

Kommunehelsetjenesteloven – bakgrunnen for at loven ble som den ble

Michael 2013; 10: 123–136.

Seminar i Helsedirektoratet om kommunehelsetjenesteloven den 19. november 2012 ble avholdt blant annet fordi vi definitivt kan lære noe av historien. Her tas opp problemene knyttet til innpassing av privat helsetjeneste i kommunehelsetjenesten. Hvordan ble disse utfordringene forsøkt løst, og hvordan har det gått?

Innledning

De to utredningene som lå til grunn for arbeidet med Ot. pr. 36 (1980 – 81) *Om lov om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene* er viktige historiske dokumenter. I denne gjennomgangen vil jeg ta fram veivalg som ble tatt i årene etter ca. 1973 og fram til i dag, og som fremdeles spesielt har hatt betydning for aktuelle prioriteringer og valg helt fram til statsbudsjettet for 2013.

Jeg er ensidig opptatt av utviklingen av legetjenesten, og endringer i den sentrale helseforvaltningen, noe som selvsagt skyldes at jeg har vært primærlege, det vil si allmennlege og offentlig lege i 14 år før jeg i resten av mitt yrkesaktive liv, ca. 30 år, har arbeidet i sentraladministrasjonen.

Hovedbudskap

Som Leif Arne Heløe har pekt på i sitt innledende innlegg (1), var problemene knyttet til innpassing av privat allmennlegetjeneste og fysioterapi-tjeneste i et offentlig finansiert tjenestetilbud med kommunen som ansvarlig instans, et gjennomgangstema i arbeidet med det nye lovverket.

Regjeringen Harlem Brundtland la til grunn i sitt lovforslag i Ot. prp. nr. 36 (1980-81) at private helsetjenester med kommunene som ansvarlig instans også skulle *finansieres* av kommunene. Legeforeningen reagerte sterkt på dette, og tvang fram en delt finansiering mellom stat og kommune.

Regjeringen Willoch la fram forslag om en slik deling i en tilleggsproposisjon som kom året etter. Dette fikk betydelige bivirkninger, som eksempelvis det såkalte toprissystemet, der manglende avtale med kommunen og dermed manglende bidrag fra kommunen ble kompensert ved en høyere egenandel fra pasientene til legene. Fysioterapeutene mente i tillegg at den faglige profilen i denne tjenesten kunne bli endret i en uheldig retning i og med at kurative tjenester ble subsidiert av staten mens de forebyggende tjenestene ble en ren kommunal utgift.

Da fastlegeordningen ble innført i 2001, fulgte den delte finansieringen med på lasset, noe som har hatt så alvorlige konsekvenser som at en helsepolitisk vellykket reform er i ferd med å stivne til både når det gjelder kapasitet og kvalitet. Finansieringsordningen har nemlig ført til at kommunene som ansvarlig instans ikke har et godt nok grunnlag for å prioritere allmennlegetjenesten etter behov, og det lar seg heller ikke gjøre å få organisert et faglig godt nok tilbud for fastleger som ønsker seg en spesialistutdanning i den i vår tid kanskje viktigste medisinske spesialiteten, nemlig allmennmedisin.

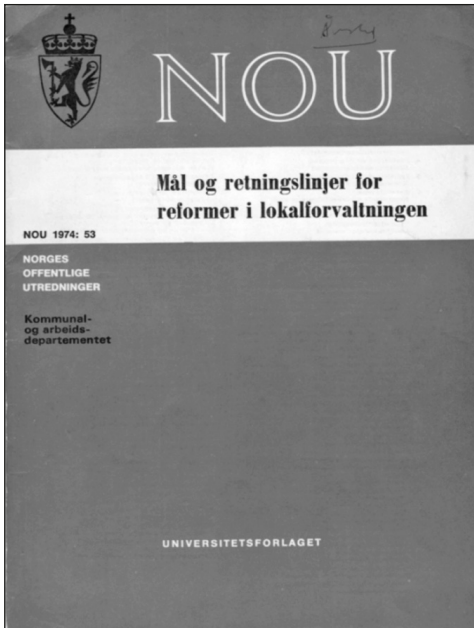
Jeg skal gjøre nærmere rede for historien bak denne alvorlige situasjonen i allmennlegetjenesten, en situasjon ingen kunne forutse for tretti år siden da kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt.

Utvikling av lokalforvaltningen – Juelkomiteen

I årene etter krigen ble det etter hvert mer og mer tydelig at kommunalforvaltningen ikke var en tilstrekkelig utviklet plattform for å kunne bære stadig nye oppgaver som det var naturlig å legge til dette nivået.

Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen ble opprettet ved kgl. res. 29.10.71, med Dagfin Juel som formann. Han var sosialøkonom av utdanning, med lang fartstid både som administrator og politiker, blant annet hadde han vært Einar Gerhardsens høyre hånd som statssekretær på statsministerens kontor i mange år.

I NOU 1974:53 har Hovedkomiteen regnet opp en lang og imponerende liste over uttalelser og delutredninger om viktige spørsmål angående lokalforvaltningen. For oss er det mest sentrale at Hovedkomiteen sto for tenkningen som var grunnlaget for opprettelsen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsnivå i 1976. Men Hovedkomiteen la også fram forslag av stor betydning for primærkommunenes arbeidsbetingelser i årene etter 1976 og framover til vår tid.



Viktige var blant annet disse:

- Det politiske organ som har det administrative ansvar for en oppgave har også det fulle finansielle ansvar.
- For så vidt angår tilsynet med kommunene, bør staten i vesentlig grad gi avgjørelsesmyndighet til fylkesmannen.
- Det er en viktig oppgave for fylkesmannen å gi veiledning til kommunal-sektoren.

Brudd på disse retningslinjene har skjedd i årenes løp, for oss i dag har disse to fått særlig uheldige konsekvenser:

- Brudd på regelen om at ansvarlig instans skal ha ansvaret for finansieringen har fått stor betydning for fastlegeordningen. Fastlegeordningen er av denne grunn kommet i et alvorlig uføre – mer om dette nedenfor.
- At fylkesmannen/fylkeslegen i dag i all hovedsak er brukt som «*revisor*» og ikke *veileder* betyr at Helsedirektoratet ikke har det nødvendige ytre apparat for at virksomheten skal komme til nytte fullt ut i helsetjenesten. Dette temaet kunne vært gjenstand for et eget seminar, og jeg kommer ikke nærmere inn på dette i dette innlegget.

Hovedkomiteens mål og retningslinjer i helsepolitikken

Hovedkomiteen hadde planlagt å gå gjennom alle departementenes saksområder, etter hvert også Helsedirektoratets arbeidsområde, som en del av Sosialdepartementets saksområde.

I utredningen om helsepolitikken tok Hovedkomiteen sikte på å skissere mål og retningslinjer for utviklingen både i statlig, fylkeskommunal og kommunal helsetjeneste. Sosialtjenesten skulle behandles senere, noe som vel aldri ble gjort. Jeg hopper over det Hovedkomiteen mente om statens og fylkeskommunens bidrag i helsetjenesten og konsentrerer meg om distriktshelsetjenesten.

Dette er hovedkonklusjonene når det gjaldt distriktshelsetjenesten (NOU 1979:10 *Helsepolitikken*):

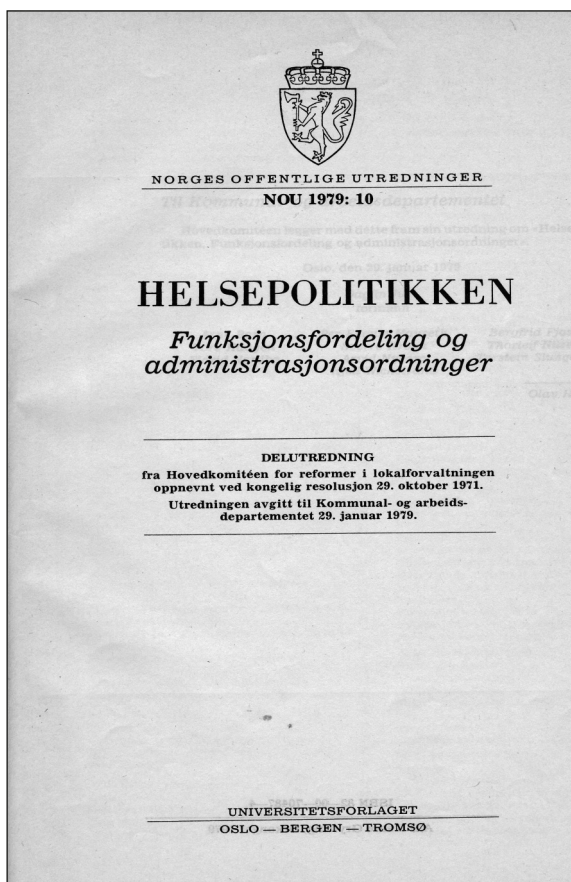
- Kommunene gis en lovbestemt plikt til å sørge for planlegging, opprettelse og drift av distriktshelsetjeneste
- Kommunen gis ansvar for legetjeneste, helsesøstertjeneste, helsestasjoner, jordmortjeneste utenfor institusjon, hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapitjeneste, bedriftshelsetjeneste og skolehelsetjeneste
- Det utarbeides en samlet lov om distriktshelsetjeneste.

Et viktig anliggende for Hovedkomiteen var at de statlige distriktslegene og stadslegene skulle fortsette som viktige støttespillere for kommunene.

Hovedkomiteen gikk grundig inn på finansieringsordningene for kommunale tjenester, herunder også helsetjenester. Statens bidrag besto for den største delen av refusjon av en viss del av dokumenterte utgifter, resten ble dekket av kommunen selv. Etter å ha påvist betydelige mangler i disse ordningene konkluderte man med at det må innføres en ny ordning for statens bidrag til distriktshelsetjenesten, nemlig at det overføres et årlig *rammebeløp* fra folketrygden til hver enkelt kommune.

Komiteens medlem Per Eggum Mausest var enig i dette, men forutsatte at ny finansieringsordning også skulle omfatte privatpraktiserende leger og fysioterapeuter.

Hovedkomiteen tok nemlig ikke opp den varme poteten, spørsmålet om finansiering av privat praksis, men dissensen fra Eggum Mausest tyder nok på at det har vært harde diskusjoner uten at man har kommet fram til en konklusjon. I denne sammenheng er det viktig å merke seg at Helsedirektoratet hadde ansvaret for sekretariatsfunksjonen under arbeidet med NOU 1979:10. Ledelsen i Helsedirektoratet regnet nemlig med at privat praksis kom til å dø ut av seg selv, en spådom som slett ikke har slått til,



selv om selveste Karl Evang hadde spådd dette i den av Legeforeningen utskjelte St. meld. nr. 85 som kom i 1971.

Nyhusutvalgets forslag

Ved kgl. res. ble det våren 1978 oppnevnt et utvalg for å utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten.

Første punkt i mandatet gjelder finansieringsordningene, så kommer oppgave og ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune for helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten,

Utvalget må ha for øye de generelle prinsipper for ansvars- og utgiftsfordeling som er trukket opp i St. meld. nr. 31 (1974-75) *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*. Altså Hovedkomiteens tilrådinger når det gjelder kommunalforvaltningen.

Finansieringsordningene både for helsetjenestene og sosialtjenesten var et sentralt tema i mandatet, og det må legges stor vekt på at disse tjenestene blir vurdert i sammenheng.

Det heter blant annet i foredraget til den kgl. res.:

Finansieringsordningene for helsetjenesten utenfor institusjon og for sosialtjenesten og oppgave og ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune er i dag uensartet og til dels ganske uoversiktlig. Dette fører til uklarhet om hvor ansvaret for enkelte vedtak ligger, og skaper problemer for planlegging og utbygging innen disse sektorer.

Jeg ble tilsatt som stadslege i Tromsø i 1970. I den første samtalen jeg hadde med ordfører Kåre Nordgård, ble jeg bedt om å medvirke i arbeidet med et utkast til kommunens plan for utbyggingen av helsetjenesten i Tromsø, et helt nødvendig tiltak som en følge av en raskt økende befolkning, ikke minst på grunn av universitetsutbyggingen. Det ble laget en plan i kommunen med den forutsetning at primærlegene og fysioterapeutene skulle ansettes på fast lønn. Det var helt utenkelig at kommunen skulle kunne basere en slik plan på at disse yrkesgruppene ville slå seg ned for å drive privat praksis i de nye drabantbyene som måtte bygges.

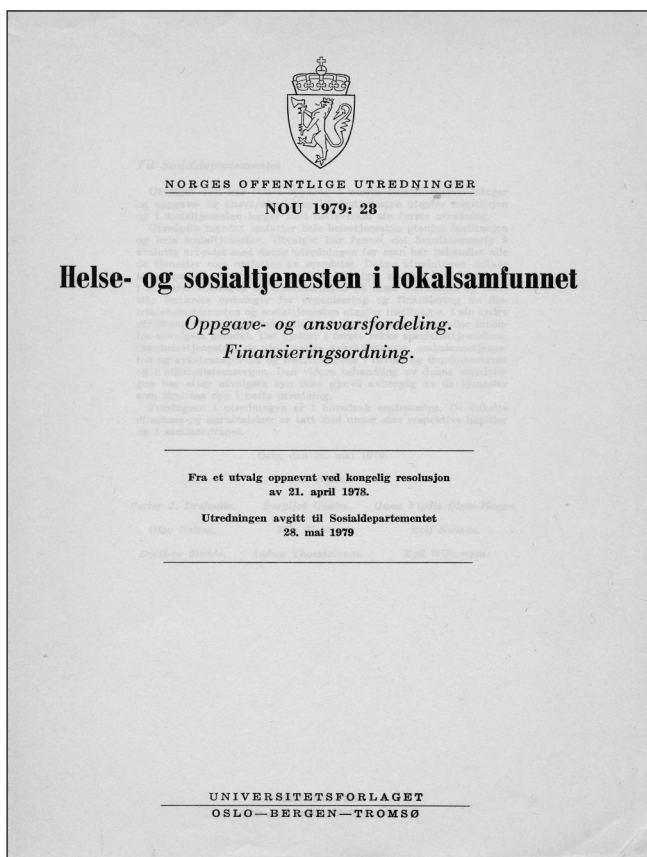
Dette skulle vise seg å bli problematisk. Legeforeningens mektige generalsekretær, Odd Bjerke, kom personlig til Tromsø i 1972 for å slukke tiløpet til brann, nemlig fastlønnede primærleger. Han fikk heldigvis ikke stoppet kommunen, og Tromsø ble senere prøvekommune for fastlønnede allmennleger og fysioterapeuter. Det var arbeidet med dette som vel var grunnen til at jeg ble oppnevnt som sekretær for Nyhusutvalget, sammen med Jon-Olav Aspås, Bjørn Halvorsen og Bjørn Formo.

Mange mente nok den gangen at det var på høy tid at også sentrale myndigheter kom i gang med å gjøre noe med det uholdbare forholdet at ingen offentlig instans hadde ansvar for allmennlegetjenesten og fysioterapi-tjenesten. Distriktslegene kunne riktignok drive privat allmennlegetjeneste dersom tiden tillot det, noe som hadde stor betydning i utkantkommuner. Dette virkemidlet strakk ikke til i sentrale strøk av landet, selv om man hadde opprettet såkalte distriktlege-2-stillinger i en viss utstrekning.

Nyhusutvalget la fram sine forslag i NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Oppgave og ansvarsfordeling. Finansieringsordning.*

Utvalget drøfter modeller for oppgave- og ansvarsfordeling for helsetjenesten i lokalsamfunnet:

- Den kommunale modellen der sterk lokal styring vektlegges.



- Den fylkeskommunale modellen der bedre administrative forutsetninger og bedre muligheter for samordning mellom delene av helsetjenesten vektlegges.

Utvalget konkluderer med at kommunene bør ha ansvaret for planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten og hovedtyngden av sosialtjenesten.

Det var mange i høringen som mente at det riktige ville være at fylkeskommunen burde ha ansvaret for en *helhetlig* helsetjeneste, og stadsfysikus Fredrik Mellbye var en av dem.

Nyhusutvalgets forslag til *innhold* i helsetjenesten utenom institusjon:

- Allmennlegetjeneste inklusive legevakt
- Helserådsarbeid inklusive offentlig legearbeid
- Helsesøstertjeneste

- Hjemmesykepleievirksomhet
- Distriktsjordmortjeneste der det er behov for det
- Skolehelsetjeneste
- Fysioterapitjeneste utenfor institusjon
- Bedriftshelsetjeneste

Bortsett fra den statlige offentlige legetjeneste, stadslegene og distriktslegene, er dette i all hovedsak i samsvar med forslagene i Helsepolitikken fra Hovedkomiteen. Flertallet i Nyhusutvalget mente at det riktige måtte være at de offentlige legene ble ansatt i kommunene. Det kan ikke være noen tvil om at dette har vist seg å være hensiktsmessig, jf. den sentrale plass kommuneoverlegene har fått i lovverket som gjelder fra 1. januar i år.

Nærmere om allmennlegetjenesten i NOU'ene

Ingen av NOU'ene tar egentlig fatt i det vanskelige problemet, innpassing av privat helsetjeneste i det offentlige ansvaret, jf. Heløes innlegg.

NOU 1978:28 foreslår en indirekte form for innpassing, mens NOU 1979:10 hopper over problemet.

Nyhusutvalget gikk nemlig inn for at leger og fysioterapeuter i privat praksis skal kunne fortsette som før, men innenfor kommunale ressursrammer.

Kommunene skulle refundere en gjennomsnittssum for hver heltidspraksis til trygden. På den måten skulle kommunen gjøres økonomisk ansvarlig, men samtidig fikk leger og fysioterapeuter trygderefusjon direkte som før. Dette var en finurlig ordning som Legeforeningen godtok, men ikke departementet da Ot. prp. 36 ble utformet.

Som nevnt ovenfor var ledelsen i Helsedirektoratet, og da særlig helsedirektør Torbjørn Mork, overbevist om at privat praksis ville dø ut av seg selv fordi fastlønnen virksomhet ville bli langt mer attraktivt både sett fra kommunenes side og ikke minst også sett fra yrkesutøvernes side.

At yrkesutøverne skulle komme til å se det slik, var nok i høy grad avhengig av økonomisk utbytte. Det så vi klart da privat legepraksis i begynnelsen av nitti-årene fikk langt bedre økonomiske betingelser enn fast lønnet praksis, så gode var disse betingelsene at Legeforeningen lot være å fremme krav om økte takster to år på rad! Interessen for fastlønnede stillinger var god til å begynne med, på slutten av åttitallet var ca. 40 % av allmennlegetjenesten fastlønnet, en andel som gikk sterkt tilbake i nittiårene.

Ot. prp. nr. 36

(1980—81)

1. Om lov om helsetjenesten i kommunene.
2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.
3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.

(Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)

Særskilt vedlegg: NOU 1979: 10 Helsepolitikken.
NOU 1979: 28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.

Ot.prp. nr. 36 (1980-81)

Om lov om helsetjenesten i kommunene m. v.

De to NOU-ene ble sendt på høring, og sammen med høringsuttalelsene, danner disse to dokumentene grunnlaget for utformingen av lovproposisjonen, Ot. prp. 36 (1980-81).

Forslag om en samlet lov om helsetjenesten i kommunene ble fremmet i begge NOU'ene, og dette ble sterkt støttet i høringen

Det var enighet om rammefinansiering, men Helsedirektoratet gikk inn for en midlertidig ordning med en prosentvis refusjon av dokumenterte utgifter til kommunal helsetjeneste, og argumenterte for dette i Nyhusutvalget.

Det var sterk uenighet om den offentlige legetjeneste som Hovedkomiteen støttet av Helsedirektoratet gikk inn for å beholde. Norske Kommuners Sentralforbund var negativ til statlige distriktsleger. Legeforeningen mente at det var tilstrekkelig at fylkeslegene førte tilsyn, men det må utvikles et videre- og etterutdanningsstilbud for leger som vil kvalifiseres for samfunnsmedisinske oppgaver.

Forslaget om en samlet lov og forslaget om en rammefinansieringsordning, var nok to viktige temaer i høringen, men det var spørsmålet om fortsatt statlig distriktslegeordning og innpassing av privat helsetjeneste i en helsetjeneste der kommunen skulle være ansvarlig instans, som var de mest kontroversielle.

Departementet mente at når loven om distriktshelsetjenesten skulle settes ut i livet, måtte de statlige stads- og distriktslegestillinger inndras, og de offentlige leger tilbys ansettelse i vedkommende kommune.

Nyhus-utvalgets forslag om at privatpraktiserende leger og fysioterapeuter fortsatt skulle få stykkprisrefusjon fra trygden, mens kommunene skulle refundere trygden etter antall årsverk utført i kommunen ble ikke fulgt opp av departementet. Forslaget i Ot. prp. nr. 36 ble at kommunen skulle refundere trygden de *faktiske* utbetalinger, altså et fullt ut kommunalt finansielt ansvar for privat praksis.

Som nevnt ovenfor hadde begge utredningene på en måte gått utenom den varme grøten slik at Legeforeningen var fornøyd. Dette standpunktet som er gjengitt her, var de *ikke* fornøyd med, for å si det pent.

Legeforeningens reaksjon

Legeforeningen reagerte sterkt på forslaget om *direkte* kommunalt finansielt ansvar for privat praksis.

Fysioterapeutene mente for sin del at dette var naturlig, det ville medføre likt finansielt ansvar for kurative tjenester og forebyggende arbeid. Heløe har i sitt innlegg i dag gjort nærmere rede for fysioterapeutenes syn.

Den sterke reaksjonen fra Legeforeningen var nok en vesentlig grunn til at regjeringen Harlem Brundtland ikke fremmet proposisjonen i vårsesjonen 1981 som planlagt.

Regjeringsskifte i 1981 – ny finansieringsordning for privat praksis

Heløe redegjorde nærmere i sitt innlegg i dag (1) om hovedpunkter i Ot. prp. nr. 66 (1981-82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Det sentrale punktet i denne proposisjonen var Willochs forslag om dels statlig og dels kommunal finansiering av allmennlegetjenesten og fysio-

rapitjenesten. Legeforeningen hadde utfoldet en betydelig lobbyvirksomhet for å få endret regjeringen Harlem Brundtlands forslag til finansieringsordning, og slik ble det.

Finansiering dels fra staten og dels fra kommunene er klart på tvers av Hovedkomiteens retningslinjer der det var lagt stor vekt på at den ansvarlige instans skulle ha det finansielle ansvaret. Willoch var nok selvsagt klar over dette bruddet på skikk og bruk i forvaltningen, ikke minst fordi finansministeren, Rolf Presthus, hadde meddelt ham at hans departement var skeptisk til den delte finansieringen.

På sett og vis fungerte den delte finansieringen i årene etter at loven ble vedtatt, bortsett fra den såkalte to-prisordningen og enkelte andre problemer som Heløe har nevnt. De problemene som fulgte med på lasset i forbindelse med finansieringen av fastlegeordningen kunne ingen ha forutsett i 1982.

Finansieringsordningen for fastlegene

Fastlegene finansieres med et pr. capitabeløp fra kommunen for hver pasient på legens liste, og stykkprisrefusjon fra staten og egenbetaling fra pasienten.

I utgangspunktet skulle det nok være ca. 60/40 % -fordeling mellom stat – kommune, men dette har nok endret seg betydelig i retning *mindre* økonomisk ansvar for kommunene.

«Systemfeil» i fastlegeordningen

Da fastlegeordningen ble innført, ble alle pasienter fordelt på de legene som gikk inn i systemet i 2001.

Nye leger etter 2001 måtte begynne med såkalte «null-lister», og med dette som utgangspunkt håpe på å opparbeide en praksis stor nok til å leve av. Men denne nye praksisen måtte nødvendigvis opparbeides med pasienter fra kollegers liste, og dermed kunne dette bidra til mindre inntekter for kollegene og dermed forståelig uvilje til nyetableringer blant allerede etablerte leger. Derfor har vi fått en altfor svak nyrekruttering.

En annen alvorlig følge av denne finansieringsordningen er at det i praksis er meget vanskelig å få etablert en hensiktsmessig ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin, kanskje den viktigste spesialiteten vi har. Dette henger sammen med at en utdanningskandidat må «arbeide på veileders liste», eller med andre ord må utdanningskandidaten leve av en inntekt som svarer til en redusert inntekt for veileder.

Derfor kan ikke et utmerket, konkret forslag til spesialistutdanning, utarbeidet av Svein Steinert og Olav Thorsen, la seg gjennomføre.

Statsbudsjettet for 2013

I budsjettforslaget kap. 762 er omtalt utviklingen av allmennlegetjenesten. Forslag om 100 mill. til allmennlegetjenesten, som skal brukes til engangstilskudd for etablering av nye stillinger. Det er uklart *hvordan* man tenker å bruke disse pengene. Uansett vil det by på problemer dersom det er meningen å utvide fastlegeordningen med flere leger, også disse vil jo ha et behov for pasienter på listen, på bekostning av kolleger. Dette er et slags «SAS-problem» for fastlegene, man ønsker flere fastleger, men de legene som er i gamet må tåle dårligere avlønning! Det er derfor høyst uklart om denne formen for stimulering vil virke.

Dette monner ikke og er langt fra intensjonene i Samhandlingsmeldingen om å bygge ut den viktige allmennlegetjenesten. Målet i meldingen var at innen 2015 skulle vi ha 2000 nye allmennleger i tillegg til de vel 4000 vi har i dag.

Videre er det i statsbudsjettet forslag om at det skal etableres en prøveordning for finansiering av utdanningsstillinger for spesialiteten allmennmedisin, 4 mill.

En prøveordning for utdanningsstillinger er vel et typisk eksempel på at når man er i tvil om hvordan man skal gripe an en viktig sak, så foreslår man en prøveordning, som skal evalueres for så i beste fall å ende opp med en konkret ordning om kanskje fem, kanskje ti år.

Dette kan vi ikke vente på, dette er for dårlig!

Hva må gjøres?

Tiden er nå overmoden for å gjennomføre Hovedkomiteens «grunnlov» i forvaltningen også for fastlegeordningen: *Den instans som har ansvaret for en tjeneste skal også ha det finansielle ansvaret.*

Et fullstendig kommunalt ansvar for finansieringen av fastlegeordningen vil harmonere med den nye fastlegeforskriften. Kommunene vil i samsvar med gjeldende lovtekst få det fulle ansvar for en god ordning.

Kommunene vil bli finansielt eneansvarlige for å opprette fastlegehjemler, og et ønske om flere allmennleger fra departementets side, inklusive fastleger, må derfor forutsette tilsvarende økte rammer til kommunene, jf. stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Departementet kan da, om ønskelig, kanalisere den store tilgangen av nye leger også inn i kommunehelsetjenesten, noe som jo ikke lar seg gjøre med nåværende ordning. Bl. a. skal sykehjemsmedisinen oppgraderes, men kommunen har ikke virkemidler til å skaffe seg tilstrekkelig kapasitet. De er avhengig av at fastleger tar dette som en form for pliktjeneste for å få avtale med kommunen. Legetjenesten ved de kommende lokalmedisinske sentre *kan* ikke dekkes

av fastlegene, her må det utvikles en allmennlegetjeneste som faglig og administrativt må finne sin plass ved siden av fastlegeordningen

Som finansielt eneansvarlige vil kommunene få et langt tydeligere ansvar for å skaffe nødvendig kapasitet til allmennlegetjenester i sykehjem, helsestasjonene og de nye lokalmedisinske sentrene.

Det er ingen tvil om at den brottsjøen vi nå får av nye leger *også* må kanaliseres til kommunene, som selvsagt må få en økonomi til å skaffe seg den allmennlegetjenesten de har bruk for.

Posten på statsbudsjettet til finansiering av ny allmennlegetjeneste er dessverre en blindvei.

Spesialiteten allmennmedisin

Allmennlegetjenesten er grunnfjellet i legetjenesten, og spesialiteten allmennmedisin er derfor kanskje den viktigste spesialiteten innen faget medisin.

Det er viktig å være klar over at den nåværende spesialistutdanningen i allmennmedisin er en slags pseudospesialitet. Den har likevel uten tvil vært nyttig i de 30 årene den har eksistert. Men dette duger ikke lenger.

I kommunehelsetjenesten får man ikke arbeide i et daglig veiledet opplegg under utdanning til spesialist. Spesialiteten er nemlig basert på ett års sykehustjeneste og for så vidt verdifulle samlinger under en veileder, og i tillegg kurs. Den innebærer en resertifiseringsordning hvert 5. år, og det er bra, den ordningen må beholdes.

Leger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin må få et tilbud om utdanningsstillinger ikke bare på sykehus, men selvsagt også i kommunal allmennlegetjeneste. Slik det er i dag kan dette bare skje ved at utdanningskandidaten får, som det heter, jobbe på veilederens liste. Det kan ikke forventes at noen vil være veileder når dette innebærer en redusert liste.

Videre må kommunen gjøres ansvarlig for organisering og finansiering av *veilederfunksjonen*, slik som foretakene er det i annen spesialistutdanning. Med andre ord er denne skissen i prinsippet den ordningen vi har for spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. Alle leger som får en begynnerjobb i et helseforetak er sikret å bli spesialist innen en rimelig tid, noe som selvsagt betyr mye i en rekrutteringssammenheng

Forslaget i statsbudsjettet om 4 mill. til en prøveordning for en bedre spesialistutdanning er derfor også en blindvei, og innebærer tap av tid. En prøveordning må som sagt evalueres, deretter kan en egentlig ordning settes ut i livet. Dette kan vi ikke vente på.

Vi *kan* lære av historien

Når en helsepolitisk suksess som fastlegeordningen er i ferd med å forgubbes, når tilbud innen faget allmennmedisin ikke lar seg organisere på en tilfredsstillende måte i kommunene og når det ikke med dagens finansielle ordning kan la seg gjøre å få til en egnet spesialistutdanning i faget allmennmedisin, da må grunnloven i forvaltningen også gjøres gjeldende i fastlegeordningen!

Litteratur:

1. Heløe LA. Fra fagstyre til kommunestyre. *Michael* 2013; 10: 137–48.

Hans Ånstad

tidligere avdelingsdirektør i Helsedepartementet

Oslo

ha-aans@online.no