

---

## Tjene to herrer?

---

REDAKSJONELT

BREKKE M

---

### Allmennlegen mellom pasient og samfunn

Allmennlegens rolle har i vårt land tradisjonelt gått utover konsultasjonsrommets grenser. Det er ikke mer enn 15 år siden distriktslegen satt som formann i helserådet, fremmet samfunnsmedisinske saker og brukte sin dobbeltstemme når det trengtes. Komnehelsesloven av 1984 hadde som hovedmål å fremme en enhetlig helse- og sosialtjeneste, bl.a. ved å integrere primærlegen i den kommunale strukturen. Fastlønssystemet var et viktig hjelpemiddel for å få legen til å tenke helhetlig, miljørettet, tverrfaglig og forebyggende. Noe må ha blitt borte på veien. At vi nå er på full fart mot privatdrevet, stykkprisbetalt legepraksis, kan ikke alene forklares ut fra legenes ønske om høyere inntekter. En av hovedkonklusjonene i Bjørndal og medarbeideres kartlegging fra 1995 av konsekvensene av endrede avtaleforhold i Oslo primærhelsetjeneste var at privatisering gav økt konsultasjonsvolum og vesentlig redusert ventetid ved bestilling av time og at stabiliteten i legestillingene økte (1). Antakelig er dette de viktigste grunnene til at kommuner landet over nå lar sine tidligere fastlønte leger overta kommunelegekontorene til privat virksomhet. Men hva med legens samfunnsengasjement? Hva med vyene om en integrert helse- og sosialtjeneste som kjemper for et helsefremmende miljø og taler de svake gruppers sak? Allerede i 1989 viste Romøren i sin rapport om kommunalhelsetjenestens fem første år at svært mange erfarne leger var gått ut eller ønsket å gå ut av samfunnsmedisinsk virksomhet i kommunene (2). Tendensene ut til å ha fortsatt; legen kaster inn håndkleet og fraber seg å være kommunal velferdsarbeider. Mange kommuner og bydeler prøver å motvirke dette gjennom til dels nitid regulering av legenes arbeidsvilkår. Legen skal forplikte seg til tverrfaglige møter, betjening av helsestasjoner, sykehjem o.l. Noen steder går man videre og gir pålegg om samarbeid med helsesøster, jordmor, hjemmetjeneste, sosialkontor, barnevern, flyktningetatt, fysioterapeut, ergoterapeut, trygdekontor, arbeidskontor, dagsenter for utviklingshemmede, vernet industri, psykiatrisk hjemmetjeneste, omsorgen for rusmisbrukere og personer uten fast bopel, osv. Selvsagt er dette naturligesamarbeidspartnere - når lege og pasient finner det indisert. Det er

imidlertid betenkelig hvis en rekke instanser medkommunens velsignelse fritt kan gjøre krav på primærlegen som sin konsulent. Allmennpraktikerens viktigste oppgave er fortsatt å behandle syke mennesker. Tre firedeler av befolkningen er i kontakt med allmennlege i løpet av et år. Defærreste har behov for særomsorg, derimot har de et sterkt ønske om at legen er tilgjengelig når han eller hun trengs. Forsøket med fastlegeordning er et skritt i retning av å definere behandleransvar overfor en populasjon som legens primære oppgave. Ikke uventet viser evaluering av tre års fastlegeforsøk i Tromsø at dette får ringvirkninger for hele primærhelsetjenesten i en grad verken stat eller kommune hadde forutsett (3), og at personellgrupper som driver forebyggende helsearbeid er minst fornøyd, fordi legene er blitt mindre tilgjengelige for dem. Når ressursene er knappe, kan oppprioritering bare skje ved at noe prioriteres ned. Allmennleger er fremdeles en knapp ressurs i Norge i 1997. Ønsker vi å være mer tilgjengelige og å gi våre pasienter bedre behandling, må vi også våge å si hva vi skal gjøre mindre av.

*Mette Brekke*

---

## LITTERATUR

1. Bjørndal A, Borchgrevink C, Johansen A. Legemarkedet i Oslo i forandring. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2794-7.
2. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12 1989. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1989.
3. Steinert SR. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Sluttrapport etter tre forsøksår. Tromsø: Tromsø kommune, 1996.

---

Publisert: 10. mars 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.