



FASTLEGEORDNINGEN 2.0

TRØNDEROPPRØRET

presenterer

Håndbok om fastlegeordningen

Beslutningsstøtte til dugnaden for en ordning i krise

Redaksjonen: Harald Sundby
Ines Saracevic Elgsæter
Inga Marthe Grønseth
Illustrasjoner: Marit T. Moseng
Bakside: Gunnlaug Moen

Forord

Denne «Håndbok om Fastlegeordningen» er utarbeidet av en redaksjonsgruppe blant 25 fastleger i Trondheim, som samtidig alle sammen er universitetslektorer i lege-pasientkommunikasjon ved NTNU. Tro oss: Vi er alle enige om at denne kombinasjonen gir oss «Norges beste legejobb». Kanskje har vi større enn vanlig kjærlighet for faget vårt, allmennmedisinen, og for systemet vi jobber i: Fastlegeordningen.

På en felles samling i juni 2017 oppdaget vi at vi likevel, hver enkelt av oss, satt med opplevelsen av for stor jobbslitasje og «dette går ikke stort lenger». Samtidig kom det klare signaler fra hele landet om bemanningsproblemer i fastlegeordningen. Da ble det lett å identifisere onde sirklers dynamikk og en truende krise for hele fastlegeordningen. Noe må gjøres – vi må formidle et viktig budskap: At fastlegeordningen må bevares og styrkes! Dette var opptakten til det som etterhvert fikk navnet «Trønderopprøret».

Vi opplevde overraskende stor respons. Våre utspill ble et av flere initiativ som har gitt et tiltrengt og kjærkomment ordskifte om fastlegeordningen både i media, politiske kretser og i administrative leire de siste månedene. Slik vi opplever situasjonen, har vi i Trønderopprøret fått en inspirerende mulighet til å være med på å opplyse om og samtidig sikre fastlegeordningens framtid. For det vi også erfarer i denne prosessen, er at helsepolitikere, journalister og befolkningen forøvrig kanskje vet for lite om hva fastleger driver med og om hva som er fastlegeordningens rammer og muligheter. Ikke til å undres over, fastlegeordningen er kompleks. Vi er stolte av fastlegeordningen, og er overbeviste om at ordningen representerer en del av grunnmuren i den norske velferdsmodellen, som vi også er stolte av. Hovedhensikten med denne håndboken er å overbevise deg om det samme. Vi ønsker å bidra til at den nasjonale dialogen om og den politiske håndteringen av en fastlegeordning i begynnende krise bygger på god innsikt om både fastlegeordningen og faget allmennmedisin.

Håndboken er blitt til i det vi opplever som en unik dugnad. Vi har utfordret samarbeidspartnere i mange forskjellige retninger til å bidra med kortfattede redegjørelser om forskjellige tema vi selv har definert som viktige. Så nær som alle ble med. Dugnad er samarbeid, og Trønderopprørets credo for alt samarbeid er raushetsplikt i «spill hverandre gode modus». Vi mener det har preget arbeidet med denne håndboken, og du kan være trygg på at dette er kvalitetssikret informasjon fra noen av de klokeste hodene i norsk allmennmedisin.

Fastlegeordningen er i ferd med å møte veggen og trenger politisk hastetime. Rask diagnostisk kartlegging må foretas, og riktige behandlingsstrategier må utarbeides. Vi er alle en del av redningsteamet. En forutsetning er at vi alle har fastlegeordningen høyt på prioriteringslisten, og spiller hverandre gode med raushetsplikt. Vi er et grasrotopprør og kjenner daglig hva som fungerer og hvor skoen trykker. Mange i fastlegekorpset kjenner på utmattelse, og vi har ikke all verdens tid.

Her får du informasjon vi håper kan fungere som nyttig beslutningsstøtte for oss alle.

Trønderopprøret retter en varm takk til alle bidragsyterne. De har bidratt til faglig forankrede og opplysende tekster. I sin travle hverdag har alle vært lette å be.

Dessuten retter vi en like varm takk til Nidarosfondet til fremme av allmennmedisinen i Trøndelag for økonomisk støtte både til trykkingen av "Håndboken" og til andre utgifter vi har hatt i forbindelse med arbeidet.

For mer info, inkludert kontaklinformasjon viser vi til hjemmesiden: www.flo20.no

Vi har organisert Håndboken i tre hoveddeler:

Del 1 Fastlegeordningen som samfunnsstruktur

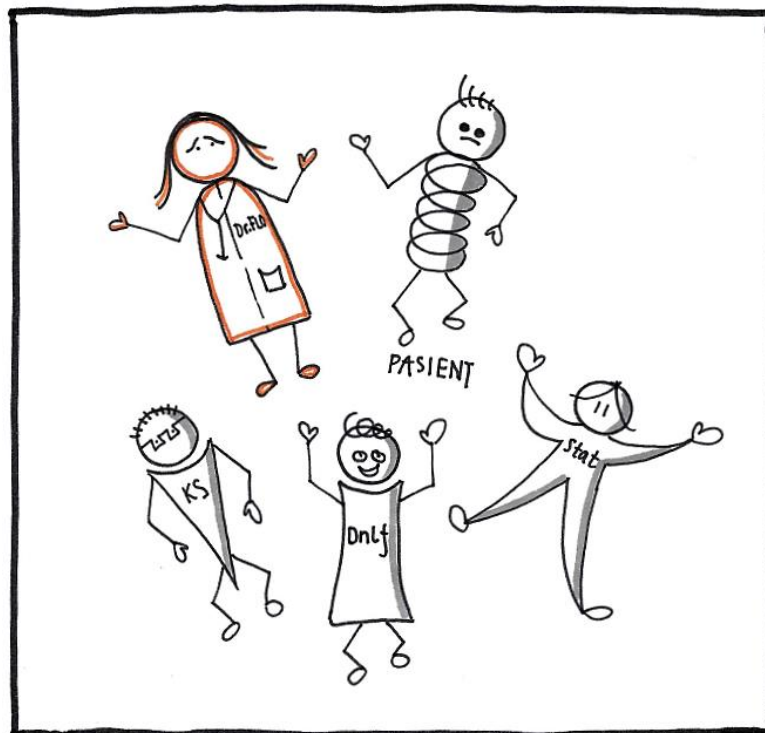
Her lar vi sentrale aktører i forskjellige organisasjoner uttale seg om fastlegeordningen. Vi starter med en innføring i fastlegeordningens historikk, deretter slipper vi til ledere i fastlegeordningens yrkes- og fagorganisasjoner, Norsk medisinstudentforening og til slutt presenterer vi noen viktige allmennmedisinske fagmiljøer.

Del 2 Fastlegeordningen som arena for allmennmedisin

Her er målet å sette deg inn i noen viktige aspekter ved faget allmennmedisin som førstelinjetjeneste. Vi ønsker å peke på noen utfordringer og problemer allmennmedisinen byr på, både for pasientene og legene. Men minst like mye ønsker vi å formidle allsidigheten og mulighetene i den allmennmedisinske arbeidsmåten.

Del 3 Fastlegeordningens samarbeidspartnere

Fastlegeordningen er en del av et svært sammensatt norsk helsevesen. Som generalister og koordinatore har vi et mangfold av samarbeidspartnere. Vi har utfordret noen av de viktigste av dem til å beskrive fastlegeordningen sett fra deres ståsted.



Tegnforklaring: De sentrale aktørene vi vil møte i håndboka er fastlegen Dr. FLO, pasientene hennes, Kommunenes sentralforbund (KS), Den norske legeforening (Dnlf) og Staten

Forord	1
Innledning	4
Paeen to Norwegian General Practice	4
Del 1: Fastlegeordningen som samfunnsstruktur	7
Norsk forening for allmennmedisin: en drivkraft i fagutviklingen av allmennmedisinen	10
Hvordan tjener næringsdrivende fastleger pengene sine?	12
En stolt fastlege!	14
Utdanningen i allmennmedisin i Norge	16
Rekruttering	18
Legevakt – Allmennlegen 24/7	20
Nasjonalt senter for distriktsmedisin – brobyggere mellom by og land	22
Del 2: Fastlegeordningen som arena for allmennmedisin	25
Fastlegeordningens hemmelighet	26
Det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget	30
Allmennmedisinsk forskning	32
Komplekse sykdomsbilder og multiple retningslinjer – en skummel, faglig labyrint	34
Retningslinjer i allmennpraksis	36
Overdiagnostikk, overutredning og overbehandling	38
Livet som landsbylege	40
Om yrkesprivilegier og yrkesbekymringer	42
Til helseministeren	44
Fastlegen er også en folkehelseaktør	46
Del 3: Fastlegeordningens samarbeidspartnere	49
Fastlegeordningen er en bærebjelke i velferdsstaten	50
Hva var NAV uten fastlegen?	52
Fastlegens rolle for skrøpelige eldre	54
Fastlegen og pasienter med alvorlige rus- og psykiske lidelser (ROP- pasienter)	56
Fastlegen er en følgesvenn	58
Når verden banker på – fastlegeordningen i et migrasjonshelseperspektiv	60
Der noen har det vanskelig har ofte barn det verst – om barn som pårørende, og om fastlegen som familielege	62
Avslutning	64
Samhandlingsplakat for leger	67

Innledning

En av de viktigste stemmene i europeisk allmennmedisin er den britiske allmennlegen Iona Heath. Hun er tidligere leder av «Royal College of General Practitioners», som organiserer over 50. 000 allmennpraktikere i Storbritannia. Vanligvis skriver hun i British Medical Journal og The Lancet. Hun har i et par tiår hatt nært samarbeid med norske allmennmedisinske miljøer. Vi er stolte av å kunne innlede vår håndbok med hennes analyse av og «triumfsang» til Fastlegeordningen!

Paeon to Norwegian General Practice

Dr. Iona Heath, tidligere leder av Royal College of General Practitioners, UK

I worked for 35 years as a general practitioner in inner-city London and from 2009 to 2012 I served as the President of the UK Royal College of General Practitioners. From this perspective, I have long admired the wisdom and achievements, both practical and academic, of my Norwegian colleagues.

I find it no wonder that Norway's general practitioners (GPs) have been in the forefront of documenting and campaigning against the over-medicalisation of contemporary society. The list system has enabled general practice to be positioned close to patients and at a safe distance not only from centres of sophisticated, but prodigiously expensive, technological care and but also from the vested interests of the medical industrial complex. Every working day Norwegian general practitioners hear their patients' accounts of the healthcare system: successes and failures, benefits and harms. They witness the process described by the Swedish writer Sven Lindqvist:

Not until the vast wealth of high-flown rhetoric has been cashed into the ordinary small change of a household do we see what it really entails – for me, for you, for all of us.

Patients describe what the high flown rhetoric of the Norway's healthcare system really

entails for each of them and this gives GPs a privileged view of the strengths and weaknesses of the system.

The evidence is now overwhelming that a strong system of primary care, such as the list system has given Norway, produces better health outcomes, at lower cost and with less health inequality. This extraordinary success seems to be achieved by the ability to provide genuinely patient-centred care, integrated around the needs and aspirations of each particular patient, and the recognition that many symptoms of illness are caused by the daily stresses of life rather than a disease recognised and treatable by medical science. Yet whenever primary care becomes overloaded by an excessive workload or by a lack of resources, its efficacy is eroded, and this is undoubtedly what is happening within the UK NHS (National Health Service) as a result of the imposition of austerity. GPs and other primary health care professionals need to build therapeutic relationships, imbued with mutual trust, with each patient, each family and each community. Without trust, GPs are unable to contain their patients' fears of serious and untimely disease and the sick and worried then feel that they have no alternative but to demand onward referral for unnecessary and potentially harmful

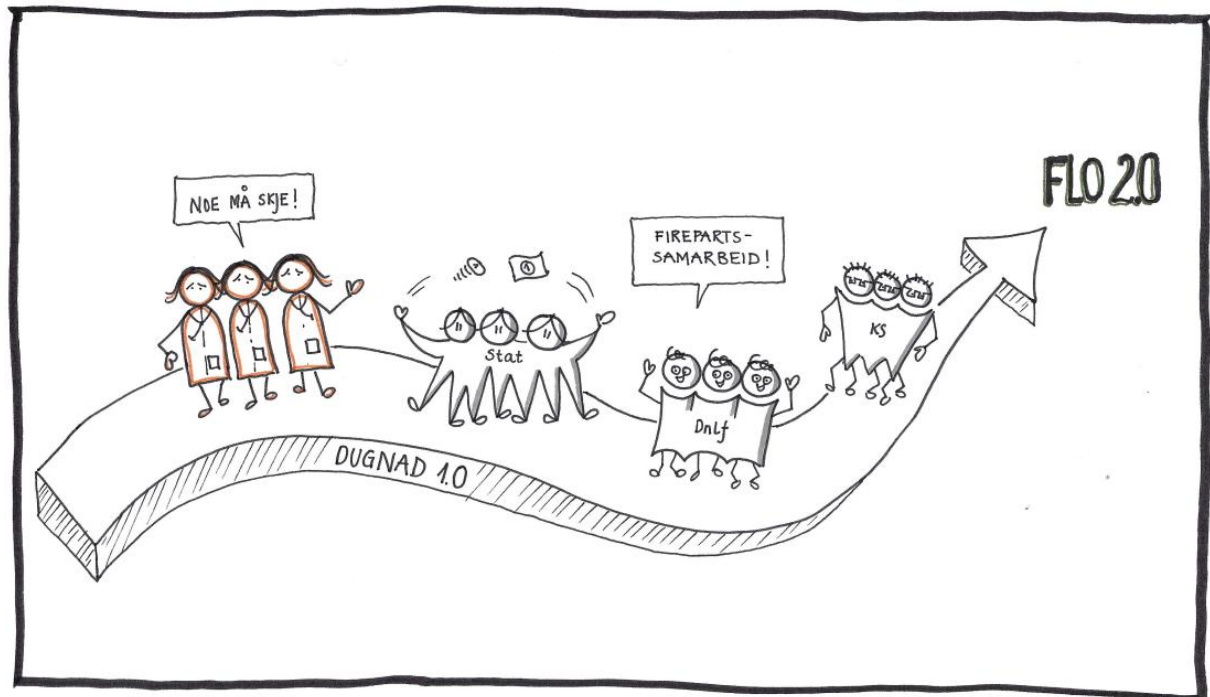
investigations and treatments. These fears, unmitigated by trust, are what drive huge amounts of waste and harm in the UK, because building trust takes time and when clinicians are not given the time to build trust it slowly leaches out of the system and results in higher costs, worse outcomes and more

inequality. It is absolutely essential that Norway protects and seeks to augment the strength of its primary care system and does not follow the UK in undermining it.

Iona Heath

Del 1:

Fastlegeordningen som samfunnsstruktur



Trønderopprøret ønsker å være med på å utvikle det vi kaller Fastlegeordningen 2.0. der vi kaller den nåværende fastlegeordningen, opprettet i 2001, for versjon 1.0. Uten kunnskap om hvordan versjon 1.0 ble til, vil vi ikke være i stand til å gjøre de riktige grepene nå. Nåværende fastlege Hans Kristian Bakke var nestleder og senere leder i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) fra 1994 til 2002, og visepresident og president i Legeforeningen fra 2001 til 2005. Han omtales som en av fastlegeordningens viktigste fødselshjelpere. Her gir han oss historikken i kortversjon.

Fastlegeordningen - hvorfor kom den? Og hvordan ble den til?

Hans Kristian Bakke, fastlege ved Legehuset Varden i Bergen

Tankene om fastlegeordning i Norge ble fremført allerede på slutten 70-tallet. Både i utredningen «Tanker om morgendagens primærlegetjeneste» fra Alment praktiserende lægers forening (Aplf) og Offentlige legers landsforening (Oll) i 1978 og i «Generalplan for allmennmedisin i Norge» fra Aplf og Oll i 1982 blir det foreslått å organisere allmennmedisinen etter et system med pasienter på liste. Også den gangen var det uenighet blant allmennlegene om dette var en tjenlig organisasjonsform for vår virksomhet.

I 1984 kom «Lov om helsetjenesten i kommunene». Vår tjeneste ble da et kommunalt ansvar og innbyggerne fikk rett til nødvendig helsetjeneste fra kommunen. Allmennlegene ble enten kommunalt ansatte eller privatpraktiserende med kommunalt driftstilskudd.

Utover 80- og 90-tallet ble det tydelig at attraktive kommuner, uten plagsom moral og ideologi, spekulerte hensynsløst i avtaleløs etablering for å slippe driftstilskudds- og fastlønnsutgiftene. Etter hvert ble det åpenbart at mange kommuner fant det hensiktsmessig å «rasjonere» med sin del av det finansielle grunnlaget for våre tjenester. Kommunene forholdt seg lite aktivt til sin plikt til å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester. Til tross for et åpenbart behov for flere allmennleger utover 90-tallet,

ble det opprettet kun ca. 35 nye stillinger per år.

I lønnsoppgjørene ble fastlønnede leger år for år tapere sammen med andre akademikere i offentlig sektor. Fra 1991 tok mange av disse legene saken i egne hender og presset frem en overgang til avtalestatus.

Dårlig kontinuitet i pasient-lege forholdet, legemangel, ekstrem arbeidsbelastning, vikarstafetter, høy vaktbelastning og legeflukt inn i sykehusene hvor det ble opprettet minst 400 nye stillinger per år var situasjonen.

Også i det politiske miljøet (1,2) ble det allerede på slutten av 80-tallet fremført tanker om en annen organisering av våre tjenester.

Fra 1993-96 fikk vi forsøk med listesystem i fire kommuner. Dette ga oss viktig kunnskap knyttet til utformingen av en endelig modell. Høyt basistilskudd favoriserte mannlige leger i store byer, kommunal betaling måtte bli per innbygger og ikke per lege og legene måtte få rett til å sette tak på egen liste ut fra faglige og personlige behov. Overskriften var: Skulle legene ta populasjonsansvar (liste), måtte de også få nødvendig myndighet. Ansvar uten myndighet er ikke mulig, heller ikke for leger.

Samtidig var det en betydelig skepsis blant allmennlegene. Denne skepsisen klarte

departementet å styrke betydelig ved fremleggelsen av Stortingsmelding 23 i mars 1997 og Høringsnotat om fastlegeordningen i oktober 1998. Man tok blant annet ikke inn over seg de sentrale erfaringene fra forsøkskommunene.

Styret i Aplf hadde noen svært aktive år. Noen av oss reiste flere ganger til København og høstet viktig kunnskap fra vår søsterorganisasjon der. Jeg var heldig, jeg hadde med solide styrer hele veien, men jeg må spesielt nevne Gunnar Ramstad og Eirik Bø Larsen som var med i seks år fra 1996-2002. Vi utformet våre krav til ordningen og vi arbeidet tett med legeforeningen. Hans Petter Årseth, som i hele denne perioden var president i legeforeningen, lot Aplf i stor grad få legge premissene. Ved generalforsamlingene og landsrådsmøtene i foreningen, sørget vi hvert år for å få mandat til å jobbe videre med saken. Det endelige forhandlingsresultatet ble lagt ut til rådgivende avstemning blant medlemmene. Det ble tilslutning både i avstemningen og den påfølgende ekstraordinære generalforsamlingen på Hamar 8. november 2000.

For å lykkes med reformen, var man avhengig av å få med legene. Skulle alle innbyggerne få tilgang til fastlege, måtte legene ønske å etablere tilstrekkelig antall kontrakter med kommunene. I tiden rundt innføringen av ordningen tilkom det omlag 400 nye allmennleger.

Når ordningen fikk tilslutning fra et klart flertall av allmennlegene, skyldes nok det ikke minst gjennomslagene for noen viktige sentrale prinsipper og krav:

- Pasientenes rett til helsetjenestene fra kommunene ble, gjennom en kombinasjonen av kommunal betaling per innbygger og rett til fastlege, vesentlig styrket.
- Legene fikk en posisjon med et rimelig samsvar mellom ansvar og myndighet. Noe som blant annet ga rett til å (innen visse rammer) sette tak på egen liste og dermed mulighet til å redusere listelengden.
- Det ble slutt på et system hvor kommunene kunne rasjonere på legestillinger ut fra økonomiske motiver.

Fastlegeordningen er, som forutsatt av Stortinget før innføringen, evaluert av flere instanser. I all hovedsak har evalueringene vært positive. Riksrevisjonen, som undersøker om Stortingets vedtak er oppfylt, var også fornøyd. Spesielt skal nevnes at det ikke var noen økonomiske overskridelser. I befolkningsundersøkelser har fastlegeordningen blitt blant de best likte offentlige tjenestene i alle år.

Det har vært tre store reformer i offentlig forvaltning de siste to tiårene: foretaksreformen, NAV-reformen og fastlegereformen. Mange mener at kun den siste kan ansees som vellykket. Noen mener at det som fungerer ikke bør repareres.

Men det er nå et klart behov for å gå offensivt ut og tydelig formidle våre verdier, vår verdi for samfunnet og helsetjenesten og ikke minst hva vi betyr for pasienter og befolkning. Det må bli slutt på den sulteforingen fastlegeordningen og dens brukere og tjenere utsettes for!

Referanser:

1. Stortingsmelding nr. 41 (1987-88) – Nasjonal Helseplan
2. Stortingsmelding nr. 36 (1989-90) – Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane

Å være fastlege er yrket vårt, allmennmedisin er faget vårt. Det er et mangslungen fag. Det er Norsk forening for allmennmedisin (NFA) som overordnet sikrer at faggrunnlaget vårt er kvalitetssikret. Her gir to sentrale personer i NFA det dere trenger å vite om fastlegeordningens faglige forankring. Bente Prytz Mjølstad er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved ISM, NTNU og styremedlem i NFA. Petter Brelin er spesialist i allmennmedisin og leder i NFA.

Norsk forening for allmennmedisin: en drivkraft i fagutviklingen av allmennmedisinen

Petter Brelin, leder i Norsk forening for allmennmedisin

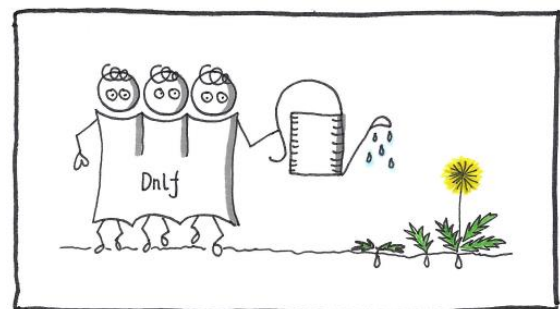
Bente Mjølstad, styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) ble dannet i 2007. Samtidig ble den gamle organisasjonsstrukturen, med det som ble kalt Aplfs fagutvalg og NSAM, lagt ned. Dette var resultatet av et langvarig og samlende arbeid, og skjedde samtidig med en omorganisering i Legeforeningen. Alle medlemmene fikk definert sine medlemskap gjennom geografisk forening, yrkesforening og fagmedisinsk forening. NFA har som fagmedisinske forening ansvar for allmennlegenes fagutvikling mens Allmennlegeforeningen (AF) har ansvar for fagforeningspolitikk. Selv om mange har vansker for å skille de to foreningene fra hverandre, så har det vært – og er fortsatt – et viktig prinsipp å holde fagforeningsarbeid atskilt fra fagutviklingsarbeid.

Det fagmedisinske arbeidet innen allmennmedisin i legeforeningen strekker seg langt tilbake i tid og startet i 1977 med formuleringen av en visjon for allmennmedisin i Norge, det såkalte «KOPF-idealet». Idealet, som står for «Kontinuerlig – Omfattende – Personlig – Forpliktende» (1), er fortsatt gjeldende som verdigrunnlag den dag i dag.

NFA har vært en viktig drivkraft i utviklingen av allmennmedisinen som fag, og har gitt verdifulle bidrag til den faglige debatten.

Et eksempel er «Risikoprojektet» som skulle stimulere til kritisk tenkning og debatt om medisinsk risiko, og som resulterte i en antologi med tittelen «Diagnose: Risiko» (2). Tenkningen informerer fortsatt debatten i medisin, som i dag handler om overdiagnostikk og overbehandling (3), også internasjonalt (4).



Da Evidens Basert Medisin (EBM) ble introdusert på 1990-tallet, bidro foreningen til diskusjon om begrepet kunnskap i medisinen (4).

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen i Norge, ble «De syv teser for allmennpraksis» presentert. Det representerer kjerneverdier og innhold for å sikre god standard for norsk allmennpraksis (6). NFAs policydokument om forebyggende

medisin kom i 2011. Det legger vekt på allmennlegens viktige rolle i forebyggende arbeid både som premissleverandør og som utøver, og gir føringer for hvordan allmennleger kan bidra til reduksjon av sosiale helseforskjeller i samfunnet (7).

Faggruppene står sentralt i NFAs arbeid og arbeider innen ulike felt av allmennmedisinen med stort engasjement. Per i dag har vi 21 slike grupper. De siste tilskuddene er faggruppene innen overdiagnostikk, digital helse og persontilpasset medisin og distriktsmedisin. Temaene reflekterer noen av dagens store faglige diskusjoner.

NFA er opptatt av å sikre en god primærhelsetjeneste og en allmennlegetjeneste som er kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Dette oppnår vi best gjennom å gi befolkningen tilgang til en fast lege som kan tilby en kontinuerlig lege-pasient relasjon (8). Helt siden NFA ble opprettet, har foreningen vært en vesentlig pådriver i utviklingen av allmennmedisinen som fag. NFA ønsker fortsatt å ha en ledende rolle i å utvikle faget til pasientenes og befolkningens beste.

Referanser:

1. APLF og OLL 1977. KOPF-idealet for god allmennpraksis
2. Swensen E (red) 2000. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget.
3. NFAs policydokument overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet, 2016
<http://legeforeningen.no/PageFiles/253320/160506%20Policydokument%20overdiagnostikkx.pdf>
4. Position paper on overdiagnosis and related medical excess. The position paper was adopted by the Nordic Federation of General Practice in May 2016.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/259589/160701%20%20Position%20paper%20on%20Overdiagnosis%20%20.pdf>
5. Kirkengen, Jørgensen 1993. Medisinsk teori, tanker om sykdom og tanker om helse. Allmennpraktikerserien, Oslo: TANO.
6. NSAMs tenkedugnad 2000-2001, Sju teser for allmennmedisin
<http://legeforeningen.no/PageFiles/121163/140601%20sju%20%20teser.PNG>
7. NFAs policydokument forebyggende helsearbeid, 2011.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/27372/120604%20Policydok%20forebyggende.pdf>
8. NFAs fire videoer, 2017: <https://www.youtube.com/channel/UCf2uZwzAzukMdshqp2KnY1w>

Vi erfarer at mange synes de inntektsrammene fastleger arbeider under er uoversiktlige. Allmennlegeforeningens (AFs) leder og fastlege i Tønsberg, Tom Ole Øren, hjelper oss.

Hvordan tjener næringsdrivende fastleger pengene sine?

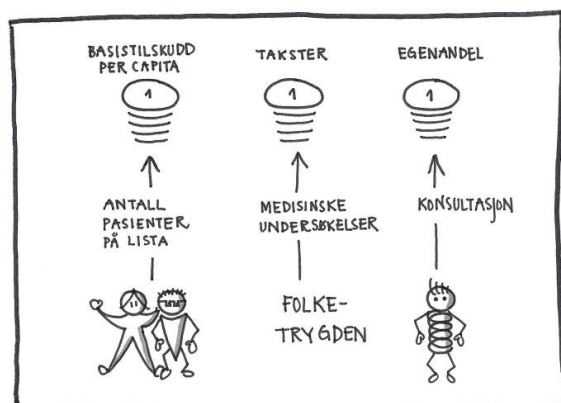
Tom Ole Øren, fastlege ved Nøtterøy legesenter og leder i Allmennlegeforeningen

Tre hovedinntektskilder

Fastlegene har tre hovedinntektskilder:

- basistilskudd per pasient legen har på sin liste
- takster etter hvilke prosedyrer legen gjør
- egenandeler fra pasienten

Det er Normaltariffen som setter de viktigste rammene for hvor mye en fastlege tjener. Basistilskuddet og takstene omfattes av tariffen. Legeforeningen forhandler årlig om endringer i Normaltariffen med Staten. KS og de regionale helseforetakene deltar på statens side.



Hva er basistilskudd?

Et basistilskudd kalles per capita-tilskudd. Det er et beløp som fastlegene får fra kommunen per pasient de har på sin liste. Kommunene får igjen dette kompensert av Staten. Systemet er kostnadsnøytralt og laget for ikke å påføre

kommunene økte kostnader om det opprettes en ny fastlegehjemmel.

I 2017 er basistilskuddet på 451 kroner per pasient per år. Hver enkelt lege avgjør selv hvor mange pasienter han vil ha på listen, men maksimum er 2500 pasienter. Da fastlegeordningen ble innført i 2001, var gjennomsnittlig listelengde på 1 143 personer, mens den per 31.12.2016 var på 1 111.

Definisjonen av et fastlegeårsverk er 1500 pasienter fordelt på fem arbeidsdager. Mange fastleger har i tillegg til pasientbehandling også andre offentlige oppgaver, for eksempel i sykehjem, på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Ved innføringen av fastlegeordningen ble det forutsatt at per capita-tilskuddet skulle utgjøre 30 % av den totale finansieringen. I 2017 utgjør den 25,5 %.

Det har aldri vært forutsatt at per capita tilskuddet skulle dekke alle driftskostnadene, tilskuddet er en del av en totaløkonomi. Tidligere inntekts- og kostnadsundersøkelser (IKU) har vist at per capita tilskuddet har dekket ca. 60 % av driftsutgiftene siden innføringen av fastlegeordningen.

Hva er takster?

Når pasientene våre kommer til legekontoet, gjør vi medisinske undersøkelser basert på faglige vurderinger. Det er såkalt aktivitetsbasert finansiering, etter hvilke prosedyrer og undersøkelser legen gjør.

Takstene er utbetalinger fra folketrygden. Det betyr at takstene er like i hele landet og skjermet mot varierende kommuneøkonomi. Eksempler på takster kan være kirurgiske prosedyrer, samtaleterapi og diverse prøver vi tar.

Hvert år gjøres det en takstbruksundersøkelse før vi forhandler fram ny Normaltariff. Den er svært nøyaktig og betyr at det er god kontroll med utgiftene i ordningen.

Hva er egenandel?

Egenandelen er det beløpet pasientene betaler til oss, og satsen bestemmes årlig av staten. Per i dag er egenandelen for en vanlig konsultasjon uten tillegg på 152 kroner for pasienter over 16 år.

Andre inntektskilder for fastlegen

Den kurative virksomheten til fastlegen er svært regulert, og det er ikke anledning til å ta

tillegg utover dette. Fastlegene har enkelte andre inntektskilder for virksomhet utover den kurative. Vi får lønn fra legevakt, lønn fra kommunalt legearbeid, honorar fra NAV, forsikringsselskaper og barnevern. Vi får også honorar for å gjøre diverse attestarbeid. I kommuner med færre enn 5000 innbygger får fastlegen i tillegg et utjevningstilskudd dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer.

Finansieringen fremover

Det er nå vedtatt at vi skal ha en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse (IKU) som skal være ferdig til neste Normaltariffoppgjør våren 2018. Vi trenger oppdatert tallgrunnlag for å kunne vurdere driftsutgifter og inntekter de siste årene, mot arbeidstid og oppgavemengde. Den forrige undersøkelsen ble gjort i 2012. Stortinget har besluttet at fastlegeordningen skal evalueres, og da vil dagens finansieringsmodell være ett av de sentrale temaene.

Referanser

1. IKU (inntekts- og kostnadsundersøkelser) 2003,2009 og 2012
2. Legeforeningens oppfølging av Meld.St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet
3. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene av 29.08.12 nr 8423

I den påtrengte dugnaden for fastlegeordningen må alle gode krefter spille sammen. I Legeforeningen opplever vi i Trønderopprøret at vi har en uvurderlig støtte- og samspiller. President Marit Hermansen har i mange år vært «landsbylege» i Grue kommune i Hedmark. Fra 2011 til 2015 var hun leder for «Norsk forening for allmennmedisin», og ble valgt som president i Den norske legeforening i 2015. Vi tror det også kan være seg selv hun tenker på når hun her adresserer fastlegens yrkesstolthet.

En stolt fastlege!

Marit Hermansen, president i Den norske legeforening

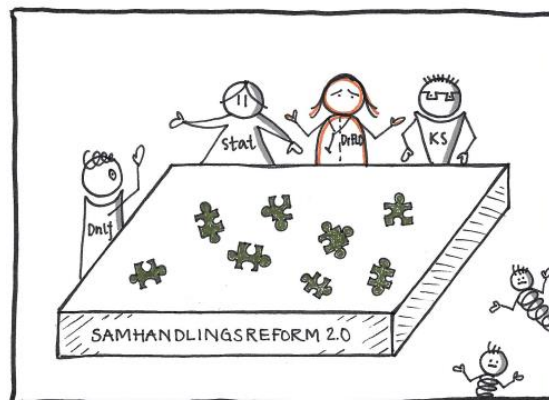
Jeg har møtt mange stolte fastleger. For vi kan med trygghet si at fastlegeordningen har vært en vellykket reform. Den har stor oppslutning i befolkningen (1), hos myndighetene og blant fastlegene selv. Den har gitt god tilgjengelighet (2), avansert medisinsk behandling nær der hvor pasientene bor, godt utstyrte kontor og forutsigbare samarbeidspartnere for sykehusene.

Det personlige ansvaret fastlegen har for de som står på listen, er kanskje den viktigste suksessfaktoren. Fastlegen har ansvaret for at alle pasientene får riktig diagnostikk og behandling, at helsetjenestene er koordinerte og at pasienter henvises videre. Men med nye oppgaver vokser ansvaret fordi fastlegene er nødt til å svelge unna. Alle skal få sitt. Det er fastlegenes plikt. Dermed har suksessfaktoren også blitt den store risikoen.

Om ansvaret ikke skal bli for stort å bære, er det viktig at ordningen endres i tråd med utviklingen i helsetjenesten. Det har den ikke gjort. Vi står nå i en situasjon der kommunene sliter med å rekruttere fastleger og de erfarne sier de ikke orker mer. Ansvaret er for tyngende.

Legeforeningen har alltid hatt fastlegeordningen som en av våre viktigste saker. Vi har over flere år fremmet behovet for å styrke og utvikle fastlegeordningen. I forhandlingene har vi krevd endringer både i finansiering og normtall. Allerede i evalueringen fra 2005 så vi faresignalene

knyttet til det som nå slår ut i full blomst. Derfor laget vi rapporten «Tillit, Trygghet og Tilgjengelighet» med gode forslag til hvordan fastlegeordningen kan utvikles og forbedres. I 2012 lanserte vi en egen utviklingsplan for fastlegeordningen, der vi ba om en gradvis opptrapping av antallet fastleger. Og som et innspill til regjeringens stortingsmelding om primærhelsetjenesten, lagde vi i 2013 rapporten «Sammen for en bedre primærhelsetjeneste». Vi har møtt døde ører. Hverken KS eller staten har vist lederskap. «Fastlegeordningen kneler under egen suksess», har jeg blitt fortalt. Ja, for hvorfor prioritere å utvikle en ordning som leverer varene og som alle er fornøyde med? Det må antakelig et grasrotopprør og et varsel om en krise til.



Legeforeningen vil fortsette å kjempe for fastlegeordningen. Våre hovedbudskap er som følger: Vi trenger sårt en satsning på rekruttering. Listelengden og oppgavene må

tilpasses en ny virkelighet, og vi må tilrettelegge bedre for innovasjon og utvikling. Det haster å få på plass en samarbeidsarena for å utvikle og forbedre fastlegeordningen. Vi inviterer derfor – på ny – Staten og kommunene til et samarbeid om å finne

tiltakene for å styrke fastlegeordningen. Legeforeningen er en forening med mange sterke og stolte fastleger. Tro meg - vi er klare!

Referanser:

1. <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne>
2. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-10.pdf>
3. https://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Evaluering_av_fastlegereformen_20012005/1137743006488?lang=nå

Professor Steinar Hunsb  r var hovedmannen bak v  rt standardverk: «Lærebok i allmennmedisin». Verket har kommet ut i flere opplag og er oversatt til flere språk.

Utdanningen i allmennmedisin i Norge

Steinar Hunsb  r, professor i allmennmedisin og prodekan for utdanning ved Universitetet i Bergen

Legestudiet

Allmennmedisin regnes i dag som et hovedfag ved alle de fire legestudiene i Norge. Først i 1968 ble det første professoratet opprettet (Oslo), men omfanget av undervisningen har vært heller lite helt fram til i dag. Det har vært spesielt vanskelig å få nok praksis ute i primærhelsetjenesten, hos fastlegene, på legevaktene og på sykehjemmene. Samhandlingsreformen har heller ikke medført særlig økning i undervisningsomfanget, og samtlige legestudier har kortere praksisperioder enn det som nå er anbefalt.

Undervisningen i allmennmedisin er høyt skattet av studentene. Gjennom praksisperiodene og i møtet med erfarne lærere og fastleger f  r de et innblikk i den særegne formen for legearbeid som allmennpraksis er:

- Den personlige legen, som etter hvert kjenner pasientene og deres livssituasjon.
- Den kliniske tankegangen egnet for pasienter som kommer med tidlige og uferdige sykdomsbilder.
- Kunnskapen på tvers av hele det medisinske fagfeltet.
- Ansvar for de aller fleste tilstandene, og for å ferdigbehandle dem uten henvisning til sykehus.
- Rollen som ressursforvalter og sentral og personlig koordinator.
- Pasientm  tene utenfor kontoret ved planlagte og akutte sykebesøk og på legevakt.

Kommunikasjonsferdigheter er sterkt vektlagt i legeutdanningen i Norge. De allmennmedisinske fagmiljøene har vært langt framme også internasjonalt i å undervise og vektlegge såkalt *pasientsentrert medisin*, en medisin som legger stor vekt på pasientens rolle i konsultasjonene. Forskning har vist at det å trene på slik kommunikasjon har stor betydning for kvaliteten på diagnostikken, behandlingen og oppfølgingen av kontakten med pasientene, både ved somatiske og psykiatriske sykdommer. Man bruker til dels avanserte undervisningsformer, med video, rollespill og tilbakemelding på egne prestasjoner.



Den norske utdanningsmodellen har oppnådd interesse utover landegrensene, og den norske læreboken i allmennmedisin er nå pensum ved alle universitetene i Danmark og Sverige. Snart kommer en utgave også i Estland.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Vi har hatt spesialistutdanning i allmennmedisin siden 1985, og i dag regnes den norske spesialistutdanningen som en av de beste i verden. Utdanningen tar fem år, på linje med andre spesialiteter, som kirurg, nevrolog eller barnelege. Vi har nå 3200

spesialister i allmennmedisin, mot 1500 psykiatere og 700 gynekologer. Som eneste spesialist må allmennlegen sertifisere seg hvert femte år gjennom et omfattende kvalitetsprogram. Regjeringen har nylig bestemt at for å sikre god kvalitet for befolkningen, skal alle fastleger enten være spesialist eller under utdanning til spesialist.

Referanser

1. Hunskaar S. Felles allmennmedisinsk lærebok i Skandinavia. Utposten 2015; 44 (6): 24-7.
2. Schei E. Lytt. Legerolle og kommunikasjon. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.

Trønderopprøret oppsto blant en gruppe universitetslektorer i allmennmedisin ved NTNU. Ansatsen til det hele var det vi alle hadde registrert: Allmennmedisin som fag begeistrer studentene våre. «Mye mer spennende enn jeg hadde forestilt meg» er noe vi ofte hører. Men fastlegekontoret som arbeidsplass frister ikke. Løser vi ikke denne floken, er ikke fastlegeordningen liv laga. Noe av viktigste blir dermed å lytte til hvordan de helt ferske kollegene analyserer situasjonen. Eivind Valestrand var leder av Norsk medisinerstudentforening i 2017. Vi har samarbeidet tett med ham, og har fått bekreftet at både han og medstudentene hans er dedikerte tilhengere av fastlegeordningen.

Rekruttering

Eivind Valestrand, tidligere leder for Norsk medisinstudentforening

Allmennmedisin er populært blant medisinstudenter fordi faget har en bredde og kompleksitet der studentene møter passende utfordringer og opplever mestring. At faget ofte kommer sent i studiet, gjør at studentene tar større ansvar i møte med pasientene. Samtidig får studentene tett veiledning av engasjerte fastleger. Gode pasientmøter og kommunikasjon står sentralt i faget. Slike verdier engasjerer studentene.

Likevel er det slik at for få nyutdannede leger søker ledige fastlegehemler. Gode rammebetingelser for å utøve yrket er en grunnleggende forutsetning for å sikre rekrutteringen av fastleger. Det er behov for flere fastleger og reduserte listelengder for å løse kapasitetsutfordringen og redusere det store presset på fastlegene. Undersøkelser blant medlemmene våre viser at de opplever små fagmiljø, og mye arbeid som gir lite tilbake som de største utfordringene med fastlegeordningen. Studentene er redde for å bli overarbeidede, sårbare og utrygge i en krevende arbeidshverdag.

Legegruppen fra Praksisprosjektet til Universitets- og høyskolerådet anbefalte at alle medisinstudenter burde ha minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten (1). Ingen av de norske studiestedene har det i dag. Universitetet i Tromsø er best i klassen med åtte uker. De andre studiestedene i Norge har seks uker praksis. Nmf mener at mer praksis

fra tidlig i studiet kan skape større interesse for faget slik at flere får lyst til å bli fastlege i fremtiden.

Nesten halvparten av alle norske medisinstudenter studerer i utlandet. De har lite allmennmedisin i utdanningen. En studie fra 2001 viser at utenlandsstudenter i mindre grad enn studenter i Norge er interessert i å jobbe som fastlege (2). Et økt antall studieplasser for medisin i Norge vil gi flere erfaring med den delen av helsetjenesten. Nmf mener det kan bidra til at flere studenter ser det å bli fastlege som en mulig yrkesvei.

Første del av spesialistutdanningen (LIS1) har overtatt for turnustjenesten for leger. LIS1 består av ett år på sykehus og et halvt år i allmennmedisin i en kommune. Våren 2017 gav en rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin bekymring for at ansettelsesprosessen til LIS1 er til ulempe for rekrutteringen av leger til fastlegeyrket (3). Kandidatene søker og får stilling ut fra sykehuset de vil jobbe på. Derimot plasseres de i en kommune uten mulighet til å påvirke hvor.

Dette skaper motvilje mot både distrikt og allmennmedisin hos kandidatene. Nmf mener kommunene og LIS1-søkerne må få velge hverandre.

LIS1 sikrer at alle nyutdannede leger får erfaring fra å jobbe på et fastlegekontor og er viktig for rekrutteringen av leger til hele

landet. Tilstrekkelig antall stillinger er derfor nødvendig for å få utdannet leger til hele helsetjenesten.

Referanser

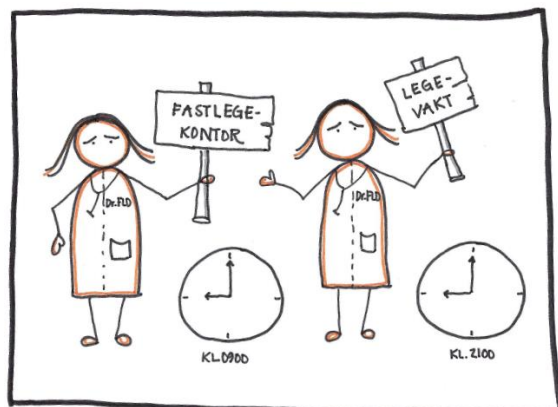
1. Lillebø B, Martinsen N, Bondevik GT et al. Rapport vedrørende omfang og type praksisstudier i grunnutdanningen i medisin. UHR Praksisprosjektet. 2015
2. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2001;121:1677-82
3. Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2017

Allmennmedisin er en 24/7 helsetjeneste i første linje. Ikke alle er klar over at det er fastlegene som bemanner landets legevakter. Legevaktssystemet gir befolkningen grunnleggende trygghet for at deres akutte helsekriser og -bekymringer kan møtes umiddelbart. Jesper Blinkenberg leder "Norsk kompetansesenter for legevaksmedisin"

Legevakt – Allmennlegen 24/7

Jesper Blinkenberg, fastlege ved Strand legesenter på Askøy og leder for Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin

Legevaktene sikrer befolkningen tilgang til helsehjelp hele døgnet for akutte skader og sykdommer. Alt av nødvendig helsehjelp som ikke kan vente til fastlegen er tilgjengelig tar legevakten seg av. Det gjelder for eksempel infeksjoner (lungebetennelse, halsbetennelse, hudinfeksjoner), skader (kutt, forstuinger, brudd) og psykiske plager og rus. Legevakten har også ansvar for å gi helsehjelp ved alvorlige, livstruende sykdommer som hjerteinfarkt, hjertestans, sepsis (blodforgiftning) og alvorlige skader. De aller fleste pasientene blir ferdigbehandlet på legevakten, men de sykeste blir innlagt på sykehus. Dette er en av de viktigste og vanskeligste oppgavene for legevakten, å skille ut de sykeste som trenger innleggelse. Det krever erfaring og kunnskap. Her er fastlegenes kompetanse helt sentral. Vaktlegen skal også være tilknyttet nødnett og kunne rykke ut, ofte sammen med ambulansen, eller i egen legevaktbil.



I Norge er det 177 legevakter. Legevakten er en kommunal tjeneste, og det er stor variasjon i størrelse og organisering av legevaktene. Litt over halvparten av legevaktene er interkommunale ordninger. Noen legevakter betjener en stor befolkning og har flere leger tilstede på vakt samtidig, men tre av fire legevakter har kun én lege på vakt.

Hvem jobber på legevakten?

Fastlegeforskriften slår fast at fastlegene skal delta i legevakt. Legevaktarbeid kommer i tillegg til arbeidet ved fastlegekontoret. Omtrent halvparten av legevaktlegene er fastleger, resten er enten turnusleger (nyutdannete leger i praksis) eller leger som jobber på sykehus til vanlig eller er vikarer. På små steder er det færre leger å fordele legevaktarbeidet på, og hver lege må derfor ha vakt oftere. Dette er en stor belastning og har ført til rekrutteringskrise flere steder. Legevaktlegene er også ofte alene på jobb, noen steder uten hjelpepersonale tilstede. På de større legevaktene er det den store pågangen av pasienter som er den største utfordringen.

Ved legevaktene jobber også annet helsepersonell enn leger, oftest sykepleiere, både med å besvare telefoner i legevaktssentralen (116117), og ved mottak av pasienter. Legevaktsykepleierne gjør en viktig jobb med å vurdere i hvilken grad helsehjelpen haster, om pasienten må komme til legevakten, om det er behov for sykebesøk, om det må sendes ut ambulanse, eller om det

som trengs er gode helseråd slik at innringer kan håndtere helseplagene sine på egenhånd.

Legevakt er en krevende jobb

Legevakt er en spesielt krevende del av jobben som allmennlege. Pasientene på legevakt er oftere alvorlig syke enn de som møter på fastlegekontoret, det er pasienter legene ikke kjenner fra tidligere og det kan være tilstander der det haster med hjelp. Oppgaven med å skille ut hvilke pasienter som må legges inn på sykehus for akutt utredning og behandling er vanskelig, men viktig for pasienten og hele helsevesenet. Denne første vurderingen ved legevakten er nøkkelen til en god akutthelsetjeneste. Her er fastlegene helt sentrale, siden de er vant til å vurdere

pasienter i alle aldre, se flere kroniske sykdommer og sosiale forhold i sammenheng og forholde seg til alle faser av sykdomsutviklingen.

Færre nyutdannede leger ønsker å bli fastlege og mange leger ønsker ikke å jobbe på legevakt. Effektive virkemidler mot denne utviklingen, er å se fastlegenes totale arbeidsbelastning under ett og inkludere legevakt som en naturlig del av arbeidstiden. Samtidig må det sikres faglig trygghet og kompetanse for legen som er på vakt. Hvis regnestykket skal gå opp, må antallet fastleger økes betydelig. En stabil fastlegeordning med fastleger som deltar i legevakt er en forutsetning for en velfungerende legevakt i hele landet.

Referanser

1. Akuttmedisinforskriften: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231> 2.
2. Fastlegeforskriften: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
3. Norsk legevaktregister 2016: <http://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/hvilke-fastleger-deltar-i-legevakt/>

Det er mange kommuner i Norge, selv om antallet nå skal litt ned. Felles for dem alle, er at de har et døgnåpent allmennmedisinsk tilbud. Det er fastlegeordningen og den kommunale legevakten. De fleste av kommunene er distriktskommuner. Det sier seg nesten selv at det er ekstra utfordrende å tilby gode og tilgjengelige førstelinjetjenester i små distriktskommuner. Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin forteller mer om dette.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin – brobyggere mellom by og land

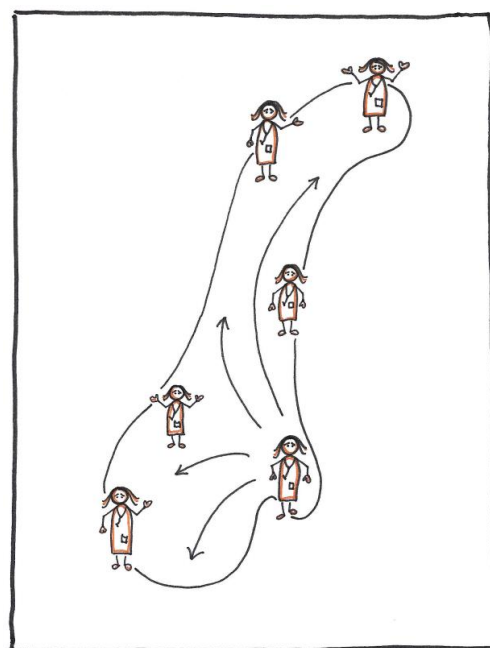
Helen Brandstorp, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš jobber for å sikre kvaliteten i distriktenes helsetjeneste, herunder rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Vi skal ikke bare forske, vi skal også være aktive brobyggere som samler og deler alle typer relevant kunnskap med de vi tror kan ha nytte av den.

På slutten av 90-tallet var rekruttering til allmennpraksis det sentrale for senterets grunnleggere. De var alle leger og jobbet for å sikre gode praksisplasser utenfor sykehusene i legestudiet. Det er fremdeles relevant! Nå er vi et tverrfaglig team av helsetjenesteforskere som jobber med både fastlege- og legevaktordningen. Samtidig følger vi med på hva som skjer ellers i primærhelsetjenesten, og på hva som bygger kvalitet og pasientsikkerhet utenfor storbyene.

Etter innføringen av fastlegeordningen, var Norge i en særstilling internasjonalt med fornøyde pasienter og fastleger, både i by og land (1). Vi tror stor grad av autonomi, konkurransedyktig lønn og et aktivt og samlende kollegium på tvers av landsdeler er suksessfaktorer for utviklingen av faget og rammebetingelsene i hele landet. Ettersom de fleste kommunene har under 20 000 innbyggere og 41,6 % av fastlegene jobber i slike kommuner, har også

spesialistutdanningen vært tilpasset både by og land. Teorier om innovasjon sier at slikt mangfold er en styrke for utvikling.



Fra 2015 har KS likevel kunnet vise at det er rekrutteringsutfordringer i alle typer kommuner (2). Flere reformer er utformet til å passe helseforetakenes behov best. Vi har vist at hele 61 fastlegehjemler stod ledig over tre måneder i løpet av 2014 (3) og finner at dette ble nesten doblet i 2016. Mange tror at ved legeoverskudd vil flere finne veien ut i distriktene. Internasjonal forskning har vist at denne «overflow-effekten» ikke gjelder for

leger. De klarer enten å få seg jobb i byene eller de blir i distriktet kun en kort tid. Dette skaper ikke stabilitet i lege-pasientrelasjonen, noe som igjen påvirker kvaliteten.

Rekrutteringssvake kommuner har gjerne få fastleger totalt. Når en stabil lege mangler, blir belastningen ikke bare pasientenes problem. Ustabile forhold fører til at fagfolk slutter, rekrutteringen forverres og det skapes en ond sirkel som er vanskelig å bryte.

Det er heller ikke svært høy lønn som stabiliserer legene. Ekstra ressurser bør i stedet settes inn på å skape attraktive fagmiljø. Hvis studenter så får erfare hvor

spennende fastlegejobben er, og ser utviklingsmulighetene, virker dette rekrutterende. Ressurser til utdanningsaktiviteter og utviklingsprosjekter bør derfor prioriteres.

Universitetssykehusene står i dag for det meste av grunnutdanningen av leger. Men fordi disse sykehusene er blitt svært spesialiserte, ønsker studenter i større grad å lære av generalistene på lokalsykehus og i allmennpraksis. Forskning fra andre land viser at utdanningsløp med vekt på allmennpraksis og lokalsykehus gir gode leger godt fordelt. Dette har vi visst lenge. Nå må politikerne følge opp.

Referanser

1. Utdrag fra Commonwealth fund undersøkelsen 2009: <http://arkiv.nsd.no/nyheter/cms/2009/november/norge-har-mange-allmennlegepraksiser-utenfor-byene/88>
2. <http://arkiv.nsd.no/nyheter/cms/2015/maj/alle-typer-kommuner-har-legerekutteringsutfordringer/570>
3. <http://www.nsd.no/fastlegeordningen-i-kommuner-med-under-20-000-innbyggere/>
Utdrag fra Commonwealth fund undersøkelsen 2009: <http://arkiv.nsd.no/nyheter/cms/2009/november/norge-har-mange-allmennlegepraksiser-utenfor-byene/88>

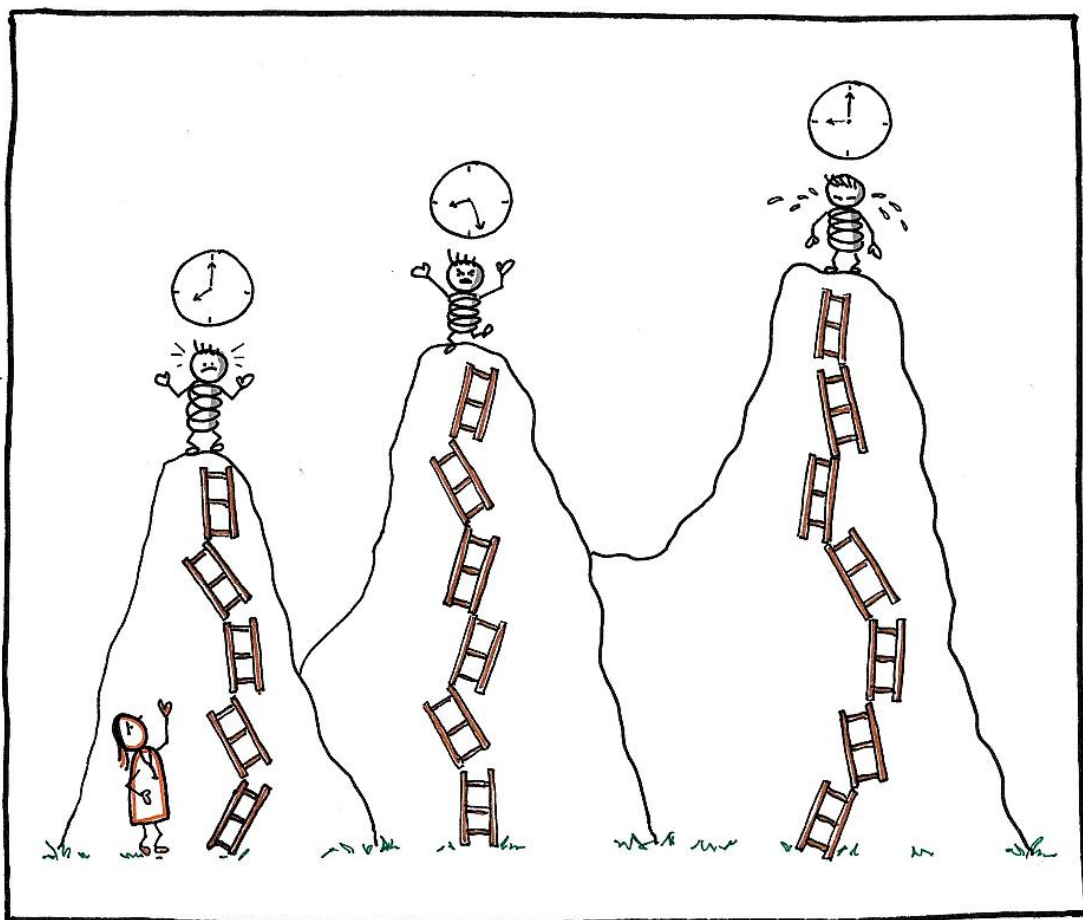
Del 2:

Fastlegeordningen som arena for allmennmedisin

– om faget vårt og om noen vanlige allmennmedisinske utfordringer

Hva er allmennmedisin? Av alle medisinske spesialiteter er nok allmennmedisinen den som vanskeligst lar seg sirkle inn, avgrense og definere. Langt på vei er det faktisk pasientene selv som definerer dette. I hverdagen på et fastlegekontor er de allmennmedisinske utfordringene rett og slett definert som de pasientene du har å gjøre med denne dagen. I det de kommer inn døren, eller du har dem på telefonen er de blitt allmennmedisin. Og det er selve kjernen i vår spesialitet: å kunne forholde seg til både alt mulig og alt umulig på en slik måte at pasienten din får best mulig hjelp.

Vårt ønske er å ta deg med inn i de allmennmedisinske hverdagsutfordringene vi er så glade i. Men som slett ikke er så enkle bestandig. Vi har utfordret gode kolleger til å beskrive forskjellige faglige problemstillinger. Vi tror at noen av dem vil kunne overraske deg litt.



Å nå fram til den enkelte pasient...

Hva driver vi fastleger egentlig med? I denne teksten ønsker vi å si litt om hverdagen på fastlegesentrene i landet, for så å ta deg med inn på fastlegens kontor til en nokså vanlig legetime. Edvin Schei er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Han har drevet allmennmedisinsk fagutvikling i nesten tre tiår, og var en av stifterene av «Filosofisk poliklinikk», som har vært et sentralt forum for gode faglige dialoger for oss allmennleger. Harald Sundby er fastlege på Kalvskinnet legesenter i Trondheim, lektor ved NTNU og trønderopprører.

Fastlegeordningens hemmelighet

Edvin Schei, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen

Harald Sundby, fastlege ved Kalvskinnet legesenter i Trondheim og universitetslektor ved NTNU

Gjennom våre tilsammen 40 år som fastleger, har vi lært at folk bare delvis forstår hva fastleger driver med. Mange tror de forstår, fordi de bygger på sin egen og sine nærmeste sine erfaringer. Det er vanlig å tro at leger stort sett jobber med kroppslige sykdommer, blodprøver og piller, at vi prøver å fikse syke kropper, og at vi gjør det med teknisk kunnskap fra forskning, statistikk og beviselig utprøvde metoder. Alt dette er sant. Men det er knapt halve sannheten. Vår jobb, hver dag, handler om å hjelpe lidende og kriserammede mennesker i deres kamp for å håndtere seg selv, sine relasjoner og sine frynsete liv. Denne delen av jobben vår, som er den viktigste grunnen til å ha en fast allmennlege, havner ikke på avisenes forsider.

Det offentlige bildet av den norske fastlegeordningen er nemlig skapt av folk som kan skrive: journalister, helsebyråkrater, forskere og politikere – høyt utdannede personer som kan få sine kronikker på trykk. De som publiserer og debatterer ser ut til å anta at de selv er omtrent «vanlige», selv om de åpenbart er de sterkeste og sunneste, de som ofte klarer seg med lite hjelp. Og disse stemmene ønsker en fastlegeordning for de ressurssterke: rask tilgang, fokus på utredning og behandling av sykdom, en effektiv servicebedrift for travle effektive mennesker. De friskeste kjenner ikke det hemmelige livet

til de mer sårbare blant oss. De friskeste vet ikke hvor vanlig det er at folk, i sin hverdagskamp for et levelig liv, støtter seg til en lege de har tillit til. Hos fastlegen kan masken senkes, igjen og igjen.

Omfanget av ensomhet og triste hemmeligheter kan anes i barnevernsdebatten, i rusepidemien, i skilsmissestatistikken, i selvmordstallene, i medias portretter av unge slitne NAV-ere i hettegenser. Svært sårbare samtaler inngår i minst en tredel av fastlegenes 15 millioner årlige konsultasjoner. Vi gjorde en enkel opptelling ved et av våre legeskontor over en måned. Det viste seg at mer enn 50 % av kontaktene skyldtes «livssmerte» i vid forstand: stress, krise, sorg, angst, traumer og psykisk lidelse. Og mer enn 60 % av tiden gikk med til disse pasientene. Noe vesentlig skapes i disse samtalene og hverdagsterapeutiske relasjonene. Hva kan det være?

Å svare på spørsmålet er vanskelig, fordi hvert hemmelige rom omslutter et spesielt menneskes livshistorie, sårbarhet og hjelpebehov. Relasjonen til en fastlege vokser gjennom år og kan, når den fungerer, tåle svakhet, skam og frykt, og skape identitet, funksjon og fremdrift. Hver relasjon er forskjellig fra andre, som en uavsluttet roman. Den enkelte formes av genetisk og kulturell

ballast, gode eller dårlige teoretiske evner, et liv med omsorgssvikt eller trygghet, kronisk sykdom, uhelbredelige relasjonsskader, rus, skam, arbeidsledighet, fattigdom, depresjon, svik, tristhet, ensomhet, savn – og mot, fellesskap, håp og innsats. Fastleger sier gjerne at de måtte erfare det i noen år, for å forstå hva denne typen medisinsk virksomhet kan handle om og hvorfor det er så mye av det. Vi lærte det ikke i utdanningen, og vi visste det ikke fra våre private liv – at det er så mye lidelse skjult bak fasader av norsk normalitet, i alle samfunnslag.

Det anonymiserte eksemplet som følger er «typisk», ikke i sitt konkrete innhold som alltid er ulikt, men ved å vise hvor avgjørende det er å ha en årelang terapeutisk relasjon til en hjelper med medisinsk kunnskap, taushetsplikt og med vilje til å tåle kompleksiteten og langsomheten i menneskelig endringsarbeid. «Jeg» er en fastlege:

Marit er 47 år, uføretrygdet, hun bor alene i en ustelt leilighet. Hun var en gang hjelpepleier, hadde samboer, og fikk en datter som nå «mer eller mindre har brutt kontakten». Marit har svær overvekt, begynnende KOLS og elendig regulert diabetes 2. Hun røyker, og har hatt et mindre hjerneslag. Hun vet inderlig vel at hun selv har ansvaret for sin elendige helse, og skammer seg dypt. Trøsten er et stort stykke melkesjokolade. Den onde sirkelen virker umulig å komme ut av. De første 7-8 årene kom hun i beste fall til en av tre timer hos legen. Vi var enige om at det skyldtes hennes sosiale angst, og jeg forsøkte å være tydelig på at jeg så og respekterte kampen hun førte mot angstdemonene. De siste årene har hun dukket opp til avtalt tid. I noen måneder merket jeg litt mer optimisme hos Marit. «Jeg har satt meg selv på sjokoladenedtrapping». Hun mente det kunne henge litt sammen med samtale vi hadde hver annen måned. Det vi kalte «diabeteskontroll». Så fikk hun tilbakefall. Sluttet med medisiner, trappet opp på sjokolade igjen.

«Hva skjer, Marit? Dette likner et langsomt selvmordsforsøk?» Det dreidde seg om

arveoppgjør i familien. Hun var blitt lurt. «I midtnorsk familiemesterskap i lureri vinner vi med god margin. Jeg stoler egentlig ikke på en kjeft i hele verden».

Marit likte og tålte velment erting: «Vel, Marit. Kom ikke her og si at du ikke stoler på fastlegen din? Jeg synes at jeg kan merke det, i alle fall».

«Det stemmer ikke helt» flirte Marit med sin galgenhumor. «Jo mer du framstår som en bra mann, og det er du, jeg vet det, jo sikrere blir jeg på at også du lurer meg en dag».

Så kom tårene, den store kroppen hulket. Et gjennombrudd i behandlingen. Etter 13 år er vi kommet til tillitsfryktens innerste kjerne. En eller annen gang har livshendelser laget kortslutning i Marits nervebaner. Tillit er blitt koblet til skuffelse, avvisning, smerte. Kanskje noe kan endre seg nå? Det jeg glemte å nevne: Marit har bak seg to forsøk på behandling i psykiatrien. I følge rapportene nyttiggjør hun seg ikke behandling. I følge henne selv hadde hun ikke god kjemi med noen av terapeutene. Slik jeg ser det, er ingen å klandre. Jeg tror det var et umulig prosjekt. Fordi hun hadde mistet evnen til å stole på andre. Og uten at vi får løsnet enda litt mer på den tillitsknuten, tror jeg ikke Marits vekt og langtidsblodsukker går rett vei. Vi får se. Hun kommer igjen om tre uker. Jeg tror hun dukker opp. Jeg gleder meg allerede til den timen.



Konsultasjonen med Marit er en av tjue. Vi bruker det hemmelige fastlegerommet til å jobbe stillferdig med hennes selvforakt. Jeg merker en god respekt for henne, og hun

merker at jeg merker det. Det er en hverdagsterapeutisk formel med potensiale for vekst. Slik er det også med ni andre personer den mandagen. Og alle de andre dagene.

Dette er fastlegeordningens hemmelighet.

Vi ønsker at hemmeligheten blir allment kjent. Kjent for alle krefter som skal videreutvikle en fastlegeordning i krise, som skal vurdere hvilke mål vi vil nå og hva slags medisin som er den rette. Kan vi utrede det sammen? Det er skummelt å styre fastlegeordningen uten full innsikt. Vær velkomne til våre legekontorer. Vi er mange som vil åpne de hemmelige rommene.

Ved NTNU i Trondheim finnes en troika av usedvanlig klarttenkende kvinner som har vært helt sentrale i utviklingen av allmennmedisinen, både i Norge og i utlandet, de siste 20 årene. Det er professorene Linn Getz, Anna Louise Kirkengen og Irene Hetlevik. De har, hver for seg og sammen, utfordret mange gamle sannheter og erstattet dem med helt nye perspektiver. Stikkord er kompleksitet, den tette sammenhengen mellom liv og helse og nødvendigheten av helhetsperspektiver for å utøve god allmennmedisin. Vi lar dem slippe til i de tre kommende bidragene.

Anna Louise Kirkengen har alltid hatt et kritisk, men konstruktivt blikk på hvilke vitenskapelige tradisjoner allmennmedisinen hviler på. Hun poengterer at som fastlege jobber man egentlig i skjæringspunktet mellom flere vitenskapelige tradisjoner. Vi trenger selvsagt perspektivene fra medisinen, men også fra psykologi, sosiologi, sosialantropologi og filosofi. Til sammen blir det allmennmedisin.

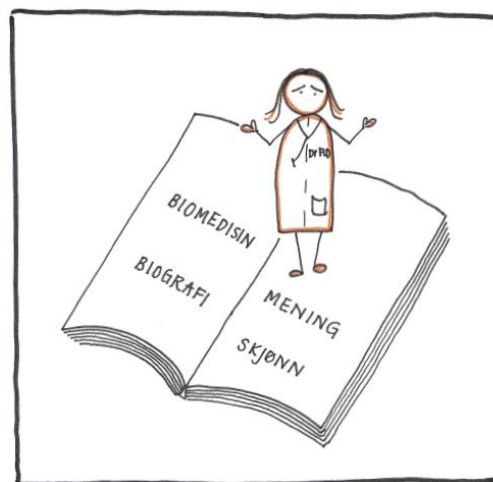
Det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget

Anna Luise Kirkengen, professor ved Allmennmedisinsk forskningsenhet og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Den moderne medisinske kunnskapen har vokst ut fra en naturvitenskapelig tradisjon for kunnskapsbygging. Den har derfor hatt fysikkens og kjemiens regler for utforskning av den ikke-levende naturen som rettesnor. Biologien har vært den såkalte mestervitenskapen som har bestemt reglene for å utforske den levende naturen, inkludert mennesket. Til sammen har disse naturvitenskapene bestemt hvordan viten om menneskelig sykdom kan skapes på en tilforlatelig måte. Modeller og metoder er basert på observasjon, eksperimenter, oppdeling i enheter, nedbryting i fragmenter, tallfesting og andre grep for å sikre objektivitet, generaliserbarhet og overprøvbarehet.

Denne biomedisinske kunnskapskroppen er begrepsfestet i modeller, abstraksjoner, gjennomsnitt og normer. Den forutsetter at man kan isolere deler uten at de mister

egenskaper som kjennetegner dem i en helhetssammenheng; at ikke helheten til sammen er mer enn summen av delene; at abstraksjoner favner alle de samme egenskaper som det de er blitt abstrahert fra; at systemer kan beskrives i todimensjonale flyt-diagrammer; og at alle sammenhenger er lineære, altså én til én.



Denne kunnskapsformen passer når sammenhengene er enkle og entydige, når fenomener lar seg ryddig skille fra hverandre, når endringer i en del av et system ikke skaper uforutsigbare endringer i hele systemet og når forholdene mellom objektene som observeres handler om ytre og ikke indre sammenhenger. Men så snart noe blir komplekst, mangetydig, motsetningsfylt og uforutsigbart skiftende, passer ikke disse grunnleggende modeller for sykdomsutvikling og funksjonstap lenger.

Mennesker er nettopp komplekse, mangetydige og motsetningsfulle, i hvert fall de «usorterte», de som oppsøker fastlegen, med alt det som feiler dem, enten i tur og orden eller samtidig. Og det blir stadig mer tydelig at deres helseproblemer henger

sammen med deres liv, og da ikke på en ytre måte. Folk rammes ikke av sykdom som de kan rammes av et takras der de går forbi et hus. Sykelighet og liv henger sammen på en indre måte, en meningsbærende måte. Den meningen går det an å forstå og å tolke i en diagnostisk og behandlingsrettet sammenheng. Her er allmennlegenes sanne arena siden den største andelen av den syke befolkningen blir møtt og hjulpet på dette nivået. Men det krever kunnskap som passer til oppgaven. Hvis kartet (modellene) ikke samsvarer med terrenget (virkeligheten), går man feil og gjør man feil. Derfor må allmennleger forske selv, i sitt eget terreng, for å kunne håndtere den levde virkelighet som kommer inn i deres konsultasjonsrom.

Referanser:

1. Kirkengen AL, Getz L, Ekeland T-J, Hetlevik I, Schei E, Ulvestad E, Vetlesen AJ. Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Hunskaar S (ed.) Allmennmedisin. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013 (s116-121).
2. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. Menneskets biologi – mett med erfaring. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 683-7. (English translation) (Oversatt til dansk i Månedsskrift for almen praksis: «Menneskets biologi – mett med erfaring»).
3. Hetlevik I, Getz L, Kirkengen AL. Allmennleger som ikke følger retningslinjer – kan de ha sine grunner? Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2218-20. (English translation)

Fordi allmennmedisin skiller seg fra den klassisk naturvitenskapelig baserte medisinen, er det helt nødvendig at det drives god allmennmedisinsk forskning. Irene Hetlevik er leder for et slikt forskningsmiljø ved NTNU.

Allmennmedisinsk forskning

Irene Hetlevik, leder av Allmennmedisinsk forskningsenhet og professor i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Det første allmennmedisinske professorat ble opprettet i Oslo i 1968 og i Bergen i 1972. Et medisinsk fakultet ble etablert i Tromsø i 1973 og i Trondheim i 1975. I dag er allmennmedisin ett av tre hovedfag i det medisinske studiet, sammen med indremedisin og kirurgi.

Dansk allmennmedisinsk forskning har i mer enn 40 år hatt betydelig større ressurser enn den norske, ved at de har hatt 'allmennmedisinske forskningsenheder' i tillegg til instituttene. Alle fire instituttene sto derfor i 2002 bak et brev til Allmennpraktiserende legers forening (ApLf) med forslag om å få til noe tilsvarende i Norge. Det ble nedsatt et strategiutvalg for å utrede dette. Utvalget konkluderte med behov for kraftig og snarlig styrking av den allmennmedisinske forskningen. Fire forskningsenheter skulle etableres. I innstillingen fra SHDir til HOD (2005), ble en åpningsbevilgning på 50 millioner kr foreslått, med intensjon at bevilgningen på sikt skulle økes opp mot samme nivå som i foretakene (3 % av budsjettet). Fra en forsiktig start i 2006 har tildelingen av midler for 2018 fortsatt ikke kommet høyere enn 16 mill. kr årlig – fordelt på de fire enhetene. Det har likevel hjulpet på at Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) ble etablert i 2006 og årlig har tildelt prosjektmidler til stipendiater etter søknad. For 2016 utgjorde dette i alt 11,7 mill. kr til 24 prosjekter.

Forskningsenhetene omtales i positive vendinger: «Forskningen ved enhetene er svært omfattende og ressursene de mottar utnyttes godt» (Statsbudsjettet 2018). Universitetene sier de vil satse på primærhelsetjenesten i utdanningen av leger, men har til nå ikke fulgt opp med ressurser til akademisk allmennmedisin. Eksempelvis var det innad på ISM, NTNU 2,2 årsverk i 2006 og 2,3 i 2017.



På grunn av begrensede ressurser til allmennmedisinsk forskning, vil klinisk allmennmedisin i hovedsak være basert på kunnskap produsert annet sted enn i allmennpraksis; i helseforetakene eller gjennom den generelle medisinske forskning ved universitetene. Spesialisthelsetjenesten utfører det de rekker innenfor sine ressurser og via ulike mekanismer 'overleverer' de resten til allmennlegene, selv om kunnskapen ikke passer inn. Allerede i 1999 ble det sagt at bøtten blir stadig fullere. Dermed renner både viktige og mindre viktige saker «over kanten».

Referanser

1. Martmann-Moe K, Hetlevik I. Forskning i allmenntmedisin. I Lindbæk M, Straand J (red). Allmenntmedisinske spor. Fra Utrøst til Soria Moria. Oslo: Unipubforlag, 2006:99-111.
2. Hetlevik I. Den fulle allmenntmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547-8.

Linn Getz interesserer seg for alle sammenhenger. Hun har blant annet interessert seg mye for hvordan stress påvirker alt fra de minste celler til hele familier. Kompleksitet er kanskje det ordet som hyppigst går igjen i hennes analyser.

Komplekse sykdomsbilder og multiple retningslinjer – en skummel, faglig labyrint

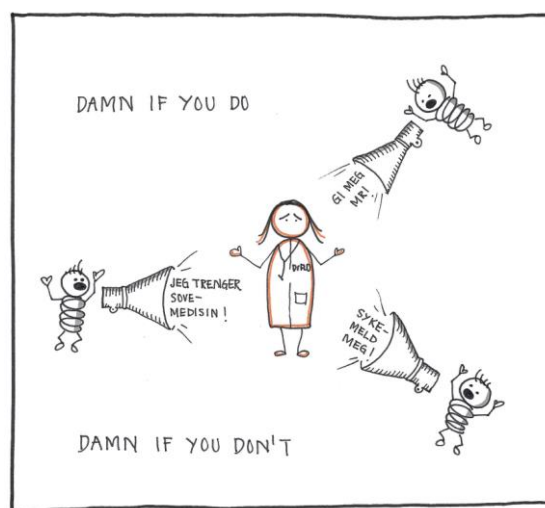
Linn Getz, professor i medisinske adferdsfag og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Å behandle en enkel og velavgrenset sykdomstilstand er ofte greit. I mange tilfeller kan fastlegen da følge evidensbaserte, kliniske retningslinjer. Å behandle en pasient med flere sykdommer (multimorbiditet), er derimot utfordrende. Og i den kliniske hverdagen er multimorbiditet regelen, ikke unntaket. Her må legen anvende flere retningslinjer samtidig og, på egen hånd, vurdere potensielt risikable interaksjoner mellom de ulike sykdommene og tiltakene. Og summen av antatt korrekt, evidensbasert behandling for flere enkeltsykdommer er på ingen måte evidensbasert, etter som saken ikke har vært utforsket.

Fastlegens rolle som kompleks problemløser og koordinator av fragmenterte diagnoser og tiltak (ofte startet i annenlinje-tjenesten) har de senere årene est voldsomt ut. En internasjonal, allmennmedisinsk forskergruppe beskriver medisins kompleksitet med referanse til gresk mytologi: For å unnsnippe levende fra Labyrinten, måtte helten Theseus ha en ledetråd. Gudinnen Adriane kom ham til unnsetning med et garnnøste. Moderne medisin er også litt av en labyrint, og her må fastlegen spinne ledetråden (1).

Medikamenter har ofte gode effekter, men er sjelden helt uskyldige. Har et medikament virkninger, har det også mulige bivirkninger. Så lenge pasienten bruker kun ett eller to

velprøvde preparater, er situasjonen rimelig oversiktlig. Men ved såkalt polyfarmasi, det vil si når pasienten tar 5-7 medikamenter (og ikke sjelden flere), foreligger det strengt tatt et unikt medisinsk eksperiment som kan innebære fare. Spesielt hos skrøpelige og eldre pasienter innebærer polyfarmasi en betydelig risiko for klinisk forverring (der kanskje ingen erkjenner at årsaken er behandlingen og ikke sykdommene) og i verste fall død (2).



De senere årene har et nytt faglig begrep dukket opp i internasjonal allmennmedisin: **de-prescribing**. En norsk oversettelse kan være avmedisinering. Dette dreier seg om en krevende, analytisk prosess, ikke enkle tiltak. Medisins svar på arkitektens ideal «Less is more»?

Rykk tilbake til start, rydd i diagnosene og en overlesset medikamentliste. Ha is i magen. Hvilke tiltak må beholdes, hvilke kan muligens utgå? Et krevende arbeid som per i dag mangler forskningsbaserte gullstandarder.

De-prescribing foregår slik (3): Først må fastlegen forsikre seg om at hun har oversikt over alle diagnosene og medisinene, og at hun har oppfattet den opprinnelige begrunnelsen (indikasjonen) for hvert enkelt preparat. Deretter må hun avveie fordeler og mulige skadevirkninger for hver av medisinene, og dernest for kombinasjonen av dem. Dataprogrammer kan gi en viss beslutningsstøtte når det gjelder medikamentkombinasjoner, men det finnes ingen fasit på individnivå. Fastlegen må ta pasientens egne erfaringer og vurderinger av helseplagene og behandlingen nøye i betraktning. Bivirkninger må ikke forveksles med sykdomssymptomer,

og helst ikke behandles med tilleggsmedikamenter! Her må det avveies, prioriteres - og besluttes.

Som regel går det bra. Men naturen kan være lunefull. Sykdom og komplikasjoner kan ramme på tragisk vis, både i nærvær og fravær av medikamenter. Hvis et offensivt medikamentregime skaper komplikasjoner, vil både lege og pasient beklage dette. Men i en situasjon der noen kan hevde at legen behandlet for *lite*, øker presset. Overaktive leger som gjennomgående ordinerer for *mange* tester og medisiner («errors of commission») rammes sjelden av personlig kritikk. Men idet noen kan hevde at en sykdomshendelse kunne vært forebygget med *mer* behandling (en påstått «error of omission»), er veien kort til ekstern kritikk og ikke minst selvbekreidelser fra fastlegens side. «Damn if you do, damn if you don't!»

Referanser

1. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, Becker A, Beyer M, Gensichen J, Kirchner H, Perera R, Prados-Torres A, Scherer M, Thiem U, van den Bussche H, Glasziou PP. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med*. 2014 Dec 8;12:223. doi: 10.1186/s12916-014-0223-1.
2. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, Wilson M, Treweek S, Mercer SW, Alderson P, Thompson A, Payne K, Guthrie B. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ*. 2015;350:h949. doi: 10.1136/bmj.h949.
3. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjjidic D, Del Mar CB, Roughhead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324.

For å sikre en noenlunde ensartet og god utøvelse av allmennmedisinen, trengs gode retningslinjer. Fastleger er generalister, og for oss kan mengden retningslinjer fortone seg uoverkommelig. Vi opplever det ofte som en uoversiktlig "retningslinjejungel". Bjarne Austad har nylig tatt en doktorgrad omkring denne problemstillingen.

Retningslinjer i allmennpraksis

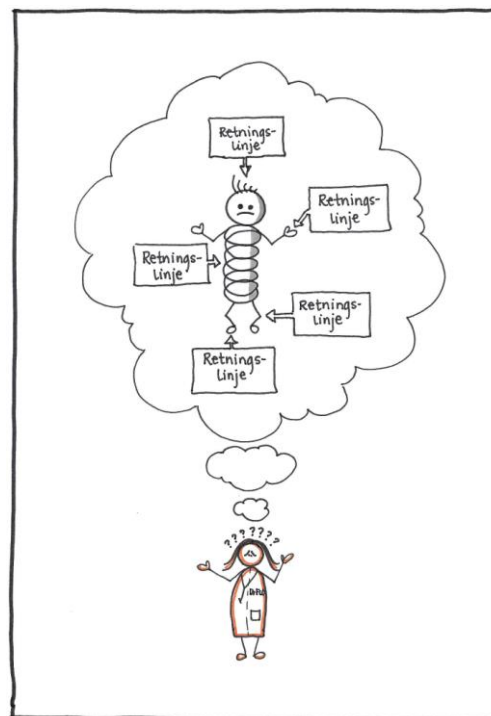
Bjarne Austad, fastlege ved Sjøsidens legesenter i Trondheim og førsteamanuensis ved Allmennmedisinsk forskningsenhet og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Allmennpraksis er et bredt fag som innebærer å møte mennesker med alle deres sykdommer og plager; dette i motsetning til spesialisthelsetjenesten som ofte er avgrenset til å behandle deler av kroppen. I Norge lages ofte retningslinjer for hver enkelt sykdom for seg. Følgelig er det svært mange retningslinjer som gjelder for allmennpraksis, og retningslinjene utgjør flere tusen sider (1).

Helsedirektoratet er de eneste som har mandat til å gi nasjonale retningslinjer. Retningslinjene utarbeides gjennom en omfattende prosess der man blant annet går gjennom forskningen innenfor det aktuelle området og sender forslagene ut på høring. Når retningslinjene er vedtatt, er fastlegene gjennom forskrift pålagt å følge dem (Fastlegeforskriften §16). Målet med retningslinjene er først og fremst å fremme god helse i befolkningen ved å gi god kvalitet på behandlingen, hindre uønsket variasjon og sørge for god samhandling. Ved klagesaker mot leger, blir det lagt vekt på om legen har fulgt retningslinjene.

Utfordringen ligger i at mange av dem som går til fastlegen har flere sykdommer samtidig. Ifølge en studie basert på Nord-trøndere (HUNT), har totalt 42% av befolkningen mellom 20 og 80 år minst to sykdommer, og dette øker med alder (2). En engelsk artikkel analyserte konsekvensene av å følge alle retningslinjene for en 79 år gammel kvinne med høyt blodtrykk, benskjørhet, slitasjegikt, sukkersyke og kronisk obstruktiv lungesykdom

(KOLS). Hun ville måtte bruke 12 ulike medisiner til fem ulike tidspunkt på dagen – totalt 19 doser per dag. I tillegg følge 14 anbefalte daglige aktiviteter, sjekke føtter, sjekke blodsukker, trene og så videre (3). I min doktoravhandling fant jeg at norske fastleger opplevde det vanskelig å skulle følge retningslinjene fordi anbefalingene ofte ikke passet med pasientenes behov, samt at selv ganske enkle retningslinjer er vanskelig å få implementert (4).



I allmennpraksis ligger fokuset på hele pasienten, ikke bare på én og én sykdom.

Selv om retningslinjene hver for seg både har gode intensjoner og er basert på forskning som burde tilsi god behandling, er det ikke sikkert at det å følge flere retningslinjer samtidig på samme pasient gir det samme gode resultatet. Fastleger vil ofte lytte til hva pasienten ønsker, bruke skjønn og vurdere

ulike retningslinjer og behandlinger opp mot hverandre. For fastlegene er det viktig å ha tillit fra helsemyndighetene til å kunne beholde fokuset på hele pasienten, selv når det innebærer at retningslinjer for enkelt-sykdommer ikke følges.

Referanser

1. Austad B. Nasjonale retningslinjer i allmennpraksis – for mye av det gode? Utposten. 2014;2 / 2014:20-1.
2. Tomasdottir MO, Getz L, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, et al. Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT study and theoretical reflections concerning basic medical models. *Europ J for Per Centered Health*. 2014;2(3):335-45.
3. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345:e6341.
4. Austad B. Challenges of adhering to clinical practice guidelines in general practice: A quantitative study of a guideline for follow-ups after insertion of tympanic membrane ventilation tubes, and a qualitative study of GPs' experiences with clinical practice guidelines. Trondheim: NTNU; 2017.

Når noe går feil i helsevesenet, vil man oftest anta at det er fordi noe har blitt gjort galt, eller det er gjort for lite. Slik medisinen og samfunnet har utviklet seg, kan det like gjerne være fordi det blir gjort for mye. Det kan være uheldig helsemessig og gir unødige kostnader. Fastlegens oppgave er å sørge for at det hverken blir gjort galt, for lite eller for mye. Gisle Roksund er en nestor i faget vårt, og de siste årene har han interessert seg spesielt for hvordan og hvorfor vi gjør for mye.

Overdiagnostikk, overutredning og overbehandling

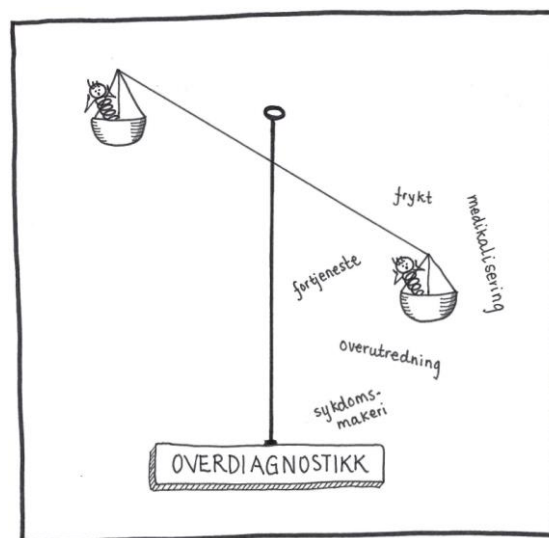
Gisle Roksund, fastlege ved Klosterhagen legesenter i Skien og leder for Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for overdiagnostikk

Deler av medisinen ekspanderer nå på måter som ikke fremmer helse, og som medfører unødvendig ressursbruk og i verste fall skade. I denne situasjonen er allmennmedisinsk generalistkompetanse avgjørende for en god helsetjeneste.

- Overdiagnostikk er skadelig for folkehelse og enkeltpasienter.
- Overdiagnostikk drives frem av en forestilling om at leger alltid skal kunne oppdage eller forebygge alvorlig sykdom på et tidlig stadium, men også av overdreven tiltro til teknologi og individrettet forebygging, samt av profittmotiver.
- Det er viktig at allmennlegene bidrar til å begrense overdiagnostikk, ettersom allmennlegene både er portvakt og koordinator for mange av helsetjenestene.
- Leger og myndigheter bør gjøre det klart at selv ikke der helsetjenestene er meget gode, kan all sykdom kan forebygges eller oppdages umiddelbart.

Overdiagnostikk er det fenomenet hvor en person, gjerne uten symptomer, får en diagnose som ikke er uttrykk for en reell sykdom hos denne personen og som dermed ikke kan omsettes til behandling som forebygger helseproblemer eller død.

Begrepet brukes på norsk også ofte i en videre betydning for å beskrive ulike former for medisinsk overaktivitet eller for mye medisin.



Overutredning øker faren for unødvendige eller feilaktige diagnoser og dermed også for unødvendig eller skadelig behandling.

Unngåelig overdiagnostikk oppstår i situasjoner der gjeldende kunnskap og retningslinjer i prinsippet gjør det mulig å unngå overdiagnostikk, men der denne kunnskapen og retningslinjene ikke blir fulgt i praksis. Dette omtales noen ganger som dårlig praksis, eller bad medicine.

U-unngåelig overdiagnostikk er vanskelige å oppdage fordi den ikke bryter med gjeldende retningslinjer, men oppstår fordi retningslinjene er defensive eller fordi sykdomsdefinisjonene er så omfattende at de inkluderer tilstander som aldri vil føre til helseskade for pasientene om de forblir uoppdaget.

Fortjenestedrevet overdiagnostikk bygger ofte på kommersielt påvirket forskning, men privat helseforsikring kan også drive fram krav om unødvendige undersøkelser.

Sykdomsmakeri (disease mongering) er en variant av fortjenestedrevet overdiagnostikk og betegner helse- og legemiddelindustriens tendens til å overdrive alvoret eller

utbredelsen av mindre plager og normale livsprosesser.

Fryktetrevet overdiagnostikk er sannsynligvis meget vanlig ettersom angsten for sykdom er utbredt både blant leger, pasienter og helsemyndigheter, og fordi man er mer redd for unnlatesfeil enn for overdrivelsesfeil.

Tilslørende overdiagnostikk medfører at sosiale problemer omskrives til individuell sykdom. Et mer kjent begrep som beskriver dette er *medikalisering*.

Det vises ellers til NFAs policydokument om overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet:

[http://legeforeningen.no/PageFiles/261034/P
olicydokument%20overdiagnostikk.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/261034/Policydokument%20overdiagnostikk.pdf)

Det å være fastlege i små distriktskommuner skiller seg betydelig fra det å praktisere i en by. Totalansvaret er større, vaktbelastningen tyngre, kollegene færre. Her gir Anders Svensson oss en distriktsmedisinsk rapport fra Vesterålen.

Livet som landsbylege

Anders Svensson, fastlege ved Bø legekantor i Vesterålen

Det har gått 16 år siden fastlegeordningen ble etablert i Norge. Gjennom listeordningen ble legemangelen i distriktene tydeligere, og mange kommuner valgte å øke antallet leger for å håndtere både fastlegeoppgavene og legevakt innenfor rimelig arbeidstid. Det viktigste var likevel å få mulighet til å avgrense ansvaret. I stedet for å ha et diffust ansvar for hele befolkningen, fikk vi et ansvar for et avgrenset antall personer. Bø kommune er på mange måter fastlegeordningens våte drøm. En liten kommune med 2600 innbyggere, med faste, stabile, erfarne leger, små lister og fastlønn. Legetjenesten er en integrert del av kommunehelsetjenesten, alle plassert i samme bygg. Vi har erfarne medarbeidere med to sykepleiere som koordinerer tjenestene for blant annet diabetespasienter og KOLS-pasienter.

Vi har vært heldige, og vi har det fortsatt bra, men der er tegn til begynnende sprekker i fundamentet, litt råde i sylla kan man si. Arbeidsmengden har ikke økt vesentlig. Vi jobber fortsatt ikke overtid i særlig stor grad, og vaktbelastningen er til å leve med. Men det er som om fastlegeordningen sitt vesen, sin sjel – det personlige, forpliktende, gjensidige ansvaret – skaper så store forventinger hos pasientene, samarbeidspartnere, politikerne og befolkningen at vi ikke lenger klarer å møte dem.

«Æ skal ha meg en sykemelding og i tillegg en MR». I «Pasientens helsevesen» er det lett at pasienten oppfatter seg selv som kunde. Og som kunder forventer de at de kan bestille de tjenester av fastlegen de selv måtte ønske –

og det gjør de. Innboksen fylles opp av epikriser fra sykehus-spesialister, med beskjed om hva de mener at vi skal gjøre, og når. Og når våre «kunder» er misfornøyde med sykehuset, bruker de fastlegene som et slags kundesenter for helseforetaket, som skal håndtere alskens klager og reklamasjoner. Vi er på vei til å bli butikkselgere uten myndighet og sekretærer for annenlinjetjenesten. Dette bryter langsomt ned vår faglige integritet, og dermed vår mulighet til å yte riktig og god medisinsk utredning og behandling. Resultatet er en snikende avmakt.

«Noen må gjøre noe».

Vi har en rekke formelle samarbeidsfora der vi som fastleger deltar, men veldig mye av informasjonen søker seg til uformelle kanaler. I en integrert kommunehelsetjeneste er terskelen for kontakt med fastlegene lav. Alle aktører har tilgang til den navngitte fastlegen. Det betyr flere henvendelser, flere vurderinger, flere beslutninger over telefon, møter i møterom, møter i gangen, møter på telestudio og PLO meldinger. En uendelig strøm av henvendelser, som alle må besvares og tas stilling til. Fastlegen havner i informasjons-overload, noe som skaper økt risiko for feil, og et gnagende ubehag, en vag uro for at noe vesentlig kan glippe.

Fastlegene skal ha mange oppgaver. Men det er som om alle forventer at fastlegene skal spille midtbane, forsvar og spiss samtidig, og at vi i tillegg skal være trener og manager. Den ene ballen etter den andre kommer susende, og det eneste vi kan gjøre er å sparke den i en

eller annen retning, bort fra oss. Når vi likevel prøver å prioritere, så kan det bli fristende å velge bort det kompliserte, det sammensatte, det som skaper ubehag og som setter oss ut av komfortsonen. Men det er disse ballene, de slitne ballene, uten luft, som havner i et hjørne fordi det ikke er så artig å spille med dem, selv om det var disse som burde prioriteres.

Bø kommune har en velfungerende fastlegeordning som leger, samarbeidspartnere og innbyggere setter pris på. Men fastlegeordningen er truet,

også hos oss. Det er ikke økt styring, bedre lønn, mer fri eller organisering med primærhelseteam eller oppfølgingsteam som kan redde fastlegeordningen. Det er utvikling av samhandlingen der samarbeidspartnerne er kompetente nok, har rammevilkår og er villige til å ta sitt ansvar, og samtidig trygge nok til å bevege seg ut i gråsonen, utenfor kjerneoppgavene, i lag med fastlegen. For det er der pasientene finnes. Å få til dette krever ikke mer styring, men bedre ledelse. Ikke bare av fastlegene men av hele helse- og omsorgssektoren.

Ines Saracevic Elgsæter er fastlege i Trondheim, universitetslektor og trønderopprører. Her målbærer hun det som er opprørets kjerne og paradoks: at fastlegejobben er «verdens mest givende jobb», men dessverre også nær uoverkommelig. Tør vi slippe våre nyutdannede kolleger ut i den allmennmedisinske yrkesjungelen?

Om yrkesprivilegier og yrkesbekymringer

Ines Saracevic Elgsæter, fastlege ved Midtbyen Legekontor i Trondheim, universitetslektor ved NTNU og trønderopprører

Jeg har studert medisin ved NTNU i Trondheim. I 2006 ble jeg uteksaminert. Jeg fikk ikke turnusplass og måtte vente et halvt år. Jeg fikk et vikariat i et veietablert legesenter i Trondheim. Møtet med allmennpraksis var overveldende. Å få innblikk i så mange menneskers liv, ta del i og veilede dem gjennom deres helseproblemer og bekymringer, få lov å støtte i livets store og små katastrofer. I 2008 fikk jeg tilbud om fastlegehjemmel ved samme senter. Jeg har jobbet her siden og håper å nå pensjonsalderen her.

Siden 2010 har jeg jobbet som lektor på legeutdanningen ved NTNU. Et flaggskip for NTNU er tidlig pasientkontakt. Allerede fra andre måned i studiet kommer studentene til byens fastlegekontor annenhver uke. De lærer lege- og pasientkommunikasjon, og deres fremste læremestere er pasientene selv.

Det er et privilegium å få lov å forme fremtidige kollegaers ferdigheter og holdninger, og jeg opplever at min arbeidshverdag får en helt annen verdi når denne også er et eksempel for andre. Studentene opplever allmennpraksis nyttig og lærerikt, de har stor respekt for kontakten mellom pasient og fastlege. De ser verdien av kontinuiteten og det at hele familier går til samme fastlege. At man over tid får innblikk i folks liv, noe som gjør oss skikket til å møte dem på riktig måte, hjelpe dem til å oppnå best mulig psykisk og fysisk helse. De forteller at de også setter pris på hvor uavhengige vi er

i allmennpraksis, at man tar imot mange av de daglige utfordringene og løser dem uten å sende pasienten videre. At småkirurgi, gynekologi, oppfølging av gamle, barn og gravide alle er samlet under ett tak, gir en faglig variasjon og gjør jobben interessant og inspirerende.

På NTNU underviser vi prinsippene i det som kalles pasientsentrert metode. For på fastlegekontoret er det pasienten som definerer problemstillingen. De forteller om problemet ut fra sine forutsetninger, med de forestillinger og følelser de måtte ha rundt problemet, om følgene problemet har for livet deres og hvilke forventninger de har til legebesøket. Først når alt dette er kartlagt, kan vi sammen finne en løsning som hjelper den enkelte, men som også er i tråd med nasjonale retningslinjer, lovgivningen, ressurser i f.eks. NAV eller kommunen og tilbudet i det øvrige helsevesenet. Og ikke minst i tråd med vår egen faglige integritet og etikk. For å finne de gode løsningene, trenger fastlege og pasient tid sammen. Tid vil alltid være et knapphetsgode i allmennpraksis, og prioritering vil alltid være en del av hverdagen. Tidsknipa oppleves imidlertid nå uhåndterlig. Stress og overbelastning hos legen er et dårlig utgangspunkt for å møte det som så mange pasienter står i, nemlig stress og overbelastning.

Min jobb er på alle måter givende. Det å få lov å være med og utdanne studenter gir meg enda mer inspirasjon. Men de siste årene har

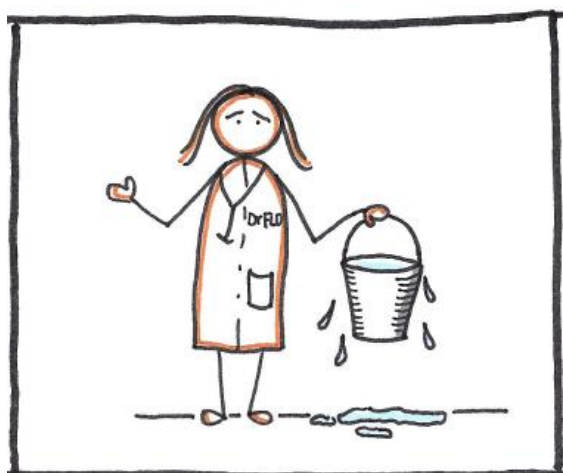
jeg i stadig større grad hatt en ulmende følelse av at det jeg underviser, pasientsentrert og helhetlig medisin, er i ferd med å gå ut på dato. Gir vi innblikk i en hverdag som blir en helt annen for våre studenter når de er ferdigutdannet? Fører jeg dem bak lyset? Jeg

er redd for at manglende ressurser og dårlig tid ikke vil gi oss anledning til å gjøre jobben vår på en ordentlig måte. Jeg er redd for at det vil drive både meg og andre allmennlegespesialister ut av dette fantastiske yrket.

Etter en ekstra hektisk arbeidsuke på fastlegekontoret postet vår kollega Inga Marthe Grønseth noe av frustrasjonen på Facebooksiden sin i form av en virkelighetbeskrivelse. Den gikk viralt. Få dager etterpå ble hun invitert til NRK og «Debatten» for å gi norske TV seere den samme beskrivelsen direkte sendt. Her er den.

Til helseministeren

Inga Marthe Grønseth, fastlege ved Sørbyen legesenter i Trondheim og trønderopprører



JEG ER EN 36 år gammel fastlege. Jeg ble ikke fastlege fordi jeg gjorde det dårlig på studiet. Jeg avsluttet medisinstudiet med laud og toppkarakterer, men jeg var riktig nok utenlandsstudent i Amsterdam. Heller ikke dette var fordi jeg ikke hadde karakterer til å studere i Norge, men et bevisst valg. Dette er ikke skryt, men fremprovosert av den hyppige påstanden om at fastleger består av dem som ikke evner å bli spesialister, og som bare tenker på å tjene penger. De som mener dette, kan ikke ha møtt de intelligente, reflekterte og samfunnsinteresserte kollegene jeg føler meg så heldig å ha.

UTFORDRINGENE. Jeg ble fastlege fordi jeg elsker utfordringer, og mennesker. Fordi jeg har kapasitet, interesse for livet og dets mange mysterier og et genuint ønske om å bety noe for andre.

Jeg har gått på skole i 23 år. Jeg har flyttet hele familien rundt omkring for å få til turnustjenesten.

Jeg har vært alene på vakt langt fra sykehus når luftambulansen ikke kan fly på grunn av været, og når pasienten er bevisstløs.

Jeg har drevet hjerte- og lungeredning, jeg har behandlet blodforgiftning, jeg har stoppet blødninger.

Jeg har hørt på pasientens historie og forsøkt å tenke ut hvordan jeg på beste måte kan hjelpe når livet har falt i grus – samtidig som venterommet var fullt av andre pasienter som ventet på den forsinkede legen.

Noen mer irritert enn andre.

UTSKJELLINGEN. Jeg har tatt meg av familien etter at en pasient har tatt sitt eget liv, på tross av at jeg kanskje selv kunne ha trengt noen å snakke med.

Jeg har blitt utskjelt, truet, oppringt på privaten.

Jeg har sittet på kveldstid sammen med døende kreftpasienter. Jeg har ligget våken og tenkt på hvordan jeg kan gi mitt bidrag til å få noen videre i livet der alt har kollapset etter 40 år med utfordringer med helse, jobb, økonomi og relasjoner – der alle hjelpetiltak så langt har feilet.

Jeg har blitt trakassert fordi jeg ikke ville skrive ut vanedannende medisiner, men samtidig følt meg fortvilet fordi jeg ikke hadde noen annen hjelp å gi ettersom både rus og psykiatri er overbelastet.

FRUSTRASJONEN. Jeg har løpt fra hjerteinfarkt til forkjølelse. Fra ansvarsgruppemøte til møte med kommunen.

Jeg har hentet for sent i barnehagen fordi jeg ikke klarte å avbryte en gråtende pasient.

Jeg har fått klemmer, ullsokker, kjeks, komplimenter – og av og til kjeft.

Mange ganger kan jeg forstå pasientens frustrasjon over problemer vi ikke klarer å løse, og selv om de egentlig ikke hører hjemme på mitt bord, har jeg prøvd.

ØKONOMIEN. Jeg har maks studielån. Jeg har lånt hundrevis av tusen for å starte praksis. Jeg begynte i lønnet arbeid først da jeg var 29. Jeg sparer til min egen pensjon, betaler sykepengeforsikring. Jeg får ikke feriepenger eller betalt når jeg er hjemme med sykt barn, mens praksisutgiftene løper. Når jeg har fått tilskuddet jeg får «uten å se en eneste pasient», ifølge tabloidene, er jeg 28.000 i minus hver måned før jeg begynner å tjene penger. Jeg har en god lønn, men min mann som arbeider i bank med alle sosiale fordeler og regulert arbeidstid, tjener mer per time enn meg. Han slipper å jobbe helg, kveld og natt, og han er aldri alene om jobben.

STYRINGEN. Jeg skal planlegge, betale og organisere mine egne kurs for en gang å bli spesialist, noe som er et krav. Jeg skal finne vikar det året jeg må være i sykehustjeneste. Jeg skal jobbe inn ventetiden på time som oppstår når jeg har hatt syke barn, vært på kurs eller har hatt ferie.

Jeg har vært daglig leder, jeg er med på å drive en bedrift – med økonomiansvar, personalansvar, ansvar for å følge lover, forskrifter, pensjon og lønn til ansatte.

Vi skal ha oppdaterte telefon og IT-løsninger, rutiner på kvalitetssikring av apparatur og HMS for ansatte- og jeg har ansvaret for å holde meg oppdatert på disse feltene i tillegg til medisinen.

HVERDAGEN. Dette administrative skal jeg gjøre i tillegg, mens dagene er fylt hvert kvarter, minus 20 -30 minutters lunsj fra 8-16 med pasienter – og telefoner og meldinger innimellom. Jeg har et par timer per kveld med papirarbeid i tillegg; AAP erklæringer, forsikringsselskap, epikriser og blodprøvesvar. Da har jeg ikke tatt med legevakter.

Og nei, jeg kan ikke fylle dagene med færre pasienter, for da løper ventetiden opp og så fyller jeg jo ikke kravene til kort ventetid på time. Jeg kan ikke vente med å se på blodprøvesvarene eller lese epikrisene. Og noen kan dø om jeg gjør en feil.

Jeg føler meg likevel heldig – fordi jeg har utrolig interessante og givende oppgaver. Jeg betyr noe for noen- og jeg får til og med lønn for det.

MOTIVASJONEN. Så helseminister; forsøk å legge til rette. Forsøk å forstå at jeg elsker jobben min og ønsker å utvikle både meg og tjenesten til pasientens beste.

Ikke sørg for at unge fastleger mister motivasjonen og lyst til å gjøre denne jobben. Vi har så mye å gi. Vi avlaster spesialisthelsetjenesten, vi gir tid og omsorg til dem som ikke har andre steder å gå, og jeg vil påstå at de fleste av oss gir jernet. For disse pasientene vil kommersielle aktører, så vidt jeg kan forstå, aldri kunne eller ville gi et godt tilbud.

DET SAMME MÅLET. Vi er med på å kanalisere hjelpen til dem som trenger det mest og til å begrense helseutgiftene i et av verdens beste land.

Forstå at vi vil, men gi oss midler og mulighet. Legg til rette. Vær med på å dempe kritikk fra for eksempel Forbrukerrådet, som åpenbart ikke ser forskjell mellom pasient og forbruker – og ikke ser rammene vi jobber innenfor. Jobb konstruktivt med oss i stedet!

Du skal se at vi har samme mål, Bent Høie.

Når Samhandlingsreformen ble etablert i 2012 var økt fokus på forebygging og folkehelse sentrale punkt. Og det sier seg nesten selv at det å unngå sykdom i befolkningen er en smartere strategi enn å behandle sykdom hos hver enkelt pasient. Folkehelse er et svært stort kunnskapsområde.

Jørgen Bramness og Lars Lien jobber begge ved Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse på Hamar (NK-ROP), og Torgeir Gilje Lid er tidligere fastlege, nå forsker ved Stavanger universitetssjukehus. Her omtaler de fastlegens rolle i folkehelsearbeidet.

Fastlegen er også en folkehelseaktør

Jørgen G. Bramness, psykiater, seniorforsker og dr. med.

Torgeir Gilje Lid, spesialist i allmennmedisin og post doc ved Stavanger universitetssjukehus

Lars Lien, psykiater, professor, dr. med. og leder for NK-ROP

Fastlegens hovedoppdrag er å bidra til bedre helse hos den enkelte pasient, men fastlegen har også en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Bare fastlegeordningen har et omfang og en nærhet til befolkningen som kan få en betydning for folkehelsen.

Ett eksempel er behandling av depresjon. Det er vist i mange undersøkelser at depresjon er en av de viktigste årsakene til selvmord. På 1980-tallet ble det derfor gjennomført tiltak på øya Gotland i Sverige for å utdanne psykiatere til å behandle depresjon bedre. Men tiltaket fikk ingen effekt på selvmordsraten. Noen foreslo derfor at man i stedet skulle rette blikket mot allmennlegene og utdanne dem til å bli bedre i depresjonsbehandling. Resultatet var en markant nedgang i selvmordsfrekvensen (1). Dette er en illustrasjon på at tiltak som skal ha betydning for folkehelsen må rette seg mot førstelinjen. Bare da treffer man så store deler av befolkningen at det kan ha en effekt på folkehelsen.

Dette er helt basal folkehelsekunnskap med bakgrunn i Geoffrey Rose sitt prevensjonsparadoks (2). Paradokset er at de fleste tilfellene av en sykdom opptrer i de store gruppene med lav risiko, ikke i de små gruppene med høy risiko. Det å behandle pasientene med de mest alvorlige variantene

av en tilstand (f.eks. blodtrykk, overvekt, misbrukslidelser eller depresjon) vil ikke ha en virkning på folkehelsenivå. For folkehelsen er den alkoholen vi alle drikker, den stillesittingen vi alle bedriver eller de 4-6 kiloene for mye vi alle har mye viktigere. Selv om de sykeste og de med størst funksjonstap skal ha førsteprioritet hos fastlegen, så er det i et *folkehelseperspektiv* viktigere hva fastlegen gjør med de mange med lavere grader av sykdom. Fastlegen er den eneste aktøren som regelmessig møter både de få alvorlig syke og de mange med mindre alvorlige varianter av sykdom.

Et annet eksempel er forskrivning av vanedannende medikamenter. Det er mindre viktig hva sykehuslegene skriver ut av sovemedisiner, fordi det er blant allmennlegene de store tallene kommer (3). Tiltak for å redusere bruken av sovemidler i befolkningen må være tilpasset fastlegene (4). Redusert totalforbruk i befolkningen vil også gi redusert problembruk hos mindretallet som opplever negative effekter av forbruket, tilsvarende som for alkohol (5).

For å kunne ivareta denne krevende og viktige rollen må fastlegene ha tid. Det må være tid til den utforskende samtalen og tid til den faglige oppdateringen. Selvsagt må det også være tid til det forebyggende arbeidet!

Referanser

1. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-8.
2. Doyle YG, Furey A, Flowers J. Sick individuals and sick populations: 20 years later. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 396-8.
3. Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Use of addictive anxiolytics and hypnotics in a national cohort of incident users in Norway. *Eur J Clin Pharmacol* 2012; 68: 311-9.
4. Bramness JG, Vøyvik T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
5. Skog OJ. The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *Br J Addict* 1985; 80: 83-99.

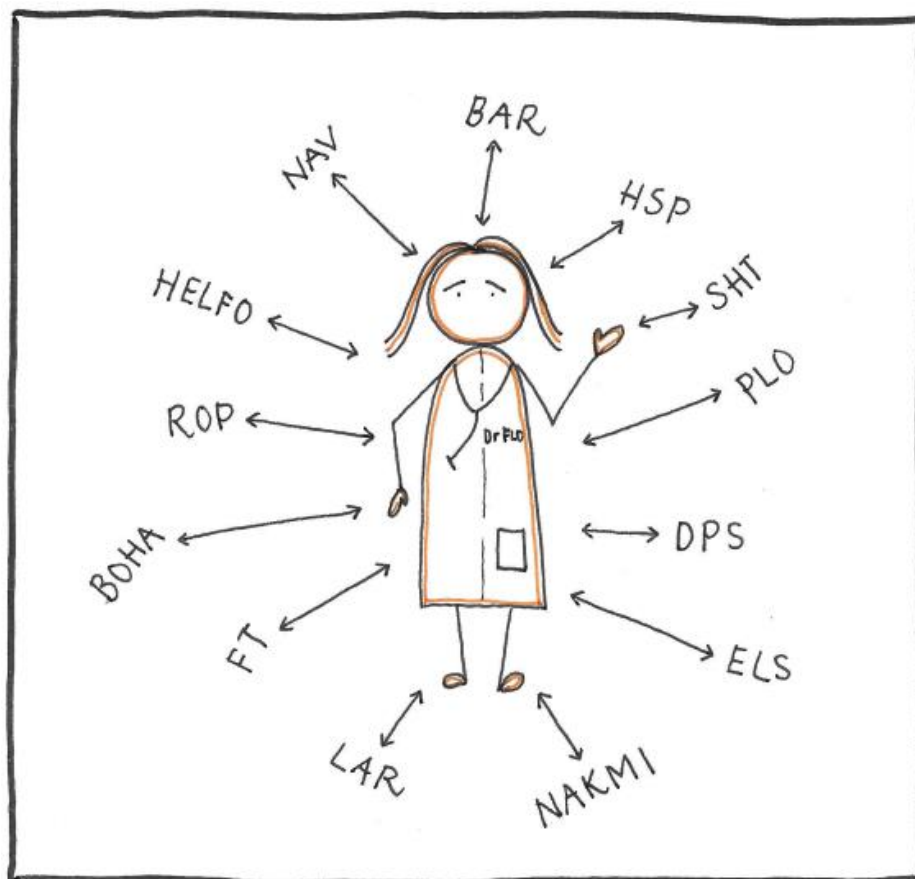
Del 3:

Fastlegeordningens samarbeidspartnere

Fastlegens rolle – synspunkt fra den andre siden

I forrige del har vi forsøkt å formidle litt om hvordan vi ser på faget vårt og yrkesrollen vår. Men hvordan opplever andre aktører i helsevesenet fastlegeordningen?

I del 3 har vi utfordret representanter fra andre felt som vi ofte samarbeider med til å gi en analyse og beskrivelse av fastlegeordningen og vår rolle i Helse- Norge slik de ser den. Vi har mange samarbeidspartnere og kan bare gi stemme til et fåtall av dem. Vi har valgt å utfordre flest representanter for det som regnes som sårbare grupper helsemessig. Der er det spesielt viktig at helsevesenet er på banen. Dette gjelder også for fastlegeordningen.



I Trønderopprøret mener vi at en av de aller viktigste samarbeidspartnere vi fastleger har, er den norske velferdsstaten. Intet mindre. Bak bygging av en velferdsstat ligger blant annet idéen om at selv om du kommer litt skjevt ut i livet på grunn av helseproblemer, skal ikke dette føre til totalt havari. Trønderopprøret synes dette er en veldig god idé, som bør forsvares for alt den er verdt. Vi mener fastlegens rolle som en sentral forvalter av velferdsstatens ordninger er så viktig at vi våger påstanden: Havarerer fastlegeordningen, kommer velferdsstaten ille ut. Vi vet at sosial ulikhet er negativt for folkehelsen. Professor i sosialmedisin Steinar Westin har de siste 30 årene fungert som en av velferdsstatens viktigste vaktbikkjer. Her forklarer han hvorfor.

Fastlegeordningen er en bærebjelke i velferdsstaten

Steinar Westin, fastlege ved Mathesongården legesenter og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Det mangler ikke på internasjonal forskning som viser at en faglig sterk og solidarisk finansiert primærhelsetjeneste er bra for folkehelsen, og «kostnadseffektiv», som økonomene sier.

Norge har, med distriktlegeordningen fra tidlig på 1900-tallet, gode tradisjoner for en faglig sterk primærlegetjeneste. Da denne statlige ordningen ble oppløst med Lov om helsetjeneste i kommunene i 1984, var det ikke opplagt hvordan det beste i denne tradisjonen kunne videreføres. Fram til år 2001 rådet det mange slags modeller i de ulike kommunene. Men et økende problem var den såkalte «doktorshoppingen», at ingen lege egentlig visste hvem de hadde som pasienter, og svært mange konsultasjoner var «engangs».

Det var da vi, etter mye tvil og uro blant legene selv, kom til å tenke at den engelske fastlegeordningen kunne gi et faglig løft, slik den hadde gjort det for britene da den ble innført der i 1948, som ledd i etableringen av etterkrigstidens velferdsstat og deres National Health Service.

Jeg skrev slik om dette i en lederartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening 1. juni 2001 – den dagen fastlegeordningen ble innført her i landet (1):

«Fastlegeordningen er en underlig skapning. Tidvis har den høstet støtte både fra venstre og høyre side i det politiske landskapet. Den består både av bindinger og frihet, en blanding av offentlige rammer og fri yrkesutøvelse, lansert for å fremme tradisjonelle allmennmedisinske verdier, men etter hvert omfavnet av myndigheter som gjennom ordningen også ser muligheter for en viss regulering av legemarkedet. I siste runde ser det nå ut som den lanseres som ledd i bevegelsen for styrkede pasientrettigheter.

Ganske nøyaktig 20 år har det tatt fra Den norske lægeforening selv satte saken på sin dagsorden gjennom oppnevning av det såkalte Generalplanutvalget for allmennmedisin, der en fastlegeordning ble omtalt som noe man i det minste burde overveie i Norge. Slik fikk entusiastiske reiseberetninger fra allmennmedisinske fastlegemiljøer i England, Nederland og Danmark et liv på foreningens sakskart, og etter hvert også en rolle som visjon i vanskelige forhandlinger med

myndighetene. Dermed var det sådd noen spirekraftige frø som fikk næring gjennom 1980-årenes dyrking av idealene om den kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende allmennmedisin».

Ordningen har i store trekk vært en formidabel suksess. Til tross for et, etter europeisk målestokk, høyt nivå av egenbetaling, viser det seg at bruken av fastlegeordningen følger medisinske behov, og ikke lommeboka.

Det er ellers et gjennomgående trekk at helsetjenesten tenderer til å være dårligst for de befolkningsgruppene som har størst behov

for den, dette som den britiske allmennlegen Julian Tudor Hart en gang formulerte som «The inverse Care law» (2). Og da skal vi alltid lese hans tilføyelse, «at denne loven gjelder sterkere jo mer helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer». Paradoksalt nok er det nettopp åpningen for konkurranse og markedskrefter som nå truer med å ødelegge den samme engelske fastlegeordningen (3).

Men for oss i Norge gjelder det fortsatt at en god og lett tilgjengelig fastlegeordning skal være vårt viktigste vern mot en urettferdig fordelt helsetjeneste, et vern mot «loven om den omvendte omsorg».

Referanser

1. Westin S. Nølende inn i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1667.
2. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 297: 405-12.
3. Westin S. Råkjør mot engelsk allmennpraksis. Utposten 2015; nr 2: 38-41.

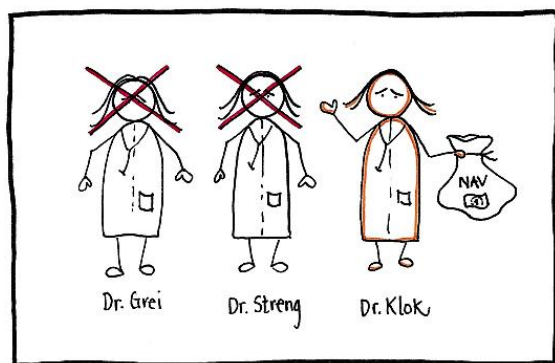
Det er i stor grad i samarbeidet med NAV fastlegene fungerer som velferdsstatens 4700 forlengede armer. NAV forvalter 1/3 av statsbudsjettet, og mye av det baserer seg på medisinske kriterier der fastlegene er hovedleverandør og koordinator. På tross av utfordringer, er samarbeidet essensielt. Ellers blir det pasientene som må stå i dette alene. Da kan det fort oppstå helseskadelig NAVmakt.

Georg Espolin Johnsen er tidligere fastlege, har hovedfag i idéhistorie og var dommer i Trygderetten i 13 år før han siden 2016 har vært leder for legetjenesten i NAV Akershus. Han er en sentral mann i det norske trygdemedisinske miljøet.

Hva var NAV uten fastlegen?

Georg Espolin Johnson, rådgivende overlege i NAV Akershus

Folketrygdlovens formål er først og fremst å kompensere for inntektstap som følge av nedsatt arbeidsevne, men også å bistå den enkelte i bestrebelsene på å forsørge seg selv (1). Trygdeordningene er i dag under press. NAV utbetaler årlig omlag 155 milliarder i sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd til sammen. Økonomer hevder at ordningene ikke er bærekraftige på sikt, men samtidig er det stor vilje i befolkningen til å opprettholde dem. En viktig forutsetning er at den reelle arbeidskraften utnyttes effektivt gjennom fleksible løsninger.



I dag skyldes nedsatt arbeidsevne ofte sammensatte helseproblemer som ikke kan knyttes til avgrensede anatomiske eller funksjonelle strukturer, men som må forstås i et komplekst biopsykososialt (=helhetlig) perspektiv. Slik det norske helsevesenet er bygget opp, peker fastlegen seg klart ut som den som først og fremst kan ivareta et slikt

perspektiv. Det såkalt primærmedisinske paradoks slår fast at et helhetlig perspektiv ofte gir bedre resultater både helsemessig og økonomisk enn summen av en rekke spesialistvurderinger (2). For eksempel vil omfattende spesialistutredning av lite spesifikke smerter og slitenhet ofte virke mot sin hensikt og befeste arbeidsuførhet.

Etter dagens retningslinjer, skal NAV vurdere alle sykepengetilfeller som har vart i åtte uker og vil da ofte ha spørsmål til fastlegen. Et godt samarbeid mellom fastlegen og NAV-kontoret er en forutsetning for at vi skal nå målet om størst mulig arbeidsdeltakelse. Det må legges til rette for en åpen dialog om hvilke konkrete forhold som kan bidra til økt arbeidsaktivitet uten at helsesituasjonen forverres. (I de fleste tilfellene vil arbeidsaktivitet være helsefremmende!) NAV-kontorets rådgivende lege bør trekkes inn i flere saker enn det som er tilfellet i dag.

Fastlegen er i praksis trygdemedisinens førstelinjetjeneste og NAVs desidert viktigste informasjonskilde hva gjelder helsetilstandens innvirkning på funksjons- og arbeidsevne. I tillegg spiller fastlegen som regel en avgjørende rolle i den ofte sammensatte behandlingen som må til. Men for at samarbeidet skal gi gode resultater, må fastlegen ha tid. Fastlegens pålagte ansvar for stadig nye oppgaver fører uten tvil til at

samarbeidet med NAV alt for ofte ikke fungerer optimalt.

→ Skal fastlegene kunne spille den sentrale rollen de er tiltenkt i å bidra til at flest mulig

får anledning til å utnytte sin arbeidsevne, er det helt nødvendig med klarere prioriteringsretningslinjer for fastlegene og/eller flere fastleger.

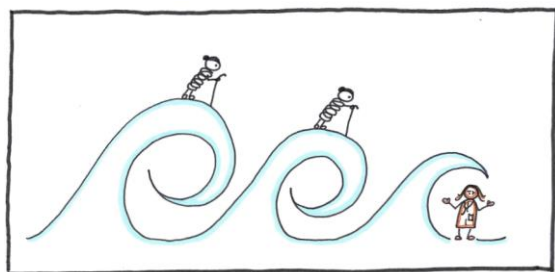
Referanser

1. Folketrygdlovens § 1-1.: Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved [...] sykdom og skade, uførhet, [...] Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.
2. The Paradox of Primary Care: Kurt C Stange, Robert L Ferrer – The Annals of Family Medicine, Juli 1, 2009 vol. 7 no 4 293-299. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713149/>

Geriatri er læren om sykdom hos eldre. Sykeligheten i denne befolkningsgruppen er rimeligvis høyere enn de andre aldersgruppene. Både helseproblemer og aldring gir funksjonstap. Men hva er det ene, og hva er det andre? Dette tar det tid å finne ut av, og god geriatri er en legekunst. Eldrebølgen er over oss allerede, men har så vidt begynt. En ting er helt sikkert: Geriatiske problemstillinger vil bli en økende del av fastlegers kliniske hverdag. Trønderopprøret ser på Torgeir Bruun Wyller som en av de klokeste geriaterne i landet. Det forstår dere av denne teksten. Dertil leder han «Helsetjenesteaksjonen», som vi ser på som Trønderopprørets sykehusbaserte våpenbror.

Fastlegens rolle for skrøpelige eldre

Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri ved Universitetet i Oslo



Med økende alder øker andelen av befolkningen som har komplekse helseproblemer. De behandles for flere kroniske sykdommer og bruker mange legemidler. De har stor nytte av moderne medisin, også av spesialisert medisin, og moderne medisin kan hjelpe denne pasientgruppen ikke bare til å leve lenger, men også med bedre funksjon og lavere omsorgsnivå. Men denne pasientgruppen kan komme svært dårlig ut dersom hvert organ og hver sykdom behandles for seg og uten hensyn til helheten. Da kan summen av i og for seg velmente behandlingstiltak lett bli til større skade enn nytte. De er derfor sårbare for den "silotenkningen" som preger store deler av spesialisthelsetjenesten.

Skrøpelige eldre har nytte av organspesialistene, men en viktig forutsetning er at det finnes en kompetent og tilgjengelig fastlege som tar ansvar for helheten, sørger for at behandlingstiltakene ikke kommer i konflikt med hverandre, og tar rollen som koordinator. Dette er krevende medisin.

De gamle pasientene med sammensatte helseproblemer representerer som regel de sykeste og de mest kompliserte pasientene på en typisk fastlegeliste.

Geriatere er også generalister, og de ønsker å samarbeide med fastlegene om de skrøpeligste pasientene. Men geriatri er og bør i hovedsak være en sykehusspesialitet. Den bør konsentrere seg om de aller mest kompliserte tilfellene og særlig i faser da deres helsetilstand er ekstra ustabil. Hvis geriaterne har et kompetent fastlegekorps å samarbeide med, kommer begge spesialistgruppens kompetanse særlig til sin rett.

Betyr dette at dagens fastlegeordning fungerer knirkefritt for de skrøpeligste av de eldre? Nei, den gjør ikke det. Av og til har fastlegen kanskje for liten faglig tyngde og for stor respekt for legemidler som er forordnet av en sykehuslege, og tør ikke ta dem bort selv om tiden helt klart ville vært inne for det. Av og til glipper fastlegen taket i pasienter som slutter å oppsøke ham eller henne selv, og fornyer bare reseptene uten å se pasienten. Det er kritikkverdig. Av og til har fastlegen det så travelt at de litt langsomme og kompliserte gamle pasientene ikke blir vurdert så grundig som de burde.

Etter min vurdering, er relevante tiltak mot disse utfordringene

- ytterligere styrking av allmennmedisinen som medisinsk spesialitet
- nærmere samarbeid mellom allmennmedisin og sykehusgeriatri
- kortere pasientlister (hvilket naturligvis nødvendiggjør flere fastleger)
- frigjøring av fastlegene fra andre arbeidsoppgaver som stjeler tid fra de sykeste pasientene som trenger dem mest

Det er politisk enighet om at i vårt helsevesen skal hovedfokuset være på de sykeste. Det er i tråd med dette like stor enighet om at vi må sette inn større innsatser i rus- og psykiatriomsorgen. Vi fastleger kan bekrefte at i denne gruppen finnes stor lidelse og et stort hjelpebehov. Dette bidraget er skrevet av tre leger som allerede er presentert og som har unik kompetanse på området. Som det framgår, vil en satsing også på denne gruppen måtte innebære en satsing på fastlegeordningen.

Fastlegen og pasienter med alvorlige rus- og psykiske lidelser (ROP- pasienter)

Jørgen G. Bramness, psykiater, seniorforsker og dr. med.

Torgeir Gilje Lid, spesialist i allmennmedisin og post doc ved Stavanger universitetssykehus

Lars Lien, psykiater, professor, dr. med. og leder for NK-ROP

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig skadelig bruk av rusmidler, såkalte ROP lidelser, er en stor utfordring for helse- og sosialtjenesten. Svært ofte er rusmiddelbruken knyttet til selvmedisinering av den psykiske lidelsen og dette bidrar som oftest til at grunnlidelsen forverres (1). I tillegg til elendig livskvalitet øker risikoen for selvmord og vold betydelig. Levealderen er redusert med opptil 35 år i forhold til resten av befolkningen (2).



ROP-pasientene har omfattende og sammensatte behov som krever tiltak også fra sektorer utenfor helsesektoren. De trenger bolig, arbeid, et sosialt nettverk og et meningsfullt liv. Mange av pasientene er storforbrukere av psykiatriske spesialisthelsetjenester og Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB), men den

primære behandlingen skal foregå i kommunen. Her har fastlegen en viktig rolle som en stabil person som kjenner pasienten over flere år, i et ellers tidvis fragmentert hjelpesystem.

Det finnes noen store utfordringer knyttet til fastlegerollen i oppfølgingen av pasienter med ROP-lidelser. Det første er at mange av disse pasientene ikke evner å møte opp til en vanlig legetime og heller ikke har penger til å betale for konsultasjonen. Egenandeler for denne gruppen kan være en barriere mot at de i det hele tatt kommer inn i hjelpesystemet. Dessuten krever deres problemer mer enn 15-20 minutters konsultasjon. Det er tidkrevende. En sentral suksessfaktor er teamarbeid. Det finnes oppskrifter for slike samhandlingsteam, for eksempel ACT/FACT team, hvor spesialist og kommune-helsetjenesten samarbeider om å jobbe med pasienten der de bor (3).

Det forventes spesielt at fastlegene skal spille en viktig rolle i å redusere det uverdige gapet i livslengde gjennom bedre somatisk oppfølging og arbeid med livsstilsrelaterte faktorer.

Slik fastlegerollen er utformet i dag, med stykkprisfinansiering og for lange lister, kan ROP-pasienter risikere å ikke få den hjelpen de

burde få og som andre mennesker nyter godt av.

For mange ROP-pasienter er fastlegen en uunnværlig støttespiller, og fastlegene må gis rammer og muligheter til å delta i teamet til beste for både psykisk og somatisk helse til pasientene.

Vi registrerer at politikere i all leire vektlegger satsning på denne gruppen. Det gleder oss. Hvis leger først og fremst skal ha fokus på de

sykeste, er ROP-pasientene høyt oppe på listen. ROP-satsningen må også innebære en satsning på fastlegeordningen, både med tanke på rammebetingelsene, men også det faglige. Vi registrerer at fastleger kanskje holder seg litt unna dette feltet fordi de føler seg faglig usikre. Større vektlegging av utfordringene rundt ROP-pasienter i medisinstudentundervisningen er både sterkt ønskelig og nødvendig. En viktig del av det, er det vi kan kalle *samarbeidskompetanse*.

Referanser

1. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Landheim A. Walking the fine line: self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013 Dec 20;8:21968. doi: 10.3402/qhw.v8i0.21968
2. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet*, 2011 Jun 25;377(9784):2205-14.
3. https://rop.no/Forskning/forskning_ved_rop/forskningsbasert-evaluering-av-act-team-i-norge/

De som aller best og med størst legitimitet kan uttale seg om fastlegeordningen, er de som benytter seg av den. I praksis vil jo det si oss alle. Vi blir pasienter straks vi besøker fastlegen. Heldigvis er det slik at befolkningen i en årrekke har sagt seg fornøyd med ordningen. 84- 86 % sier seg endog «svært fornøyd» med fastlegen sin. Erik Torjussen har fortid som alkoholavhengig og er såkalt «likemann» i A-larm, som er en bruker- og pårørendeorganisasjon for folk med rusproblemer. Han har også jobbet som rådgiver og erfaringskonsulent, og har gjennom dette møtt svært mange pasienter. Han har opparbeidet seg god innsikt i hvordan fastlegeordningen fungerer for denne gruppen.

Fastlegen er en følgesvenn

Erik Torjussen, erfaringskonsulent i A-larm

Jeg heter Erik og er alkoholiker. Sist gang jeg drakk alkohol var riktignok 14. august 2001. Jeg kaller meg likevel alkoholiker, for å minne meg selv om en fortid som i alvorlig grad gikk på helsa løs. Men også for å utfordre meg selv på skammen, som er en gift alle rusavhengige lider under i tillegg til rusmidlene. Og som gjør mørketallene store når det gjelder slike helseproblemer. Undersøkelser viser at for over 20 %, i noen tilfeller opp mot 30 %, av pasientene i somatiske avdelinger, er rusavhengighet en stor del av problemet.

Her er kortversjonen av min «karriere» som aktiv alkoholmisbruker. Jeg tror den i sin enkelthet også kan være representativ. Utad levde jeg et tilsynelatende vellykket liv. Jeg var fabrikkdirektør og leder i Kristiansand Røde Kors. En ressursperson i byen. Bak fasaden slet jeg med sosial angst, og søvnvansker. Alkohol ble angstmedisinen, forskrevet av meg selv. En medisin med betydelige bivirkninger: Angsten øker og skammen kommer i tillegg. Etterhvert kommer også fysiske helseplager av alle slag.

En slik medisinerings må holdes hemmelig utad og helst benektes eller bagatelliseres i eget hode. Det greidde jeg lenge. En tirsdags formiddag ble jeg definitivt avslørt i forbindelse med fyllekjøring i grøfta. Jeg var heldig. Jeg fikk raskt god hjelp, og kom etterhvert ut av det jeg uten videre vil kalle et

rushelvete. I dag er jeg erfaringskonsulent i brukerorganisasjonen A-larm.

Som erfaringskonsulent har jeg de siste årene hatt muligheten til å følge opp rusavhengige mennesker fra alle samfunnslag, både som likeperson og som verge. Hva er deres erfaring med og synspunkter på fastlegens rolle i dette feltet?

Det er mitt inntrykk at de fleste opplever fastlegen som kanskje den viktigste støttespilleren i hjelpesystemet. Stikkordene er kontinuitet og tillit. I resten av hjelpeapparatet skifter behandlere i takt med «omorganiseringsepidemien», det være seg i NAV, kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling er mer enn å få kontroll på rusingen. Et liv skal leves videre på godt og vondt, og det må læres på nytt. Tillit skal opparbeides hos familie og venner igjen. Nye nettverk må bygges, og i mange tilfeller må økonomi, arbeid og bolig på plass. Og ikke minst skal selvbilde og selvrespekt repareres. Alt dette utgjør en tidkrevende prosess. Mange forteller at det eneste sikre holdepunktet over tid ofte blir fastlegen.

Men om fastlegen er en krumtapp i rehabiliteringsprosessen, hvordan kommer rusproblemene ut av mørketallsskapet og på bordet i første instans? Noen forteller at

fastlegen var den første de betrodde seg til, men mange går «under radaren» også der. Til tross for betydelig mer åpenhet om rusproblemer snakker vi fortsatt om et av de største tabuer i vår kultur. Vi tror fastleger må skolerer bedre i å kartlegge og snakke om disse vanskelige tingene. Der ligger det et stort potensiale. Skal det gjøres på en respektfull måte, krever det tid. Kanskje en dobbelttime eller to? Den tiden kan være en god investering. Fanges problematikken opp før den får dramatiske helsekonsekvenser, kan resten av hjelpeapparatet avlastes mye.

Kanskje kan rus- og avhengighetsmedisinen sirkle inn noen viktige suksessfaktorer i helsevesenet generelt? Da er vi raskt tilbake til tillit og kontinuitet. Altså tilbake til fastlegekontoret.

Mine drømmer for fastlegeordningen i framtiden er:

- At fastlegene settes i stand til å arbeide helhetlig og med nok tid til å bygge opp den unike tillitsrelasjonen mellom lege og pasient.
- At det legges til rette for at fastlegen tidligst mulig kan delta aktivt i tverrfaglig samarbeid.
- At fastleger skolerer bedre til å avdekke, kartlegge og behandle rusproblematikk tidligst mulig.
- Viktigst av alt: At fastlegeordningen ikke kollapser. Kollapser den, vil veldig mange av de rusavhengige menneskene jeg har møtt, og daglig møter, miste en uvurderlig støttespiller.

Norge har blitt et multikulturelt samfunn. Vi opplever økt innvandring, av så vel arbeidsimmigranter som flyktninger. Er du ny i et land kreves stor tilpasningsevne. Har du med deg krigs- og flukterfaringer blir utfordringene enda større. Hvordan kan fastlegeordningen best settes i stand til å møte denne nye virkeligheten? Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) kan si mer om dette.

Når verden banker på – fastlegeordningen i et migrasjonshelseperspektiv

Bernadette N. Kumar og Esperanza Diaz,
Nasjonalt Kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI)

Vår samtid representerer en migrasjonsperiode som savner sidestykke historisk sett. Og migrasjonshelse er et fagfelt i rask utvikling.

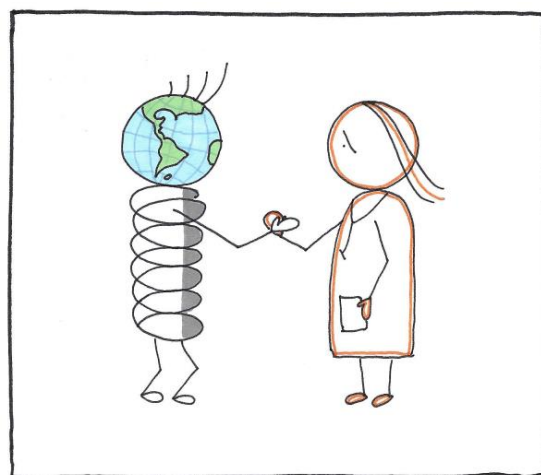
Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør 16.7 % av Norges befolkning og er en meget heterogen gruppe, med over 200 land og områder representert. De fleste innvandrerne har mindre enn 5 års botid i Norge. Beregninger tyder på at total antall innvandrere i Norge kan vokse fra 0,55 millioner i 2012 til 1,3 millioner i 2050.

Er fastlegeordningen rustet til å møte de nye utfordringene rundt migrasjonsbølgen?

Vi ser at ordningen på sitt beste tilbyr gode helsetjenester til immigranter. Som en tydelig og fast samarbeidspartner i helse- og velferdjungelen kan fastlegen tilby kontinuitet, trygghet, oversikt og tillit i en hverdag som kan oppleves komplisert og forvirrende. Det finnes likevel mange krevende utfordringer.

Selv der både legen og pasienten er norske, er misforståelser vanligere enn vi tror. Er legen fra Norge og pasienten fra for eksempel Somalia er det i sannhet to verdener som møtes. Er det da i det hele tatt mulig å finne den felles forståelsen som må ligge til grunn for å få til et konstruktivt og

trygghetsskapende samarbeid om helse? Vår påstand: Ja, det er mulig. Vi ser mange pasienter med innvandrerbakgrunn falle mellom stolene i helsesystemet, men vi ser også mange som får hjelp.



Stikkordet for å oppnå felles forståelse er kommunikasjon, og i dette feltet særlig i sin mest konkrete form: språkutfordringer og kulturell bevissthet og kompetanse. Ofte er det behov for tolk. Det er helsevesenet som har ansvar for å etablere forsvarlige rammebetingelser for kommunikasjon mellom lege og pasient. Dette må hvert behandlingssted ha refleksjon rundt og nødvendige rutiner for. Vi ser et underforbruk av tolk i helsetjenesten generelt, også hos fastlegene. Årsakene til underforbruket er

flere. En kritisk faktor er nok tidsknappheten. En tolket legerekonsultasjon tar minst dobbelt så lang tid som et vanlig «norsk – norsk» legebesøk, bare fordi alt skal sies to ganger. Legger du til utfordringene knyttet til kulturforskjellene, må du ofte gange med minst tre. Men dette er vel anvendt tid. Alternativet kan bli nye konsultasjoner, ekstra undersøkelser og unødvendige og uheldige henvisninger, fordi lege og pasient ikke helt forstår hverandre. Investering i språk og kulturell kompetanse er tidsbesparende for den enkelte fastlege. I motsatt fall kan onde

sirkler av stress, forvirring og avmakt i verste fall gi økt helsesvikt for pasienten.

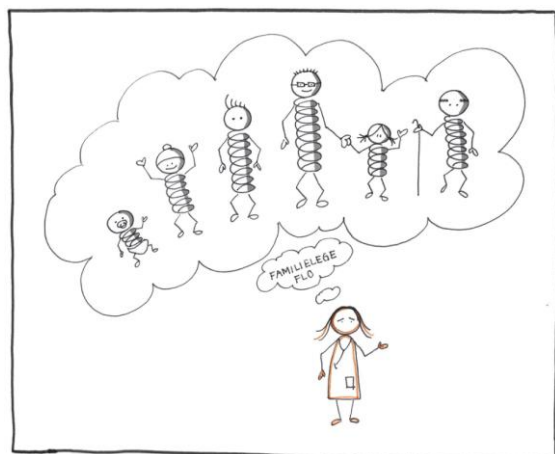
Vi vet at en av de viktigste faktorene for vellykket integrering er at immigrantenes helseutfordringer blir fanget opp, forstått og behandlet på rett nivå. Ofte er dette førstelinjetjenesten. En investering i migrasjonshelse er en investering i fremtiden.

Og, som en fastlegekollega en gang uttrykte det: «For et privilegium det er å ta i mot hele verden på mitt legekontor!»

Er det en gruppe pasienter som bør stå høyt oppe på alle prioriteringslister i hjelpeapparatet, er det barn og ungdom. Vi vet at overbelastende og utrygge oppvekstvilkår skaper helseproblemer, både psykiske og fysiske, som kan vare livet ut. Forebygging er en nøkkelfaktor og en mulighet. Men denne gruppen er ikke de første til å be om hjelp. Hvordan kan barn i risiko fanges opp i helsevesenet? Barn av rusmisbrukere (BAR) er et sterkt kompetansemiljø som av egen erfaring vet mye om dette.

Der noen har det vanskelig har ofte barn det verst – om barn som pårørende, og om fastlegen som familielege

Marius Sjømæling og Caroline Hurlén Paus-Knudsen, Barn av rusmisbrukere (BAR)



Det har vært en vanlig, travel dag for doktor Kristin Langeland. Dagens siste hastepasient er Ella S. på 14 år. Som fastlege har Kristin fulgt både Ella, hennes to halvsøstre og foreldrene siden før Ella ble født. Også gjennom skilsmissen for 1 år siden. «Sier hun må snakke med deg» står det i kommentarfeltet i timeplanen.

Ella ser at dr. Kristin er travel, og får nesten lyst til å gå igjen for ikke å være til mer bry. Hun blir glad og lettet når dr. Kristin er blid i øynene. «Velkommen, Ella. Så hyggelig å se deg! Så du kommer alene i dag? Sett deg og fortell».

Det er ikke så ofte fjorten år gamle jenter oppsøker henne alene. Kristin er litt sliten og håper det er en trivialitet Ella kommer for, men vet innerst inne at i dag kommer Ella mest sannsynlig med noe som må tas på alvor.

I tre dager, siden hun bestemte seg, har Ella tenkt og tenkt på hvordan hun skal forklare dr. Kristin om hvordan det er fatt hjemme. Alle disse forberedelser blir glemt nå. Plutselig greier hun ikke lenger å ta seg sammen. Av en eller annen grunn kjenner hun på en slags lettelse. Tårene presser seg fram og blir til hulking. Uten at hun helt er klar over det selv, nesten vet hun at dr. Kristin vil forstå.

Kristin merker fort at det har toppet seg for Ella. En ung pikes ensomhet fyller rommet. Arbeidsdagen i dag slutter altså med krav om ekstra ansvar og tilstedeværelse. Det er ikke noe som skremmer henne. Tvert om, Ella søker hjelp og det er bra! Og hjelp skal hun nok greie å gi.

«Jeg ser du virkelig har det vanskelig nå, Ella. Uansett hva dette dreier seg om: det var kjempefint at du kom. Vent litt, så ringer jeg til mannen min og sier jeg blir litt forsinket. Så tar vi oss en skikkelig prat».

Det er kaos i hodet til Ella, men spørsmålene hun får, gjør at ting likevel lar seg fortelle. Hun forteller om hvor bekymret hun er for mor, som har blitt mer og mer fjern de siste ukene. Nå ligger hun for det meste på sofaen, og det er Ella som må handle og lage mat. «Jeg er redd for om mamma er alvorlig syk og om hun vil dø! Hun sier jeg ikke må si det til noen at hun er ikke er i form. Men jeg tenker at hvis hun dør mens jeg er på skolen, er det min skyld. Kommer hun til å dø»?

Kristin registrerer at nå er det ikke lenger en ungdom på 14 hun har med å gjøre, men et dypt fortvilet og overbelastet lite barn. Hun får lyst til å ta henne på fanget og trøste henne. Hun gjør ikke det, men hun griper hånden hennes med sin høyre hånd og legger den venstre på skulderen til Ella. «Dette skal gå bra, Ella. Dette tar vi sammen».

Der forlater vi de to på fastlegekontoret en vanlig onsdag ettermiddag. Vi sitter igjen med det samme spørsmålet som Dr. Kristin stiller seg: Hva er det som foregår i Ellas liv for

tiden? Hva det enn er, så sitter vi også igjen med god visshet om at Ella er ivaretatt.

I vår organisasjon, Barn av rusmisbrukere (BAR), er vi opptatt av at hjelpesystemet har et årvåkent øye for barn i risiko. Overbelastede barn og ungdom er ikke de første til å oppsøke hjelp. Dreier det seg om sviktende foreldreomsorg, vil lojaliteten til foreldrene ofte komme foran eget hjelpebehov. Vi kaller disse barna «barn som pårørende».

Mange av barna har et like årvåkent øye for hvilke voksenpersoner det går an å stole på og å satse på. Rollen som fastlege byr på unike muligheter til å bli en slik person. I andre land kalles allmennlegene for «familieleger». Ella hadde gjennom sine legebesøk i oppveksten merket seg at familielegen deres var til å stole på. For Ella var dette av helt vesentlig betydning for det valget hun tok: å be om hjelp. I BAR kjenner vi mange slike historier.

Alle barn trenger en god familielege!

Avslutning

Som det framgår av hele dette dokumentet nærer vi i Trønderopprøret stor kjærlighet til faget vårt. Dette henger tett sammen med vår inspirerende bijobb som universitetslektorer. Vi lærer opp kull etter kull om kjernekompetansen og kjerneverdiene i allmennpraksis og i fastlegeordningen. Vi ser at kull etter kull begeistres, for bredden i faget og over at det systemet de presenteres for er så verdiforankret som det er. Når de likevel ikke søker seg inn i fastlegeordningen, må vi raskest mulig endre rammebetingelsene slik at en slik jobb framstår som attraktiv ikke bare faglig, men også som levebrød.

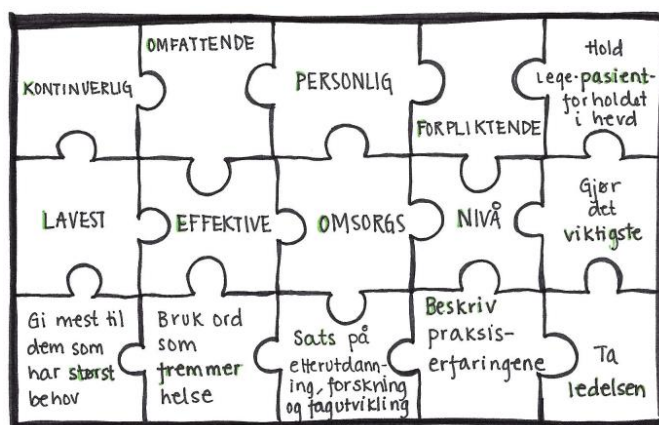
Hva er så disse allmennmedisinske kjerneverdiene? I kortform kan dette sammenfattes i to forkortelser og syv «teser».

KOPF er vårt faglige credo og står for Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende. En annen måte å si dette på ble formulert av dr. Willam Osler: «Det er **viktigere å vite** hva slags person en pasient er, enn **hvilken** sykdom pasienten **har**.» Altså nettopp det vi fastleger ønsker oss rammebetingelser for å utøve. KOPF er også forutsetningen for å opparbeide T for Tillit. Nylig avdøde Per Fugelli er omtalt som «Nasjonen Norges fastlege» og sier dette om tillit: «Tillit er det «gudestoff» som holder pasienter og leger sammen. Uten tillit ville medisinen være en slagmark invadert av advokater, journalister, byråkrater, kontrollører, konsumenter og spekulanter.»

LEON er det helseøkonomiske credo og står for Lavest Effektive Omsorgs Nivå. Dette er et credo for hele helsevesenet, og bare en robust førstelinjetjeneste kan gi LEON-prinsippet egentlig innhold. Forskningsmessig hersker det ingen tvil om at LEON-prinsippet sikrer både best kvalitet, størst likhet og lavest kostnad for helsevesenet vårt.

De syv tesene for allmennmedisin ble formulert av kloke allmennleger rundt årtusenskiftet, og gjelder fortsatt som våre retningslinjer. Igjen i kortform:

- Hold lege/pasientforholdet i hevd.
- Gjør det viktigste (prioriter pasientrettet arbeid).
- Gi mest til dem som har størst behov.
- Bruk ord som fremmer helse.
- Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling.
- Beskriv praksiserfaringene.
- Ta ledelsen.



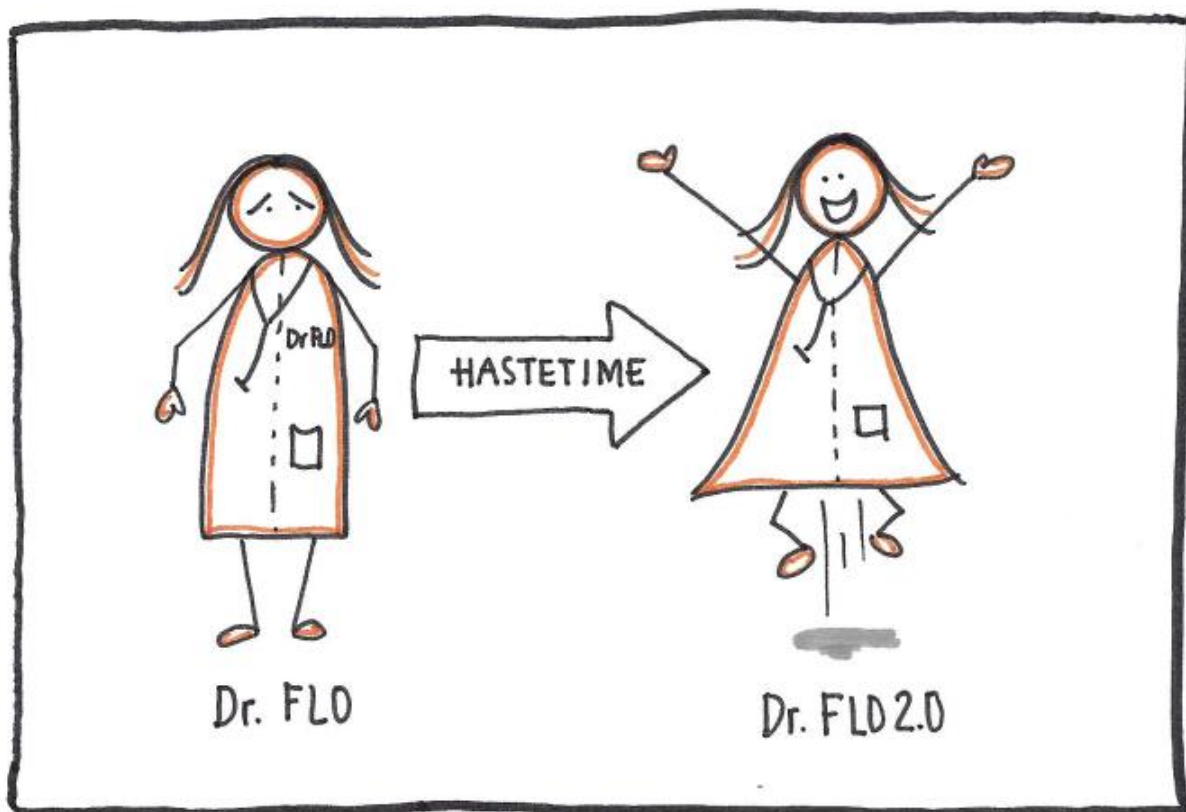
En hovedoppgave for oss er å lære studentene å sette disse verdiene og dette faget ut i praksis. Men nå vakler fastlegeordningen og trenger politisk hastetime. Vi i «Trønderopprøret» ønsker oss med i det samarbeidet. Helst i første linje.

Trønderopprøret

Harald Sundby
Ines Saracevic Elgsæter
Inga Marthe Grønseth
Tone Dorthe Sletten
Christine Agdestein
Kjetil Sørdal Klungre
Hanna Helgetun Krogh
Christian Berntsen
Marius Bakken

Trondheim 14.03.2018

Tor Magne Johnsen
Vegard Berge
Børge Lønnebakke Norberg
Finn Høivik
Morten Paulsen
Einar Låstad Kjosavik
Arne Winsnes
Åse Norberg
Frode Helgetun Krogh



Både fastleger og spesialister må forholde seg til et betydelig antall retningslinjer. Helt til slutt i vår håndbok presenteres én av dem, som alle har felles, og som kanskje trumfer alle andre: En retningslinje for hvordan leger og andre helsearbeidere kan arbeide godt sammen praktisk på tvers av alle nivåer. Når dette samarbeidet fungerer, vil målet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp ofte komme nesten av seg selv. Vi tillater oss å tro at er det noe pasientene ønsker seg, så er det en slik klinisk «samhandlingsreform 2.0»

Retningslinjen er utarbeidet av Praksiskonsulentordningen ved Oslo Universitetssykehus, og de kaller den samhandlingsplakat for leger.

Samhandlingsplakat for leger

God samhandling mellom leger er avgjørende for trygg og god pasientbehandling.

Gjensidig respekt og likeverdighet skal ligge til grunn for samarbeid leger imellom, og mellom leger og alle andre aktører i helsetjenesten.

Ved henvisninger og tilbakeskrivninger:

Tenk på din kollega som skal ta imot og behandle videre den pasienten du sender fra deg.
Gi god informasjon i henvisning og epikrise.
Husk oppdatert medisinliste.

Overlat ikke til din kollega en jobb du helst og best skulle gjort selv.

Hvis du mener at en pasient bør henvises eller få rekvisisjon til en tjeneste, skriver du henvisningen/rekvisisjonen selv, med mindre det er klar grunn til å be en kollega gjøre det.

Samarbeid om pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

Ved kompliserte tilstander informerer vi hverandre, og rådslår per telefon eller ved å møtes.
Gjensidig beslutningsstøtte mellom leger bidrar til god pasientbehandling.

Gode oppfølgingsavtaler gir trygghet for pasienten og sparer tid for din kollega.

Planlegg og lag klare avtaler med pasienten om kontroller og annen oppfølging der det er nødvendig.
Skriftliggjør avtalen overfor pasient, i henvisninger og epikriser.

La pasienten ta ansvar for timebestilling og oppfølging der det er mulig.

Gi pasienter som trenger det, hjelp til nødvendige avtaler.

Ha forståelse for at tidspress og rammebetingelser av og til fører til at det kolleger overleverer til hverandre ikke alltid er så optimalt som man kunne ønske seg.
Snakk aldri nedsettende om dine kolleger i møter med pasienter og pårørende.

