

# Fastlegeordningen

## – «Don't Think Twice, It's All Right»?

■ JAN EMIL KRISTOFFERSEN spes. i allmenntmedisin og overlege ved avdeling for samhandling, Ahus

**Allmenntmedisineren var frem til forrige århundreskifte den dominerende legefigur. Fra andre halvdel av det 19. århundre begynte imidlertid utviklingen mot legespesialiteter å gjøre seg gjeldende. Fra 1918 ble det stilt spesifikke kompetansekrav til legespesialister. Den teknologiske utvikling gjorde etter hvert spesialisthelsetjenesten helt dominerende både i ressurstilgang og antall leger. I dag utgjør fastlegene ca. 20 prosent av alle yrkesaktive leger i Norge.**

Allikevel er legetjenesten i kommunene karakterisert som en hjørnestein i helsetjenesten i mange plandokumenter de siste 50 årene. Etter flere tiår med ensidig satsing på utbygging av sykehus kom det på 1960- og 70-tallet en økende nasjonal og internasjonal bevissthet om primærhelsetjenestens betydning. I 1977 formulerte Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt ambisiøse mål om *Helse for alle i år 2000*. Året etter arrangerte WHO en konferanse i Alma Ata med delegasjoner fra 134 land. Primærhelsetjenesten ble gjennom den berømte Alma Ata-deklarasjonen definert som hovedmiddelet for å nå målet om *helse for alle*. Det er allikevel grunn til å merke seg at deklarasjonen ikke eksplisitt nevnte allmenntlegens sentrale rolle (1).

Også i Norge var det enighet om at man trengte en sterk primærhelsetjeneste. Allmenntlegene var blitt tiltagende marginalisert i 1950- og 60-årene; en periode med en svær, men utvilsomt nødvendig vekst i sykehushelsetjenesten. Stadslege Hans Krag Sandberg (1906–93) skrev i *Tidsskriftet* i 1964:

«I det store skuespill *Samfunnet og legen* er det en tydelig tendens til at den praktiserende leges innflytelse stadig synker og hans rolle mer og mer blir statistens» (2).

Sandberg pekte på at primærlegens rolle stadig ble mer undergravet av myndighetenes beslutninger om for eksempel å kreve vurdering fra organspesialister ved spørsmål om uførhet, blå resepter osv.

Sandberg hadde solid bakgrunn for sine meninger, med en lang allmenntlegekarriere og tunge tillitsverv i Legeforeningen bak seg. Som distriktslege hadde han sågar inngått lokal avtale om fastlegeordning med «pro capita-finansiering» med sin kommune. Det var før den britiske fastlegeordningen så dagens lys etter etableringen av NHS (National Health Service) i 1948. Sandberg beskrev sin private fastlegeordning i en artikkel i *Tidsskriftet* i 1950, hvor han også tok til orde for en økonomisk blandingsmodell med et årlig tilskudd per pasient og betydelig reduksjon av stykkpris (3).

### Legene tar grep, staten nøler

Mot slutten av 1960-tallet begynte en fortjenestefull innsats fra en rekke aktører å føre til resultater. Mange tidligere støttespillere for helsedirektør Karl Evang, ikke minst et frustrert distriktslegekorps, var skuffet over den ensidige satsingen på spesialistmedisinen og rettet i stedet interessen mot hva Legeforeningen kunne bidra med for å styrke de praktiserende legers rolle. Ting skjedde. Fond for legers videre- og etterutdanning ble etablert i 1967 ved avsetninger fra legenes honorarer over normaltariffen. Det første norske profesorsoratet i allmenntmedisin ble etablert i 1969 ved Universitetet i Oslo med økonomisk støtte fra Legeforeningen (4).

Lov om sykehus kom i 1969. Myndighetene så at denne loven måtte suppleres med et regelverk eller lov som sikret og regulerte helsetjenesten utenfor institusjonene. *Stortingsmelding nr. 85 (1970–71) Om helsetjenesten utenfor sykehus* var starten på en rekke utredninger, meldinger og odelstingsproposisjoner om en sterkere primærhelsetjeneste. På 1970-tallet skjedde det mye – også for faget allmenntmedisin. I 1973 kom semispesialiteten «Almenntpraktiker Dnlf» og i 1978 utkom heftet *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste* – også kjent som «Allmenntpraktikernes lille grønne». Her ble grunnlaget for dagens allmenntmedisin lagt. Tankene var i tråd med det som senere samme år kom til uttrykk i Alma Ata-deklarasjonen. Tanken om en fastlegeordning ble drøftet i det primærmedisinske fagmiljøet og kommunisert til myndighetene som en vei videre for allmenntlegetjenesten.

I 1984 ble *Lov om helsetjenesten i kommu-*

*nene* innført. Kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten. Formålsparagrafen var i tråd med Alma Ata-deklarasjonen. I 1985 fikk vi regelverket for spesialiteten i allmenntmedisin.

I *St. meld. nr. 36 (1989–90). Røynsler med lova om helsetjenesta i kommunane* ble det påpekt at allmenntmedisinen – på det tidspunktet kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt i 1984 – var inne i en positiv utvikling. Man drøftet ulike tilknytningsformer (fastlønn og driftstilskuddsavtale) og hvordan tjenesten skulle organiseres, herunder hvordan staten skulle få bedre kontroll med de totale kostnadene i helsetjenesten. Departementet mente det var grunnlag for å prøve ut et listepasient-system slik de allmenntmedisinske fagmiljøene selv hadde tatt til orde for. Da Stortinget behandlet meldingen, understreket man særlig svake gruppers behov for en fast lege. Departementet ble pålagt å gjennomføre en prøveordning for et listepasientsystem.

I 1991 vedtok Stortinget å gå i gang med et forsøk på listepasientsystem i kommunehelsetjenesten. Forsøket startet i mai 1993 og varte i tre år. Formålet var å undersøke hvordan en ordning med fast lege, basert på et listesystem, ville fungere for brukerne, legene, legenes samarbeidspartnere og kommunen. Videre skulle man avklare finansieringen og innhente kunnskaper for å fastslå hvorvidt en fastlegeordning burde innføres i Norge.

Svein Steinert, prosjektleder for fastlegeforsøket i Tromsø, påpekte at en fastlegeordning ville bidra til å definere allmenntlegens kjerneoppgaver (5). «Fastlegeordningen tydeliggjør allmenntlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester. Den avgrensner det kurative legearbeidet fra andre legeoppgaver. Kontinuerlig vurdering av kjerneoppgavene er nødvendig for å vite hvilke tjenester vi bør tilby pasientene, og hvilke oppgaver vi skal overlate til andre. Dette vil forhindre at den allmenntmedisinske botten blir for full.»

Det må sies å være profetiske ord fra en som kjente fastlegeforsøket og så hvilke utfordringer vi i dag – 10 år etter – i stor grad fortsatt står med!

I *Stortingsmelding nr. 23 (1996–97). Trygghet og ansvarlighet* ble problemene med for svake bånd mellom lege og pasient reist som hovedkritikk mot den eksisterende primærlegetjenesten. Det ble hevdet at folk ikke visste hvil-



Fastlegeordningen har styrket allmennlegetjenesten. En evaluering i regi av Norges Forskningsråd viser at ordningen fungerer i tråd med intensjonene. Befolkningen og brukerne er fornøyd, ifølge en rekke spørreundersøkelser. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

ken lege de hadde, og at legene ikke visste hvilke pasienter de egentlig hadde ansvaret for. Stortingsmeldingen kom før fastlegeforsøket i de fire kommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes var ferdig evaluert, og fremkalte negative reaksjoner hos mange allmennleger. Den tok til orde for en fastlegerolle med altomfattende pasientansvar, men med begrenset kontroll over rammebetingelsene for å fylle ansvaret. Denne stortingsmeldingen bar preg av mangelfull utredning. Staten tapte mye av legenes støtte i arbeidet med en fastlegeordning og måtte gi en rekke konsesjoner for å komme i mål med prosessen.

### *Fra fri etablering til kommunal styring*

Før kommunehelsetjenesteloven kom, var allmennpraksis i stor grad uregulert. Foruten allmennpraktikerne fantes det en distrikts- eller stadslege i alle kommuner. De var ofte «kombileger» som drev kurativ praksis ved siden av sine offentlige legeoppgaver.

Bakgrunnen for kommunehelsetjenesteloven var blant annet problemene med rekrutteringen til allmennlegetjenesten, særlig i Utkant-Norge. Det var også et sterkt politisk ønske om å finne systemer for etablerings- og kostnadskontroll. Troen på nærdemokrati, kommunalt selvstyre og politisk styring av helsetjenester var på et historisk høydepunkt, og staten hadde for lengst forstått at kostnader til helsetjenester måtte begrenses med po-

litiske virkemidler etter hvert som den teknologiske utviklingen gav økte muligheter for diagnostikk og behandling. Etter at loven ble satt ut i livet i 1984, kom det en meget begrenset økning av legeårsverk i kommunene. I tiden 1985–88 var denne økningen på godt og vel ti prosent. I ettertid må man kunne konstatere at intensjonene om å styrke legetjenesten i distriktene ved å gi kommunene et ansvar for organisering ikke slo til.

### *«High noon» for fastlønn*

I og med denne reformen fikk man to former for organisering av allmennlegetjenesten: såkalte fastlønnsstillinger og privat praksis. Legene i privat praksis fikk et driftstilskudd som utgjorde ca. 40 prosent av inntekten, mens 60 prosent kom fra pasientenes egenandeler samt sterkt reduserte trygderefusjoner. Kommuner som satset på fastlønnede leger fikk overført et såkalt fastlønnsstilskudd. Frem til begynnelsen av 1990-årene økte allikevel antall fastlønnede stillinger, til godt og vel 40 prosent på det meste.

Det viste seg at kommunenes evne og vilje til å tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår ikke var tilstrekkelig. Utover i 1980-årene ble det klart at det å drive allmennmedisin av god kvalitet var stadig vanskeligere i kommunale stillinger, spesielt i deler av landet hvor tilgangen til leger var god og kommunene ikke trengte å anstrenge

seg for å rekruttere. Den rivende utviklingen innen utvikling av laboratoriestyr og data-systemer ble ledet an av allmennleger med driftstilskudd, mens de kommunale allmennlegene i stor grad sakk akterut pga. tunge beslutningsprosesser og svak økonomi i kommunene. Fra slutten av 80-tallet valgte mange kommuner, i samråd med sine leger, å gå over til driftstilskuddsbasert virksomhet.

Et flertall av mindre utkantkommuner satset på fast lønn – men mange av disse har senere valgt å organisere allmennlegetjenesten basert på avtaler med næringsdrivende leger. I 2009 var andelen fastleger på fastlønn ca. sju prosent. Halvparten av de gjenværende fastlønnsleger har provisjonsordninger i form av for eksempel å beholde deler av egenandelsinntjeningen.

### *Innføringen av fastlegeordningen i 2001*

1. juni 2001 ble fastlegeordningen innført. Mange av legene i de fire forsøkskommunene, spesielt Tromsø, hadde vært fastlønnede. Den sterkt bedrede tilgjengelighet man fant i evalueringen må tilskrives en kombinasjon av selve listemodellen og effekten av å privatisere tidligere kommunale allmennlegekontorer med lav stabilitet og tjenesteproduksjon.

Hovedfokuset var å oppnå en tilgjengelig kurativ legepraksis med muligheter for legen å få bedre oversikt over egen pasientpopula-

sjon, for derved å skape mer tilgjengelige og bedre tjenester for pasientene. Fastlegeordningen skulle bidra til å samle informasjon og kunnskap om pasienten hos en fast koordinator. Målet var å styrke legetjenestene til befolkningen i kommunene. I Fastlegeforskriften §1 står formålet uttrykt:

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

## Evaluering av fastlegeordningen

Med fastlegeordningen ble allmennlegetjenesten betydelig styrket. I årene 2001–05 ble det gjennomført en større evaluering av fastlegeordningen i regi av Norges forskningsråd (6). Evalueringen viste at ordningen fungerte godt og i tråd med intensjonene. Befolkningen og brukerne var også godt fornøyd, ifølge flere spørreundersøkelser.

De viktigste kritikkpunktene i evalueringen dreide seg om fortsatt manglende legedekning i enkelte distriktkommuner og manglende kapasitet og tilgjengelighet. Det er heller ikke gjennomført en styrking av kommunal legevakt, noe som ble ansett som vesentlig for rekruttering til – og kapasiteten i – fastlegeordningen. I rapporten ble det også pekt på at ordningen legger et godt grunnlag for offentlig legearbeid i kommunene, men at dette potensialet ikke er blitt godt nok utnyttet av kommunene.

Evalueringen viste at de fleste fastleger har meget god tilgjengelighet overfor populasjonen ved at ca. halvparten av kontaktene håndteres samme dag som de er generert. Sett hen til situasjonen før 2001 innebærer dette at en av hovedutfordringene, tilgjengelighet til allmennlegen, langt på vei er løst.

## Effektivitet og kontinuitet?

I kommunehelsetjenesten skiller fastlegens tilbud seg fra alle andre tjenester gjennom særlig høy tilgjengelighet og fleksibilitet. God incentivstyring gjør det mulig for samfunnet å målrette allmennlegens portnerrolle slik at flere tjenester kan tilbys på et rimeligere omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Dette forutsetter tilstrekkelig kapasitet i tjenestene og vilje fra legene til å yte rettidig service i en travelt hverdag. Helsedirektoratet skriver i sin utviklingsstrekkrapport for 2008 at «der hvor kapasitet i legetjenesten i kommunen svikter fører det til kvalitetsproblemer i hele helsetjenesten.»

Fastlegens arbeidsform er sterkt knyttet til personlig ansvar for drift av virksomheten og

for behandlingstilbudet. Den personlige relasjonen og den terapeutiske alliansen som bygges på kjennskap og tillit er et sterkt virkemiddel for å levere helsetjenester av høy kvalitet.

Fastlegereformen viser med all tydelighet at valg av riktige virkemidler kan gi ønskede resultater og virkning i løpet av kort tid. Fire forhold kan nevnes som grunnlaget for måloppnåelsen. Reformen var basert på:

- Solide utredninger, analyser og utprøvnings- og forkant
- Klare og forståelige målbeskrivelser
- Tett samarbeid mellom aktører og bruk av avtaleverk i kombinasjon med lovverk og finansiering som understøtter ordningen
- At utøverne og aktørene fikk eierskap til ordningen

## Fastlønn eller næringsdrift?

Om den praktiserende lege skulle være ansatt eller næringsdrivende var gjenstand for drøftinger i Stortinget helt fra *Lov om Læger* ble vedtatt i 1912. Stortingsmeldinger og proposisjoner knyttet til samhandlingsreformen bekrefter at temaet fortsatt ikke er utdebattert, men snarere er en utøymelig kilde til nye omkamper.

Flere arbeidere fra Stiftelse for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse på 1980-tallet (Gjerberg, Buxrud et al) tydet mer på at individuell stil var viktigere enn avlønningsmodell i forhold til allmennlegers arbeidsform. Per Wium presenterte en oversikt over erfaringen med kommunalt ansatte allmennpraktikere i Oslo i 1988 (7), hvor denne ordningen hadde vært utviklet gjennom 15 år. Wium beskriver bydelslegetjenesten i Oslo som kostbar sammenliknet med privatpraksis. Han understreker at det ikke er dokumentert at bydelslegene tar seg av de mest krevende pasientene. Videre fant man betydelig gjennomtrekk i stillingene og herav følgende dårlig kvalitet på tjenestene samt mistriksel hos øvrige ansatte ved sentrene.

I samme nummeret av *Tidsskriftet* har Dag Brekke en gjennomgang av allmennpraksis i offentlig regi (8). Han konkluderer med at allmennpraktikere ansatt på fast lønn, som i 1988 utgjorde 30–40 prosent av allmennlegene, hadde følgende karakteristika:

Fastlønnede leger bruker mindre andeler av arbeidstiden sin til kurativ praksis. De behandler færre pasienter pr tidsenhet og bruker laboratoriet mindre. Det er uvisst om de er mer tilgjengelig ovenfor barn, eldre eller innenfor medisinsk attføring. Kanskje gjør de flere sykebesøk på dagtid.

Disse erfaringene var viktige for valget av driftsform i fastlegeordningen. Med svikten- de kapasitet, øket etterspørsel etter legetjenes-

ter og behov for å styrke allmennlegetjenesten, ble det ansett som nødvendig å velge den driftsformen som gav høy effektivitet.

Det er blitt oppfattet som en styrke at vi i Norge opprettholder alternative måter å finansiere allmennlegetjenesten på, slik at flere modeller får utvikle seg parallelt. Siden alle finansieringsordninger har svake og sterke sider og mulighet for uheldige vridningseffekter, burde det være partssammensatte dynamiske prosesser som hele tiden bidrar til mer kunnskap og utvikling av ordningene, slik som forskrifts- og avtaleverket for fastlegeordningen la til rette for – men som i beskjeden grad har vært fulgt opp av departementet og Helsedirektoratet.

## Fastlegen – folkets tjener eller statens visergutt?

I forarbeidene til fastlegeordningen (Ot prp nr. 99, 1998–99) står det:

Den mest kritiske faktoren er tilstrekkelig tilgang på leger til primærhelsetjenesten generelt. Det vil ta tid før legemarkedet er tilfredsstillende i balanse.

Det ble oppnådd en viss styrking av allmennlegetjenesten i 2001–03, men kapasiteten har etter dette ikke økt i takt med pålegg om nye oppgaver knyttet til administrasjon og kontroll, styrkede pasientrettigheter og økt oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Stadig nye pålegg begrunnet med dokumentasjon og kontrolloppgaver har i hovedsak ikke vært konsekvensutredet før de er blitt gjennomført. Mange kolleger advarte før innføringen av fastlegeordningen om at en allmennlegetjeneste hvor både «teller og nevner» kan registreres, ville være en uimotståelig fristelse for offentlig kontrolliver. Denne skepsis har dessverre ikke vist seg uberettiget. Staten har dynget på med nye forvaltnings-, kontroll- og samhandlingsoppgaver uten å gjøre kapasitetsvurderinger. For den enkelte lege er hverdagen i økende grad preget av at sykdom forvaltes på vegne av samfunnets økonomiske interesser og med stadig mindre tid til behandling av den enkelte syke.

I den alltid så gode hensikt å skape kostnadseffektive tjenester og å forhindre trygdesvindler er taushetsplikten perforert til et nivå hvor dens bærende strukturer vakler, mens de moderne helseteknokrater slettes ikke er bekymret. Det ikke lenger lett for legen å se sin pasient inn i øyene og si: *Du kan trygt fortelle meg alt, det blir hos meg.*

## Quo Vadis fastlegeordning?

Interessen for allmennlegetjenester er stor i vår del av verden for tiden. Den som tar mål av seg å forstå hvilke veivalg som bør gjøres i



Evalueringer viser at fastlegeordningen har gitt befolkningen bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

årene fremover gjør lurt i å skue utover den norske andedam. I en periode hvor kostnadskontroll og tjenestekvalitet til en stadig eldre befolkning står høyt på dagsorden i hele Europa, er det skuffende å se at våre helsemyndigheter er så lite offensive når fastlegens rolle i fremtidens kommunehelsetjeneste beskrives i arbeidet med samhandlingsreformen.

I Storbritannia, som nå har hatt fastlegeordning i over 60 år, er det nylig publisert en omfattende rapport fra den tradisjonsrike tenketanken *The Kings Fund*. Man kan være enig eller uenig i dens vurderinger og konklusjoner, men det er lett å kjenne igjen norsk allmennpraksis i mye av det som beskrives. Når man betegner allmennpraksis som «still too much of a cottage industry» (9), nikker jeg energisk. Selv om kvaliteten i tjenesteleveransen i hovedsak er god i Norge, har vi noen sentrale utfordringer:

- Vi har ikke klart å utvikle gode kvalitetsindikatorer som den enkelte lege og virksomhet kan bruke for sammenligne seg med andre eller med seg selv over tid.
- Vi kan allikevel være helt sikre på at det er for stor variasjon i både tilgjengelighet og kompetanse når vi ikke engang har nasjonale retningslinjer for infrastruktur og medisinsk-teknisk standard for allmennlegevirksomheter.
- Vi har ikke et obligatorisk spesialistkrav og ikke en attraktiv og strukturert spesialistutdannelse, og det satses for lite på utdanning av våre medarbeidere.
- Vi har ingen tradisjon eller verktøy som understøtter transparens og brukermedvirkning.
- Allmennmedisinen er kraftig underfinansiert. Et akseptabelt personlig inntektsnivå og et tilstrekkelig investerings- og utviklingsnivå må bli mulig å kombinere.

- Den elektroniske samhandlingen utvikler seg som lus på en tjærekest og er en alvorlig hemske for en vellykket styrking av helhetlige pasientforløp.

### **Ikke et problembarn – men et fantastisk utgangspunkt**

Jeg har en drøm om fremtidens fastlegevirksomhet – antagelig er vi i år 2025: Et tverrfaglig helsesenter organisert som et selveiet aksjeselskap med avtale om totalleveranse til en eller flere kommuner. Her arbeider allmennlegespesialister og utdanningsleger sammen med helsesøstre, jordmødre, hjemmesykepleiere, psykologer, diabetes-, astma- og hjertesviktsykepleiere og fysioterapeuter. Alle har personlig resultatbasert inntekt og jobber i team rundt pasientene. Hver helsesøster arbeider med barn og unge på to fastlegers liste i stedet for i dag med barn på ti eller 30 fastlegers liste. Helsesenteret er åpent syv dager i uken fra kl. 8–22 mens AMK er eneste vaktlag på natt, men med allmennlege i bakvakt der reiseavstandene er store.

Tidligere tiders ideer om faglig svake og legeløse kommunale «familiens hus» er for lengst forlatt fordi man gjennom kloke nasjonale forsøksordninger forstod at alle aktørene måtte med, og at medisinsk kompetanse med tilstrekkelig kvalitet var et *sine qua non* for at kommunene skulle kunne ta på seg de nye rollene som samhandlingsreformen krevde. Etter noen år med famling i kjølvannet av innføringen av ny helse- og omsorgslov fra 2012, bygger man nå på avtalebasert tverrfaglig næringsdrift med et velutviklet kvalitetsstyringssystem som forvaltes lokalt av erfarne leger som er gått ut av klinisk allmennmedisin og inn i nye roller som ledere og kon-

traksforvaltere på vegne av Kommune-Norge.

I 2025 er jeg for lengst blitt pensjonist; jeg er bruker av mitt lokale helsesenter, hvor jeg også er en oppegående men tidvis litt plagsom brukerrepresentant i styret. Min fastlege kjenner meg godt, men har delegert mye av rutineoppfølgingen av mine helseplager og piller til nisjekompetente medarbeidere. Etter at åpningstidene ble utvidet for sju år siden har jeg ikke trengt å kontakte andre enn mitt eget helsesenter, annet enn for å få høreapparat og å få byttet ut min grå stær med det nyeste innen akryllinser. Som pensjonist er jeg stolt og takknemlig over å ha fått være med på reisen frem til 2025. Som pasient vil jeg nemlig ikke møtes med «husflid», men med oppdatert kunnskap og teknologi hos behandlere som kjenner – nettopp meg!

### REFERANSER

1. Roksund G. 30 år siden Alma Ata-deklarasjonen... Utposten 2008; nr. 1: 14–18.
2. Schiøtz A. Doktoren – Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax forlag, 2003.
3. Sandberg HK. Er vårt betalingssystem i pakt med tiden? Tidsskr Nor Lægeforen 1950: 144–149.
4. Sundar T. Læremesteren. Intervju med Christian Borchgrevink. Utposten 2011; nr. 1: 2–5.
5. Steinert S. Fastlegeordningen nærmer seg – er du forberedt? Utposten 2000; nr 2: 20–24.
6. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Oslo: Norges forskningsråd, 2006.
7. Wium P. Oslo-modellen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; nr. 29 B: 2605–8.
8. Brekke D. Allmennpraksis i offentlig regi. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; nr. 29 B: 2598–2601.
9. Improving the quality of care in general practice. The Kings fund, 2011.

jan.emil.kristoffersen@ahus.no