



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-

tegier, 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