
Helsereformer – fremskritt eller lappverk?

REDAKSJONELT

TERJE VIGEN

Terje Vigen (f. 1945) er lege og leder av helsepolitisk avdeling i Legeforeningen.

Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres fem artikler som handler om helsereformer – tre om fastlegeordningen, en om sykehusorganisering og en om helsevesenets finansiering. Er reform blitt et av vår tids moteord?

En gang betydde reformer gjennomgripende endringer i struktur og innhold innenfor et gitt område. Dette har endret seg, og i tråd med generelle inflasjonstrekk i samfunnet er betydningen utvannet. I engelsk litteratur skilles ofte mellom «changes» og «reforms», men i norsk språkbruk er det sjelden å finne denne nyansen. Saltmann & Figueras (1) hevder at politikere og beslutningstakere noen ganger bruker begrepet reform for å forstørre opp små endringer som foreslås i helsesektoren. Dette ser vi også i Norge. Av de senere års såkalte reformer er det bare fastlegereformen som kvalifiserer til betegnelsen.

Toralf Hasvold drøfter listestørrelse og kvalitet i en fastlegeordning ut fra tidsforbruk ved konsultasjonen og sammenlikner listestørrelser og tidsforbruk per konsultasjon i Norge og England (2). Han belyser også hvordan tidsforbruk i konsultasjonen innvirker på vårt totale legebehov. Fastlegeordningen vil imidlertid verken redusere eller øke behovet for leger i seg selv, men bidra til å anskueliggjøre det på en annen måte enn i dag. Artikkelforfatteren kan ellers tolkes som om en listestørrelse på 1 500 er uttrykk for et årsverk. Dette listetallet er ikke knyttet til årsverk, men valgt ut fra størrelsen på en fulltids allmennpraksis i dag. Dersom listetallet skal tilsvare et legeårsverk, vil tallet være betydelig lavere.

Bård Paulsen tar utgangspunkt i situasjonen i Trondheim og beskriver de problemer vi vil stå overfor ved en fastlegeordning dersom ikke rekrutteringen til allmennmedisin øker vesentlig (3). Han viser også hvilke utfordringer en

kommune vil stå overfor for å kunne gi befolkningen nødvendige helsehjelp, når alle lister er stengt.

Nils Kolstrup & Niels Bentzen drøfter behovet for gruppepraksis som driftsform i allmenntilleggsmedisin generelt og i en fastlegeordning spesielt, for å ivareta kvalitet og nødvendig fleksibilitet i ordningen (4).

Samlet påpekes det i disse tre artiklene viktige sider ved fastlegeordningen som både legene, staten og ikke minst de kommunale myndigheter må ta hensyn til i forberedelsene til innføring av ordningen og i de kommende forhandlinger.

To andre artikler er av mer generell helsepolitisk karakter. Fredrik Carlsen omtaler Thatchers helsereform i Storbritannia og de følger denne har hatt for sykehusene (5). Mange av de problemer som lå til grunn for Thatchers reform, synes å ha likhetstrekk med situasjonen i Norge. Daværende statsminister Margaret Thatcher presenterte sin reform uten forhåndsvarsel i en direktesending på fjernsyn. Dette rystet hele helsevesenet i England og gav reformen en betydelig tilleggseffekt. Til tross for dette synes det å være liten virkning av reformen etter ti år. Det er mulig at også de reformene vi nå er i ferd med å gjennomføre, og delvis har gjennomført i Norge, f.eks. fritt sykehusvalg, regionale helseutvalg, innsatsstyrt finansiering og ventelistegarantien i sykehussektoren, ikke vil være særlig virkningsfulle. Det må i så fall henge sammen med at de såkalte reformer ikke reformerer noe som helst, i hvert fall ikke faktorer som gir forandringer.

Gjentatte ganger de siste årene er dårlig økonomi fremhevet som hovedproblemet for norske sykehus. Dette tema omtales også i dette nummer av Tidsskriftet (6). Jan Abel Olsen & Dag Hofoss har funnet støtte for at befolkningen mener det bør brukes mer penger på helsevesenet (6). Villigheten hos den enkelte til selv å bidra er imidlertid mye svakere. Selv om vi har brukt mer penger på helsevesenet hvert år, målt i nominelle kroner, i tillegg til at det er kommet flere systemendringer, synes hovedproblemene likevel fortsatt å være de samme. Konklusjonen bør derfor bli at det må gjøres noe mer dramatisk og gjennomgripende dersom vi skal få et bedre organisert og mer effektivt helsevesen, spesielt sykehusvesen.

Vi må fordomsfritt se på om våre forvaltningsnivåer er hensiktsmessige ut fra dagens situasjon. Videre må vi etter hvert tilpasse vår sykehusinfrastruktur til kommunikasjonsutviklingen og den medisinsk-teknologiske utvikling. Det vi trenger er bærekraftige enheter for helsevesenet som er i stand til å dekke de fleste medisinske behov i befolkningen, både de vanlige lokalsykehusfunksjoner så vel som de fleste høyspesialiserte problemstillinger på universitetssykehusnivå. Vi trenger derfor å få nedsatt en kommisjon for å gjennomgå vår sykehusinfrastruktur, uavhengig av hellige kyr. Kanskje bør den starte med en analyse av hva vi har oppnådd med våre «reformer» de senere årene.

LITTERATUR

1. Saltman RB, Figueras J. European health care reform. WHO Regional Publications, European Series, No. 72, 1997, Genève: WHO, 1997.

2. Hasvold T. L Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 786 – 7.
 3. Paulsen B. S Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 788 – 91.
 4. Kolstrup N, Bentzen N. D Danmark: Danske erfaringer med fælleslister i en fastlægeordning – kaos eller fleksibilitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 854 – 6.
 5. Carlsen F. T Thatchers helsereform – hvordan gikk det? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 849 – 51.
 6. Olsen JA, Hofoss D. H Hvor mye penger vil vi bruke på helsevesenet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 779 – 82.
-

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.