

Utpostens  
dobbeltime

# Helse diplomaten

Jonas Gahr Støre

INTERVJUET AV  
TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ



«En fastlege i livet bør alle ha», sa Jonas Gahr Støre da han som fersk helseminister i fjor høst åpnet Primærmedisinsk uke i Oslo. Et halvt år senere har han rukket å bli varm i trøya som Helse-Norges frontfigur, men noen vil nok mene hans fokus på spesialisthelsetjenesten har stilt primærhelsetjenesten i skyggen. Utposten spør statsråden hva han mener må til for å styrke allmennlegetjenesten, ta vare på fastlegene og sikre gode løsninger for samhandlingsreformen – spesielt i utkantkommuner.

– Jeg har ingen magiske formler, sier Støre med et smil. Han viser vei inn til kontoret sitt i toppetasjen av regjeringsbygg R6, adressen til Helse- og omsorgsdepartementet sentralt i hovedstaden. Idet han tar plass ved enden av møtebordet, overrekker vi ham siste nummer av Utposten.

– Dette ser bra ut. Jeg har sans for faglige dugnadsprosjekter, sier statsråden mens han blikker gjennom bladet. Så går han rett på sak, til dagens samtaleagenda.

– La meg understreke at vi i Norge alltid har vært dyktige til å holde i hevd ambisjonen om å sikre et likeverdig helsetilbud i alle deler av landet. Det skal vi fortsatt gjøre, og det skal vi gjøre på kreative måter og gjennom samarbeid på ulike nivåer, slik at vi stimule-

FOTO: TOM SUNDAR



Statsråd Støre sammen med Mona Søndén fra Utpostens redaksjon. FOTO: TOM SUNDAR

rer leger og andre fagpersoner til å ta seg jobber der det er nødvendig – enten det er sentralt eller i utkanten, sier statsråden med karakterisk ettertrykk og overbevisning.

### **Førstelinjeforsvar**

Da Støre tidligere i år la frem sine ti punkter for bedre styring av sykehusene, unnlot han ikke å minne om at primærhelsetjenesten har en avgjørende rolle i norsk helsestell: «Primærhelsetjenesten må styrkes og tilpasses vår tid. Her har fastlegen en nøkkelfunksjon. Men fremtidens primærhelsetjeneste vil også ha større behov for helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer – for å nevne noen grupper. Bedre samspill, bedre samhandling», var statsrådets mantra.

Hva så med kapasiteten i fastlegeordningen? Ved inngangen til 2012 var det 4189 fastleger, dvs. en økning på 604 leger siden innføringen av fastlegeordningen i 2001. I en utredning fra 2008 konkluderte Helsedirektoratet med at det i de neste syv årene ville bli behov for 2700 nye fastleger. Legeforeningen,

på sin side, har uttalt at «dersom flere pasienter skal behandles på primærhelse- og kommunenivå, må allmennlegetjenesten videreutvikles og styrkes»<sup>1</sup>.

**UTPOSTEN: Den ene statsråden etter den andre har fremhevet fastlegenes nøkkelrolle – men når og hvordan vil vi få se en kapasitetsutvidelse av fastlegeordningen?**

– Jeg kom nettopp fra et møte med nordiske representanter, hvor vi har diskutert velferdsteknologi. Da reflekterte jeg over det jeg har lært gjennom 20 år i politikk og forvaltning, nemlig hvor forskjellig de nordiske landene egentlig er. Internasjonalt er det grunn til å si at disse landene er veldig like – for det er de jo, sett i global sammenheng. Men når du jobber nærmere med Norden, ser du at tradisjoner og forvaltning og måtene landene er innrettet på, er forskjellig.

– Det bringer meg til den konklusjon at hvordan landene ordner sine allmennlegetjenester på, og hvordan legene ivaretar den

nøkkelrollen de har i helsesystemet, tror jeg det finnes like mange ordninger for som det finnes land. Man kunne jo tro at over tid ville man bevege seg mot en enhetlig måte å gjøre dette på. Noen er redd for at EU skal bestemme for mye over et lands helsesystem. Men hvis det er noe EU ikke har gjort – for det har de ikke traktat til – er det nettopp en slik harmonisering.

– Så min første observasjon er at landene har sine egne tradisjoner. Vår tradisjon i Norge er å ha en pragmatisk velferdsstat. Den er også ideologisk i den forstand at den prøver å gi gode offentlig tilbud til hele befolkningen med mål om likeverdige tjenester. Den er et lappeteppes av offentlige og private løsninger, hvor allmennlegene i hovedsak er private med en stor grad av autonomi og avtaler med det offentlige. Noen vil kanskje innvende og si at fastlegeforskriften begynner å ta tak i denne autonomien – men det mener jeg er riktig og klokt. Likevel er det fortsatt slik at når fastlegen lukker sin kontordør, så trekker hun sine grenser: Det dreier seg om hvor mange pasienter hun har, hvor tilgjengelig hun er, om hun drar på sykebesøk og så videre.

<sup>1</sup> Gjessing H. Allmennlegeforeningen i Legeforeningen. Festskrift til AFs 75-årsjubileum, 2013.





Store vil senke terskelen for å rekruttere unge leger til fastlegeordningen, men han gir ingen fasitsvar på hvordan dette skal gjøres. FOTO: TOM SUNDAR

– Der jeg tror helsevesenet har sine store utfordringer og muligheter, er i det jeg kaller førstelinjeforsvaret – der medisinske problemstillinger blir tatt hånd om tidlig. La meg bruke en sportsmetafor: Kommer du som pasient inn i spesialisthelsetjenesten, har du brutt gjennom hele forsvaret. Men vi skal ha et forsvar som ser deg tidlig nok, så du helst ikke utvikler så alvorlige tilstander at du må inn på sykehus. I Norge må vi bygge på den ressursen som allmennlegene utgjør: gode generalister. På samme måte som jeg blir imponert av spesialister innen smale fagfelt, blir jeg imponert når jeg kommer inn på et legekontor og ser et diplom som bevitner at legen har tatt spesialisering i allmennmedisin.

### **For høy terskel for å bli fastlege**

Støre omtaler spesialiteten i allmennmedisin som «noe av det flotteste innen medisinen», samtidig som han påpeker at fagfeltet står overfor en rekke utfordringer.

– For det første: For mange fastleger er på min alder eller eldre enn meg. Vi trenger påfyll av unge leger. For det annet: Vi trenger flere fastleger for å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner. Og for det tredje: Vi trenger større grad av tverrfaglighet innen helsesektoren. Et eksempel er fra Vennesla, der man på samme sted har samlet fastleger, legespesialister, psykolog og fysioterapeut. Og her nærmer vi oss det jeg mener vi trenger i vårt moderne samfunn, nemlig tverrfaglige miljøer, «helsehus», der ulike fagpersoner beriker hverandre. Nå er vi i ferd med å styrke psykologtjenesten i kommunene og gi psykologer med avtale henvisningsrett. Jeg ønsker å få se mer samarbeid på tvers av faggrenser. Det vil komme brukerne – dem med sammensatte lidelser – til gode.

### **UTPOSTEN: Hvilke grep må til for å styrke allmennlegetjenesten?**

– Det viktigste virkemidlet er å skape motivasjon. Å bli fastlege oppleves av mange som

en høy terskel, fordi det innebærer investeringer i privat praksis og faglige utfordringer i å være alene om å møte pasientene. I våre budsjetter har vi bevilget rekrutteringstilskudd til allmennlegetjenesten i kommunene. I 2012 var tilskuddet 50 millioner og i 2013 er det 75 millioner. Vi skal evaluere hvordan disse virkemidlene kan finrettes – men nye tall viser en vekst i fastlegeordningen. Vi har hatt en netto økning på 90 nye fastleger siste år. Og jeg tror at når kommunene – i tråd med samhandlingsreformen – får et større medfinansieringsansvar, vil terskelen for rekruttering og nyansettelser senkes slik at veien inn blir enklere.

### **UTPOSTEN: Hva vil du og departementet gjøre for å styrke rekrutteringen til fastlegearbeid, ikke minst i distriktene?**

– I Nord-Norge og eksempelvis Kirkenes, opplever vi en «boom» i andre fagområder og sammenhenger. Det er ikke mangel på arbeid eller arbeidskraft som er utfordringen. Og det

skal ikke så veldig mye til for at disse trendene endres, også innen helsesektoren. Jeg er opptatt av at vi er årvåkne: De regionale helseforetakene, kommunene og departementet må følge med på utviklingen i landet – og sette inn spesielle tiltak der det er nødvendig. Vi har blant annet hatt et samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet om ulike virkemidler for å stimulere rekruttering innen helse.

**UTPOSTEN:** Det er et tankekors at vi i distriktene får færre søkere til utlyste legestillinger i kommunehelsetjenesten. Samtidig vet vi at flertallet av dagens unge leger er kvinner som er i en etableringsfase av livet og ønsker seg regulert arbeidstid. Hvilke tanker gjør statsråden seg om dette?

– Enhver arbeidsgiver må ta hensyn til tiden man lever i. I privat sektor ser vi at ansatte stiller andre krav, med ønske om mer familie- og fritidsliv, enn for 20–30 år siden. Den samme trenden gjelder i offentlig sektor. Skal man rekruttere motiverte leger – høyt utdannede mennesker som er villig til å påta seg et stort ansvar – må man tilrettelegge for at deres liv skal «gå opp». Fortsatt finnes det mange små fastlegekontorer, men spørsmålet er hvor lett det er å være så liten. Å investere i IKT-løsninger kan være problematisk for små enheter. Vi ser at mange unge, spesielt kvinnelige leger, synes at selvstendig næringsdrift som fastlege er tøft – og stadig flere søker mot en kommunal forankring. Dette er en utvikling vi må ha øynene åpne for. Jeg tror de viktigste rekrutteringstiltakene er å skape muligheter for samarbeid i større kontorfellesskap, fastlønnsordninger og mer fleksibel arbeidstid. Men kommunene er forskjellige og ulike løsninger må vurderes avhengig av hvilke utfordringer den enkelte kommune står overfor.

### **Samarbeidsløsninger**

Støre har uttalt at kjernen i samhandlingsreformen er å styrke kapasiteten for forebygging, se det enkelte mennesket tidlig og gripe fatt i helseutfordringene tidlig, før de blir til belastning for individet og før de genererer for høye kostnader for sykehus og samfunn. I tillegg skal kommunene overta en del av rehabiliteringen fra helseforetakene, og det skal bygges opp et øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Regjeringen har samtidig sagt at ingen sykehus skal nedlegges, men for små og marginaliserte sykehus kan disse endringene være truende. Det vil heller ikke være hensiktsmessig å bygge opp parallelle diagnostiske forløp i vertskommuner eller tilgrensende kommuner slik at det blir konkurranse med lokalsykehuset.

**UTPOSTEN:** Ser statsråden at dette er interesser som kan komme i konflikt med hverandre, og at oppbygging av et øyeblikkelig hjelp-tilbud kan være en utfordring for små sykehus?

– Jeg har ikke tenkt på det slik; at mindre sykehus som allerede er utsatt, kan bli tappet for ressurser. Men her er målet viktig og tilbudene må utvikles i fellesskap. Det som fungerer i Vennesla behøver ikke å fungere i Sør-Varanger. Avtalene mellom kommuner og helseforetak er helt sentrale virkemidler, og jeg opplever dem som «levende dokumenter» – en kommunikasjonsform som gir sykehus og kommuner bedre forutsetninger for å lære hverandre å kjenne og finne praktiske løsninger. Jeg har hørt noen si: «Nå har vi plutselig lært oss telefonnumrene til hverandre – som vi ikke visste før. Vi kommer sammen og løser utfordringene tidligere enn før.»

– Og husk, samhandlingsreformen er bare ett år gammel! Den vil bli løpende evaluert. Et av hovedspørsmålene blir da om medfinansieringsansvaret fungerer slik det skal. Det oppsiktsvekkende så langt, er hvor bra tiltaket har truffet på generell basis – men så er det noen steder hvor det kniper og smerter. Den type hensyn dere peker på, er viktig å vurdere. Vi trenger en stor grad av pragmatisme, men det finnes ingen mal eller oppskrift for hva som fungerer hvor, sier Jonas Gahr Støre.

### **RHFene må beholdes**

I samtalen med statsråden fremhever Utposten flere haker ved samhandlingsreformen; blant annet at etablering av rehabiliteringstilbud i små utkantkommuner vil være en utfordring på grunn av manglende faglig stabilitet og kompetanse. Begir vi oss for eksempel til Finnmark, hvor avstandene er store og bosettingen spredt, er interkommunalt samarbeid svært krevende. Dette er en bekymring mange kommuneoverleger deler i Utkant-Norge.

Vi peker på enda et paradoks, som ligger i sentralisering av legevakt – som er nødvendig for å gi legene levelige vaktordninger og befolkningen et godt tilbud – versus etablering av øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene. Her vil det – mener vi – bli en konflikt mellom desentralisering og sentralisering fordi opprettelse av slike senger avhenger av faglig forsvarlige legetjenester, noe som krever at legen har kort responstid og kan komme raskt til den syke.

**UTPOSTEN:** Ø-hjelpssenger skal gi minst like god ivaretagelse av pasienten som i sykehus, ifølge veilederen fra departementet, men lang vei til lege vil neppe gi et faglig forsvarlig tilbud. Har statsråden synspunkter på dette?

– Legevakt og den medisinske akuttkjeden er under debatt, og det med god grunn. Det står om livet og kritiske faser. Dette er en av grunnene til at jeg vil bevare den regionale modellen vi har i dag. Å drive spesialisthelsetjeneste i én region er noe annet enn i en annen region. Det ville være feil – og et historisk tilbakeskritt – om vi skulle nedlegge de regionale helseforetakene, og så bygge ut Helse- og omsorgsdepartementet. Vi i departementet er langt unna den virkeligheten dere beskriver, men jeg er trygg på at for eksempel Helse Nord og Helse Finnmark og kommunene de samarbeider med, kan finne pragmatiske løsninger tilpasset landsdelens utfordringer. Departementet vil være lydhør, så lenge jeg vet at vi ivaretar grunnleggende helsetilbud for befolkningen.

– Jeg begynte med å si hvor forskjellig vi er i Europa og i Norden. Men vi vil – og bør – av mange årsaker, være ganske forskjellig i Norge også, mens vi likevel kan opprettholde målet om et likeverdig tilbud. Det er viktig å legge prestisje til side og sikre befolkningen gode helsetilbud. I Finnmark er det eksempelvis strid om utbygging og lokalisering av helsetjenester, i og med at man har to sykehus og en Alta by som vokser. I Alta er 15–16 spesialiteter knyttet til sykestua. Jeg mener utviklingen vil vise at det kan åpnes for å ha flere, poenget er at her må man finne frem til gode lokale samarbeidsløsninger. Uten et regionalt helseforetak, ville interessekampen vært spissere og den lokale striden enda hardere.

– Skulle man fjerne de regionale helseforetakene, er det uten tvil distriktene som ville tape på det. Den norske helsedebatten er dominert nok som den er av hovedstadsregionen, og hvis beslutningstakerne også skal samles her, vil det være uheldig.

### **Nødvendige omstillinger**

Jonas Gahr Støre overtok posten som helseminister 21. september i fjor, bare tre uker etter at hans forgjenger Anne-Grethe Strøm-Erichsen hadde lagt frem endelig versjon av den nye fastlegeforskriften. Det var etter mange måneders dragkamp mellom departementet og Legeforeningen om innhold og ordlyd i forskriften. Underveis i prosessen – eller mangel på sådan, vil mange si – hadde landets fastleger samlet seg i en massiv protestaksjon. Budskapet fra legene var entydig: En forskrift som forelått ville gjort det umulig å fortsette som fastlege<sup>2</sup>. Departementet fikk flengende kritikk for sin håndtering av arbeidsprosessen rundt forskriften og mange leger kom med mistillitserklæringer.

<sup>2</sup> Hansen TE. Samhandlingsreform og revidert fastlegeforskrift. Festskrift til AFs 75-årsjubileum, 2013.



Å være helseminister er en anledning til å stifte nært bekjentskap med landet, med menneskene og et usedvanlig engasjement for pasienter, fag og samfunn, sier statsråden.

FOTO: TOM SUNDAR

**UTPOSTEN:** – Hva har du som helseminister å si til fastlegene, nå som støyen har lagt seg?

– Jeg kan ikke kommentere en prosess jeg ikke var en del av. Men jeg har sagt at en del av de omstillingene som helsevesenet går gjennom, er nødvendige. Slike prosesser kommer til å fortsette fordi vi er en befolkning i vekst. Det vil bli omstillinger i sykehusstruktur og ressursgang. Min metode i omstillingsarbeid er – så langt det er mulig – å ha inkludering, dialog og «lufting». Ta for eksempel mine ti punkter for bedre sykehus, lansert under min sykehustale 30. januar: Mange av disse punktene har kommet etter møter med ansatte og tillitsvalgte på sykehus. Jeg har god dialog med de ansattes organisasjoner og får klare tilbakemeldinger. Det betyr ikke at vi er enig om alt, men det er veien vi må gå – via dialog.

– Men jeg vil også skyve ballen tilbake til fastlegene. De utfører et viktig samfunnsopdrag. De har avtale med det offentlige, er finansiert av det offentlige, og må derfor også inngå som en del av lover og forskrifter. Jeg har møtt fastleger som nærmest har funnet det litt støtende at det må komme en forskrift som bærer deres navn og som setter rammer for hvilken måte de skal arbeide på. Men jeg tror både de og oss andre – pasientene ikke minst – kan leve godt med det. Kanskje mønes vi alle av disse erfaringene, uten å bli fratt stoltet og integritet?

– Vi kommer til å trenge mer tverrfaglig-

het og avansert samspill mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Et mål for meg – som skal forsøke å være ombudsmann for pasientene – er å si at pasienten skal slippe å oppleve at hun går over en grense, fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Dette er særlig utfordrende for pasienter innen rus og psykiatri, som pendler mellom ulike behandlingsinstanser. Vi som arbeider i systemet må finne ut av tingene oss imellom – enten vi er stat eller kommune – men pasienten skal måtte slippe å føle at «nå er jeg plutselig på helt annen grunn».

### **Tøffe tak**

Ingen vil bestride at helseministeren har en krevende politisk post – der agendaene er mange og interessekonfliktene ofte store. Hvordan opplever han å bevege seg i et så komplekst terreng?

– Det er krevende, men jeg opprettholder mitt tidligere entusiastiske utsagn: «Å være helseminister er en drøm for en politiker.» Det er en anledning til å stifte nært bekjentskap med landet, med menneskene, med et usedvanlig engasjement for pasienter, fag og samfunn, med kunnskapene, med en enestående teknologisk utvikling, med hvordan vi i praksis gjennomfører hevdbundne prinsipper om likeverd og like rettigheter. En helseminister får sterke inntrykk, på samme måte som de som jobber i frontlinjen i helsevesenet.

I så måte må jeg også klare å beskytte meg selv – på den måten at jeg skal ta beslutninger som veier mange hensyn mot hverandre, og som samtidig ivaretar disse hevdbundne prinsippene. Og jeg synes i all hovedsak at vi har vært gode til det i Norge. Vi har et helsevesen som står seg bra i internasjonale sammenlikninger, som leverer gode resultater og gir trygghet i befolkningen, sier Jonas Gahr Støre.

Om sin egen overgang fra utenriks- til helsepolitikk, har han sagt: «Mange har en mening om utenrikspolitikk, men alle har en erfaring med helse. Vi setter store verdier inn for å drive sykehusene våre. Det står om livet. Intet mindre.»

Derfor er han overrasket over den harde tonen i en del av samfunnsdebatten rundt helse:

– I diplomatiet har landene over tid utviklet en høflighetsnorm, der man til og med erklærer hverandre krig med høflighetsfraser. I helsevesenet – hvor det handler om å redde liv og hjelpe mennesker – kan det være en ganske brutal tone mellom profesjoner og ulike aktører. Det gjør inntrykk på meg. Når vi skal gjøre noe som i utgangspunktet er sammensatt og utfordrende enda bedre, blir det ofte til at vi må male det veldig svart før vi igjen kan løfte det – og få budskapet ut. Svartmaling yter ikke rettferdighet til de hundretusener som jobber der ute, avslutter regjeringens helsediplomat.