

Fastlegeordningens faglige fundament

■ ANETTE FOSSE • Øvermo legesenter, Mo i Rana

■ ANDERS SVENSSON • Anders Svensson, kommuneoverlege, Bø i Vesterålen

Fastlegeordningen er 15 år i år. 'Alle' – politikere, spesialisthelsetjenesten, kommunene og pasientene – mener at reformen er vellykket, men mange fastleger opplever at utviklingen har stoppet opp og flere røster roper varsku om at fastlegene er overbelastet, at rekrutteringen til faget er truet, ja sågar at faget selv er truet. Denne artikkelen beskriver det faglige fundamentet for fastlegeordningen, drøfter utfordringer og viser kanskje en mulig retning for fremtiden.

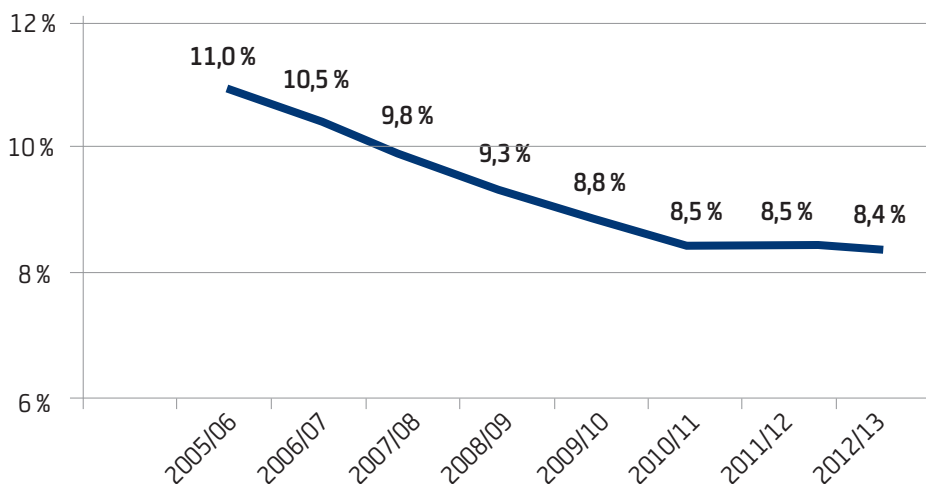
Primærhelsetjenesten er grunnmuren i et effektivt helsevesen, og tilgangen til en fritt valgt allmennlege gjennom flere år er en av søylene i grunnmuren (1). WHO konstaterer i dokumentet «Primary Care – Now more than ever» at en sterk primærhelsetjeneste er viktigere enn noensinne (2), og peker samtidig på at det sterke fokuset på sykehus og subspecialisering er en hovedkilde til ineffektivitet og ulikhet. I Norge har de gode resultatene i primærhelsetjenesten vært begrunnelse for bl.a. fastlegeordningen og samhandlingsreformen. Når det kommer til realitetene – både i Norge og internasjonalt – ser det imidlertid ut til at tyngdekraften fortsatt trekker ressursene inn i sykehusene (FIG. 1). Årsakene til dette er mange, blant annet at

kunnskapsproduksjon, eierskap, maktstrukturer og prestisje er tungt knyttet til sykehusmedisinen.

Andelen av forskningsmidler som går til allmennmedisinsk forskning er mikroskopisk sammenlignet med ressursene som tildeles forskning i sykehusfagene, og infrastrukturen for kunnskapsutvikling i allmennmedisinen er fortsatt mangelfull. Når storparten av kunnskapsgrunnlaget er basert på sykehusforskning, og nasjonale retningslinjer utformes utfra dette, blir anvendeligheten begrenset og til dels misvisende i allmennmedisinsk hverdag. En sterkere og bredere forskningsinnsats i allmennmedisin vil gi et riktigere kunnskapsgrunnlag for vår fagutøvelse og bedre helsetjeneste til befolkningen.

FIGUR 1. Andelen av det engelske helsebudsjettet brukt på allmennmedisin.

KILDE: WONCAEUROPA 2016. KEYNOTE: PROFESSOR MARTIN ROLAND



De allmennmedisinske kjerneverdiene

Bak den forsknings- og erfaringsbaserte allmennmedisinske kunnskapen ligger et sett med kjerneverdier som definerer faget. I 1978 utviklet «Tenkekomiteen innen Allment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforbund» begrepet KOPF. Allmennmedisinen skal være Kontinuerlig – Omfattende – Personlig – Forpliktende (3). Dette utgjør essensen av det som skiller oss fra sykehusfagene, og den viktigste faktoren i det som gjør at allmennmedisin «virker». KOPF var derfor en viktig faglig begrunnelse for etableringen av fastlegeordningen i 2001. Gjennom fastlegeordningen fikk alle innbyggere tilgang til en fast, personlig allmennlege. Men KOPF har også en iboende fare for grenseløshet. I 1999 skrev Irene Hetlevik en leder i *Tidsskrift for Den norske legeförening* om «den fulle allmennmedisinske bøtten» som satte ord på en problemstilling som fortsatt er aktuell (4). Full bøtte er et bilde som er blitt hyppig brukt i diskusjonen om hvordan, hvorfor og om allmennlegens oppdrag skal avgrensnes. En mer positiv vri på bildet ble lansert av Petter Øgar i *Utposten* i 2001, nemlig «den allmennmedisinske karaffel», der han tok til orde for at fastlegene selv må definere innhold og faglig velbegrunnede prioriteringer (5). Styret i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) arbeidet med konkretisering og operasjonaliseringen av KOPF, og lanserte i 2001 «Plakaten» med sju teser for allmennmedisin (SE RAMMESAK). Tesene var en tydeliggjøring av og veiviser for hvordan allmennmedisinske kjerneverdier kan holdes i hevd på en bærekraftig og pragmatisk måte. Fastlegene må hele tiden prioritere hva de skal bruke tiden sin på, og det må skje på et faglig bevisst fundament. De sju tesene for allmennmedisin ble presentert slik:

«Vår samtid anno 2001 preges av økende muligheter for medisinsk behandling, men også av kommersialisering og medikalisering, rettighetstenkning og økt forbrukerbvissthet. En ny beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal

- klargjøre legens ansvarsområder
- fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter
- gi basis for innhold i grunn- videre og etterutdanning
- sikre realistiske forventninger til helsetjenesten
- sikre faglig identitet og trygghet for fastlegeordningen»

De sju tesene, KOPF og deres begrunnelser er like aktuelle i dag som for 15 år siden. Fastlegenes oppdrag er å håndtere den utfordrende balansen mellom pasient og samfunn, mellom fag og politikk, mellom forskning og praksis, mellom samleband og skreddersøm. Det er denne kompleksiteten som utgjør faget allmennmedisin, og det er vår evne til å ivareta dette som avgjør om vi bygger tillit eller ikke (6). Tillit er en av bærebjelkene i det allmennmedisinske hus. Uten pasientenes og samfunnets tillit forvitrer fastlegenes mulighet til å gjøre en god jobb. Og tilliten kan best bygges og bevares gjennom at fastlegene holder de allmennmedisinske kjerneverdiene i hevd.

KOPF revisited

Kontinuerlig – Omfattende – Personlig – Forpliktende; et håpløst utdatert og grenseløst ideal, eller realistiske og håndterlige allmennmedisinske kjerneverdier? WONCA Europe har arbeidet med en oppdatert versjon av kjernen i allmennmedisin, og kom i 2011 fram til følgende elementer: *Accessible – Comprehensive – Continuous – Coordinating – Accountable* (ACCCA) (7), altså temmelig sammenfallende med KOPF, men med tydeligere vekt på tilgjengelighet og koordinering. Dette gjenspeiler økende tverrfaglighet og samarbeid i allmennmedisin. Det er i dette landskapet fastlegene må kjenne sin besøkelsestid og aktivt definere det vi skal prioritere, basert på gode faglige vurderinger. Det er ikke god allmennmedisin å bare gi seg over til alle forventningene og kravene som flommer over oss. I ordskiftet om fastlegeordningen kan man få inntrykk av at fastlegen forven-

7 TESER FOR ALLMENN-MEDISIN



1 Hold lege-pasientforholdet i hevd

Allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid

2 Gjør det viktigste

Allmennlegens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

- **fortolker** av pasientens symptomer og plager: skiller ut dem som har behandlingstren- gende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke
- **veileder og lærer**: hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres
- **vitne og ledsager**: følger pasienten og hans/hennes nærmeste gjennom sykdom og lidelse

3 Gi mest til dem som har størst behov

Forventningene til allmennmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader: Dersom flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste, slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

4 Bruk ord som fremmer helse

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

5 Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling

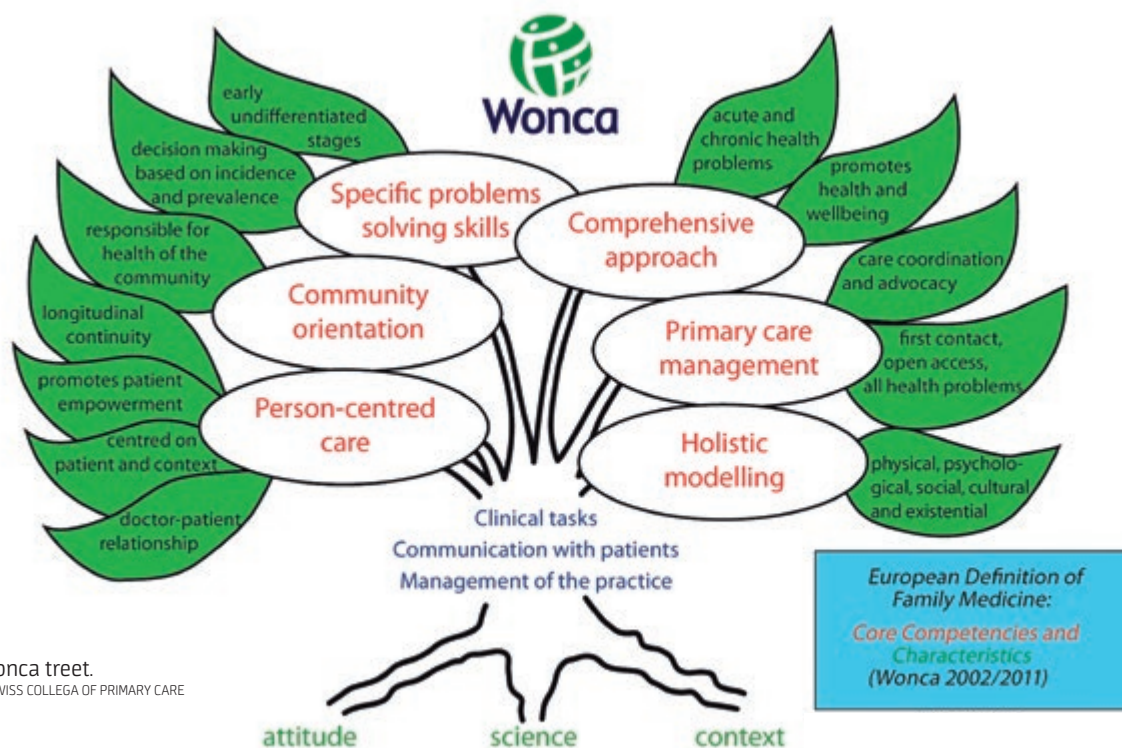
Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

6 Beskriv praksiserfaringene

Å forebygge sykdom og uheld er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

6 Ta ledelsen

Allmennlegen skal aktivt ta ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekantoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse



FIGUR 2. Wonca treet.
© 2004/2011 SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

tes å være tilgjengelig for sine pasienter 24/7 og tilfredsstillende alle pasientens ønsker og behov:

- fastlegen forventes å forholde seg lydige til alle retningslinjer og myndighetskrav
- fastlegen forventes å ekspedere alle spesialisthelsetjenestens forordninger
- fastlegen forventes å alltid være tilgjengelig for telefoner og møter med samarbeidspartnere på alle nivåer

En slik karikert versjon av fastlegeordningen er hverken bærekraftig eller ønskelig. Tvert imot vil de allmennmedisinske kjerneverdiene undergraves dersom vi/pasienter/myndigheter/samarbeidspartnere tror at det er dette som er fastlegens oppdrag. Her trengs realitetsorientering og forventningsavklaring. Istedenfor å la oss overmanne av avmaktsfølelsen må fastlegene selv ta ledelsen basert på kjerneverdiene og de sju tesene. Det innebærer en balanse mellom tilgjengelighet og grensesetting, samarbeid og autonomi, frihet og ansvar. Nedenfor har vi kommentert en kombinasjon av KOPF og ACCCA inspirert av de sju tesene:

Kontinuerlig og personlig

Kontinuitet i lege-pasientforholdet gir fastlegen innsikt i pasientens små og store helsetilstander, sykdommer og livsbetingelser. At allmennlegen ser pasienten som et helt menneske, og selv våger å være personlig i tillegg til å være profesjonell gjør at pasien-

ten lærer legen å kjenne, og sammen bygger de en gjensidig tillit som fører til den lojaliteten som danner grunnlaget for å kunne tåle både urimelige krav og grensesetting. Det gir også fastlegen mulighet til å skreddersy utredning og behandling til den enkelte pasienten. Standardiserte retningslinjer passer ofte dårlig når vi står overfor enkeltindivider. Fastlegen må ha ryggrad, faglig kompetanse og pasientens tillit til å vurdere hvorvidt nasjonale veiledere og retningslinjer skal følges eller ikke (8).

Helhetlig og koordinerende

Helhetlig (omfattende) betyr ikke omnipotent. Fastlegen skal ikke gjøre alt og løse alle problemer. I et stadig mer fragmentert helsevesen både i første- og andrelinjen er fastlegen den som kjenner historien og holder i trådene. Mange fastleger opplever å bli nedrent av krav og forventninger om møter, attester og «sekretæroppgaver». Tese nummer sju sier «Ta ledelsen!». Det blir stadig viktigere at fastlegen våger å prioritere hvilke oppgaver og pasienter som er viktigst. Vi må varsle tydelig lokalt og nasjonalt om hvilke kjerneoppgaver som prioriteres innenfor de gitte rammene, og hvilke forventninger som ikke bør eller kan tilfredsstilles.

Heldigvis finnes det mange gode hjelpere blant andre faggrupper både i første- og andrelinjetjenesten som vi samarbeider med. Pårørende er også en undervurdert

ressurs i mange sammenhenger. Fastlegen må gjøre seg kjent med hvilke ressurser som finnes i sitt nedslagsfelt slik at disse kan involveres når det er relevant.

Tilgjengelig og forutsigbar

Fastlegeordningen gir pasienten ett sted å henvende seg enten det gjelder akutte eller kroniske tilstander, småplager eller alvorlig og livstruende sykdom. Den lave terskelen inn til fastlegen er en viktig forutsetning for å få en helhetlig innsikt i pasientens liv og helse. Samtidig er det åpenbart at ikke alt hører hjemme hos fastlegen. Vi må selv ta ansvar for å styre dagen, og lage tydelige rammer for hva vi skal ta hånd om og hva som hører hjemme hos andre. Det er heller ikke slik at fastlegen selv skal være personlig tilgjengelig for pasientene 24/7. Når fastlegen er borte på sykebesøk, møter, sykehjem/helsestasjon, dialogmøter, kurs, ferie, syke barn osv innebærer fastlegeordningen at det er avklart hvem som dekker fastlegens liste. De fleste pasienter forstår at fastlegen ikke kan være der alltid, men de vet også at fastlegen tar opp tråden når fastlegen er på plass. I dette ligger en forutsigbarhet som gir trygghet.

Fastlegerollen er mangfoldig og gjensidig verdifull

I noen situasjoner er alle verdiene viktige samtidig. Det gjelder for eksempel når en

av våre pasienter har en terminal sykdom og ønsker å være hjemme i livets siste fase. For å kunne yte god og helhetlig helsehjelp i en slik situasjon kreves det at pasienten har tillit til fastlegen, og at fastlegen har tillit til at pasienten har tillit til fastlegen. Dette skaper trygghet og gir mulighet for en personlig deltakelse. Tett samarbeid med pårørende og omsorgstjeneste er avgjørende. Det er de som utfører den mest tidkrevende delen av oppfølgingen og som står for den kontinuerlige tilstedeværelsen hos pasienten. Fastlegens rolle er å gi den medisinske tryggheten, og å vurdere situasjonen utfra (som regel) lang kjennskap til pasient og familie. Noen fastleger velger i slike situasjoner å gi ut sitt mobilnummer og gjøre seg tilgjengelig utenom arbeidstid. Det er sjelden at dette «misbrukes» av de involverte, og det kan gi en trygghet som langt overstiger belastningen. For mange fastleger er det ikke ønskelig eller mulig å være tilgjengelig på den måten. Da er det viktig at fastlegen informerer legevakt og andre instanser om situasjonen, og at det er lagt en plan for hvem som skal kontaktes, slik at forutsigbarheten ivaretas.

Dette er et eksempel på at det er fastlegen selv som må sette grensene og organisere sine oppdrag utfra sin egen personlige ramme og kapasitet, forutsatt at det er avklart hvem som følger opp pasienten når fastlegen ikke er tilgjengelig. En fastspikret mal for hvordan vi skal organisere og utøve faget er inkompatibel med den virkeligheten fastlegen skal utøve sitt virke i. Det er denne fleksible, personlige tilpassningen innenfor rammene av de allmennmedisinske kjerneverdiene som gjør faget allmennmedisin spennende, utfordrende, krevende og givende.

REFERANSER

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Rev. ed. ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Offentlige legers landsforening T. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo: Komiteen : distribusjon; Inst. for almenmedisin; 1978.
4. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen. 1999; 119: 3547–8.
5. Øgar P. Den allmennmedisinske karaffel. Utposten. 2001; 30 (1): 2–3.
6. Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust-in general practice. Br J Gen Pract. 2001; 51 (468): 575–9.
7. WONCA. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Barcelona, Spain; 2011.
8. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. BMC Fam Pract. 2016; 17: 92.

■ ANETTFOS@.ONLINE.NO

15 år med fastlegeordningen. Hva nå?

■ PETTER ØGAR

Tidligere kommunelege i Stryn og Hornhindal. Han var fylkeslege i Sogn og Fjordane etter dette, og fra 2010 har han vært ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet. Øgar var en av innleiderne på konferansen «Femten år med fastlegeordningen. Hva nå?» som ble arrangert i Tromsø i august i år. Konferansen ble arrangert av NSDM, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin.

Det politiske budskapet

Meld. St. 26. (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet for midler regjeringens situasjonsforståelse, og hva den vil gjøre for å gjøre tjenestene bedre. Stortinget har gitt bred tilslutning til hovedlinjene i meldingen.

Det beskrives et utfordringsbilde som i stor grad også gjelder spesialisthelsetjenesten. Sykdomsbildet er endret særlig ved at et økende antall har flere kroniske sykdommer samtidig og mer komplekse tilstander. Dette fordrer økt og ny kompetanse, flerfaglige tilnærminger og nye arbeidsformer. At tjenestene er fragmenterte, for dårlig koordinerte og for lite helhetlige er spesielt uheldig for disse pasientene, men også for mange andre. Brukerinvolvering og brukerperspektivet er fortsatt for dårlig ivaretatt. Det er mangelfull kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene, men på noen områder vet vi det svikter. På flere områder er det for dårlig tilgjengelighet og kapasitet. Tjenestene til de som trenger det mest er for dårlige, og det svikter i den systematiske oppfølgingen. Vi har en for lite proaktiv tilnærming og mangelfullt populasjonsperspektiv. Ledelsesutfordringene er store.

Når det gjelder fastlegeordningen videre, slår meldingen og Stortinget fast at fastlegeordningen videreføres med bred støtte, men fastlegene må integreres bedre i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, og det må arbeides for å bedre tilbudet til de pasientgruppene som i dag får et for dårlig tilbud. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede modeller for pilotforsøk med primærhelseteam, og det er intensjonen at slike forsøk starter i 2018.

For å få mer kunnskap om tjenestene som ytes og kvaliteten på disse, er etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) et sentralt tiltak. Det er ikke gitt noen politisk lovnad om en betydelig vekst i antall fastleger i en størrelsesorden Legeforeningen ønsker. Det er ikke varslet endringer i finansieringsmåten, men det er aktuelt å utrede dette.

Kan kommunal legetjeneste ledes?

KS har fått Agenda Kaupang til å undersøke i hvilken grad kommunal legetjeneste kan ledes. Rapporten kom i vår, og jeg vurderer den som svært relevant og viktig. Funnene er kanskje ikke overraskende, men ikke desto mindre skuffende. Det er et betydelig handlingsrom for å utøve ledelse av legene i kommunene som ikke benyttes, dels på grunn av manglende prioritering av ledelse, og dels på grunn av mangelfull ledelseskompetanse. Det er i denne sammenheng viktig å minne om at ledelse ikke bare handler om «å styre» fastlegene, men like mye om å utnytte deres kompetanse i utforming og utviklingen av tjenestene. For meg er det vanskelig å se hvordan kommunene kan forvalte et helhetlig sørge-for-ansvar for den samlede primærhelsetjenesten uten et aktivt lederskap overfor fastlegene.

Hva er egentlig fastlegeordningen

Når vi snakker om fastlegeordningen, kan det være greit å ha en felles forståelse av hva ordningen egentlig er. Essensen i fastlegeordningen er min rett til å ha en fast lege som er forpliktet til å yte meg