutdannede kolleger finner det attraktivt å velge allmennmedisin, for eksempel ved å opprette utdanningsstillinger.

Gunnar Moulund, ARENDAL



1 Muligheten for å arbeide innen hele det medisinske spekteret, og følge pasienter over lang tid, var utslagsgivende for at jeg valgte

allmennmedisin. I tillegg ville jeg unngå å flytte mange ganger før jeg kunne få en fast jobb – slik sykehuslegetene ofte måtte den gang. Allerede i studietiden var vi fire studiekamerater som fikk lyst til å jobbe sammen i allmennpraksis – etter inspirasjon av legehuse-sene i Mjøndalen og Hokksund samt Institutt for Allmennmedisin med Christian Borchgrevink som leder. Som ferske leger i 1975, etablerte vi en gruppepraksis i Grandgården i Arendal. Gruppen ble utvidet til fem leger i 1979. I 2001 var det selvsagt for oss å gå inn i fastlegeordningen, med et klart ansvar for et bestemt antall mennesker. I 2007 utvidet vi gruppepraksisen videre til seks leger.

2 Som fastleger bruker vi vår medisinske kunnskap og erfaring til å sortere det alvorlige fra det ufarlige. Når man har tillit hos pasientene, kan man ofte frita dem fra bekymringer om helsa – etter samtale og enkle undersøkelser. Mye av tiden går med til å forklare folk hva som kan ligge bak forskjellige symptomer; man blir en slags helsepedagog. Det er også fint å kunne koordinere nødvendige spesialundersøkelser, men det krever selvsagt at man følger med i fagutviklingen. Det er meningsfullt å være følgesvenn gjennom mange år for folk med kroniske sykdommer og oppleve at folk har tillit til å komme til deg med alle slags bekymringer. Av og til kan man helbrede, ofte lindre, men alltid trøste og oppmuntre. Å se pasienter komme smilende inn på kontoret etter en slitsom sykdomsperiode – hvor fastlegens viktigste innsats har vært som «heiagjeng» – er givende! Men det er viktig «å stå bi», også i de tilfellene hvor folk ikke blir friske.

Arbeidet er variert og man får bruk for å spille «på alle strenger». Det kan være masete og slitsomt til tider, men kjedelig blir det aldri! Som fastlege har man også mulighet til å dyrke særskilte interessefelt: Selv er jeg opp-tatt av diabetes og psykiatri, og jeg har hatt stor glede av å delta i små forskningsprosjekter innen ulike allmennmedisinske temaer.

3 Jeg har heldigvis ikke så mange frustrasjoner. Jeg kan nok bli irritert når folk «forlanger» å få utført visse undersøkelser som jeg ikke synes det er indikasjon for. Jeg har opplevd at pasienter har byttet fastlege når jeg ikke har villet sykmelde dem eller skrive ut legeerklæring for eldre bilførere! Jeg undres også over hvor ukritisk mange mennesker ønsker å prøve useriøse «alternative» helsetilbud, ofte til en høy pris.

Jeg synes det tar alt for lang tid å få elektroniske løsninger i drift, for eksempel elektroniske resepter. Overdrevet hensyn til personvernet har nok forsinket mange prosjekter på dette området. Dagens praktisering av

synonympreparatorordningen fører til mye irritasjon og unødvendig tidsbruk hos både fastleger og pasienter.

4 Mange kolleger reduserer sine pasientlister, ikke bare fordi de blir eldre selv. Jeg tror det er vanskelig å gjøre en god jobb med lange lister, i hvert fall når man har mange eldre pasienter. Fordelingen av inntektskildene til fastlegene så vel som privatpraktiserende spesialister bør ikke favorisere de som har mange og korte konsultasjoner.

Jeg håper at forskningsenhetene i allmennmedisin skal legge til rette for mer forskning i allmennmedisin. Videre tror jeg tiden er inne for nye samarbeidsmåter med sykehusspesialistene, ikke bare via henvisninger og epikriser. Spesialistundersøkelser kan bli mer målrettet og unødvendige undersøkelser kan unngås hvis fastlegene og sykehuslegene snakker mer sammen. Da må sykehuslegene prioritere mer tid til kontakt med og veiledning av fastleger, for eksempel gjennom felleskonsultasjoner. Dagens takst 14 gir fastlegene god lønn for å ha samarbeidsmøter med spesialister, men jeg savner en «samhandlingstakst» for mer utstrakt konferering med spesialist på telefon – slik vi har det for kontakt med hjemmesykepleien. Mitt håp er at samhandlingsreformen fører til mer reell samhandling og at ressursene ikke går til dårlig begrunnet individuell forebygging.

Olav Thorsen, STAVANGER



1 Interessen for allmennmedisin fikk jeg allerede like etter turnus. Jeg hadde siviltjeneste som distriktslege i Hammerfest i 1979–80, og på den tiden var allmennmedisin på veg opp, faglig og anseelsesmessig. Spesialiteten var på trappene, og de første norske avhandlingene om allmennmedisin begynte å komme. Jeg

fikk en fastlønnet stilling som bydelslege i Stavanger, og har vært allmennlege siden 1980. I 1992 overtok jeg en privat allmennpraksis, og var senere en aktiv forkjemper for fastlegeordningen som medlem av Aplfs fagutvalg.

Etter mitt syn har fastlegeordningen vært en velsignelse for både pasientene og fastlegene, med definert ansvar og arbeidsområde. De siste ti årene har jeg også jobbet for praksiskonsulentordningen, som praksiskonsulent og koordinator, og har hatt stor glede og nytte av denne kombinasjonen av arbeidsoppgaver.

2 Å følge pasientene over tid er spennende og givende. Det gjensidig forpliktende forholdet mellom fastlegen og pasientene er bra. Før fastlegeordningen hadde vi, spesielt i byene, mye uheldig «lege-shopping».

Jeg trives med det å se på helheten i møtet med pasientene; det fysiske, mentale og sosiale. Jeg har interesse av å lytte til historier, og inviterer mine pasienter til å fortelle om hva de har opplevd, lest og sett. Jeg prøver å legge mest vekt på det positive i hverdagen, hva folk har glede av, hvilke ressurser de har. Et av mine yndlingsuttrykk til pasientene er «kroppen selv er den beste doktor!».

3 Som veileder for turnusleger og spesialistkandidater frustreres jeg over at vi ikke har klart å få til gode nybegynnerstillinger eller utdanningsstillinger i allmennmedisin. Mange ønsker å prøve seg som fastlege etter turnus, men velger heller en karriere i sykehus fordi det nesten ikke finnes slike fastlønte stillinger i kommunene. Å måtte starte med en nullliste kan være ødeleggende, både økonomisk, sosialt og faglig. En fastlege skal ikke måtte gå på akkord med sine etiske prinsipper for å beholde pasientene.

Det er også frustrerende at det går seint med implementeringen av elektronisk samhandling. Staten burde i mye større grad stimulere og støtte systemer som fremmer god kommunikasjon mellom helsetjenestene.

4 Pasientene må sikres god kvalitet på tjenestene – noe som innebærer bedre kvalitets-sikringsprogrammer. Vi må få til et godt system for opplæring av nye leger, det vil si utdanningsstillinger. Mye kan også gjøres for å lage et bedre spesialiseringsprogram. Det bør innføres individuell veiledning for spesialistkandidater, med gode veiledningsløp. Vi må få mer undervisning og forskning i allmennmedisin, med personlige rådgivere for dem som sliter. Vi må ta bedre vare på våre egne kolleger, noe som er viktig for at de skal ta bedre vare på sine pasienter.

Linda Elise Grønvold, OSLO



1 Det var nokså tilfeldig at jeg i 2007 fikk et vikariat i allmennpraksis i Oslo, etter seks måneder på indremedisinsk avdeling ved Elverum sykehus. Det passet bra, ettersom min samboer studerte i hovedstaden. Jeg skulle egentlig bli indremedisiner eller pediater, men oppdaget at allmennpraksis lå mitt hjerte nærmest. I allmennpraksis fikk jeg mer pasientkontakt enn det jeg opplevde på sykehus. I dag har jeg vært så heldig å få min egen liste som fastlege på Kjelsås i Oslo, og jeg stortrives!

2 Jeg setter stor pris på den gode samtalen, og kontinuiteten i allmennpraksis. Jeg liker å bli kjent med mennesker, på godt og vondt. I tillegg skal jeg innrømme at jeg opplever stor personlig tilfredsstillelse når jeg føler at jeg har hjulpet en pasient med noe spesifikt. Da går jeg hjem fra kontoret med en veldig god følelse.

3 Det er ofte frustrerende ikke å kunne hjelpe pasienter på den måten jeg egentlig vil – enten det er fordi det ikke finnes hjelp å få, eller fordi pasienten ikke ønsker hjelp. B-preparatmisbruk er et godt eksempel på sistnevnte. Ellers er mangel på samhandling også en stor kilde til frustrasjon; enten det gjelder 15–20 minutters telefonsamtaler for å komme til riktig person på et sykehus, eller man prøver å få tak i en saksbehandler på NAV.

4 Jeg kan gjerne tenke meg at det i framtiden opprettes fastlønnede stillinger som fastlege, i tillegg til at man kan arbeide som selvstendig næringsdrivende. For mange yngre leger i etableringsfasen kan det virke veldig skremmende å ta opp et stort lån for å kjøpe seg en fastlegeliste. Jeg har også et ønske om et bedre EPJ-system med blant annet elektroniske resepter, henvisninger, overføring av journaler ved bytte av fastlege og oppdatering av pasientlisten. Mye av dette jobbes det hardt med, og jeg ser fram til at dette vil føre til en enklere hverdag.