
Legger listen for høyt

LEDER

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

oyvind@bjolsenlegesenter.no

Øyvind Stople Sivertsen er fastlege ved Bjølsen legesenter og styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin. Han har for tiden permisjon fra stillingen som medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten konkluderer med at norske fastleger bør ha lengre pasientlister. De foreslår dessuten modeller for noe ingen har klart tidligere: å lede dem.

376 sider, dissens om finansieringsmodellen, 59 forslag, blant annet nasjonal døgnåpen allmennmedisinsk chat-tjeneste bemannet med spesialister i ulike fagdisipliner. Joda, rapporten til regjeringens hurtigarbeidende ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten [\(1\)](#) har gitt oss litt å diskutere i tiden fremover.

Hovedbudskapet i rapporten er at fastleger er viktige. Vi snakker tross alt om en av landets mest populære offentlige tjenester (rett bak brannmenn og like foran folkebibliotekene), og som 80 % av befolkningen angir å ha vært i kontakt med de siste tolv månedene [\(2\)](#).

Antallet innbyggere uten fastlege har imidlertid økt mye de siste årene. Mange fastleger opplever at de jobber for mye. Det er derfor behov for å rekruttere flere fastleger og kanskje sette i gang andre tiltak for å redusere arbeidsbelastningen.

«Ekspertutvalget for fastlegeordningen ser til Europa når det planlegger for fremtiden. Et paradoks er at man flere steder i Europa ser til Norge»

Men det er vrient å styre landets rundt 5 000 fastleger [\(3\)](#). Majoriteten er selvstendig næringsdrivende. De er organisert med individuelle avtaler med kommunen, men søker sammen i gruppepraksiser. Ansvarer til den enkelte fastlege reguleres i sentrale lover og forskrifter, og innenfor disse rammene er det stor grad av autonomi. Dette, mener

utvalget, må justeres. Fastlegene må ledes. Ekspertutvalget for fastlegeordningen ser derfor til Europa når det planlegger for fremtiden. Et paradoks er at man flere steder i Europa ser til Norge (4, 5).

«Det individuelle utgangspunktet for hvordan fastlegeordningen i dag organiseres, synes å være en barriere for kommunens mulighet til å profesjonalisere ledelsen av fastlegene» (1, s. 13), kan vi lese, før utvalget foreslår en struktur med mellomledere, blant annet inspirert av sykehusstrukturen og studenthelsetjenesten i Oslo.

Ekspertene anbefaler å åpne for større enheter – såkalte fastlegeselskap – med samlet listeansvar, men der hver innbygger akkurat som i dag skal ha én fastlege. Dette kan nok være hendig for kommunen, som dermed får flyttet ansvaret for å rekruttere fastleger til noen andre. For legene selv, som i stor grad har organisert seg som gruppepraksiser allerede, er det ingen klare fordeler.

Fastlegeselskapene skal videre kunne ha flere yrkesgrupper enn kun leger. Psykologer, helsesekretærer og sykepleiere skal kunne treffe pasienter og skaffe inntekt for selskapet på lik linje med legen. Slik kan antallet pasienter på hver fastlegeliste økes, fordi annet helsepersonell avlastar legene. Utvalget viser til informasjon de har mottatt fra blant annet Sverige, Danmark, Nederland og England.

«Hva er det som er vist å være det viktigste i den norske fastlegeordningen? Kontinuitet»

Det er her vi må stoppe opp litt. For hva er det som er vist å være det viktigste i den norske fastlegeordningen? Kontinuitet. Samme fastlege i mer enn 15 år er assosiert med 25 % lavere risiko for å dø, 28 % mindre sannsynlighet for å bli akutt innlagt på sykehus og 30 % lavere sannsynlighet for å oppsøke legevakt (6).

Men hva er kontinuitet, og hva er det som gjør at den gir slik effekt? Det ble professor Steinar Hunskaar spurt om av den britiske helseministeren Jeremy Hunt da han i 2022 ble invitert av det britiske underhuset for å snakke om norske fastleger (7). Svaret til Hunskaar kan oppsummeres som «UPC» og «0,7». Usual Provider Continuity Index (UPC) måler andelen av konsultasjoner gjennomført av fastlegen for en enkeltpasient. I Norge var den i 2009 på 0,78 (8). Det er grunn til å tro at den er på samme nivå også i dag (upubliserte data, Øystein Hetlevik, personlig meddelelse). Det ideelle er en kontinuitetsindeks på 1,0, men grunnet blant annet fastlegens ferie, kurs og annet fravær er det vanlig å regne alt over 0,7 for å være god kontinuitet.

Flere av ekspertutvalgets forslag vektlegger tilgjengelighet fremfor kontinuitet. Større praksiser, flere faggrupper, delegert arbeid. Dette er ikke utelukkende negativt, men det kan true kontinuiteten. I England, som de siste 20 årene har sett praksisene vokse betydelig, var UPC-tallene i 2013 0,59 i store praksiser og 0,70 i små praksiser (9). Basert på samtaler med britiske kolleger er det grunn til å tro at tallene for store praksiser mange steder er nede i rundt 0,3–0,5 (Steinar Hunskaar, personlig meddelelse). Det er ansett som problematisk og var blant grunnene til at man i England ønsket å høre mer om den norske modellen.

Reduseres kontinuiteten, blir helsetjenesten for de kronisk syke dårligere. I Norge er det fastlegens ansvar å se ting i sammenheng, prioritere mellom ulike krav og å fordele ansvaret for de med mange sykdommer.

Forslaget om flere profesjoner inn på fastlegekontoret er verken nytt eller dårlig, og det bør diskuteres videre. Men det er overraskende at utvalget har kommet til konklusjonen om at mer er bedre, at lengre lister er løsningen på kapasitetsutfordringene for fastlegene.

Når listen legges for høyt, er den lettere å rive. Utvalget foreslår en unødvendig komplisert modell for et problem som antakelig kunne vært løst ved å rekruttere flere fastleger som alle har et lavere antall på sine pasientlister. Det ville frigjort verdifull tid, og i tillegg ville legen få tid til både å komme seg hjem til middag og å svare på e-konsultasjonene selv.

REFERENCES

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/> Lest 24.4.2023.
2. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. Innbyggerundersøkelsen 2021. <https://dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2021> Lest 24.4.2023.
3. Helsedirektoratet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021. 7.1. Veksten i fastleger har avtatt de siste årene, men økte i 1. kvartal 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/utvikling-fastlegeordningen/veksten-i-fastleger-har-avtatt-de-siste-arene-men-okte-i-1.kvartal-2022> Lest 24.4.2023.
4. Onsøien OG. Storbritannia ser til Norge når fastlegene skal reddes. Dagens Medisin 3.11.2022. <https://www.dagensmedisin.no/fastlegeordningen-fastleger-forskning/storbritannia-ser-til-norge-nar-fastlegene-skal-reddes/201179> Lest 24.4.2023.
5. Johannessen CR. – Norge har lyktes med det Sverige ikke har klart på 40 år. Tidsskriftet 7.3.2017. <https://tidsskriftet.no/2017/03/aktuelt-i-foreningen/norge-har-lyktes-med-det-sverige-ikke-har-klart-pa-40-ar> Lest 24.4.2023.
6. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90. [PubMed] [CrossRef]
7. Parliamentlive.tv, Health and Social Care Committee. The future of general Practice. <https://parliamentlive.tv/event/index/8d62929c-acdd-48b7-8e67-af3656f91ec1> Lest 24.4.2023.
8. Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 214–21. [PubMed][CrossRef]
9. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions:

cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ 2017; 356: j84.
[PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. april 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0300
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.