

# Nølede inn i fastlegeordningen



Redaksjonelt

*Festtalenes tid er forbi.  
Fra i dag gjelder det å fylle  
fastlegeordningen med godt  
faglig innhold*

Fastlegeordningen er en underlig skapning. Tidvis har den høstet støtte både fra venstre og høyre side i det politiske landskapet. Den består både av bindinger og frihet, en blanding av offentlige rammer og fri yrkesutøvelse, lansert for å fremme tradisjonelle allmennmedisinske verdier, men etter hvert omfavnet av myndigheter som gjennom ordningen også ser muligheter for en viss regulering av legemarkedet. I siste runde ser det nå ut som den lanseres som ledd i bevegelsen for styrkede pasientrettigheter.

Ganske nøyaktig 20 år har det tatt fra Den norske lægeforening selv satte saken på sin dagsorden gjennom oppnevning av det såkalte Generalplanutvalget for allmennmedisin, der en fastlegeordning ble omtalt som noe man i det minste burde overveie i Norge (1). Slik fikk entusiastiske reiseberetninger fra allmennmedisinske fastlegemiljøer i England, Nederland og Danmark et liv på foreningens sakskart, og etter hvert også en rolle som visjon i vanskelige forhandlinger med myndighetene. Dermed var det sådd noen spirekraftige frø som fikk næring gjennom 1980-årenes dyrking av idealene om den kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende allmennmedisin.

Men det er andre faglige, kulturelle og politiske trender som rår når fastlegeordningen nå skal settes ut i livet som nasjonalt system fra 1.6. 2001. Reformen ble lansert i Gudmund Hernes' tid som helseminister og vellykket løst gjennom av Tore Tønne. Men da hadde den allerede fått seg noen dytt i markedsliberal retning i Stortinget ved at fastlegetilskuddet, basert på antall innbyggere på legens liste, ble justert ned til ca. 30 % av legenes inntektsgrunnlag, ikke 50 % som i de fire forsøkskommunene. Stykkpristakster og egenandeler kommer dermed til å utgjøre ca. 70 % av legenes brutto inntjening. Det er knyttet stor spenning til hvordan den nye normaltariffen kommer til å fungere, og til spørsmålet om hvorvidt trenden i retning høyere egenandeler kan stanses eller reverseres (2). La oss plage politikerne og hverandre med den pinefulle sannhet: I de tre europeiske landene som har hatt fastlegeordning siden krigen, er det fortsatt en selvfølge at det skal være gratis å gå til fastlegen.

Dessuten er det noen store ubesvarte spørsmål om hvordan ordningen vil fungere i distriktene. Mange vil fortsatt mene at denne reformen er best egnet til å løse problemer for de større byenes helsetjeneste, og at den har lite godt å tilføre landkommunene. Her har fjell, fjord og ferger gjort forholdet mellom lege og pasient mer enn fast nok, om det bare finnes en lege der. Ennå vet vi ikke om fastlegeordningen vil greie å rekruttere nye, unge leger. Heller ikke vet vi om man

kan unngå at kommunene trekker seg mer unna ansvaret for planlegging og daglig drift av primærhelsetjenesten. Det justerte avtaleverket sies å gi rom for å beholde det beste ved de kommunale avtalene, og da får vi håpe at kommunene ikke hodestups privatiserer ordninger som fungerer godt.

I dette nummeret av Tidsskriftet får vi nye faglige innspill til saker som i høy grad vedrører den nye fastlegeordningen. Erik Werner har oppsummert erfaringer fra en ny interkommunal legevaktordning i Arendal (3). Johnny Mjell & Per Hjortdahl beskriver et forsøk med lokale kollegabaserte og tverrfaglige grupper som virkemiddel til kvalitetsforbedring (4). Fagutvalget i Aplf fører videre diskusjonen om populasjonsansvaret i fastlegeordningen (5).

Her ligger reformens største utfordring til oss: Hvordan kan vi bruke den som et rammeverk for å skape en faglig sett bedre primærhelsetjeneste? Ett av svarene bør hete forskning og evaluering. Det vil være en forsømmelse om man ikke utnytter et så stort sosialt eksperiment til å høste kunnskap, og bruke denne kunnskapen til faglig forbedring og utvikling. Den norske reformen følges ute i den store verden (6). Listebaserte systemer er kommet på moten i mange land, i det minste som tenkbare alternativer til vill vekst og uhemmet doktorshopping (7). Men omleggingen er særdeles vanskelig i de land der man allerede har sluppet de frie krefter i helsemarkedet helt løs. Klarer vi det, har vi virkelig noe å være stolt av.

*Steinar Westin*

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Medisinsk teknisk forskningscenter  
7489 Trondheim

*Steinar Westin (f. 1944) er fastlege for 350 personer ved Tempe legesenter, professor i sosialmedisin ved NTNU, og leder av Tidsskriftets redaksjonskomité.*

## Litteratur

1. Generalplanutvalget for almenmedisin. Generalplan for almenmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1982.
2. Westin S. Legeopprør mot økte egenandeler. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 782.
3. Werner EL. Legevakten i Arendal – en ny modell for interkommunal legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1704–6.
4. Mjell J, Hjortdahl P. Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1707–9.
5. Fagutvalget i Aplf. Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1725–7.
6. Goldbeck-Wood S. Norwegian GPs move to a list based system. BMJ 1997; 314: 771, 1852.
7. Westin S, Johnsen R. List-based systems and gatekeeping on the international agenda. Eur J Gen Pract 1998; 4: 53–4.