

Tiden er inne for en kvalitetsreform i primærhelsetjenesten basert på kunnskap

## Fastlegeordningen – bare en strukturreform?

Organiseringen av primærhelsetjenesten har vært gjenstand for kontinuerlig faglig og politisk debatt i hele forrige århundre. Loven fra 1982 om kommunehelsetjenesten fikk liten betydning for brukerne, men førte til store strukturelle endringer for helsepersonellet (1). Med utgangspunkt i problemer knyttet til tjenestetilbudet i større sentre og byer, «lege-shopping», mangel på kontinuitet i lege-pasient-forholdet, manglende tilbud til prioriterte pasientgrupper, lav prioritering av forebyggende arbeid og ønsket om å bedre kvaliteten på legetjenesten, vedtok Stortinget i 1991 at det skulle gjennomføres et forsøk med fastlegeordning i fire norske kommuner (2). 1. juni 2001 ble ordningen innført over hele landet.

Når fastlegeordningen nå evalueres med hensyn til pasientenes tilfredshet med ordningen, må man ikke glemme at før reformen ble gjennomført oppfattet to tredeler av befolkningen det slik at de hadde en fast lege, og at befolkningens generelle tilfredshet med legetjenesten i utgangspunktet var svært god (3). Forbedringspotensialet kan derfor sies ikke å ha vært særlig stort, men graden av tilfredshet har med fastlegeordningen blitt enda litt bedre (4). I sin undersøkelse fant Olaug Lian at grad av tilfredshet med primærhelsetjenesten var størst i små kommuner før innføringen av fastlegeordningen. Etter at ordningen ble innført, har tilfredsheten gått noe ned i disse kommunene og noe opp i store kommuner (5).

Tilfredshet er en relativ størrelse – man er fornøyd i forhold til forventninger. I små kommuner, som i stor grad hadde faste leger for sin befolkning før fastlegeordningen, oppleves det derfor en viss grad av forventningskrise. Den totale tilgjengeligheten er ikke blitt forandret med den systemendring fastlegeordningen er. Til tross for at tiden til kurativ virksomhet er litt redusert, blir flere pasienter som står på venteliste behandlet. Ventetiden på uprioriterte konsultasjoner ser ut til å ha gått noe ned, men tilgangen til akuttimer er ikke blitt bedre.

Alle leger som har kjørt legevakt eller sittet på en legevaktstasjon, har opplevd at en stor andel av pasientene ikke har akutte eller alvorlige tilstander. I dette nummer av Tidsskriftet viser Ola Jøsendal & Solfrid Aase at sykebesøksfrekvensen i løpet av få år har falt fra 18 til 1 %, og antyder at dette er en følge av innføringen av interkommunal legevakt kombinert med fastlegeordningen (6). Frekvensen av sykebesøk har falt med en tredel i løpet av en 12-årsperiode og særlig mye de to siste årene. I en ny studie, publisert i dette nummer, fant Bjørnar Nyen & Morten Lindbæk at det var store variasjoner i bruk av legevakt mellom pasientlistene (7).

I Tromsø og Fredrikstad oppgav om lag halvparten av legevakt pasientene at de først hadde forsøkt å komme inn til sin fastlege på dagtid uten å lykkes (8). Det er sannsynlig at det også før fastlegeordningen var slik at mange pasienter henvendte seg til legevakten når de ikke fikk kontakt med lege på dagtid, og at mange ble henvist til legevakt etter arbeidstid. Fastlegeordningen ser altså ikke ut til å ha bidratt til en mer rasjonell bruk av legevakten.

Pasientenes bruk av legevakt er delvis en følge av tilgjengeligheten hos fastlegen. Frekvensen av sykebesøk i en pasientpopulasjon er i stor grad styrt av hvor streng legevaktlegen er i sin prioritering av

sykebesøk. Variasjonen i legevaktforbruk har neppe noe med fastlegeprinsippet som sådant å gjøre, men handler mer om hvordan man organiserer sin praksis, som igjen er et resultat av oppgjørssystemet. Det er lite rasjonelt å la timer stå ledig som kanskje ikke blir brukt. Da er det bedre å «tette» listene på dagtid og henvise til legevakten som sikkerhetsventil. Slik har det alltid vært i et stykkprissystem.

Noe av myndighetenes begrunnelse for innføringen av fastlegeordningen var å få bedre kontroll på de utgiftene primærlegene genererer gjennom sin henvisningspraksis og prøvetaking. Det ser ut til at konkurranseelementet for å tiltrekke seg pasienter til sin liste påvirker legenes praksis med hensyn til henvisninger til spesialist og sykmeldinger (9). Tendensen med økende henvisningsfrekvens er i strid med myndighetenes forventninger og ønsker til fastlegeordningen, men er i tråd med styrkingen av pasientrettighetene (10).

Mangel på en entydig policy i myndighetenes helsereformer kommer også til uttrykk ved innføring av prinsippet om fritt sykehusvalg omtrent samtidig som pasientenes frihet til å velge fastlege ble innskrenket. Denne manglende konsistens i helsereformene kan ses på som et uttrykk for politisk vegring mot å ta klare valg basert på grunnleggende prioritering.

Som primærkontakt for pasientene sitter fastlegene i stor grad med nøkkelen til hva som genererer utgifter i norsk helsevesen. En eldre befolkning vil medføre helseproblemer som ikke kan løses i et nivå-fiksert behandlingssystem. En rasjonell samhandling og rollefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må være basert på kunnskap. Derfor må det satses mer på helsetjenesteforskning i primærhelsetjenesten for å skaffe bedre faktagrunnlag for viktige helsepolitiske valg.

### Toralf Hasvold

toralf.hasvold@ism.uit.no

*Toralf Hasvold (f. 1943) er professor i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, og har særlig drevet med forskning på muskel- og skjelettplager i allmennpraksis, telemedisin og helsetjenesteforskning. Han har i flere år arbeidet for NORAD og Verdens helseorganisasjon med helsetjenesteutvikling i Afrika og i land i tidligere Sovjetunionen.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. St.meld. nr. 36 (1989–90). Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
2. Ot.prp. nr. 64 (1990–91): Om lov om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten.
3. Statistisk sentralbyrå. Kontinuitet, kontaktfrekvens og velnøye med legetenesta. Førebelse tal, 2000. [www.ssb.no/legetj/main.html](http://www.ssb.no/legetj/main.html) (18.3.2003).
4. Hasvold T, Johnsen R. Fastlegeforsøket. Evalueringsrapport. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1996.
5. Lian OS. Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie nr. 70. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2003.
6. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 506–7.
7. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktssøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508–9.
8. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktssøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1327–9.
9. Carlsen C, Norheim OF. Hvordan påvirker fastlegeordningen legenes skjønnsmessige avgjørelser? Notatserie i helseøkonomi nr. 17/2003. Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen, 2003.
10. Ot.prp. nr.12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter.