

Fastlege Hans Kristian Bakke (f. 1961) var president i Legeforeningen i 2001–05. Under fastlegeforhandlingene i 2000 var han leder for Alment praktiserende lægers forening (ApLf). I denne kronikken reflekterer han rundt forhandlingsprosessen som førte frem til dagens fastlegeordning. Som ApLf-leder var Bakke den som frontet ApLfs og Legeforeningens synspunkter, sammen med daværende president i Dnlf, Hans Petter Aarseth. I denne artikkelen tegner Hans Kristian Bakke det politiske bakteppet for fastlegeforhandlingene, slik han ser det. Han peker på ulike sider av forhandlingsscenarioet samt de ulike aktørenes agendaer. Selvopplevd, men velopplevd.



Fastlegeordningen

– hva ville vi, hva ville myndighetene, og hvordan kom vi dit?

■ HANS KRISTIAN BAKKE spes. i allmennmedisin, dr.med. og fastlege i Bergen

Den allmennmedisinske politiske dagsorden på 1990-tallet var sterkt preget av én sak: fastlegeordningen. Eller det som allmennlegene omtalte som «en eventuell fastlegeordning». Det var mange politikere som mislikte den beskrivelsen – Stortinget hadde jo vitterlig vedtatt at Norge skulle få en fastlegeordning. Allmennlegene og Alment praktiserende lægers forening (ApLf) var på sin side klare på at en fastlegeordning ikke kunne etableres uten legenes tilslutning. De formelle forhandlingene begynte 5. april 2000 og ble avsluttet 25. september 2000. Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001.

Etter reformen i 1984, da kommunene fikk ansvaret for allmennelegetjenesten, ble det raskt klart at modellen ikke klarte å levere det tilbud folk hadde krav på, og den minnet stadig mindre om vårt KOPF-ideal – med mange vakanser og vikarstafetter, og for få stillinger og hjemler. Rekrutteringen var svært dårlig. Samtidig økte antall allmennleger uten avtale. Attraktive kommuner uten plagsom moral og ideologi spekulerte hensynsløst i avtaleløs etablering for å slippe driftstilskuddsutgiftene. Allmennlegene ønsket seg i stadig sterkere grad tilbake til den tiden da pengene fulgte pasienten uten kommunal innblanding og konfiskering.

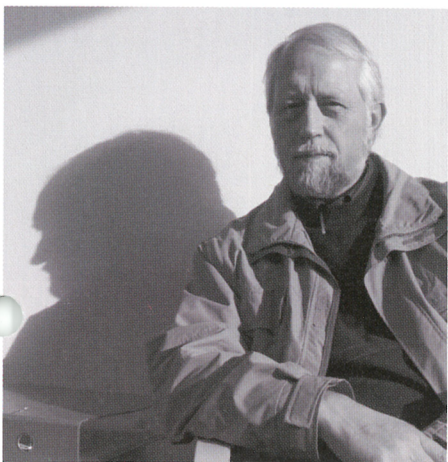
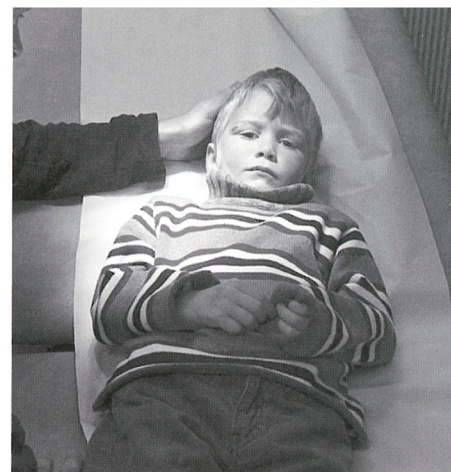
Kamp for rammebetingelser

Erfaringene etter innføring av kommunehelsetjenesteloven og de signaler som kom fra myndighetene om hvordan man så for seg at en fastlegeordning skulle fremstå, førte til en betydelig skepsis blant allmennlegene. At denne skepsisen kom klart til uttrykk viste seg svært hensiktsmessig og nødvendig for ApLf i forhandlingene med motpartene; staten og Kommunenes Sentralforbund (KS).

Når kommunene, innenfor de rammer som ble etablert i 1984, ikke maktet å levere

Fastlegereformen måtte ta høyde for at kommunene skulle inngå kontrakt med en yrkesgruppe som var underlagt lovens krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR





Fastlegen følger pasienten i smått og stort, i alle faser av livet. ILLUSTRASJONSFOTO: MIC CALVERT

en tilfredsstillende tjeneste til befolkningen, kom det allerede på slutten av 1980-tallet opp forslag om et listesystem – et system hvor *legene* fikk ansvaret knyttet til avgrensede deler av populasjonen i den enkelte kommune (listen). Det kunne legene *eventuelt* være med på under den klare forutsetning at legene kollektivt og individuelt fikk tilstrekkelig grad av kontroll med – og innflytelse på – rammebetingelsene for utøvelsen av det samme ansvaret. Dette var det desidert viktigste temaet i forhandlingene frem til fastlegeordningen.

Personene bak

Enkelte viktige bidragsytere bør nevnes når historien skal skrives. Aplf hadde et nært og godt samarbeid med Legeforeningens president, Hans Petters Aarseth. Han var en solid forhandler og lot Aplf definere de rammene som måtte til for å gjøre fastlegeordningen formålstjenlig, og som var nødvendig for å få tilslutning i legenes egne rekker. Forhandlingsavdelingen i Legeforeningen, ledet av Øyvind Sæbø, bidro på en solid måte. Det var to styremedlemmer i Aplf som var med i hele prosessen og som la ned en utrettelig og klok innats; Gunnar Ramstad (Bergen) og Eirik Bø Larsen (Dokka). I tillegg valgte Tom Christiansen i 1997 å tre ut av sentralstyret for å lede fastlegeprosjektet i departementet. Han tilførte der en kompetanse som bidro sterkt til at man kom i havn med ordningen. En ordning som ikke ble tiljublet av alle på statlig side.

Forhandlingene begynte 5. april 2000 og ble avsluttet 25. september 2000. Før dette, i hvert fall fra 1997, pågikk et intensivt arbeid overfor departementer, Storting og KS for å få lagt de grunnleggende rammer på plass.

Risikosport

Da Gudmund Hernes la fram *Stortingsmelding nr. 23 – Trygghet og ansvarlighet* i mars 1997 begynte «de dårlige tidene». Her foreslo man å gi allmennlegene et ansvar for egen liste 52 uker per år og ansvar for selv å skaffe vikar. Finansieringsordningen skulle være den som i forsøkskommunene ikke hadde vist seg å fungere (50 prosent basisgodtgjørelse). Kommunene skulle i prinsipp og innenfor rammen 500–2300, både bestemme den enkelte leges listetak, samtidig som kommunen ensidig kunne pålegge den enkelte lege bistillinger (uten grenser), og flere andre oppgaver. Reaksjonene fra legene var sterke og klare, Aplfs landsrådsmøter og åpne generalforsamlinger ble godt besøkt i årene som kom. Klare motkrav – til en *eventuell* fastlegeordning – ble formulert!

Stortingets behandling av meldingen hjalp noe. Blant annet fikk vi lagt inn som premiss at basisgodtgjørelsen kun skulle være 30 prosent av omsetningen.

Allmennlegene var imidlertid blitt såpass provosert at generalforsamlingen i Kristiansand høsten 1997 krevde at et fremtidig forhandlingsresultat måtte legges frem for medlemmene til avstemning før behandling i en

generalforsamling. De av oss som hadde noen grad av sans for risikosport var svært fornøyd. Trykket fra medlemmene var kjærkomment.

Helsedepartementet kom så i oktober 1998 med et høringsnotat om fastlegeordningen. Igjen fyrtes kampgløden opp hos allmennlegene. Her kom det blant annet forslag om at kommunene kunne pålegge listetak på 1800 pasienter frem til år 2002 og 1500 deretter. Ved legemangel kunne legene pålegges 20 prosent større liste inntil fire måneder per år og man kunne bli pålagt et nærmest ubegrenset vikaransvar ved vakanser. I tillegg til en rekke andre påleggsmuligheter.

FLO-avtalen – en fremforhandlet kontrakt

Reaksjonene lot ikke vente på seg. Aplf's generalforsamling og Legeforeningens landsstyre vedtok blant annet kraftfulle uttalelser om at legemangel i kommunene ikke kan gjøres til legenes problem.

Det fremsto som at departementet slet med å ta inn over seg at man skulle gå fra en ordning hvor omfanget av den enkelte allmennleges ansvar var knyttet til de som søker legen innenfor kontorets åpningstid og avtalebokens rammer, til en fastlegeordning hvor man i stedet fikk ansvaret for de personene som står på allmennlegens liste. Fastlegereformen og reguleringen av denne måtte ta høyde for at kommunene skulle inngå kontrakt med en yrkesgruppe som i kraft av profesjonslovgivning har et krav på seg til faglig forsvarlig

yrkesutøvelse. I dette ligger det en åpenbar konflikt i forhold til kommunenes rett til ensidig styring. Departementet måtte bringes til å innse at populasjonsansvar, profesjonslovens krav til forsvarlig tjeneste og ensidig kommunal styring ikke var (og heller ikke er!) forenlige størrelser.

24. september 1999 la departementet frem *Odelstingsproposisjon nr. 99*. Etter en forutgående intens prosess mellom partene ble våre krav om avtaleregulering imøtekommet i meget stor grad. Innholdet i avtalene gjensto til forhandlingene.

Aplf på barrikadene

De viktigste kravene for Aplf var:

- Den enkelte lege måtte få vide rammer for å kunne begrense egen listestørrelse.
- Ensidig kommunal styring måtte erstattes av rammer fastlagt i sentrale avtaler og samarbeidsorganer lokalt og sentralt.
- Kommunene måtte bringes ut av en posisjon hvor de hadde motiv til å rasjonere på antall leger – derfor måtte kommunenes utgifter til tjenesten ikke være knyttet til antall leger, men antall innbyggere.
- Det måtte være grenser for hva kommunene kunne pålegge den enkelte lege av andre oppgaver enn det kurative.
- Basisgodtgjørelsen måtte begrenses til 30 prosent av omsetningen i praksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket tilsa at en høyere basisgodtgjørelse gjorde distriktene og kvinnelige leger til tapere. Dessuten ønsket man fortsatt mulighet til å investere i utstyr for utredning og behandling i allmennmedisin.
- Særskilte økonomiske ordninger for distriktene.
- Rett til å ta inn vikar ved eget fravær.
- Det å bygge opp en ny praksis, som alternativ til å overta en opparbeidet praksis, måtte betale seg den dagen man sluttet. Derfor måtte begrensningene knyttet til omsetning av opparbeidet praksis i tidligere avtaler fjernes, og kommunene kunne ikke ensidig inndra hjemler.
- De økonomiske rammene måtte ta inn over seg et betydelig øket antall leger innenfor en offentlig tjeneste, det økte ansvaret legene fikk og den økte arbeidsmengde som ville følge av ordningen i seg selv.

Ikke bare måtte vi ha dette på plass, men vi måtte regulere det på en måte som innebar at myndighetene ikke i neste omgang kunne foreta ensidige endringer – altså vi måtte ha reguleringer i avtale og ikke i forskrifter (det er dette mye av omkampen ser ut til å handle om i Samhandlingsreformen). Videre tilsa erfaringene med rammeavtalen med KS fra



Tilgjengeligheten til allmennleger er blitt bedre og folk har i langt større grad en fast lege å forholde seg til nå – over tid. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

1984 at vi måtte sikre en kobling mellom de ulike avtalene med staten og KS. Noen husker sikkert at kommuner fra 1984, i strid med avtalene, ga legene avkortede driftstilskudd – uten at det var mulig å gjøre noe med det.

Avtale på plass – gjennomslag for mange krav

Etter forhandlingsbrudd 3. september 2000 – hvor uenigheten ikke handlet om økonomi, men forhold knyttet til kommunenes håndtering av ledige hjemler, vikarplikt, turnustjeneste, offentlig legearbeid og legevakt, kom partene til enighet 25. september 2000.

Vi hadde i stor grad fått gjennomslag for våre krav og vi hadde fått gjennomslag for hvordan ordningen skulle reguleres – i avtaler, med den trygghet det gir til forskjell fra ensidig statlig og kommunal styring. Vi var trygg på at rammene ville gjøre det mulig å ta på seg det ansvaret et listesystem forutsetter.

I en situasjon med skrikende mangel på allmennleger valgte kommunene utover 1990-tallet å søke om å få opprette kun 35 allmennlegehjemler per år. Aplf mente at legedekningen i kommunene måtte defineres ut fra andre kriterier enn kommunenes varierende motivasjon for å prioritere denne tjenesten. Vi krevde at allmennlegedekningen i stedet måtte bedres gjennom en kombinasjon av styrking av pasientenes rettigheter overfor kommunene, en sterk rett for den enkelte allmennlege til å sette grenser for det ansvar hun eller han skulle ta på seg og at legedekningen måtte gjøres tilnærmet uavhengig av kommunenes økonomi. At dette ville innebære en «ømerking» av økonomiske midler til kommunal sektor som man knapt tidligere har sett maken til, og som politisk ikke var å

betrakte som spesielt høyverdig på den tiden (og heller ikke i dag), ja det var en kamp vi ville ta. Og vi vant.

Allmennlegene, og i neste omgang Legeforeningens landsstyre, ga sin tilslutning til det fremforhandlede resultat.

Avsluttende betraktninger

1. juni 2001 lød startskuddet for fastlegeordningen, jeg unnet meg et glass, ringte til Tom Christiansen og pustet lettet ut. Hvor bra ordningen er blitt, må vurderes av andre – med færre aksjer i resultatet. Men vi nådde mange av de målene vi satte oss gjennom det politiske arbeidet og forhandlingsarbeidet. Ordningen er blitt evaluert av Norges forskningsråd. Legedekningen ble langt bedre, likeledes også vaktbelastningen, fastlegeordningen skærer høyt når befolkningen blir spurt om tilfredshet med tjenester i samfunnet. Tilgjengeligheten til allmennleger er bedre og folk har i langt større grad en fast lege å forholde seg til – over tid.

Fastlegeordningen ble i stor grad basert på avtaler mellom partene. Dette innebar ikke bare fravær av ensidig statlig og kommunal styring, men også at legene individuelt og kollektivt, sammen med stat og kommuner, tok ansvar for at tjenesten skulle virke etter hensikten. Det å flytte regulering fra avtaler til forskrift, slik det kan se ut som staten ønsker gjennom samhandlingsreformen, vil bringe legene ut av en slik ansvarsposisjon. Det er neppe klokt, særlig når det er vanskelig å se hvilke problemer man søker å løse ved et slikt tiltak.

hakbakke@broadpark.no