
Tid for å gjenetablere særomsorger?

REDAKSJONELT

STEINAR WESTIN

Steinar Westin (f. 1944) er fastlege for 359 personer ved Tempe legesenter, professor i sosialmedisin ved NTNU og leder av Tidsskriftets redaksjonskomite...

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7489 Trondheim

Blant norske allmennpraktikere har betegnelsen særomsorg ingen god klang. Vi tenker på helsetjenester for visse grupper i befolkningen eller på separate tiltak for oppsporing eller behandling av spesielle sykdommer, for eksempel kreft, diabetes eller hyperkolesterolemi (1). Det kan sikkert sies mye pent om separat tilrettelagte screeningprogrammer, husmorkontroller, personallegeordninger eller kontorer for seksuell opplysning. Men for 1980-årenes forkjempere for en helhetlig og faglig sterk allmennmedisin ble slike tiltak gjerne sett på som unødvendige, fordyrende, og undergravende for allmennmedisinens rolle i helsetjenestens førstelinje (2). Sykehusene var i den samme perioden i gang med å utvide sine poliklinikker i betydelig grad, og mange fryktet at Norge kunne være på vei mot den svenske öppenvården med flere slags spesialister i helsetjenestens førstelinje (3). Allmennmedisinen kjempet for et faglig handlingsrom mellom ulike typer særomsorg på den ene siden og spesialistpoliklinikkene på den andre. Mange fryktet at allmennmedisinen ville bli sittende igjen bare med ”snørr og tårer”.

Slik har det ikke gått. Dels kan det skyldes at norsk geografi på mange måter har krevd stedlige helhetsleger. Tendensen til fragmentering og det amerikanerne kaller doctor-shopping, er først og fremst et byproblem (2, 3). Dels har politikere sett verdien i å videreføre norsk helsepolitikk i retning av en helhetlig primærhelsetjeneste basert på generalister, slik mange land i verden nå gjør. Til dette har fagets entusiaster selv bidratt, ved at helsepolitikken tidlig ble ledet inn på tanken om en fastlegeordning, etter mønster fra Danmark, Nederland og Storbritannia (1). Her har helhetslegen i allmennpraktikerens skikkelse en selvfølgelig plass, både som behandler og som veiviser og portvakt til de andre helsetjenestene.

Troen på allmennpraktikeren som hjørnestein har økt også av andre grunner. Større press på sykehusene og helsebudsjettene har ført til at stadig flere oppgaver nå kanaliseres tilbake til allmennmedisinen. Det gjelder både nye krav til tidlig diagnostikk og tidkrevende behandlingsopplegg for pasienter med kroniske lidelser, også kreft. ”Det er alltid smigrende å bli betrodd nye oppgaver,” skrev fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening allerede i 1995 (4), ” . . . men vi allmennpraktikere har en nagende mistanke om at overføringen av stadig flere oppgaver til primærhelsetjenesten har en mindre smigrende begrunnelse.” Denne mistanken er ikke blitt mindre, og nå meldes det med økende tyngde at arbeidsoppgavene i førstelinjen er blitt for mange – botten er full (5).

I særlig grad er det jakten på skjult sykdomsrisiko blant de friske som nå legger beslag på allmennpraktikerens tid og tankekraft. For hver ny prosedyre som kommer inn, må vi spørre oss hva som skal gå ut, hvis antall legeårsverk er det samme, skriver Irene Hetlevik (5). Skal vi våge den påstand, i det minste som en hypotese, at de som først taper i kampen om allmennpraktikerens tid, er de ressurssvake gruppene av kronikere, de som har mer bruk for tid enn for teknologi? Det gjelder f.eks. psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere, mistilpassede unge, bostedsløse, arbeidsledige og attføringsklienter, flyktninger og innvandrere, de som hører til den klassiske sosialmedisinens interessefelt. For disse gruppene fantes det tidligere et visst nettverk av særomsorger, som sosialmedisinske avdelinger, attføringsinstitutter og sosiallegeordninger. Det meste av dette er etter hvert avvirket (6). Dertil har store omsorgsområder gjennomgått omlegging og desentralisering, som helsevernet for psykisk utviklingshemmede og deler av psykiatrien. Med desentraliseringen følger nedbygging av spesialiserte helsetjenester, og igjen er det den lokale allmennpraktikeren eller kommunelegen man vender seg til.

Fastlegeordningen skal sikre alle en navngitt primærlege. Det er bra. Men det kan også bli en sovepute for politikere som tror at dette alene løser problemene. Nå er tiden kommet til å stille spørsmålet: Hva slags helsetjenester trenger vi som supplement til fastlegeordningen? Det finnes åpenbart grupper av pasienter som har større og mer krevende behov enn det den faste legen alene kan dekke. Særlig gjelder dette de såkalte utsatte gruppene. I fastlegekommunen Tromsø har man for eksempel etablert et sosialmedisinsk senter. Flere slike forsøk trengs. Kanskje skal vi også se nøyer på hvordan helsetjenesten for de utsatte gruppene tilrettelegges i andre land med lengre tradisjon for fastlegeordning? Det er tid for nytenkning.

LITTERATUR

1. Generalplanutvalget for almenmedisin. Generalplan for almenmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1982.
2. Getz L, Westin S. Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996: 19 – 38.
3. Hjort PF. Primærlegetjenesten i Sverige og Norge. Hvorfor gikk det så forskjellig? Läkartidningen 1993; 90: 3101 – 2.

4. Aplfs fagutvalg. Hvem skal gjøre hva – og hvorfor? En invitasjon til debatt. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 634 – 5.
 5. Hetlevik I. Den fulle allmenmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547 – 8.
 6. Westin S. Arbeidsløsheten og vår tids sosialmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 183 – 4.
-

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juni 2026.