

Etablering av legepraksis

Jan-Ivar Kvamme,
lege dr med MPH
Spesialist i almenmedisin
og samfunnsmedisin
Ringerike Medisinske
Senter

Syv ganger har jeg etablert praksis i mine 35 år som primærlege: tre ganger solo-praksis og fire ganger gruppepraksis. Mitt liv som lege er delt i to: vel tyve år i Alta i Finnmark med to solopraksiser og to gruppepraksiser og resten på Ringerike. Jeg har blitt bedt om å legge frem noen erfaringer og refleksjoner med utgangspunkt i disse etableringene. Mer spesielt vil jeg omtale Ringerike Medisinske senter som ble åpnet 3. januar i år. Mitt håp er at noe kan ha generaliseringsverdi.

Solopraksis

De fleste primærleger i Norge arbeider eller har arbeidet som enelege. Jeg har selv vært solopraktiker i 16 år. Denne praksisformen har hatt mange fordeler. Vi primærleger er ofte einstøinger som liker å bestemme over egen arbeidssituasjon. Praksisen er relativt lett å etablere og enkel å drive. Forholdet til pasientene blir nært og medarbeidere og lege inngår i nært samarbeid.

Jeg tror imidlertid at denne arbeidsformen ikke har fremtiden for seg. Der er mange trekk i utviklingen som motarbeider denne praksisformen: den faglige utviklingen, den faglige og sosiale isolasjon, de økte driftskostnadene og byråkratiseringen knyttet til regnskap og skatt. Fastlegereformen vil i tillegg gjøre enelegen svært bundet til å være til stede i sin praksis.

Personlig ville jeg funnet det uforsvarlig å etablere meg som enelege, og vil heller ikke råde andre til å gjøre det.

Gruppepraksis offentlig regi

I Finnmark startet vi planleggingen av en ny primær helsetjeneste i 1968. Den gang var det statlige distriktsleger og utbyggingen av både sykehus og primærhelsetjeneste syntes å bli på samme forvaltningsnivå, nemlig i fylkeskommunen. Vi mente at den beste utviklingsmodellen var etableringen av gruppepraksiser i offentlig regi i integrerte helsesentra. Primærlegene skulle være fastlønnete.

Mye har endret seg siden. Vi fikk kommunehelseloven i 1984 som la ansvaret til primærkommunen. Mange steder har kommunene etablert og drevet gruppepraksis. Det er mange årsaker til at dette ikke har vært vellykket de fleste steder. Primærkommunen har ofte ikke hatt sans for primærlegetjenestens egenart og krav. Den politiske styring har blitt for komplisert og detaljert. Kommunene kan ikke i dagens system gi primærleger på fast lønn lønninger og arbeidsforhold som er konkurransedyktige med det leger oppnår på sykehus. Derved taper kommunene i konkurransen om legene.

I Alta ledet jeg byggingen av et integrert helsesenter som rommet hele helse- og sosialtjenesten i kommunen. Legesentret som hadde plass for 10 leger var en del av en større helhet på til sammen ca 6000 m². Det åpnet i 1977 og har således vært i drift i vel 23 år. Alta helsesenter har vist en stor vitalitet og evne til faglig utvikling.

Jeg hadde den faglige ledelse av sentret i de første åtte årene. Erfaringene allerede da var nok at det var for stort som en primær-

i fastlegereformens rike

medisinsk enhet. Administrasjonen ble for tungrodd og driften for avhengig av entusiastiske leger. Fastlegereformen vil sannsynligvis ytterligere komplisere drift og lege-rekruttering. Hvis man ikke setter inn virkelig radikale stimulerings tiltak, vil de helsesentrene som er bygget i utkant-Norge, og spesielt i Nord-Norge, få store driftsproblemer.

Erfaringene fra Altaprojektet har jeg publisert i en egen evalueringsrapport (1). Det vises til denne.

Gruppepraksis i privat regi

I januar i år åpnet vi et nytt lege- og tannlegesenter på Ringerike. Vi har plass til åtte leger og tre tannleger. Seks leger har kommunalt driftstilskudd. I tillegg er det en turnuskandidat. Vi eier bygget sammen i en juridisk atskilt enhet og driver legesentret som et aksjeselskap hvor alle de faste legene er aksjonærer. Legene har sin selvstendige praksis i sentret.

Vi har mange ganger fått spørsmål om det ikke er for risikabelt å etablere seg på denne måten i den uryddige fasen før fastlegereformen. Vi vet at helsetjenesten i Norge er avhengig av en godt fungerende primærhelsetjeneste. I tillegg har vi stolt på at Legeforeningen klarer å forhandle seg fram til løsninger som vi kan leve med.

Hva ville skjedd dersom vi ikke etablerte oss? Fem av oss var i et senter med uhensiktsmessige og gamle lokaler. Det var for trangt og uhensiktsmessig for pasienter, leger og personell. To av oss hadde vært solopraktikere i 15–20 år. Planen var å åpne samtidig med at fastlegereformen ble innført. Sentret ble ferdig i tide, men ikke reformen.

Etableringen av en legegruppe er en lang og omstendelig prosess. En utsettelse ville ført til at gruppen ble oppløst. Hvis man ønsker etablering av gruppepraksiser i Norge, bør det snarest skapes sikkerhet i primærlegene fremtidige arbeids- og lønnsforhold.

Er det for kostbart å etablere seg?

Et springende punkt er kostnadene ved nyetablering. Vi har lagt vekt på å få et vakkert, moderne og hensiktsmessig bygg med høy kvalitet. Vi er i praksis ti eiere. Bygget er på nesten 1100 m² og byggekostnadene har vært ca kr 17 mill, dvs

ca 1.7 mill kr på hver lege. Det er kjøpt nytt inventar, møbler og utstyr for 3 mill kr. Hvem ville reagere om en lege bygget et bolighus til 1.7 mill med kr 400 000 til inventar, møbler og utstyr?

Skal vi få bygget ut en stor nok, og faglig attraktiv primær legetjeneste med høy kvalitet i årene som kommer, må vi bygge mange slike medisinske sentra rundt om i landet. Dette krever forutsigbare og tilfredsstillende økonomiske ordninger.

Er en gruppepraksis på 8 leger for stor?

Det er i vårt land alminnelig enighet om at den mest hensiktsmessige gruppepraksisstørrelsen er 4–5 leger. Erfaringene mine fra Alta helsesenter med inntil åtte leger i praksis samtidig, tydet på at presset på resepsjon og venteværelse ble for stort. På den andre siden fikk man en god utnyttelse av fellesfunksjoner som resepsjon, laboratorium, skiftestue, personell og flere om å dele investeringene til drift av kostbart utstyr som datasystem, laboratorium o.a.

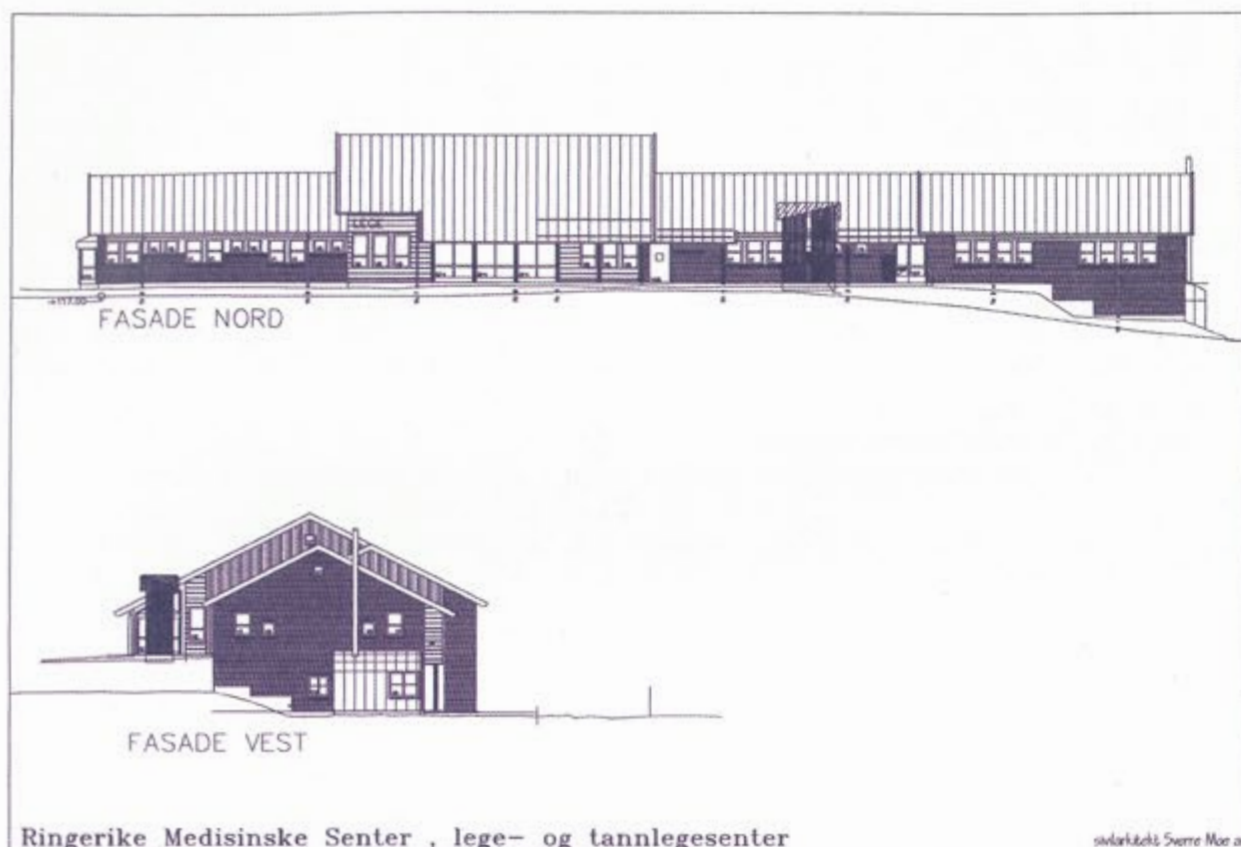
Ved Ringerike Medisinske senter har vi løst dette planmessig ved å dele praksisen i to enheter, hver på fire leger. Hver enhet har to venteværelser. Korridorene er rommelige og lyse. Foran hvert legekontor er det plass til en pasientstol. De ventende pasientene er spredd over et større, men oversiktlig område. Det er felles resepsjon, laboratorium, skiftestue og kirurgi. Datasystemet tillater hver lege å gi kontrolltimer til sine pasienter. Derved lettes presset mot resepsjonen. Det vises til tegning.

I tillegg har vi lagt stor vekt på at fellesrommene er trivelige med god plass. Peis – som blir brukt – er en viktig trivselsfaktor. Vår felles lunsj tilberedes på huset. Det er en god faglig og sosial møteplass. Renhold av klær foregår i vårt eget lille vaskeri.

Erfaringene så langt tyder på at vi ved hensiktsmessige planløsninger og organisasjon kan utvikle litt større enheter som driftøkonomisk er bedre enn mindre enheter.

Midlertidige løsninger

En gruppepraksis er en levende organisme som trenger tid til å utvikle seg. Gruppedannelsen må forberedes og struk-



turer utformes og innarbeides. I Alta ble dette gjort ved å etablere Alta midlertidige helsesenter som var i drift fire år før vi flyttet inn i det permanente helsesenter. På Ringerike har vi også hatt et midlertidig legesenter som var i drift tre år før vi åpnet vårt nye senter.

Jeg tror disse midlertidige løsningene kan være avgjørende for drift av de mer permanente løsninger. Det er lettere å korrigere når alle legene får de samme erfaringer. Konsensus oppnås hurtigere når man har muligheter for å erfare løsninger som er definert midlertidige. Ikke minst gjelder dette planløsninger, forberedelse til ansvarlig budsjett og rettferdige økonomiske oppgjørsordninger.

Hver lege har fått beholde sitt særpreg

I en gruppe slipes man. De verste kantene og uvanene blir borte etter hvert. Gjennom en lang plan- og byggeprosess hvor alle viktige avgjørelser har vært flertallsavgjørelser, har vi lært hverandre å kjenne. Vi er også blitt trent opp til ansvarlighet for egne avgjørelser. Kostnadene tas fra vår felles kasse. Samtidig er det viktig at hver lege får beholde sitt særpreg. Alle legene har like store kontorer med samme plassering av vinduer, dører, lys og våtpunkter. Tidlig i byggeprosessen gjorde vi ferdig et modellkontor. Etter det var det opp til den enkelte lege å utforme og utstyre sitt kontor. Legekontorene avspeiler forskjellene mellom legene.

I Alta var det «det offentlige» som satte grenser og betalte. Ansvar ble ikke det samme og det var lettere å distansere seg og skylde på et «det». Planløsninger og utstyr måtte i større grad standardiseres.

På Ringerike synes vi å erfare dette har økt trivselen for legene i senteret.

Faglig utvikling

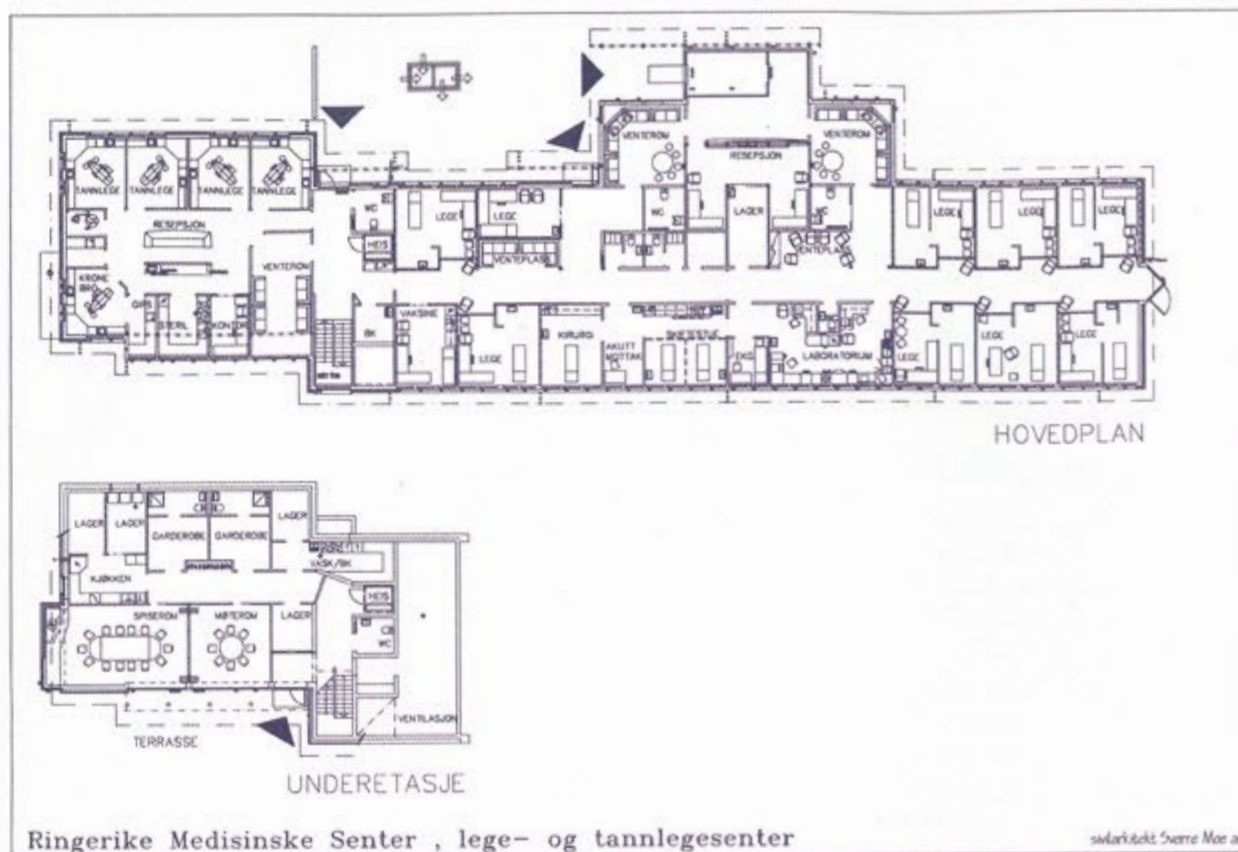
Faglig utvikling og fellesskap kommer ikke automatisk ved at primærlegene flytter inn under samme tak. Det krever felles disiplin og utholdenhet dersom vi skal lykkes.

Vi forsøker å kalle på hverandre når vi ser spesielle sykdomsbilder, eller når vi har problemer hvor vi trenger kollegial hjelp. En ettermiddag hver annen uke har vi strukturert fagmøte. To av legene har ansvaret for dette.

Kommunikasjon innad

Det er viktig med kommunikasjon innad i gruppen. Samtidig må gruppepraksisen ikke kaste bort tiden i for mange møter. Møtene må være korte og vel forberedte.

Vi har et personalmøte for leger og legesekretærer på en halv time en dag i uken i tre uker. Den fjerde uken har legene og



legesekretærene separate møter. Det er alltid sakliste og det skrives referat.

Kommunikasjon utad

En gruppepraksis bør utad fremstå som en enhet. Nødvendig informasjon må gis til pasienten.

Vi har engasjert en designer som har utformet logo, brev, papir, informasjonsbrosjyrer og innvendig og utvendig skilting. Hun har også ansvaret for utseende av vårt informasjonsblad til pasientene, RMS-nytt, som kommer ut noen ganger i året. Her skriver vi om legesentret, nytt utstyr og behandlingstilbud, nye ansatte og permisjoner. Det er viktig at vi informerer våre kunder.

Administrasjon

Det er lett å undervurdere de administrative oppgavene. Dette arbeidet må honoreres minst like godt som pasientrettet arbeid. Dette arbeidet må læres og prioriteres.

Vi har valgt følgende modell: Høyeste myndighet er legemøtet hvor alle legene deltar. En av legene er daglig leder. Han har avsatt fire timer pr uke til administrativt arbeid. Dette honoreres som tverrfaglig arbeid i normaltariffen. I tillegg har vi tre ledende legesekretærer med hver sitt hovedansvarsområde: en for personell, en for bestilling og lager-

hold og en for regnskap. Disse har to ekstra lønnstrinn. Sammen har de fire et helhetlig administrativt ansvar. Administrasjonsmøte på maksimalt en time har vi en gang i uken..

Hva med framtiden?

Den primære helsetjeneste er nå nede i en bølgedal. Det er uttalt frustrasjon og følelse av usikkerhet. Rekrutteringen har kanskje aldri vært dårligere. Forhåpentligvis er bunnen nådd.

Viktige avgjørelser for framtiden blir tatt i de nærmeste måneder under utformingen av fastlegereformen.. Vi regner med at både staten, kommunen og legeforeningen er seg sitt ansvar bevisst når de når skal gi avgjørende bidrag til utformingen av den fremtidig primære helsetjeneste i Norge. Det er å håpe at pessimisme kan vendes til optimisme, og at motløshet kan erstattes med framtidstro slik at flere kan få lyst til å etablere gruppepraksis for primærleger i vårt land.

Referanse:

Kvamme, J-I. Reformer i distriktshelsetjenesten – eksperiment og analyse.

Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning.

Rapport nr 3. – 1978.