

Nå som fastlegene senker listetakene, er det viktig at kommunene etablerer nye listehjemler før de fleste listene blir stengt.

## Fastlegeordningen to år etter

1. juni var det to år siden fastlegeordningen ble innført i hele landet. Formålet med ordningen var å styrke allmennlegetilbudet til befolkningen gjennom økt tilgjengelighet og kvalitet. Målene skulle blant annet nås gjennom bedre samhandling mellom allmennleger og spesialisthelsetjenesten og bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet, spesielt for kronisk syke og pasienter med psykiske lidelser. Har så ordningen svart til forventningene?

Fastlegeordningen er en omorganisering av den allmennlegetjenesten som ble etablert da lov om kommunehelsetjeneste ble innført i 1984. Frem til juni 2001 var legene tilknyttet kommunehelsetjenesten gjennom fastlønnsstillinger eller privat praksis med driftstilskudd. Det ble snart tydelig at ordningen hadde vesentlige svakheter. Pasientenes tilgang på allmennlegetjenester varierte betydelig på landsbasis, og allmennlegene hadde problemer med å finne seg til rette i et system med sterk politisk og administrativ styring (1). Dette førte til misnøye og rekrutteringssvikt.

At det etter ønske og press fra legene ble lagt til rette for at fastlønnsstillinger kunne konverteres til driftstilskudd fra 1991, gjorde ikke situasjonen bedre. Legene hadde fortsatt for liten innflytelse over egen arbeidssituasjon, og kommunene la ikke forholdene til rette verken for faglig utvikling eller for å avhjelpe den økende arbeidsmengden. Fra politisk hold ble behovet for en ny og bedre organisering etter hvert tydelig uttalt (1, 2). For Legeforeningen var det et mål å bidra til at leger fikk større innflytelse over egen arbeidssituasjon, noe som skulle øke tilgjengeligheten til tjenesten og mulighetene for rekruttering av leger.

Som ledd i den nasjonale evalueringen av fastlegeordningen er det gjort en studie ved Program for helseøkonomi i Bergen som viser at legene er blitt mer serviceinnstilte. Også tilgjengeligheten til allmennlegene er blitt bedre. Da fastlegeordningen ble innført, var det 277 pasientlister som manglet leger, per i dag er det rundt 120. Rekrutteringen til allmennmedisinen bedret seg allerede før fastlegeordningen ble innført, fordi det ble klart at legene ville få bedre rammebetingelser i ordningen.

I perioden 1999–2001 ble det dessuten opprettet ca. 350 nye hjemler. Samlet viser dette en meget god rekruttering til faget, og det er en helt annen situasjon enn i 1990-årene. Dette skyldes naturligvis ikke bare fastlegeordningen, økt utdanningskapasitet har også bidratt. I valget mellom ledige stillinger i sykehus og i allmennlegetjenesten ser vi stadig oftere at leger velger å arbeide i primærhelsetjenesten.

Mer bekymringsfullt er det at antall ledige lister synes å ha vært stabilt det siste året og at det er de samme geografiske områdene som sliter. Dårligst an ligger Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag. Det viktigste tiltaket for å skaffe befolkningen i disse fylkene tilsvarende tilgang til lovfestede helsetjenester som den øvrige

befolkning, er å legge til rette for interkommunale legevaktordninger. Redusert vaktbelastning vil virke rekrutterende på unge leger i etableringsfasen.

1. juni 2001 var det vel 200 000 innbyggere som ikke hadde fast lege, til tross for at de ønsket det. At dette tallet nå er redusert til 74 000, viser at tilgjengeligheten for pasientene er blitt bedre enn før fastlegeordningen ble innført. Befolkningens bruk av legevakt synes å gå ned. Det kan tyde på at de som blir syke i større grad får hjelp av fast lege på dagtid.

Skal innbyggerne være tjent med en fastlegeordning, må de ha gode muligheter for å bytte lege dersom de ønsker det. Dette målet synes å være godt ivare tatt ved at andelen åpne lister er på godt over 50 %. Andelen åpne lister er imidlertid synkende. Nå som fastlegene senker listetakene, er det viktig at kommunene etablerer nye listehjemler før de fleste listene blir stengt. Hvis ikke, blir pasientenes byttemulighet begrenset.

Innbyggerne velger i liten grad å bytte lege. Etter forventet hyppige bytter rett etter innføringen, er det nå bare vel 1 % av befolkningen som bytter lege per kvartal. Bytter som skjer fordi legen avslutter/reducerer sin praksis, at innbyggerne selv flytter eller at barn tilknyttet foresattes lege er holdt utenfor. Det ser ut til at målet om kontinuitet således er godt ivare tatt. Kontinuitet må imidlertid måles over vesentlig lengre tid enn to år, men den gode rekrutteringen gir oss et godt utgangspunkt.

Fastlegeordningen ble kritisert for uklare ansvarsforhold ved øyeblikkelig hjelp på dagtid. Det er positivt at partene allerede ved første avtalerevisjon etter ett år klarte å rydde opp i disse forholdene, først og fremst i Oslo kommune.

I likhet med statlig overtakelse av sykehusene, er fastlegeordningen en strukturell reform som skal legge til rette for et godt faglig tilbud til befolkningen. Om det faglige tilbudet er blitt bedre, vet vi foreløpig lite om. Det er opp til allmennlegene og deres fagmiljøer å fylle ordningen med den kvalitet befolkningen forventer. Den utfordringen tror jeg allmennlegene evner å ta.

### Litteratur

1. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12/1989. Oslo: Sosialdepartementet, 1989.
2. St.meld. nr. 23 (1996–97) Trygghet og ansvarlighet. Om helsetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.



*Hans Kristian Bakke*

**Hans Kristian Bakke**  
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no  
president