

# Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.?

**1. juni 2001 blir det store flertall av Norges allmennpraktikere «faste allmennleger» eller «fastleger», som publikum kaller oss. Det betyr at vi kommer til å arbeide under langt mer ens administrative og økonomiske betingelser enn tidligere. Men hvordan vil nyordningen påvirke oss rent faglig – blir det økt ensretting også her?**

Hovednyheten i fastlegeordningen er legens populasjonsansvar. I motsetning til i dag, kommer fra 1. juni 2001 både hver enkelt lege og hver enkelt pasient til å vite eksakt hvem som hører sammen med hvem. Det betyr at legen – i tillegg til å være lege for de pasienter som til enhver tid velger å kontakte ham/henne – også kontinuerlig er lege for sin pasientpopulasjon. Særlig i (de større) byene, der pasientporteføljen i dag som regel er foranderlig og ikke mulig å avgrense, innebærer dette en betydelig endring. Denne artikkelen er et forsøk på å reflektere rundt de positive muligheter – men også de faremomenter – som ligger i et entydig populasjonsansvar. Etter vår mening kommer reformen åpenbart til å innebære faglige forandringer. Den kommer høyst sannsynlig til å bety økt ensretting, og den har i seg muligheten både for overstyring og for overforbruk av legene. Derfor er det avgjørende at vi «faste allmennleger» selv aktivt definerer det faglige innholdet i fastlegeordningens populasjonsansvar (1, 2).

## **Vi ønsker ikke detaljstyring**

Norge er ikke det første land som innfører en fastlegeordning. Den finnes i land vi liker å sammenlikne oss med, som Danmark, Nederland og England, og i fjernere strøk, som på Cuba og nå også i Sør-Korea. Noe lærdom kan vi ta med oss fra andre. På Cuba er for eksempel innholdet i legens populasjonsansvar detaljregulert fra sentrale myndigheter (3). Hver person på listen skal komme til et visst antall konsultasjoner og få et visst antall hjemmebesøk per år, selv om vedkommende er helt frisk, bl.a. for å få del i en nærmere definert helseopplysning fra legens side. Påvisning av gitte risikofaktorer (som røyking eller det å ha katt i huset) utløser straks forskrift om økt legeinnsats. Ikke rart legen kun kan ha ca. 500 pasienter på listen. De av oss som besøkte Cuba for en tid tilbake (3), følte sterkt av vi ikke ville ha likt å

drive allmennpraksis under liknende betingelser. Når vi nå skriver om definering av det faglige innholdet, er det derfor langt fra noen detaljregulering vi etterstreber. Norske allmennleger er ingen homogen gruppe. Dessuten er vi i nær kontakt med samfunnets skiftende trender, og er selvsagt langt på vei selv en del av den rådende kultur med konsument- og individfokusering og markedsorientering. Kanskje nettopp derfor virker tanken på sentral regulering av fagets innhold så lite titalende.

## **Tilgjengelighetskravet styrer listestørrelsen**

I Danmark er det avtalefestet at allmennlegen ikke skal ha mer enn en ukes ventetid for uselektert timebestilling for egne pasienter (4). I fastlegeforsøket i Tromsø etterstrebet man maksimum to uker (5). Avtaler som dette virker sterkt inn på hvordan legen kan og må arbeide. Det er neppe noen tilfeldighet av det her er snakk om styring av legens *tilgjengelighet*, for nettopp ansvaret for å være tilgjengelig nok for egen pasientpopulasjon er en helt sentral del av det å ha et populasjonsansvar. Selv om vi her i landet ikke skulle definere en maksimal ventetid, vil kravet om tilgjengelighet komme til å stå sentralt i publikums forventninger, og legene vil måtte ta hensyn til det. En lege kan ikke lenger påberope seg å være så populær at ventetiden er åtte uker. Er den det, har hun/han for mange pasienter på listen. Tilgjengelighetskravet vil først og fremst være styrende for listestørrelsen: Hvor mange pasienter kan en lege betjene og både ha akseptabel ventetid og levelig arbeidstid og arbeidssituasjon for egen del? Vi er bekymret for at leger som har valgt svært store lister, vil komme til å ta seg vann over hodet. Sannsynligvis vil det kunne virke overkommelig i starten. Men evaluering av fastlegeforsøket i Tromsø har vist at arbeidsmengden øker i løpet av de første fem årene (5).

## **Etterspørsel kontra behov**

Legen må være tilgjengelig for å imøtekomme den *etterspørsel* som eksisterer i pasientpopulasjonen etter hans/hennes tjenester. Men er det nå så sikkert at etterspørsel er det samme som *behov*? Etter vår mening er det ikke nødvendigvis slik. Mye av etterspørselen reflekterer selvsagt åpenbare behov – bl.a. er god tilgjengelighet viktig for å opp-

dage nyoppstått sykdom tidlig. Men mye av etterspørsel reflekterer neppe reelle medisinske behov. Likevel er det vanskelig å skille ut denne og å styre unna, for uansett hva etterspørselen viser seg å reflektere, er det den vi møter og må forholde oss til. Det vi derimot kan styre, er hva vi tilbyr som svar på ulike typer etterspørsel. Et kjent og kjært eksempel er den stadig økende etterspørsel etter alskens legeattester. (En av forfatterne skrev nylig ut legeattest for at en student skulle få lov til å flytte sin egen seng inn på studenthybelen.) Et annet eksempel på hva som bør styres, kan vi lese om i *Volvat Doktor* under tittelen *Fra bekymring til beroligelse* (6). Den unge piken kontakter allmennlege pga. hodepine. Etter samtale, blodprøver, CT-røntgen og undersøkelse hos nevrolog går hun ut i ettermiddagssolen og er beroliget: Hodepinen skyldes antakelig stress. Ikke alle med hodepine skal til CT og nevrolog. Hvem som faktisk skal det, er det vi som må styre ut fra behov, ikke etterspørsel. Som faste allmennleger kan og skal vi ikke bli proffilløse overfor etterspørselen, vi skal si ja, men vi skal også si nei. Ellers vil vi neppe kunne ivareta allmennmedisinens faglige innhold og ambisjon (2).

Vi har drøftet etterspørsel uten reelt behov – åpenbart vil det i en pasientpopulasjon også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan forholder vi oss til underforbrukerne? Skal vi – som helsesøstrene eller de kubanske legene – innkalle og undersøke alle?

## **«En adresse for ansvar»**

Dette er neppe noen farbar vei. Det vi kan gjøre, er å informere om hvem og hvor vi er, og å være tilgjengelige. Erfaringer har vist at den faste allmennlegen på denne måten blir tydelig – hun/han blir «en adresse for ansvar» (5). Folk må kunne velge å la være å kontakte legen sin selv om behovet oppstår, men terskelen skal være lav nok til at alle kan være i stand til å ta kontakt dersom de ønsker det.

At fastlegen etter hvert blir tydelig for stadig flere innen populasjonen, er en faktor som bidrar til at arbeidspresset øker i løpet av de første årene. Minst like viktig er det nok at legen blir «en adresse for ansvar» også for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleie-

re etc., alle vil få en økt forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Antakelig er det i dag mange allmennleger som har definert seg ut av slikt samarbeid, og det foreligger sannsynligvis et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på en hel del områder. Etter vår mening både vil og bør fastlegeordningen føre til at allmennlegene kommer mer på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Dette er en positiv side ved den økte ensretting vi tror vil komme til å skje. Ikke desto mindre blir vi selv nødt til å sette grenser for samarbeidet omkring pasienter, hvis ikke vi skal legge opp til en praksis der vi ser pasienter halve dagen og sitter i møter resten.

### Prioriteringens kunst

Den enkelte lege vil få et nytt prioriteringsansvar. Hun/han vil måtte fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester totalt sett blir best mulig dekket. Det betyr at legen vil måtte styre sin virksomhet ut fra andre kriterier enn til enhver tid å svare på etterspørsel. Prioriteringens enkle logikk er at å si ja til noe, innebærer nei til noe annet. For pasientene innebærer dette at de reelt sett må konkurrere med populasjonens øvrige medlemmer om legens tid og innsats. De må kunne være mest mulig trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimessige hensyn og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller ut fra hvem som roper høyest. Og for samarbeidende instanser vil det bety at allmennlegen fremdeles ikke kommer til å delta i alle møter om alle pasienter.

Hva er det så som bør prioriteres opp? Jo: diagnostisering og behandling av sykdom, både akutt og kronisk. Dessuten adekvat helseopplysning og veiledning til egne pasienter. Dette er en naturlig del av svært mange konsultasjoner, og jo bedre legen kjenner pasienten, desto bedre kan informasjonen skreddersys. Etter vår mening er for øvrig legeundersøkelser i forbindelse med såkalt forebyggende helsearbeid en naturlig del av fastlegens populasjonsansvar. Undersøkelse av gravide, av småbarn og skolebarn gjøres enkelt av den legen som disse også ellers forholder seg til. Selv om helsestasjoner og skolehelsetjenesten i dag har en organisering som gjør en slik ordning vanskelig, mener vi det er både nødvendig og mulig å finne løsninger (7).

Og hva bør prioriteres ned? Attestskrivning og overdreven utredning ved bekymring er nevnt, likedan ukritisk tverrfaglig samarbeid. Undersøkelse av friske med tanke på å oppdage mulig sykdomsrisiko kan legges til denne listen. Å lete etter risikotilstander og å medisinere og følge opp folk som føler seg friske – ofte med dårlig dokumentert behandlingseffekt – tar en økende del av allmennlegenenes tid (8). I de senere år har det likevel vært en tendens til at vi selv vil defi-

nere hvordan vi forholder oss til dette feltet (9), en utvikling vi mener er helt nødvendig.

Det har vært mye snakk om allmennlegens portvaktrolle, og et godt argument for fastlegeordningen har vært at en lege som kjenner pasienten godt, åpenbart kan foreta mer rasjonelle henvisninger enn en lege som treffer pasienten tilfeldig. Sett i forhold til knappe ressurser, er dette selvsagt viktig. Vi mener likevel at det er enda viktigere at vi som pasientens faste lege kan være gode veivisere og formidlere til andre deler av helse-tjenesten. Vi må ha kompetanse på hvilke spesialisttjenester den enkelte pasient til enhver tid vil være best tjent med, og kunne formidle disse.

### Ensretting – men ikke rigiditet

Vi har tidligere nevnt økt ensretting i kraft av at allmennlegen ikke lenger vil kunne definere seg ut av tverrfaglig samarbeid omkring sine pasienter. En annen form for ensretting vi tror kommer som en følge av fastlegeordningen, er den rent faglige. Allmennlegen kan ikke lenger være «hobbyspesialist», dvs. drive med det hun/han liker best og er dyktigst til. Tvert imot forventes hun/han å kunne takle hele spektret av utredning og behandling i sin pasientpopulasjon. Dette vil helt sikkert bli en utfordring for de fleste av oss! Og selv om det økte kravet til faglig bredde og kvalitet etter vår mening er positivt, kan vi likevel prøve å unngå at det skal bli en tvangstrøye. Det må være mulig med et listesamarbeid kolleger imellom, slik at eventuell spisskompetanse hos den enkelte lege kan la seg utnytte. I Danmark er det (kanskje bl.a. av den grunn?) vanlig med felleslister for en gruppepraksis, mens vi i Norge hovedsakelig har valgt å ha personlige lister. Det er derfor viktig at vi sikrer oss gode rammer for «horisontalt samarbeid». Dette vil også forhindre faglig isolasjon, hvor den enkelte lege utelukkende arbeider i enerom med sine egne pasienter.

Overfor nyutdannede kolleger er «det horisontale samarbeidet» selvsagt ekstra viktig. Ingen kan forventes å være fullbafaren fra dag én, og en fastlegeordning vil kreve et gjennomarbeidet system for å sikre en adekvat rekruttering, både kvalitetsmessig og tallmessig (10). En adekvat regulering av legemarkedet vil nemlig være helt avgjørende for vår mulighet til å definere gode faglige retningslinjer for populasjonsansvaret, idet både legemangel og legeoverskudd sannsynligvis vil redusere kvaliteten på vårt arbeid. Problemene med legemangel kjenner vi godt. Stort legeoverskudd vil føre til konkurranse om pasienter og tilbud av tjenester som ikke er faglig begrunnet.

### Ikke bare idealer – forskning nå!

Det er ikke noe nytt at vi allmennleger i størst mulig utstrekning selv vil være med på

å definere «allmenntidens innhold og ambisjon» (2), dette har i mange år pågått som en kontinuerlig prosess. En så omfattende reform som fastlegeordningen innebærer imidlertid behov for nye definisjoner og avgrensninger, noe som igjen må bygge på dokumentasjon, analyse og evaluering av hva vi gjør. Det er nå gjennom Sosial- og helsedepartementet etablert et sentralt program for oppfølging og evaluering av fastlegeordningen. Som en del av dette er Apf representert i en prosjektgruppe som skal bistå Statistisk sentralbyrå i å utvikle en metode for uttrekk av sentrale aktivitetsdata fra legens journal, forsendelse av disse til et sentralt mottak, bearbeiding av data og etter hvert tilbakemelding til legen (11). Hvilke data fra egen praksis vi ønsker analysert og hvilke rapporter vi har nytte av, er viktig å avklare i denne sammenhengen.

Rapporter er likevel ikke ensbetydende med utvikling av ny kunnskap. Forskningsaktivitet med rot i primærhelsetjenesten er for tiden sørgelig nedprioritert. Norges forskningsråd har nå stilt 900 000 kroner til disposisjon for forskning i forbindelse med fastlegeordningen. Midlene blir administrert av Allmenntidens forskningsutvalg (12). Vi bør arbeide aktivt for økte midler til uavhengig forskning med basis i den allmenntidens klinikk (13).

### Konklusjon

Fastlegeordningen er ment å gi Norges befolkning en bedre og mer enhetlig allmenntidestjeneste. For oss allmennleger innebærer reformen betydelige endringer, bl.a. i form av økt ensretting både administrativt og faglig, og den har i seg muligheten for overstyring utenfra og for feilprioritering. Samtidig står vi foran nye muligheter til å utvikle allmenntidens, og det er avgjørende at vi selv definerer det faglige innholdet i fastlegeordningen. Dette må pågå som en kontinuerlig prosess, basert på allmenntidens ideologi og verdigrunnlag, på solid faglig kunnskap samt på dokumentasjon av hva vi gjør og hva det fører til.

Mette Brekke  
mette.brekke@samfunnsmed.uio.no  
Hilde Beate Gudim  
Trond Egil Hansen  
Ole Rikard Haavet  
John Leer  
Pernille Nylehn  
Svein Steinert  
Fagutvalget i Apf  
Den norske lægeförening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

☞ Se også side 1667

Litteratur →

#### Litteratur

1. Brekke M, Steinert S. Fastlegeordningen. Populasjonsansvarets faglige innhold må defineres. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3402.
2. Øgar P. Den allmenmedisinske karaffel – det faglige innholdet i fastlegeordningen. Utposten 2001; 30: 4–6.
3. Eikås A, Leer J, Brekke M, Thorsen O, Steinert S. God primærhelsetjeneste på solskinnøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 612–3.
4. Landsoverenskomst om almen lægegering mellom Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisasjon. København: Sygesikringens Forhandlingsudvalg, 1999.
5. Steinert S. Fastlegeforsøket i Tromsø. Sluttrapport etter tre forsøksår. Tromsø: Tromsø kommune, 1996.
6. Revold M. Fra bekymring til beroligelse. Volvat Doktor 2001; 1: 4–5.
7. Brekke M. Helsestasjonen og fastlegen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1537.
8. Swensen E, red. Diagnose: risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
9. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær E, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland M. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
10. Utdanningsstillinger i allmenmedisin. [www.legeforeningen.no/yf/aplf/utdanningsstillingen/utdanningsstillinger.htm](http://www.legeforeningen.no/yf/aplf/utdanningsstillingen/utdanningsstillinger.htm) (30.3.2001).
11. Høie I. Prosjekt skal gi kunnskap om allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1529.
12. Høie I. Søk midler til fastlegeforskning. [www.legeforeningen.no/index.db2?id=2429](http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=2429) (30.3.2001).
13. Haavet OR, Grimsmo A, Hasvold T. Pasientnær forskning? Aftenposten (morgenutgave) 11.3.2001.

