
Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene?

KLINIKK OG FORSKNING

BÅRD PAULSEN

Sintef Unimed Nis
7465 Trondheim

Våren 1996 og høsten 1999 ble det sendt et spørreskjema til legene i fastlegekommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes. På grunnlag av dette drøftes mulige endringer i fastlegenes holdninger til fastlegeordningen i perioden etter at selve forsøket var avsluttet.

Analysen av svarene tyder på at andelen som er fornøyd med fastlegeordningen, har sunket i perioden 1996 – 99. Forhold vedrørende arbeidssituasjonen tillegges mer vekt på den negative siden i legenes totalvurderinger av ordningen i 1999 enn de gjorde i 1996, mens legenes vurdering av fastlegeordningens betydning for kvaliteten i tilbudet til pasientene ikke har endret seg i perioden. Trondheim og Tromsø har svært ulik utvikling. I Tromsø er andelen som er fornøyd med ordningen den samme i 1999 som i 1996, men den har sunket blant Trondheims-legene. Dette sees i sammenheng med at Trondheim har dårligst legedekning og det største presset på legetjenesten blant forsøkskommunene.

Utviklingen i Trondheim demonstrerer effektene av dårlig legedekning, og viser hvilke utfordringer fastlegeordningen representerer for den kommunale helseforvaltning.

Når fastlegeordningen gjøres landsomfattende i år 2001, er det en betydelig reform i primærhelsetjenesten i Norge som gjennomføres. Beslutningen om å innføre en fastlegeordning bygger blant annet på erfaringene fra fastlegeforsøket, som gikk i 1993 – 96 i de fire kommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes. Da forsøket var over, var det ingen av de fire kommunene som valgte å gå tilbake til gammel ordning, og i disse kommunene drives legetjenesten fremdeles etter fastlegeprinsippet.

I forbindelse med forsøket ble det gjennomført et omfattende arbeid for å kartlegge erfaringer og vurderinger fra legetjenestens brukere (1, 2). Våren 1996 sendte prosjektlederne ut et spørreskjema til fastlegene, for å prøve å fange opp deres erfaringer med og meninger om fastlegeordningen ved forsøksslutt. Resultatene fra denne undersøkelsen ble det redegjort for i Tidsskriftet sommeren 1996 (3).

I de tre årene som er gått siden da, har situasjonen i allmennlegetjenesten vært under debatt. Den generelle utviklingen har uroet mange. I de senere år har rekrutteringen til allmennpraksis vært moderat, mens sykehussektoren har hatt en betydelig vekst i antall leger (4). Forberedelsene til innføring av fastlegesystemet utløste sterke synspunkter både for og imot. Høsten 1999 – tre år etter at forsøket var avsluttet – henvendte vi oss til fastlegene med et spørreskjema på nytt for å finne ut om det hadde skjedd endringer i fastlegenes oppfatninger om ordningen i perioden 1996 – 1999.

Kjernen i fastlegeordningen er det faste og forpliktende forholdet mellom legen og pasienten. Hver enkelt innbygger velger hvem man vil ha som sin faste lege. Legen får et fast årlig tilskudd per pasient på listen, i tillegg til refusjon og egenandeler. Det er restriksjoner på legebytte. Legen har et ansvar for å gi sine pasienter et tilbud både ved øyeblikkelig hjelp og på vanlig timebasis. Ved fravær må legen sørge for vikar.

I debatten rundt fastlegeforsøket har mange vært opptatt av de forpliktelser pasientlistene representerer for legene (5). På den ene side sikrer pasientlisten kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient. Og mange ser på kontinuitet i lege-pasient-forholdet som en viktig forutsetning for å realisere allmennlegetjenestens målsetting om en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende allmennlegetjeneste (6). Den andre siden av dette er en arbeidssituasjon som i større grad enn ellers er styrt av at man har et definert ansvar for en bestemt pasientgruppe. De fleste allmennlegene føler nok trykket fra det fulle venterommet som en stressfaktor. Men fastlegene gjør det i visshet om at alle de som sitter der, har valgt akkurat ham eller henne som sin lege – og at man allerede har fått delvis betalt før pasienten viser seg på venterommet. Fastlegeordningen setter forholdet mellom faglige krav og idealer – befolkningens etterspørsel etter helsetjenester og hensynet til en god og vel avgrenset arbeidssituasjon – på prøve på nye måter. Denne undersøkelsen sier noe om hvordan fastlegene i forsøkskommunene opplever dette, og hva det har å si for deres totale vurdering av fastlegesystemet.

Materiale og metode

Våren 1996 sendte prosjektlederne i forsøkskommunene et spørreskjema til samtlige leger i fastlegekommunene. I september 1999 gikk det et nytt spørreskjema til fastlegene, med stort sett de samme spørsmål. På visse punkter var det gjort mindre revisjoner i forhold til 1996-utgaven. Det henger sammen med at enkelte spørsmål knyttet til forsøkssituasjonen ble vurdert som mindre relevante for oppfølgingsrunden i 1999. Spørreskjemaet var bygd opp som et avkrysningsskjema med faste svaralternativer.

Henvendelsen gikk til alle fastlegene. Inkludert i utvalget var også fastleger i permisjon, samt deres vikarer. Svarene var anonymisert. I 1996 ble det gjennomført en purring, i 1999 ble det av tidsmessige grunner ikke purret. 1996 fikk vi svar fra 145 av i alt 160 tilskrevne fastleger. Det gir en svarprosent på 91. I 1999 fikk vi svar fra i alt 114 av 160 tilskrevne fastleger, tilsvarende 71 %. I 1996 var kvinneandelen blant dem som svarte 26 %, i 1999 var den 25 %. Gjennomsnittsalderen blant svarerne i 1996 var 44 år, i 1999-undersøkelsen var den 47 år. Det er rimelig å anta at økningen i gjennomsnittsalder henger sammen med at stabiliteten i disse hjemlene er stor, slik at dette primært reflekterer at legene i disse kommunene er blitt tre år eldre. 88 % av dem som svarte i 1996, var i vanlig praksis med egen liste, 6 % hadde permisjon og 6 % vikarierte for en fastlege. De tilsvarende tallene for 1999 var 89 % i arbeid med egen liste, 4 % i permisjon og 6 % i vikariat. Minst 31 av dem som svarte i 1996 svarte altså ikke i 1999, sannsynligvis fordi det da ikke ble gjennomført purring. Drøftingen over tyder på at dette frafallet ikke er systematisk med henblikk på alder, kjønn eller praksissituasjon.

Generell vurdering av ordningen

Gjennom spørsmålet «Er du alt i alt fornøyd med fastlegeordningen?» prøvde vi å fange opp fastlegenes generelle overordnede vurderinger av fastlegeordningen som prinsipp for organisering av allmennlegetjenesten.

Tabell 1 viser fastlegenes svar på dette i 1996 og i 1999. Tabellen tyder på at andelen fornøyde totalt sett har sunket i perioden. Tabell 2 tyder på at legene i Trondheim og Tromsø har skilt lag i dette spørsmålet. I 1996 var to tredeler av legene i begge disse byene fornøyd med ordningen. I 1999 hadde andelen sunket til en halvpart av legene i Trondheim, mens Tromsø-legene var like fornøyde i 1999 som de var i 1996.

Tabell 1

«Alt i alt fornøyd med ordningen?» Fastlegenes vurdering av fastlegeordningen. 1996 (n = 145) og 1999 (n = 114)

	1996		1999	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Fornøyd	89	(61)	55	(48)
Både – og	46	(32)	45	(40)
Misfornøyd	10	(7)	14	(12)

Tabell 2

«Alt i alt fornøyd med ordningen?» Fastleger i Trondheim og Tromsø 1996 (n = 145) og 1999 (n = 114)

	Trondheim				Tromsø			
	1996		1999		1996		1999	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Fornøyd	55	(66)	31	(45)	27	(68)	19	(66)

	Trondheim				Tromsø			
	1996		1999		1996		1999	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Både – og	23	(27)	27	(39)	11	(28)	10	(35)
Misfornøyd	6	(7)	11	(16)	2	(5)		–

Vårt materiale gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å si noe om utviklingen i de to minste prøvekommunene – Lillehammer og Åsnes. For Lillehammer har vi svar fra 12 av de 18 fastlegene i byen i 1999. Tre av disse var «fornøyd», sju svarte «både – og» og to var «misfornøyd». Antallet er for lite til å kunne si noe om utviklingen fra 1996 til 1999. Det samme gjelder legene i Åsnes. To av de fire Åsnes-legene som har svart, oppgav at de var «fornøyd», en var «misfornøyd», og en sa «både – og».

Tabell 3 viser at det er en sterk sammenheng mellom legenes vurderinger av listelengde og deres alt-i-alt-vurdering av fastlegeordningen. Bare en tredel av legene med for lange lister er fornøyd, men flertallet av legene med passe lange lister er fornøyd med ordningen. Splitter vi dette på kommuner, finner vi en svært ulik utvikling i henholdsvis Trondheim og Tromsø. I 1996 syntes 43 % av Tromsø-legene at de hadde for lange lister, i 1999 var andelen sunket til 24 %. I Trondheim ser det ut til at utviklingen har gått den motsatte veien. I 1996 mente 31 % av Trondheims-legene at de hadde for lange lister, i 1999 var andelen leger med for lange lister økt til 41 % (ikke vist i tabell).

Tabell 3

Alt-i-alt-vurdering av ordningen etter listelengde 1999. N = 114

Vurdering av listelengde	Vurdering av fastlegeordningen					
	Fornøyd		Både – og eller misfornøyd		Sum	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
For lang	14	(33)	28	(67)	42	(100)
Passe	41	(59)	28	(41)	69	(100)
For kort	0		3	(100)	3	(100)

Betydning av arbeidsforhold og faglig kvalitet

Mange ulike forhold vil telle med i legenes totalvurdering. For å få et bilde av hvordan fastlegene vektla ulike sider ved fastlegeordningen i sin alt-i-alt-vurdering bad vi dem vurdere betydningen av ulike aspekter som arbeidsforhold, forhold knyttet til faglig kvalitet og til samarbeidsforhold med andre ledd i helsetjenesten. Tabell 4 viser at «arbeidsbelastning» og «muligheter for fravær ved kurs, avspasering og ferie» slår mer negativt ut i fastlegenes samlede vurdering i 1999 enn det gjorde i 1996. Mange av dem som svarte «både – og» på dette spørsmålet i 1996, sier at dette slår negativt ut i

1999. På tross av dette ser det ut til at fastlegenes vurderinger på alle andre punkter er tilnærmet uendret i perioden. Hovedmønsteret er – i 1999 som i 1996 – at rundt halvparten eller litt flere av dem som har svart, mener at forhold vedrørende kvalitet i praksis og samarbeid med andre slår positivt ut. En noe mindre andel svarer «både – og», og svært få mener at det slår negativt ut. «Forpliktende lege-pasient-forhold» vurderes like høyt i 1999 som i 1996 – rundt 70 % tillegger dette positiv betydning begge år. Kontinuitet og gjensidig forpliktelse i lege-pasient-forholdet vurderes stadig høyt av fastlegene, på tross av de ulemper dette kan medføre i kommuner med dårlig legedekning.

Tabell 4

Betydningen av ulike forhold i fastlegenes alt-i-alt-vurdering av fastlegeordningen i 1996 (N = 145) og i 1999 (N = 114). Prosent

		Negativt	Nøytralt	Positivt	
Arbeidsbelastning	1996	39	43	18	100
	1999	55	29	16	100
Muligheter for fravær ved kurs, avspasering og ferie	1996	42	38	20	100
	1999	60	22	19	101
Personlig økonomi	1996	13	30	57	100
	1999	16	35	50	101
Forhold vedrørende faglig kvalitet	1996	3	48	49	100
	1999	5	46	49	100
Forhold vedrørende planlegging og styring av praksis	1996	8	31	61	100
	1999	17	30	53	100
Forpliktende lege-pasient-forhold	1996	10	17	73	100
	1999	13	18	69	100
Forhold vedrørende samarbeid med omsorgstjenesten	1996	6	42	52	100
	1999	6	43	51	100
Forhold vedrørende samarbeid med annenlinjetjenesten	1996	2	50	48	100
	1999	6	43	52	

Diskusjon

Varierende svarprosent, samt en viss utskiftning av legene i perioden, betyr at det ikke er nøyaktig sammenfall mellom dem som besvarte skjemaet i 1996 og dem som svarte i 1999. Vi kan ikke se bort fra muligheten for systematisk frafall. En vurdering av kjønns- og alderssammensetning, samt legenes tilknytning til fastlegesystemet, tyder imidlertid på godt sammenfall mellom

utvalgene i 1996 og i 1999. En annen indikator på konsistens finner vi i selve svargivningen. På mange av spørsmålene i skjemaet er det tilnærmet sammenfall i besvarelsen i 1996 og i 1997, mens vi på visse andre variabler finner konsistente og systematiske utviklingstrekk. Vi antar derfor at undersøkelsen gir et rimelig godt bilde av utviklingen i perioden.

Trondheim demonstrerer betydningen av dårlig legedekning

Hvorfor er utviklingen så spesiell i Trondheim? Trondheim hadde, og har fortsatt, dårligst legedekning blant kommunene i forsøket. Før fastlegeordningen ble innført i Trondheim hadde kommunen avtaler med 74 leger med varierende praksisomfang. Dersom disse skulle være ansvarlige for tilbudet til befolkningen, måtte de i gjennomsnitt ha hatt rundt 2 000 pasienter hver på listen. Tar vi utgangspunkt i en gjennomsnittlig liste på 1 500 pasienter, ville disse 74 legene – som da utgjorde det «offisielle» legekorpset i Trondheim – kunne gi et tilbud til bare tre firedeler av de ca. 150 000 menneskene kommunen hadde ansvar for å skaffe legetjenester, forutsatt at alle hadde fulltids praksis. At fastlegeordningen allikevel lot seg gjennomføre i Trondheim, skyldes at det i byen fantes 16 leger som drev praksis uten avtale. Befolkningens legevalg tyder på at de fleste av disse hadde godt opparbeidede praksiser og var en viktig og nødvendig del av legetilbudet i Trondheim. Med disse 90 legene var det mulig å gi et fastlegetilbud til samtlige av byens innbyggere, inkludert studenter. Men dersom samtlige leger hadde valgt å sette strek ved 1 500 pasienter per liste – slik det sannsynligvis blir adgang til etter de nye reglene (7) – ville Trondheim fremdeles mangle et betydelig antall leger, siden mange har betydelig mindre enn fulltids praksis.

Den raske reduksjonen i antall åpne lister i de senere år illustrerer en ond spiral slike kommuner kan komme inn i. Trondheim har en stadig økende befolkning, og med det en stadig tilførsel av nye pasienter. Etter hvert som pasientlistene vokser, vil stadig flere leger stenge listene sine, og kanskje også prøve å bygge dem ned. Det betyr at det blir stadig færre leger å kanalisere nye pasienter til, eller som kan velges av pasienter som ønsker å bytte lege. Jo lavere andel åpne lister man har i kommunen, desto raskere vokser de få åpne listene man har igjen. På et tidspunkt bikker det over: De (få) gjenværende åpne listene fylles raskt og tilsynelatende plutselig opp. Dermed oppheves befolkningens frie legevalg, siden det ikke finnes leger å velge blant.

Denne utviklingen er vanskelig å snu. Det må sannsynligvis etableres mange nye legelister for å tvinge antall lukkede lister nedover igjen. I Trondheim kommune ble det ikke etablert noen nye legelister før 1998, men de siste to år er det kommet sju nye hjemler. Men det har allikevel ikke vært mulig å avverge en situasjon der alle lister er lukket for nye pasienter. I januar år 2000 var alle legelister i Trondheim stengt, og nye pasienter ble henvist til legevakten. Etter kort tid åpnet da to leger listene sine igjen.

Utfordringer for den kommunale helseforvaltning

Ikke all etterspørsel etter allmennlegetjenester er like godt medisinsk begrunnet (8). Men så lenge vi aksepterer etterspørsel etter legetjenester som et uttrykk for behovet, blir det også et premiss for dimensjonering av tjenesten. Det er kommunen som er ansvarlig for å skaffe befolkningen tilgang på legetjenester, og det er kommunens ansvar å sørge for at det er nok leger. I

dagens system er de kommunale utgiftene til legetjenesten bestemt av antall leger. Jo flere leger, desto høyere kostnader. I fastlegesystemet yter kommunen et årlig tilskudd per pasient på listen. Det betyr at det totale kostnadsnivået i hovedsak er bestemt av antall innbyggere og er lite påvirkelig av kommunale beslutninger. Når systemet er etablert, vil en ny lege derfor ikke representere vesentlig økte kostnader for kommunen, og kommunal økonomi vil derfor ikke virke begrensende på kapasiteten i legetjenesten.

Fastlegeordningen stiller den kommunale helseforvaltning overfor helt nye utfordringer og muligheter når det gjelder å utvikle legetjenesten i kommunen. Pasientlistene avgrenser den enkelte legens ansvar. Samtidig produserer fastlegesystemet gode og lett tilgjengelige mål på situasjonen i legetjenesten i den enkelte kommune. Viktige indikatorer vil være gjennomsnittlige listelengder, andel åpne lister, utviklingstendens med henblikk på stengning/åpning av lister, ventetider og telefontilgjengelighet.

Konklusjon

Fastlegeordningen synliggjør utslagene av dårlig legedekning, og plasserer samtidig ansvaret for å gjøre noe med det. Tradisjonelt er det pasientene som har betalt regningen for dette – gjennom dårlig tilgjengelighet, vandring mellom ulike legekontorer og lange ventetider. Legene har i noen grad hatt muligheten til å beskytte seg mot for stor pasientpågang bak dårlig telefontilgjengelighet og ved å henvise til andre leger – i alle fall i litt større kommuner. I fastlegeforsøket er det i større grad legene som er blitt belastet, ved at mange av dem har fått lengre lister enn ønskelig – og dermed stort arbeidspress. Men i prinsippet er det verken pasientene eller legene som skal bære byrdene og ta ansvaret ved for dårlig legedekning. Det er kommunene, som forvalter av den lokale helsepolitikken, og det er staten, som ansvarlig for utdannings- og rekrutteringspolitikken i helsetjenesten. De sentrale fagmyndighetenes evne til å sikre tilgang på leger vil bli en avgjørende forutsetning for reformen (9). Men minst like viktig blir det som skjer i den enkelte kommune, og kanskje særlig de første årene etter at reformen er iverksatt. Innføring av fastlegeordningen vil i betydelig grad skjerpe kravene til den kommunale helsetjenesteforvaltning.

Jeg takker Torgeir Fjermestad, som har gitt avgjørende bidrag ved utvikling av spørreskjema, i praktisk gjennomføring av undersøkelsen og ved verdifulle kommentarer. Takk også til Søren Idland, Svein Steinert og Frode Veian, som sammen med Torgeir Fjermestad har distribuert skjemaet til legene.

LITTERATUR

1. Heen H, Mo TO, Johnsen E. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 2/96. Oslo:

Arbeidsmiljøinstituttet, 1996.

2. Iversen T, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 1996.
 3. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaringer med fastlegeordning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2573 – 6.
 4. Magnussen J. Sykehussektoren 1998 – fra rammefinansiering til ISF. NIS-rapport 3/99. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1999.
 5. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3417 – 20.
 6. Getz L, Westin S. Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
 7. Ot.prp. nr. 99 (1998 – 99). Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
 8. Rundskriv I-35/99. Felles løft for primærhelsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
 9. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.
-

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.