

Fastlegeordningen

– er du forberedt?

Av Svein Steinert



Svein Steinert er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø. Han startet sin karriere som allmennlege i Karlsøy i 1982.

Etter allmennläkarblokk i Umeå var han kommunelege i Tromsø, prosjektleder for AIDS-prosjektet i Tromsø, ass. fylkeslege i Troms og fra 1992 prosjektleder for fastlegeforsøket i Tromsø. Er i dag leder av fagutvalget i Aplf.

1. januar 2001 kan fastlegeordningen være en realitet. Tiden fram dit er knapp. Skal ordningen bli vellykket er det behov for betydelig personlig engasjement hos den enkelte allmennlege. Legene bør i tillegg danne sterke legeråd innenfor hvert av de framtidige, naturlige praksisområdene. Erfaringer fra forsøksforsøket tilsier at dagens situasjon med legemangel er et bedre utgangspunkt for å innføre en fastlegeordning, enn en situasjon med full legedekning (1). Vi kan da benytte innbyggernes legevalg til å etablere nye praksiser der behovet er størst, og vi slipper problemet med at leger blir arbeidsledige på grunn av for små lister. Forutsetningen er imidlertid at det finnes et godt system for å etablere nye praksiser, tilstrekkelig tilgang på leger, og attraktive inntekts- og arbeidsforhold for allmennleger. Det siste krever en betydelig forbedring av rammebetingelsene på legevakt. Namdalsmodellen har vist vei (2). Det er omtrent slik vi vil arbeide på legevakt i framtiden.

nærmer seg

Går det som optimistene tror, får vi allerede i mai 2000 presentert et helt nytt avtaleverk for organisering og drift av allmennlegetjenesten. Usikkerheten og ventetiden er da forbi, og vi må svare ja eller nei til en konkret, norsk fastlegeordning (3). Valget er ikke enkelt, men frykten for det ukjente bør ikke være en god nok grunn til å si nei. Den store utfordringen er å forestille seg hvordan fastlegeordningen kan bli det redskapet vi trenger for å skape ny entusiasme for allmennmedisinen blant unge og eldre leger.

Endringer i forhold til dagens system

Etter min oppfatning skiller fastlegeordningen seg fra dagens organisering av allmennlegetjenesten på tre viktige områder:

1. Fastlegeordningen overfører *ansvar* fra kommunen til allmennlegene
2. Fastlegeordningen introduserer en *pasientliste* som avgrenser praksisen
3. Fastlegeordningen fører til økt *privatisering* av allmennlegetjenesten

Det sentrale spørsmålet blir da hvordan disse endringene vil påvirke helsetjenesten i din kommune og din praksis. Utgangspunktet for en allmennlege i Oslo og en allmennlege i Finnmark vil selvsagt være svært forskjellig, men noen problemstillinger vil likevel være av felles interesse for alle allmennleger. Det er disse områdene jeg vil forsøke å belyse.

Samarbeid mellom kommunen og legerådet

Overføring av ansvar fra kommunen til den enkelte allmennlege stiller helt nye krav til samarbeid. Kommunen får ansvar for å inngå kontrakter med et tilstrekkelig antall leger slik at innbyggernes behov nødvendige legetjenester blir dekket. Legene får et *personlig* ansvar for å tilby tjenestene. For den enkelte lege blir det svært viktig at ansvaret ikke overstiger den reelle arbeidskapasiteten innenfor avtalt arbeidstid.

Dersom legene forholder seg til kommunen som enkeltpersoner er det lett å se at fastlegeordningen vil skape vinnere

og tapere. Dårlig samarbeid mellom legene kan for eksempel føre til at en eller flere leger får så liten pasientliste at inntektsgrunnlaget i praksisen blir truet, mens andre leger får så store lister at det truer deres egen helse. I begge tilfeller vil pasientene bli de store taperne. Fordelingen av offentlige legeoppgaver er heller ikke enkel. Mitt første råd er derfor:

- *Allmennlegene må så snart som mulig etablere sterke legeråd*

Legerådet må raskt ta stilling til en rekke viktige spørsmål:

- Hvilke legetjenester er det behov for i vår kommune?
- Har vi tilstrekkelig antall leger i kommunen for å dekke alle nødvendige oppgaver?
- Bør det etableres et samarbeid med en eller flere nabokommuner (praksisområde)?
- Er kommunen så stor at den evt. bør deles inn i flere praksisområder?
- Bør det være personlige lister eller fellesliste i vår kommune (praksis)?
- Hvordan skal det lokale informasjonsarbeidet før listeetableringen gjennomføres?
- Hvordan kan legerådet bidra til at etableringen av de primære listene blir tilfredsstillende?
- Bør kurativt legearbeid drives som privat praksis eller med fast lønn?
- Er organiseringen av legevakten og honoreringen av arbeidet god nok?
- Hvordan bør legerådet bistå enkeltleger i forhandlingene med kommunen?
- Hvem skal representere allmennlegene i det lokale samarbeidsutvalget?

Noen vil vel si at det er kommunenes ansvar å besvare mange av disse spørsmålene. Kanskje det, men det er allmennlegene som vet hvor skoen trykker. Erfaringene fra innføringen av kommunchelsloven i 1984 bør ha lært oss en lekse (4). Ansvaret for allmennlegetjenesten ble da overført fra staten (fylkeslegen) til kommunene. Mange kommuner tok aldri dette ansvaret på alvor (5). Det er naivt å tro at kommunen i dag skal legge til rette for en god fastlegeordning

uten aktiv medvirkning fra allmennlegene. Skal resultatet blir godt for pasientene og legene er det nødvendig at vi står samlet og framfører våre synspunkter klart og entydig. Det kan til og med hende at kommunen vil sette stor pris på å få klare råd fra de som står nærmest pasientene og kjenner virkeligheten på kroppen.

Fastlegeordningen tydeliggjør allmennlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester i forhold til andre yrkesgrupper. Den avgrenser også det kurative legearbeidet fra andre legeoppgaver. Dette gir oss en glimrende mulighet til å definere allmennlegens *kjerneoppgaver* (6). 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 allmennmedisinske botten blir for full (7).

Kunnskap om praksispopulasjon og egen arbeidsmåte

Introduksjonen av pasientlister en den store nyheten i fastlegeordningen (8). For mange leger vil dette gi en etterlengtet mulighet til å avgrense egen praksis. Klarer legen å finne en god balanse mellom listestørrelse, antall kurative arbeidsdager og bruk av timeboken er det mulig å organisere praksisen slik av ventetiden for vanlig legetime ikke overstiger 1–2 uker, og at pasientene får øyeblikkelig legehjelp på dagen dersom de trenger det (9). Dette balansepunktet vil imidlertid variere betydelig fra lege til lege. Mye har vært sagt om store lister, skjeve lister, kvinnelister osv., men man har i liten grad diskutert den enkelte leges arbeidsmåte (10). Min ubeskjedne påstand er at variasjonen i allmennlegens arbeidsmåte er av større betydning enn sammensetningen av pasientlisten, når spørsmålet om listestørrelse skal vurderes.

Mitt andre råd er derfor:

- *Søk innsikt i egen arbeidsmåte og anslå nøkternt din sannsynlige pasientpopulasjon i dag*

En pasientliste alltid vil være betydelig mindre enn et journalarkiv. Jo lenger du har arbeidet i praksisen, jo mindre nytte vil du ha av å telle journaler for å vurdere egen arbeidskapasitet. Vurdering av statistikk fra datajournalen sammen med kollegene i praksisen kan derimot gi deg svært nyttig informasjon. Hvordan er fordelingen av konsultasjoner per år, tidstakster, sykemeldinger, attføringssaker, henvisninger, prøvetaking osv.? Legesekretærene vil også kunne gi svært interessante opplysninger om likheter og forskjeller mellom leger dersom vi våger å spørre dem.

Frykter du at din liste vil få en skjev sammensetning, bør bare 70% av listen etableres på grunnlag av innbyggernes valg. Det er da mulighet for justering mot normalpopula-

sjonen. Denne muligheten hadde ikke de kvinnelige legene ved starten av fastlegeforsøket, noe enkelte har betalt dyrt for. Full oppslutning om legevalget gir mindre mulighet til å justere legens lister enn en situasjon der for eksempel 60% av innbyggerne benytter muligheten til å velge lege. Dette er en stor utfordring for det sentrale og lokale informasjonsarbeidet.

Felleslister vil i noen grad redusere behovet for kritisk evaluering av egen arbeidsmåte og arbeidskapasitet, men det er helt nødvendig å vurdere legekontorets totale listekapasitet. Felleslister krever andre avtaler om fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver enn personlige lister. Det er for eksempel viktig å forhindre at pasienter flytter unødvendig mellom legene selv om det bare er 3–4 leger på kontoret. I Tromsø var det ingen legekontor som ønsket felleslister selv om muligheten var åpen.

Pasientene har fra første stund vært svært lojale til fastlegeordningen. «Legeshopping» er i dag et ukjent fenomen i forsøkskommunene, og forbruket av legevakt er redusert fra 1993 (11). Etter hvert har også de kommunale og fylkeskommunale samarbeidspartnerne oppdaget fordelene ved å ha en «adresse for ansvar» (12). Vi har derfor erfart at *i en fastlegeordning øker arbeidsmengden i forhold til samme populasjon i løpet de første årene etter innføring av ordningen*. Det vil derfor være mindre arbeidskrevende å betjene en stor liste den første tiden etter innføring av en fastlegeordning, enn når ordningen er vel etablert etter 5–6 år.

Blant legene i Tromsø er det fortsatt enighet om at en «gjennomsnittslege» med 1.200 innbyggere på sin liste, 4 kurative arbeidsdager og 7,5 timer kommunal bistilling vil kunne få en total arbeidstid omkring 37,5 timer per uke. Beregningene forutsetter at legen har 15–18 konsultasjoner og omkring 15 telefonkonsultasjoner per arbeidsdag. Legevakt kommer i tillegg som overtid. Tid til veiledning av studenter, turnusleger og leger under spesialistutdanning (utdanningsleger) er heller ikke medregnet. I framtiden må det settes av mye mer tid til undervisning og faglig fordypning for å utdanne gode allmennleger. Leger med veiledningsansvar må derfor ha mindre lister enn dagens norm på 300 per kurativ arbeidsdag. Listen må også reduseres dersom legevaksarbeidet skal inkluderes i normalarbeidstiden. I små kommuner og kommuner med lang vei til sykehus bør gjennomsnittlig listestørrelse være betydelig mindre enn i Tromsø.

Fast lønn eller privat praksis

Et av de største problemene i dagens allmennmedisin er den store variasjonen i økonomiske rammebetingelser ved utøvelse av kurativ legearbeid. Ytterpunktene er avtaleløs

praksis og fast lønn. Norske allmennleger er derfor ikke i samme båt. Staten har et klart ønske om en hovedmodell for hele landet basert på privat praksis og normaltariff. Fast lønn skal være unntaket. Legeforeningen er ikke uenig i dette. For leger i små distriktskommuner og utdanningslegene er det likevel viktig med et reelt fastlønnsalternativ.

Foreløpig kjenner vi ikke de økonomiske rammebetingelsene i en framtidig fastlegeordning, men de bør bli bedre enn i dagens driftstilskuddspraksiser. Dersom økonomien styrkes er det grunn til å tro at flere leger vil velge en eller annen form for privat praksis, også i små kommuner. Den store gevinsten ved privatiseringen av legetjenesten er at kommunelegene blir frigjort fra kommunal detaljstyring. Privatiseringen av kommunelegestillingene i Tromsø (19,4 årsverk) ved starten av fastlegeforsøket gav alle legene tilnærmet like rammevilkår. Dette var en viktig forutsetning for dannelsen et aktivt og vel fungerende legeråd/legeforum. Det skal likevel ikke stikkes under en stol at flere leger syns overgangen fra fast lønn til privat praksis var hard. Det er derfor viktig at man vet hva man begir seg inn på når legetjenesten privatiseres.

Mitt tredje råd er derfor:

• *Søk kunnskap om drift av privat praksis*

Akademikernes Fellesorganisasjon (AF) har gitt ut flere nyttige hefter til bruk ved etablering av egen praksis (13,14). Her får du råd om selskapsform, beregning av inntekter, likviditet, regnskapsregler, arbeidsgiveransvar, forsikringer, risiki med mer. Den beste kunnskapskilden er likevel allmennleger som allerede driver privat praksis i en kommune som likner den du selv arbeider i. Gjennom samtaler med andre leger vil en rekke teoretiske problemer avdramatiseres, og du vil få praksisråd om etablering og drift som det ikke er lett å lese seg til. Mange veletablerte leger vil også ha stor nytte av at yngre leger tvinger dem til å reflektere over drift av egen praksis. Etablerte rutiner bør stadig evalueres og justeres.

Gruppepraksis med faglig og økonomisk fellesskap stiller meget store krav til forpliktende og tillitsfullt samarbeid mellom legene. Skriv derfor en detaljert kollegial samarbeidsavtale i gode tider, som tar høyde for håndtering av krisesituasjoner. Det tar flere år å bygge opp en god allmennlegepraksis, men kort tid å rive den ned. Sett deg godt inn i normaltariffen. Underforbruk av takster har gitt store inntektstap for mange tidligere kommuneleger i Tromsø.

Etter min oppfatning vil privat allmennpraksis være den naturlige driftsformen i alle kommuner med mer enn 8.000 innbyggere. Det vil si at legene har avtale med kommunen, eier eller leier lokalene, ansetter hjelpepersonell og er

ansvarlig for utstyr, inventar og driftskostnader. I slike kommuner bør man forvente at investering i egen praksis vil lønne seg ved senere salg. For kommuner med mellom 8.000 og 4.000 innbyggere vil sannsynligvis mange leger ønske en form for prosentavtale med kommunen. Kommunen er da vanligvis ansvarlig for lokaler, utstyr, inventar og hjelpepersonell, mens legene holder medisinske forbruksvarer. I kommuner med mindre enn 4.000 innbyggere vil prosentavtale eller fast lønn være de naturlige alternativene. De framtidige utdanningsstillingene i allmennmedisin bør også ha fast lønn som hovedalternativ helt fram til fullført spesialistutdannelse (15).

Skal fastlegeordningen starte den oppturen vi nå trenger i vårt fag, må fastlegeavtalen bli så god at en livslang yrkeskarriere i allmennmedisin blir minst like attraktiv som arbeid på sykehus.

Lykke til med forberedelsene!

Referanser:

1. Steinert S. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Sluttrapport i etter 3 forsøksår. Tromsø kommune 1996
2. Aarseth HP. Arbeidsmiljøloven gjelder også for leger. Tidsskr Nor Lægefor 1998; 118: 3532
3. Ot prp nr 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)
4. Stortingsmelding nr 36 – Røysler med lova om helsetenesta i kommunane
5. Aarseth HP. Primærlegetjenesten i krise – hvem har ansvaret? Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 401
6. Brekke M, Steinert S. Fastlegeordningen – populasjonsansvarets faglige innhold må defineres. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3402
7. Hetlevik I, Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægefor 1999; 24: 3547
8. Brekke M, Steinert S, Bakke HK. Krisetid er mulighetenes tid – rekrutteringen må sikres under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægefor 1999; 119: 3722
9. Fagutvalget i Aplf. Hvem, hva, hvordan. Alment praktiserende lægers forening, 1998
10. Malterud K, Steinert S, Mo TO, Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægefor 1995; 115: 2406-11
11. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægefor 1996; 116: 2573-6
12. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning – evaluering av forsøk i 4 kommuner. Arbeidsforskningsinstituttet 1996, Oslo.
13. Irgnes OM. Etablering av egen praksis. AF 1994, Oslo
14. Haraldsen T. Håndbok – etablering og drift av egen praksis, Akademikene 1998
15. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet – nedtur eller ny giv. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 1: 11