

## Rekruttering til fastlegeordningen

Nylig fikk Norge femteplassen på en rangering av de beste helsesystemene i verden. Felles for landene på toppen er at de har en godt utbygd primærhelsetjeneste med gode legetjenester tilgjengelig der folk bor. Dette har vist seg å være bra for pasientene og billigere for samfunnet.

Hvor lenge vi klarer vi å holde plasseringen er dog usikkert. Et betydelig antall fastlegestillinger står ubesatt og vikarbruken øker. Distriktene har trodd at sentralisering av legevaktene var løsningen. Men nå forsvinner også fastleger i byer inn på sykehus.

Det er nemlig ikke er mulig å bygge langvarige relasjoner til skiftende vikarer – den viktigste kvaliteten i fastlegeordningen. Pasientene blir usikre på om deres historie blir forstått av stadig nye leger. Legene kjenner heller ikke gode lokale løsninger og henviser mer. Dette koster for den enkelte og for fellesskapet.

For gjenværende fastleger og annet personell er det tidkrevende å sette nye vikarer inn i tjenestene. Tid som tas fra pasientarbeid.

Noen av utfordringene skyldes at legers lange utdanningsløp fremmer jobb i sykehus – både grunnutdanningen og turnustjenesten. Det er et myndighetsansvar å rette opp i denne skjevheten, men det ser ut til å ha lav prioritet i helseforvaltningen.

Primærhelsetjenesten er ikke organisert i helseforetak eller har andre tunge, overbyggende strukturer. Det er få som jobber for kommunenes sak sentralt og få gir dem gode råd. Den enkelte kommune må selv finne gode løsninger for fastlegene. Det tas ingen skikkelige grep nasjonalt.

I suksesskommuner vi kjenner, ser vi et tett samarbeid med stedets leger. Flere av kommunene er små, og gjennomsnittlig lengde på fastlegenes pasientliste ligger godt under landsgjennomsnittet. De smarteste har ansatt så mange fastleger at de kan dekke opp for hverandre ved fravær pga. nødvendige kurs og annet.

Nå prøver også bykommuner som Stavanger, Harstad og Bergen nye løsninger. En av de viktigste er nyopprettede utdanningsstillinger. Dette gir unge fastleger mulighet for gradvis innpassing til full fastlegedrift og til å oppfylle myndighetenes nye krav om at fastleger skal være spesialister. Med gode faglige rammer håper Bergen, Odda, Bømlo, Kvam, Masfjorden, Årdal og andre å holde på legene.

Regjeringen tror på å la andre yrkesgrupper ta over noen av fastlegenes oppgaver. Slik oppgaveglidning er ikke noe nytt. Pasienter i kommune-Norge har lenge fått hjelp av sykepleiere til å håndtere sin diabetes, KOLS eller psykiske lidelser da de er ofte tar seg bedre tid og er gode til å følge prosedyrer og retningslinjer.

Fastleger har breddekompetansen som trengs når retningslinjer ikke gir gode svar. Det er ganske ofte. Tett samarbeid mellom sykepleiere og fastleger er derfor nyttig, men knapt med tid og helsepersonell begrenser hvor mye tverrfaglig arbeid det er mulig å få til.

En problematisk sider ved oppgaveglidning er risikoen for at den medisinske behandlingen blir fragmentert og uoversiktlig. Hvem gjør egentlig hva? Det er også en risiko for at det helhetlige ansvaret pulveriseres. Nå er dette ansvaret entydig plassert hos den legen man selv har valgt og kjenner.

En tredje problematisk side er at det kan forsterke rekrutteringsproblemen. Det har vi sett i andre land. Allerede for noen tiår siden begynte kanadierne å erstatte leger med avanserte sykepleiere i

sine utkantområder. Da det ble vanskelig å få tak i disse, jenket man videre på kravene og lot vanlige sykepleiere gjøre det som en gang var legers jobb. I den nye rankingen havner Canadas offentlige helsevesen på 17. plass.

På politisk nivå er det egentlig bare Arbeiderpartiets som har et program for utfordringene vi nå ser. De vil etablere flere utdanningsstillinger og gjøre fastlegenes lister kortere. De vil tilpasse legers utdanning til arbeid i kommunene, og de vil satse på å gjøre det mer attraktivt å jobbe på legevakt.

Skal vi fortsatt ha et helsevesen i tet, må flere politikere og helsemyndigheter engasjere seg for legene i primærhelsetjenesten.

21.05.17, Tromsø

Helen Brandstorp

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin

UiT Norges arktiske universitet