

Fastlegeordningen presses fra flere kanter. Den er grunnmuren i helsetjenesten og må ikke undergraves. Det er verken pasientene eller samfunnet tjent med

Fastlegeordningen under press

Fastlegeordningen er blitt en suksess. Undersøkelser viser at både brukerne og legene er godt fornøyd. Det mangler fortsatt stabil legedekning i enkelte kommuner, noe bedre arbeidsforhold under legevakt forhåpentligvis kan bidra til å bedre.

Ordnings gir alle innbyggere i Norge en mulighet til å få sin bestemte navngitte lege. Fastlegen har et overordnet ansvar for det som har med egne pasienters helsetilstand å gjøre og skal være koordinator, veiviser og portner til andre deler av helsetjenesten inkludert spesialisthelsetjenesten. Denne rollen gjør at pasienten til enhver tid vil vite hvor hun/han skal henvende seg, og hvem som har ansvar i medisinske spørsmål. Mange pasienter opplever at de har mange behandlere og at kontakt og koordinering mellom disse er komplisert. Etter innføring av fastlegeordningen har det vært tilfredsstillende å kunne fortelle pasienten at dette ansvaret faktisk er plassert ett sted – hos fastlegen.

Det er interessant å lese Jostein Gryttens artikkel i Tidsskriftet (1) om fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Hovedkonklusjonen er at det er bra samsvar mellom folketrygdens faktiske og forventede utgifter, dvs. god kontroll med den økonomiske utviklingen. Mesteparten av utgiftsøkningen fra 1998 til 2003 (før og etter fastlegeordningen) skyldes endringer i stykkpris og legeårsverk per innbygger. Dette betyr at utgiftsøkningen kan sees som en ønsket politisk styrt utvikling.

Fastlegeordningen sikrer et koordinert faglig ansvar for pasientene i primærhelsetjenesten. Denne viktige reformen kan nå stå i fare for å bli gradvis undergravet. Ansvar fordeles på flere behandlere uten at fastlegens koordinerende rolle ivaretas. Kortsiktige vurderinger omkring lettere tilgjengelighet til andre deler av helsetjenesten kan få utilsiktede, og for pasientene, uheldige konsekvenser.

Det har vært gjennomført prøveordninger med henvisnings- og sykmeldingsrett for nye grupper helsepersonell. Evalueringen av disse har vært mangelfull. Når det likevel treffes politiske slutninger med vidtrekkende konsekvenser på bakgrunn av disse prøveordningene, er det bekymringsfullt. Man håper på raskere og mer rasjonell behandling, men så langt ser det ikke ut til at noen har vurdert konsekvensene for brukerne på sikt. Det helhetlige ansvaret for pasienten, som skal sikres i fastlegeordningen, pulveriseres. Dette er stikk i strid med intensjonene ved innføring av ordningen.

Fokusering på og arbeid omkring sykmeldinger har ført til en betydelig reduksjon av antall legemeldte sykmeldinger. Sykmeldingsarbeid handler om god kunnskap om hele pasientens sykehistorie, arbeidsforhold og miljø. Allmennleger er blitt kurset i inkluderende arbeidsliv (IA), og deres arbeid med dette har nok vært en av hovedårsakene til den betydelige nedgangen.

Pasienter skal nå kunne sykmeldes i inntil åtte uker av andre helsepersonellgrupper enn leger. Åtte ukers sykmelding er lenge. Det er kjent at av pasienter som har vært sykmeldt så lenge, kommer 50 % aldri tilbake til yrkeslivet. Nye sykmeldere, uten erfaring i sykmeldingsarbeid og kun med kunnskap innen et begrenset medisinsk

fagområde, kan medføre en økning i antall sykmeldingstilfeller. Opplæring i IA arbeid vil kunne bøte på noe av dette problemet, men det vil sjelden kunne bli en helhetlig vurdering av pasienten på samme måte som hos fastlegen. Utvidelse av antall yrkesgrupper som gis rett til å sykmelde og/eller henvise er ikke et skritt i riktig retning for pasientene.

Over 99 % av landets befolkning er knyttet til en fastlege som månedlig får oppdaterte lister fra folkeregisteret. Dette gir gode muligheter for en godt koordinert allmennhelsetjeneste for alle, dersom man benytter seg av de potensialer som ligger i ordningen. Fastlegene kan for eksempel med fordel benyttes ved organisering av helsetjenestetilbud som vaksinasjonsprogram mot influensa til store deler av befolkningen. I stedet for å etablere spesielle poliklinikker og helsestasjoner for bestemte brukergrupper, kan det være mer rasjonelt, kostnadseffektivt og med bedre faglig kvalitet å benytte og utvikle eksisterende allmenntjenesteapparat. Fortsatt benytter heller ikke kommunene på langt nær den mulighet de har til å pålegge fastlegene 7,5 timer offentlig helsetjenestearbeid per uke. Det kunne blant annet gi bedre legedekning på sykehjemmene. I psykiatrisatsingen har fastlegenes rolle og innsats vært lite påaktet og et bedre samarbeid mellom fastlegen og det øvrige tilbudet innen psykisk helsevern ville kunne gagne pasientene.

Ønsket om smidige og lett tilgjengelige helsetjenester til beste for brukerne er ikke vanskelig å forstå. Det er heller ikke vanskelig å se at det er mange helsetjenesteutøvere som har høy kompetanse innen sitt fagfelt. Behovet for et tverrfaglig og godt samarbeid er opplagt. Det er imidlertid viktig å se helsetjenesten i en helhetlig og langsiktig sammenheng. Brukerne har behov for en fast lege med helhetsansvar over tid.

Målsettingen med fastlegeordningen var og er å gi et bedre helsetjenestetilbud til pasienten. Intensjonen var og er å samle det faglige ansvar for den enkelte pasient hos en instans med kompetanse til å koordinere de faglige utfordringene. Denne kompetansen er og skal være samlet ett sted – hos fastlegen.

Ved videre utvikling av helsetjenesten, må tiltak som tenkes iverksatt som førstelinjetiltak, sees i sammenheng med fastlegeordningen. Dersom ordningens gode intensjoner og resultater skal kunne videreføres, trengs et godt politisk overblikk og faglig innsikt slik at den kan utvikles og forbedres til det beste for brukerne.

Litteratur

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R. Fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Tidssk Nor Lægeforen 2005; 125: 2812–4.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president