
Fastlegeordningen

REDAKSJONELT

BREKKE M

STEINERT SR

Populasjonsansvarets faglige innhold må defineres

Nyhetsfaktoren i den bebudede fastlegeordningen er legens *populasjonsansvar*. På mange mindre steder er dette ingen nyhet (og man er mer opptatt av å få tak i leger), men i byene vil det innebære endringer. For tiden pågår det et intenst og nødvendig arbeid for å avklare økonomiske rammer og administrative betingelser å utøve populasjonsansvaret innenfor (1). I lys av dette kan man lett glemme en annen og like viktig side ved populasjonsansvaret, nemlig den faglige: Hva omfatter den, hva blir annerledes enn i dag - for legen, for pasienten, for samarbeidende instanser?

Fastlegen skal ha ansvar for en *populasjon*, og populasjonen er entydig definert som de pasienter som står på legens liste. Innholdet i *ansvaret* må vi definere selv. Og om dette aldri så mye gjelder populasjonen, må det også omfatte legens ansvar for seg selv og sin arbeidssituasjon. Gode betingelser er en nødvendig forutsetning, men neppe tilstrekkelig - legens utfordring når det gjelder å unngå å bli oppbrukt kommer til å bli større enn i dag, fordi populasjonsansvaret er uten naturlige avgrensninger. Ikke minst derfor er det avgjørende at vi definerer hvilke oppgaver som befinner seg i populasjonsansvarets kjerne og hvilke som befinner seg i ytterkantene - eller utenfor.

Midt i kjerneområdet ligger ansvaret for medisinsk diagnostikk og behandling, hvilket er primærlegens viktigste oppgave også i dag. Når dette nå blir definert å skulle omfatte all primærmedisinsk utredning og behandling i en gitt populasjon, vil legens ansvar for å holde seg oppdatert over hele fagfeltet øke. Det er lite forenlig med et populasjonsansvar å reservere seg mot for eksempel gynekologiske undersøkelser, småkirurgi eller rusproblemer fordi kollegaen over gangen er så dyktig med slikt. Den mulighet pasientene i dag har - og bruker - til å hente ut det bestefra ulike leger, blir borte. Legens ansvar for å være informert om de til enhver tid gjeldende indikationsstillinger, behandlingsmetoder og behandlingsmål på ulike områder blir dermed skjerpet. Og det blir lite akseptabelt å ri sine personlige kjepphester overfor pasientpopulasjonen - enten det nå gjelder rigide kostholdsanbefalinger, aparte behandlingsregimer eller bruk av "alternative" ikke allment aksepterte diagnoser.

Utredning og behandling foregår likevel ikke i et vakuum, men i et kontinuerlig samspill med annenlinjetjenesten og andre førstelinjeinstanser. I populasjonsansvarets kjerneområde ligger fastlegens ansvar for å utnytte andre tjenestertil beste for pasientene. Det betyr å være seg sitt ansvar som "portvakt" og ressursfordeler bevisst. At pasientens faste lege kan foreta mer rasjonelle henvisninger enn for eksempel en tilfeldig legevaktlege, virker opplagt, og vil kunne ha stor betydning for bruk av knappe ressurser. Men hvis portvakten skal kunne gjøre jobben sin, må det ikke værefor mange portnøkler i omløp. Derfor er det både uheldig og uforståelig at fastlegens styringsmuligheter smuldres oppfor de ennå er satt i funksjon ved at andre faggrupper skal kunne sykmelde samt henvise til annenlinjetjenesten(2).

Både lege og populasjon vil sannsynligvis finne det naturlig at legeundersøkelser i forbindelse med såkaltforebyggende helsearbeid er en del av fastlegens populasjonsansvar. Undersøkelse av gravide og av småbarn og skolebarn gjøres enklest av den lege som disse ellers forholder seg til. Dette sikrer at ressursene utnyttes på best mulig måte, ivaretar kontinuiteten og helhetsperspektivet og forhindrer unødige dobbeltarbeid. Selv om helsestasjoner og skolehelsetjeneste i dag har en organisering som gjør en slik ordning vanskelig, mener vi det både er nødvendig og mulig å finne løsninger (3). Å drive helseopplysning hører også naturlig inn under populasjonsansvaret. Selvsagt driver allmennleger også i dag helseopplysning i konsultasjonen. Når legen vet at den aktuelle pasienten hører til hos ham og dermed kan regne med at de vil møtes igjen, vil også motivasjonen for å bruke tid på helseopplysning øke. Og jo bedre man kjenner pasienten, desto bedre kan informasjonen skreddersys nettopp hans/hennes behov og kunnskapsnivå.

Kvalitetssikring er et honnørord med tvilsom valør i mange primærlegers ører. Ikke desto mindre er dette pålagt ossi dag, og vil bli det i en fastlegeordning. Praktiske hjelpemidler for arbeidet er i ferd med å bli utarbeidet (4), og forventningen er at et populasjonsansvar vil føre til en bedring både av kvaliteten og av kvalitetssikringen. Ogansvaret for populasjonen strekker seg faktisk utover vår egen funksjonstid: Det må bli en naturlig del av erfarnelegers jobb å løse unge kolleger inn i systemet. Ingen er fullbefaren fastlege etter turnustjenesten, og vi må finne frem til ordninger for å overføre kompetanse og bygge opp erfaring innen betryggende rammer.

Ute i populasjonsansvarets randsone befinner seg legens ansvar for å dokumentere diverse forhold som gjelder populasjonen. Folketrygdens stadige skjemaer, forsikringsattester, attester for skolefravær, til reisebyråer, til arbeidsgivere, dokumentasjon til hjemmesykepleiere, sosialkontor, barnevern, kommuneadministrasjonen etc. - svært mangeleger opplever i dag at smertegrensen er nådd (5). Vi må sørge for at denne aktiviteten ikke i utilbørlig grad stjeler overskudd og tid fra mer sentrale oppgaver. I eller utenfor randsonen ligger også ulike instansers ønske om samarbeid. Eksempler kan være en sykehusavdelings ønske om rutinemessig møte med pasientens fastlege dagen etter et suicidalforsøk, eller sosialkontorets ønske om at legen deltar i månedlige timelange ansvarsgruppemøter om én enkelt klient. Ideelt sett kunne slikt arbeid kanskje være ønskelig, men skal legen etterkomme alle slike ønsker vedrørende pasientpopulasjonen, blir enten åpningstiden på kontoret meget kort eller arbeidsdagen meget lang. Det hører med til legens kjerneansvar å være tilgjengelig for dem i populasjonen som til enhver tid er syke, dvs. legen må selv taansvaret for å prioritere sin tid.

I randsonen finner vi heldigvis ikke bare krav og forventninger, men også muligheter: Til å skaffe oss oversikt overpopulasjonens epidemiologi, til å drive "case finding", til å invitere dem som ikke oppsøker legekontoet, til å etablere tiltak for visse pasientgrupper etc. Å utnytte slike muligheter krever tid, overskudd og entusiasme - hvilket fastlegekorpset må ha, skal det fungere.

Mette Brekke

Svein Steinert

Mette Brekke (f. 1953) er spesialist i allmennmedisin og medlem av fagutvalget i Aplf.

Svein Steinert (f. 1953) er spesialist i allmennmedisin og leder av fagutvalget i Aplf.troll.htm (6.7.1999).

LITTERATUR

1. Statens forvaltningstjeneste. Prosjektplan fastlegeordningen. <http://www.odin.dep.no/shd/proj/fastlege/prosjektplan.html> (28.4.1999).
2. Leander S, Dvergsdal Å. Full strid om sykmeldinger. Aftenposten (morgenutgave) 9.6.1999.
3. Abildsnes E. Den medikaliserende helsestasjonen. Utposten 1998; 27: 38-9.
4. Internkontrollhåndbok for allmennpraksis. <http://www.legeforeningen.no/yf/aplf/internkon>
5. Mjell J. Nødvendig skjemaforenkling. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3918.

Publisert: 30. september 1999. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.