

Fastlegeordningen er blitt den ansvarsreformen den var forutsatt å bli

Fastlegeordningen svært positivt evaluert

I en statusrapport om fastlegeordningen (1) oppsummerer Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med følgende hovedkonklusjon: «Fastlegeordningen fungerer meget bra». Det er på noen områder behov for justeringer, men statens utgifter til tjenesten har økt mindre enn forutsatt, og målene er nådd på mange vesentlige områder. Det er ikke ofte reformer i helsevesenet og andre samfunnssektorer får slike attester, noe som gir grunn til å dvele litt ved hvorfor fastlegeordningen langt på vei er blitt en suksess.

Målene med reformen var ambisiøse. Kvaliteten på tjenesten, tilgjengeligheten til den og kontinuiteten i oppfølging av den enkelte pasient skulle bedres. Dette mest av hensyn til dem med størst behov for legetjenester.

Utgangspunktet var dårlig. Allmennlegetjenesten var på 90-tallet preget av meget svak rekruttering med et høyt antall ledige stillinger, for få stillinger og stor gjennomtrekk i stillingene, ikke ulikt situasjonen i Sverige og Finland. Forskjellen er nå at vi har klart en omfattende snuoperasjon hvor resultatet er sterkt bedret rekruttering, merkbart bedre pasienttilfredshet og bedre tilgjengelighet.

Fastlegforsøket i fire kommuner fra 1993 gav oss helt avgjørende erfaringer når den endelige modellen skulle konstrueres. Minst like viktig var det at Stortinget overlot til de berørte partene å forhandle sentrale elementer i ordningen. Det meget konstruktive og tette samarbeidet mellom Helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen førte frem til en ordning basert på noen grunnleggende elementer:

- Innbyggernes rett (overfor kommunen) til å stå på en fastleges liste.
- Kommunens plikt til å innfri innbyggernes rett ved å inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger.
- Legenes rett til å sette tak på egen liste.
- Kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten ble definert ut fra antall innbyggere (ikke antall leger).

Kombinasjonen av disse bestemmelsene fjernet mye av årsaken til at det tidligere ble opprettet for få hjemler, og problemene i forsøket med for lange lister. Slik fikk vi flere hjemler, og legene fikk kontroll over egen arbeidsbelastning og dermed mulighet til å ivareta det klart økte ansvaret som lå i reformen. Det siste er antakelig det grep som i størst grad bidro til bedret rekruttering.

Fastlegereformen var først og fremst en reform for kurative allmennlegetjenester. At den ikke har bidratt vesentlig til å løse andre problemer bør ikke overraske. Men det må understrekes at avtalene legger til rette for at kommunene kan bedre legedekningen for eksempel i sykehjem betraktelig. Men det forutsetter at også kommunene selv ønsker en slik utvikling. Kommunene har i tillegg gjennom denne reformen fått et langt større antall leger de kan benytte til de offentlige allmennmedisinske oppgavene.

Departementet peker på noen områder som må forbedres. Disse er tilnærmet helt sammenfallende med dem vi selv har pekt på. Ikke minst gjelder dette svak rekruttering i enkelte fylker, noe som innebærer at ikke alle får mulighet til å forholde seg til en fast lege over tid. Etablering av interkommunale legevakter er etter vår mening

det viktigste tiltaket for å sikre god rekruttering og stabil legetjeneste i distriktene. Staten sitter selv med nøkkelen til slik etablering. Den må nå brukes.

Skal en fastlegeordning fungere etter intensjonene, er det en avgjørende forutsetning at innbyggerne har mulighet til å bytte lege. Når mer enn hundre kommuner har ingen eller kun én åpen liste, er denne retten ikke reell. Her har kommunene – og kanskje allmennlegeutvalgene – forsømt seg.

Fastlegereformen ble lansert mest av hensyn til dem med størst behov for legetjenester. Det gir derfor grunn til bekymring når gjennomsnittlig konsultasjonstid synker og antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten øker. Årsakene til en slik utvikling må analyseres, men det er tydelig at allmennlegene utsettes for et dobbelt budskap. På en den ene siden forventes de å prioritere kronikere, psykiatri og rus. På den annen side gir utviklingen av takstsystemet det motsatte budskap. Der prioriteres mange og korte konsultasjoner, mens ivaretagelse av pasienter som trenger tid og utredning honoreres relativt sett dårligere. Det er derfor gledelig at helse- og omsorgsministeren i Aftenposten (2) gir uttrykk for at han vil se på hvordan betalingsordningene fungerer i denne sammenheng. Vi må forutsette at han er klar over at de stadig økende egenandelene skaper en slik uheldig utvikling.

Fastlegeordningen er blitt den ansvarsreformen den var forutsatt å bli. Fastlegene er blitt knutepunktet for informasjon og samhandling omkring pasientene. Spørsmålet er om reformen vil *forbli* en ansvarsreform. Flere andre grupper helsepersonell ønsker å arbeide i førstelinjen med primær pasientkontakt og med direkte henvisningsrett til, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten. En slik utvikling vil svekke fastlegenes mulighet til å kunne ha den nødvendige helhetlige kunnskap om den enkelte pasient. Dermed vil evnen til å ivareta det helhetlige ansvaret undergraves.

Når fastlegeordningen viser seg å innfri ønsket om et bedre tilbud til pasientene, skal vi derfor ikke glemme hvorfor den kom. På samme måte skal vi vise stor tilbakeholdenhet med å røre ved de grunnleggende elementene i ordningen. Det siste er like mye et budskap til oss selv som til andre.

Litteratur

1. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Helse- og omsorgsdepartementet desember 2004.
2. Hafstad A. Pasientene fornøyd med fastleger. Aftenposten (morgenutgave) 28.12.2004.



Hans M. Bakke

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