

## **Utfordringer i allmennlegetjenesten – løsningene hos allmennlegene, kommunene eller staten?**

Distriktsmedisinsk konferanse i Bodø 13. mars 2008,  
statssekretær Kari Henriksen

Takk for invitasjonen!

Først vil jeg gi ros til dem som har tatt initiativet til denne konferansen og satt sammen et omfattende, viktig og spennende program som jeg håper vil bidra til å løfte allmennmedisinen – inkludert distriktsmedisinen.

Ingen skal være i tvil om at vår helse- og omsorgsminister er opptatt av helhet i helsetjenesten. Hun er svært opptatt av kvalitet i **alle** ledd.

God helse henger sammen med mange forhold, men spesielt henger folkehelse sammen med å ha en mening med livet. Å oppleve å være betydningsfull i en sammenheng med andre, å finne og ha mening med livet i det store og hverdagen i det små.

God helse henger sammen med håp – om at mine drømmer blir innfridd, om et godt liv, om kjærlighet og framtid. Håp om at det skal gå godt med mine i det små og verden i det store.

Diktet: Jeg ber for Drømmen. Av Hans Børli.

Og der er dere. Midt mellom den eksakte fysiokjemiske og biomolekylære viten og drømmer, håp – og alt det som ligger mellom disse to ytterpunktene.

God helse henger sammen med å koble dette på en klok måte, slik at folk følger de råd dere gir, den behandling dere foreskriver.

Compliance henger først og fremst sammen med å tolke budskap inn i sin egen livsverden, inkludere det i sine drømmer og håp og ikke forstyrre bildet av meg som betydningsfull i mitt eget liv.

Dette er helse- og omsorgsministeren opptatt av.

”Det skal sterk rygg til å bære så mye sorg” sa mi bestemor om folk som hadde opplevd sorg av forskjellig slag.

Derfor er frukt og grønt i skolen, fysisk aktivitet og fokus på ernæring viktig.

Det aller viktigste er nemlig å hindre at folk blir sjuke.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin ble opprettet rundt 1999/2000, og grunnfinansieringen er tilskudd over HODs budsjett. Senteret er en verdifull ressurs innenfor forskning, fagutvikling og nettverksbygging i allmennlegetjenesten i distriktene.

Det er bra at allmennlegetjenesten nå settes på dagsorden. Det har vært mye fokus på sykehusene, enda mer nå i det senere. La meg slå fast: **Primærhelsetjenesten er grunnpilaren i helsetjenesten.**

La oss gå tilbake: I disse dager er det snart 15 år siden fastlegeforsøket startet, og det er 7 år siden innbyggerne i resten av landet hadde frist til å velge lege i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen i hele landet.

Vi kan konkludere med at fastlegeordningen som **systemreform** har vært svært vellykket, men vi står overfor en del utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten generelt og fastlegeordningen spesielt.

Hovedutfordringene i allmennlegetjenesten er knyttet til følgende:

- kapasitet, tilgjengelighet og opprettelse av nye hjemler,
- rekruttering av unge leger til eksisterende og nye hjemler,
- samarbeid mellom fastleger og andre – både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og
- kunnskapsutvikling, inkludert forskning

## **1. Kapasitet, tilgjengelighet og opprettelse av nye hjemler**

*Økende etterspørsel/behov for fastlegenes ressurser*

Fastlegene har et **personlig** ansvar for allmennlegetilbudet til innbyggerne på sin liste. Dette innebærer blant annet å være lett tilgjengelig.

Stadig flere etterspør fastlegenes kompetanse og involvering, både pasienter og samarbeidende helse- og sosialpersonell. Folk lever lengre og flere utvikler sykdom. Mange av de kroniske livsstilssykdommene krever tverrfaglig samarbeid, ofte på tvers av nivåer. Regjeringen har de siste årene økt innsatsen betydelig i blant annet pleie og omsorgssektoren, rusbehandling og psykisk helsevern. Denne satsingen har gitt bedre behandling. Men dette er mennesker som har sykdommer som krever mer tid, både i den enkelte legekonsultasjon og mer samarbeid mellom leger og annet personell.

Det er økte forventninger til fastlegene. De skal tolke symptomer tidlig, utrede, eventuelt henvise, diagnostisere og behandle raskt og riktig. Helst hver gang. De forventes å ha god breddekompetanse, høyt engasjement og samarbeide med mange om enkeltpasienter. Dette kommer blant annet tydelig fram i fagstrategiene for blant annet diabetes-, KOLS- og kreftområdet.

Fastlegene etterspørres også i større grad i forbindelse med samarbeid rundt reduksjon av sykefravær – fra NAV, arbeidstaker og arbeidsgiver.

Samtidig er det behov for mer legeressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, helsestasjon, skole, fengsler mv. Blant annet har Regjeringen et mål om å styrke legetjenesten i sykehjemmene med minst 50 pst innen 2010. Det er inngått en avtale mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Ett av målene der er å styrke det allmennmedisinske offentlige legearbeidet i sykehjem.

Det er også et mål å få flere fastleger inn i allmennmedisinsk forskning, og praksiskonsulentordningen (PKO) involverer fastleger i deltidsstillinger på sykehus. Dette ser ut til å fungere bra i somatikk, men det gjenstår ennå noe i samarbeidet mellom fastlegene og psykiatrien, og kanskje spesielt innen rus- og avhengighetsbehandling.

Gjennomsnittsalderen blant fastlegene øker dessuten, og mange leger nærmer seg nå 55 år og kan be om fritak fra legevakt.

Det er vel dokumentert at sykehusene gjennom flere år har opprettet flere legestillinger enn det antall de er tildelt av departementet. Kapasitet og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester påvirker også arbeidsmengden i primærhelsetjenesten. Statistikken fra fastlegeregisteret i NAV viser at det blir stadig færre fastleger som har åpne lister og dermed færre leger å velge mellom for innbyggerne.

Det er viktig med en god oppgavefordeling mellom allmennleger og sykehus. Medisinsk behandling **skal** ytes på riktig nivå. Dette innebærer god prioritering av fastlegeressurser. Det er behov for å øke kapasiteten, med andre ord å øke antallet fastlegehjemler i og å styrke rekrutteringen til allmennlegetjenesten.

**Samlet sett viser dette at mange vil ha del i fastlegene!**

### *Styring og samarbeid lokalt*

Kommunen er ansvarlig for å ha tilstrekkelig antall fastlegehjemler, for organisering av legevakt og for ressurser til offentlig legearbeid. Norges forskningsråd pekte i sin evaluering på at kommunene må være forutseende med hensyn til opprettelse av nye hjemler, slik at man ikke får en situasjon som man fikk i forsøkskommunen Trondheim da alle listene var lukket.

De fleste forhold og utfordringer knyttet til organisering og drift av fastlegeordningen er slik vi ser det, av lokal karakter. Hele regelverket for fastlegeordningen og den kommunale finansieringen hviler på at dette er et ansvar som i hovedsak løpende vil måtte vurderes og løses av partene lokalt. Gjennom sentralt avtaleverk er det etablert et regelverk som innebærer at kommunene skal involvere allmennlegene/fastlegene i planleggingen av den lokale legetjenesten.

Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) er stedet for å diskutere tilgjengeligheten til fastlegene, bl.a.:

- ventetid og oppgavemengden til legene,
- eventuelle behov for at legene reduserer størrelsen på listene sine,
- behov for opprettelse av flere legehjemler,
- behov for ressurser til allmennt medisinsk offentlig legearbeid,
- behov for ressurser til legevakt med mer

Legene kan også ta initiativ overfor kommunen til å drøfte aktuelle forhold.

Etter vår forståelse hviler det her et gjensidig ansvar på partene. **Partene har selv** ønsket å regulere forhold knyttet til LSU, rammer for lokale individuelle avtaler og fraværsordninger **gjennom avtaleverket**. Jeg viser også til den Intensjonsavtalen som ble inngått under forberedelsene til fastlegereformen i 1999 mellom Legeforeningen, KS og Oslo kommune. Det ligger en klausul i lovforarbeidene om at en slik regulering forutsetter at partene sammen finner løsninger.

Dette betyr at hver og en av fastlegene – altså dere som er fastleger – må engasjere dere lokalt og ta initiativ, hvis det er et ønske eller behov for å endre noe som vedrører arbeidssituasjonen. Legenes tillitsvalgte har et ansvar for å bringe denne type saker inn til diskusjon med kommunen.

De individuelle fastlegeavtalene er kommunens viktigste styringsverktøy. Full utnyttelse av avtalene forutsetter planlegging og forutgående drøftinger med legene i LSU. Kommunelege I har her en viktig rolle som planlegger og som bindeledd mellom kommunen og legene.

## **2. Rekruttering av unge leger til eksisterende og nye hjemler**

Så over til rekrutteringen til allmennlegetjenesten.

Generelt er allmennlegedekningen betraktelig bedret de senere år med en økning på 472 årsverk i kommunehelsetjenesten fra 2000 til 2006. Antallet fastleger har økt med 306 siden innføringen av fastlegeordningen i 2001 og var ved årsskiftet 2007/2008 på 3 891. Det har vært en gradvis reduksjon i antallet ledige fastlegehjemler; det var 84 ledige hjemler ved siste årsskifte, mens det ved innføringen av fastlegeordningen i juni 2001 var 277 ledige hjemler.

Stabiliteten i allmennlegetjenesten er, som vi vet, ikke geografisk jevnt fordelt. De fylkene som har slitt mest med rekruttering over tid er de fire nordligste fylkene, Sogn og Fjordane og kommuner i innlandsfylker som Oppland og Hedmark. Det har gjennom flere år vært gitt statlige tilskudd til ulike stimuleringstiltak for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene. Flere av tiltakene har hatt god effekt, selv om utviklingen har vært langsom. En svært positiv utvikling de senere



år har vi sett i Sogn og Fjordane. Dette fylket var i flere år det som over tid hadde størst andel ubesatte fastlegehjemler. Fra **19,4 pst** i 2001 og **12,6 pst** i 2004 var andelen ubesatte fastlegehjemler – med fast lege! – i Sogn og Fjordane nede i **2,8 pst** ved utgangen av 2007. Andelen av befolkningen uten fast lege er størst i Finnmark og her i Nordland med henholdsvis 5,8 og 5,5 pst.

Årsaker til lav stillingsstabilitet er sammensatte. En undersøkelse av årsaker til at leger slutter i Nord-Trøndelag og Finnmark, viste at det som ble tillagt størst vekt var samarbeidsklimaet mellom legene og den kommunale ledelsen. Dette gjaldt både i kommuner med stabil og ustabil legedekning. Samtidig er det en rekke andre forhold som spiller inn, som ønske om mindre vaktbelastning og manglende tilhørighet til stedet. I kommuner med ustabil legedekning ble det også lagt relativt stor vekt på misnøye med praktiseringen av fastlegeordningen og ustabilitet med mye vikarer i legegruppen.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med KS og Legeforeningen satt i gang et utredningsarbeid angående rekrutteringen til allmennlegetjenesten generelt og til fastlegeordningen spesielt. Departementet ser fram til å få denne utredningen oversendt, og vi legger til grunn at sentrale temaer tas opp her. Dette vil blant annet være:

- rekruttering av nyutdannede leger til fastlegeordningen, kanskje særlig til nyopprettete fastlegehjemler og
- utfordringene med å rekruttere leger til fastlegehjemler med privatpraksis som driftsform

Kanskje bør vi også ta inn over oss samfunnsutviklingen på andre måter og erkjenne at allmennleger flest ikke ønsker å arbeide så mange av døgnets timer som leger gjorde tidligere. Kvinner og menn ønsker å delta mer i omsorgen for mindreårige barn, de ønsker å tilbringe mer tid med dem, ha mer fritid og leve et så normalt sosialt liv som mulig.

For øvrig vil jeg nevne at Regjeringen fra 2008 gir tilskudd til etablering av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL) med stasjonær legevaktsentral. Dette samarbeidet kan bidra til en kvalitetsheving i tjenesten og bedre tilgjengelighet til legevakt i tillegg til å redusere vaktbelastningen for den enkelte lege.

### **3. Samarbeid mellom fastleger og andre – både i kommune- og spesialisthelsetjenesten**

Så over til den 3. utfordringen:

Det er en felles erkjennelse at samarbeidet kan bli bedre, både mellom fastleger og sykehusleger og mellom fastleger og øvrige kommunale tjenester.

Samarbeidsforholdene lokalt mellom allmennlegetjenesten/fastlegene og den øvrige kommunale organisasjon berører etter vår vurdering minst tre forhold:

**Det ene** er kommunens muligheter til å disponere fastlegenes ressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, helsestasjon etc.

**Det andre** er kommunens behov for allmennlegers/fastlegers deltakelse på det vi kan kalle systemnivå, for eksempel i planlegging, organisering og utvikling av de kommunale tjenester inkludert allmennlegetjenesten som helhet, i etablering av samarbeidsrutiner, ved å bidra/gi bidrag til fagutvikling overfor andre yrkesgrupper for eksempel i sykehjem, i hjemmesykepleien og i sosialtjenesten. Her har allmennlegene mye kompetanse å bidra med.

Det er også et stort behov for **fastlegers samarbeid om enkeltpasienter**/på individnivå med personell i øvrige kommunale tjenester. Dette kan for eksempel være med personell i hjemmesykepleien – blant annet om legemiddelforskrivning, innen rusomsorgen, i psykisk helsevern, med koordinerende enhet for rehabilitering og fysioterapeuter. Dette er knyttet til at fastlegene har det medisinske behandleransvaret – eller listeansvaret – for innbyggeren eller pasienten.

Kvaliteten på samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten handler blant annet om kvalitet på henvisninger og epikriser og om en felles forståelse av hva som er riktig nivå og riktig oppfølging i behandlingen av enkeltpasienter.

Praksiskonsulentordningen (PKO), som bidrar til samarbeid på systemnivå mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, er etter hvert etablert ved alle helseforetak, og er organisert slik at fastleger ansettes i en deltidsstilling ved helseforetakene og fungerer som koordinator mellom foretakene og førstelinjetjenesten. PKO skal bidra til et stort løft i samarbeidet mellom fastlegene og sykehus, både innen somatikk, psykiatri og rusbehandling. Nettopp av den grunn tror jeg det er viktig at vi på et gitt tidspunkt får evaluert denne ordningen.

Og jeg har forstått det slik at Legeforeningen godt kan tenke seg at en tilsvarende ordning etableres for samarbeid med kommunale tjenester – jf. behovet for samarbeid på systemnivå – og for samarbeid med NAV.

Departementet har inngått en nasjonal rammeavtale med KS som regulerer samarbeid mellom kommunene og helseforetak på helse- og omsorgsområdet. Det er viktig at fastlegenes roller i dette nedfelles i de lokale avtalene.

#### **4. Kunnskapsutvikling, inkludert forskning**

Jeg har med stor interesse lest plandokumentet for de allmennmedisinske forskningsenhetene – særlig kapitlet om *”hvorfor vi trenger allmennmedisinsk forskning”*.

Jeg forutsetter at de fleste av dere er godt kjent med innholdet i dokumentet. Jeg kan ikke si annet enn at vi slutter oss til hovedbudskapet. Dokumentet begrunner behovet for oppbygging av allmennmedisinske forskningsenheter og for en bred tilnærming i forskningen innen allmennmedisin og i allmennlegenes samarbeid med andre. Dette er også tydeliggjort i vår egen forskningsstrategi, og i statsbudsjettet.

Jeg vet at dere i forskjellig grad har kommet i gang, men ønsker å berømme alle som er involvert, for den entusiasmen og innsatsen dere legger for dagen. Departementets finansiering kommer her i tillegg til finansieringen av Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen.

Gjennom honorartariff-forhandlingene med legeforeningen er det også avsatt over 10 mill. kroner til forskning i allmennmedisin. **Vi kan vel si at vi nå er godt i gang!**

#### **5. Avslutning**

Jeg har gjennomgått de fire hovedutfordringene vi ser for allmennlegetjenesten.

Når det gjelder 1) **kapasitet, tilgjengelighet og opprettelse av nye hjemler** er dette primært et lokalt ansvar – løsningene ligger hos kommunene og hos kommunene og legene i samarbeid. Vårt ansvar på overordnet nivå gjør at vi følger utviklingen nøye og kontinuerlig – og gir innspill der vi mener det er nødvendig. Primærhelsetjenesten vil få større fokus i årene fremover.

Når det gjelder 2) **rekruttering av unge leger til eksisterende og nye hjemler** er det primært også et kommunalt ansvar. Statens ansvar er knyttet til regelverket for fastlegeordningen, både i forskrift og avtaleverk. Her avventer vi rapport fra partene.

**3) Samarbeid mellom fastleger og andre** – dette handler primært om samarbeid på **individnivå** – dvs et fastlegeansvar, men også et **forvaltningsansvar og ledelsesansvar** fra kommunenes side og fra helseforetakenes side. Så vil departementet måtte vurdere eventuelle endringer i de sentrale rammebetingelsene. Og så vil jeg minne om at det faktisk er sånn at et godt samarbeid ofte fører til mindre ressursbruk, **både** for pasienten og for helsepersonell.

Til slutt – **4) Forskning og fagutvikling** – her synes jeg at departementet og allmennlegekorpset drar godt sammen – så må vi få kommunene til å interessere seg mer for området. Det er dere allmennleger – som kan faget – som må fylle området med innhold ut over de forventninger myndighetene har!

Jeg vil også oppfordre dere til å søke sammen med lokale forskningsaktører. Enten det er universiteter, høyskoler, nasjonale kompetansesentra eller liknende. Det er mange som har felles interesser innen forskning, og det er viktig å ha et miljø. Å forske alene er slitsomt!

**Så: konklusjonen er at løsningene ligger hos alle tre aktørene.....**

Og helt til slutt vil jeg gjerne komme med en oppfordring til dere. Deres arbeid i primærhelsetjenesten er viktig. Deres stemmer må høres i den allmenne debatt! Dere har viktige oppgaver, og både befolkning og politikere lokalt må få høre deres stemmer. Ta kontakt med lokale partier, gi dem informasjon og inviter til dialog. Fortell om deres vurdering av hvor viktige dere er, og hvorfor. Det fortjener innbyggerne, pasientene og politikere lokalt å få vite mer om.

Takk for oppmerksomheten, og lykke til med dag 2 på konferansen