



Fastlegeordningen forvitrer – hva nå?

KRONIKK

TOM WILLY CHRISTIANSEN

E-post: tomwchri@online.no

Tom Willy Christiansen (f. 1952) er kommuneoverlege i Ørskog og fastlege ved Ørskog legekontor. Han var prosjektleder i fastlegeprosjektet i Sosial- og helsedepartementet, som arbeidet med utvikling og innføring av fastlegeordningen.

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

HOGNE SANDVIK

Hogne Sandvik (f. 1954) er fastlege ved Morvik legekontor og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen.

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

Fastlegeordningen trenger et sentralt faglig miljø med forståelse for betydningen av en god allmennlegetjeneste. Denne forståelsen finnes ikke i Helse- og omsorgsdepartementet i dag.

I en landsomfattende kartlegging av fastlegesituasjonen i Norge fant VG at nesten 200 kommuner meldte om ulik grad av bekymring (1). Flere kommuner er tvunget til å basere legetjenesten sin på korttidsvikarer, noe som bryter fundamentalt med selve ideen om en fastlegeordning.

Uten faste leger er det ikke mulig å ha en fungerende fastlegeordning. Innbyggerne i disse kommunene får ikke den helsetjenesten de har krav på.

Normtallet

Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 kunne kommunen stille vilkår om at den enkelte fastlege skulle påta seg ansvar for 1 500 personer ved fulltids kurativt årsverk eller 300 personer per ukedag i kurativt arbeid (normtallet). Det ble avtalt at dersom det etter innføringen av reformen skulle bli behov for endringer av normtallet, skulle dette drøftes mellom partene. Det skulle i så fall legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som var eller ville bli tillagt fastlegen (2).

Det har siden 2001 skjedd mange endringer, både i og utenfor helsetjenesten, som påvirker fastlegenes arbeidsvolum (ramme 1). Ikke minst har det kommet mange nye krav fra myndighetene som naturlig skulle ha blitt fulgt opp med endringer i normtallet. Dette har ikke skjedd. Det kan derfor stilles spørsmål ved om den sentrale reguleringen av fastlegeordningen fungerer etter forutsetningene.

Ramme 1 Viktige faktorer som har påvirket fastlegenes arbeidssituasjon i perioden 2001–17

- **Demografisk utvikling**

- Flere eldre
 - **Medisinsk utvikling**
 - Flere kronisk syke
 - Mer avansert utredning og behandling
 - Mer oppfølging og kontroll
 - Mer forebyggende helsearbeid
 - **Politiske reformer**
 - Samhandlingsreformen
 - Fastlegeforskrift
 - Akuttmedisinforskrift
 - Førerkortforskrift
 - Fraværsgrense videregående skole
 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
-

Demografisk og medisinsk utvikling

Fastlegenes arbeidsmengde påvirkes av at det blir stadig flere eldre i befolkningen. Det er flere pasienter med mange sykdommer, hyppige, kortvarige sykehusopphold og stort behov for oppfølging. Spesialisthelsetjenesten blir stadig mer spesialisert og fragmentert. Koordinering av helsetjenestene for den enkelte pasient blir derfor stadig mer krevende.

Etter at pasienten er utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten, overføres gjerne ansvaret for videre oppfølging og kontroller til fastlegene. Disse får nå ansvaret for omstendelige kontrollopplegg som tidligere ble gjort på sykehusene.

Politiske reformer

I forbindelse med samhandlingsreformen i 2012 uttalte helseminister Bjarne Håkon Hanssen at reformen ville kreve 2 200 flere fastleger i kommunene (3). Dette var åpenbart en reform med «endringer i helsetjenesten, oppgaveoverføring til fastleger og økt arbeidsvolum» (2). Likevel forble den gjennomsnittlige listelengden praktisk talt uendret.

En ny fastlegeforskrift kom med nye pålegg fra januar 2013, med blant annet detaljerte krav til tilgjengelighet og legemiddelgjennomgang. Hvor var forståelsen for at det er sammenheng mellom fastlegenes samlede arbeidsvolum, antallet fastleger og tilgjengelighet?

I 2015 fikk vi en ny akuttmedisinforskrift med nye kompetansekrav til vaktlegene. Fra mai 2018 må vaktlegen være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller ha tilsvarende kompetanse. Turnusleger og andre leger uten vaktkompetanse må ha bakvakt. Fastleger som må dekke bakvaktfunksjonen i tillegg til egne vakter, får åpenbart økt arbeidsvolum. Det hadde vært ønskelig at vaktarbeid ble regnet inn i den ordinære arbeidstiden, slik det er vanlig ellers i samfunnet. Men Helse- og omsorgsdepartementet har i forskrift bestemt at deltagelse i kommunal legevakt kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver som kommunen kan pålegge fastlegen å utføre.

I 2016 kom det vesentlige endringer i førerkortforskriften. Fastlegene skal nå, på grunnlag av detaljerte helsekrav, avgjøre om det er forsvarlig at pasienten kjører bil. Fylkesmannen, som tidligere hadde ansvaret for å vurdere dispensasjoner fra helsekravene, har spart flere titalls årsverk som følge av endringen.

Høsten 2016 ble det innført en fraværsgrense i videregående skole. Kravet om dokumentasjon fra lege har ført til at småsyke tenåringer strømmer til fastlegekontorene for å få sykeattester. Det er all grunn til å tro at dette fører til uheldig legesøkningsatferd (4), og det er forbausende at helseministeren har akseptert denne ordningen.

Fra 2017 gjelder forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, med nærmest grenseløse oppgaver. Intensjonen er sikkert den beste, men disse oppgavene tar enda mer tid fra pasientnært arbeid.

Bildet er ikke entydig

Selv om det ikke er tvil om at fastlegene har fått mange nye arbeidsoppgaver, har det også skjedd endringer som effektiviserer virksomheten. Digitalisering har medført at nesten all korrespondanse skjer elektronisk, og papirmengden er redusert til en brøkdel av hva den en gang var. Digital dialog med pasienter og samarbeidspartnere har i stor grad erstattet den «telefoniske tidstyven».

Legeforskningsinstituttet har registrert legers arbeidstid i perioden 1994–2014 og finner bare marginale endringer (5). Den ukentlige arbeidstiden for allmennleger/fastleger økte fra 47,8 timer i 1994 til 48,6 timer i 2014. Det er heller ikke noe som tyder på at befolkningens konsultasjonsatferd har endret seg vesentlig. Data fra KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) viser at hver nordmann hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlege i 2006, mens tilsvarende tall i 2016 var 2,6 (6,7).

Problemet med overarbeidede og frustrerte allmennleger er heller ikke noe nytt fenomen. Irene Hetlevik beskrev «den fulle allmennmedisinske bøtten» allerede i 1999 (8). Det ser altså ut til at stadig nye generasjoner leger gjør de samme erfaringene. En økende andel fastleger er nå unge kvinner og småbarnsmødre, som forventer mer regulert arbeidstid. Dette er ikke spesielt norsk. En sveitsisk studie blant unge allmennleger viste at en stor majoritet var kvinner. Størstedelen av disse ønsket deltidsstillinger, gjerne med fast lønn de første arbeidsårene (9).

Hvor er kriseforståelsen?

Selv om det finnes alternative forklaringer på den opplevde krisen blant dagens fastleger, kan den ikke defineres bort. Den må tas på alvor. Arbeidsmengden må reduseres – vi kan ikke fortsette med arbeidsuker på nesten 50 timer. Nesten hver fjerde fastlege er over 60 år (10). Det vil i nær fremtid bli et stort behov for nye fastleger, også på grunn av den mangeårige sulteføringen fastlegeordningen har vært utsatt for.

Helseministerens reaksjon på krisesignalene varierer – dels har han benektet at det finnes noen fastlegekrise og dels har han lagt skylden på kommunene. Endelig har han pekt på tre tiltak som på sikt kan ha positive effekter (11):

- Krav om at fastlegen må være spesialist i allmennmedisin
- Tilrettelegging av spesialiseringsløp i allmennmedisin
- Utprøving av primærhelseteam

Tilrettelegging av utdanning og spesialisering er positive tiltak (12), men vil neppe løse den nåværende situasjonen. Effekten av primærhelsetemaene er foreløpig usikker, men denne nyskapingen skal heldigvis evalueres før den eventuelt implementeres på bred basis. Befolkningens tilfredshet med fastlegeordningen er først og fremst knyttet til den personlige relasjonen (13), og det kan nok være en fare for at denne relasjonen blir utvannet ved innføring av slike team.

Det er uomgjengelig nødvendig å få sluset et stort antall nye fastleger inn i ordningen. Vi

må regne med at en ny generasjon ønsker endring på flere områder – kortere arbeidsuke, akseptable vaktordninger, økt sosial trygghet med lønn under sykdom og rett til betalte permisjoner samt opparbeiding av egen fastlegeliste uten store investeringer. For å oppnå dette må det tas noen grep på sentralt hold.

Finansieringsmodeller

Fastlegenes inntjening består av basistilskuddet (en fast sum per listeperson), pasientenes egenandeler og refusjon etter normaltariffen. Styring av fastlegenes arbeid skjer i stor grad via incentiver i den.

Under fastlegeforsøket utgjorde basistilskuddet ca. 50 % av legenes inntjening. Stortinget vedtok at fastlegeordningen skulle finansieres med 30 % basistilskudd. Inntjeningen ble dermed mindre avhengig av listelengden enn i fastlegeforsøket, men man ønsket fortsatt at fastleger skulle få økt inntjening dersom de var villig til å ta på seg større lister. Per i dag utgjør basistilskuddet under 30 % av inntekten, siden økningen i tilskuddet ikke har holdt tritt med fastlegenes økte aktivitet.

Den viktigste fordelene med basistilskuddet er at det er kostnadsnøytralt for kommunene å opprette en ny fastlegehjemmel. Den tidligere ordningen med driftstilskudd førte til en relativt stor økning i utgifter dersom kommunen ønsket å opprette en ny hjemmel. Ulempen er at det er et sterkt incentiv for legene til å ta på seg for lange lister. Dette har bidratt til en rigiditet i ordningen som gjør det vanskelig for nye fastleger å etablere seg med såkalt nullliste. Pasientene velger i stor grad å beholde sin fastlege selv om det kan være problemer med tilgjengeligheten. For pasienten er tilfredsheten med legen viktigere enn tilgjengeligheten (13). Dermed er det relativt få som bytter fra leger med lange lister til nyetablerte leger.

Det er foreslått ulike ordninger med differensiert basistilskudd, for eksempel vektning etter kjønn, alder og visse kvalitetskriterier. Fastlegen vil da få høyere tilskudd for en gammel listeperson enn for en ung og større tilskudd ved oppnådd spesialistkompetanse. En slik modell vil bli utprøvd i pilotforsøket med primærhelseteam, men da i kombinasjon med bortfall av refusjon fra Helfo (14).

Det hadde også vært av interesse å prøve ut en modell hvor man går tilbake til ordningen fra før 1984 og fordeler hele basistilskuddet på normaltariffens refusjonstakster. En modell uten tilskudd vil selvsagt være kostnadsnøytral for kommunen og vil i tillegg muliggjøre enda sterkere styring av praksis ved hjelp av incentiver. Denne modellen ville fortsatt stimulere fastlegen til å ha mange pasienter på listen, men vil ikke utgjøre noe incentiv til å ta ansvar for flere enn man kan håndtere. Ulempen er at en slik modell uten løpende tilskudd kan oppleves som økonomisk utrygg.

Uansett vil det være behov for særskilte ordninger for unge fastleger som etablerer seg med nullliste – det kan være tidsbegrenset driftstilskudd eller fast lønn i etableringsfasen. Fast lønn har også vært et nødvendig alternativ i små kommuner hvor vanlig næringsdrift ikke er regningsvarende. Ved oppstarten av fastlegeordningen var det fast lønn i 10,2 % av praksisene, men opp gjennom årene er det blitt stadig færre slike, og ved utgangen av 2016 var tallet halvert (15). Imidlertid synes det som om yngre og kvinnelige fastleger har et sterkere ønske i retning av fast lønn (16), og vi vil trolig se at denne modellen blir mer populær igjen (17).

Vi tar ikke her stilling til hva som er den ideelle finansieringsmodellen. Trolig vil det fortsatt være behov for ulike modeller. Kanskje bør det også over tid være flere valgmuligheter for den enkelte lege. Så lenge det er problemer med rekrutteringen, må vi likevel beholde en form for incentiv til å påta seg lange lister. For rask reduksjon av listene i sentrale strøk vil lett kunne øke problemet i utkantene. Men dersom situasjonen blir bedre, bør man svekke dette incentivet – slik at det blir enklere å tilpasse listelengden til den enkelte leges kapasitet og lettere å sluse nye leger inn i fastlegeordningen.

Listelengde og listetak

Siden ordningen ble innført i 2001, har antallet fastleger økt med ca. 30 %, men det meste av denne økningen er blitt spist opp av befolkningsøkningen. Gjennomsnittlig listelengde er således blitt redusert med knapt 5 % (15).

Fastleger kan ha inntil 2 500 personer på listen, og mange har stilt spørsmål om det er mulig for en fastlege å ha ansvar for så mange. Studier viser imidlertid at pasienter på de lengste listene har bedre tilgjengelighet til sin fastlege enn pasienter på kortere lister (18,19). Det er ikke nødvendigvis de lange listene som er for lange, ofte kan det være større problemer med tilgjengelighet på kortere lister hvis legen har en deltidspraksis.

Det er den *gjennomsnittlige* listelengden som må reduseres, og da må den vanlige fastlege stimuleres til å redusere listetaket sitt. Ved en styrt nedregulering av normtallet må også partene være enige om at listetaket virkelig skal reduseres. Sannsynligvis vil da Legeforeningen kreve en tilsvarende økning av per capita-beløpet. Det må tilrettelegges for nedjustering av listetak og listelengde på en måte som både leger og pasienter kan leve med, det vil si ved naturlig avgang.

Sentral forankring

Fastlegeordningen er regulert i lov, forskrift og tre sentrale avtaler, i tillegg til lokale rammeavtaler og personlige avtaler med den enkelte fastlege. Dette gjenspeiler Stortingets vedtak etter fastlegeforsøket. Fastlegeordningen skulle utformes og innføres i et samarbeid mellom Helse- og sosialdepartementet, Kommunenes sentralforbund (KS) og Legeforeningen. Mer enn 16 år etter innføringen ser vi at reguleringen ikke fungerer tilfredsstillende. De største problemene er knyttet til statsavtalen og reguleringen av oppgaver som pålegges fastlegene og til fastlegekorpsets samlede kapasitet.

Norsk allmenntilleggsmedisin holder et høyt faglig nivå. Men hvilken instans har kompetanse til å foreta justering av kapasiteten, prioritering av hvilke nye oppgaver som skal legges til fastlegene samt sørge for tilførsel av tilstrekkelige ressurser? Fastlegeordningen har en svært beskjeden plass på organisasjonskartet i Helse- og omsorgsdepartementet, og det synes ikke som om noen har ansvaret for hvilke oppgaver som legges til fastlegene, antall fastleger eller rekrutteringen.

Fra før oppstarten eksisterte det et sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU). Utvalget besto av representanter for Helse- og sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Nav, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Denne møtearenaen bidro til utveksling av informasjon og drøfting av virkemidler, men ble ensidig nedlagt av departementet, som i stedet valgte å kjøre sololøp med en ny forskriftsregulering (20). Dette bar helt galt av sted, med et forslag som avspeilet mangelfull kunnskap om og forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon (21).

Helsedirektoratet ga i 2008 ut rapporten *Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene* (22). Hovedkonklusjonen understreket behovet for betydelig opprustning og videreutvikling av legetjenesten i kommunene, med anslagsvis 2 700 nye legeårverk. Helsedirektoratet har tydeligvis en annen virkelighetsforståelse når det gjelder fastlegeordningen enn Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er også uttrykt av Per Magne Mikaelson, avdelingsdirektør i direktoratets avdeling for allmennhelsetjenester (10): «Det er mange – også i Helsedirektoratet – som mener at økningen i antall fastleger går altfor langsomt.»

Konklusjon

Utviklingen frem til i dag har vist at fastlegeordningen ikke blir tilført ressurser i takt med økningen i oppgaver som pålegges fastlegene. Vi mangler en sentral forankring – at man forstår betydningen av en god allmennlegetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet synes ikke å ha denne kompetansen. Det bør vurderes om det sentrale ansvaret for fastlegeordningen bør forankres i Helsedirektoratet.

LITTERATUR:

1. Sæter AS, Nærø AF. Kampen om fastlegene. VG 30.8.2017. <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/> (20.10.2017).
2. Statsavtalen pkt. 2.3.1 Eventuell endring av listetak som kan pålegges etter § 12 a i fastlegeforskriften. <http://normaltariffen.legeforeningen.no/normaltariff.xsp?id=&kapkap4.3> (20.10.2017).
3. Nielsen A, Stølan J. Helse-Hanssen vil ha 2200 nye fastleger. VG 16.2.2009. <https://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=558584> (20.10.2017).
4. Bakken IJ, Wensaas KA, Furu K et al. Legesøkning og legemiddeluttak etter innføring av nye fraværeregler. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1178 - 84.
5. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1355 - 9. [PubMed][CrossRef]
6. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr. 4/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
7. Allmennlegetjenesten. <https://www.ssb.no/fastlegetj> (20.10.2017).
8. Hetlevik I. Den fulle allmenmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547 - 8. [PubMed]
9. Gisler LB, Bachofner M, Moser-Bucher CN et al. From practice employee to (co-)owner: young GPs predict their future careers: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract 2017; 18: 12. [PubMed][CrossRef]
10. Nilsen L. Nå er én av fire fastleger over 60 år. Dagens Medisin 28. september 2017. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/28/andelen-fastleger-over-60-ar-er-hoyere-enn-andelen-eldre-pasienter/> (20.10.2017).
11. Nærø AF, Sæther AS. Helseministeren om fastlegemangelen: Kommunene har skylden. VG 31.8.2017.
12. Jacobsen GW. De derre fastlægegreian. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1389.
13. Innbyggerundersøkelsen 2017. Direktoratet for forvaltning og IKT (difi). www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017 (20.10.2017).
14. Primærhelseteam. Kvalitet, Ledelse og Finansiering. Oslo: Helsedirektoratet 2017. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/primerhelseteam-kvalitet-ledelse-og-finansiering> (20.10.2017).
15. Helsedirektoratet. Fastlegestatistikk. Utviklingstrekk og endringer i fastlegeordningen. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk> (20.10.2017).
16. Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? Scand J Prim Health Care 2012; 30: 229 - 33. [PubMed][CrossRef]
17. Brean A. Fast lege til fast lønn. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 257. [PubMed][CrossRef]
18. Godager G, Iversen T. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 - 2012. Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. HERO Skriftserie 2014:2. Oslo: Helseøkonomisk forskningsnettverk, Universitetet i Oslo, 2014.
19. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Fastlegepasienters bruk av legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2272 - 6. [PubMed][CrossRef]
20. Den norske legeforening. Høring - Revidert fastlegeforskrift. 21. mars 2012. <http://legeforeningen.no/Legeforeningen-mener/Horingsuttalelser/2012/Horing-revidert-fastlegeforskrift/> (20.10.2017).
21. Befring AKC. Allmennlegenes arbeidvilkår - del 2 av 3. I: Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum 1938-2013. Oslo: Den norske legeforening, 2013.
22. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunen. Rapport IS-1652. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.

Publisert: 28. november 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0856
Mottatt 3.10.2017, første revisjon innsendt 10.10.2017, godkjent 20.10.2017.

