

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

(gode) allmennmedisinske tjenester når jeg trenger det, og at denne legen samarbeider med og henviser meg til andre tjenesteytere/tjenester når det er nødvendig. Opprinnelig–daspesialiteten i allmennmedisin ble utviklet i Norge og mange år før fastlegeordningen – ble forventningene til allmennlegens rolle i sin mest ambisiøse form formulert å være en lege som yter kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende tjenester (KOPF). Hva bør rolleforventningen til en fastlege være i dag?

### Utfordringer for fastlegene

Jeg vil kort omtale noen av de sentrale utfordringene jeg mener vi står overfor.

Regjeringen vil skape pasientens helse-tjeneste. Skal vi kunne gjøre det, må vi spørre; hva er viktig for deg? Det er ikke mulig å realisere pasientens helsetjeneste uten å gi slipp på den faglige paternalismen, og det vil innebære en kulturrevolusjon i store deler av tjenesten. Er fastlegene modne for det? Men pasientene må også akseptere helsepersonells faglige autonomi, plikt til å handle forsvarlig og de prioritingsmessige realiteter tjenesten må forholde seg til.

«Bøtta er full» ble det sagt allerede for flere år siden. Fastlegenes kapasitet er brukt opp. Men er bøtta full av de rette tingene? I hvilken grad handler dette om kapasitet, arbeidsformer eller prioritinger? Tiden synes å være overmoden for en forventningsavklaring om hva det er rimelig å forvente at en fastlege gjør? Selv ga jeg et svar da fastlegeordningen ble innført

(1). Når ulike helsetjenester er undersøkt, påvises ofte en så stor variasjon at den må karakteriseres som uberettiget og uttrykk for et kvalitetsproblem. Det er blant annet funnet stor variasjon når det gjelder fastlegers henvisningspraksis. Fastlegene har selv satt problemet med overdiagnostikk og overbehandling på dagsorden. Disse problemstillingene er relevante når innholdet i «bøtta» skal vurderes.

Portvaktrollen har vært fremhevet som en viktig funksjon fastlegene utøver, men hva er egentlig innholdet i denne rol-

len, og hva bør det være? Ideelt skulle portvaktrollen sikre pasienter som trenger det tilgang til spesialisthelsetjenesten og holde dem utenfor som ikke trenger den. Men hvordan fungerer den i praksis? I hvilken grad er den et unødig hinder for tilgang til nødvendige helsetjenester? Og i hvilken grad fungerer den noen steder som en ukritisk henvisningsmaskin? I hvilken grad bør rollen ha en prioriteringsfunksjon?

Fastlegene er i en svært vanskelig dobbeltrolle fordi de både skal være pasientenes advokat og samtidig forvalte betydelige samfunnsmessige ressurser. Pasientene vil også i realiteten kunne konkurrere med hverandre om et knapphetsgode. Regjeringen har varslet at den vil sette ned et utvalg som skal drøfte prioritinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her vil fastlegenes prioriteringsrolle måtte være et viktig tema.

Jeg har nevnt at tjenestene er fragmenterte, for dårlig koordinerte og for lite helhetlige i forhold til mange pasienter. Jeg forventer at fastlegen er min viktigste garantist og vaktbikkje for at jeg får en helhetlig og koordinert behandling i en tiltagende spesialisert og fragmentert tjenesteverden. Det er en krevende forventning, men også en forventning som reflekterer fastlegenes sentrale posisjon.

Digitalisering byr på store muligheter og noen bivirkninger. Det er avgjørende at vi klarer å høste de positive mulighetene knyttet til informasjonslagring, informasjonsbearbeiding, informasjonsutveksling, informasjonsuthenting, beslutnings-

støtte og forskning. Det er også viktig at vi klarer å ta i bruk velferdsteknologi overfor store pasientgrupper som har diskutabel nytte av det. Samtidig er det grunn til å frykte merarbeid knyttet til selvdiagnostiserende og selvmonitorerende tekniske dupeditter som markedsføres heftig mot den generelle befolkning i en medikalisert tid med mye uberettiget helseangst.

Det er pekt på at rekruttering og stabilitet er en betydelig utfordring, særlig i distriktskommuner, og det er utvilsomt riktig. En tilstedeværende lege som er der over noe tid er egentlig en forutsetning for i det hele tatt å kunne snakke om en fastlegeordning. Men samtidig er disse rekrutterings- og stabilitetsutfordringene noe som har vært der lenge før fastlegeordningen og vel et fenomen som primært ikke er knyttet til fastlegeordningen som sådan.

Fastlegene driver sin virksomhet i en krevende verdimeslig kontekst. Helse og livet er for de fleste det kjæreste vi har. Vi lever i en tid med avtagende tro på et liv etter døden og en tiltagende, nesten korresponderende overtro på helsetjenestens muligheter til å sikre et langt og smertefritt liv. Nesten enhver er seg selv nærmest, særlig når man er syk. Mange har mye penger som de om nødvendig vil bruke på helse – og det er mye penger i å levere helse- og omsorgstjenester. Det offentlige kan ikke innfri alles krav og ønsker. I en slik situasjon vil solidariske fellesskapsløsninger og helsepersonells etiske standard settes på prøve, og fastlegene står på mange måter i front i dette grenselandet.

### Oppsummering

Det er flere iboende problemstillinger og utfordringer ved fastlegeordningen som alltid har vært der og alltid vil være der. Disse må til stadighet adresseres og finne svar som passer i sin tid. Jeg har vært innom noen av disse. I tillegg kommer selv-sagt nye utfordringer som følger av den samfunnsmessige og medisinsk-teknologiske utviklingen. Tilpasninger av ulike praktiske sider av ordningen kan både være riktige og nødvendige, men kjerneinnholdet må bevares – og særlig for de pasientene det er viktigst for. En ajourført forventningsavklaring kan være spesielt klokt nå.

#### REFERANSE

1. Øgar P. Den allmennmedisinske karaffel. Det faglige innholdet i fastlegeordningen. Utposten 2001; 1: 4–6.

■ PO@HOD.DEP.NO



«Bøtta er full» ble det sagt allerede for flere år siden. Fastlegenes kapasitet er brukt opp. Men er bøtta full av de rette tingene?

FOTO: COLOURBOX