

GODE GREP FOR FASTLEGEORDNINGEN



SEMINAR,
SORTLAND 2018

4 SATS PÅ TRIVSEL OG UTVIKLING

Trivsel, tilhørighet og faglig utvikling får fastlegene til å bli, sier fagdirektør Karin Straume i Helsedirektoratet.

6 LÆRER AV SKOTTLAND OG SVERIGE

NSDM ser til Skottland og Sverige for å lære om rekruttering til legestillinger i distriktene.

8 FASTLEGEORDNINGEN I NORD-NORGE

Gjennomtrekk preger fastlegeordningen i Nord-Norge. Det viser NSDMs studie om fastlegesituasjonen i landsdelen.

10 FASTLEGE OG FIREBARNSMOR

Laila Didriksen trives som kommuneoverlege i Gildeskål. Men høy vaktbelastning og nye krav til kompetanse og beredskap er en utfordring.

12 FLEKSIBILITET I PORSANGER

Porsanger kommune tar i bruk fleksible og utradisjonelle løsninger for å rekruttere og beholde fastleger.

14 UTDANNINGSSTILLINGER MED FAST LØNN

ALIS-Vest tester utdanningsstillinger med fast lønn, og kan bli modell for en ny nasjonal ordning. ALIS-Nord er rett rundt hjørnet.

16 LEGER ER OGSÅ MENNESKER

Forventningene til fastlegeordningen må være realistiske. Også leger fungerer best når tilværelsen er i balanse, sier Tom Willy Christiansen.

18 E-HELSE GIR MULIGHETER

E-helse kan ikke løse alle utfordringer, men det uforløste potensialet er stort, sier Ole Kristian Losvik i Direktoratet for e-helse.

20 PRIMÆRHELSETEAM OG ANDRE PILOTTER

Fremtidens fastleger må ta i bruk ny teknologi og samarbeide med flere på nye måter, sier statssekretær Maria Jahrmann Bjerke i Helse- og omsorgsdepartementet.

22 DET HASTER Å GJØRE NOE

Sviktende rekruttering, generasjonskifte, økende arbeidsbelastning og uforutsigbar økonomi går igjen, sier Tom Ole Øren i Allmennlegeforeningen, etter å ha møtt leger over hele landet.



FRISKE TAKTER FOR FLO

Kommuneoverlegegruppa i Vesterålen er viden kjent for sitt utrettelige engasjement, sine skarpe penner og uredde innsats for helsetjenestene. Våren 2018 gjorde de noe nytt. Mette Røkenes, Anders Svensson, Astrid Holm, Ellen B. Pedersen og Ingebjørn Bleidvin fikk med seg Jan Håkon Juul fra Lofoten og inviterte til et nasjonalt tverrfaglig seminar om utfordringene i fastlegeordningen (FLO). Nordland legeförening hjalp til med gjennomføringen. Seminaret samlet både lokale, kommunale helseledere, politikere, fastleger, tillitsvalgte, forskere og helsebyråkrater fra sentralt og regionalt hold. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fikk anledning til å bidra med flere innlegg. Frilansjournalist Hanne Løkås Veigård på oppdrag fra NSDM var til stede på hele seminaret. Dette magasinet gir en journalistisk presentasjon av innleggene som de inviterte bidragsyterne holdt. Arrangørens engasjement smittet i de fargerike lokalene til Kulturfabrikken i Sortland. Flere av deltakerne har også siden engasjert seg i det offentlige ordskiftet. Med denne publikasjonen fra NSDM ønsker vi å bidra til å sikre FLO, gjennom å spre seminarets budskap til et større publikum.

HELEN BRANDSTORP

NASJONALT SENTER FOR
DISTRIKTSMEDISIN

TILHØRIGHET, TRIVSEL OG FAGLIG UTVIKLING

- Trivsel, faglig utvikling og lakseeffekten. Det er fortsatt det klokeste å satse på for å rekruttere fastleger og få dem til å bli. Det sier fagdirektør Karin Straume i Helsedirektoratet, som har arbeidet med rekruttering av helsepersonell i flere tiår.

Hun har sett utfordringene fra ulike perspektiver: Som fylkeslege lengst nord i Norge, og som nasjonal helsebyråkrat i Oslo.

Veiledningsgrupper

I 1997 ble hun hyret inn av daværende fylkeslege for å gjøre noe med legemangelen i Finnmark. 30 prosent av legestillingene var da ubesatt eller besatt av korttidsvikarer.

- Turnuslegene har alltid vært den beste rekrutteringskilden. Jeg startet veiledningsgrupper for turnusleger i Finnmark. Da Helse- og sosialdepartementet begynte å forberede fastlegeordningen forutsatte det bedre legedekning i hele Nord-Norge og Nord-Trøndelag. Dermed ble veiledningen utvidet til dette området, og senere til hele landet. I dag er veiledningsgruppe en obligatorisk del av den nye spesialistutdanningen, sier hun.

Ny oppgave

Faglig utvikling i form av utdanning og spesialisering er viktig for å få leger til å bli. Det samme er muligheten til å delta i forskning og utvikling av eget fag.

- Små kommuner er ypperlige "laboratorier" for forskning, og dette kan gi leger et pusterom fra klinisk arbeid, sier Straume.

I forbindelse med ny spesialistutdanning blir kommunene utdanningsvirksomheter.

- Det blir en stor, ny oppgave for kommunene. De må legge til rette slik at legene kommer gjennom spesialiseringen. Det blir krevende, men byr samtidig på nye muligheter. Kanskje kan kommunene samarbeide om veiledning og læringsaktiviteter, foreslår hun.

Den viktige tilhørigheten

At legen trives er helt avgjørende. Trivsel rommer både levelige arbeidsforhold, familie og nettverk og det som gjerne omtales som lakseeffekten.

- Lakseeffekten handler om at laksen ofte vender tilbake og etablerer seg der den har vokst opp. Tilhørighet har stor betydning for om legen blir værende. Utdanning i rekrutteringssvake strøk er derfor viktig, ikke bare for leger. Man må også stelle godt med sine egne ungdommer som studerer ute, og holde kontakten med studenter man har hatt inne, sier Straume.

Praksiserfaring fra distrikt virker veldig rekrutterende.

- Ved å være i rural praksis kan studenten oppleve at dette er givende arbeid og et flott sted å jobbe, og slett ikke skummelt, sier Straume.

Stabilitet gir kvalitet

Trivselen blant norske fastleger er blitt mye dårligere på ti år.



Karin Straume, Helsedirektoratet

- Det går utover stabiliteten, og er et nasjonalt problem som vi må ta tak i. På toppen av en stor arbeidsbelastning kommer vaktene. Her kan vi lære fra Nordkapp, som kjører med litt flere leger enn de på papiret trenger. Med en ekstra stilling kan de redusere vaktbe-

lastningen og dekke opp vikarer internt, sier hun, og legger til:

- Stabilitet er i seg selv viktig for kvaliteten på helsetilbudet. Vi har i dag store variasjoner i kvaliteten, og det må vi gripe fatt i.

DISTRIKTSMEDISIN FOR DE TØFFESTE



Å rekruttere ut av storbyen har vært et problem i flere tiår. Helen Brandstorp, leder for NSDM, mener Norge kan lære av Skottland og Sverige. - Distriktsmedisin er for de tøffeste – naturen får du på kjøpet! Det er budskapet der, sier hun.

NSDM på studietur på Orknøyene i 2017. Fra venstre: Frank Remman, Helen Brandstorp, Birgit Abelsen, Margrete Gaski, Charlie Siderfin og Martin Bruusgaard Harbitz.

- Finnmark selger ikke så godt i Oslo, eller i Tromsø, for den saks skyld. Vi dro til øygruppen Orknøyene, nord for skotsk fastland, for å se hva vi kunne lære av dem, sier Helen Brandstorp.

Matchmaking

Charlie Siderfin, ledende lege for primærhelsetjenesten på Orknøyene, har hatt stor suksess med utradisjonell rekruttering.

- De charterer et fly, fyller det med aktuelle kandidater og lar dem besøke de øyene som trenger lege. Lokalbefolkningen tar imot dem og viser dem rundt. Slik sikres match mellom menneskene i øysamfunnet og den nye legen.

Legene utfordres med at legetjeneste i utkantstrøk er for de tøffeste. Jobben appellerer gjerne til godt voksne som

vil ha et litt annerledes legeliv på tampen av karrieren, forteller hun.

Det er én lege på hver øy. Disse “møtes” til faste videokonferanser. De får også ekstra avspasering, ut fra en erkjennelse av at leger som bor sammen med pasientene sine i små samfunn trenger å komme bort for å puste.

Distrikts-kvalifisering

Et eget helseforetak for utdanning har utviklet “The rural fellowship program”, som tilbys 16 steder.

- Dette er et ekstra studieår for å ruste seg til arbeid i distrikt. Som regel tas året rett etter at man er blitt spesialist i allmenntmedisin. Året omfatter både tradisjonell utdanning og arbeid i vertskapspraksis. Kandidatene bruker også mye tid på en personlig utviklingsplan. Ti år etter oppstart ser vi at så godt som alle som har gjennomført

programmet arbeider som allmennlege, og mer enn 70 prosent av dem i rurale Skottland, sier Brandstorp. Også Sverige markedsfører at distriktsmedisin er for de tøffere, og at fin natur kun er en bonus. I 2009 fikk Sverige en spesialisering i rural allmenntmedisin. Interessen for jobb i distriktene har økt etter dette.

Mester og svenn

- Lokale tutorer har stor betydning, og disse må læres opp. At erfarne distriktsleger blir involvert i spesialiseringen i rural allmenntmedisin er også viktig. Hver eneste lege må følges nøye opp, og få muligheter til å bli kjent og bygge nettverk. Høynet status for rurale helsesentre og at arbeidsgiver betaler kurs og annen kompetanseheving trekkes også fram i en intervjustudie gjennomført av allmennlege Catharina Ingvarsson.

Den svenske foreningen for glåsbygdsmesisin (distriktsmedisin) har laget en sjekklste for hvilken tilleggskompetanse en allmennlege må ha når det er langt til nærmeste sykehus: Akuttmedisin, kardiologi, gynekologi og fødselshjelp, ultralyd, øyeutredning, øre/nese/hals, småkirurgi og avansert palliativ omsorg.

Ikke glansbilde

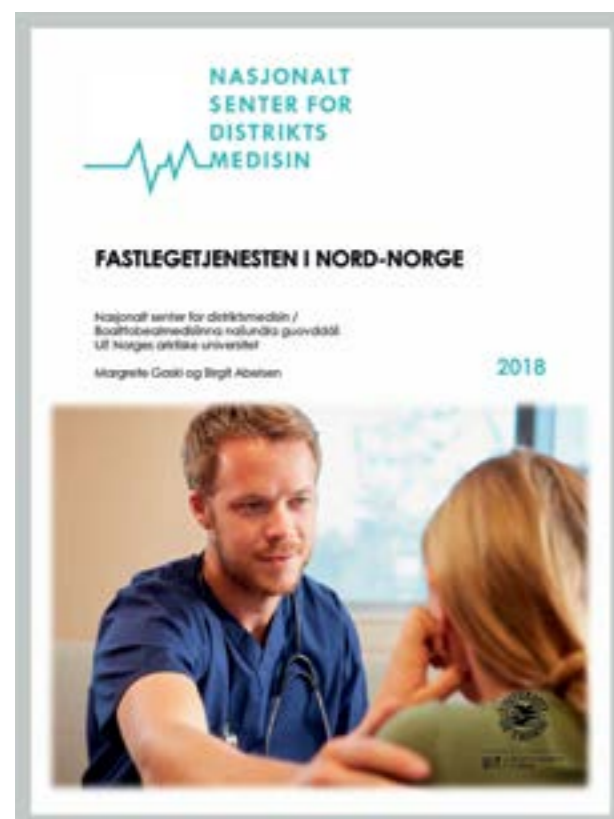
Universitetet i Cambridge erfarte at tre ganger så mange legestudenter ønsket å bli allmennleger etter at de hadde fått prøve seg i allmenntpraksis.

- Vi trenger ikke et glansbilde av livet på landet. Gode rollemodeller, klinisk erfaring og et realistisk bilde av distriktsmedisin vil få flere til å velge denne karriereveien. Norge er i startgropa, mener Brandstorp.

BEKYMRRINGSFULL GJENNOMTREKK

- Ta grep om helheten! Det er oppfordringen fra forsker Margrethe Gaski, som har undersøkt fastlegesituasjonen i Nord-Norge. Studien viser at hyppig utskifting er et større problem enn “forgubbing” blant fastleger i nord.

Rapporten “Fastlegeordningen i Nord-Norge” kom i mai 2018. Der har forskerne Margrete Gaski og Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) sett nærmere på bemanning, organisering, driftsformer og avstandsutfordringer i landsdelens kommuner og regioner.



Du kan lese hele rapporten på www.nsdm.no

Studien er gjennomført på initiativ fra Helse Nord.

Mindre forgubbing

- Utskiftingen av fastleger er svært høy i Nord-Norge, og den øker. Det er en større utfordring enn “forgubbingen” som finner sted i landet for øvrig. Mens en fastlegeavtale varer i gjennomsnitt 5,9 år på landsgjennomsnittet, varer den i snitt 3,8 år i Nord-Norge. Jo mindre sentralt, jo kortere varighet på avtalene. I de minst sentrale strøkene er varigheten i gjennomsnitt 2,2 år, sier Gaski.

Gjennomtrekk er altså hovedutfordringen i nord, mens “forgubbing” bekymrer i noen andre deler av landet. - Hver fjerde norske fastlege har passert 60 år. Blant fastlegene i Nord-Norge gjelder det bare 15 prosent. Unntaket er Narvik, som utmerker seg ved at 38 prosent av fastlegene er over 60 år. Ser vi på utskiftningsandelen har den for Nord-Norges del økt fra 11,4 i 2002 til 12,8 i 2013. På landsbasis økte utskiftingen i samme periode fra 6,4 til 7,3 i 2013.

Sats på stabilisering

Landsdelen er langt fra selvforsynt med fastleger. UiT Norges arktiske universitet uteksaminerer 85 nye leger hvert år. Leger herfra bemanner drøyt fire av ti legestillinger i Nord-Norge.

- Dessverre sprer de seg ikke jevnt over hele landsdelen. De fleste blir i Tromsø eller like ved. De fleste

legene i Nord-Norge kommer fra andre deler av landet eller utlandet, sier hun.

I de minst sentrale kommunene er fastlegene som regel på fastlønn.

- Dermed har de kommunene som sliter mest med rekruttering og stabilisering allerede tatt ut det man tenker på som en mulig rekrutteringsfordel, kommen-

terer Gaski.

En gjennomsnittlig nordnorsk fastlegeliste har rundt 300 færre pasienter enn landsgjennomsnittet.

- Mer stabile fastleger vil redusere rekrutteringsbehovet. Kommuner og helseforetak må ta grep om helheten, sier Margrete Gaski, og presenterer rapportens anbefalinger:

Fem tiltak

- Alternativ organisering av legetjenesten, for eksempel inspirert av Lyngens “nordsjøturnus”, Nordkappmodellen eller det interkommunale samarbeidet Senjalegen.
- Kommuner og helseforetak legger til rette for spesialisering i allmennmedisin og etablerer gode løsninger for sykehusåret.
- Mer effektiv koordinering mellom fastleger og

spesialisthelsetjeneste – helseforetaket sender epikrise samtidig som pasienten skrives ut.

- Se helheten i arbeidsbelastningen; listelengde, legevaktarbeid, annet allmennlegearbeid.
- Desentralisering av medisintutdanningen ved UiT, med underavdelinger andre steder enn Tromsø.



Margrete Gaski



NYE REGLER GIR HODEBRY

Laila Didriksen kjenner pasientene sine godt og trives som lege i Gildeskål. Nye krav til kompetanse og beredskap strammer imidlertid skruen. – Det er litt motbakke, men foreløpig er jeg her, sier hun.

Gildeskåls kommunesenter Inndyr ligger cirka 10 mil fra Bodø.

Der er Hjørdis!

– Kommunen har 982 boliger, 898 hytter. 2024 innbyggere, blant dem ganske mange gamle. Helt øverst der er Hjørdis. Hun er 104 år, sier Laila Didriksen og peker idet hun viser fram aldersstatistikken.

Hun ble utdannet lege i Tromsø. Fra 2007 har hun vært kommuneoverlege i Gildeskål, og hun kjenner pasientene og kommunen sin godt.

– Jeg er mest fastlege, mindre kommuneoverlege. Alle helsetjenestene er i samme hus. Vi kjenner hverandre godt, jobber på tvers og har respekt for hverandres kompetanse. Jeg veileder og blir veiledet av de jeg jobber med til daglig, sier hun.

Litt av en kabal

Laila Didriksen vil på ingen måte romantisere livet som “distriktslege”, som var hennes yrkesdrøm fra barndommen. Laila og mannen Henning har fire barn. Henning jobber tolvtimersskift i sin jobb i For-

svaret. Uten besteforeldre som stepper inn som barnvakt hadde familien aldri fått kabalen til å gå opp. – Jeg går vakt hver tredje helg. Det legger 2.800 timer på toppen av et vanlig arbeidsår med sine 1.600 timer. Dette er levelig ettersom det ofte er ganske rolig på vakt. Vi prøver å ta unna det meste på dagtid, og med to tusen innbyggere er det tross alt en stund mellom hvert hjerteinfarkt. Dessuten har vi vært heldige med vikarene. Flere av dem blir over tid, slik at vi slipper den verste vikarstafetten. Vikarene gjør en god jobb, og turnuslegene imponerer med sitt faglige nivå.

Dessuten har vi flinke sjefer, roser hun.

Ekstra hjemmel

Akutforskriften kunne blitt et problem.

– Jeg kan ikke se hva det tilfører av kvalitet at jeg skal ha tilstedevakt i stedet for bakvakt. Det innebærer at jeg må tilbringe 180 døgn på Inndyr i stedet for de 120 som jeg er på egen vakt. Kommunen forstod heldigvis ulempen, og opprettet en ny hjemmel. Ikke primært for listene, men for vaktene. Da enhetsleder kunne dokumentere at den ekstra hjemmelen ville redusere behovet for dyre vikarer, og dermed lønne seg, gikk saken gjennom, sier hun. Rekruttering til legetjenesten i Gildeskål er ikke enkel.

– Søkningen er for så vidt god, men mange av søkerne er utdannet utenfor EØS eller mangler godkjent norsk turnus. Da har kommunen ikke lov til å ansette dem. Det føles litt urettferdig at sykehusene kan velge blant disse, men ikke vi, sier hun.

Spesialisering

Laila Didriksen er godkjent allmennlege, men ikke spesialist.

– Nye kompetansekrav tilsier at jeg enten må være spesialist eller under spesialisering. Vi grubler på hvordan vi skal få til sykehusåret. Med halvannen times kjøring til Nordlandssykehuset i Bodø blir det umulig å håndtere levering og henting i barnehagen. Et alternativ kan være å flytte til Bodø, men da er risikoen stor for at vi blir værende der. Jeg spør meg selv: Blir jeg en bedre lege og en bedre veileder av spesialisering? Jeg må innrømme at jeg begynner å kjenne på et mindreverdig kompleks av å mangle spesialiststempelet. Men alle turnuslegene våre er fornøyde, så jeg tror jo vi gjør noe rett, kommenterer hun.

Du kan bli bedre kjent med Laila Didriksen på hennes populære blogg Casa Didriksen.

PORSANGER - EN FLEKSIBEL ARBEIDSGIVER

- Kun hardt arbeid gjelder. Slik beskriver rådmann Bente Larssen utfordringen med å rekruttere og beholde fastleger i Porsanger. Kommunen tar i bruk fleksible og utradisjonelle løsninger for å møte utfordringen.

Bente Larssen leder KS sitt nasjonale rådmannsutvalg.
- Fastlegesituasjonen er ei utfordring for alle. Vi diskuterer den på alle møtene, sier hun.

På omdømmet løs

Porsanger ligger midt i Finnmark og har knappe 4.000 innbyggere. Kommunen har vært nødt til å ta utradisjonelle grep, etter en krise som oppstod i 2016.
- Vi hadde hatt stabil legedekning i mange år, med fem fast ansatte. Plutselig satt vi igjen med kun kommuneoverlegen. De andre stillingene var vakante etter at folk av ulike årsaker hadde sagt opp. Vi hadde liten erfaring med å rekruttere leger. Når vi lyste ut stillingene, fikk vi få kvalifiserte søkere. Det ble en eskalerende vikarbruk, og misnøyen vokste. Manglende stabilitet gikk særlig utover kronikerne. Det ble flere klagesaker til fylkesmannen og et svekket omdømme. Legemangelen fikk stor oppmerksomhet i media, og politikerne ble utålmodige. Vi var nødt til å gjøre noe, sier Larssen.

Faglig fokus

Både hun og øvrig kommuneledelse innså raskt at brannslukking ikke nyttet.

- Det var et grundig arbeid som måtte til. Vi fikk 500.000 kroner til stabiliseringstiltak, og laget en plan for å rekruttere og stabilisere legedekningen. Vi har et sterkt fokus på fag og fagutvikling. Vi må prøve å gjøre fastlegetjenesten så faglig interessant at den kan konkurrere med spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke gjort i en håndvending, sier hun, og legger til:
- Å legge til rette for forskning og å desentralisere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til distriktsmedisinske sentre i kommunal regi kan være veier å gå.

Virkeligheten

Et av tiltakene som Porsanger allerede har iverksatt, er tettere administrativ oppfølging av fastlegetjenesten.
- Leger kan og vil ledes. Svært mange av dem ønsker å fritas fra administrative oppgaver, som tar tid fra pasientarbeidet, sier Larssen.
Porsanger tilbyr faste tilsetninger i ulik stillingsstørrelse for LIS-leger og leger i spesialisering, og fleksible ordninger med for eksempel hjemmekontor og betalte hjemreiser for leger som bor andre steder. De har også opprettet bokollektiv for pendlende leger.
- Uansett hvor gjerne vi ønsker at legene våre skal bo



i Porsanger: Vi må være realistiske. Det er en reell utfordring at leger fra andre deler av landet ikke vil flytte hit. Vi åpner for dynamiske løsninger, og ser blant annet på om oppgaver kan løses "hjemmefra". Kanskje kan pasienten kommunisere digitalt med legen sin i noen tilfeller? sier hun.

På med uniformen!

Faglig fellesskap er viktig for legene, erfarer Porsanger.

- Det er stort behov for å være del av et kollegium. Legetjenesten har daglige morgenmøter, og hver uke er det tverrfaglig internundervisning under mottoet "lunsj og læring". Ulike smågruppemøter gir poeng i et spesialiseringsløp. Vi har også erfart at uniformering er sterkt undervurdert som fellesskapsbygger, sier hun.

Bente Larssen etterlyser større statlig engasjement i fastlegekrisen.

- Når helseministeren sier at "dette er kommunenes ansvar, og kommunene gjør for lite", da kjenner jeg meg overhodet ikke igjen. Ja, vi har ansvaret. Og det ansvaret tar vi. Det er ikke sånn at vi bare lyser ut en stilling og venter på at kandidatene skal komme. Det er hardt arbeid. Dessverre må vi bare slå fast: Finansieringssystemet knyttet til fastlegeordningen er ikke tilpasset virkeligheten, sier hun.

- Vi må gjøre fastlegetjenesten så faglig interessant at den kan konkurrere med spesialisthelsetjenesten, sier rådmann Bente Larssen i Porsanger.

ALIS-VEST KAN BLI NASJONAL MODELL

Nye leger vil fokusere på faget, ikke næringsvirksomhet. De ønsker økonomisk trygghet, fritid og hjelp til spesialisering. Utdanningsstillinger med fast lønn kan være svaret på det. Prosjekt ALIS-Vest tester det ut i praksis, og kan bli modell for en ny nasjonal ordning.

ALIS er en forkortelse for allmennlege i spesialisering. Det statsstøttede pilotprosjektet ALIS-Vest startet i 2017 og varer til 2022. Ti utvalgte kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane er med.

Katalysator

Allerede i 2008 ble utdanningsstillinger i allmennmedisin utredet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Idéen ble lagt i en skuff.

- Tiden var ikke moden. Ni av ti fastleger var den gang svært fornøyd eller fornøyd med sin arbeidshverdag, sier Helen Brandstorp, som leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Hun er med i prosjektledelsen, i tillegg til at hun følger prosjektet som forsker.

I 2015, i forbindelse med den nye turnuslegeordningen, tok kommuneoverlege Rolf Martin Tande i Masfjorden initiativ til å omgjøre turnuslegestillinger til fastlønnede utdanningsstillinger.

- Det ble starten på ALIS-Vest. Mange av kommunene

hadde tenkt på dette lenge, men ikke fått det til. Prosjektet ble en katalysator, sier Brandstorp. Hun legger til at mange nordnorske kommuner allerede hadde laget lignende ordninger, men uten det overbyggende nettverket mellom kommunene som prosjektet ALIS-Vest lager.

Nasjonal ordning?

- Så tidlig som i 2015 visste KS at fire av ti kommuner slet med å rekruttere fastleger. Det var først etter at VG skrev om utfordringene i fjor at flere begynte å innse alvoret, sier Brandstorp.

1. mars 2017 ble det innført krav om at en lege må være spesialist i allmennmedisin eller i gang med spesialisering for å bli ansatt i kurativ stilling i primærhelsetjenesten.

- Dette aktualiserer innføringen av utdanningsstillinger som et grep for rekruttering og stabilisering av fastleger. Stortinget ba i februar 2018 regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av antall utdanningsstill-

inger i allmennmedisin, og at ALIS blir en nasjonal ordning, sier Brandstorp.

Kommunene i ALIS-Vest opprettet fastlønnede ALIS-stillinger som ble utlyst på vanlig måte. Mange kvalifiserte søkere meldte seg. Stillingene befinner seg på legesenter med andre fastleger. Det legges til rette med tilpasset listelengde (snitt: 700 pasienter) og fri med lønn for å gå på kurs. Legene får fast lønn, slipper å investere i egen praksis og får en god innfasing i fastlegejobben. ALIS'ene skal ha daglig supervisjon, regelmessig veiledning og tilgang på felles veiledningsgruppe. Kommunene i pilotprosjektet får 200.000 kroner pr. år til utdanningsutgifter.

Kommunen følger opp

- Til nå har spesialisering nærmest vært et privat anliggende for den enkelte lege. Nå kommer kommunene tettere på, sier Brandstorp.

Hun påpeker også styrken ved ALIS-nettverket.

- Det får stor betydning at forskere fra Bergen og Tromsø, Hordaland legeförening, KS, helseledere og leger fra ti kommuner møtes på kryss og tvers. Det kan bryte ned noen av mytene om "grådige leger" og "helseledere som ikke skjønner noe", tror hun. Følgeforskning evaluerer ALIS-Vest fortløpende.

Forskere i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen skal følge veiledningsaktiviteten i prosjektet. NSDM følger med på hva som bidrar til rekruttering og stabilisering av legene.



Helen Brandstorp

ALIS-NORD ER PÅ TRAPPENE

ALIS-Nord er under utvikling. Prosjektet skal favne hele Nord-Norge.

Arne Myrland, helseleder i Bodø kommune, skal lede prosjektet ALIS-Nord. Han lister opp fire målsettinger: Sikre rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten. Sikre nye fastleger et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsskema i allmennmedisin. Tilrettelegge sykehusåret slik at det preges av forutsigbarhet og fleksibilitet. Utvikle kommunens rolle og kompetanse slik at de

kan tilrettelegge godt for legers spesialistutdanning i allmennmedisin, og blir attraktive arbeidsgivere.

- Kommunene trenger å profesjonalisere seg som utdanningsvirksomheter, sier Myrland.

Han drar fram norgeskartet for å sammenligne nedslagsfeltet for ALIS-Vest og ALIS-Nord.

- Det er 238 kilometer fra Bergen til Årdal, 1280 kilo-

meter fra Mosjøen til Vadsø. ALIS-Nord favner halve landet. Det gir noen geografiske utfordringer, sier han. Han ser for seg to alternative løp.

- ALIS'er med kommunal hjemmel har fast ansettelse og fast lønn og får nødvendige kurs dekket. Er ALIS'en selvstendig næringsdrivende kan løsningen være et fast tilskudd under spesialisering, nødvendige kurs dekket og godtgjørelse for tapt arbeidsfortjeneste inntil et visst tak. Uansett hjemmel skal de ha tett veiledning, sier han.

ALIS-Nord ønsker også å se på om sykehusåret kan organiseres mer fleksibelt.

- Må det gjennomføres på sykehus? Flexibilitet forutsetter god dialog mellom kommunene, helseforetakene og legeföreningen, sier han.

I tillegg til kommunenes egen finansiering søkes det prosjektmidler fra Helsedirektoratet og skjønnsmidler.

- Vi er helt avhengige av de lokale ildsjelene og av finansiering utenfra, sier Myrland.

FASTLEGELIV I BALANSE

- Også leger fungerer best når livet er i balanse. Gode rammebetingelser, tilstrekkelig driftsøkonomi, nok søvn og tid til familieliv. Her ligger nøkkelen til å rekruttere og beholde fastlegene. Det haster å komme ut av krisen! sier Tom Willy Christiansen.

Christiansen er kommuneoverlege i Ørskog og fastlege ved Ørskog legekantor. Han var i sin tid prosjektleder for fastlegereformen, og er en av dem som kjenner ordningen best.

Forhandler om LØN

Han er også den som har tatt de største bokstavene i bruk for å beskrive en fastlegeordning på randen av kollaps, første gang på fastlegeordningens 15-årsmerking i 2016.

- Jeg ble sett på som en raring. Ett år senere kom de første faresignalene. VG laget en artikkelserie. Nå skjønner alle det. Og nå er vi i en virkelig krise. Vi risikerer å miste årganger med yngre leger, samtidig som de erfarne forsvinner ut. Nå forhandler vi ikke om lønn, men om LØN: Listelengde. Økonomi. Normtall. Det er et være eller ikke være for dagens fastlegekorps, sier han.

Et menneske, faktisk

Vaktbelastningen er minst like viktig som listelengden, særlig for fastleger i distriktene.

- 1.600 timer arbeidstid på dagtid. 2.800 timer på kveld og natt på toppen av dette. I tillegg stiger forventningene til både responstid, tilgjengelighet og kvalitet. Dette er en urimelig arbeidsbelastning. Her skal legen ta svært viktige beslutninger mens han eller hun kanskje er stuptrøtt, sier han, og fortsetter:

- Hvorfor skal vi være unntatt fra arbeidsmiljøloven? Det er et viktig arbeid vi gjør, og som datteren min skjønte allerede som femåring: "Du må huske det, pappa, at leger er også mennesker". Vakt må regnes som en del av arbeidstiden og regnes med i den totale arbeidsbelastningen. Men det er ingen som tør å snakke om det, sier han.

I byene deltar fastlegen i mindre grad i legevakt.

- Men i både by og distrikt bør legevakt være fastlønn, ikke stykkprisbetalt, eller, som nå: dugnad. Ja, jeg kaller det dugnad når legen har 60 kroner timen for hjemmevakt. Vakten må organiseres på en god måte, med vekt på beredskap og trygghet, og vi må fjerne alt det som ikke hører hjemme der. Fastlønnen legevakt vil stimulere til en bedre sortering av pasientene, tror Christiansen.

"Må jobbe mye"

Å være fastlege skal være mulig å kombinere med familieliv.

- En eldre kollega sa: "Å være lege krever mengdelæring. Du må jobbe mye og se mye." Underforstått: Du kan ikke vente annet enn at dette går på bekostning av familielivet. Vi må ta et oppgjør med disse forholdene. Leger er akkurat som andre mennesker og fungerer best når livet er i balanse, understreker han. Christiansen ønsker aksept for ulike driftsløsninger. - Leger bør ikke tvinges til å ha bedriftsansvar.



Tom Willy Christiansen

Fastlønn eller kommunal leieavtale må være et mulig valg for yngre leger som vil bli fastleger. Kommunene har da ansvar for lokaler, utstyr og personale, sier han.

Hva kan vi forvente?

- Forventningene må være på et realistisk nivå, og det må vurderes grundig dersom nye oppgaver skal inn i fastlegeordningen. Hvis vi vil at mer skal foregå i kommunene, må det komme mer penger. Dagens

krise er også en ressurskrise. Kanskje bør vi lage en norm for hva man kan forvente av fastlegen? Krav om tilgjengelighet må ikke gå på bekostning av at legen får gjort jobben grundig. Gode rammebetingelser, tilstrekkelig driftsøkonomi, nok søvn og tid til familieliv – slik kan vi rekruttere og beholde fastleger. Her ligger nøkkelen til et redusert rekrutteringsbehov: Å skape forhold legene ønsker å være i, sier han.

E-HELSE: UFORLØST POTENSIAL

- "Alle" tror at e-helse skal løse alle utfordringer. Det er selvsagt ikke realistisk, men vi har heller ikke tatt ut den gevinsten på IKT som vi kunne gjort, sier Ole Kristian Losvik.

E-helse er bruk av informasjonsteknologi for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Ordningen med kjernejournal er et konkret e-helsetiltak. E-helse omfatter også det som på 1980- og 1990-tallet gjerne ble kalt telemedisin.

Rettferdig

Ole Kristian Losvik, tidligere fastlege, er seniorrådgiver og funksjonell arkitekt i Direktoratet for e-helse. Jobben hans handler om å kartlegge og analysere behovene hos de som bruker ulike e-helsetjenester, for deretter å formidle dette til både byråkrater og IT-utviklere.

- Få har forsket på samfunnsøkonomien i e-helse. Helsevesenet klarer ikke å vise besparelser i praksis, men pasientene kan både spare tid og få bedre tjenester. E-helse kan ikke minst bidra til mer likeverdige tjenester uavhengig av geografi, sier Losvik.

Videokonsultasjon

Han er helt sikker på at videokonsultasjon kommer. - Teknologien har vært kjent lenge, men er fortsatt for kostbar. Det er ikke sånn at videokonsultasjon kan brukes til alt. Fastlegen i meg kjenner en viss motvilje ved tanken på en konsultasjon der jeg ikke får sett og tatt på pasienten, målt puls og blodtrykk. Men mange av konsultasjonene er oppfølging av kjente problemstillinger. Her kan pasienten spare reise og tiden på

venterommet. Det er samfunnsøkonomisk interessant, sier han.

Tidstyver

Da han selv ble syk tidligere i år, oppdaget han hvor lang tid det tar å bestille time hos fastlegen.

- Det ante jeg virkelig ikke da jeg selv var fastlege. Digital dialog, for eksempel muligheten til å bestille time på nett, er kanskje ikke tidsbesparende for legen, men for pasienten er det det, sier han.

Forståelsen av helse har endret seg mye siden 1970-tallet.

- Den rådende, biomedisinske oppfatningen var: Pasienten får en sykdom, går til legen, blir behandlet og blir frisk, eller dør. I dag er forståelsen mye mer nyansert, og pasientene også mer komplekse: De overlever flere sykdommer, blir sykere, tar mer ansvar for egen helse, sendes raskere hjem fra sykehuset og håndterer prosedyrer og behandling hjemme. Det må påvirke hvordan vi rigger helsetjenestene, sier han.

Dr. Google

Ved mange sykdommer får pasienten en stor

endring i sin hverdag, og mye av behandlingen skjer hjemme. Informasjonsbehovet er stort.

- Ved behandling av diabetes type 2 har man for eksempel sett at tett oppfølging kan være like effektivt som å legge på et medikament nummer to. Jeg tror det gjelder mange tilstander. Hva med læringsverktøy til bruk mellom konsultasjonene, åpne sider for pårørende som vil lære mer om sykdommen, og et lukket forum der pasienter kan diskutere med andre pasienter? Dette skjer allerede, utenfor helsevesenet. Få pasienter kommer til legen uten å ha googlet først. Å gi pasienten kvalitetssikret informasjon gir ham eller henne reell mulighet for å ta aktive valg om egen behandling, sier han.



Ole Kristian Losvik

MER TIL DEM SOM TRENGER MEST

Primærhelseteam skal sørge for bedre helsetjenester til de som trenger det mest. – Fremtidens fastleger må ta i bruk ny teknologi og arbeide sammen med flere på nye måter, sier statssekretær Maria Jahrmann Bjerke i Helse- og omsorgsdepartementet.

Primærhelseteam med fastlege, sykepleier og helsesekretær skal arbeide ut fra pasientens behov, og gi et bedre tilbud enn den vanlige fastlegepraksisen.

Må modernisere

- Tjenestene skal bli mer tilgjengelige for pasienten. Det blir større bredde i tilbudet, bedre oppfølging av pasienter med sammensatte behov og bedre opplæring av pasienter med kronisk sykdom, sier hun. Legeforeningen har uttrykt skepsis. - Det har aldri vært meningen at primærhelseteam skal være den eneste løsningen for fastlegeordningen. Det er ett av flere tiltak for å modernisere fastlegeordningen. Vi er nødt til å bruke ressursene og kompetansen på en mer effektiv måte enn i dag, sier Jahrmann Bjerke.

Lederløft

Det blir flere eldre i Norge, med kroniske og sammensatte lidelser.

- Mange kommuner har tjenester som hver for seg er gode, men som mangler sammenheng. Det rammer særlig pasienter med sammensatte behov. Bedre koordinering vil lette hverdagen for pasienten, og gi færre sykehusinnleggelses, sier hun.

Primærhelseteamet ledes av fastlegen.

- Koordinerte tjenester krever god ledelse på øverste nivå. Vi trenger et lederløft for å arbeide smartere og bruke ressursene godt. En lederutdanning er utviklet, og de første lederne er utdannet gjennom BI, sier hun.

Den nye tid

To ulike finansieringsmodeller er under utprøving.

Honorarmodellen tar utgangspunkt i dagens finansieringsmodell, mens driftstilskuddsmodellen er en helt ny modell i Norge basert på listelengde, egenskaper ved pasientlisten og kvaliteter ved praksisen.

- Norge har gode helseregistre som kan brukes til å forbedre helsetjenesten og for å skape ny næring. Data kan brukes til en mer proaktiv tjeneste. Dette er starten på en ny tid! sier hun.



Maria Jahrmann Bjerke

SPENNENDE PILOTTER

Tre store prosjekter er i gang. For pasienten kan tiltakene overlappe hverandre, og alle skal ha fastlegen involvert.

Primærhelseteam: Gjelder alle innbyggere på fastlegenes liste, men med særlig fokus på pasienter med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, og skrøpelige eldre. Teamene

skal også sikre bedre helsetilbud til svake etterspørrere. Ni pilotkommuner i åtte fylker, til sammen 85 fastleger, er med. Startet 1. april 2018 og varer i tre år.

Medisinsk avstandsoppfølging: Bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp hjemme. For eksempel kan pasient-

en gjøre avtalte målinger og svare på spørsmål om egen helse på nettbrett, og bli kontaktet av oppfølgingstjeneste ved behov. Målgruppen er kronisk syke pasienter med ikke-smittsomme sykdommer (for eksempel diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser og kreft). Piloten skal teste om avstandsoppfølging kan gi disse pasientene bedre oppfølging på en kostnadseffektiv måte. Utprøvingen videreføres med nye piloter høsten 2018.

Oppfølgingsteam: 3-5 prosent av befolkningen har store og sammensatte behov. Tverrfaglige oppfølgingsteam skal sikre bedre oppfølging av denne pasientgruppen. En viktig del av piloten er å prøve ut et digitalt kartleggingsverktøy for å finne fram til personer som har høy risiko for sykehusinnleggelse, funksjonsfall eller økt behov for hjelp på kort sikt. Mål: Bedre kvalitet for brukeren, mer effektiv bruk av offentlige penger og tjenester. Pågår fra 2018 til 2021.

FOR MANGE UBESVARTE SPØRSMÅL

- Vi skal ikke være redd for å prøve noe nytt, men piloten for primærhelseteam hadde mange ubesvarte spørsmål før den ble iverksatt. Nå er den i gang, og vi skal følge utviklingen tett på vanlig måte, sier Tom Ole Øren, leder i Allmennlegeforeningen.

I høringsuttalelsen gikk Legeforeningens sentralstyre ut og advarte mot primærhelseteam, fordi piloten da virket uoversiktlig, både organisatorisk og økonomisk. De hadde også mange spørsmål knyttet til finansieringsmodellene.

Legen knapt nevnt

- Dette fikk nok noen til å trekke sine søknader om å bli pilot. Det var ikke meningen å skremme noen. Vi er ikke imot piloten som sådan, og selvsagt ikke imot innovasjon. Men det var så mange ubesvarte spørsmål da piloten ble satt i gang i april at Legeforeningen på det tidspunktet ikke kunne anbefale noen å gå inn i den. Nå er piloten i gang, og vi får gjøre det beste ut av det. Vi støtter de kontorene som er med, sier han.

Primærhelseteam er en konkret oppfølging av primærhelsemeldingen.

- Dette er "helseministerens baby". Det var selvsagt bra at vi fikk en slik stortingsmelding. Dessverre var fastlegene nesten ikke nevnt her. Det provoserte oss, sier han, og legger til:

- Av et samlet helsebudsjett på 130 milliarder går knappe fire prosent til fastlegeordningen. Vi mener det er god helseøkonomi og god pasientbehandling å bruke mer penger på fastlegeordningen.

Flere fastleger, nå!

Øren har nylig besøkt de fleste av landets fylker.

- Virkelighetsbeskrivelsen er veldig lik fra Kautokeino til Oslo: Sviktende rekruttering, generasjonsskifte, økende arbeidsbelastning og uforutsigbar økonomi går igjen. Legevaktsbelastningen er mest markert i distrik-



Tom Ole Øren

tene. Sykehusene effektiviserer og overfører oppgaver til fastlegene, uten at vi har systemer hvor det avtales gjensidig med tanke på kapasitet og kompetanse. Dette kommer til å fortsette, men det må vi gjøre noe med. Arbeidsdagene til fastlegene har blitt alt for lange. Selvsagt er det helt ok å effektivisere sykehusdriften, men da må vi ha nok fastleger også, poengterer han.

Øren håper helsemyndighetene viser handlekraft og berger fastlegeordningen fra kollaps.

- Vi kan ikke gi oss til å vente på alle utredninger og evalueringer, vi må iverksette noen tiltak allerede nå. Stortinget har gitt klare signaler: Samhandlingsreformen må følges opp med en opptrapping av legedekningen. Listelengden skal ned. Finansieringsordningene

skal gjennomgås. Vi må utdanne flere leger, som i studietiden har mer praksis i primærhelsetjenesten. Legevaktordningen må forbedres. Vi vet hva som må til. Det er ikke noe å vente med, sier han.

