

ENQUETE ➤ 15 år med FASTLEGEORDNINGEN

Da fastlegeordningen ble etablert i juni 2001 var Norge det fjerde landet i Europa som fikk et listesystem – etter Storbritannia, Nederland og Danmark. Befolkningens og især svake pasientgrupper behov for å få bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten var den tungtveiende beveggrunnen for å etablere en fastlegeordning. Ved dens 15-årsmarkering ønsker Utposten å skue tilbake i tid og samtidig rette blikket fremover: Hva er fordeler og ulemper med ordningen og hvordan bør den tilpasses til samfunnsutviklingen, nye lover og forskrifter og nye helsetjenestetilbud?

Vi har invitert fastleger, helseledere og beslutningstakere til å besvare følgende spørsmål:

- ❶ Hvilke fordeler og ulemper ser du med fastlegeordningen?
- ❷ Hvilke aktuelle og fremtidige utfordringer mener du ordningen har?
- ❸ På hvilken måte kan disse løses?



KARI SOLLIEN |46|
Leder i Allmennlegeforeningen og fastlege i Østre Toten

❶ Fastlegeordningens fordeler og ulemper er litt forskjellige, avhengig av hvilken posisjon du ser den fra. Pasientene, de pårørende, legene, andre helsearbeidere og myndigheter på ulikt nivå vil ha forskjellige meninger. Fastlegeordningen er basert på en rekke kompromisser mellom ulike ønsker og behov.

I all hovedsak er fastlegeordningen god. Det er imidlertid behov for å øke både ka-

pasitet og kvalitet. Jeg mener det viktigste elementet i fastlegeordningen er det langvarige, personlige forholdet mellom legen og pasienten. Dette skiller fastlegen fra en legevaktslege og det skiller primærhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten. Relasjonen og kunnskapen om pasientens biologi og biografi er viktig når faglige retningslinjer og kunnskap på gruppenivå skal omsettes til diagnostikk og behandling av enkeltindivider. For å få til dette må det være en stabilitet i fastlegeordningen. Det er ikke nok å rekruttere leger. Legene må også ønske å bli lenge på samme sted. Dette varierer ganske mye i ulike deler av landet. Det er stor forskjell på hvilken innsats kommunene legger ned for å få en god og stabil fastlegeordning. I de kommunene det er attraktivt å bo er rekrutteringen enklere enn i distriktskommuner preget av fraflytting. Norge har en utfordrende geografi og demografi. Dette medfører behov for legetjenester i utkantene.

❷ Fastlegeordningen har en sentral finansiering gjennom egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Dette er en stor fordel for befolkningen fordi finansieringen av legetilbudet i liten grad er avhengig av varierende kommuneøkonomi. Før fastlegeordningen hadde kommunene et større ansvar for finansieringen. Da var kapasiteten dårlig og ventetidene lange. Finansieringsmodellen er viktig for å beholde fastlegeordning i utkantkommuner. Den gir ikke incentiver for sentralisering slik vi har sett med legevaktene. Ulempen med den sentrale finansieringen er at kommu-

nene i stor grad har mistet interessen for å lede og utvikle ordningen siden legetjenesten er mer eller mindre gratis for kommunen. Løsningen på dette er ikke at kommunene igjen overtar finansieringsansvaret, men at deres forpliktelser gjennom lov og forskrift for fastlegeordningen tydeliggjøres. Kommunene må bruke ressurser på å lede legetjenesten i kommunen, og på å involvere fastlegene i tjenesteutviklingen i kommunen i mye større grad enn i dag. Kommunene må også ta et større ansvar for å legge til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette er viktig for å rekruttere og beholde gode fastleger.

❸ Fastlegene har stor autonomi både faglig og organisatorisk. Dette er i all hovedsak en fordel. Fastlegene rapporterer om god trivsel tross lange arbeidsuker og mye ansvar. Men der er også en del som opplever ansvaret og risikoen for høy ved å være næringsdrivende, særlig i første del av karrieren. Videreutvikling av fastlegeordningen må sikre kontinuitet og kvalitet i legepasient forholdet – men også kapasitet. De siste årene har det begynt bortimot 400 nye fastleger hvert år. Det er en bra rekruttering, men det er fortsatt ikke nok til å holde tritt med nye oppgaver og krav. For å få tilstrekkelig vekst er det behov for endringer i finansieringssystemet slik at hver lege kan ha færre pasienter på listen uten at praksisøkonomien blir svekket. Det er også helt avgjørende at arbeidsvilkårene på legevaktene bedres og at det sosiale og faglige nettverket gjør det attraktivt å bli fastlege.



TOM W. CHRISTIANSEN |64|
Kommuneoverlege og fastlege
i Ørskog kommune

1 Fastlegeordningen har fungert i 15 år, men det er over 30 år siden man begynte å vurdere om allmennlegene i Norge skulle arbeide i et listepasientsystem. Fastlegeordningen slik vi kjenner den i dag, ble til etter en lang faglig og politisk prosess, den har kopiert elementer fra andre land og ble prøvd ut i en treårig forsøksperiode. Stortinget uttalte i 1997 at arbeidet med fastlegereformen ville kreve et godt samarbeid mellom partene og et velfungerende avtalesystem. Det ble også understreket at en fastlegeordning ville være avhengig av en tilfredsstillende legedekning over hele landet. Tilstrekkelig antall leger i kommunene forutsetter god rekruttering og gode arbeidsforhold dersom legene skal bli værende. Mye tyder på at fastlegeordningen har vært med å gjøre kommunehelsetjenesten til grunnmuren i norsk helsevesen. Men jeg er ikke helt trygg på at denne grunnmuren er så sterk lenger.

2 Fastlegeordningen er et lukket system. Alle oppgaver som legges til fastlegeordningen må løses av fastlegene. Hva dersom oppgaver som legges inn, overskrider fastlegenes samlede arbeidskapasitet? Kan man gå bort fra avtalerregulering og skvise mer ut av sitronen slik Helse- og omsorgsdepartementet forsøkte med forslaget til fastlegeforskrift? Eller burde partene i stedet ta ansvar for en kritisk gjennomgang av hva fastleger bør gjøre, hvilke nye oppgaver som legges til fastlegene og hvor mange fastleger vi trenger i Norge?

Denne betydningen av å vurdere totalmengden av oppgaver ble tatt inn som et eget avsnitt i statsavtalen (ASA 4301) som regulerer fastlegeordningen. Avtalen gjelder fortsatt og lyder:

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er fastsatt i

fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk.

Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring.

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helse-tjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

3 Jeg vil påstå at en pasientliste på 1500 innbyggere tilsvarer mer enn fem dagers kurativ arbeidsuke og tilsvarende at 1200 innbyggere gir mer enn fire ukedager kurativt arbeid nå – mer enn 15 år etter at avtalen ble inngått. Jeg tror ikke det stort lenger blir mulig å rekruttere og holde på fastleger dersom ikke denne normen og økonomien knyttet til den, blir justert.



ELI ØVSTEDAL |60|
Fastlege ved Flatåsen legesenter,
Trondheim

1 Jeg har vært fastlege ved samme legesenter i 23 år, siden fastlegeforsøket i Trondheim startet i 1993. Det positive med ordningen er pasientmøtene. Det er interessant og tilfredsstillende for meg å kunne følge pasienter over tid og få innblikk i menneskers liv, å være med å hjelpe, trøste og noen ganger helbrede. Å ha mulighet til følge generasjoner og få oversikt over folks nettverk og livsmiljø er en av de største fordelene som fastlegeordningen gir meg som lege. Dette gir grunnlag for kontinuitet i lege-pasient-relasjonen.

Fastlegeordningen er godt likt av befolkningen. Mange er svært takknemlige over å ha en fastlege de kjenner. Det gavner samfunnet at fastlegene har et ansvar for å gjøre det beste for menneskers helse og vel-

ferd. Dessuten er fastlegeordningen et kostnadseffektivt tilbud.

Portvaktfunksjonen skulle gi oss mulighet til å forvalte helseressursene på en god måte, men utviklingen har dessverre gjort at portvaktrollen smuldrer bort. Andre helseaktører kan henvisse og sykemelde – og folk kan kjøpe seg tjenester i det private markedet, slik at Norge får et delt helsesystem.

Vi er den eneste yrkesgruppen i Helse-Norge som har et navngitt ansvar overfor den enkelte pasient, på godt og vondt. Samarbeidspartnere vet hvem de kan samarbeide med, og de vet hvem de kan skyve ansvar og oppgaver over på. Myndighetene (kommune, NAV, Helfo) kan lettere kontrollere oss og 'prøve å gjøre oss like'. Det oppleves som de tror at alt blir bedre med lover og forskrifter, og at alt kan måles og settes i tabeller. At våre oppgaver stadig øker og at vi blir mer kontrollert enn tidligere, er en stor utfordring. Hvis man har stort ansvar, må man også ha stor frihet til å utøve dette ansvaret. Hvis ikke, blir man utbrent.

2 Økende kontroll, mindre handlingsfrihet og flere administrative gratisoppgaver er noen av ulemene og utfordringene. Økonomien har heller ikke 'hengt med' i utviklingen. Under fastlegeforsøket fikk legene 50 prosent av inntekten via faste tilskudd (for pasientlista) og 50 prosent for det man gjorde. Da lønnet det seg å ha lange lister med friske innbyggere – men dette var ikke i samsvar med fastlegeordningens intensjoner om å ta vare på de syke og svake i samfunnet. Kvinnelige leger hadde flere kvinner i aldersgruppene 20–50 år på sine lister; det er de som bruker legetjenester mest. Det medførte at kvinnelige leger stort sett tjente mindre enn mannlige kolleger. Da fastlegeordningen ble innført, var inntektsfordelingen 30 prosent via faste tilskudd og 70 prosent for arbeidet man utførte. Dette opplevde jeg som rettferdig. Men de faste tilskuddene har gått ned de siste årene og utgjør nå ca. 25 prosent av legens inntekter. Her må myndighetene inn med nye, friske midler, slik at man kan rekruttere flere fastleger. Uten mer penger inn i systemet, vil ordningen «knekke nakken».

3 Rekruttering til fastlegeordningen ser jeg på som den største utfordringen. Slitne fastleger øker ikke rekruttering. På 70-tallet var det «in» med fastlønn. De jeg har snakket med og som var med på det, men som i dag er fastleger, ønsker seg ikke tilbake. Likevel tror jeg det er lurt å etablere fastlønnede utdanningsstillinger. Det kan være valgfritt om man vil være selvstendig næ-

ringsdrivende eller ha fastlønn. Selv er jeg fortsatt fastlege fordi det er et givende og variert arbeid. Jeg håper på gode rammebetingelser for å kunne fortsette å være til stede og gjøre en god jobb for mine pasienter.



MARTE WALSTAD |57|
Kommuneoverlege i Trondheim

1 Fastlegeordningen er en pasientrettighetsreform som gir pasientene rett til selv å velge en fast lege. Pasientene har gjentatte ganger evaluert fastlegeordningen til å være en god ordning. For fastlegene medfører fastlegeordningen at de har ansvar for et kjent antall pasienter. Ansvaret for hver av disse pasientene har økt i takt med at pasienter, kommuner og sykehus har større forventninger til hva fastlegene skal ha ansvar for.

Den største ulempen med fastlegeordningen er at den organisatorisk ikke er integrert med resten av helsevesenet. Fastlegene har ingen plass ved bordet når ansvars- og oppgavefordeling avgjøres mellom aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

2 Ordningen kan vanskelig overleve dersom ikke fastlegene blir likeverdige parter med kommuner og sykehus i samhandlingsforhandlinger på system- og tjenestnivå.

3 Her må Legeforeningen ta et mye større ansvar. Lokale tillitsvalgte kan ikke lenger streve alene med disse flokene! Kommunene må anerkjenne fastlegene som en del av kommunen og ta fastlegene med i forhandlinger med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har en lang vei å gå i å anerkjenne fastlegene som likeverdige fagpersoner og rydde i ansvars- og oppgavefordeling sammen med fastlegene. Fastlegene selv må avgi autonomi ved å inngå samarbeidsavtaler for å få innflytelse på ansvar og oppgaver i egen arbeidshverdag.



SVEIN RAGNAR STEINERT |63|
Fylkeslege i Troms

1 Den store fordelene med fastlegeordningen er at pasientene har fått en reell mulighet til å velge allmennlege, og at fastlegene kan avgrense sitt ansvar til en populasjon. Det har styrket lege-pasientforholdet, og gitt allmennlegene en bedre mulighet til å prioritere sitt kurative og forebyggende arbeid blant sine pasienter. Fastlegeordningen gir legene og pasientene bedre mulighet til kontinuitet over tid. Fastlegens samarbeidspartnere har fått en definert person de kan ta kontakt med ved behov for samarbeid omkring den enkelte pasient, f.eks. deltakelse i ansvarsgruppemøter og utarbeiding av individuell plan. Privatpraksis i byene har gitt legene større muligheter til å styre sine inntekter og investere i egen praksis. Fastlønslegene i små kommuner fikk et betydelig lønnsloft og høyere status enn de tidligere kommunelegene.

Ulemper med fastlegeordningen er at fastlegene i liten grad deltar aktivt i grupperelatert forebyggende arbeid og i utviklingsarbeid i kommunen. Mange har lange arbeidsdager der det kurative arbeidet tar det meste av deres arbeidstid. Det er store inntektsforskjeller blant privatpraktiserende fastleger. De økonomiske rammebetingelsene for unge leger er usikre og lite gunstige for småbarnsforeldre med liten mulighet til ekstraarbeid, syke barn osv. Relasjonen mellom lege og pasient kan i noen tilfeller bli for tett slik at legen ikke klarer å ivareta sin rolle som portvakt og medisinsk sakkkyndig når det er nødvendig.

2 Fastlegenes kompetanse er for varierende. Den enkelte fastlege kan i for stor grad definere hvordan han eller hun ivaretar sitt listeansvar, f.eks. forskrivning av vanedannende medisiner, sykmeldingspraksis og henvisningspraksis. Fastlegen er i for liten grad integrert i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste. Den totale kapasiteten i fastlegeordningen er for liten, og arbeidsbelastningen for stor

for mange. Rekruttering og stabilisering av fastleger er fortsatt et stort problem, spesielt i distriktskommunene. Høyere kompetansekrav til legevaksleger kan skape ustabilitet i små legevaksdistrikt.

3 Kompetansen må heves gjennom en obligatorisk, forsterket spesialistutdanning med fast lønn. Fastlegekontorene trenger sterkere insitament til god faglig og administrativ styring. De økonomiske rammebetingelsene må bli mer forutsigbare og stimulere til bedre kvalitet og mer omfattende flerfaglig samarbeid. Det bør legges bedre til rette for forskning i allmennpraksis og den øvrige helse og omsorgstjenesten i kommunene. En større del av legeutdanningen må skje i kommunene og på lokalsykehusene. Veilederkompetansen må styrkes hos mer erfarne allmennleger. Vaktbelastningen på legevakt må reduseres i mange distriktskommuner. Det bør utvikles mer robuste fagmiljø som forhindrer faglig isolasjon i hele yrkeskarrieren.



ESPEN KVAMMEN RAFAELSEN |35|
Fastlege ved Kirkenes legesenter

1 I dag tror jeg fastlegerollen og allmennlegerollen oppfattes som tilnærmet synonyme begreper blant de fleste av våre «kunder». Dette sier kanskje litt om at fastlegeordningen har vært vellykket. Jeg opplever at pasientene er fortrolige og trygge i møtet med fastlegekontoret og legetjenesten i kommunen. Som fastlege siden 2009, har jeg vanskelig for å sammenligne tiden før og etter reformen i 2001.

2 Fordelen med ordningen er åpenbart at jeg kan avgrense mitt arbeidsområde til egen liste, noe som gir kontinuitet og kvalitet.

Fastlegens viktigste ressurs er kunnskapen om menneskene på sin liste. Vi må være våkne i møtet med elektroniske løsninger som kan distansere oss fra pasien-

ten. Stadig nye løsninger for kommunikasjon med pasienter, øvrige omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet et framskritt. Men, noen ganger føler jeg meg så tilgjengelig, at jeg blir utilgjengelig for det pasientmøtet jeg egentlig mener er viktigst.

③ Som fastleger trenger vi virksomhetsrammer for å kunne prioritere pasientmøtet fremfor helbredsattester og «NAV-makt».



DANIEL HAGA |68|
Direktør for samhandling,
Helse Midt-Norge RHF

① Fastlegeordningens styrke er det forpliktende forholdet mellom lege og pasient. Lege-pasientforholdet har et «livsløpsperspektiv», og for andre deler av helse- og omsorgstjenesten er det av stor betydning at fastlegen representerer ett, fast ansvarspunkt. I en tid med økning i antall eldre med flere sykdommer samtidig (multimorbiditet), har fastlegen en viktig koordinerende rolle.

Den største ulempen er den svake organisatoriske tilknytningen fastlegeordningen har til resten av helsetjenesten. Helsetjenesten vår framstår i realiteten med tre «nivåer», med hver sin mulighet til å definere

② Fastlegeordningen utfordres fra flere sider:

- Fra «innsiden», ved at dagens finansieringsordning gir et for svakt insentiv til opprettelse av nye fastlegehjemler. Arbeidspresset på de som er i ordningen blir stort, og vi ser en svikt i rekrutteringen – selv i sentrale strøk.
- Ordningen har ikke gitt nødvendig sta-

bilitet i mindre kommuner, jamfør analysen som nylig er lagt fram fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin. De fleste er enige om at det som gir størst verdi, og som også gir ordningen legitimitet, er det forpliktende og langvarige lege-pasient-forholdet. I mange kommuner har innbyggerne i realiteten ingen 'fastlege'.

- Etter min vurdering vil de utfordringene vi står overfor kreve større «integrering» mellom ulike aktører i helsetjenesten. Ikke nødvendigvis «alle på ett forvaltningsnivå», men organisert slik at innbyggerne i langt mindre grad merker overgangene. Dagens fastlegeordning utfordres «fra utsiden» i spørsmålet om hvordan tjenesten fra pasientens side kan bli mer «sømløs».

③ Min vurdering er at fastlegen som 'listelege' er kommet for å bli. Fastlegen har bred tillit i befolkningen. Derimot er jeg mer tvilende til at fastlegeordningen i dagens format er den rette for framtiden. Dagens fastlegeordning skal som en hovedregel være basert på privat praksis, og mange har vært opptatt av fastlegens selvstendighet og uavhengige rolle.

I realiteten er det bare større tettsteder og byer som har ren privat praksis, mens i økende utstrekning må kommuner inn med organisatoriske tilpasninger. En stadig mer vanlig modell er at kommunen leier ut lokaler og personell, og selv Legeføreningen innrømmer at mange av disse ordningene reelt sett subsidierer praksisen. I flere av de småkommunene jeg kjenner, og som har greid å skape stabil legedekning over tid, så er det inngått fastlønnsavtale.

Jeg er klar over at mange er skeptisk til for sterke bånd til kommunen, og det finnes helt sikkert eksempler som kan trekkes fram som begrunnelse for dette. Men da vil jeg påpeke at kommunen har et «sørge-for-ansvar» for helsetjenesten til befolkningen, og med kommunereformen får vi håpe på mer robuste organisatoriske modeller. Det ligger mange spennende oppgaver for kommunehelsetjenesten framover. Fastlegen må være en sentral aktør for å løse disse oppgavene. Flere av disse oppgavene må løses utenfor fastlegekontoret, i tett samvirke med andre. Det tror jeg blir lettere med en tettere tilknytning til kommunen enn dagens fastlegeordning gir.



AXEL S. LUPTON |32|
Fastlege ved Kirkenes Legesenter

① Jeg som mange andre har aldri opplevd noe annet enn fastlegeordningen, og kan ikke sammenligne med noe annet. Den største fordel med fastlegeordningen er at man har definerte arbeidsoppgaver og får mulighet til å utvikle gode pasientrelasjoner over tid. Dette tror jeg fører til økt trygghetsfølelse hos pasienten, og en lettere arbeidshverdag for oss.

Noen ulemper: Fastlegelistene kan nesten sammenliknes med en omsettbare handelsvare, og prisene stiger jevnt og trutt. Dette er nok en faktor som har gitt økt fokus på økonomi og effektivitet i de private legekontor. Det kan være bra, men det kan også føre til uforholdsmessig høyt arbeidspres på leger – som ikke alle takler like bra. I perioder kan arbeidspreset være høyt og da kan man fort føle at man står alene med ansvaret.

② En stor utfordring er å rekruttere unge leger etter hvert som prisene på lister stiger, og likeledes kravene om økt inntjening. Mange unge leger ander det som trygging å starte i en fast jobb på sykehuset, der man har faste arbeidstider, fast lønn og sosiale ordninger og rettigheter knyttet til for eksempel sykmelding, uførhet og svangerskapspermisjon.

③ Økonomiske insentiver fra kommunene kan være en løsning, enten i form av rene kroner og øre eller i form av økte sosiale goder. Man kan vurdere å innføre et tak på listepriiser, men dette vil nok vekke sterk motstand fra de som allerede har kjøpt lister. For disse legene vil et eventuelt tak innebære tap av store beløp.