

Det kostar å drive krambu

VED FRODE FORLAND

Klede skapar folk, heiter det i eit ordtak. Det er ikkje berre det at ein ser annleis ut i fine klede, på eit vis kjenner ein seg og annleis, og truleg opptrer ein ulikt etter korleis ein kler seg. På same vis har eg tenkt at den måten legen får betalt for sitt arbeid, påverkar korleis han opptrer, kva prøver som blir bestilte, kor lang tid han brukar på pasientane og kanskje også korleis han kjenner seg. Betalingsordning skapar praksisprofil, var min hypotese.

To metodar har eg brukt for å prøve denne hypotesen.

Først å samanstille det som finns av vitskaplege artiklar om dette emne i verds litteraturen – altså lage ein Cochrane – oversikt for å prøve å finne ut kva andre har funne ut før om denne problemstillinga. Ideen bak ein Cochrane – oversikt er at ein ved omfattande litteratursøk, eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier for studiar som skal inngå i oversikten, og til slutt ved kritisk vurdering av dei, kan finne fram til den beste tilgjengelege kunnskapen om det aktuelle emne. Altså bruk av ein mest mogleg objektiv metode med strenge krav til forskingsdesign og vitskapleg stringens for å finne svar.

Metode nummer to var å gjennomføre eit eksperiment, som mange norske legar har gjort dei seinaste åra, nemleg å gå over frå arbeid i eit fastlönssystem til arbeid i eit stykkpris/ fastlege-system. Eg ville samanlikne min eigen praksisprofil ved arbeid som lege i to ulike avlønnningsordningar. Altså ei særdeles subjektiv vurdering av kvalitativ art, med n = 1, meg sjølv.

Mange har sagt mykje om dette før – og for eitt år sidan vart som kjent heile betalingssystemet for norsk allmennmedisin lagt om. Men kva visste vi om effektar av dette på legars praksis? To nyskjerrige, Ivar Sønbø Kristiansen og underteikna spurde vårt dåverande departement SHD i god tid før omlegginga kva dei visste om effekten av ei slik endring for legars praksisprofil. Ville kvaliteten bli betre, ville ordninga generere meir kostnader, ville legane bli meir nøgde? Dette veit vi lite om i internasjonal samanheng, var svaret, men vi har gjort ein del erfaringar frå dei fire forsøkskommunane – Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Årnes. (1,2,3) Men SHD var interessert i å få vite meir, difor fekk vi litt midlar til å gjennomføre ein systematisk oversikt over temaet.

Metode

DEL I

Vi tilbaud oss å saumfare verds litteraturen på området, og meldte inn spørsmålet til Cochrane- gruppa som ser på kva som påverkar legars adferd. (CE-POC – Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group). Vi blei då sette i kontakt med ei forskargruppe i Manchester og Leeds som hadde meldt inn interesse for same problemstilling. Dette var spennande – fem andre nyskjerrige i England var opptatte av nett same problemstilling! Her kunne vi samarbeide. Etter ein del telefon- og e-post kontakt, møttest vi i Manchester for å bli samde om ein felles protokoll for prosjektet. Dei fleste var tilknytta Manchester Primary Health Care Research Unit, og fleire hadde helseøkonomi som sitt spesial-

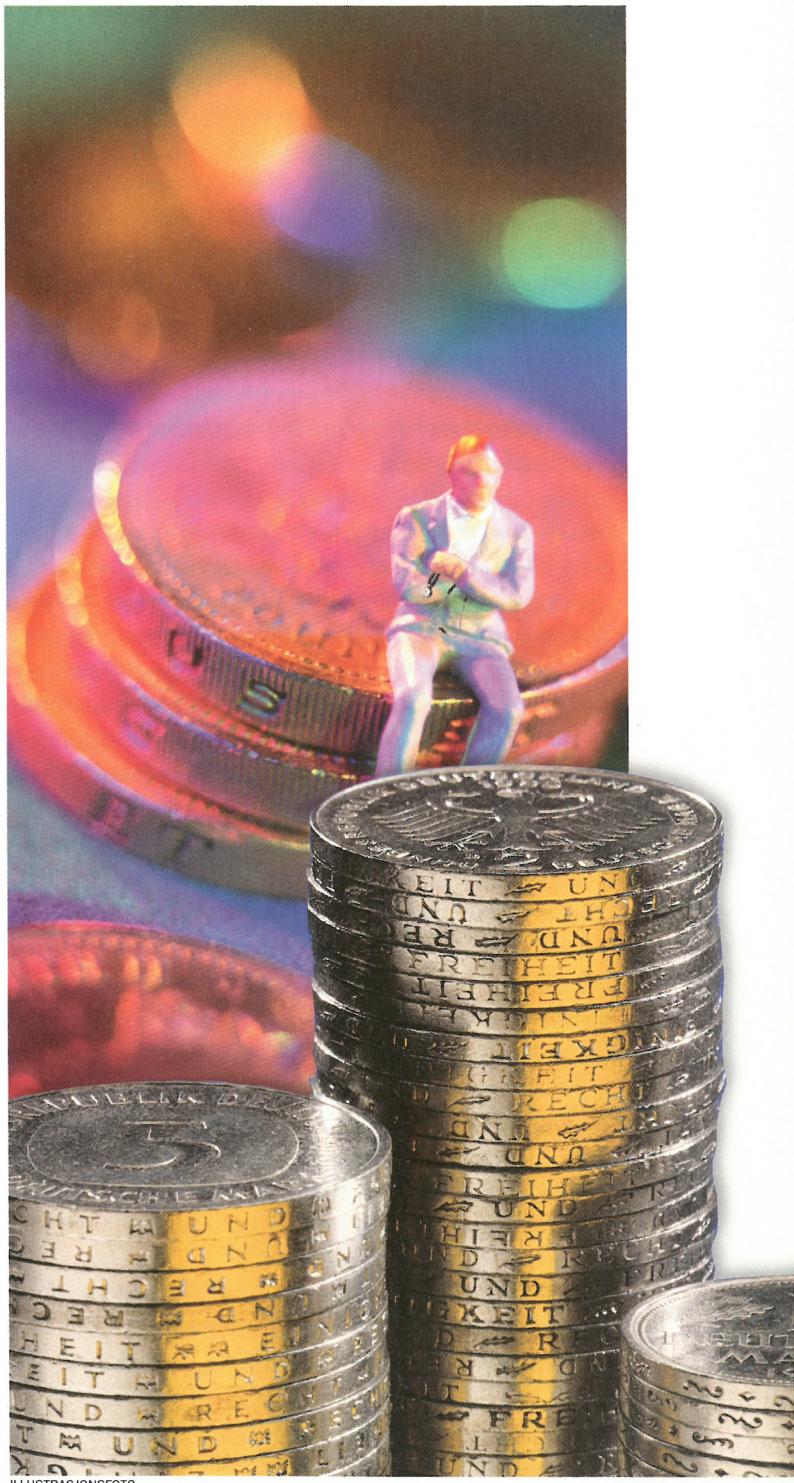
felt. I tillegg til dei spørsmåla vi kom med, vart problemstillinga utvida til også å gjelde effekten av bruk av målretta takstar, for å påverke legeadferd. Vi ønskete å sjå på studiar som vurderte effekten av ulike avlønningar for legar definert etter følgjande variablar: fast løn, stykkpris, per capita betaling eller kombinasjonar av desse. Vi var interesserte i utfall som henvisningsrutiner, antall pasientar per dag, forskrivningsrutiner, sjukemeldingar, innleggingar i sjukehus og trivsel for legen mm.

Kort fortalt fordelte vi så arbeidet mellom gruppene i Norge og England. Vi fekk profesjonell bibliotekarhjelp og søkte alle aktuelle databasar for tre typar studiar, randomiserte kontrollerte forøk, tidsseriar og kontrollerte før- og etter-studiar. Studiar med anna design blei utelukka etter råd frå Cochrane-redakørane. For fulltekst oversikt over metode, resultat og referansar viser eg Cochrane-biblioteket og ein artikkel i Journal of Health Service Research. (4,5,6)

DEL II

Sjølv etter å ha laga ein systematisk oversikt over litteraturtilfanget for den aktuelle problemstillinga, kjende eg at vi ikkje hadde fått eit fullgoda svar på spørsmåla våre. Mange studiar måtte forkastast i arbeidet med litteraturgjennomgangen, helst pga for dårlige metodar, manglende kontrollgrupper, manglende oppfølging av inkluderte forsøkspersonar, eller ofte pga at studiane ikkje skildra kva metodar som var brukte.

Motstykket til generalisering gjennom store studiar og mange inkluderte, er på eit vis den subjektive erfaring for den enkelte. Kva kunne denne vere verdt i ein slik samanheng? Eg tillet meg difor å kalle dette siste eit eksperiment med meg sjølv som forsøksperson. Forsøkspersonen har arbeidd i om lag 9 år som kommunelege i Vest-Telemark på fast løn. Han er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, og har sidan 1995 i hovudsak arbeidd i det statlege helsebyråkratiet, men han har hatt ein del legevakter og kortare vikariat ved ulike bydelslegekontor i Oslo. Våren 2001 var han igjen ute i allmennpraksis som vikar i eit halvt år ved eit legekontor i Oslo. Han visste ikkje at dette var eit eksperiment korkje då han arbeidde i Telemark eller i Oslo, og den



ILLUSTRASJONSFOTO

som leia eksperimentet visste heller ikkje kven forsøkspersonen var, såleis kan designet for dette eksperimentet seiast å vere ein dobbelt blind retrospektiv før- og etter studie utan kontroll!

Kva fann vi med Cochrane-metoden?



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Å få tak i – og saumfare alt som er skrive i verda om eitt tema er ikkje lett. Det er det ambisiøse målet til dei som lagar og vedlikeheld systematiske oversikter i Cochrane-nettverket. Når ein søker i bibliografiske basar opnar ein først opp søket med mange aktuelle og beslektta sökeord og mesh-termer for å vere sikker på at ein får med seg «alt». Neste runde vert å avgrense søket ut frå dei treff ein først har gjort, for å få tak i det som er relevant når det gjeld innhald og det som er av god nok kvalitet når det gjeld metode. Dette er bibliotekfagleg spesialarbeid, viktig og ofte undervurdert. (Gjennomgang av det som er gjort før, burde vere eit obligatorisk krav før ein startar opp nye studiar med offentleg finansiering).

Vi fann om lag 5000 studiar som kunne vere aktuelle i første runde, etter siling på innhald og metodar, sat att med ca 350 studiar som vi framskaffa i fulltekst. Gjennomgang av desse med kritisk blikk gjorde at vi så sat att med ca 30 artiklar som verka å vere aktuelle innhaldsmessig. Etter å vurdert dei kritisk etter våre inklusjons- og eksklusjonskriterer, fann vi berre 6 aktuelle artiklar som kunne innlemmast i vår oversikt. To artiklar refererte frå same undersøking som to andre. Vi sat altså att med totalt 4 studiar som innhaldsmessig og metodisk heldt mål.

- Vår hovudkonklusjon i oversikten blei såleis at det er få gode studiar som kastar lys over den aktuelle problemstillinga. Nokre samanhengar kunne vi likevel gje retning om:
- Dei som arbeider med stykkpris har høgare turnover (ser fleire pasientar pr dag) enn dei som arbeider på fastløn eller med per capita-avlønning
 - Dei som har stykkprisfinansiering har større kontinuitet og flere kontrollar i behandlingforløpet enn dei som er på fastløn eller som har per capita-avlønning
 - Pasientane er meir nøgde med tilgjengeligheten for legar på fastløn enn på stykkpris
 - Legar på stykkprisfinansiering henviser fleire til spesialist og andre utredningar, men færre til sjukehusinnlegging samanlikna med legar som har per capita-avlønning

Dei fire inkluderte studiane omfatta 640 primærlegar. Det var betydeleg variasjon i setting og utfallsmål for studiane

og langtidseffektane er usikre. Vi fann ingen dokumentasjon som kunne seie noko om helsetilstanden til pasientane sett i forhold til legar i ulike avlønningsystem.

Oppdatering av den systematiske oversikten skjer i desse dagar, og har tilført lite nytt.

Kva fann vi med eksperiment-metoden?

Det store spørsmålet som reiste seg var kva data kunne eg finne tak i – frå før og etter introduksjon av nytt betalings-system, når eg no sit over eitt år etter den siste eksperiment-perioden og skal skrive dette? Mitt arbeid som kommunelege i Telemark var i stor grad frå før datajournalen si tid. Tida til å leite gjennom gamle hand- og maskinskrivne journalnotat var avgrensa. Timebøkene lagra vi lenge. Ein telefon til Telemark, «jau dei ligg godt lagra i låst skap.» Eg starta ut med timeboka frå 1995. Winmed var datatasystemet frå legekontoret i Oslo. Her var det greitt å ta ut rapportar både om sjukmeldingsdiagnose, reseptforskrivingar, og eg fekk god oversikt over pasient-turnover i forhold til ulike kontaktformer og økonomi i praksisen.

Eitt av dei store og vanskelege metodiske spørsmåla vi måtte vurdere i samband med Cochrane-oversikten var i kor stor grad ein kunne generalisere ut frå resultata i dei studiane vi fann. Det er ein kjent kritikk mot systematiske oversikter at ein blandar epler og pærer og konkluderer som om det var plommer. Var det i det heile tatt mogleg å samanlikne funn frå ein landsens praksis i Telemark med ein travel bypraksis i Oslo. Kritisk kunne ein hevde at den einaste relativt stabile variabel var forsøkspersonen og at eg begge stader jobba i ein tolegepraksis.

Med dei følgjande ulike faktorane kjente, ville eg likevel sjå om det var noko ein kunne isolere som moglege effektar av avlønningsordning:

Telemark	Oslo
Relativt god legedekning ca 1000 pr lege	Stor pasientpopulasjon ca 2000 pr lege
Lange avstandar til lege	Kort veg til lege
Lang veg til sjukehus	Kort veg til sjukehus
Ikkje apotek i kommunen	Mange apotek i kommunen
Normal alderspopulasjon	Bydel med mange eldre
Kjente dei fleste pasientane	Kjente ikkje dei fleste pasientane
Fastlønnssystem	Stykkipris/ fastlegeordning

Kva fekk eg ut av å samanlikne registreringar?

Det var ikkje så mykje å få ut av dei enkle registreringane som kunne gjerast utan å gå djupare inn i journalmaterialet. Men ut frå timebøkene i Telemark og registreringane i Winmed i Oslo, kan følgjande oppsummerast:

Pasientar etter kontaktform

	Konsultasjon	Enkel pasientkontakt	Sjukebesøk	N	Dagar
Telemark	640–67,7%	290–30,7%	15–1,5%	945	53
Pasienter pr dag	12	5,5	0,3		
Oslo	1976–81%	461–18%	8–0,3%	2445	96
Pasienter pr dag	21	4,8	0,01		

Registreringa frå Telemark er gjort våren 1995. Registreringa frå Oslo er gjort våren 2001.

Telefonkontakt og øyeblikkleg hjelp knytta til legevaktsarbeid er ikkje med i denne registreringa. I Telemark var det avsett ein time midt på dagen til telefonkonsultasjonar. I Oslo vart pasientar i hovudsak oppringt etter at dagen var til ende.

Det er tre hovudtrendar i denne samanlikninga:

1. Eg såg færre pasientar dagleg då eg arbeidde på fast løn. Kanskje skuldast dette mest at det var færre pasientar knytta til praksisen, og at den daglege tida avsett til pasientkonsultasjonar var noko kortare i Telemark. Truleg var tanken på dagsoppgjøret ein stimulans til å sjå fleire pasientar i min Oslopraksis.
2. Det var ein markant mindre andel enkle pasientkonsultasjonar i min stykkprispraksis. I begge praksisane var det kompetent hjelpepersonell i omlag same stilningsprosent. Det er rimeleg å tru at det kan vere økonomiske årsaker som er grunnen til dette.
3. Det var færre avtalte sjukebesøk i kontortida i stykkprispraksisen enn der eg jobba på fastløn. Det kan vere lokal tradisjon og rutiner for organisering som påverkar dette, men igjen er det rimeleg å tru at denne skilnaden også kan ha med betalingsordning å gjøre.

Kva kjende eg på kroppen?

Eg tillet meg også eit avsnitt der eg meir ope og utan tal og anna registrering prøver å reflektere over korleis dei ulike betalingssistema påverka meg og mitt arbeid som allmennlege

Eg reknar meg som ein normalt ansvarsmedviten og rettskaffen borgar. Eg har ikkje valt legeyrket primært ut frå ynskje om å tene mykje pengar, men heller ut frå faglege og idealistiske årsaker. Mi drivkraft og min inspirasjon i allmennpraksis har vore å kunne vere til hjelp for dei som kjem inn døra og legg sine store og små problem fram for

meg i tillit. Eg startar med denne innleiinga fordi eg merka at det å arbeide med eit taksthefte oppslått på pulten, eit pengeskrin i skuffa på kontoret og oppgjer med hundrelappar i handa mange gonger i timen påverka meg som lege. Kanskje er dette berre ein nybegynnars effekt? Kanskje er det slik at ein best kan setje ord på endringane når dei er ferske?

Som det går fram av registreringane over, såg eg mange fleire pasientar dagleg i mitt arbeid i Oslo enn eg gjorde i Telemark. Eg henviste og prosentvis fleire vidare til utredningar og undersøkingar i Oslo, mest fordi tilboda var lettare tilgjengelege, avstandane korte og ønskje om spesialistvurdering meir uttalt enn i Telemark. Det blei t.d. stadig reklamert om time på dagen på Rtg og CT frå dei private Rtg-instituttene. Det blei gjort mykje mindre småkirurgi og undersøkingar som rectoscopi, endocyt, biopsiar og glucoselastning. Eg hadde hyppigare kontollar for kronisk sjuke og blodtrykkspasientar mm. I stor grad gjekk eg inn i den opparbeidde praksisprofilen der eg vikarierte og tilpassa mi arbeidsform til dei lokale systema og rutinene etter beste evne.

Spørsmåla som eg stiller meg når eg i ettertid samanliknar min arbeidsform er; kor jobba eg mest, kor jobba eg best – uavhengig av kor eg såg flest?

Alle har ein liten grønn ein som sit bak øyre og tel pengar sa min tidlegare sjef. Og eg kjente at han klødde meg godt, og hadde nok å gjøre der bak øyre. Det hendte at når konsultasjonen blei avslutta etter 19 min, så let eg taksemeteret gå ei lita stund til – så var det plutselig 120 til i kassa. Det var vel knapt alle tympanometrimålingane som var strengt talt indiserte – eg kunne nok ha klart meg med Ziglers trakt eller eit blikk stundom. Kva med andre takstgenererande prosedyrer? Når skulle det førast eigen takst for samtale for medfølgjande pårørande? Alle trygdeskjema som eg før oppfatta som tungt papirarbeid og alltid låg på etterskot med, fekk brått ein ny verdi – nemleg pengeverdi. Sjukmelding 2 var jo reine gullgruva, med journalopplysningar på plass tok det knappe 10 min å fylle inn. Var eg effektiv, kunne dette gjerne gjerast medan pasienten var der og betalte sitt

for konsultasjonen, og eg fekk i tillegg 480 kr for skjemaet. Trygdekontoret er nok nøgd med alle skjema dei får, men kor mykje av det som blei fylt inn og sendt av garde var nødvendige opplysningar for kontroll, rehabilitering og trygdeoppgjer? Telefon og post var viktige arbeidsreiskap i Telemark. I Oslo var telefontida knapp, og flest mogleg blei slusa inn til ein kort øhj. konsultasjon om dei hadde behov for å snakke med lege. Terskelen for å undersøke barn skal vere låg, men ofte kunne gode råd på telefonen gjort nyttent, men det ga dårleg utteljing økonomisk. Lettast var det å få folk innom kjapt på hausten når dei allereie hadde fått frikort. For småting var «Hent i luka» ein sikrare måte å få inn pengar på enn tilsendt giro.

Kven tapar og kven vinn?

Vi har fått eit system der alle er nøgde – både legen, pasienten, trygdeverket og politikarane. Legen tener godt (eg meir enn dobla løna) og har kontroll over eigen arbeidssituasjon, pasientane kjem fort til lege og blir gjerne tatt inn også utanom tur til ein kjapp konsultasjon når dei måtte ønske det, og dei får raskt henvisningar vidare i eit system med etterkvart god kapasitet på mange støttefunksjonar. Trygda er nøgd så lenge dei får sine skjema i tide og politikarane kallar fastlegereformen ein suksess fordi antall ubesette legeheimlar har gått ned.

Dette kunne sjå ut som det mest effektive vinn-vinn spelet i helsetenesta på lenge. Finst det ingen svarteper i dette spelet?

Slik eg ser det, stimulerer dagens ordning til:

- Overforbruk av takstgenererande prosedyrer og undersøkingar
- Overforbruk av unyttige trygdeerklæringer
- Overforbruk av legekonsultasjonar, både som øyeblikkeleg hjelpe og kontrollar
- Overforbruk av legetenester for pasientar med frikort og barn
- Overforbruk av dyre og dels unyttige undersøkingar i andre linje
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og helsestasjon
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstenesta
- Manglande utnytting av samhandlingspotensialet mellom fastlege og sjukehus

Sluttord

I denne artikkelen har eg prøvd å gripe tak i eit problem med to ulike verkemiddel, først ved hjelp av ein systematisk litteratuoversikt, så ved help av observasjon og refleksjon over eigen praksis. Etter mitt syn bør ein så langt som mogleg legge

systematiske oversikter til grunn for beslutningar i helsetenesta. I det aktuelle spørsmålet om korleis betalingsordning påverkar praksis, ga ikkje desse studiane eit fullgodt svar. I alle høve må den kunnskapen ein får fram på denne måten nøyne vurderast i forhold til den røyndomen der den skal brukast, inn mot dei miljø og dei lokale forhold som ikkje er generaliserbare. For å kunne vurdere nyttent av oppsummert kunnskap må ein kjenne praksisfeltet der kunnskapen skal nyttast, og ein må skjønne når også meir lokalt generert kunnskap er gyldig og nødvendig for å fatte rett beslutning.

Etter mi vurdering gjorde eg truleg ein like god jobb som allmennlege i Telemark som i Oslo. Eg såg færre pasientar dagleg, eg genererte færre kostnader i andre ledd. Eg tente mindre og ga pasientane meir tid. Eg hadde høve til eit tett samarbeid med helsestasjon og heimetenester og hadde regelmessige møter med trygdekontoret.

Trass i suksess for fastlegeordninga og mangel på gode studiar om effekt av betalingsordning for legar, er det min påstand basert på ettertankens refleksjon at ordninga er dyr for samfunnet, den set legane på harde etiske utfordringar og den støttar ikkje godt opp under tanken om at folk flest kan ta best vare på ei eiga helse.

Svarteper sit vi sjølve att med både som skattebetalarar og som brukarar av helsetenestene – og ekstrakostnadene er spreidde så tynt utover både på privatpersonar og offentlege institusjonar, at dei vert vanskeleg å oppdage. Fastlegeordninga er etter mitt syn i utgangspunktet god. Det synest og å vere politisk vilje til å betale for ei god primærlegeordning. Det er bra. Eg har peika på nokre område der eg meiner det skjer overforbruk og manglande ressursutnytting i dag. Ordninga er ikkje statisk, den er under løpende evaluering. Det er mi tru at ein kan justere på mange av dei variablane som i dag gjer at økonomien i stor grad styrer praksis.

Referansar:

1. Heen, Hanne, Elin Johnsen, Tone Opdahl Mo, Hilde Lurås (1996): Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo. AFIs rapportserie 2/96.
2. Grimsmo, Anders (1995): Innføring av fastlegeordning i små kommuner? En utredning av legetjenesten i små kommuner i lys av behovet for en fastlegeordning. Samfunnsmedisinsk forskningssenter Surnadal, Universitetet i Trondheim. Rapport 15.11.95.
3. Stortingsmelding nr. 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Sosial- og helsedepartementet.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. In Cochrane Library, Issue 3, 2002, Oxford: Update Software.
5. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. J Health Serv Res Policy. 2001 Jan;6(1):44-55. Review.
6. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. In Cochrane Library, Issue 33, 2002, Oxford: Update Software