

Offentlige legeoppgaver i samhandlingsreformens tid – allmennmedisinsk gull eller gråstein?

■ ROBERT TUNESVEIT spes. allmennmedisin og fastlege i Ål, Hallingdal; regional koordinator ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin

■ KARSTEN KEHLET spes. allmennmedisin og fastlege ved Senjalegen; regional koordinator ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Tiden er moden for at leger – gjennom de lokale samarbeidsutvalgene – tar i bruk sin lokal-kunnskap og fagkunnskap og blir medaktører i beslutninger om hvilke allmennmedisinske oppgaver som fastlegene skal gå inn i.

Norsk forening for allmennmedisins policy-dokument om forebyggende helsearbeid innrømmer offentlige allmennmedisinske oppgaver en sentral plass og definerer en viktig del av allmennlegens samfunnsoppdrag:

- Tiltak på samfunnsnivå og befolkningsrettede strategier bør vektlegges sterkere enn

sykdomsspesifikke og individuelt primærforebyggende strategier

- Allmennlegene bør engasjere seg i forebyggende helsearbeid og fagutviklingen på området, og formidle sin viten til relevante samarbeidspartnere

Sykehjemsmedisin er mer enn bare pleie og omsorg. Det er tverrfaglig og pasientsentrert arbeid.

FOTO: R. TUNESVEIT





Mange småkommuner har sterke tradisjoner for tverrfaglig samarbeid og bruk av lokale faglige ressurser. FOTO: R. TUNESTVEIT

Likevel scorer offentlige oppgaver lavt når allmennleger spørres om hvilke legeoppgaver de finner utviklende og interessante. Samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift dreier fastlegens faglige tyngdepunkt fra praksisdrift og pasientrettet arbeid, over på å bli en tydeligere aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Økt regulering av helsetjenesten vil neppe bidra til å vekke fastlegenes faglige interesse. Tiden er moden for å diskutere fastlegenes rolle og funksjon: Hvordan vil andre allmennmedisinske oppgaver prege innholdet i vårt arbeid fremover?

Samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift

Samhandlingsreformen er tuftet på en omfordeling av faglige oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange allmennleger hilser reformen velkommen, men ser med bekymring på at det så langt mangler ressurser og tiltak for kompetansutvikling og kvalitetsheving i tråd med oppgavene. Når reformen pålegger kommunene et større ansvar for forebyggende arbeid på individ- og gruppenivå samt et utvidet ansvar for pasientbe-

handling før og etter sykehusopphold, vil fastlegene – som kommunens medisinsk-faglige nøkkelpersoner – bli sterkt berørt.

Endringene vil kreve en opprusting av kommunale helseinstitusjoner og en faglig styrking av sykehjemsmedisinen. Dersom forebygging skal tas på alvor blant grupper med størst forebyggingspotensial, må innsatsen rettet mot barn, unge og familier gis et løft. Dessuten vil våre fastlegepraksiser bli utfordret til økt deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Skal fastlegeordningen bli enda bedre, må vi i tillegg til å utvikle bedre praksis sørge for at fastlegene deltar i utviklingsarbeidet med faglig eierskap, engasjement og ideer.

Utkastet til ny fastlegeforskrift var departementets ubehjelpelige forsøk på å få kontroll over de medisinsk-faglige ressursene som samhandlingsreformen hviler på, nemlig fastlegene. Faglig opprusting, kompetansutvikling og ressursøkning var i ferd med å bli erstattet med forskrift, kontroll og regelrytteri. Takket være et samlet fastlegekorps samt et godt og omfattende fagpolitisk arbeid, setter den endelige forskriften fastlegeordningen tilbake i et konstruktivt spor.

Forskriften beholder 7,5 tilpliktbar timer til tradisjonelle allmennmedisinske oppgaver, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Imidlertid åpner den også for at fastlegen og kommunen

Ål kommune viser vei

AV ROBERT TUNESTVEIT, fastlege i Ål

Hvordan kan offentlige legeoppgaver organiseres i en utkantkommune med begrensede faglige ressurser å spille på?

Ål kommune er en fjellkommune med 4800 innbyggere i øvre Hallingdal. Kommunen er vertskommune for flere regionale helsetilbud: Hallingdal sjukestugu, luftambulansen for indre Sør-Norge og bilambulansen for øvre Hallingdal. De kommunale helsetjenestene er godt utbygd og utvikles offensivt. Legetjenesten utøves av seks fastleger og en turnuslege. Det er ett legekantor. «Tilpliktbar» tid til allmennmedisinske oppgaver er utnyttet.

I 2010 inviterte kommunen legene til dialog om tiltak for bedre rekruttering og økt stabilitet, etter en lengre periode med gjennomtrekk av fastleger. Allmennmedisinske oppgaver ble trukket fram som ett av to vik-

tige satsningsområder. Utgangspunktet var noen kjernesporsmål:

- Reflekterer dagens allmennmedisinske legeoppgaver de behovene som finnes i kommunens befolkning?
- Utvikles allmennmedisinske legeoppgaver på en slik måte at endringer i befolkningens behov for legetjenester innarbeides?
- Nyttiggjør kommunen seg fastlegenes kompetanse, deres pasientkontakt og lokalkunnskap i utviklingen av allmennmedisinske legeoppgaver?
- Er den faglige ressursutnyttelsen innen tjenestene hensiktsmessig?

Bakgrunnen var at de allmennmedisinske le-

geoppgavene, med unntak av sykehjemsmedisinen, i mange år hadde vært relativt uendret i omfang og innhold. Fastlegene var i liten grad involvert i å definere behov og arbeidsbetingelser; likevel viste flere leger interesse for allmennmedisinske oppgaver når de selv fikk delta i utformingen. Legenes innspill førte til bedre samarbeid mellom fastlegene og kommunen – og til en revisjon av planverket for legetjenesten, med følgende nyskapende elementer:

- å restrukturere tjenester og oppgaver
 - å evaluere hvert år
 - å ta i bruk LSU som faglig diskusjonsforum
 - å utnytte legenes kompetanse- og interesseområder
 - å skape relevante og utfordrende arbeidsbetingelser og oppgaver i større stillinger enn «tilpliktet tid» – når legen selv ønsker det
 - å frikjøpe motiverte fastleger til kommunalt og interkommunalt utviklingsarbeid
- Så langt har planverket ført til at LSU (legenes samarbeidsutvalg) har fått større faglig oppmerksomhet. Erfaringene kan kort oppsummeres slik:

kan inngå avtale om andre oppgaver slik som veiledning av turnusleger, undervisning av medisinstudenter, utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller tilsynslegeoppgaver i lokalmedisinske sentre.

Rekrutteringskrise i allmennmedisin

Skal samhandlingsreformen være faglig bærekraftig, må rekrutteringen til allmennmedisinen sikres. Antall fastleger har gjennom siste tiåret vært tilnærmet uforandret mens sykehussektoren har hatt sterk vekst. Gjennomsnittsalderen for fastleger er 55 år og økende. Kun 10 prosent av nyutdannede leger velger allmennmedisin som yrkesvei. Skal vi lykkes med å rekruttere nye leger til faget må vi involvere unge leger og ha oppmerksomhet på hvilke oppgaver og arbeidsbetingelser unge leger finner attraktive.

En del av faget?

Utredning og behandling av pasienter med ulike plager og lyter har vært og skal fortsatt være allmennmedisinens plattform. En blanding av privat næringsdrift og fastlønnede stillinger har vist seg å være en god modell som ivaretar de fleste behov hos ulike typer kommuner og leger. Forebyggende medisin inngår i dette individrettede arbeidet.

Grupperettede helsetjenester er blitt nedprioritert i norsk allmennmedisin. Dette reflekteres også i spesialistreglene i allmennmedisin, der allmennmedisinske oppgaver er meritterende, men ikke inngår som kravtjeneste på linje med kurativt legearbeid og legevakt.

Opgaver som helsestasjons- eller sykehjemslege kompletterer etter vårt syn den gode allmennlege ved at både rolleforståelse, evne til tverrfaglig samarbeid og klinisk kompetanse utvikles. Denne helheten danner – sammen med vår kurative kompetanse og vår kontaktflate – grunnlaget for å kunne fungere som faglig nøkkelperson i den kommunale helsetjenesten. Og trolig gjør den oss til bedre klinikere i egen praksis. Er tiden moden for å gå opp noen av grenseområdene for det allmennmedisinske fag på nytt?

Brobygger mot samfunnsmedisin?

Samfunnsmedisinen er blitt svekket og grensesnittet mellom allmenn- og samfunnsmedisin har mange steder forvitret med fastlegeordningen. Ordningens hovedfokus på praksisdrift og pasientrettet arbeid og på endret allmenn- og samfunnsmedisinsk selvforståelse, er bare noen av årsakene til denne utviklingen. Er det ønskelig å engasjere allmennleger i samfunns- og befolkningsrettede stra-

teger, må først og fremst de daglige kontaktflatene styrkes og utvikles. Kontaktflatene defineres i de fleste kommuner gjennom allmennlegenes arbeid med asylsøkere, skolehelsetjeneste, helsestasjon, rehabilitering og sykehjemsmedisin.

Allmennlegene må derfor gis en stemme i utformingen og utviklingen av disse tjenestene. Legene må få et eierforhold til arbeidet som skal utføres og de må gis arbeidsbetingelser som er forenlig og konkurransedyktig med drift av egen praksis. Broen mellom samfunns- og allmennmedisinen finnes allerede, men den trenger opprustning og forsterkning.

Lim for kommunalt samarbeidsklima?

Samarbeid handler om kommunikasjon. Det handler også om respekt for hverandres oppgaver og arbeidsbetingelser. Et godt samarbeidsklima krever pleie og vedlikehold over tid. På samme måte som vi krever respekt for vår rolle som privatpraktiserende allmennleger, forventer kommunen at allmennlegene opptre ansvarlige overfor kommunale helsetjenester. Det innebærer at allmennlegene har et medansvar for å utvikle lokale helsetjenester og tilføre tjenestene faglig kvalitet.

«Selvfølgelig», vil noen si. «Idealistisk drømmeland», vil andre hevde. Faktum er at samarbeidsklimaet mellom legene og kom-

- Godt samarbeid mellom kommunen og allmennlegene
- En fastlege er ansatt i 50 prosent stilling som sykehjemslege
- En fastlege har påtatt seg ansvar for asylsøkere under forutsetning av økt offentlig stillingsbrøk
- En fastlege har gått inn i en utvidet stilling som fagkoordinator ved legekantoret
- Man vurderer å samordne helsestasjon og skolehelsetjeneste samt styrke samarbeidet med barneverntjenesten
- Fastleger frikjøpes til kommunalt og interkommunalt utviklingsarbeid i henhold til samhandlingsreformen



FOTO ÅL SENTRUM: OLE JOHS. BRYE

munen ofte bestemmes av våre holdninger til dette arbeidet. Også våre praksis- og rekrutteringsbetingelser samt stabilitet i allmennlegekorpset påvirkes til en viss grad av dette samarbeidsklimaet.

Er formatet tilpasset oppgavene?

Beordring til arbeidsoppgaver er en tvilsom strategi, såfremt man ønsker et utviklende arbeidsmiljø. Når tilpliktning i tillegg skjer i små stillingsprosenter og i arbeidsformer som ofte er preget av liten innflytelse over egen arbeidssituasjon, er det grunn til å anta at motivasjonen for slikt arbeid ofte blir svekket. Helsestasjonsarbeid med rutineundersøkelser av barn gjøres som et passivt bestillingsverk; likeledes sykehjemslegen som aldri kommer ut av «visitørrolle». Dette er eksempler på hvordan rutine og tradisjon kan stå i veien for faglig utvikling.

Offentlige legeoppgaver kjennetegnes av at legen er en sentral medspiller på et tverrfaglig lag. Legen har også et ansvar for faglig systemarbeid og bør i mange tilfeller ha en stemme inn i ledelses- og utviklingsfora. Lokale eller større nettverk – for eksempel blant sykehjems- eller skoleleger – er viktige for unngå faglig isolasjon og «utarming».

Samarbeid krever kontinuitet, som oftest tålmodighet og alltid (møte)tid – en vanskelig øvelse for travle fastleger! Det er utfordrende, for ikke si umulig å rekke over alle ønskelige oppgaver innenfor 20 prosent-stillinger. Organisering, prioritering og fordeling av oppgaver må derfor gjennomgås og følgende spørsmål stilles:

- Er alle tjenester like nødvendige?
- Er noen oppgaver foreldet og nye oppgaver oversett?
- Kan noen av tjenestene trenge utviklingsprosjekter?
- Kan tjenester slås sammen eller inngå samarbeid?
- Kan interkommunalt samarbeid gi et løft?
- Kan legen i større grad brukes til veiledning av annet helsepersonell?

Kommunehelsetjenesten er pålagt de samme oppgaver uavhengig av kommunestørrelse. Her har utkantkommunene særlige utfordringer. Småkommuner har mindre tilgang til spesialkompetanse, men har til gjengjeld ofte en sterkere tradisjon for å samarbeide tverrfaglig og utnytte lokale fagressurser.

Egne erfaringer viser at der hvor allmennlegen deltar i å definere rammer og mål for arbeidet, kan det vokse fram nye muligheter og

synergieffekter. Å delta i arbeidet med å prioritere, fordele og organisere offentlige oppgaver, gir motivasjon for å involvere seg. Tverrfaglig samarbeid, system- og utviklingsarbeid blir meningsfylt når en opplever å arbeide med oppgaver som er relevante; ikke bare for pasienter, men også for egen faglig utvikling.

Oppsummering

En videreføring av dagens «oppdragstjenester», der kommunen alene definerer innhold, ressurser og tidsbruk for tjenestene, og der legene leverer en faglig tjeneste innenfor «tilpliktet tid», er foreldet. Vi mener dagens ordning står i veien for å utløse viktige allmennmedisinske ressurser som samhandlingsreformen sårt behøver. Vi frykter også at «sovende» offentlige legetjenester på sikt er hemmende for stabilitet og rekruttering til faget.

Leger må bli medaktører i beslutninger om hvilke allmennmedisinske oppgaver som skal prioriteres og hvordan de skal utføres. Økt fokus på kvalitet i offentlige legetjenester betyr ikke nødvendigvis større tidsbruk, men et bevisst forhold til organisering og prioritering – også når det gjelder fastlegepraksis.

Mer samhandling: Dersom fastlegeordningen skal bli bedre, må fastlegene delta i utviklingsarbeidet med faglig eierskap, engasjement og ideer.

takehlet@gmail.com • robert@tunestveit.no

