

Dag-Helge Rønnevik
Betty Pettersen
Anders Grimsmo

Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid

- som utøver og lyttepost

Haugesund/Trondheim 2020

NTNU
Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for medisin og
helsefag (MH)
Institutt for samfunnsmedisin og
sykepleie (ISM)



Rapport

Fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid

- som utøver og lyttepost

VERSJON

1.0

DATO

15.01.2020

FORFATTERE

Dag-Helge Rønnevik
Betty Pettersen
Anders Grimsmo

ANTALL SIDER OG VEDLEGG

53 sider + vedlegg

OPPDRAGSGIVER

KS - kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

Prosjektresultat

I rapporten har vi foretatt en litteraturgjennomgang knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis. Vi har sett på hvordan feltet har utviklet seg historisk, og hva som nå er myndighetenes forventninger til fastlegenes rolle i samband med ny lov om folkehelse. Videre har vi vurdert forskningen som foreligger både nasjonalt og internasjonalt. Vi har gjennomført fokusgruppe intervjuer og en feltstudie for å belyse status og fastlegerollen i møtet med den enkelte innbygger og i samspill med det kommunale folkehelsearbeidet. Vi peker på at fastlegene har både en utøverfunksjon i møte med den enkelte pasient, og en lyttepostfunksjon opp med det bredere folkehelsearbeidet. Vi finner imidlertid et gap mellom myndighetenes forventninger og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Det er nødvendig med et vesentlig kompetanseløft blant fastlegene. De bør utarbeides en nasjonal strategi for en reorientering av allmennpraksis mot mer helsefremming og forebygging.

RAPPORTNUMMER

Rapportnr.

ISBN 978-82-691946-1-6

Forord

Våren 2017 fikk Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU i oppdrag fra KS å gjennomføre et forskningsprosjekt med mål om å bidra til bedre kunnskaper om fastlegenes helsefremmende og forebyggende arbeid, og rolle i det kommunale folkehelsearbeidet. Deriblant øke innsikten i hvilke barrierer og fasilitatorer som styrer utviklingen på feltet i allmennpraksis og eventuelt hvordan allmennlegetjenesten kan bidra i det lokale folkehelsearbeidet.

I rapporten diskuterer vi ulike sider ved fastlegerollen i møtet med den enkelte innbygger og i samspill med det kommunale folkehelsearbeidet basert på intervju med et utvalg fastleger og en feltstudie i kommuner i Midt-Norge.

Vi vil takke oppdragsgiver for et spennende og faglig utfordrende oppdrag. En spesiell takk går til legene som stilte opp og deltok i fokusgruppeintervjuene. Professor Anders Grimsmo (NTNU) har vært prosjektleder og har hatt hovedansvaret for utformingen av rapporten. Datainnsamlingen gjennom fokusgruppeintervju er gjort i samarbeid med stipendiat Dag-Helge Rønnevik og førsteamanuensis Betty Pettersen.

Trondheim, desember 2019
Anders Grimsmo, prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammendrag	6
1 Innledning.....	9
2 Bakgrunn.....	9
2.1 Fire hundre år med folkehelsearbeid.....	9
Sundhedsloven	9
Distriktslegeordningen	10
Kommunehelsetjenesteloven	10
2.2 Forventninger og krav fra myndighetene.....	11
Samhandlingsreformen	12
Folkehelselov	12
Helse- og omsorgstjenestelov	13
Folkehelsemeldingene.....	13
Primærhelsetjenestemeldingen.....	13
Fastlegeforskriften	14
Forskrift om oversiktsarbeidet	14
Nasjonale og internasjonale føringer	15
2.3 Fastlegene og folkehelsen	16
Utjevning av sosiale helseforskjeller	16
Fastlegeordningens bidrag til en bedre helse	17
En svekkelse av fastlegeordningen – også en fare for folkehelsen?.....	18
Individrettet forebyggende arbeid – er det folkehelsearbeid?	19
Kan fastlegene ha en rolle i helsefremmende arbeid?	20
Forebyggende legemiddelbehandling – et nytt folkehelseproblem?	22
Fag- og interesseorganisasjoner og styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid	23
3 Fastlegenes erfaringer i forebygging og helsefremmende arbeid – en kvalitativ studie	24
3.1 Materiale og metode	24
Fokusgruppeintervju med fastleger.....	24
Feltstudie.....	25
3.2 Resultater	25
Begrepet folkehelse i allmennmedisin	25
Fastlegenes prioritering av individrettet forebygging	26
Kjennskap til lokalt tjenestetilbud og lokalsamfunnet	27
Erfaringer med involvering i det overordnede folkehelsearbeidet	29
Samarbeidet med kommunen og kommuneoverlegen	31
Interesser og opplevde hindringer	32
3.3 Diskusjon	33
Styrker og svakheter ved studien	34
Samarbeid med kommunen og andre samarbeidspartnere i og utenfor primærhelsetjenesten.....	35
En lyttepost i folkehelsearbeidet	35
Helsefremming og forebygging i allmennpraksis	36
Mellom individ og samfunn	38
Barrierer og fasilitatorer.....	39
4 Konklusjon og implikasjoner	41
5 Referanser.....	43
6 Vedlegg.....	55
6.1 Definisjoner av begreper brukt i denne rapporten.....	55
6.2 Egenskaper ved kommunene i feltstudien	56

6.3	Koder og kodegrupper fra analyse av fokusgruppeintervju	57
6.4	Resultatene presentert i oversiktstabell.....	59
6.5	Samtykkeskjema fokusgruppeintervju.....	60
6.6	Intervjuguide fokusgruppeintervju.....	61
6.7	Intervjuguide for studenter i praksisperiode	62
6.8	Tilrådinger i feltstudien	63

Sammendrag

Innføring av et system med allmennleger i første linje med portnerfunksjon og et koordineringsansvar bidro til større likhet og bedre folkehelse i siste halvdel av forrige århundre. Men allmennpraksis i Norge er i endring. Det er derfor grunn til å spørre om det vil kunne få konsekvenser for folkehelsen og folkehelsearbeidet.

Både i forarbeidet til Helse- og omsorgsloven, i to etterfølgende Folkehelsemeldinger og i Primærhelsetjenestemeldingen har myndighetene uttrykt tydelige mål om få til et større engasjement og deltagelse fra fastlegene i forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er forventninger om at helsetjenestene generelt skal bidra inn mot det bredt anlagte folkehelsearbeidet, samtidig som myndighetene også er tydelig på at andre virksomheter i kommunene må ta et langt større ansvar for folkehelsen enn det som har vært tilfelle tidligere.

Det fremgår av forskningslitteraturen at det er stor variasjon i helsefremmende og forebyggende aktivitet i allmennpraksis. Norske allmennlegekontor har i internasjonal sammenheng en smal tverrfaglig bemanning, noe som er en indikasjon på lav helsefremmende og forebyggende aktivitet. Konkret sammenligning er vanskelig pga. et uklart begrepsapparat knyttet til feltet. Dette skapte også utfordringer når vi intervjuet fastlegene. Individrettet forebyggende arbeid er utbredt i allmennpraksis i Norge, men det aller meste handler om forebyggende legemiddelbehandling av risiko for sykdom. Omfanget har vokst over flere tiår og utgjør et vesentlig innslag i omlag 50% av konsultasjonene. Vi finner flere årsaker til økt arbeidsbelastning og derved "liten tid" til forebyggende arbeid. Omfanget av forebyggende legemiddelbehandling er noe av det som har vokst sterkest i omfang.

Fastlegene formidlet i intervjuene at samarbeidet med kommunene om folkehelsearbeidet er mangelfullt. Legene hadde i liten grad blitt involvert i arbeidet, både når det gjelder utformingen av lokale aktiviteter og tilbud og anvendelse av deres kunnskaper og tilgang til helsedata og annen informasjon i henhold til folkehelselovens § 5 om oversikt over befolkningens helse. Fastlegenes utøvelse av forebyggende og helsefremmende arbeid i egen praksis fremsto som preget av usikkerhet og med lite systematikk, og kommunene synes heller ikke å være opptatt av fastlegenes innsats og prioritering på dette feltet. Vi finner med andre ord et gap mellom hva sentrale myndigheter gjennom regelverk og utredninger har uttrykt av forventninger til helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Sentrale myndigheter har lagt til rette for at fastlegene også skulle kunne gi bidrag til folkehelsearbeidet lokalt, men fem år etter at ny folkehelselov ble innført, har et samarbeid mellom kommunene og fastlegene på dette feltet knapt kommet i gang.

Mangel på en felles forståelse av hva som inngår i begrepene forebygging, helsefremming og folkehelsearbeid, mangel på kunnskaper og ferdigheter på feltet og oversikt over lokale tilbud, samt det fastlegene forteller om mangel på samarbeid med andre kommunale instanser i og utenfor helsetjenesten, fremstår som hindringer for videre involvering og utvikling av fastlegerollen i folkehelsearbeidet. Lite tid var det fastlegene hyppigst nevnte som årsak, men fungerer også som en tildekning av andre forhold.

Likevel, ved gjennomgang av forskningslitteraturen er det vanskelig å underslå at arbeidsmengden har økt vesentlig for allmennlegene. Vi har funnet en rekke forhold som spiller inn, men en stor del av merbelastningen kan tilbakeføres til demografiske endringer og økt legemiddelbehandling. Det er grunn til å vurdere om dette har gått utover andre allmennlegetjenester, inklusive annet forebyggende arbeid. Når det gjelder tid til helsefremmende og forebyggende arbeid, spiller plassen til rådighet innenfor en konsultasjon også en rolle.

De økonomiske ordningene er et hinder for kommunene i å kunne reorientere primærhelsetjenesten mot mer helsefremmende og forebyggende arbeid og styrke folkehelsearbeidet samlet sett. Kommunene har fått overført det fulle ansvaret for primærhelsetjenesten, mens finansieringen av primærhelsetjenesten er fragmentert med innbygde vridningseffekter som begrenser styringsmulighetene. Spesielt den voksende forebyggende legemiddelbehandlingen opptar ikke bare fastlegekapasitet, men også at kommunene tvinges til å bruke mer penger på hjemmesykepleie og hva hjemmesykepleien skal bruke tiden til (legemiddelbehandling vs. helsefremming og forebygging). Den enkeltes legemiddelliste som fastlegene har ansvaret for i kommunene fremskynder i tillegg oppstart av varige hjemmetjenester og institusjonstjenester med 2-4 år. Dette påfører kommunene store kostnader, og blir ikke automatisk kompensert slik fastlegene og sykehus får gjennom stykkprisfinansieringen.

Forskning internasjonalt har vist at helsefremming og forebygging i allmennpraksis kan gi viktige bidrag til den samlede folkehelsen. Fastlegene har en utøverfunksjon i folkehelsearbeidet gjennom direkte individrettet arbeid i samband med konsultasjoner og i deltagelse i tverrfaglige grupperettede tiltak. I møtet med den enkelte pasient kan legen benytte seg av helsefremmende teorier og metoder som del av pasientbehandlingen, og dermed bidra til en reorientering i helsetjenestene med endring av fokus fra risiko til ressurs. Fastlegene har også en lyttepostfunksjon ved den kunnskapen og de helsedataene de dokumenterer gjennom jevnlig kontakt med omtrent hele befolkningen, noe som kan anvendes i arbeidet med oversikt over folkehelsen i kommunen. Fastlegene befinner seg mellom individ og samfunn, men deres engasjement ligger først og fremst i konsultasjonen med det enkelte individ. Det kan se ut som om det er utenfor deres rekkevidde å overskue hvilke forhold deres egne listeinnbyggere lever under.

Vi konkluderer ut i fra vår utredning at den svake posisjonen som helsefremmende og forebyggende arbeid har i allmennpraksis, har flere implikasjoner. For det første må kompetansen innen helsefremming og forebygging blant fastleger bli vesentlig oppgradert. Det går i første rekke på kommunikative og pedagogiske ferdigheter. Dette bør sterkere inn i både grunnutdanningen og videreutdanningen, og slik også komme alle med behov for helsehjelp til gode. Helsedirektoratet har utarbeidet og publisert veiledere, men de er ikke blitt implementert i allmennpraksis, og de er heller ikke blitt utformet og testet med tanke på gjennomførbarhet i en vanlig konsultasjonsprosess. Forskning går i favør av at oppsøkende virksomhet over tid på legekontorer med veiledning av spesialutdannet helsepersonell er mest effektivt i samband med en reorientering mot mer helsefremmende og forebyggende virksomhet på legekontor.

For det andre bør det utarbeides en nasjonal strategi for styrking av helsefremming og forebygging i allmennpraksis. Begrunnelsen for en nasjonal strategi er at tilretteleggingen og virkemidlene må koordineres. Fordeling av ansvar, oppgaver og finansiering er fragmentert og begrenser statens og kommunenes styringsmuligheter. En reorientering mot mer helsefremming og forebygging vil få innvirkning på andre oppgaver og vi mener at planleggingen og gjennomføring kan bli krevende om kommunene skal gjennomføre det hver for seg. Blant annet bør det være en nasjonal omforent forståelse av hva fastlegene skal bruke tiden sin på, og hvilke tjenestetilbud et legekontor bør kunne tilby. Det er et spørsmål om hvilken tverrfaglig bemanning som bør være tilgjengelig. Med erfaringene fra Samhandlingsreformen som bakgrunn må allmennlegene i utformingen av dette bli godt representert både sentralt og lokalt slik at de får et eierskap til de endringene som blir nødvendige.

For det tredje er det behov for mer forskning på flere områder. Vi finner gode eksempler på helsefremmende og forebyggende intervensjoner som er gjennomført med godt resultat i

allmennpraksis. De er imidlertid i all hovedsak individorientert og avgrenset til enkelttemaer, f.eks. mosjon, røyking, overvekt, etc. Virkeligheten for mange enkeltindivider er oftest en helt annen, hvor det for mange er en opphopning av risikoer og kroniske sykdommer (multisykdom) og hvor den konteksten den enkelte lever under er sammensatt og har stor betydning for hvordan helsefremmende og forebyggende tiltak kan eller lar seg gjennomføre. Dette betyr et behov for multidimensjonal komparativ forskning hvor effekten av individrettede og grupperettede tiltak blir sammenlignet i ulike kontekster (institusjon, legekantor, hjemme) for ulike problemer – enkeltvis eller sammensatte. Dette handler om kompleks komparativ forskning, som er nødvendig for god prioritering og effektiv styring. Dette har "konkurrenten" - forebyggende legemiddelbehandling - blitt fritatt for på tross av milliardkostnader.

Vi finner videre i vår studie og annen forskning at det også er et behov for å gå forbi og bakom den kliniske dokumentasjonen og studere betydningen av organisatoriske og økonomiske forhold i allmennpraksis. En høy grad av stykkprisfinansiering har vært en viktig fasilitator i økningen av forebyggende legemiddelbehandling, men hatt negative effekter på bredden og omfanget av helsefremming og annen forebygging i allmennpraksis. Alternative finansieringsordninger bør prøves ut for å øke helsefremming og forebygging utført av fastlegene eller primærhelseteam. Det er videre behov for å studere hvordan fastlegenes utførerfunksjon kan bli bedre integrert med den øvrige primærhelsetjenesten. Vi foreslår likeledes en utprøving og evaluering av hvordan fastlegenes lyttepostfunksjon og samarbeid med kommunelegen kan utformes og styrkes.

1 Innledning

Fastlegeordningen i kommunene ble innført i 2001 og har sikret innbyggere i Norge tilgang på gode helsetjenester på lavt nivå, med kontinuitet som et bærende element. I 2012 ble en ny folkehelselov vedtatt som påla kommunene å utvikle et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Både nasjonale og internasjonale føringer sier at folkehelsearbeidet må utvikles og styrkes, og helsetjenestenes rolle tydeliggjøres både på individ- og samfunnsnivå (1). Fastlegene er sentrale aktører i primærhelsetjenesten, og det er behov for større innsikt i deres deltagelse, engasjement og potensial i lokalt helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette vil også kunne belyse hvordan individrettet forebygging og helsefremming kan henge sammen med det brede folkehelsearbeidet.

I første del av rapporten foretar vi et historisk tilbakeblikk på folkehelsearbeid i primærhelsetjenesten, en gjennomgang av myndighetenes forventninger og krav og en drøfting av hvilken rolle allmennlegene har eller kan ha i helsefremmende og forebyggende arbeid basert på forskning som foreligger. I del to legger vi frem en kvalitativ studie av fastlegenes forståelse og erfaringer med folkehelsearbeid, helsefremming og forebygging, etterfulgt av en diskusjon av funnene og hvilke implikasjoner det bør få for å kunne styrke helsefremming og forebygging i allmennpraksis og folkehelsearbeidet lokalt i kommunene.

2 Bakgrunn

2.1 Fire hundre år med folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid kom for alvor på dagsorden med den industrielle revolusjonen og fremveksten av bysamfunn og fabrikker. Økning av antall innbyggere i byer medførte alvorlige problemer med forurensning, hygiene og smittsomme sykdommer. Norge fikk sin første offentlige legestilling i Bergen i 1603. Etter hvert fikk flere byer en stadsfysikusstilling ansatt av kongen i København. Det ble også ansatt amtsfysikus. Oppgavene var overvåkning av helsetilstanden i befolkningen i form av regelmessige medisinalmeldinger og samfunnsplanlegging i forebyggende øyemed, blant annet sanering og renovasjon.

På 1800-tallet kom en bølge av politisk liberalisme og humanisme i Europa. Endringene representerte et paradigmeskifte ved at ansvaret for «helse» ble flyttet fra politi til offentlige leger. Vanlige politioppgaver som ble flyttet var å gjennomføre regler for offentlig atferd, regler for bygninger og sanitet, ta vare på fattige, psykisk syke personer, funksjonshemmede og forlatte barn, regulering av handel, inklusive medisinsk praksis, mm. Det ble også et skifte fra fokus på individ til samfunnsmessige forhold.

Sundhedsloven

I Norge fikk liberalismen sin egen utforming - hovedsakelig etter engelsk mønster - ved et demokratiserende og desentraliserende lovverk. Sunnhetsloven ble vedtatt i 1860 og var for sin tid en fremtidsrettet lov både med hensyn til tidsmessighet, ansvarsfordeling og organisering. Loven påla landets kommuner å opprette en sunnhetskommisjon (helserråd) med medlemmer valgt av kommunestyre og som skulle ledes av en distriktslege:

"Sundhedscommisionene på Landet skulle have Deres Oppmerksomhed henvendt paa hva der kan tjene til Sundhedstilstandens fremme og Fjernelse af de Omstendigheder, som især befordre Udvikling av Sygelighet og Udbredelse av Sygdom".

Folkehelsearbeidet i Norge fikk slik både en faglig og lokal politisk forankring til forskjell fra mange andre land (2). Likevel, det ble tidlig påpekt som et problem at kommisjonen skulle ledes av en embetsmann. Man kan lese av medisinalmeldingene at stadsfysikus og distriktslegene fortsatte lenge å være pliktoppfyllende i forhold til sitt statlige embete, bevisst sin plass i samfunnet og paternalistisk i utøving av sine oppgaver (3).

Distriktslegeordningen

Folkehelsearbeidet og medisinalmeldinger ble videreført med distriktslegeordningen som ble opprettet 1836. Til å begynne med var distriktene store på størrelse med fogderiene. Stortinget økte imidlertid etter hvert antallet distriktslegestillinger betydelig, og utover 1800-tallet ble stadig flere distrikter ensbetydende med kommuner. Naturvitenskapelige fremskritt med oppdagelsen av bakterier og alminnelig skoleplikt i 1850 som synliggjorde helseproblemene blant barn, var viktige politiske drivkrefter. Sanering, renovasjon og ernæring var hovedsakene på denne tiden.

Embetsmannlønningen var imidlertid relativt lav. Som for andre embetsmenn ble det forventet at distriktslegene kunne skaffe seg andre inntekter på egen hånd. De begynte å ta imot pasienter og selge legemidler. Offentlig folkehelsearbeid og privat kurativ praksis ble forent i en og samme rolle. Den gang som nå fungerte dette best for legepraksis blant formuende i byene, men dårligere i tynt befolkede strøk og blant grupper med liten betalingsevne, der behovene var størst (3, 4).

Sunnhetsloven og distriktslegeordningen har dannet bakgrunnen for utviklingen av primærhelsetjenesten i Norge. Medisinalmeldingene forteller om et stort engasjement og aktivt folkehelsearbeid blant distriktslegene etter innføringen av sunnhetsloven (5). Imidlertid har bedre sosiale forhold og økende velstand blant folk flest etter 1900 ført til en betydelig endring i innholdet og organiseringen av oppgavene. Ernærings- og infeksjonssykdommer gikk betydelig ned i første halvdel av 1900-tallet, forebyggende helsearbeid blant barn og unge ble skilt ut og levert av helsestasjon og skolehelsetjeneste, og for voksne gjennom bedriftshelsetjeneste. I siste halvdel av 1900-tallet ble flere oppgaver som hadde ligget til distriktslegene profesjonalisert og overført til f.eks. teknisk etat i kommunene, PPT-tjenesten, helsetilsynet i fylkene, mattilsynet og arbeidstilsynet, og både miljø og personsikkerhet er blitt betydelig bedre regulert i lovgivningen.

Distriktslegeordningen ble avsluttet i 1984 da kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt. Ansvaret for folkehelsearbeid ble overført til kommunestyret. Helse- og sosialstyrer og andre kommunale utvalg overtok helserådets oppgaver. Sunnhetsloven kapittel I og II ble etter hvert erstattet av henholdsvis forskrift om miljørettet helsevern og en ny smittevernlov. Kommunene ble pålagt å opprette stilling for en kommunelege I som skulle være medisinskfaglig ansvarlig (senere rådgiver) for kommunen i helsesaker - som en form for videreføring av den samfunnsmedisinske kompetansen som lå i distriktslegefunksjonen. Parallelt kom en kraftig vekst i somatiske helsetjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven

Overføring av et mer omfattende ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid til kommunene i 1984 skapte flere utfordringer. Kommunene evnet i liten grad å utnytte medisinsk helsefremmende og forebyggende kompetanse lokalt utover det som var lov/forskriftsregulert og

det som de "arvet" fra staten etter distriktslegeordningen. Heller ikke alle legene som hadde vært i en embetsmannsrolle fant seg til rette i en kommunal helsetjeneste (6, 7). Begge parter hadde også den utfordringen at mange av de tradisjonelle folkehelseutfordringene, beskrevet over, hadde blitt tatt over av flere andre instanser, samtidig som mangel på forskning førte til at man heller ikke hadde et underlag for å ta tak i nye postindustrielle folkehelseproblemer i en lokal kontekst. Demokratisering, desentralisering og liberalisering av helsetjenestene etter 1970-80 tallet krevde også introduksjon av nye befolkningsrettede arbeids- og intervensjonsmetoder tilpasset å arbeide på lokalplanet. Disse er forskjellig fra de metodene som passet tidligere hvor sentralisering og institusjonalisering dominerte (8). Denne overgangen skapte et samfunnsmedisinsk faglig vakuum, og ble forverret av økt turnover i stillingene og reduksjon av det som tradisjonelt var blitt kalt offentlig legearbeid (9-11). Økonomiske ordninger gjorde det mer lønnsomt for leger å drive med klinisk legevirkosomhet, og for kommuner å ha statlig finansierte fastleger fremfor kommunalt fastlønnede kommuneleger. I en offentlig utredning, NOU 1998: 18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene, går det tydelig frem at myndighetene ikke er fornøyd med det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene etter at de overtok ansvaret for primærhelsetjenesten (12). Etter introduksjonen av den nye Folkehelseloven (2011) er folkehelsearbeidet fortsatt mer preget av mangel på effektive metoder, når det gjelder implementering av tiltak, enn mangel på kunnskap om folkehelseutfordringene lokalt (13, 14).

Til tross for at distriktslegeordningens opprinnelige formål var ivaretagelse av folkehelsen lokalt, har utviklingen i primærhelsetjenesten etter siste verdenskrig vært kjennetegnet av sterk vekst i individorienterte kurative tjenester. Styrking av lokal styring av primærhelsetjenesten gjennom kommunehelsetjenesteloven endret ikke utviklingen. Innføringen av fastlegeordningen i 2001 sedimenterte den dominerende plassen som det individorienterte arbeidet hadde fått (15). Som vi kommer tilbake til var fastlegeordningen likevel et viktig systemtiltak i et folkehelseperspektiv.

2.2 Forventninger og krav fra myndighetene

Både i forarbeidet til Helse- og omsorgstjenesteloven, i to etterfølgende folkehelsemeldinger og i primærhelsetjenestemeldingen har myndighetene uttrykt tydelige mål om få til et større engasjement og deltagelse fra fastlegene i forebygging og helsefremmende arbeid. En nasjonal strategi ligger til grunn for gjeldende lover og forskrifter. Tabell 1 oppsummerer de viktigste hjemlene som angår fastlegene.

Tabell 1. Oversikt over myndighetskrav til fastleger innen forebygging, helsefremming og folkehelsearbeid.

Myndighetskrav	Innhold	Kommentar
Fastlegeforskriften § 20	Om fastlegens arbeid med individrettet forebygging.	Fastlegene har en nøkkelrolle innen individrettet forebygging.
Fastlegeforskriften § 29	Fastlegen skal avgi nødvendige data til kommunen for utvikling av allmennlegetjenesten.	Paragrafen er ikke trått i kraft enda. Legenes journalsystemer er enda ikke designet til å hente ut kvantitative data.
Fastlegeforskriften § 30	Om den individuelle avtalen mellom fastlege og kommune. Fastlegen kan bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder bidrag til oversikten over helsetilstand og	Kommunene og fastlegene kan i den individuelle avtalen bli enig om hvordan fastlegene kan trekkes inn i kommunens folkehelsearbeid. Erfaringer

	påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.	tyder på at dette er lite brukt til nå.
Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3	Helse- og omsorgstjenestene har en medvirkningsplikt opp mot folkehelseovens § 5 om oversiktsdokument.	Fastlegeordningen er en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
Folkehelseloven § 5	Kommunene skal ha oversikt over befolkningens helse og hva som påvirker den.	Medvirkningsplikten i henhold til fastlegeforskrift § 30.
Forskrift oversikt folkehelsen	Kommunen er pliktig å lage et oversiktsdokument hvert 4. år.	Kommunen er pliktig å innhente lokal kunnskap. Fastlegene bør kunne være en kilde for dette.

Samhandlingsreformen

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen beskrev utfordringene i helsetjenesten (16). Tiltakene ble beskrevet i St. meld. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (17). Meldingene var starten på et omfattende regelverksarbeid, blant annet ny folkehelselov og ny helse- og omsorgstjenestelov, innføring av enkelte økonomiske og organisatoriske virkemidler, samt utarbeidelse av noen tilhørende veiledere. Målet med samhandlingsreformen var 1) mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, 2) en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene og 3) å styrke forebyggingen og bedre folkehelsen. Et viktig motiv var også at utviklingen i helsetjenestene over de siste 30 årene ikke er bærekraftig økonomisk og personellmessig på sikt (18). Samhandlingsreformen var en retningsreform, men er også blitt beskrevet som en primærhelsetjenestereform. Helsesektoren skulle innrettes mer mot å forebygge at sykdom oppstår enn å reparere sykdom som allerede er langt fremskreden.

Gjennom forebygging, tidlig identifisering og intervensjon var målet å bevare funksjonsevne og redusere behovet for varige pleie- og omsorgstjenester og innleggelse i sykehus og andre spesialisthelsetjenester. Fastlegene burde ifølge samhandlingsreformen ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og gi oppfølging. Fastlegene ble likevel lite involvert i utformingen av avtalene mellom kommuner og foretak (Helse- og omsorgsloven § 6-2) (19), og det var ingen insentivmidler som direkte omfattet fastlegene eller forebyggende helsearbeid (20). Rapporter har også pekt på at kommunene ser på systemansvaret for kvaliteten i legetjenestene som en utfordring (21-24).

Det er kommunene som har ansvaret for å tilby sin befolkning legetjenester, og innrette legetjenesten slik at den også ivaretar grupper med særskilte behov. Velferdsforskningsinstituttet NOVA bidro til prosessevaluering av samhandlingsreformen og ga ut en rapport i 2015 om forebyggende helsearbeid i kommunene (25). Fastlegen og kommunelegen har en nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede forebyggende arbeidet som en integrert del av helsetjenestetilbudet, hevdes det. Den samme rapporten fant at kommuneledere mente fastlegene var viktige for det forebyggende helsearbeidet, men at samarbeidet med dem var dårlig (spesielt i store kommuner). En sammenlikning av de nordiske landene viste at Finland og Sverige vektlegger helsefremmende tiltak, mens i Norge og Danmark er ansvaret skjøvet mer over på kommunene for å forebygge sykdom og unngå sykehusinnleggelse, uten at det har fulgt med finansiering (26).

Folkehelselov

Kommunehelsetjenesteloven fra 1984 ble i 2012 erstattet av to nye lover: helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven, med tilhørende forskrifter og veiledere. Folkehelseloven og forebyggingsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven er de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Hensikten med en egen folkehelselov var å markere at folkehelse ikke er et anliggende bare for helsetjenesten, men innebærer at kommunene er pålagt å involvere alle sine sektorer i å fremme folkehelsen (27). Samtidig er loven en markering av at ansvaret for folkehelsen ligger lokalt i kommunestyret. Kommunene skal på bakgrunn av systematisk kartlegging og overvåkning av lokale helseutfordringer fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet med utgangspunkt i planprosessen etter plan- og bygningsloven.

I forarbeidet til folkehelseloven ble det satt et tydelig skille i forhold til kurative tjenester (Prop. L90 (2010-2011): «Definisjonen avgrensner folkehelsearbeid fra behandling av syke i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg»). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet som helse- og omsorgstjenestene har bidratt til skulle likevel ikke svekkes.

Helse- og omsorgstjenestelov

Helse- og omsorgstjenestenes betydning og medvirkningsplikt i forhold til folkehelsearbeidet ble tydeliggjort i Helse- og omsorgstjenesteloven i § 3-3 (28). Tjenestene skal være med og bidra i et helhetlig folkehelsearbeid, slik at kommunen får oversikt over helseutfordringene og utsatte grupper lokalt. Fastlegens ansvar for forebyggende tjenester ble omtalt i forarbeidet til helse- og omsorgstjenesteloven (29). Bakgrunnen var at relevante helsefremmende og forebyggende tiltak skulle iverksettes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten i henhold til lovforslagets § 3-2. Se avsnitt 17.6.1.2 om forebygging i allmennlegetjenesten spesielt: "Allmennlegetjenesten er helt sentral for veiledning om levevaner og for å avdekke risiko for å utvikle sykdom, identifisere risikogrupper, samt iverksette forebyggende tiltak, ofte benevnt som tidlig intervensjon".

Folkehelsemeldingene

Både i to etterfølgende folkehelsemeldinger (30, 31) og i primærhelsetjenestemeldingen (32) har myndighetene uttrykt tydelige mål om få til et større engasjement og deltagelse fra fastlegene i forebygging og helsefremmende arbeid. I forarbeidet til folkehelseloven påpekes fastlegens unike posisjon til å avdekke begynnende helseproblemer og sette i verk tiltak før sykdom oppstår. Korte motiverende samtaler kan i mange tilfeller være nok til å endre helseatferd blant innbyggere i risikozonen (33). Samtidig pekes det på manglende undervisning i grunnutdanningen om sammenheng mellom atferd og helse, samt virkningsfulle intervensjonsmetoder. I folkehelsemeldingen *God helse - felles ansvar* (31) fikk fastlegene en nøkkelrolle i det individrettede forebyggende arbeidet, likeledes i å henvise personer med behov for helsefremmende tiltak for å gjenvinne og styrke mestrings- og funksjonsevne. F.eks. ved henvisning til rehabilitering, spesifikke trenings- og opplæringstilbud, frisklavsaktiviteter eller annen oppfølging, kommunalt eller i spesialisthelsetjenesten (34). Folkehelsemeldingen "*Mestring og muligheter*" (2015) peker på at fastleger også har en unik rolle i å kunne oppdage vold i nære relasjoner, bli bevisst barns situasjon når foreldre har psykiatriske problemer og tidlig intervensjon generelt i svangerskapsomsorgen, i helsestasjon og skolehelsetjenesten (31). Dette er et område som forskningen de senere år har påvist er langt viktigere enn tidligere antatt, ikke bare for barndommen, men for risiko og forekomst av både psykiske og somatiske kroniske sykdommer gjennom hele livet (35).

Primærhelsetjenestemeldingen

Primærhelsetjenestemeldingen må ses i sammenheng med blant annet samhandlingsreformen, kommunereformen og NCD-strategien (36) om å forebygge ikke-smittsomme sykdommer. Meldingen sier blant annet at helse- og omsorgstjenesten må bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, at det er et mål at en større del av de samlede tjenestene skal ytes i kommunene og at folkehelsearbeidet skal styrkes (32). Et av tiltakene som foreslås er tilrettelegging for etablering av *primærhelseteam* for å styrke det forebyggende tilbudet. Fastlegeordningen drøftes i all hovedsak ut fra et individrettet forebyggende perspektiv, og setter dette arbeidet i liten grad inn i et helhetlig folkehelsearbeid slik folkehelsemeldingene gjør.

På den annen side påpeker primærhelsetjenestemeldingen fastlegenes muligheter til å bidra til det lovpålagte oversiktsarbeidet, og kommunenes anledning til å inngå avtaler om dette i tråd med fastlegeforskriften. Evalueringer tyder på at kommunene på kort tid er kommet godt i gang med å lage oversiktsdokument, men at det lokale tilsnittet mangler (37-39). Fastlegenes nærkontakt med alle lag av befolkningen kan nettopp være kilden til mer informasjon og konkrete data om lokale helse- og sosiale utfordringer. Det pekes også på hvilken nytte fastlegene selv kan ha av en oversikt over egen listepopulasjon.

Primærhelsetjenestemeldingen bebudet også at for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene vil det bli opprettet et kommunalt pasientregister (40). Registret vil kunne gi oversikt over helseforholdene i hver enkelt kommune, tilsvarende for distrikter og fastlegekontor. Opprettelsen av registret vil gi raskere dataflyt og datanalyse, og vil kunne kombineres med andre helseregistre, ikke minst sosiale og demografiske registre som da vil gi sammenlignbare data og et bedre underlag for beslutninger om tiltak. Etter innføringen av folkehelseloven har mange kommuner lagt ned et betydelig manuelt arbeid med innhenting av data fra mange ulike kilder, men ustandardisert og med fare for feiltolkninger.

Fastlegeforskriften

Plikten til å tilby forebyggende tjenester til personer på fastlegelisten ble innskjerpet i Fastlegeforskriften § 20 ved revisjonen i 2012: "Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt" (41). Likeledes står det i Fastlegeforskriften § 30 at avtalen mellom kommunen og fastlegen bør regulere hvordan fastlegen skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder bidra til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelselovens § 5. Dette kan skje ved at fastlegen avgir data fra sin praksis om relevante helseforhold, og som Helsedirektoratet påpeker i veileder til forskrift om oversiktsarbeidet (42), ved at kommunen innhenter "faglige erfaringsbaserte vurderinger av helsetilstanden og faktorer som påvirker helsen".

Fastlegeforskriftens § 29 uttrykker at fastlegene skal levere data til kvalitetsutvikling av selve allmennlegetjenesten. I følge departementets kommentarer til forskriften er det staten som ved en egen forskrift som skal bestemme hvilke data fastlegene skal levere. Data som kommunen evt. trenger i tillegg skal kommunen avtale med fastlegene i et samarbeid. §§ 29 og 30 legger altså til rette for både kvantitativ og kvalitativ informasjonsflyt fra fastlegene til kommunen, men § 29 er i motsetning til § 30 ikke trådt i kraft enda. Departementet har i kommentarene bundet iverksettelsen til at nødvendige forutsetninger for uttrekk av data må være tilstede. Mer om dette i kapittel 3.3 avsnittet "*En lyttepost i folkehelsearbeidet*"

Forskrift om oversiktsarbeidet

Kommunenes arbeid med oversiktsarbeidet i henhold til folkehelselovens § 5 er regulert i egen forskrift (43). Forskriften sier at kommunene skal innhente også lokale data i sitt arbeid med å

lage et oversiktsdokument med oversikt over befolkningens helse og hva som påvirker den. I forskriftens veileder er fastlegene omtalt på side 28: «Fastlegene vil samlet ha et stort flertall av befolkningen på sine lister. Over tid vil fastlegene kunne danne seg oppfatninger om ulike bakenforliggende faktorer og deres innvirkning på helse og sykdom, for eksempel om psykososialt miljø, boforhold og sosiale relasjoner». I veilederen står det også at kunnskapen fra tjenestene omfatter skjønsmessige vurderinger, og dermed ikke trenger være basert på statistikk eller tallmateriale om tjenesteproduksjon, men heller faglige erfaringsbaserte vurderinger av helsetilstanden og faktorer som påvirker helse. Dette må ses i sammenheng med fastlegeforskriftens § 30.

Nasjonale og internasjonale føringer

Bakteppet for myndighetskravene består av nasjonale og internasjonale planer og strategier, utarbeidet både av myndigheter og profesjonene selv. Basert på statsbudsjettet (Prop.1 S), departementets tildelingsbrev til direktoratet og Helsedirektoratets strategiske plan for 2014–2018, publiserer Helsedirektoratet IS-1 «Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet» (44). Folkehelsearbeidet og forebyggende helsetjenester ble i 2015 trukket fram som prioriterte områder. Det pekes også mot nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging som vedtas hvert 4. år, og fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller. I oversikt over forebyggende tjenester som skal styrkes nevnes bl.a. frisklivssentraler, helsestasjonstjenesten, og helsestasjon for ungdom. Allmennlegetjenestene omtales i et eget kapittel, der det vises til at fastlegeforskriften legger et økende og stort ansvar på kommunene for integrering av fastlegene i den øvrige helsetjenesten i kommunen. Tabell 2 gir en oversikt over noen av de viktigste bakenforliggende føringene og strategiene som direkte eller indirekte berører fastlegene.

Tabell 2. Viktige nasjonale og internasjonale føringer som påvirker fastlegenes rolle

Nivå / aktør	Dokument	Tema	Berører fastlegene
FN	1000-års mål Bærekraftsmål	Ikke-smittsomme sykdommer. Barn- og mødre helse++.	Fange opp utsatte grupper. Bidra til utjevning av sosiale ulikheter.
WHO	Helse 2020 Rammeverk og strategi for Europa i det 21. århundre. Alma Ata-erklæringen (1978). Ottawa-charteret (1986).	Prioritert område 3: Styrke helsesystemene. Primærhelsetjenesten er nøkkel for å levere helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenester.	«Helsesystemene må reorienteres for å prioritere sykdomsforebygging».
Stortingsmeldinger	Samhandlingsreformen (2009) Folkehelsemelding 1: God helse, felles ansvar (2013)	Mer forebygging, mindre behandling. Etablerte styringssystem for folkehelsearbeidet. 4-årige folkehelsemeldinger supplert	Fastlegen nøkkel i individrettet forebygging.

	Folkehelsemelding 2: Mestring og muligheter (2015) Primærhelsetjenestemeldingen (2016)	med utviklingsrapporter fra Helsedirektoratet (IS-2776, IS-2203).	«Pasientens helsevesen». Mer brukerorienterte helsetjenester. Fastleger bidra inn mot kommunens folkehelsearbeid.
Helse- og omsorgsdepartementet	HelseOmsorg21 Årlig tildelingsbrev til Helsedirektoratet	Etterlyser et kunnskapsløft i kommunene. Peker på ønsket retning for utvikling av helse- og omsorgstjenestene.	Involvering av fastleger i forskning og utviklingsarbeid.
Helse- direktoratet	Strategisk plan 2014-2018 (God helse, gode liv). Norsk NCD-strategi IS-1 (nasjonale mål og prioriteringer)	Sette folkehelse og forebygging først. Bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. Fastlegene integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.	Forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten skal gi færre unødvendige innleggelse. Antibiotikabruk, vaksinasjon, livsstilssykdommer

2.3 Fastlegene og folkehelsen

Undersøkelser i Norge har vist at fastleger i sin kontorpraksis primært forbinder forebygging med overvekt, røyk, diabetes og høyt blodtrykk (45), og at fastlegene fremhever kjennskap til pasienten og hans eller hennes familie og bakgrunn over tid som viktig for å kunne arbeide forebyggende. Samtidig er det påvist at forebyggende arbeid skårer lavt sammenliknet med diagnostikk og behandling når legene skal angi hva de synes er meningsfullt arbeid (46). Fastlegeordningens betydning for folkehelsen handler ikke bare om innholdet i tjenesten, men også om de effektene ordningen gir som system som beskrevet under.

Det er gjort flere undersøkelser som har vist at fastlegene har blitt distansert fra den øvrige kommunale helsetjenesten, og at det er vanskelig å styre/lede fastlegene (19, 47, 48). Særlig etter samhandlingsreformen har det blitt etterlyst grep fra kommunenes side for å bedre dette (49). Med dette som bakteppe har myndighetene de senere år, blant annet i fastlegeforskriften, skjerpet kravene om at fastlegene i større grad skal bidra til forebygging og helsefremming i møte med innbyggerne, og dessuten at de skal være premissleverandør for kommunens brede folkehelsearbeid. I hvilken grad fastlegene har en rolle eller et ansvar i kommunens folkehelsearbeid på et mer overordnet nivå er mer omdiskutert, og trolig knyttet til ulike oppfatninger av definisjonene som brukes på området. Også blant kommuneoverleger er det ulik oppfatning om fastlegenes rolle og betydning i folkehelsearbeidet (50).

Utjevning av sosiale helseforskjeller

Utjevning av sosiale helseforskjeller, det vil si mer rettferdig fordeling av helse i befolkningen, ble i Folkehelseloven Prop. 90 L (2010-2011) løftet frem som en særlig viktig del av folkehelsearbeidet (27). I samband med helsetjenesten har det viktigste tiltaket for utjevning vært utbygging av en primærhelsetjeneste med en allmennlegetjeneste med portnerfunksjon. I et folkehelseperspektiv representerer en allmennlegetjeneste et lavterskeltilbud gjennom høy tilgjengelighet.

En adekvat bemannet og godt utbygd allmennlegetjeneste er assosiert med større likhet i forhold til geografi og sosioøkonomiske forhold (51). Den gir lavere forbruk av spesialisthelsetjenester for forebyggbare sykdommer (52), lavere dødelighet og bedre helse til en lavere kostnad og høyere brukertilfredshet. Det motsatte har vært tilfelle i land og regioner som har satset på spesialisthelsetjenester (53, 54). I internasjonal sammenheng var Norge i 2001 sent ute med å innføre en fastlegeordning. Selv om Norge da allerede hadde en godt utbygd primærhelsetjeneste viste evalueringen at man fikk en reduksjon i forskjellsbehandling mht. tilgang til helsetjenester pga. sosial ulikhet (55, 56). Forskjellene er likevel fortsatt ganske store (57).

Fastlegeordningen slik vi kjenner den i dag har sin opprinnelse fra da engelske myndigheter etter andre verdenskrig bestemte at alle helsetjenester skulle være gratis og likt tilgjengelig for alle (58). Det var den gang et revolusjonerende skritt. Alle fikk sin personlige allmennlege, og allmennlegene fikk en portnerfunksjon som skulle sikre innbyggerne tilgangen til de riktige undersøkelsene og helsetjenestene, og koordinere behovet for hjelp når det var nødvendig med hjelp fra flere hold. Allmennlegene fikk også oppgaver med forebyggende helsetjenester blant annet for mor og barn. Allmennlegekontorene hadde en bred faglig sammensetning hvor det i tillegg kunne være sosisonom, fysioterapeut, jordmor, psykolog og sykepleiere, samt oppsøkende hjemmesykepleie (59).

Vi har i Norge hatt en kommunehelsetjenestereform, en fastlegereform og en samhandlingsreform. I samband med alle tre reformene har det vært et tydelig mål å forbedre allmennlegetilbudet til de med størst behov – personer med kroniske sykdommer, rus og mentale lidelser, utviklingshemmede og skrøpelig eldre. I løpet av de vel 30 årene som har gått har reformene ikke ført til noen mer rettferdig utjevning i forhold til grupper med store behov. F.eks. statistikk over konsultasjoner med fastlegen viser det samme nå (60) som i begynnelsen på 80-tallet (61), at skrøpelige eldre sjeldnere treffer fastlegen etter å ha passert om lag 85 år til tross for de representerer den mest kompliserte medisinske behandlingen med økende sykkelighet og legemiddelbruk.

Fastlegeordningens bidrag til en bedre helse

To forhold ved fastlegeordningen blir fremhevet i forebyggende sammenheng i de offentlige dokumentene som er referert til over. Dette er tidlig identifisering av helseproblemer og koordinering av relevant oppfølging.

Fortrinnet fastlegene har for tidlig identifisering er den brede og hyppige kontakten med nesten hele befolkningen som ingen andre helsetjenester har. Ved sammenligninger innen i-land og innen u-land finner man at områder med en godt utbygd allmennlegetjeneste har lavere total-, hjerte-kar- og barnedødelighet. Man finner også tidligere oppdagelse av flere kreftformer (53). Den brede kontaktflaten med befolkningen kommer også til nytte på områder hvor en kjede av tiltak er nødvendig for å lykkes. F.eks. i kampen mot tobakk inngår både reguleringer fra myndighetene, grupperett arbeid i skoler, og individuell rådgivning hos fastlegen. Disse tiltakene er dokumentert virker hver for seg, men de blir enda mer effektive når innsatsen blir koordinert, noe som Folkehelsemeldingen omtaler som et helhetlig folkehelsearbeid.

Fastlegens koordineringsoppgaver er knyttet til portnerfunksjonen og ansvaret for innbyggerne på listen. Portnerfunksjonen har bidratt til større likhet i tilgang til helsetjenester (62). En fastlegeordning forebygger utilsiktede hendelser med legemidler (63). Den gir færre laboratorie- og billedundersøkelser, noe som reduserer faren for overdiagnostikk og unødvendige risikofylte undersøkelser (64). God koordinering ved fastlegen horisontalt i primærhelsetjenesten er assosiert med lavere kostnader, spesielt når det gjelder utsatte grupper som eldre og personer med psykiske lidelser (65).

Betydningen av kontinuitet blir sjelden trukket frem av helsemyndighetene selv om det er høyt verdsatt, spesielt av personer med funksjonshemminger og kroniske sykdommer. Kontinuitet handler om å ha et personlig kontaktpunkt i helsetjenesten over tid, hvor det bygges opp et gjensidig tillitsforhold (66, 67). For innbyggerne gir det trygghet, og for fastlegen gir det en akkumulering av kunnskaper om den enkelte. Kontinuitet bidrar til at samtaler om målsettinger og hva som er viktig for den enkelte blir høyere prioritert (68). En fastlegeordning styrker relasjonen først og fremst gjennom de forpliktelsene det gir allmennlegene (69).

En portnerfunksjon med høy kontinuitet er funksjonell og effektiv fordi det øker brukertilfredsheten og samtidig reduserer bruken av andre helsetjenester (70-72). Effektene er større enn det man har kunnet vise ved innføring av diagnosespesifikke tjenester og behandlingsprogrammer, individuell plan, regulering av listelengde og andre organisatoriske tiltak (52, 72). Det er først og fremst personer med multiple kroniske sykdommer og vanskeligstilte som har størst gevinst av en allmennlegetjeneste med en portnerfunksjon med høy kontinuitet (73). Kontinuitet er i studier internasjonalt også forbundet med mer individrettet forebyggende arbeid, bedre etterlevelse av råd og behandling (74) og er assosiert med bedre helse og lavere dødelighet (53, 75). Fastlegeordningens betydning for folkehelsen er en av grunnene til at også Legeforeningen har «folkehelse» som ett politiske satsingsområder (76).

En svekkelse av fastlegeordningen – også en fare for folkehelsen?

Som det fremgår over bidro innføring av et system med allmennleger i første linje med portnerfunksjon og et koordineringsansvar til større likhet og bedre folkehelse i mange land i siste halvdel av forrige århundre. Bildet har imidlertid gradvis endret seg. Den siste tiden har flere fastleger i Norge stått frem i intervju og artikler i media med rapporter om stor arbeidsbelastning. Det har vært en nedgang i forebyggende arbeid utført av fastlegene (77), og sykehusinnleggelse øker igjen tross bedre allmennlegedekning (78). Årsakene er sammensatte, de er heller ikke spesielt norske (79) og mye av problematikken finner man igjen blant sykehusleger (80). Det er flere forhold som er i ferd med å svekke fastlegeordningen, med fare for også å svekke det den har betydd for folkehelsen. De er alle krevende tidstyver som i sum utkonkurrer fastlegenes muligheter til drive helsefremmede og forebyggende arbeid.

For det første ble dagens allmennlegetjeneste med korte konsultasjoner utformet på 70-80 tallet, hvor tidlig diagnostikk, skader og infeksjonssykdommer dominerte. Dette er fortsatt den rådende arbeidsformen, men den er mangelfullt tilpasset kommende demografiske endringer i befolkningen med økningen i antallet eldre (81, 82). Kompleksiteten, og derav merarbeid, har økt fordi en økende andel av fastlegenes listeinnbyggere har flere kroniske sykdommer (multisykdom) (83, 84). Det har spesielt vært en økning i antallet personer som får legemiddelbehandling med tanke på å redusere muligheten for fremtidig sykdom – f.eks. hjerte-kar, diabetes, benbrudd, mm. Samtidig har antallet undersøkelses- og behandlingsalternativer for både sykdommer og forebyggende legemiddelbehandling blitt flere og mer sammensatte (85).

For det andre har koordinering og opprettholdelse av god kontinuitet blitt vanskeligere og krever i tillegg merarbeid både pga. en økende kompleksitet og en større fragmentering av helsetjenesten (86, 87). Kontinuitet er assosiert med økt overlevelse hos eldre (75). Samhandlingsreformen skulle bidra til mer helhetlige pasientforløp, men anvendelsen av insentivmidlene førte til oppdeling av forløp i primærhelsetjenesten både før og etter sykehusinnleggelse, noe som rammet noen av de mest utsatte gruppene (88). Pga. en mer kompleks og fragmentert helsetjeneste har også allmennlegen som første kontakt vært på retur i flere land i Europa, inklusive Norge, de siste 20 årene (89).

For det tredje har digitalisering av helsetjenesten bidratt til merarbeid og mindre tid til direkte pasientarbeid i allmennpraksis (90). Mer sekretærarbeid er blitt overført til leger og strukturering og standardisering øker tiden medgått til dokumentasjon (80, 91).

For det fjerde har antallet medarbeidere i norsk allmennpraksis krympet, og Norge er her i en særstilling. Norske legekontor har i gjennomsnitt 2,1 forskjellige yrkesgrupper. På topp blant sammenlignbare land ligger Finland med 6,9, Spania 6,1, Sverige 5,9, England 5,2 og Nederland 3,9, og tjenestetilbudet i allmennpraksis er bredere i disse landene (92). En nesten ensidig og legebaseret stykkprisfinansiering har trolig bidratt til utviklingen. I flere av landene i Europa med en fastlegeordning er helserefusjonene uavhengig av hvem som på legekantoret utfører oppgavene. I Norge er det bare fastlegen og ikke annet helsepersonell (bortsett fra jordmor i enkelte tilfeller) som kan utløse helserefusjoner, f.eks. når det gjennomføres screening, individrettet forebyggende arbeid eller læring- og mestringsintervensjoner. Norske allmennleger har den korteste innbyggerlisten blant sammenlignbare land med i gjennomsnitt 1130 innbyggere, mens fastleger i England og Nederland har henholdsvis 2100 og 2300 (93).

Et siste tegn på at fastlegeordningen gradvis svekkes, er økningen i antallet innleggelse i sykehus. Redusert bruk av spesialisthelsetjenester har vært et hovedkjennetegn på innføring av allmennlegeordning med portnerfunksjon. Fra årtusenskiftet og frem til i dag har andelen henvisninger til spesialisthelsetjenesten i samband med konsultasjon hos fastlegen imidlertid økt med om lag 30 % (94). Ser man imidlertid på statistikk fra norsk pasientregister har økningen vært kraftigst for elektive innleggelse, i størst grad til dagbehandling. Dette er innleggelse initiert av spesialisthelsetjenesten selv, etter en poliklinisk vurdering. Fastleger og allmennleger på vakt kan kun initiere innleggelse når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Der har økningen til sammenligning vært liten. Forskning forteller at spesialisthelsetjenesten spiller en sentral rolle i antallet innleggelse i et område (95), og majoriteten i økningen er først og fremst tilbudsstyrt, i mindre grad behovsstyrt (96). Gjennom epikrisene lærer allmennlegene hva spesialistene gjør. Innbyggerne får høre om hva andre blir innlagt for og etterspørselen øker. Når fastlegene forventer liten eller ingen nytte i samband med en fjerdedel av alle henvisninger, samt ofte også henvisning for "sikkerhets skyld" (97), kan det tolkes som at fastlegene opplever seg overkjørt av en dominerende spesialisthelsetjeneste. Veksten i spesialisthelsetjenesten alene, men også kombinert med kortere liggetid har arbeidsmengden for fastlegene. Det har vært vanskelig å finne dokumentasjon på hvor stor økningen har vært helt konkret.

Individrettet forebyggende arbeid – er det folkehelsearbeid?

Det fremgår av høringen på Folkehelsesloven at det er ulike syn på om individrettet forebyggende arbeid hører med under folkehelsearbeidet (98). Det gjelder ikke minst konsultasjoner hos fastlegen. Begrepsbruken hemmer her en felles forståelse.

En medisinsk tradisjon har vært å skille mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak (99). Inndelingen beskriver tiltaks kjeden som kan være aktuell i samband med enkeltdiagnoser;

forhindre sykdom, beskytte mot sykdomsutvikling og redusere følgene av oppstått sykdom. Primærforebygging vil kunne være enten individrettet eller populasjons-/grupperett, mens sekundær- og tertiærrettet forebygging oftest vil være individrettet i tillegg. Inndelingen har funksjonelle begrensninger. Denne inndelingen av forebyggende arbeid bidrar til at mange forbinder folkehelsearbeid bare med primærforebygging. Sykdommer flest har imidlertid multifaktorielle årsaker som krever en bred innsats ikke bare med befolkningsrettede tiltak (f.eks. kjøreopplæring), men også systemrettede tiltak (f.eks. trafikkregulering) i forhold til samfunnsforhold (her: trafikkulykker). Endring av samfunnsforhold, som tiltak på andre sektorer i kommunen, vil ofte også ha betydning for sekundær- og tertiær forebygging, f.eks. muligheter til fysisk aktivitet er forebyggende og helsefremmende ikke bare for friske, men også for alle med kroniske sykdommer og uavhengig av diagnose. For majoriteten av sykdommer er også overgangen fra frisk til syk et kontinuum. Grensen for iverksettelse av sekundær profylakse, f.eks. kolesterolsenkende behandling er satt skjønnsmessig ut i fra en gjennomsnittlig risiko. Også blant personer med "normalt" kolesterol er det forskjell i hjerte-karsykdom økende med høyere kolesterol. "Grensesettingen" påvirker også hva folk opplever er helse og uhelse.

Det er uheldig at mange setter et likhetstegn mellom primærforebygging og folkehelsearbeid, også fordi noen av de best dokumenterte forebyggende tiltakene er virkningsfulle enten det dreier seg om personer som er friske, med økt risiko eller som allerede har kronisk sykdom, og også helt uavhengig av evt. diagnose. Eksempler er god ernæring, aktivitets- og muskelstyrke-trening og godt sosialt nettverk. Imidlertid, de som har størst utbytte av innsats når det gjelder disse tre eksemplene på tiltak, er innbyggere med kroniske sykdommer fordi kroniske sykdommer bidrar til inaktivitet, dårlig kosthold og tap av omgangskrets (100). Eksempler er personer med funksjonshemninger, skrøpelige eldre, personer med psykiske eller psykiatriske lidelser eller rusproblemer og personer med alvorlig somatisk sykdom. Tiltakene handler om å styrke den enkelte persons muligheter til å greie seg selv best mulig og er i dette perspektivet et helsefremmende tiltak, selv om det i helsetjenesten oftest benevnes som habilitering/rehabilitering/tertiærprofylakse. Kronisk sykdom svekker også evnen til å ivareta egne behov. Forskjellen er derfor at innbyggere med kronisk sykdom vil kunne kreve individuell tilrettelegging og individuell støtte til gjennomføring, noe som gjerne faller på pårørende og helsetjenesten. Tidlig identifisering og prioritering av helse- og funksjonsfall i denne gruppen innbyggere er avgjørende for å forebygge et økende behov for helsetjenester og tap av selvstendighet (101, 102). Andre sektorer i kommunen har like stor plikt til å ivareta denne gruppens behov, både i oversiktsdokumentet og i planleggingen av folkehelseiltak.

Kan fastlegene ha en rolle i helsefremmende arbeid?

World Health Organisation (WHO) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll over og bedre sin helse. I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss (103). Det pekes på fem strategiske innsatsområder for helsefremmende arbeid både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå:

- *Å bygge opp en sunn helsepolitikk* – det vil si ”plassere ’helse’ på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer”.
- *Å skape et støttende miljø* – ”helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige”.

- *Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling* – ”helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse”.
- *Å utvikle personlige ferdigheter* – ”helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsstrategier”.
- *Å tilpasse helsetjenesten* – ”helsesektorens rolle må i økende grad *reorientere* seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester”

Det sistnevnte innsatsområdet handler om å gi helsetjenesten et bredere mandat til å kunne støtte både enkeltindivider og lokalsamfunn i deres egen innsats for å oppnå bedre helse. I tillegg kunne samarbeide med andre sektorer om bedring av sosiale og økonomiske levekår, og for å kunne utvikle gode fysiske omgivelser. En reorientering dreier seg også om større vektlegging av forskning. Likeledes endringer i profesjonsutdanningene som fører til et skifte i holdninger og organisering av helsetjenestene som i større grad ivaretar helheten i individuelle behov. Helsefremmende arbeid handler også om å kunne dele kunnskap og makt med andre sektorer, andre disipliner, men aller viktigst med innbyggerne selv (103).

I intervju-undersøkelser hevder fastlegene at de er opptatt av individrettet helseopplysning og rådgivning (104). Hyppigst skjer det i samband med konsultasjoner knyttet til diabetes II, overvekt, hjerte-kar lidelser og KOLS (røykestopp). En helsefremmende strategi, dvs. sette mål i tråd med den enkeltes preferanser, likeverdig medbestemmelse og styrking av ferdigheter for å nå målene på egen hånd, er også en hovedkomponent i personsentrert allmennpraksis (105). Det finnes imidlertid generelle og godt underbygde kommunikasjonsmetoder som setter enkeltindivider bedre i stand til å gjøre valg som er viktig og riktig for dem selv og bedre mestre helseproblemer og funksjonssvikt. Eksempler er motiverende samtalemetoder, styrking av mestringsstro (self efficacy) og empowerment (106, 107). Likeledes finnes dokumenterte spesifikke samtaleintervensjoner, f.eks. vedrørende fysisk aktivitet (108-111), røykeslutt (112), vektreduksjon (113), eldre (114-116), og barn (35, 117, 118) som er egnet i individuelle konsultasjoner.

Helsefremmende arbeid er likevel mest kjent som en befolknings- og grupperettet strategi (119-121). Utgangspunktet er ofte opplevde felles behov, og konteksten er gjerne et nærmiljø eller et lokalsamfunn. Noen ganger kommer initiativet fra innbyggerne selv. Andre ganger er det et planlagt tiltak basert på kunnskap om problemer som er kommet frem og blir da gjerne organisert som et tverrfaglig prosjekt (122). Det handler om en nedenfra og opp strategi der målsettingen er at innbyggerne tar over og viderefører saken. Faglig bistand er tverrfaglig og består i å skaffe til veie informasjon og kunnskap, identifisere rammebetingelser og ressurser, motivere, koordinere og bygge allianser og fellesskap, men hele tiden med størst mulig involvering og overføring av styring og innflytelse over handlingsalternativene til innbyggerne (107).

Allmennleger kan være en viktig ressurs i et helsefremmende tverrfaglig prosjekt. De får kjennskap til mange nærmiljøer og utsatte grupper og deres problemer gjennom praksis ved personlig kontakt med 70% av befolkningen i løpet av et år, over 90% på tre år. Allmennlegene er som regel etablert i lokalsamfunnet, yter en tjeneste folk verdsetter høyt og kan være døråpner til noen av samfunnets ytelser. Utposten er et norsk tidsskrift som gjennom årene har publisert gode eksempler på helsefremmende arbeid initiert av allmennleger (50), nesten til tross for at det har vært vanskelig å engasjere allmennleger på dette feltet. Utdanningen synes å være mangelfull, og det er organisatoriske og økonomiske barrierer i primærhelsetjenesten som hindrer en

reorientering mot mer helsefremming, slik som påpekt i Ottawa-chartret for over 30 år siden. Det finnes metoder som øker fastlegenes bruk av individrettet helsefremmende helseopplysning/rådgivning (13, 123, 124). Likevel, helsefremmende motivering og styrking av ferdigheter kan like godt og noen ganger bedre utføres av annet personell på legekontor (125, 126), og av primærhelseteam (120, 127, 128).

Forebyggende legemiddelbehandling – et nytt folkehelseproblem?

Individrettet forebyggende arbeid i allmennpraksis er først og fremst forbundet med helseopplysning/rådgivning, screening og opportunistisk case finding. En del fastleger tilbyr også vaksiner av utsatte grupper, gjerne i samarbeid med helsestasjon/kommuneoverlegen. Svangerskapskontroller blir også oftest utført i samarbeid med helsestasjonen. Screeningundersøkelser i allmennpraksis ut over de nasjonale programmene er ikke anbefalt. Imidlertid er såkalt "vill-screening" eller opportunistisk case finding utbredt (92). Dette er testing uten at det foreligger faglig anbefalt indikasjon, f.eks. å måle blodtrykket på en person som henvender seg pga. en mulig bronkitt/nedre luftveisinfeksjon eller å ta med kolesterol-måling når en blodprøve likevel skal sendes inn (89). Case finding øker faren for overdiagnostikk, det reiser etiske problemstillinger og gir unødvendig merarbeid på en allerede belastet fastlegeordning (129, 130). Case finding har i stor grad vært knyttet til fremveksten av forebyggende legemiddelbehandling omtalt under. Vi ser nå initiativ som har som mål å redusere overdiagnostikk og overbehandling, som f.eks. den internasjonale kampanjen *Choosing Wisely* ("Gjør kloke valg") hvor også norske helsefaglige organisasjoner har engasjert seg.

Flere utfordringer har etter hvert fulgt i kjølvannet av det som er individrettet forebyggende arbeid med legemidler. Det handler om legemiddelbehandling som potensielt skal forebygge mulig fremtidig sykdom, f.eks. behandling av høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol, prediabetes, begynnende benskjørhet o.a. En viktig driver i utviklingen er produksjonen av rekker av diagnosespesifikke faglige retningslinjer. Bare i et mindretall av retningslinjene har imidlertid ekspertise på metode deltatt. Vurderinger av anvendelse på pasienter med flere kroniske sykdommer er omtrent fraværende. Likeledes mangler som oftest betraktninger av personlige og sosiale forhold med tanke på gjennomførbarhet, f.eks. knyttet til arbeid, funksjonsevne og sosial kontekst. Sjelden omtales vurderinger mht. pasientens preferanse og mål, og heller ikke den belastningen behandlingen kan påføre pasienter. I den grad andre forebyggende tiltak blir nevnt, er det ikke som et alternativ, men som et tillegg (85, 131).

Den forebyggende legemiddelbehandlingen er en viktig bidragsyter til økende polyfarmasi. Blant innbyggere over 70 år i Norge bruker 20% ti eller flere legemidler, noe som er blitt beskrevet som den moderne epidemien (132). Polyfarmasi er assosiert med nedsatt fysisk og kognitiv funksjonsevne, fall og redusert livskvalitet, og som en selvstendig indikator til økt mortalitet (133). Det er i undersøkelser funnet at med de legemiddellistene som mange anvender, fremskyndes kognitiv reduksjon med 4-5 år (134). Basert på internasjonale studier er forekomsten av legemiddelrelaterte dødsfall om lag 1500 per år i Norge og de fleste rekrutteres fra personer med polyfarmasi (135).

Forebyggende legemiddelbehandling er med andre ord blitt til et helseproblem for en stor gruppe innbyggere (136). Ved multisykdom blir det forventet at man skal følge faglige retningslinjer for hver enkelt sykdom. Forskningsunderlag for å gjøre dette mangler (137, 138). Faglige retningslinjer for individuell medikamentell forebygging er basert på resultater fra behandling av sterkt selekterte pasientgrupper som ikke har andre helseproblemer av betydning og helst ikke bruker annen medisin. Vi vet ikke om denne forebyggende aktiviteten går helsemessig i pluss, men kan gi mange år med nedsatt livskvalitet og bivirkninger. Selv under ideelle forhold med god

økonomi, strukturert opplegg og over gjennomsnittet friske innbyggere er resultatene marginale. Blant innbyggere over 80 år må 94 personer behandles i 2 år for høyt blodtrykk for å unngå 1 slagtilfelle (alle typer) (139). Ved å behandle 60 innbyggere for høyt kolesterol i 5 år, unngår 1 person ett ikke-dødelig hjerteinfarkt (140).

Denne omfattende forebyggende legemiddelbehandlingen krever tid og store ressurser både i sykehus, allmennpraksis og i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Behandlingen utløser automatisk refusjoner i spesialisthelsetjenesten og allmennpraksis, men ikke for kommunene. Den forebyggende legemiddelbehandlingen er i hovedsak rettet mot godt voksne. Med marginale resultater burde den i større grad bli veid mot forebygging tidlig i livet. Forskning blir stadig tydeligere på at forekomsten av kroniske sykdommer gjennom livet har en forbindelse med levekår og hendelser tidlig i livet (35, 115, 141). Forebyggende legemiddelbehandling, med kanskje av noe få unntak, har liten effekt etter 75-års alder, og har udokumentert effekt på personer med multisykdom (142). Om den da ble avsluttet når dokumentasjon på virkning mangler, kunne det frigjøre ressurser til helsefremming og forebygging blant barn og blant de eldste. Det foreligger god dokumentasjon på at fysisk aktivitet, bedre ernæring, sosialt nettverk og legemiddelreduksjon blant personer med multiple kroniske sykdommer og skrøpelige eldre gir bedre funksjonsevne og livskvalitet, samt redusert forbruk av helsetjenester.

Avmedisinering kan gjøres med hell for majoriteten av innbyggerne med polyfarmasi (116, 143). I en undersøkelse kunne man ta bort 4-5 legemidler per person og 4 av 5 rapporterte bedre opplevd helse. Hos bare 2 % måtte man gjenoppta noe av behandlingen (144). I en annen undersøkelse fant man ved avtrapping av legemidler en halvering av dødelighet og innleggelses i sykehus, ikke ulikt en norsk undersøkelse (145), samt en vesentlig reduksjon i kostnader (146). Nøkkelen til å lykkes med avmedisinering ligger hos allmennlegene. De er imidlertid ambivalente og motvillige til nedtrapping, og føler seg sikrere ved bare å fortsette samme behandling, som ofte er initiert av spesialisthelsetjenesten (147). Dette tilfelle til tross for at Norsk Forening for allmennmedisin klart støtter forsiktighet mht. polyfarmasi (148). Sverige har som Norge innført takst for legemiddelgjennomgang og bruken av taksten har økt betydelig, men uten at man ser endringer i legemiddelbruken (149).

Fastlegene har et helhetsansvar og står selv for 70-80 % av legemiddelforskrivningen, og er nøkkelen til å redusere legemiddelbruken (143). Nedtrapping vil kunne bli en lettelse for mange personer med polyfarmasi og deres pårørende, men vil også kunne bety en vesentlig avlastning av legens egen arbeidsbyrde. Om lag halvparten av konsultasjonene hos fastlegene dreier seg om kontroll av kroniske problemer, hvorav majoriteten dreier seg om forebyggende legemiddelbehandling (150). Avmedisinering vil også frigjøre ressurser innenfor pleie- og omsorg og forebygge innleggelses i sykehus. Imidlertid ser det ut til at en omlegging er krevende å starte for den enkelte fastlegen. Det kan bli enklere om dette skjer kollektivt og omforent, og f.eks. ledet lokalt av kommuneoverlegen. Dette er en medisinsk problemstilling, men som hele primærhelsetjenesten lokalt vil bli berørt av (47). En hindring for en endring på dette feltet er dagens økonomiske ordning med automatisk rett til refusjon av utgifter til godkjente legemidler. Den gir intervensjon med legemidler en betydelig prioritet i forhold til andre både individuelle og grupperettede helsefremmende og forebyggende tiltak (151). Nylig publiserte Legemiddelhåndboken et helt nytt kapittel om avmedisinering (152).

Fag- og interesseorganisasjoner og styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid

Både i Norge og internasjonalt har legeföreninger pekt på nødvendigheten av å jobbe mer forebyggende og helsefremmende (153, 154). Verdens legeförening (WMA), som også Den norske legeföreningen er medlem av, har satt folkehelse høyt på dagsorden, med fokus på hvordan

legetjenestene kan bidra til å jobbe mer forebyggende og helsefremmende bl.a. gjennom å øke forståelsen for de sosiale helsedeterminantene (155, 156). Verdens helseorganisasjon (WHO) har lenge hatt fokus på utviklingen av folkehelsearbeidet og helsetjenestene, blant annet gjennom rapporten *Closing the Gap in a Generation* (2008) (157). Her understrekes det at tilgang på gode helsetjenester er en viktig helsedeterminant. Videre hevdes det at helsetjenestene kan være forebyggende og helsefremmende i sin natur, spesielt når de er basert på universell tilgang og en sterk primærhelsetjeneste. Fra 2013 har Norge forpliktet seg til å være del av WHO's strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer (NCD-strategien, non-communicable diseases) (36). Norge har som overordnet mål å redusere for tidlig død av disse sykdommene med 25 prosent innen 2025. En kjede av tiltak fra individrettet arbeid til det systematiske folkehelsearbeidet og politikkkutforming må til for å nå målene.

KS er også aktiv på folkehelsefeltet. Bl.a. har de hatt flere læringsnettverk med mål om å styrke kommunesektorens arbeid med folkehelse. KS har også en bilateral konsultasjonsavtale med regjeringen om å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene (158). To av de særskilte samarbeidsområdene som blir nevnt i avtalen er 1) å bidra til mer forebygging av og tilby bedre kommunal oppfølging av mennesker med problemer som relateres til psykisk helse, rus og vold og seksuelle overgrep, og 2) å arbeide for å tilrettelegge for mer samlokalisering og teamarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Begge disse må anses som relevante for fastlegerollen. KS har også vært sentral i lanseringen av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027 (159).

3 Fastlegenes erfaringer i forebygging og helsefremmende arbeid – en kvalitativ studie

Fastlegers erfaringer med og involvering i folkehelsearbeidet i Norge er altså ikke avklart og tydeliggjort. Det er behov for mer kunnskap om dette for å avklare ansvar, regulere forventinger og forstå og utvikle praksis. Dette danner bakgrunnen for vår studie og de problemstillingene som vi har hatt som utgangspunkt for å ytterligere belyse fastlegers forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid:

- Hvilke erfaringer har fastleger med helsefremmende og forebyggende arbeid og hvilken plass det har i allmennpraksis?
- Hvilken kontakt og erfaringer har de med kommunens folkehelsearbeid, inkl. evt. samarbeid med kommuneoverlegen i denne sammenhengen
- Hvilke barrierer og fasilitatorer forteller og erfarer fastlegene påvirker helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis og i samarbeidet med kommunen?

3.1 Materiale og metode

For å belyse problemstillingene har vi gjennomført intervjuer med fastleger i fokusgrupper og en feltstudie i 25 kommuner.

Fokusgruppeintervju med fastleger

Legene var fordelt på tre grupper bestående av henholdsvis 3, 8 og 7 leger. Rekrutteringen var en kombinasjon av strategisk utvelgelse og av legenes tilgjengelighet (bekvemmelighetsutvalg) og kom fra både små, mellomstore og store kommuner (160). Den ene gruppen bestod av leger som

hadde møttes stabilt over flere år i forbindelse med videre/etterutdannelse mens en annen ble rekruttert fra et kurs for leger i regi av fylkesmannen. Den tredje gruppen ble samlet i forbindelse med et fagseminar i regi av et pågående doktorgradsarbeid til en av forfatterne. Utvalget bestod av 10 menn og 7 kvinner i alderen 30 til 60 år, som hadde jobbet i allmennpraksis fra noen få år til "en mannsalder" og var allerede kjent med hverandre. Majoriteten var privatpraktiserende fastleger, men noen arbeidet på fastlønn.

Intervjuene varte 1-1,5 timer og ble tatt opp på bånd. Det ble innhentet samtykke fra samtlige deltagere. Det ble brukt en intervjuguide som sikret at de samme tema ble belyst i alle gruppene. Intervjuguiden ble modifisert på bakgrunn av erfaringer vi gjorde oss underveis. Intervjuene er anonymisert, transkribert og analysert. Fortolkningen av intervjuene ble basert på tematisk analyse og systematisk tekstkondensering som gikk over flere trinn. Intervjuene ble lest helt eller delvis av alle forfatterne (161).

Feltstudie

Feltstudien ble gjennomført av 67 siste års medisinstudenter som var utplassert høsten 2017 i seks ukers tjeneste i til sammen 25 kommuner, i hovedsak i Midt Norge. Noen av studentene samarbeidet, og det ble levert til sammen 41 rapporter. I tillegg til de to kommunene som utgjorde en samkommune var det 7 kommuner som inngikk i ulike interkommunale ordninger der de hadde slått sammen ressurser innen samfunnsmedisin og folkehelse. De viktigste informantene til studentene var folkehelsekoordinatorer, fastleger, kommuneoverleger og administrative helseledere.

Feltstudien bestod av intervju, dokumentanalyse og observasjon og skulle danne basis for et tenkt saksframlegg til kommunestyret. Hovedproblemstillingen for feltstudien var "Hva er primærlegenes bidrag i det kommunale folkehelsearbeidet?". Studentene fikk en times innføring i folkehelsearbeid, samt en semistrukturert intervjuguide som en veiledning i hva som var viktig å undersøke og spørre om. De skriftlige innleverte rapportene er analysert med hensyn til innhold og sammenhenger i henhold til metoder for dokumentanalyse (162). Det er publisert tilsvarende feltstudier basert på slike studentrapporter tidligere (163, 164).

3.2 Resultater

Vi presenterer her resultatene i henhold til relevans til de tre problemstillingene. Fokusgruppeintervjuene er vår primære datakilde. Funn fra feltstudien presenteres som supplement og utfylling av intervjuene.

Begrepet folkehelse i allmenntidmedisin

Det kom fram både i intervjuene og feltundersøkelsen at begreper og definisjoner innen folkehelsefeltet ble ulikt oppfattet. I alle tre gruppene uttrykte fastlegene, med noen unntak, liten grad av kjennskap til begrepene folkehelse og folkehelsearbeid, «folkehelse er for meg et noe ullent begrep». Folkehelse var ikke et tema som fastlegene direkte relaterte til sin egen praksis, og flere uttrykte at de heller ikke så at de hadde noen viktig rolle i folkehelsearbeidet. Noen av legene mente det gikk et klart skille der folkehelsearbeid er rettet mot den friske delen av befolkningen, mens helsetjenestene tar seg av de som er syke. Folkehelsearbeid var dermed i deres øyne noe de i liten grad var involvert i ettersom de sjelden hadde friske folk på kontoret sitt:

«Vi får ofte folk som er syke, vi har et annet perspektiv. Jeg har ikke en tradisjon for å anbefale mine friske pasienter å komme til kontroller. De eneste friske jeg egentlig

regelmessig har inne er gravide. Der gjør vi en del folkehelsearbeid, sammen med jordmor, forebygge skade hos foster og mor. Det er kanskje den eneste soleklare gruppa vi har inne. Er dere enig i det?». (Informant 3)

«Forebygging generelt, ut fra et folkehelseperspektiv, det tenker ikke jeg så veldig mye over egentlig. Det virker veldig tilfeldig og litt uoversiktlig, synes jeg. Det er liksom meg og min pasient som jeg har på kontoret». (Informant 2)

Da vi utdypet temaet ved å spørre om individrettet forebygging også kan ses på som en del av innsatsen for en bedre folkehelse, endret diskusjonene seg klart. I løpet av intervjuene gikk mange av legene fra å si "vi driver ikke med folkehelsearbeid" til "jo, ved nærmere ettertanke så er det klart at det vi gjør også spiller inn på folkehelse". Vi fikk flere utsagn som demonstrerte utfordringen med å knytte individperspektivet inn mot folkehelsebegrepet.

"Om jeg jobber godt med mine pasienter og klarer å forebygge KOLS, og dette er et system der 160 andre fastleger jobber målrettet på samme måte, så klarer vi å krympe denne parameteren for kommunen slik at det kommer bedre ut. Sånn sett er det jo folkehelse på en måte! Så det henger jo sammen (...) Om du legger et makroperspektiv på det du holder på med, eller om du tenker på den ene pasienten". (Informant 1)

Det var flere av legene som sa at de ikke anså fastlegearbeidet som relatert til folkehelsearbeid, mens andre mente at de absolutt driver med folkehelse:

"Jeg ble litt provosert da kommunene sa vi må drive med mer folkehelsearbeid, for jeg føler vi driver med forebyggende helsearbeid, vi driver med folkehelse hver dag". (Informant 9)

Også i feltstudien fant vi igjen diskusjonen om helsetjenestenes rolle i folkehelsearbeidet, og ulik bruk av begreper. En student brukte for eksempel begrepet "individrettet folkehelsearbeid". Fra en av oppgavene i en storby ble det observert at kommunen enda ikke hadde integrert fastlegenes individrettede arbeid som en del av kommunens folkehelsearbeid. Samtidig kom det tydelig fram i flere av rapportene synspunkter på at dette må henge sammen, og at individrettet forebygging på fastlegekontoret må ses i sammenheng med folkehelsearbeidet. Fastlegenes innsats innen individrettet forebygging ble godt beskrevet i studentoppgavene i feltstudien. Det slås fast fra flere av studentenes informanter, både fastlegene og andre, at fastlegene oppfattes å ha en nøkkelrolle innen individrettet forebygging, men at folkehelsearbeidet på systemnivå faller på kommuneoverlegen, folkehelsekoordinator og andre aktører. Fastlegenes individrettede arbeid er i de fleste kommuner ikke definert som en del av folkehelsearbeidet i kommunen, men likevel sies det i en rapport fra en mellomstor kommune at "Primærleger er likevel en viktig del av folkehelsearbeidet".

Fastlegenes prioritering av individrettet forebygging

I alle gruppene kom det eksempler på individrettet forebygging utført av dem som fastleger. Dette var i hovedsak oppgaver knyttet til blant annet røykeslutt, prevensjonsveiledning, vaksinasjon, hjelp til livsstilsendring og samtaleterapi ved psykiske plager, samt sekundærforebygging knyttet til hjertesykdom, diabetes og overvekt. På spørsmål om hvilke tema eller grupper i samfunnet de var spesielt opptatt av, svarte de ungdom, psykisk helse, eldre med dårlige nettverk, enslige forsørgere, psykososiale forhold, fattigdom, enslige forsørgere, frafall fra skole, overvekt, rus, hjertelidelser og kols. Helsefremming som begrep ble i mindre grad omtalt og diskutert. Det synes

å være opp til legen selv hvordan dette arbeidet blir prioritert. Noen mente at de kommer for sent inn, og at de ikke hadde nok tid til å gå i dybden.

«I allmennpraksis tenker jeg at vi gjerne kommer inn litt sent. Vi driver mye med kronikerne våre og syke pasienter. Kanskje skulle vi vært inne litt tidligere, i forebyggingsarbeidet, tenker jeg». (Informant 10)

En av de eldre fastlegene opplevde at det var vanskelig å motivere pasientene til livsstilsendringer, og at det kunne være utfordrende å nå de som kanskje trenger det mest. Frisklivssentraler ble trukket fram som eksempel på en ordning som avlaster fastlegene – men ikke alle visste helt hva som kom ut av henvisningene dit, eller om det egentlig hadde noen effekt. For flere syntes det å være en lettelse bare at det fantes noen som kunne hjelpe til og gi råd og oppfølging om kosthold og mosjon osv.

Legene savnet en enkel funksjon der de ved få tastetrykk kunne hente ut statistikk fra journalsystemene sine. De argumenterte for at det ville gi bedre oversikt over pasientene, og at det ville gjøre det lettere med målrettede tiltak, for eksempel å tilpasse legekantorets tjenester til innbyggere på lista. Flere anga både tid og økonomi som årsak til at de ikke hentet ut slik data/statistikk, mens en sa det var et spørsmål om prioritering.

Et par av informantene hadde erfaring med å hente ut slik statistikk ved hjelp av dataprogrammet *Medrave*. En av legene med lang erfaring i en større kommune hadde brukt dette for å få oversikt over eldre innbyggere som ikke hadde vært hos han på lenge:

«En eldre pasient som ikke hadde vært hos meg på 2 år ble oppringt av sekretæren med tilbud om time. Hun kom og var kjempefornøyd! Vi ser vi har ganske god kontroll over de gamle på senteret vårt». (Informant 1)

Legene viste også til noen av sine andre roller på bl.a. helsestasjon/skole, der de etterlyste mer tid til å jobbe grupperettet f.eks. gjennom undervisning av skoleklasser eller deltakelse på foreldremøter. Samlet sett pekte de tre gruppeintervjuene mot at legene mener det er viktig med forebygging, men at det kan være vanskelig å gjennomføre det på en god måte, og at det blir nokså tilfeldig hvor mye det blir prioritert, og på hvilken måte det blir gjort.

I feltstudien fikk studentene gjennom sine intervju med leger, helseledere og folkehelseaktører fram at fastleger bidrar til individrettet forebygging på ulike måter. Fastlegene kan sette i verk tiltak på egen hånd, eller de kan henvise til andre instanser. Legekantoret pekes på som en unik arena for å forebygge sykdom gjennom kartlegging av risikofaktorer. Fastleger som ble intervjuet av studentene pekte samtidig på en rekke barrierer som kan gjøre det vanskelig å prioritere forebygging, i første rekke at fastlegene har en travel hverdag med liten plass til nye oppgaver, og at det mangler økonomiske insentiver for å prioritere forebyggende innsats. Noen studenter drøftet fordeler og ulemper knyttet til forebygging og helsefremming, og pekte på mulighet for økt sykeliggjøring og unødig medikalisering dersom en er for ivrig. Det ble også stilt spørsmålsteget ved hvor stor effekt "pekefinger" og oppfordringer til livsstilsendringer har sammenliknet med strukturelle tiltak som f.eks. sykkelstier.

Kjennskap til lokalt tjenestetilbud og lokalsamfunnet

Fastlegens mulighet til å forebygge sykdom hos den enkelte ble drøftet i alle gruppene. Noen trakk fram kjennskap til lokalsamfunnet og lokale lavterskeltilbud som viktig for å kunne gi gode forebyggende og helsefremmende råd. Under diskusjonene om hvordan de kan henvise til slike

tilbud, eller oppmuntre innbyggere til å benytte seg av ulike tilbud i nærmiljøet, så vi variasjon i hvor god oversikt de selv hadde. Noen av fastlegene visste for eksempel ikke om kommunen hadde folkehelsekoordinator, og var tydelig usikre på hva kommunen hadde av lavterskeltilbud. Samtidig var fastlegene tydelige på sin egen koordinatorfunksjon:

«Jeg tenker også det er viktig for oss som fastleger å vite hva de andre driver med; frisklivssentral, treningsgrupper for eldre... og dette kan være den koordinatorrollen vi har som fastleger - vi må vite om disse tingene». (Informant 1)

I en av gruppene var de fleste godt kjent med frisklivssentralene, og la vekt på at det var fint at det var lett å henvise dit. En av legene kommenterte at dette var en kjærkommen ressurs for han:

“Jeg mangler tid hos meg selv til å f.eks. gjøre systematisk røykeavvenningssamtaler, slik jeg har lært. Det er alt for omfattende for meg, føler jeg. Da er det lettere å skrive en resept og håpe at pasienten slutter å røyke etter et slikt kurs. Det samme med trening. Oppfølging med vektreduksjon. Det tar jo tid å få til livsstilsendringer, og det tar tid som jeg føler jeg ikke har tid til, for jeg vil ikke prioritere det. Da er det fint å ha andre kan ta det.” (Informant 16)

En annen mente at fastleger som var godt kjent med lokalsamfunnet kunne gi bedre anbefalinger enn vikarer som ikke helt vet hvor noen ting er. Men bortsett fra frisklivssentralene, som virket kjent for de aller fleste, mente flere av fastlegene at det var vanskelig å ha oversikt over ulike tilbud i kommunen:

«Det er mange ganger jeg kommer over ting helt tilfeldig, hva som egentlig finnes. F.eks. det at de tar inn barn på frisklivssentralen var ukjent for meg inntil nylig. ... Det er mange aktører, og det kommer nye tilbud, men de reklamerer ikke så høyt om det, eller i kanaler jeg ikke får med meg». (Informant 3)

Noen av legene hadde positive erfaringer med at kommunene hadde laget gode oversikter over tilbud, både lavterskel helsetjenestetilbud og tilbud i regi av det frivillige. En kalte det «en jungel av tilbud i stadig endring», og viste til ulike kommunale prosjekter med begrenset finansiering. Stadig nye prosjekter hadde også ført til en viss skepsis hos noen av legene – de var blitt vant med at tilbud kom og forsvant:

«Hjemmesykepleien og de kommunale tjenestene har masse prosjektmidler og ulike prosjekter. Plutselig er det prosjektet i gang, også det neste. Rehabilitering av slagpasienter og forskjellige ting. Det etter litt over meg, egentlig. Når jeg endelig har forstått meg på et prosjekt, så blir det borte pga. det er slutt på prosjektmidlene. Det er veldig prosjektstyrt, det som er i kommunen». (Informant 15)

En av informantene opplevde det også som på grensen til det uetiske at det ble satt i gang prosjekter med kartlegging av f.eks. falltendens blant eldre, dersom det i neste omgang ikke fantes ressurser i kommunen til å gjøre noe med det som ble kartlagt. Det ville bare skape falske forhåpninger, mente han.

En fastlege i en bypraksis fortalte at det var vanskelig å ha kjennskap til innbyggerne og deres bakgrunn på samme måte som i en bygd, ettersom de kom fra et større geografisk område uten naturlige avgrensninger som i mindre kommuner. Det kunne også gjøre det vanskelig å se

sammenhengen mellom innbyggerne og samfunnsforhold som påvirker helsa, mente han. En annen av deltakerne fra en mellomstor kommune reflekterte over sammenhengen mellom individ og samfunn slik:

«.. det er viktig å snakke med pasienten om å være aktiv, selv om du ikke kjenner alle tilbud. Altså vi er jo ikke bare kurative doktorer (...) altså prøve å få dem til å bruke de tingene som er der ute. Det er ikke alltid vi kjenner godt nok til det». (Informant 15)

I feltstudien fremkom at det i flere av kommunene var lav kontinuitet i den kommunale administrasjonen, uten eierskap til folkehelsearbeidet. Det kom fram av intervjuene med fagfolk i kommunen at dette virket negativt inn på samhandling og sammenheng mellom tjenestene og andre tilbud i kommunen som var relatert til forebygging og folkehelse. Det er grunn til å tro at dette kan være en utfordring for flere kommuner.

Erfaringer med involvering i det overordnede folkehelsearbeidet

I henhold til krav i lov og forskrift skal fastlegene bidra til kommunens folkehelsearbeid og arbeid med oversikt over befolkningens helse. I intervjuene kom det imidlertid frem at fastlegene opplevde at de ikke hadde noen viktig rolle i det brede folkehelsearbeidet:

«Jeg føler heller ikke at jeg er en del av det. Det er noe som foregår, og masse flott arbeid, men som jeg som fastlege ikke er en del av. Spørs hvordan man skal definere begrepet "folkehelsearbeid" - trekker du det langt nok er det jo alt. Men om vi skal tenke at det er noe som det er en plan over, og en strategi for, så føler jeg at jeg som fastlege ikke er en del av det. Og kanskje ikke bryr meg så mye om det heller?» (Informant 16)

Det var få av våre informanter som kunne fortelle at de hadde blitt konsultert eller involvert i å utarbeide kommunens oversikt over helsetilstanden i kommunen - noen hadde så vidt hørt om *oversiktsdokumentet*. Men noen uttalelser kunne tyde på at fastlegene ønsker å bli involvert i folkehelsearbeidet som foregår ellers i kommunen. Den samme legen påpekte i en oppgitt tone at de som fastleger ikke blir brukt:

«Det finnes ingen link! Som fastlege er jeg helt utenfor alt det der. Men altså som innbygger kan jeg gå inn i det. Fastlegejobben er kurativ, og det er individintervenering i forhold til et helseperspektiv. Men vi har jo ingen rolle i folkehelsearbeidet i kommunen tenker jeg. Vi blir jo ikke brukt.» (Informant 16)

I alle gruppeintervjuene var det informanter som uttrykte liten eller ingen kjennskap til folkehelsekoordinatoren i kommunen, både som person og funksjon. Noen visste heller ikke hvem som var kommuneoverlege eller hvem som jobbet med folkehelsearbeid på et overordnet nivå. Det samme gjaldt om de hadde frisklivssentral eller ikke. Ingen av informantene kunne vise til konkrete erfaringer der de hadde blitt koblet på kommunens overordnede folkehelsearbeid på plan- og systemnivå. Det gjaldt også uthenting av data/statistikk fra pasientjournalene i regi av kommunen. Dersom statistikk skulle hentes ut til kommunen for bruk i oversiktsdokumentet, mente de at tidsbruken måtte kompenseres økonomisk.

Det ble i den ene gruppen kommentert *“vi lever i vår verden på legesenteret, så holder kommunen på for seg selv”*. I den grad de opplevde å bli involvert, syntes det oftest å være gjennom en aktiv kommuneoverlege, og ikke folkehelsekoordinator. Det var delte meninger hvorvidt de ønsket å bli involvert eller ikke. En svarte:

«Vi skulle gjerne vært mye mer involvert i hva som foregår, og at de hadde hørt på oss, ikke minst. For det styres jo av penger i kommunen, så om vi kommer med noen tips eller råd så føler jeg ikke at de hører på oss». (Informant 6)

Noen eldre leger trakk fram erfaringer fra før fastlegeordningen, da de som kommunelege 2 med kommunal delstilling ble langt mer involvert i kommunalt arbeid enn det de opplevde nå som privatpraktiserende fastleger. Andre igjen så ikke på det som en naturlig del av oppgavene som fastlege:

«Jeg velger ikke å være passiv, men har mer enn nok med den daglige tralten, rett og slett. Og som dere andre sier, det er litt utenfor det som jeg opplever er naturlig for meg å være med på». (Informant 15)

På spørsmål om hva statistikk fra fastlegene eventuelt kunne brukes til, svarte de at det måtte være til nytte for samfunnet. Mens noen ikke hadde noe behov for å bidra med kunnskap eller erfaringer til et mer overordnet folkehelsearbeid, var det andre som ga uttrykk for at de kunne tenkt seg å være mer involvert i dette. Samtalene dreide flere ganger inn på konkrete områder og utsatte grupper som fastlegene var opptatt av, og der de så behov for økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid. Man kunne til en viss grad få inntrykk av at det var et gap mellom hva fastlegene så det var behov for på den ene siden, og hva de var i posisjon til å bidra med på den andre. Noen syntes å være likeglad med dette, mens andre tydelig var misfornøyd med å stå på sidelinja:

«Jeg tenker vi sitter på veldig mye kunnskap. Men vi er for lite flinke å skrive i avisa, ala Per Fugelli. Vi er alt for tause. Alt for passive. Jeg tror vi er litt slitne hele gjengen. Vi vet mye om hva som er bra og dårlig samfunn. Men vi er alt for passive». (Informant 17)

Vi spurte også om fastlegene hadde noen erfaringer med å varsle kommunen om forhold eller utviklingstrekk de hadde reagert på. Flertallet hadde ikke det, og det var heller ikke etablert noen rutiner for dette, og i tilfelle hadde de ikke visst hvem de skulle varslet. I en av de større kommunene fungerte derimot dette ved at fastlegene kunne ta opp saker i allmennlegeutvalget (ALU), som videre kunne ta det opp med kommunen i lokalt samhandlingsutvalg (LSU).

Feltstudien peker mot mye av det samme som kom fram i intervjuene; fastlegene har generelt vært lite involvert i det overordnede folkehelsearbeidet i kommunene. Det hadde vært liten eller ingen kontakt mellom folkehelsekoordinatorene og fastlegene i flere av kommunene. I en av kommunene var folkehelsekoordinatoren usikker på om fastlegene hadde lest det nye dokumentet med kommunens oversikt over befolkningens helse. Vedkommende hadde ikke formidlet innholdet i rapporten til de aktuelle legene, og rapporten var heller ikke sendt ut til legekantorene. Dette ble bekreftet gjennom studentens intervju av fastlegene.

Vi kan ut fra feltstudien få inntrykk av at det foregår lite informasjonsutveksling mellom kommune og fastleger. Knapt noen kommuner hadde systematisk lagt til rette for at fastlegene skulle bidra med lokale data og kunnskap, slik folkehelseloven legger opp til. De fleste kommunene rapporterte at det heller ikke var etablert noe system fra kommunens side for å konsultere fastlegene med tanke på behov for tjenesteutvikling eller prioriteringer knyttet til lokalt utfordringsbilde. Flere av studentene pekte på at fastlegene fortalte at de sitter på mye kunnskap og erfaring som kunne og burde vært brukt av kommunen. Vi fant bare noen få eksempler på mer direkte involvering. I en av kommunene var fastlegene pålagt å delta i et lokalt samarbeidsutvalg med obligatoriske møter hver 6. uke med kommunens helse- og omsorgssjef og leder i pleie og

omsorgssektor. Fastlegene ble der inkludert i arbeid med å kartlegge udekkete behov i kommunene. I en av de mindre kommunene ble fastlegene rådført, men ikke i formelle rammer.

Samarbeidet med kommunen og kommuneoverlegen

I mindre og mellomstore kommuner ble det uttrykt å være bedre kontakt enn i store byer mellom fastlegene og andre aktører, som f.eks. helseledelse, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator. Dette ble løftet fram som betydningsfullt både med tanke på utvikling av helsetjenester, og for å sikre fastlegene og det individrettede arbeidet en plass i det brede folkehelsearbeidet. På initiativ fra legene var det i en kommune etablert en møtstruktur med hjemmetjenesten, noe som gav dem tidligere informasjon om innbyggere med begynnende funksjonsfall og kunne derved forhindre forverring og innleggelse på sykehus.

Fastlegenes oppfatning av kommuneoverlegefunksjonen varierte. Noen fastleger sa at de *"vet nesten ikke hva kommuneoverlegen driver på med engang"*. Andre så på kommuneoverlegen som en viktig medspiller og samarbeidspartner i den generelle kontakten med kommunal administrasjon og organisering av legetjenestene. Innsikt i fastlegenes hverdag ble framhevet som en viktig egenskap hos kommuneoverlegen:

«Jeg opplever at kommuneoverlegen har felles utdanningsplattform og har jobbet kurativt. I distriktskommuner er det veldig ulik kompetanse, noen (i kommunen) har økonomisk kompetanse og kjenner ikke til tjenestene i det hele tatt, og ledelse i seg selv og økonomistyring snarere enn fagstyring er eneste kompetansen de har. Da er vi på kollisjonskurs så lenge fastlegene har høy autonomi og er selvstendig næringsdrivende». (Informant 12)

Når det kom til kommunens folkehelsearbeid så fastlegene på kommuneoverlegen som en de kunne lene seg mot, og som avlastet dem på dette området. Som en av fastlegene i en mellomstor kommune sa:

«Vi har jo en veldig aktiv kommuneoverlege, og hun jobber mye med dette. Kanskje slapper vi litt av da, men vi vet at hun er veldig engasjert». (Informant 15)

En av de andre informantene fortalte at han hadde hatt opptelling av hvor mange innbyggere han hadde på lista som var psykisk utviklingshemmet. Han trodde på forhånd det var fire, og ble derfor overrasket da det var 15. Dette var en nyttig øvelse, men han fortalte videre hvorfor dette var noe han ikke hadde tid til å gjøre systematisk:

«Jeg har ingen reell oversikt over overvekt, røyking osv. Det er en reell utfordring i folkehelsearbeidet, for oss som allmennleger. Hverdagen vår er «go go go!» Klokka går, hjem, mat, barn, legevakt. Også er det neste dag. Det er den største utfordringen, og da lener vi oss over på kommuneoverlegen når det gjelder det å ha en oversikt». (Informant 9)

Noen av fastlegene i de mindre kommunene hadde erfart at kommunen stod uten kommuneoverlege i en periode, og hvordan dette var uheldig sett fra fastlegenes ståsted med tanke på å ha kontakt med kommunen:

«Vi inviteres ikke med på møter der ting blir bestemt, vi blir ikke rådført når vi ikke har kommuneoverlege. (...) Vi blir for oss selv, det blir lite kommunikasjon, vi er ikke involvert i noe av det som skjer». (Informant 6)

Samarbeid med kommuneoverlegen ble sagt stimulerte til å delta i arbeidet med oversikt over helseforholdene i kommunen. Selv om de færreste hadde erfaring med å trekke ut og bruke statistikk fra eget journalsystem, var det flere som kunne tenke seg dette også til eget bruk:

«Men hvis kommuneoverlegen kom, og vi jobber tett med han som fastlege, og han sa at vi skal jobbe med f.eks. kartlegge antall diabetikere, så kunne jeg satt av en halv time».
(Informant 9).

Det festet seg et inntrykk av at der kommuneoverlegen "var på" og hadde interesse for folkehelsearbeidet, lå det bedre til rette for at fastlegene samlet sett kunne være bidragsyttere til kommunens folkehelsearbeid og/eller tjenesteutvikling.

Også i feltstudien kom det fram til dels store forskjeller fra kommune til kommune mht. hvordan kommuneoverlegen og fastlegene samarbeidet innen forebygging og folkehelse. I en kommune ble for eksempel fastlegene innkalt til månedlige "fastlegemøter" der det ble snakket om bl.a. folkehelse relaterte tema. I en av de andre kommunene fortalte kommuneoverlegen at hun jevnlig dro på lunsjbesøkt til legekantorene for å «ta temperaturen» blant fastlegene. Motsatt fant vi eksempler på at kommuneoverlegen ikke hadde særlig kontakt med fastlegene i det hele tatt. Blant annet var kommuneoverlegestillingen i en kommune så liten som 20 %, noe som førte til at det ikke var tid til å ta seg av annet enn smittevern oppgaver og bekymringsmeldinger innen psykisk helse.

«De har fått en annen oppfølging enn jeg føler jeg kan gi dem, og som jeg har kapasitet til. ... med kompetente folk, med ernæringsinformasjon». (Informant 3)

I noen av feltrapportene ble det pekt på at det kunne bli enklere å involvere fastlegene når oversiktsarbeidet kommet bedre i gang og bidra til bevisstgjøring av fastlegenes rolle. En av studentene som hadde vært utplassert i en mellomstor kommune oppsummerte det slik:

«Jeg tror bevisstgjøring og tilhørighet til kommunens folkehelsearbeid vil øke følelsen av samfunnsansvar hos den enkelte lege, og dermed øke delaktigheten i folkehelsearbeidet, enten dette er gjennom individrettet forebygging på legekantoret, gjennom å være en synlig rollemodell for innbyggerne i kommunen, gjennom folkeopplysning på helsestasjon, gjennom forskning som kan gagne listepasientene eller gjennom bidrag i andre kampsaker».

Interesser og opplevde hindringer

Fastlegene vektla forebygging og helsefremming ulikt. Noen mente dette var en del av fastlegenes innsats for bedre folkehelse, mens andre uttrykte at dette ligger utenfor fastlegers kjerneoppgaver. En sa klart at han ikke var særlig interessert i slikt (forebyggende/helsefremmende) arbeid, og at det var det kurative som var i fokus, dvs. diagnostikk og behandling av syke personer.

Fastlegene mente at takstene ikke dekker forebyggende arbeid godt nok. De fortalte også at de har det travelt med mange oppgaver, og at lite tid per person står i veien for en del forebyggende arbeid:

«Det er vanskelig å jobbe med disse pasientene, det krever tid. I en optimal hverdag vil vi gjerne gi pasientene mer oppfølging, men vi har flere oppgaver å håndtere». (Informant 9)

En fastlege sa at hun kunne tenkt seg å jobbe mer grupperettet ut mot skoler og barnehager, gjerne i rollen som helsestasjonslege. På spørsmål om hva som skulle til for å få dette til svarte hun:

«Fastlønn for allmennleger! Da hadde det vært lettere å forlate kontoret og delta ute i folkehelsearbeidet». (Informant 6)

Organisering av praksis og innbyggerlistens sammensetning påvirker også fastlegenes forebyggende arbeid. Det kom frem positive erfaringer fra kommunale legekontorer som hadde prøvd ut f.eks. diabetessykepleier. De private legene uttrykte derimot at slikt ville de ikke ha råd til, og at det manglet insentiver for dette. Flere hevdet at normaltariffen manglet takster for forebyggende arbeid:

«Det har jo vært diskutert det med sykepleiere inn på legekantorene for en del av disse oppgavene, men det utløser ikke refusjoner, så da vil de fleste legekantor ikke ha muligheter der, bare så det er sagt». (Informant 10)

Fastlegepraksis ble omtalt som fokusert på kurative oppgaver, individuelle kontakter, med høy gjennomstrømming av personer, og derfor med lite rom til å bidra til kommunalt utviklingsarbeid og kommunens folkehelsearbeid. Det ble dessuten beskrevet mange nye oppgaver, blant annet overført fra sykehusene etter innføring av samhandlingsreformen. Dette har ført til økt arbeidsmengde og mindre tid til den enkelte innbygger.

«Flere og flere oppgaver blir overført fra sykehus til fastlegen, uten at vi får flere ressurser. Noen hadde vært på legevakt i helga med skulder ut av ledd, så ringte turnuslegen fra sykehuset og sa jeg måtte henvise til MR-kontroll. Da sa jeg det må de gjøre selv, jeg kan ikke sitte og skrive rekvisisjoner». (Informant 5)

Noen fastleger uttrykte at de manglet kunnskap om forebygging og helsefremming. En av informantene etterlyste kompetansehevende tiltak på området, og satte spørsmålstejn ved arbeidet som går med til forebyggende legemiddelbehandling:

«.. det har vært altfor lite fokus på konsensus på hvordan vi skal forebygge og veilede i vår praksis. Savner at det er litt større bevisstgjøring om hva vi skal gi råd om, hva vi skal si til de forskjellige pasientgruppene. Kanskje vi skulle hatt mer felles kjøreregler for hvordan vi veileder for eksempel livsstilssykdommer». (Informant 2)

«...jeg savner litt mer fokus på hvorfor det er lurt å behandle kolesterol for eksempel. Hvilken forskning som ligger til grunn for de forskjellige rådene vi gir». (Informant 2)

Mangel på tid og økonomiske insentiver kom frem som et opplevd problem også i feltstudien. Også fravær av oversiktsdokument og folkehelsekoordinator og evt. nytte av dokumentet ble av flere trukket frem som problem. Fra informanter i kommunene ble det pekt på at fastlegeordningen gir få muligheter til å påvirke hva fastlegene prioriterer.

3.3 Diskusjon

Oppsummert forteller fastlegene at samarbeidet mellom dem og kommunene er mangelfullt når det gjelder folkehelsearbeid. Det kommer frem at kommunene i liten grad involverer legene i arbeidet, både når det gjelder utformingen av lokale aktiviteter og tilbud og med hensyn til deres

kunnskap og tilgang til statistikk og annen informasjon om lokale helseforhold. Fastlegenes utøvelse av forebyggende og helsefremmende arbeid i egen praksis fremstår som preget av usikkerhet og med lite systematikk, og kommunene synes heller ikke å være opptatt av fastlegenes innsats og prioritering på dette feltet. En felles forståelse av hva som inngår i begrepene forebygging, helsefremming og folkehelsearbeid, mangel på kunnskaper om arbeidsmetoder og oversikt over lokale tilbud, samt det fastlegene forteller om dagens finansieringsordning, fremstår som hindringer for videre involvering og utvikling av fastlegerollen i folkehelsearbeidet. I diskusjonen videre sammenholder vi våre funn med forskning og teori på feltet og trekker ut hvilke implikasjoner vi mener funnene har for utvikling og praksis på området.

Styrker og svakheter ved studien

Gruppene var relativt heterogene med informanter fra både store og små kommuner, av begge kjønn og med varierende alder og erfaring. Flertallet av fastlegene hadde eller hadde hatt deltidsstillinger i offentlig helsearbeid. Dette er vanlig, men vi skaffet oss ikke oversikt over omfanget eller type arbeid. Det er rimelig å tro at slik erfaring fra andre felt kan ha påvirket resultatet.

Vi opplevde god gruppedynamikk i alle intervjuene. Legene virket åpne og ærlige og utfordret hverandre, noe som trolig hadde sammenheng med at de kjente hverandre fra før og hadde erfaring med gruppediskusjoner. Omfanget av tema forteller at utvalget av deltagere var robust og belyste mange ulike sider av problemstillingene.

Under analysearbeidet så vi likevel at det dukket opp stadig nye tema, også på det siste intervjuet, så vi oppnådde trolig ikke metning i tema. Forståelsen av begrepene forebygging, helsefremming og folkehelsearbeid var sprikende og virket mangelfull blant fastlegene (165), men ikke ulikt annet helsepersonell (166). Dette hemmet diskusjonene i fokusgruppene mer enn vi hadde forutsett. Selv om vi var forsiktige med å formidle vår forståelse av begrepene, var det ikke til å komme utenom når vi skulle stimulere diskusjonen. Sprikene i begrepsforståelsen på dette feltet har også vært en utfordring for oss i analysen av dataene og med tanke på formidlingen av det vi har funnet.

Utplassering av medisinerstudenter med oppgave om å levere rapporter basert på intervju og observasjon på to utvalgte tema i løpet av 6 uker er blitt gjennomført over flere år. Rapportene har erfaringsmessig vært av god kvalitet og med god innsikt. I noen studentoppgaver var det lett å se at det er referert til notater fra intervjuer, mens i andre var det usikkert om det er egne observasjoner, uformelle samtaler eller tolkninger som er notert og presentert. Styrken i materialet i feltstudien er at det ble samlet fra mange kommuner og av mange observatører. Tilsvarende rapporter har flere ganger gitt et underlag til publisering i fagfelleverderte tidsskrifter. Fallgruven er at vi som lærere er i en posisjon som kan påvirke hva studentene velger å rapportere. Feltstudien har representert en metodetriangulering (161), og det har vært et godt samsvar mellom funnene i feltstudien og fokusgruppeintervjuene.

Alle forfatterne deltok i fokusgruppeintervjuene. Vi har lang erfaring fra primærhelsetjenesten, både som fastleger og kommuneoverleger. Dette blir ansett som en fordel i utformingen av problemstillingene, i sikring av relevansen av intervjuguiden, samt i analysearbeidet. Vi underviste og utformet feltstudien før studentene reiste ut. Alle tre har vært aktive deltagere i å fremme fagutviklingen innenfor forebygging og helsefremming; to av oss også som forskere. Vårt ståsted har vært en overbevisning om at forebyggende og helsefremmende arbeid er viktig og kan gjennomføres bedre og mer effektivt enn det som er situasjonen per i dag.

Samarbeid med kommunen og andre samarbeidspartnere i og utenfor primærhelsetjenesten

Fastlegene gav i første rekke et bilde av fravær av samarbeid med kommunen, ikke dårlig samarbeid. Kommunene og fastlegene kjenner tydeligvis lite til aktivitetene til hverandre innen forebygging og helsefremming. Fastlegene sa at de ikke var informert om det som pågikk i kommunen.

Fravær av samarbeid mellom fastlegene og kommunene så man også i forbindelse med samhandlingsreformen og utviklingen av samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehus. Fastlegene har her en sentral utøvende rolle, men ble ikke involvert. I en evaluering av reformen valgte noen å kalle det for et avstandsforhold (19). Man finner også mangelfullt samarbeid mellom allmennlegene og kliniske samarbeidspartnere i kommunen (167). Mangelfull integrering av allmennleger finner man også internasjonalt (168), og man mener derfor at mye er knyttet til strukturelle forhold (167). Selv om mye er likt, skiller Norge seg ut internasjonalt ved å være tynt bemannet på legekantorene, dvs. med få andre yrkesgrupper, noe som er assosiert med færre tjenester deriblant forebygging og helsefremming (92).

Som beskrevet i kapittel 2.1 kommer legene i primærhelsetjenesten også fra en profesjon som har hatt status, myndighet, stor grad av autonomi og til dels et monopol på kunnskap (3). Mye kan tyde på at det ikke bare er strukturer som hindrer samarbeid, men at legeprofesjonen fortsatt ikke er helt tilpasset en gjensidig deling av kunnskap og vekting av erfaringer og holdninger gjennom tverrfaglig arbeid og arbeid sammen med administratorer/ledere (forvaltning) og politikere (6). I primærhelsetjenestemeldingen foreslår myndighetene en samlokalisering av de kommunale helsetjenestene for å bedre samarbeidet. Det har liten hensikt med mindre de også får samordnet et felles nedslagsfelt. Den muligheten glapp da fastlegeordningen ble innført (15). Et bedre samarbeid mellom fastlegene og kommunen, samt større integrasjon med andre tjenester forutsetter en felles faglig ledelse med integrasjon som oppgave, og organisering og ressurser som støtter dette (23, 169, 170). Dette er et nødvendig første skritt mot en reorientering av tjenestene mot mer forebygging og helsefremming (se avsnittet *Kan fastlegene ha en rolle i helsefremmende arbeid?*). Vilårene for et bedre internt samarbeid og reorientering av primærhelsetjenesten står imidlertid svakt i Norge sammenlignet med mange andre land (171, 172).

En lyttepost i folkehelsearbeidet

Slik det fremgår av kapittel 2.2 har myndighetene gjennom et nytt regelverk lagt til rette for og oppfordret til et samarbeid med fastlegene for å få oversikt helsetilstanden i kommunen og faktorer som kan påvirke den. Det myndighetene fremhever er fastlegenes nærkontakt med alle lag av befolkningen, der de gjennom sine hyppige kontakter får informasjon om utfordringer, ressurser og relasjoner mellom enkeltindivider, familier, bedrifter, organisasjoner og institusjoner i samfunnet. Systematisert utgjør dette unik kunnskap om lokalsamfunnet, som fastleger selv kan bruke og som lokalsamfunnet/kommunen bør etterspørre (42). Det handler både om kvantitativ statistikk og om fastlegenes erfaringsbaserte faglige vurderinger av helseforholdene, som anonymisert kan brukes av administrasjon og ledelse i kommunen, men også av politiske aktører og i oversiktsdokumentet som alle kommuner skal utarbeide (32). Dette kan vi kalle fastlegers lyttepostfunksjon (se Figur 1).

I flere land og regioner er rutinemessig innsamling av data fra allmennpraksis utbredt og har i noen tilfeller pågått sammenhengende i over 20 år. Datatilfanget er bredt og av høy kvalitet sammenlignet med mange andre kilder (173, 174) og har noen ganger bidratt til et paradigmeskifte i synet på sykdom og helsetjenestens oppgaver (83). Også i Norge har man demonstrert i flere prosjekter god nytte av data-uttrekk fra allmennlegejournalene (150). Første gang, og på

kommunalt nivå, var allerede tidlig på 90-tallet (175), også i forebyggingsøyemed (176). Nå foreligger det avanserte kommersielle dataprogrammer som er blitt enklere å bruke for uttrekk og bearbeidelse av data fra allmennlegejournaler.

Likevel, ut i fra det som fastlegene fortalte oss og det som ble rapportert i feltstudien i 25 kommuner, er fastlegene i liten grad blitt involvert eller på andre måter blitt forespurt om å bidra til i kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helseforholdene lokalt. De hadde knapt blitt informert om resultatene kommunene kom frem til i oversiktsdokumentet. Det hadde da gått fem år siden Folkehelseloven ble innført. De viktigste bakenforliggende årsakene er trolig de samme som er beskrevet over om vilkårene for samarbeid i kommunene. Når fastlegeforskriftens §29 om plikten til å utlevere nødvendige data ikke er iverksatt tyder det på at "avstandsforholdet" også gjelder oppover i systemet. Staten har bundet iverksettelsen til at "nødvendige forutsetninger for uttrekk må være tilstede" (41). Mulighetene til å trekke ut et bredt sett av nyttige data av høy kvalitet fra fastlegejournalen har vært tilstede lenge. Det som mangler er et mottaks- og forvaltningsapparat, noe som staten må sette i verk selv.

Staten vil ved en egen forskrift bestemme hvilke data allmennlegene skal levere. Om kommunene ønsker egne data i tillegg fra allmennlegene, skal det avtales med dem. Uttrekk av data er blitt enklere, men å bearbeide data er uendret krevende og komplisert. Vi opplever at opplegget rundt anvendelse av egne lokale data underslår hvilken kompetanse- og organisasjonsutvikling som kreves for å høste potensielle gevinster (14, 177). Kommunene består også i stor grad av små enheter, der kvaliteten på hver samarbeidende enhet påvirker kvaliteten på de andre enhetene med risiko for feilaktige tolkninger i hver enhet (178, 179). Mange kommuner har ikke nødvendig kompetanse innen epidemiologi, statistikk og helsetjenesteforskning til å analysere lokale data. Virksomheter og helsepersonell, inklusive fastleger, har derfor en reell og god grunn til å være skeptisk til at kommunene skal få trekke ut og bearbeide lokale data. Dette kan være noe av årsaken til at noen av fastlegene ønsket kommuneoverlegen som en "brobygger" hvis de skulle bidra i folkehelsearbeidet (kapittel 3.2 avsnitt *Samarbeidet med kommuneoverlegen*). Kommuneoverleger med samfunnsmedisinsk spesialitet er de eneste blant obligatorisk helsepersonell i kommunene som i sin spesialistutdanning har krav om grunnleggende kompetanse innen epidemiologi, statistikk og helsetjenesteforskning. Vi mener likevel at rutinestatistikk fra fastlegene som et utgangspunkt bør forvaltes av et sentralt offentlig organ, f.eks. kommunalt pasientregister (KPR) (40), også av sikkerhetsmessige grunner, og at kommuneoverlegen kan fungere som en "oversetter" mellom kommunens administrasjon og fastlegene (180). I oppfølgingen av fastlegereformen ble det beskrevet et godt samarbeidsforhold mellom fastlegene og kommuneoverlegen spesielt i små og mellomstore kommuner (15).

Helsefremming og forebygging i allmennpraksis

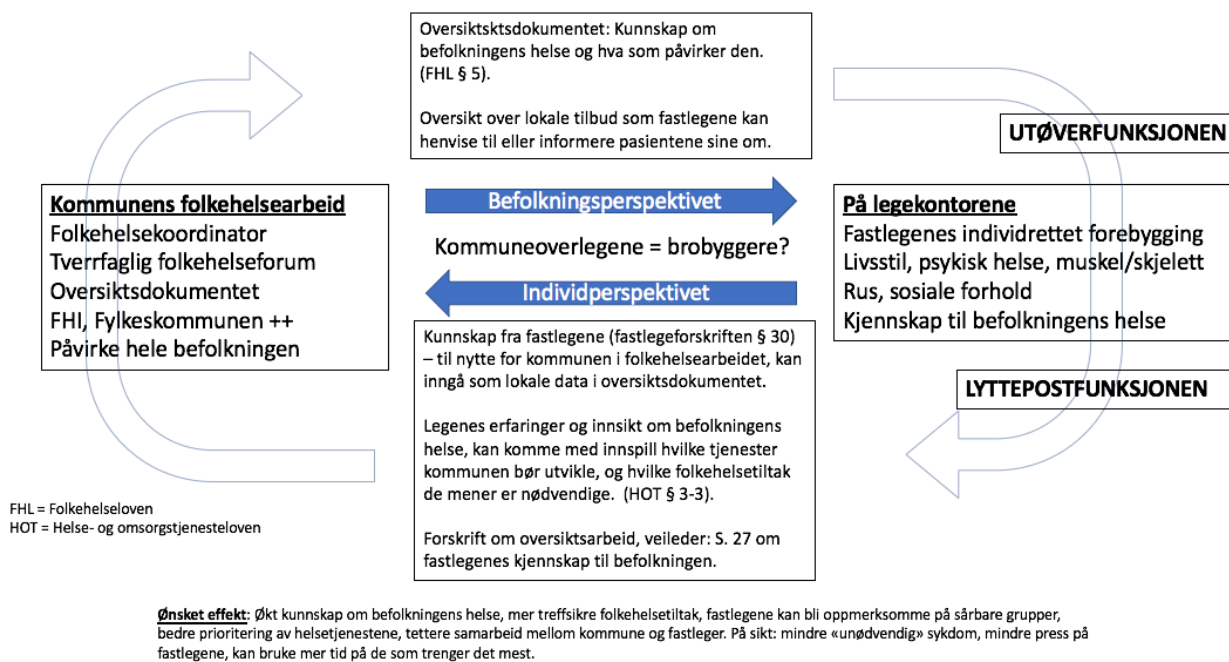
Når helsefremming knapt ble nevnt under intervjuene, stemmer det med undersøkelser av plassen helsefremmende arbeid har i praksis. Konsultasjoner som inneholder spørsmål eller kommentarer som gjelder innbyggernes ressurser og mestringsstrategier er lavfrekvent sammenlignet med andre temaer. En helsefremmende tilnærming er i tillegg skjevfordelt mellom legene slik at det er bare en begrenset gruppe som gjør forsøk på helsefremming av et visst omfang (181). Slik det er redegjort for i kapittel 1.3 (avsnittet *Kan fastlegene ha en rolle i helsefremmende arbeid?*) finnes det flere eksempler på individrettede helsefremmende tiltak med positive resultater anvendt i allmennpraksis. En forutsetning for å oppleve at man lykkes er imidlertid at allmennlegene har gode kommunikative kunnskaper og ferdigheter (124, 182). Undersøkelser blant norske allmennleger tyder på at det i liten grad er tilfelle. De forholder seg i liten grad til kunnskapsbaserte retningslinjer og metoder innen veiledning og helseopplysning (106, 107), men baserer seg ofte på "sunn fornuft", formaninger og fremføring av medisinske fakta. Dels blir det til

at de anvender metoder som blir frarådet og som representerer en paternalisme (45, 183, 184). I følge Ottawa-charteret er individrettet helsefremmende arbeid, på samme måte som grupperett arbeid, knyttet til utøvende politikk, på alle samfunnsnivåer (103). Allmennlegene er imidlertid relativt frikoblet fra både kommunal og nasjonal politikk slik det er beskrevet over, og skjevfordelingen i innsats tyder på at mange fastleger opplever at de ikke har noen rolle innen helsefremmende arbeid.

Fastlegene hadde et tydeligere bilde av egen rolle som utøvere av individrettet forebygging og så dette som en viktig oppgave, i første rekke i forhold til endring av livsstil f.eks. røykavvenning, økt fysisk aktivitet, o.l. I Figur 1 har vi kalt det fastlegens utøverfunksjon. Tilsvarende funn er gjort tidligere (45), men når interessen for forebygging skal rangeres mot mer kliniske oppgaver er rangeringen av forebygging nær bunn (46). Fastlegene som vi intervjuet inkluderte i først omgang ikke forebyggende legemiddelbehandling. Det var først når vi spurte, at de begynte å reflektere over at en god del av legemiddelbehandlingen faktisk handlet om forebygging f.eks. av høyt blodtrykk, kolesterol, o.l. Alt i alt fikk vi et inntrykk av at forebygging i konsultasjonssituasjonen i stor grad kom i stand ad hoc uten en bakenforliggende strategi (se kapittel 2.2 avsnitt *Interesser og opplevde hindringer*).

Det viser seg i undersøkelser at utøvelse av forebygging i allmennpraksis er påvirket av legens verdier og egne holdninger til livstil, troen på hva som virker, hva som finnes av lokale tilbud (henvisningsmuligheter) og situasjonen der og da (travelhet, inntrykk av mottakelighet hos den enkelte og kontaktårsaken) (13, 185).

I hvilken grad troen på virkning handler om personlig erfaring eller kunnskaper om effekt som de er blitt tilført, kan vår undersøkelse ikke si noe om. Oppsummerende studier av ulike livsstilsintervensjoner i allmennpraksis viser positive resultater, men effekten er liten (111-113). Som for forebyggende legemiddelbehandling har effekten vært best under optimaliserte betingelser som nok avviker fra hverdagspraksis, og der de som har utviklet intervensjonen har stått bak evalueringen. Studier av livsstilsintervensjoner har vært færre og gjennomgående små sammenlignet med studier av legemidler. I forsøk der livsstilsintervensjon og forebyggende legemiddelbehandling har hatt like vilkår har man sett at livsstilsintervensjon kan være mer effektivt og mer varig (186, 187).



Figur 1. En illustrasjon av fastlegenes som utøver og lyttepost i forebygging, helsefremming og folkehelsearbeidet.

Flere av legene som ble intervjuet var opptatt av muligheter til å henvise personer som kunne ha nytte av veiledning og rådgivning, og evt. til relevante aktivitetstilbud. Samtidig påpekte de at de hadde liten oversikt over hva som fantes lokalt. Følelse av manglende oversikt kan skyldes mangel på informasjon, men også få tilbud. Hva som er sannsynlig har vi ingen indikasjon på fra vårt materiale. Tilbudet som hyppigst ble nevnt var frisklivssentral. Ordningen ble sterkt promotert av Helsedirektoratet i oppfølgingen av den nye folkehelseloven og er blitt etablert i nær 2/3 av kommunene. Noen av legene dro i intervjuet i tvil hvilke effekter tilbudet hadde, noe som er i samsvar med en kunnskapsoppsummering som Helsedirektoratet hadde bestilt før samhandlingsreformen ble iverksatt (188). I ettertid er liten eller ingen effekt av tilbud ved frisklivssentraler blitt bekreftet (189). Det var interessant at legene likevel henviste dit. Noen uttrykte at de opplevde det som en avlastning. Det er også slik at for mer enn en fjerdedel av henvisningene til spesialisthelsetjenesten har fastlegene liten eller ingen forventning om at det skal ha noen effekt (97).

Mellom individ og samfunn

Når vi finner at helsefremming og livsstilsintervensjoner har liten plass i allmennpraksis, er det grunn til å spørre om det å kombinere et populasjons- og samfunnsperspektiv med en individorientert allmennpraksis kan være en barriere. F.eks. leger med en spesialistutdanning i samfunnsmedisin og i hovedstillinger rettet mot folkehelse spørsmål, praktiserer ikke mer helsefremming og forebygging enn vanlige allmennleger når de har bistilling eller vikarierer i allmennpraksis (190). Også tverrfaglige team i primærhelsetjenesten hvor hovedformålet er helsefremmende arbeid, opplever et konstant press på å måtte yte helsehjelp når de møter innbyggerne ute i praksis fremfor å få jobbe med sosiale determinanter i lokalsamfunnet (191).

Fastleger antas å være godt kjent med en rekke risikofaktorer som de behandler i tur og orden, men den kraftigste av dem alle, lav sosialøkonomisk status, oppleves bortenfor deres rekkevidde og blir tilsynelatende glemt i hverdagens allmennpraksis (192). Det til tross for at sosial ulikhet gir

det største bidraget til forskjeller i kroniske sykdommer (193), både som en selvstendig virkning som er på høyde med overvekt, alkohol, diabetes og fysisk inaktivitet og ved å fremskytte effekten og øke forekomsten av disse risikofaktorene (194). Kroniske sykdommer og forebyggende legemiddelbehandling er hovedsaken i om lag halvparten av konsultasjonene i allmennpraksis (195). En stor andel av disse kontaktene inkluderer forebyggende legemiddelbehandling.

Det har også vært en utvikling i favør av individuelle pasientrettigheter sammenlignet med populasjonsrettede behov. Pasientrettighetene ligner i økende grad på forbruksrettigheter og kan trumfe den medisinskfaglige balansen mellom et individrettet og et populasjonsrettet perspektiv. Diagnostikk har alltid en viss usikkerhet med seg, spesielt i allmennpraksis som har enkle hjelpemidler. Hvis noen ønsker en behandling med f.eks. antibiotika for en halsbetennelse, kan det være vanskelig avslå fordi en av fem vil kunne oppleve en virkning uten at man vet hvem, og som for noen kan være viktig (196). Når myndighetene fra et populasjonsperspektiv ønsker å redusere bruken av antibiotika, er det avgjørende å gi allmennlegene god støtte og stort handlingsrom til endring og avmedisinering. Er handlingsrommet lite er det fare for liten effekt og tilbakefall.

En lignende ubalanse er det i finansieringen av helsefremmende og forebyggende arbeid sammenlignet med forebyggende legemiddelbehandling. Forebyggende legemiddelbehandling er likestilt med kurativt arbeid og blir sett på som inntekt av fastlegene sammenlignet med annen forebygging, som legene vi intervjuet opplevde som underfinansiert (197). Skulle man følge tradisjonen fra tidligere, som f.eks. behandling av høyt blodtrykk og kolesterol, samt innføre nye takster som legene foreslo, måtte man først gi helsefremmende og forebyggende arbeid noen diagnosemerkelapper som beskriver risikoen for sykdom, f.eks. "lav mestringstro", "sosial kapital svikt", "manglende egenomsorgsferdigheter", osv. Det ville bane vei for et grunnlag for en finansiering på lik linje med forebyggende legemiddelbehandling. Vi vil fraråde en slik strategi. Erfaringen med risikofaktorer som f.eks. høyt blodtrykk og høyt kolesterol er at når det blir gitt et diagnosenavn og oppfølgingen blir som for kroniske sykdommer, blir risikoen gradvis tolket og opplevd som en sykdom både av innbyggerne og legene.

Tilsvarende økonomiske utfordringer er det på et overordnet nivå. Folkehelsearbeid og helsestasjon for barn og unge er direkte utgifter for kommunene. Det vil være å underslå vanlige økonomiske mekanismer å hevde at statens store utgifter til legemidler inklusive halvparten av konsultasjonene hos fastlegene ikke representerer en konkurrent i forhold til overføringer til kommunene, og hva kommunene i neste omgang kan disponere til folkehelsearbeid (192, 198). Den voksende forebyggende legemiddelbehandlingen medfører at kommunene tvinges til å bruke mer penger på hjemmesykepleie og har en vridningseffekt som bidrar til at det går med mer tid for hjemmesykepleien til legemiddelbehandling vs. helsefremming og forebygging. Pasientens legemiddelliste, som fastlegene har ansvaret for i kommunene, fremskynder i tillegg oppstart av varige hjemmetjenester og institusjonstjenester med 2-4 år (199), hvilket påfører kommunene store kostnader.

Finansieringsordningene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et hinder for kommunene i å reorientere primærhelsetjenesten mot mer helsefremmende og forebyggende arbeid og styrke folkehelsearbeidet samlet sett. Kommunene har fått overført det fulle ansvaret for primærhelsetjenesten, mens finansieringen av deler av primærhelsetjenesten er fragmentert med innbygde vridningseffekter i retning kurativt arbeid og begrenser kommunens styringsmuligheter (15, 180).

Barrierer og fasilitatorer

Større deltagelse av fastlegene i folkehelsearbeid og helsefremming vil kreve økt formalisering av samarbeidet mellom dem og kommunen og andre samarbeidspartnere i og utenfor helsetjenesten i kommunen, samt større integrasjon og økt annerkjennelse av hverandre (200). Skal det skje kan man forvente en rekke forutsigbare barrierer når det gjøres forsøk på å få ulike enheter og nivåer til å samhandle med mål om mer effektive og bedre tjenester (201). Disse barrierene er:

- Aktørene har ikke avsatt nok tid til arbeidet
- Uklare målsettinger og mangelfullt lederskap
- Manglende følelse av kost/nytte-verdi ("er det verdt det?")
- Forsvarsmekanismer hos ansatte (profesjonskamp, usikkerhet mht. kompetanse, frykt for endrede arbeidsvilkår, mm.

Våre funn peker mot at alle punktene er gjeldende barrierer, og noen av disse er allerede omtalt i drøftingene over.

Mangel på tid ble hyppigst nevnt som barriere mot engasjement i forebyggende arbeid. Lite tid kan imidlertid lett fungere som en tildekking i forhold til barrierene nevnt over og enda flere. Det er lettere å snakke om lite tid, som også har et tilsnitt av status, enn forhold som man kanskje ikke helt mestrer eller frykter endrer arbeidsforhold på en ugunstig måte. Skal man få et reelt innblikk i tidsproblematikken må man gå dypere inn i hva som er konkurrerende aktiviteter og hvordan de skal prioriteres. Det handler om to rammer. Den ene om konkurransen innenfor legens samlede arbeidstid, og den andre om plassen innenfor rammen av en konsultasjon.

I undersøkelser hvor allmennlegene sier at de har for lite tid til helsefremming og forebygging, viser det seg at det først og fremst gjelder innenfor konsultasjonstiden. Det betyr at det er viktig at helsefremmende og forebyggende tiltak er slik utformet at de passer inn den prosessen og konteksten som en konsultasjon representerer (202, 203). Folk kommer som regel med fokus på å få avklart eller behandlet et problem og "tid til overs" dreier seg om få minutter selv ved enkle problem. Alternativt kan råd og opplæring bli tatt hånd om av annet personell ved legekantoret i samarbeid med fastlegen (204). Utvidelse av konsultasjonstid har økonomiske konsekvenser og blir en barriere slik stykkprisfinansiering fungerer. Stykkprisfinansieringen har den effekten at kort konsultasjonstid er det som er mest lønnsomt økonomisk.

I kapittel 1.3 (avsnittene *En svekkelse av fastlegeordningen* og *Forebyggende legemiddelbehandling*) har vi redegjort for forhold som har økt arbeidsomfanget i allmennpraksis, deriblant forebyggende legemiddelbehandling. Kombinasjonen av økt antall eldre, utvidet andel behandlede og mer kompleks behandling har bidratt til at forebyggende legemiddelbehandling over flere tiår har vokst frem til å bli noe av det som tar mest av allmennlegenes tid (205, 206). Innenfor en begrenset total tidsramme er det også overveiende sannsynlig at økningen er en årsak til at helsefremmende og annet forebyggende arbeid i allmennpraksis er blitt redusert. Det er vanskelig å finne allmenne regler for prioritering av oppgaver i allmennpraksis (207). Imidlertid, anvendes NNT (numbers needed to treat), er det behandling av akutte symptomer og oppfølging av personer med kroniske sykdommer hvor fastlegene gjør størst nytte for seg. Nyten her er langt større enn for forebyggende legemiddelbehandling for f.eks. hjerte-kar sykdommer. Forskning viser at det er rom for både en trygg og forsvarlig reduksjon av forebyggende legemiddelbehandling slik det fremgår av kapittel 1.3 (avsnittet *Forebyggende legemiddelbehandling*), men det krever en strategi og full støtte av myndighetene om fastlegene skal gjennomføre dette (147). Vi argumenterer i dette avsnittet med at nyere forskning gir grunn til vurdere om ressursene til forebyggende legemiddelbehandling i bør dreies mot mer helsefremming og forebygging i tidlig barndom og til eldre og personer med multisykdom.

Screening for sosiale determinanter har tilsynelatende liten effekt når NNT legges til grunn (207), kanskje fordi de i stor grad allerede er fanget opp blant de som blir fulgt opp for kroniske sykdommer. Gruppen er også den som kanskje er mest egnet for forebygging og helsefremming i allmennpraksis. God kontinuitet legger til rette for strukturert helsefremming og både primær- og sekundærforebygging. Det er også gruppen med det største helsetjenesteforbruket, slik at selv små effekter får signifikant betydning. En hindring er imidlertid at allmennlegetilbudet, spesielt privatpraksis, med bakgrunn i økonomiske forhold, er dårligst utbygd og har lavere forebyggende aktivitet i depriverte områder sammenlignet med bedrestilte områder som omtalt i *kapittel 2.1* (4). Også udifferensierte folkehelseiltak kan lett prioritere de bedrestilte i samfunnet av samme grunn.

Når vi foreslår en lyttepostfunksjon knyttet til fastlegene, er det ikke bare fordi reelle lokale data vil kunne inspirere folkehelsearbeidet i kommune mer enn deriverte regionale eller nasjonale populasjonsdata. Vi tror også det vil ha fasiliterende virkning på deres egen interesse for forebygging, samt samarbeid med kommunen på dette feltet. Det er en erfaring fra forskning at når fastlegene får se egne data og får være med på å drøfte årsaker og eventuelle implikasjoner det bør få, øker det interessen (208, 209). Vi ser for oss at kommunen ved kommuneoverlegen og folkehelsekoordinatoren i et årlig møte med fastlegene legger frem lokal statistikk og utfordrer dem til å komme med innspill. Et slikt opplegg burde bli prøvd ut og evaluert.

Endring av praksis handler ofte om det som blir kalt komplekse intervensjoner, og innsatsen det krever blir ofte undervurdert (210-213). Evalueringer viser at det er to hovedgrunner til at implementering av nye rutiner feiler (214). For det første at planlegging, ressurser og opplæring ikke har vært tilstrekkelig. En vanlig praksis har vært at det stopper med publisering av en retningslinje/veileder og får da som oftest liten effekt (215, 216). For det andre at rutinene passer dårlig inn i den konteksten der de skal brukes, f.eks. tiden rutinen krever innenfor en ramme av en konsultasjon som nevnt over (123, 217). Ved gjennomgang av litteraturen synes oppsøkende veiledning å være blant de metodene som best fasiliterer en reorientering mot mer helsefremmende og forebyggende arbeid ved legekantor (218). Det har gjerne vært spesialutdannede sykepleiere som over en lengere periode har besøkt legekantorene, i prinsippet ikke så ulikt det som legemiddelfirmaer gjør. Programmene har i tillegg vært kjennetegnet av å være "skreddersydd" til å passe i allmennpraksis (219-221).

4 Konklusjon og implikasjoner

Vi finner et gap mellom hva sentrale myndigheter gjennom regelverk og utredninger har uttrykt av forventinger til helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Sentrale myndigheter har lagt til rette for at fastlegene skulle kunne gi bidrag til folkehelsearbeidet lokalt, men seks år etter at ny folkehelselov ble innført, har samarbeid mellom kommunene og fastlegene på dette feltet knapt kommet i gang. Organisering, strukturer og finansieringsordninger i primærhelsetjenesten går på flere måter i disfavør av helsefremmende og forebyggende arbeid. Et voksende omfang av forebyggende legemiddelbehandling tar en stadig større andel av fastlegekapasiteten og i tillegg pleie- og omsorgstjenester, som alternativt kunne vært brukt til helsefremming og annen forebygging. Manglende kompetanse og ferdigheter innen helsefremming og forebygging blant fastlegene er også en begrensende faktor.

Forskning internasjonalt har vist at helsefremming og forebygging i allmennpraksis kan gi viktige bidrag til den samlede folkehelsen. Ved en reorientering til mer helsefremming og forebygging og tilrettelegging vil fastlegene kunne innta en viktig utøverfunksjon i folkehelsearbeidet både

gjennom direkte individrettet arbeid i samband med konsultasjoner og i deltagelse i tverrfaglig grupperettede tiltak. Fastlegene vil også kunne ha en lyttepostfunksjon dersom kunnskapen og de helsedataene de dokumenterer gjennom jevnlig kontakt med nær hele befolkningen anvendes i oversiktsarbeidet i kommunen.

For helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis har funnene vår flere implikasjoner. For det første må kompetansen innen helsefremming og forebygging blant fastleger bli vesentlig oppgradert. Det går i første rekke på kommunikative og pedagogiske ferdigheter. Dette bør inn i både grunnutdanningen og videreutdanningen, og slik også komme alle med behov for helsehjelp til gode. Helsedirektoratet har utarbeidet og publisert veiledere, men de er ikke blitt implementert i allmennpraksis, og de er heller ikke blitt utformet og testet med tanke på gjennomførbarhet i en vanlig konsultasjonsprosess. Forskning går i favør av at oppsøkende virksomhet over tid med veiledning av spesialutdannet helsepersonell er mest effektivt i samband med en reorientering mot mer helsefremmende og forebyggende virksomhet på legekantor.

For det andre bør det utarbeides en nasjonal strategi for styrking av helsefremming og forebygging i allmennpraksis. Begrunnelsen for en nasjonal strategi er at tilretteleggingen og virkemidlene må koordineres. Fordeling av ansvar, oppgaver og finansiering er fragmentert og begrenser statens og kommunenes styringsmuligheter. En reorientering mot mer helsefremming og forebygging vil få innvirkning på andre oppgaver og vi mener at planleggingen og gjennomføring kan bli krevende om kommunene skal gjennomføre det hver for seg. Blant annet bør det være en nasjonal omforent forståelse av hva fastlegene skal bruke tiden sin på, og hvilke tjenestetilbud et legekantor bør kunne tilby. Det er et spørsmål om hvilken tverrfaglig bemanning som bør være tilgjengelig. Med erfaringene fra Samhandlingsreformen som bakgrunn må allmennlegene i utformingen av dette bli godt representert både sentralt og lokalt slik at de får et eierskap til de endringene som blir nødvendige.

For det tredje er det behov for mer forskning på flere områder. Vi finner gode eksempler på helsefremmende og forebyggende intervensjoner som er gjennomført med godt resultat i allmennpraksis. De er imidlertid i all hovedsak individorientert og avgrenset til enkelttemaer, f.eks. mosjon, røyking, overvekt, etc. Virkeligheten for mange enkeltindivider er oftest en helt annen, hvor det for mange er en opphopning av risikoer og kroniske sykdommer (multisykdom) og hvor den konteksten den enkelte lever under er sammensatt og har stor betydning for hvordan helsefremmende og forebyggende tiltak kan eller lar seg gjennomføre. Dette betyr dernest et behov for multidimensjonal komparativ forskning hvor effekten av individrettede og grupperettede tiltak blir sammenlignet i ulike kontekster (institusjon, legekantor, hjemme) for ulike problemer – enkeltvis eller sammensatte. Dette handler om kompleks komparativ forskning, som er nødvendig for en god prioritering og effektiv styring, men som "konkurrenten" forebyggende legemiddelbehandling er blitt fritatt for tross milliardkostnader.

Vi finner ved gjennomgang av våre resultater og annen forskning at det også er et behov for å gå forbi og bakom den kliniske dokumentasjonen og studere betydningen av organisatoriske og økonomiske forhold i allmennpraksis. En høy grad av stykkprisfinansiering har vært en viktig fasilitator i økningen av forebyggende legemiddelbehandling, men hatt negative effekter på bredden og omfanget av helsefremming og annen forebygging i allmennpraksis. Alternative finansieringsordninger bør prøves ut for å øke helsefremming og forebygging utført av fastlegene eller primærhelseteam. Det er videre behov for å studere hvordan fastlegenes utførerfunksjon kan bli bedre integrert med den øvrige primærhelsetjenesten. Vi foreslår likeledes en utprøving og evaluering av hvordan fastlegenes lyttepostfunksjon og samarbeid med kommunelegen kan utformes.

5 Referanser

1. Helse 2020. Rammeverk og strategi for Europa i det 21. århundre. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Report No.: IS-0395.
2. Schjønby HP. Innføringen av sunnhetsloven i 1860. Tidsskr Nor Legeforen. 2001;121:80-1.
3. Schjønby HP. Om distriktsleger og hvordan de hadde det. Michael 2007;4:88–103. 2007;4:88-103.
4. Mercer SW, Watt GCM. The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland. The Annals of Family Medicine. 2007;5(6):503-10.
5. Rogne P. Medisinalberetningene og diristriktslegene. Utposten. 2016;45(7):32-6.
6. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Rapport nr 12. Oslo: Sosialdepartementet; 1989.
7. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blandt læger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. Tidsskr Nor Legeforen. 1997;117:3481-6.
8. Grimsmo A. Helsefremmende og forebyggende arbeid i et tidsskifte. Utposten. 1996;25(1):22-6.
9. Pettersen BJ, Hofoss D. Are public health physicians fading out of management? Eur J Public Health. 2007;17(6):642-5.
10. Pettersen BJ, Johnsen R. More physicians in public health: less public health work? Scand J Public Health. 2005;33(2):91-8.
11. Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisin. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Tromsø: Insitutt for samfunnsmedisin; 2004.
12. NOU 1998: 18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1998.
13. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. PLoS ONE. 2014;9(2):e89554.
14. Flottorp S, Aakus E. Implementeringsforskning: Vitenskap for forbedring av praksis. Nor J Epidemiol. 2013;23(2):187-96.
15. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 : sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2006.
16. St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. p. 150.
17. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
18. Rundskriv I-5/2017. Om å utrede potensialet for rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
19. Kirchhoff R, Bøyum-Folkeseth L, Gjerde I, Aarseth T. Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? 2016;2(2):95-106.

20. Iversen T, Øien H, Schou A. Fastlegene i samhandlingsreformen. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(2):107-16.
21. Gaski M, Abelsen B. Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester. Fagbladet samfunn & økonomi. 2015;2015(2):53-66.
22. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession. Stockholm, Sverige: Karolinska Institutet; 2012.
23. Lyngroth S, Schanche P. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Stabekk: Agenda Kaupang; 2016. Report No.: R9010.
24. Kristoffersen JE, Lerum SV, Maurud H, Carlsen T, Heilemann A, Mjelva SU. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes. Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene. Oslo: Den norske legeförening; 2017.
25. Løset G, Veenstra M. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene. Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2015.
26. Helgesen M. Governance of public health: Norway in a Nordic context. Scand J Public Health. 2014;42(15):25-30.
27. Prop. 90 L (2010–2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
28. Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
29. Heath I, Mangin D, Toop L, Brodersen J. The future of national health systems. British Journal of General Practice. 2011;61(586):319-20.
30. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
31. Meld. St. 19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014.
32. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
33. Utviklingstrekkrapport 2010. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
34. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen— God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
35. Bellis M, Hughes K, Hardcastle K, Ashton K, Ford K, Quigg Z, et al. The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. Journal of Health Services Research & Policy. 2017;22(3):168-77.
36. NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
37. Løset GK, Veenstra M. Forebyggende helsearbeid i kommunene. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen. NOVA Rapport 6/15. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2015.
38. Rapport fra Helsetilsynet 4/2015. Med blikk for bedre folkehelse. Oslo: Helsetilsynet; 2014.
39. Dokument 3:11 (2014-2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Oslo: Riksrevisjonen; 2014.

40. Helsedirektoratet. Kommunalt pasientregister (KPR) Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [cited 2018. Available from: <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>.
41. FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
42. IS-2110. God oversikt – En forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
43. FOR-2012-06-28-692. Forskrift om oversikt over folkehelsen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
44. IS-1. Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
45. Bruset S, Høye S, Haavet OR. Fastlegers holdning til forebyggende arbeid. *Utposten*. 2014(7):20-4.
46. Halvorsen P, Edwards A, Aaraas I, Aasland O, Kristiansen I. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2013;14:41.
47. Paulsen B, Lippestad J, Johnsen R. Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. SINTEF; 2010.
48. Hanne Heen EG. Styring gjennom frivillighet : styring og samarbeid i fastlegeordningen. Afi (arbeidsforskningsinstituttet); 2005.
49. Nilsen L. – Må integrere fastlegene mer. *Dagens medisin*. 2016 25.1.2016.
50. Rønnevik D-H, Sundar T, Søndena M, Olsen AG. Medisinens bidrag i folkehelsearbeidet. *Utposten*. 2017(2):12-6.
51. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ*. 2016;354.
52. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(5):502-16.
53. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
54. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Annals of family medicine*. 2009;7(4):293-9.
55. Grasdahl AL, Monstad K. Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10:25-.
56. Finnvold JE, Svalund J. Pasienter i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005. Report No.: 34.
57. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U, Førde OH. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2012;12:336-.
58. Wikipedia. National health service (England): Wikipedia; 2015 [Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England))].
59. Watton R. The loss of multidisciplinary primary healthcare teams is bad for patient care. *BMJ*. 2013;347:f5450.
60. IS-2575. Samdata kommune. Trondheim: Helsedirektoratet; 2017.
61. Rutle O. Pasienten fram i lyset : analyse av legekontaktar i primærhelsetjenesta. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning. SFI; 1983.
62. Boerma GW. Profiles of General Practice in Europe. Utrecht: Maastricht University; 2003.

63. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(1):31-9.
64. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health affairs*. 2005;Suppl Web Exclusives:W5-509-25.
65. Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, Gerlach R, Maier W, Mielck A, et al. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ open*. 2016;6(6):e011621.
66. Hjortdahl P. Continuity of Care: General Practitioners' Knowledge About, and Sense of Responsibility Toward Their Patients. *Family Practice*. 1992;9(1):3-8.
67. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219.
68. Vermunt NPCA, Westert GP, Olde Rikkert MGM, Faber MJ. Assessment of goals and priorities in patients with a chronic condition: a secondary quantitative analysis of determinants across 11 countries. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(1):80-8.
69. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ*. 2008;337:a867.
70. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *British Journal of General Practice*. 2014;64(627):e657-e63.
71. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*. 2013;63(612):e482-e9.
72. Hansen AH, Kristoffersen AE, Lian OS, Halvorsen PA. Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2014;14:629.
73. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Affairs*. 2015;34(9):1531-7.
74. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *The Annals of Family Medicine*. 2005;3(2):159-66.
75. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *British Journal of General Practice*. 2016;66(649):e531-e9.
76. Den norske legeforening. Polycynotater Oslo: Den norske legeforening; 2018 [Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/polycynotater/>].
77. Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health*. 2016;34(1):97-110.
78. Ringberg U, Fleten N, Førde OH. Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. *British Journal of General Practice*. 2014;64(624):e426-e33.
79. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. *Understanding pressures in general practice*. London: King's Fund; 2016.
80. Johannessen KA, Kittelsen SAC, Hagen TP. Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. *Social science & medicine*. 2017;175:117-26.
81. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):430-9.

82. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*. 2012;380(9836):7-9.
83. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
84. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012;307(23):2493-4.
85. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ*. 2014;349:g6680.
86. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*. 2003;327(7425):1219-21.
87. Wammes JJG, Jeurissen PPT, Verhoef LM, Assendelft WJJ, Westert GP, Faber MJ. Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Family Practice*. 2014;31(5):538-44.
88. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*. 2013;8:148-55.
89. Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian journal of primary health care*. 2016;34(1):97-110.
90. Christensen T, Grimsmo A. Instant availability of patient records, but diminished availability of patient information: a multi-method study of GP's use of electronic patient records. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008;8:12.
91. Joukes E, Abu-Hanna A, Cornet R, de Keizer NF. Time spent on dedicated patient care and documentation tasks before and after the introduction of a structured and standardized electronic health record. *Appl Clin Inform*. 2018;09(01):046-53.
92. Schäfer WLA. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioner and their patients. Utrecht: Nivel, Netherlands institute for health service research; 2016.
93. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU; 2015.
94. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Forde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:147.
95. Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg JE, Fisher ES. Regional variations in diagnostic practices. *The New England journal of medicine*. 2010;363(1):45-53.
96. Wennberg JE. *Tracking medicine*. Oxford: Univerity Press; 2010.
97. Ringberg U. General Practitioners' Decisions to Refer Patients to Secondary Care – Referral Rates, Reasons for Referral and Expected Medical Benefit of the Referrals. Tromsø: UIT Artic University of Norway; 2013.
98. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat - forslag til ny folkehelselov [Horing]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010 [updated 2010-10-18. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing1/id621026/?factbox=horingsvar>.
99. Rose G, Khaw K-T, Marmot M. *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
100. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(3).
101. Grimsmo A, Mead S, Steinsbekk A. Forebyggende risikokartlegging i samband med oppfølgingsteam. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie; 2017.

102. Grimsmo A. Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(02):102-6.
103. WHO. The Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion; Nov 21; Ottawa. New York: World Health Organization; 1986.
104. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Lifestyle consultation in general practice—the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract*. 2011;28(2):220-5.
105. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(1):4-15.
106. Ivarsson BH, Ortiz L. MI - Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for eldreomsorgen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
107. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. Bergen: Universitetsforlaget; 2017.
108. Morelhao PK, Oliveira CB, Franco MR. Interventions to increase physical activity among older adults (PEDro synthesis). *British Journal of Sports Medicine*. 2017;51(18):1375-6.
109. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clinic Proceedings*. 2013;88(12):1446-61.
110. Williams CM, Nathan N, Wolfenden L. Physical activity promotion in primary care has a sustained influence on activity levels of sedentary adults. *British Journal of Sports Medicine*. 2014;48(13):1069-70.
111. Sanchez A, Bully P, Martinez C, Grandes G. Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. *Prev Med*. 2015;76.
112. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(5).
113. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: A systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(10):1755-67.
114. Behm L, Wilhelmson K, Falk K, Eklund K, Zidén L, Dahlin-Ivanoff S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;58(3):376-83.
115. Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, et al. Self reported childhood difficulties, Adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PLOS ONE*. 2015;10(6):e0130591.
116. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2016;82(3):583-623.
117. Wolfenden L, Jones J, Williams CM, Finch M, Wyse RJ, Kingsland M, et al. Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(10).
118. Schickedanz A, Dreyer BP, Halfon N. Childhood poverty: Understanding and preventing the adverse impacts of a most-prevalent risk to pediatric health and well-being. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(5):1111-35.
119. Simon C. Health promotion in primary care. *InnovAiT*. 2012;5(12):725-31.

120. Klein D, Kallio M, Humphries S, Mueen M. Collaborative team-based health promotion in a primary care setting. The MOVE program. *Canadian Family Physician*. 2017;63(2):e123-e7.
121. Rees S, Williams A. Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2009;7(13):492-582.
122. Grimsmo A. Forebyggende arbeid i nærmiljøet og lokalsamfunnet. In: Larsen Ø, editor. *Helse for de mange Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
123. Sanchez A, Grandes G, Cortada JM, Pombo H, Martinez C, Corrales MH, et al. Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. *BMC Family Practice*. 2017;18(1):24.
124. Stefan N, Ueli G, S M. Efficacy of a communication skill training fostering health promotion in primary care: A mixed method analysis. *J Community Med Health*. 2016;6:413.
125. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(12).
126. Majjala V, Tossavainen K, Turunen H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied Nursing Research*. 2016;30(Supplement C):45-51.
127. Harris MF, Chan BC, Laws RA, Williams AM, Davies GP, Jayasinghe UW, et al. The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BMC Public Health*. 2013;13:375.
128. Martínez-González NA, Rosemann T, Tandjung R, Djalali S. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14031.
129. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ*. 2003;327(7413):498-500.
130. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016;19(2):307-23.
131. Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, Carranza Leon B, Domecq JP, Prutsky GJ, et al. Out of context: clinical practice guidelines and patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *Med Care*. 2014;52 Suppl 3:S92-S100.
132. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *European journal of clinical pharmacology*. 2012;68(7):1085-94.
133. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs & Aging*. 2009;26(12):1039-48.
134. Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy A-M, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2006;332(7539):455-9.
135. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004;329(7456):15-9.
136. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-3.
137. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005;294(6):716-24.
138. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017;356:j878.

139. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *NEJM*. 2008;358(18):1887-98.
140. Ueda P, Lung TW-C, Clarke P, Danaei G. Application of the 2014 NICE cholesterol guidelines in the English population: a cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice*. 2017.
141. Szilagyi M, Halfon N. Pediatric Adverse Childhood Experiences: Implications for Life Course Health Trajectories. *Acad Pediatr*. 2015;15(5):467-8.
142. NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
143. van Middelaar T, van Charante EPM. Deprescribing preventive medication in older patients. *British Journal of General Practice*. 2018;68(675):456-7.
144. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(18):1648-54.
145. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Publ Health*. 2008;36(2):197-204.
146. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel j. The War Against Polypharmacy: A New, Cost-Effective, Geriatric-Palliative Approach for Improving Drug Therapy in Disabled Elderly People. *IAMJ*. 2007;9(6):430-34.
147. Simon NM, Thanning VM. General practitioners' decisions about discontinuation of medication: an explorative study. *Journal of Health Organization and Management*. 2016;30(4):565-80.
148. Forebyggende helsearbeid - policydokument fra NFA Oslo: Norsk Forening for Allmenntmedisin; 2011 [Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmenntmedisin/Styret/Sentrale-fagpolitiske-dokumenter/forebyggende-helsearbeid-policydokument-fra-nfa/>].
149. Ödesjö H, Anell A, Boman A, Fastbom J, Franzén S, Thorn J, et al. Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(3):271-8.
150. Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmenntlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmenntlegetjenesten? Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007.
151. O'Dowd A. New drugs: patient hope or harm? *BMJ*. 2018;360:k1373.
152. Norsk legemiddelhåndbok: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2018.
153. Pulsen opp for bedre helse - Forebyggende og helsefremmende arbeid. Statusrapport 2012.: Den norske legeforening; 2013.
154. Den norske legeforeningen. 7 teser for allmenntmedisin Oslo2001 [Available from: <http://legeforeningen.no/PageFiles/121163/140601%20sju%20%20teser.PNG>].
155. Thomas S. Doctors for Health Equity - World Medical Association Report. London: UCL Institute of health equity; 2016.
156. Declaration of Oslo on Social Determinants of Health Oslo: World Medical Association (WMA); 2017 [Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-oslo-on-social-determinants-of-health/>].
157. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health.: WHO; 2008.
158. Magnus P. Epidemiologi på nye måter. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2016;136(11):979.

159. Ödesjö H, Anell A, Boman A, Fastbom J, Franzén S, Thorn J, et al. Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study. *Scand J Prim Health*. 2017;35(3):271-8.
160. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. 1 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. 168 p.
161. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
162. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
163. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? 2013.
164. Grimsmo A, Løhre A. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*. 2014(4):14-7.
165. Synnevåg ES, Amdam R, Fosse E. Public health terminology: Hindrance to a health in all policies approach? *Scand J Publ Health*. 2017:1403494817729921.
166. Gammersvik Å, Alvsvåg H. Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2009;5(2):18-29.
167. Steihaug S, Paulsen B, Melby L. Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions. *Scand J Prim Health*. 2017:1-8.
168. Hansson A, Friberg F, Segesten K, Gedda B, Mattsson B. Two sides of the coin – General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*. 2008;22(1):5-16.
169. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2009;13(Spec no):16-23.
170. Stokes J, Man M-S, Guthrie B, Mercer SW, Salisbury C, Bower P. The foundations framework for developing and reporting new models of care for multimorbidity. *The Annals of Family Medicine*. 2017;15(6):570-7.
171. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(4):381-93.
172. Ahgren B. The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *Int J Care Coordination*. 2014;17(1-2):52-8.
173. Herrett E, Gallagher AM, Bhaskaran K, Forbes H, Mathur R, van Staa T, et al. Data resource profile: clinical practice research datalink (CPRD). *Int J Epidemiol*. 2015;44(3):827-36.
174. O'Brien B. Care.data: how Northern Ireland is doing it. *BMJ*. 2014;348:g2380.
175. Grimsmo A, Grimstad SA, Lilleholt O, Snoen SE, Storset B. Informasjon til planlegging og sammenlikning i kommunene. Bruk av data fra EDB-journalen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1994;114(17):1977-82.
176. Grimsmo A, Johnsen K. Data-assisted review of medically treated injuries in general practice. *Eur J Gen Pract*. 1999;5(2):59-65.
177. Tolar M, Balka E. Caring for individual patients and beyond: enhancing care through secondary use of data in a general practice setting. *International journal of medical informatics*. 2012;81(7):461-74.
178. Anell A, Glenngård AH. The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people: a case study of primary care services in Sweden. *Intern J Integr Care*. 2014;14:e038.
179. Plochog T, Ilinca S, Noordegraaf M. Beyond integrated care. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2017;0(0):1355819617697998.

180. Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom firvillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. AFI Rapport 2005:6. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet 2005.
181. Stensrud TL, Gulbrandsen P, Mjaaland TA, Skretting S, Finset A. Improving communication in general practice when mental health issues appear: Piloting a set of six evidence-based skills. *Patient Education and Counseling*. 2014;95(1):69-75.
182. B-Lajoie M-R, Chartier L. Wanted: better public health training for family physicians. *Canadian Family Physician*. 2016;62(6):471-3.
183. Abildsnes E. The general practitioner as lifestyle advisor. A focus group study exploring case story discussions [Doctoral thesis]: The University of Bergen; 2012.
184. Storbakken J. Leger som folkehelsearbeidere, praksisendring mot et helsefremmende perspektiv? : En studie med fenomenografisk tilnærming. Gøteborg: Nordic School of Public Health; 2010.
185. Sussman AL, Williams RL, Leverence R, Gloyd PW, Crabtree BF, Clinicians OBORN. The art and complexity of primary care clinicians' preventive counseling decisions: obesity as a case study. *The Annals of Family Medicine*. 2006;4(4):327-33.
186. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*. 2002;346(6):393-403.
187. Diabetes Prevention Program Research G, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*. 2009;374(9702):1677-86.
188. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012.
189. Samdal GB, Meland E, Eide GE, Berntsen S, Abildsnes E, Stea TH, et al. The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scand J Publ Health*. 2018;1403494818785260.
190. Russell ML, McIntyre L. Boundaries and overlap: Community medicine or public health doctors and primary care physicians. *Canadian Family Physician*. 2009;55(11):1102-3.e5.
191. Baum F, Freeman T, Jolley G, Lawless A, Bentley M, Värttö K, et al. Health promotion in Australian multi-disciplinary primary health care services: case studies from South Australia and the Northern Territory. *Health Promotion International*. 2014;29(4):705-19.
192. Godlee F. On the line between patient and population health. *BMJ*. 2018;360:k1408.
193. Bharmal N, Derose KP, Felician M, Weden MM. Understanding the upstream social determinants of health. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2015.
194. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, McCrory C, d'Errico A, et al. Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. *BMJ*. 2018;360:k1046.
195. Harrison C, Henderson J, Miller G, Britt H. The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *PloS one*. 2017;12(3):e0172935.
196. Rosen R. Professional judgment vs customer expectations. *BMJ*. 2018;360:k1366.
197. El-Safadi B. Joggelegen fra Åsgårdstrand. *Utposten*. 2017:4-6.
198. Norman AH, Hunter DJ, Russell AJ. Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health. *Saúde e Sociedade*. 2017;26(3):638-50.

199. Gerne B, Wadman LK. Antikolinergika skyndar på åldrandet. *Läkemedelsvärlden*. 2008.
200. Keast R, Brown K, Mandell M. Getting The Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal*. 2007.
201. O'looney J. Marking Progress Toward Service Integration. *Administration in Social Work*. 1997;21:3-4, 31-65.
202. Kimberly SH, Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-41.
203. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7.
204. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Annals of family medicine*. 2007;5(5):457-61.
205. Craftman ÅG, Johnell K, Fastbom J, Westerbotn M, von Strauss E. Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in Stockholm, Sweden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016;63:28-35.
206. Lagerin A, Törnkvist L, Nilsson G, Johnell K, Fastbom J. Extent and quality of drug use in community-dwelling people aged ≥75 years: A Swedish nationwide register-based study. *Scand J Publ Health*. 2017;0(0):1403494817744101.
207. Korownyk C, McCormack J, Kolber MR, Garrison S, Allan GM. Competing demands and opportunities in primary care. *Canadian family physician*. 2017;63(9):664-8.
208. Grimsø A, Grimstad SA, Lilleholt O, Snoen SE, Storset B. Informasjon til kvalitetssikring og selvevaluering i all-mennpraksis. Bruk av data fra EDB-journalen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1994;114(17):1983-7.
209. Jenum AK, Ødegaard AK. Alle leger bør ha samfunnsmedisinsk basiskompetanse. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(5):619-20.
210. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321(7262):694-6.
211. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
212. Neta G, Glasgow RE, Carpenter CR, Grimshaw JM, Rabin BA, Fernandez ME, et al. A framework for enhancing the value of research for dissemination and implementation. *Am J Public Health*. 2015;105.
213. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):327-50.
214. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. London: Medical Research Council; 2008.
215. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6):1-72.
216. Mickan S, Burls A, Glasziou P. Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgr Med J*. 2011;87(1032):670-9.
217. Bucher S, Maury A, Rosso J, de Chanaud N, Bloy G, Pendola-Luchel I, et al. Time and feasibility of prevention in primary care. *Fam Pract*. 2017;34(1):49-56.
218. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):63-74.

219. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *CMAJ*. 2001;164(6):757-63.
220. Hogg W, Lemelin J, Moroz I, Soto E, Russell G. Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation. *Canadian Family Physician*. 2008;54(5):712-20.
221. Grunfeld E, Manca D, Moineddin R, Thorpe KE, Hoch JS, Campbell-Scherer D, et al. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):175.

6 Vedlegg

6.1 Definisjoner av begreper brukt i denne rapporten

Allmennmedisin

Den delen av medisinen som arbeider med diagnose, behandling, rehabilitering og forebygging i første linje med vekt på et personlig, forpliktende og kontinuerlig lege-pasient forhold (Volven/Direktoratet for e-Helse)

Allmennlege

En spesialist i allmennmedisin er en lege som har spesialisert seg på det medisinske feltet allmennmedisin. Lege som utøver allmennmedisin i første linje og som i tillegg formidler og koordinerer tjenester som pasienten trenger innen andre deler av helsetjenesten (Volven)

Fastlege

Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende (fastlegeforskriften). De fleste allmennleger i Norge jobber som fastleger.

Fastlegeordningen

En ordningen som skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. (fastlegeforskriften).

Folkehelse

Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Folkehelseloven).

Folkehelsearbeid

Samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven).

Forebyggende helsearbeid

Kartlegge og overvåke, fjerne, redusere og beskytte mot faktorer som kan føre til sykdom, skade, psykiske og sosiale problemer hos det enkelte individ, hele eller grupper av befolkningen (Volven)

Helsefremmende arbeid

World Health Organisation (WHO) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll over og bedre sin helse. Ottawacharteret inneholder fem strategiske innsatsområder for helsefremmende arbeid både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå:

1. Bygge en helsefremmende politikk
2. Skape støttende miljøer for helse og utvikling
3. Styrke lokalsamfunns muligheter for kontroll over egen fremtid
4. Reorientere helsetjenesten mot helsefremmende arbeid
5. Utvikle personlige ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen.

Å gi støtte til å endre vaner og mestre sykdom og funksjonssvikt, er sentralt i helsefremmende arbeid.

Samfunnsmedisin

Den delen av medisinen som er opptatt av og rettet mot helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen, livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i, og hvordan helsetjenesten og andre tiltak som iverksettes, imøtekommer behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen (Volven).

Samfunnsmedisiner

Lege som utøver samfunnsmedisin knyttet til en hel befolkning, en befolkningsgruppe, et geografisk område eller bestemte tjenester. Arbeidsoppgavene består i overvåkning av helsetilstanden og risikofaktorer, planlegging av tiltak, gjennomføring av tiltak og/eller evaluering av tiltak og virksomhet.

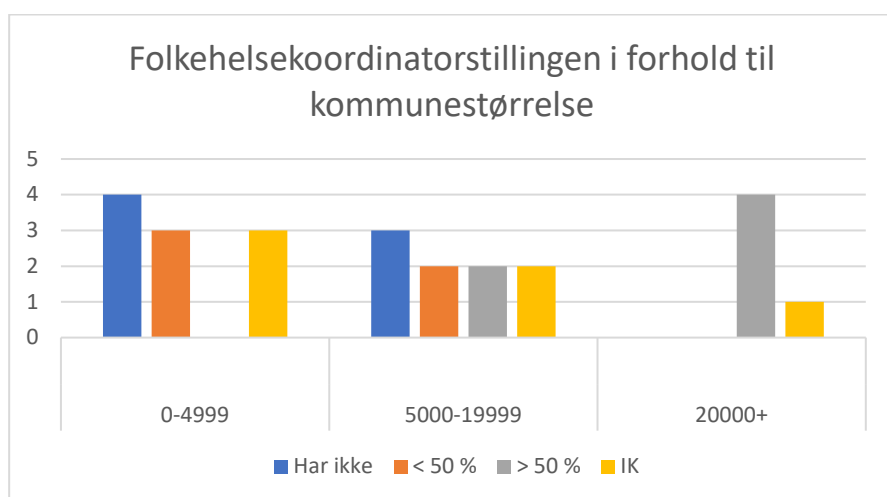
Kommunelege/kommuneoverlege

Lege som er medisinsk faglig rådgiver for kommunen og som skal utføre de oppgavene som kommunelegen er tillagt i lov eller instruks; og som plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningsentral (Helse- og omsorgsloven).

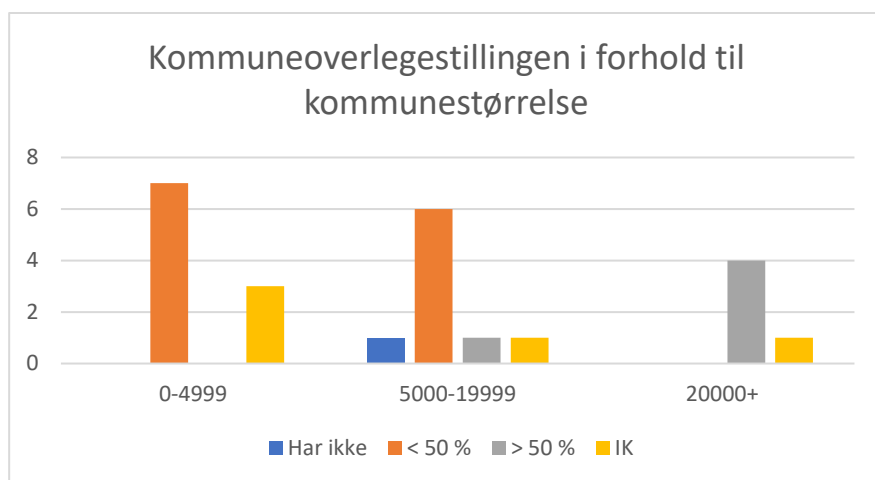
6.2 Egenskaper ved kommunene i feltstudien

Det var totalt 25 kommuner, 10 små kommuner (0-4999 innbyggere), 9 mellomstore kommuner (5000-19999 innbyggere), 3 store kommuner (mer enn 20.000 innbyggere) samt 1 samkommune som ble kategorisert som stor kommune.

I figurene presenteres de 25 kommunene i feltstudien med tanke på stillingsstørrelse for folkehelsekoordinator og kommuneoverlege. Flere kommuner manglet folkehelsekoordinator, mens 24 av 25 kommuner hadde kommuneoverlege.



Figur 2: Figuren viser stillingsstørrelsen for folkehelsekoordinator i de 25 kommunene i feltstudien. IK = interkommunale ordninger. En del små og mellomstore kommuner har oppgitt at de ikke har folkehelsekoordinator. Ganske mange har interkommunale ordninger.



Figur 3: Figuren viser stillingsstørrelsen for kommuneoverlege i de 25 kommunene i feltstudien. IK = interkommunale ordninger. I små og mellomstore kommuner er det som regel fastleger som ivaretar de samfunnsmedisinske oppgavene (inkludert folkehelsearbeid), mens de store kommunene har leger i fulle stillinger uten kurativt arbeid ved siden. En kommune hadde ikke kommuneoverlege.

6.3 Koder og kodegrupper fra analyse av fokusgruppeintervju



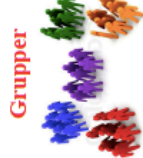

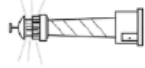

Tabell 3: Ulike tema fra første analysetrinn

Foreløpige tema i første analysetrinn av fastlegeintervjuene				
Gjør en del – og skulle gjerne gjort mer forebyggende arbeid	Utfordringer for fastlegene	Tverrfaglig arbeid med fastlegen	Kommuneoverleg en binder sammen	Utfordringer med kommuneoverlege rollen
Kommunale ressurser	Kobling individ og samfunn	Folkehelse ikke noe fastleger driver med	Fastleger ønsker samspill	Barrierer for fastlegene
«Ved nærmere ettertanke»	Lavterskeltilbud og tidlig innsats	Statistikk	Lyttepostfunksjonen	Tema fastlegene er opptatt av
Fastlegene og samfunnsperspektivet i folkehelse	Fastlegene og individperspektivet i folkehelse	Skepsis	Kommunal organisering	

Tabell 4: Kodegrupper og subgrupper som ligger til grunn for resultatpresentasjonen

Kodegrupper	Hva forteller fastlegene om hvilke erfaringer de har med helsefremmende og forebyggende arbeid og hvilken plass det har i allmennpraksis?	Hvilken kontakt og erfaringer har de med kommunens folkehelsearbeid, inkl. evt. samarbeid med kommuneoverlegen i denne sammenhengen?	Hvilke barrierer og fasilitatorer forteller og erfarer fastlegene påvirker helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis og i samarbeidet med kommunen?
Subgrupper	Folkehelse et lite brukt begrep i allmennpraksis	Fastlegene opplever ikke at de har noen sentral rolle i folkehelsearbeidet	Barrierer – tid, økonomi, organisering
	Fastlegene ønsker at det settes mer i system	Fastlegene ser på kommuneoverlegen som en sentral aktør og brobygger	Fasilitatorer

6.4 Resultatene presentert i oversiktstabell

	Rolle	Perspektiv	Barrierer	Fasilitatorer	Forslag tiltak
 UTØVERFUNKSJON	Fastlege Kommunale oppgaver	 Individ  Grupper	<ul style="list-style-type: none"> Tid! Økonomi Driftsmodell: Ikke råd til å ansette sykepleiere Interesse? Ingen følger opp det som fanges opp tidlig Motvilje mot forebygging og tidlig diagnostikk (frykt for overdiagnostikk) Storbyer: Pasientene kan ikke ses i lys av lokalsamfunnet Mangler kunnskap om hva som er effektive tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> Kjennskap til pasientene og deres bakgrunn Kjennskap til lokalsamfunnet God kontakt hjemmesykepleie Elektronisk samhandling (kommer tidlig inn) Oversikt over tilbud i kommunen Frisklivssentraler Kjennskap til befolkningen 	<ul style="list-style-type: none"> Fastlegene gjøre seg kjent med lokale folkehelseutfordringer Kommunene lage gode oversikter over alle lokale tilbud Kompetansehevende tiltak rettet mot fastleger – kurs individuelt forebygging Bruke MedRave4 og liknende verktøy for å være mer proaktiv Helsestasjonsleger mer aktive i grupperettet undervisning
	Forebygging generelt, ut fra et folkehelseperspektiv, det tenker ikke jeg så veldig mye over egentlig. Det virker veldig tilfeldig og litt uoversiktlig, synes jeg. Det er liksom meg og min pasient som jeg har på kontoret.	 Befolkning Samfunn	Det finnes ingen link! Som fastlege er jeg helt utenfor alt der der. Men altså som innbygger kan jeg gå inn i det. Fastlegejobben er karativ. Og det er individintervenering i forhold til et helseperspektiv. Men vi har jo ingen rolle i folkehelsearbeidet i kommunen tenker jeg. Vi blir jo ikke brukt.	Jeg tenker også det er viktig, for oss som fastleger å vite hva de andre driver med, frisklivssentral, treningsgrupper for eldre... og dette kan være den koordinatrollen vi har som fastleger - vi må vite om disse tingene.	<p>Sammenheng</p> <p><i>Jeg hentet inn ei dame som ikke hadde vært hos meg på 2 år, fikk sekretæren til å ringe henne, hun kom og var kjempefornøyd! Vi ser vi har ganske god kontroll over de gamle på senteret vårt.</i></p>
 LYTTEPOSTFUNKSJON	Del av en større helhet	 Befolkning Samfunn	<ul style="list-style-type: none"> Vanskelig hente ut statistikk fra EPJ Fastlegene tenker ikke de har en rolle i folkehelsearbeidet Fastlegene forstår ikke folkehelsearbeidet FLO = færre leger involvert i kommunalt utvikingsarbeid Liten kontakt mellom fastleger og folkehelsekoordinator 	<ul style="list-style-type: none"> Velfungerende «linje» (ALU) Kommuneoverlegen som brobygger Fastlegene føle eierskap til «folkehelse» 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunen legge til rette for å hente inn data og kunnskap fra fastlegene til det systematiske folkehelsearbeidet Tydelig kommuneoverlegefunksjon som bundeledd Verktøy for å få brukt statistikk fra legenes EPJ
	Jeg tenker vi sitter på veldig mye kunnskap. Men vi er for lite flinke å skrive i anvisa, ala Per Fugelli. Vi er alt for tause. Alt for passive. Jeg tror vi er slitne hele gjengen. Vi vet mye om hva som er bra og dårlig samfunn. Men vi er alt for passive.	Men vi har aldri blitt spurt. Hos oss føler vi at vi lever i vår egen verden på legesenteret, så holder kommunen på for seg selv. For tiden har vi ingen fungerende kommuneoverlege heller.	For det var jeg kommunelege 2 med fastlomm, og var med i mange ulike arbeidsgrupper og ulike ting. Da hadde jeg et slikt (samfunns) perspektiv. Etter FLO er vi på en måte... da er vi karative doktorer.	<p><i>I den videste forstand kan man vel si at alt det vi gjør som bedrer funksjonsnivået eller forhindre at det blir verre, det blir en bitteliten bit i et stort spill som gjør at folkehelsen blir bedre.</i></p>	

6.5 Samtykkeskjema fokusgruppeintervju

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Kommunelegers rolle i folkehelsearbeidet»

Studie 1: Fokusgruppeintervju leger

Bakgrunn og formål

Prosjektet er et doktorgradsarbeid, og omhandler et nasjonalt viktig og prioritert helsepolitisk tema, hvor kommunene er gitt et stort ansvar, men hvor det i dag foregår meget lite forskning. Det har fått tittelen "Kommunelegenes rolle i folkehelsearbeidet". Prosjektet utføres i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen og med støtte fra Extrastiftelsen. NTNU er ansvarlig for studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du inviteres til å være med i et fokusgruppeintervju sammen med andre leger. Det skal være 2-3 grupper for fastleger og 2-3 grupper for kommuneleger. Det vil gjennomføres ett intervju og det vil ta 1-2 timer. Det blir 6 - 12 deltakere i hver gruppe, og det blir brukt diktafon for å ta opp diskusjonene på tape. Dette blir senere transkribert og brukt som grunnlag for studie 1 i phd-prosjektet til stipendiat Dag-Helge Rønnevik. Fokusgruppeintervjuene vil også bidra til å forme studie 2 som er nasjonal spørreundersøkelse blant leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger, og studie 3 som er en case-studie av et utvalg kommuner der vi skal intervjuer andre aktører i folkehelsearbeidet som jobber tett på kommunelegene. All data blir anonymisert i publikasjonene. Spørsmålene vil omhandle hvordan legene som gruppe bidrar i det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun stipendiat og hans veiledere som vil ha tilgang til personopplysninger hvem som har deltatt. Navnelister lagres adskilt fra lydopptak og øvrige data. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes i 2020. Navnelister over deltakere vil bli oppbevart med tanke på framtidige studier der det vil være relevant å intervjuer de samme legene på nytt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Kontaktperson er stipendiat Dag-Helge Rønnevik. Epost: daghelgerh@hotmail.com. Mobil: 95401616. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Dag-Helge Rønnevik
Stipendiat

Anders Grimsmo
Hovedveileder

Betty Pettersen
Bi-veileder

Margrete Gaski
Bi-veileder



6.6 Intervjuguide fokusgruppeintervju

ERFARINGER FOLKEHELSE GENERELT

- 1) Hvilke erfaringer har dere gjort dere med folkehelsearbeidet?
 - a) Har dere opplevd noe folkehelsearbeid som har vært vellykket eller mindre vellykket?
 - b) Hvilken betydning kan folkehelsearbeid ha for fastlegens arbeid?

- 2) Er det noen tema innenfor folkehelsearbeidet som dere som fastleger er opptatt av?

ORGANISERING OG ROLLER

3. Utposten 2/2017 stilte en del kommuneoverleger spørsmålet “Synes du at fastlegene bør inkluderes i kommunens folkehelsearbeid, i så fall hvordan?”. En kommuneoverlege uttalte at “Når det gjelder folkehelsearbeid skjer 90% av dette utenfor helsevesenet, slik at fastlegenes jobb er ikke en stor del av folkehelsearbeidet i kommunen”, mens en annen sa “fastlegene er allerede sentrale aktører her. Jeg tror vi har mye å vinne i folkehelsearbeidet dersom vi klarer å få fastlegene mer med.” Hvordan ser dere på disse uttalelsene?

- a. Har dere eksempler på hvordan dere har tatt del i kommunens folkehelsearbeid?
- b. Opplever dere at noe står i veien for dere i å ta større del i forebygging og helsefremming?

4. Det er foreslått i primærhelsetjenestemeldinga at det skal utvikles såkalte primærhelseteam.

- a. Tenker dere at slike team kunne få en funksjon i helsefremming og forebygging?
- b. Er det informasjon dere savner med tanke på å kunne være mer proaktiv og tidligere ute mht. pasienter med helse- og funksjonsfall.

OVERSIKTSDOKUMENT

5. Folkehelseloven sier at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen og hva som påvirker den (på godt og vondt). For å klare det skal de lage såkalte "oversiktsdokumenter" som skal være kunnskapsgrunnlag for et systematisk arbeid som skal foregå på tvers av alle sektorer. Det er altså ikke bare helsepersonell som har ansvar for å forebygge sykdom og fremme helse. **Kommunene skal nå lage gode oversikter over helsa til befolkningen.**

- c. Har dere erfaringer med kommunens arbeid med slikt oversiktsdokument?
- d. Hvilke informasjon mener dere bør være med i dette dokumentet?
- e. Hvilken informasjon fra allmennpraksis kunne vært aktuell å ta med?
- f. Om dere skulle bidra med noe informasjon, hvordan hadde dere ønsket det skulle foregå?

6. Kommuneoverlegene (samfunnsmedisinere) er tiltenkt en sentral rolle i det kommunale folkehelsearbeidet.

- a. Hva tenker dere om slik rolle?
- b. Har dere erfaringer med kommuneoverlegen for hvordan kommuneoverlegen kan bli et bindeledd mellom fastlegene og kommunen i folkehelsearbeidet?

6.7 Intervjuguide for studenter i praksisperiode

STUDENTENES SPØRSMÅL UTE I KOMMUNENE

- Har kommunen laget et oversiktsdokument? (evt. hvorfor ikke?)
 - Hvem har deltatt og hvem ledet arbeidet?
 - Hvordan er oversiktsdokumentet blitt brukt i kommunen? Har du konkrete eksempler på tiltak som er blitt gjennomført?
- Hva slags kunnskap eller data kan fastlegene ha som kunne vært relevant å få med i oversiktsdokumentet?
 - Er slik informasjon blitt innhentet fra fastlegene? (evt. hva da?/evt. hvorfor ikke?)
 - Har kommunen noe system for å konsultere fastlegene om udekkede behov i kommunen?
- I følge Folkehelsemeldingen (2012-2013) har fastlegene en nøkkelrolle i individrettet forebyggende arbeid.
 - Er det individrettede arbeidet en integrert del av kommunens folkehelsearbeid? (evt. hvorfor ikke?)
 - Ser du for deg hvilke oppgaver eller roller fastlegene forøvrig kan ha i et systematisk folkehelsearbeid i kommunen?
 - Hvilke terskler og barrierer tror du kan stå i veien for fastlegenes engasjement inn mot forebyggende og helsefremmende arbeid?
- Hvilken rolle har kommunelegen(e) i kommunes folkehelsearbeid? Beskriv
 - Hvordan fungerer det?

6.8 Tilrådinger i feltstudien

Medisinstudentene har avslutningsvis i sine besvarelser i feltstudien anbefalt hvilke tiltak de mener er nødvendig for fremtiden (besvarelsene skulle utformes som et kommunalt saksframlegg). Her er det mange innspill som tyder på at studentene har satt seg godt inn i problemstillingene og har oppnådd god innsikt i temaet ”primærlegenes rolle i folkehelsearbeidet”. Noen av tiltakene som foreslås er:

- At fastlegene trekkes inn i arbeidet i større grad og i mer systematiske former.
- Å styrke fastlegenes tilhørighet til oversiktsrapporten og oversiktsarbeidet som pågår i kommunene.
- Styrke samarbeidet mellom fastlegene og folkehelsekoordinatoren gjennom besøk og formidling av relevant innhold i oversiktsdokumentet.
- Øke fastlegenes delaktighet i folkehelsearbeidet, enten det er gjennom individrettet forebygging på legekantoret, gjennom å være synlig rollemodell for innbyggerne i kommunen, gjennom folkeopplysning på helsestasjon, gjennom forskning som kan gagne listepasientene eller gjennom bidrag i andre kampsaker.
- Ansette folkehelsekoordinatorene der det mangler (flere kommuner har ikke det på plass)
- Øke fastlegenes engasjement; utnevne 1 eller 2 fastleger som har 2 faste dager i måneden viet til folkehelsearbeidet og kommunikasjon med folkehelseteamet
- Øke stillingsprosenten til kommuneoverlegen
- Organisere flere møter mellom kommuneoverlegen og fastlegene i kommunen
- Opprette ”kommunale kraftsentre” med kommuneoverlege, folkehelsekoordinator, mattilsyn og helsekonsulent
- Bruke Medrave Software (et dataprogram) til å trekke ut statistikk fra legenes journalsystem
- La ”grønn resept” gjelde også for pasienter med økt risiko for sykdom, og ikke bare de med etablert diabetes eller høyt blodtrykk
- Folkehelse bør i større grad være på agendaen i ALU og LSU
- Økt honorar for å henvise til frisklivssentraler, for å stimulere flere henvisninger
- Kommunen bør i større grad fokusere på det individrettede arbeidet som del av sin folkehelsestrategi
- Etablere en arena for drøfting mellom fastleger og folkehelsekoordinator, gjerne med kommunelege som bindeledd.
- Minst ett årlig møte mellom fastleger, folkehelsekoordinator og kommuneoverlege for å drøfte folkehelseutfordringer og sikre både oppstrøms og nedstrøms kunnskapsutveksling. Møtet skal telle som poenggivende kurs i folkehelse for fastlegene. Møtet må finne sted i tiden fastleger bruker på kommunale oppgaver.
- Sikre stor nok stilling for kommuneoverlege for å få økt engasjement i folkehelsearbeidet, og tettere samarbeid med folkehelsekoordinator.
- Det trengs sentrale subsidier til kommunalt folkehelsearbeid.
- Balansere hvor mye ressurser som brukes til oversiktsarbeidet opp mot behov for å arbeide fram tiltak som kan fremme folkehelsen.
- Arrangere et halvårlig møte av en dags varighet der fastleger, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator er pålagt å møte. Tema skal være folkehelsearbeid.

- Folkehelsekoordinatorstilling må være plassert høyt nok i det kommunale hierarkiet.
- Skape en mer systematisk dialog med fastlegene via kommuneoverlege. Informere fastlegene om resultatene av folkehelseprofilene, slik at de er oppdatert og informert om hva de bør bli bedre på. Øke utvekslingen av erfaringer fra fastlegene slik at kommuneoverlegen kan ta informasjonen med seg i folkehelsearbeidet.
- Få fastlegene aktivt med på det neste oversiktsdokumentet, innhent informasjon og statistikk fra dem.
- Tilby en av fastlegene en liten stilling innen folkehelse. Stillinga kan innebære informasjonsdager på skoler, foreldremøter og på frisklivssentralen, samt kurs og undervisning for frivillige organisasjoner som allerede driver med mye folkehelsearbeid
- For å få fastlegene mer direkte involvert; Få på plass ei økonomisk ordning som gjør at fastlegene får kompensasjon for tid brukt på folkehelsearbeidet, få dette med i fastlegeavtalen med den enkelte lege.
- Øke antallet stillinger som jobber med folkehelse.

