

Utpostens
dobbeltime

Tromsøs distrikts- medisinske stemme

Svein Steinert
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Svein Steinert ledet fastlegeforsøket i

Tromsø i 1990-årene, var sentral i arbeidet

med å utvikle den nasjonale fastlege-
ordningen, og bygde opp en fastlege-
praksis fra scratch i ishavsbyen.

Nylig sluttet han i praksisen ved

Skansen legekontor for å ta en leder-
stilling ved Nasjonalt senter for

distriktsmedisin. Fortsatt er han over-

bevist om fastlegeordningens fortreffelighet,

men han understreker at fremtidig suksess beror på en mer offensiv

satsing for å rekruttere unge leger til allmennmedisin i distriktene. Oppskriften hans er klar:

Få på plass utdanningsstillinger.

– Utdanningsstillinger i allmennmedisin er nødvendig og etterspurt. Det er noe vi trenger for å gjøre fastlegeordningen mer attraktiv for nyutdannede leger, sier Svein Steinert som har vært turnusveileder i Troms fylke i åtte år. Han viser vei inn til sitt nye arbeidssted ved Institutt for samfunnsmedisin i medisin- og helsefagbygget ved Universitetet i Tromsø. Den upåklagelige utsikten fra toppetasjen inspirerer til store vyer for faget og fremtiden, og det kan Steinert og hans medarbeidere ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) trenge. For utfordringene står i kø: Rekrutteringen til allmennmedisin har nesten stoppet opp. Bare halvparten av norske allmennleger er spesialister i allmennmedisin, og under ti prosent av legene som er ferdig med turnus har startet sin yrkeskarriere i allmennmedisin. I Danmark, Nederland og Canada rekrutteres til sammenlikning 20 til 30 prosent av unge leger til utdanningsstillinger i allmennmedisin.

UTPOSTEN: *Hvordan vil NSDM arbeide for å styrke norsk allmennmedisin?*

SS: Senteret skal fremme medisinsk forskning, fagutvikling og utdanning i distriktene. Målet er å bygge bro mellom praksis og akademi samt bedre kvalitet, stabilitet og rekruttering i helsetjenesten i distriktene. Konkrete tiltak er å kartlegge behovet for hvilken kompetanse leger i distriktene trenger, og hvilke lønns- og arbeidsvilkår som skal til for at leger søker seg til distriktene og blir der.

Som et nasjonalt kompetansesenter må NSDM drive med forskning og fagutvikling som kan komme hele landet til

gode – og kanskje kan ha overføringsverdi utover landets grenser. Det er ikke godt nok å sette i gang prosjekter som vi tror vil virke. Vi må dokumentere om ting virker, og hvorledes ting virker. For eksempel vet vi lite om hvorvidt leger i distrikt trenger et bredere repertoar av praktiske ferdigheter enn leger i byene. Det er grunn til å tro at mangel på ferdigheter skaper faglig utrygghet, men det finnes så å si ingen forskning på dette området. Forskning og fagutvikling må derfor skje i samarbeid med andre kompetansesentre i Norge samt fagmiljøer i utlandet. Våre naturlige samarbeidspartnere er de allmennmedisinske forskningsenhetene og kompetansesentret for legevaktsmedisin i Bergen. I utlandet samarbeider vi med fagmiljøer i Canada og Australia, to land som står overfor mange av de samme distriktsmedisinske utfordringene som oss.

UTPOSTEN: *Hvilke oppgaver har størst prioritet for NSDM?*

SS: Forskningen vår må styrkes, både på student- og doktorgradsnivå. NSDM satser også på å styrke det nordiske samarbeidet i allmennmedisin. Det skal vi blant annet gjøre ved å påta oss et hovedansvar for Nordisk kongress i Tromsø i 2011. Den siste gangen Norge var vertsland var i 2001, da kongressen ble lagt til Trondheim. Vi ønsker å sette preg på konferansen ved å ta opp temaer som er relevante for distriktsmedisin. For øvrig er NSDM engasjert i arbeidet med å revidere den medisinske studieplanen ved Universitetet i Tromsø – som stort sett har vært uendret siden 1973. Målet er at studiet i Tromsø skal ha en klar distriktsmedisinsk profil i tråd med intensjonene. Hvis ikke dette universitetet



klarer å produsere leger til distriktene, gjør vi ikke jobben vi er satt til. Vi håper også at en ny studieplan i Tromsø med mer vekt på legeutdanning i kommunene vil påvirke landets andre universiteter i samme retning. Også som helsepolitisk aktør spiller NSDM en sentral rolle, blant annet ved å påvirke beslutningstakere til å innse at de største utfordringene i norsk helsestell ikke er å drifte sykehoteller i hovedstaden, men å bidra til en mer balansert bruk av ressurser mellom sentrale og perifere strøk.

Med hjerte for fastlegeordningen

Svein Steinert har vært primus motor i arbeidet med å utvikle fastlegeordningen (FLO) siden opprinnelsen i 1993, den gang Tromsø sammen med Åsnes, Lillehammer og Trondheim ble utpekt som forsøkskommuner. Som prosjektleder i ishavsbyen opplevde Steinert at erfaringene med fastlegeforsøket var så gode at både pasienter og leger ville forlenge ordningen etter prosjektslutt. Som leder av fagutvalget i Aplf (Alment praktiserende lægers forening, nå Allmennlegeforeningen) hadde han en finger med i spillet rundt den nasjonale FLO-prosessen.

SS: Før fastlegeforsøket startet, var det krise i Tromsø fordi vi manglet leger. Mange av dem som var der, flyttet etter kort tid igjen. Med FLO fikk vi bedre stabilitet i legeskorpset. Det samme er tilfelle for de fleste andre byer her i lan-

det. Distriktskommunene, derimot, sliter stadig med rekrutteringen og situasjonen er trolig blitt verre i de siste årene. Det er ikke nok å vite at legestillingene er besatt, vi trenger også data over bruken av vikarer i fastlegehjemlene.

UTPOSTEN: *Mangel på stabilitet er et tema som går igjen i diskusjonen om fastlegeordningen. Hva er grunnen til at FLO svikter?*

SS: FLO som system mangler dynamikken som skal til for å sikre stabilitet og rekruttering. Verken Helsedepartementet, Helsedirektoratet, KS eller Legeforeningen har bidratt nok til å gjøre FLO til en attraktiv karrierevei for unge leger. Vi ser at erfarne leger engasjerer seg for lite i arbeidet med å rekruttere nye fastleger. Hvis FLO fortsetter å stivne til som et system tilpasset de etablerte legene, men ikke de nyutdannede, kan utviklingen bli kritisk. Noen liker å fremstille det som lukrativt at unge leger bare kan kjøpe seg en pasientliste, og dermed «gå til dekket bord». I realiteten går ikke legene til dekket bord når inngangsbilletten er så høy som den er. Og i og med at mulighetene for strukturert veiledning heller ikke er til stede, kan det neppe kalles lukrativt å betjene en stor liste.

UTPOSTEN: *Nylig besluttet Allmennlegeforeningen – etter forslag fra deg og Olav Thorsen i Stavanger – å arbeide for opprettelsen av utdanningsplasser til spesialiteten i allmenntillegener. Målet er*

å tilby leger et strukturert utdanningsløp med konkurransedyktig inntekt, uten at de må binde seg til en fastlegehjemmel. Hvordan kan slike utdanningsstillinger styrke stabiliteten i FLO?

SS: Før fastlegeordningen hadde vi flere fastlønnede stillinger i kommunene. Det gjorde det enkelt for ferske leger å gå inn i allmennpraksis etter turnustjeneste. Disse stillingene fungerte dermed som viktige rekrutteringsstillinger til allmennmedisin. Mange leger startet sin yrkeskarriere der, for senere å gå over i ordinær allmennpraksis. I dag er det nesten ingen slike stillinger igjen Norge. Allerede før 2001 tok fagutvalget i Aplf til orde for å opprette utdanningsstillinger som skulle erstatte den typen rekrutteringsstillinger. Dette var også et sentralt tema under fastlegeforhandlingene, men ideen om utdanningsstillinger ble dessverre aldri realisert.

UTPOSTEN: *Du har uttalt at leger som kan tenke seg å begynne i allmennpraksis, ofte vegrer seg på grunn av høyt prisede pasientlister. Er det mulig å justere systemet slik at det ivaretar interesse til både leger som vil inn og leger som vil ut?*

SS: Hvis de ikke har garantier om en sikker inntekt de første årene, vil unge leger vegre seg mot å ta opp store lån for å finansiere kjøp av en pasientliste eller for å starte på bar bakke med en nullliste. Verken store lister eller nullister fungerer som en egnet gulrot for leger som vil inn i allmennmedisin. Løsningen kan nettopp være å opprette utdanningsplasser i fastlønnende stillinger ved etablerte legesentre. Disse stillingene bør være kommunale, men for at

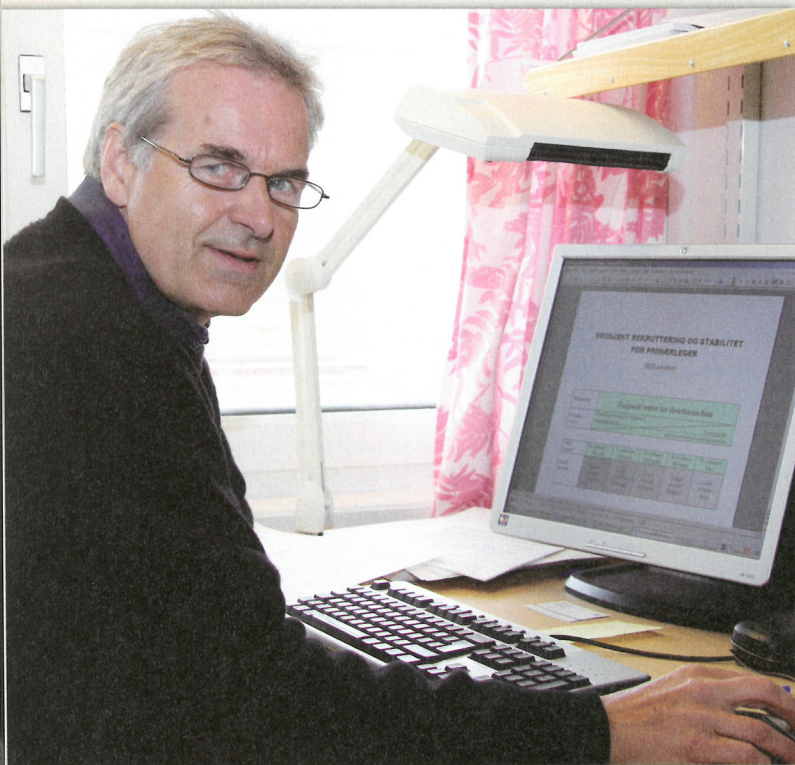
systemet skal bli en realitet er det nødvendig med statlige overføringer. Vi trenger også gode praksislærere som selv er spesialister i allmennmedisin, og som fortrinnsvis har veilederkompetanse. Min alvorligste innvending mot dagens fastlegeordning er fraværet av et bindeledd mellom utdanningskandidatene og de erfarne legene. Jeg mener også at kompetansekravene i kommunehelsetjenesten er for lave. Tidligere var det tilstrekkelig med norsk autorisasjon for å søke en fastlegehjemmel, mens det fra 2006 er innført krav om tre års veiledet tjeneste for å arbeide selvstendig for trygdens regning – i tråd med EØS-direktivet. Debatten rundt dette direktivet illustrerer bare at vi i Norge har problemer med å tilfredsstille minstekravet, og den tydeliggjør at systemet har svakheter. Jeg tror vi ville profitte på å innføre et system som man har i Danmark eller Nederland, der legen må være spesialist for å praktisere selvstendig. Det ville dessuten harmonere med kravet om spesialistkompetanse for å få fast overlegestilling på sykehus. Dette er en sak som fremfor alt Legeforeningen bør jobbe videre med.

UTPOSTEN: *Innebærer forslaget om utdanningsstillinger at fastlønnede stillinger på sikt skal erstatte privatpraksis og selvstendig næringsdrift – eller tar du til orde for en blandingsmodell?*

SS: Jeg ønsker helt klart en blandingsmodell der hovedregelen er at leger under utdanning skal ha fastlønn, mens spesialister er selvstendig næringsdrivende. Hovedpoenget mitt er at leger under spesialisering trenger bedre faglig veiledning enn det de har i dag. De bør også lære om drift av privatpraksis før de selv etablerer seg som spesialister. Vi trenger altså et system der legene lærer faget innenfor trygge rammer, før de blir kastet ut i selvstendig praksis. På enkelte steder vil det imidlertid være behov for å etablere fastlønnede stillinger også for spesialister, dersom man skal sikre stabiliteten og legedekningen i distriktene.

UTPOSTEN: *60 prosent av nyutdannede leger er kvinner, likevel synes andelen kvinnelige fastleger å holde seg konstant på rundt 30 prosent. Hva må til for at FLO skal få draget på damene?*

SS: Dagens fastlegesystem er for dårlig tilpasset kvinnes behov for økonomisk trygghet så vel som faglig utvikling i en etableringsfase av livet. Her gjelder mange av de samme overveielser som for unge leger generelt: frykten for å ta opp store lån og binde seg økonomisk uten å ha gode nok garantier for inntekt, sykepenger eller svangerskapsstønad. Noen oppfatter FLO som en komplisert arbeidsarena fordi det er så mange faktorer knyttet til selvstendig næringsdrift, sammenliknet med sykehusstillinger som utløser fast lønn og forutsigbare ytelser. Men ser man bort fra de rent økonomiske aspektene ved denne problemstillingen, velger jeg å tro at leger flest er mer opptatt av å ha gode faglige vilkår enn å tjene mest mulig penger. Hvis rammebetingelsene for faget blir for dårlige, forsvinner også legene. Det er enkel logikk.





UTPOSTEN: *Har debatten rundt kvalitet og stabilitet i FLO kommet i skyggen av sykehusreformen? I så fall, hva har det ført til?*

SS: Etter 2002 har sykehusreformen fått stor helsepolitisk oppmerksomhet, mens det har vært stille i debatten om å videreutvikle fastlegeordningen. Dette har ført til fravær av nytenkning, endringsvilje og utvikling rundt FLO og norsk allmennmedisin. FLO var ment å være allmennmedisinens rammeverk, men nå frykter jeg at systemet er i ferd med å bli sementert. Det er særlig to forhold jeg sikter til: Det ene er behovet for utdanningsstillinger, det andre er behovet for forpliktende legevaktsamarbeid der hvor det ligger til rette for interkommunale løsninger. Begge disse sakene har vært motarbeidet av KS, av frykt for å bli sittende igjen med regningen. Man har antatt at FLO uten videre ville bli et attraktivt og selvrekrutterende system, men problemet er at man har neglisjert behovet for endringer på viktige områder som utdanning og legevakt. Prisen vi må betale er økt forgubbing av FLO, med fare for sammenbrudd i allmennlegetjenesten dersom vi ikke snarlig tar nye grep. Etter min mening har KS unnlatt å ta på alvor det ansvaret kommunene har for å bli gode arbeidsgivere for allmennlegene og bidra som faglige premissleverandører for

allmennmedisinen. Kommunene burde være aktivt med på å skape attraktive muligheter for utdanning og fagutvikling – men dette skjer i altfor liten grad.

Fremtidstro

Svein Steinert bedyrer at han fortsatt er «fast i troen på fast lege» – som var tittelen på et intervju med ham i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2001. Hans klare meninger om FLO og distriktsmedisin er tuftet på mange års prøvelser som allmennlege i Nord-Norge. Han flyttet til landsdelen og startet legekarrieren i begynnelsen av 1980-årene. Det var en tid da nyutdannede leger valfartet til distrikter og kommuner nordpå, minnes 55-åringen. Legene var preget av fremtidstro og utferdstrang, og Steinert var intet unntak. Da han var ferdig med turnustjeneste i Levanger og Nord-Trøndelag, tok han i 1982 et distriktslegevikariat på Karlsøy i Troms. Han hadde også en sterk tilknytning til landsdelen, ettersom morslekten var fra Kvæfjord utenfor Harstad.

SS: Med røtter i Nord-Norge, var det naturlig for meg å jobbe i landsdelen. Jeg vokste opp på Bekkelaget i Oslo og

tok medisinstudiet i hovedstaden. Da jeg etter turnus fikk tilbud om å prøve meg som distriktslege, var valget soleklart. At jeg valgte distrikt fremfor sykehus, var heller ikke tilfeldig. Det handlet om mer enn bare eventyrlyst. På den tiden var det faktisk vanskelig å få seg legejobb etter turnus. Det var 10–15 søkere til de fleste stillingene i utkantstrøk, og å få jobb som distriktslege var attraktivt. Vi hadde gode lønns- og arbeidsvilkår, og det var stor entusiasme blant ungeleger.

Han priser seg lykkelig over erfaringene han fikk som distriktslege, før den skjellsettende loven om kommunehelsetjenesten i 1984 trådte i kraft. Loven innebar en radikal reform som førte til at distriktslegeembetet over natten ble avviklet. En del av oppgavene ble videreført i den nye kommunelegefunksjonen, men myndighetsforholdene ble nå annerledes. Mens de gamle distriktslegene hadde en statlig forankret faglig myndighet, var de nye kommunelegene nærmest å regne for en degradert kommunal variant i sammenlikning. Da reformen kom til Karlsøy, bestemte Svein Steinert seg for å dra derfra. Han fryktet dårligere arbeidsbetingelser som en ny kommunelegestilling ville medføre.

SS: Å bli kommunelege anså jeg som mindre attraktivt enn å være distriktslege. I tillegg var det flere faktorer som spilte inn. Stor vaktbelastning og fravær av en legevaktsentral var forhold som gjorde legearbeidet slitsomt. Selv om for eksempel arbeid på ambulansebåt var spennende, var ikke det god nok grunn til å bli. Jeg begynte å lese stillingsannonser, og etter hvert falt blikket på Sverige. Der kunne jeg gjennomføre min spesialisering. Det var dessuten lettere å få jobb over kjølen enn det var i Norge, hvor det nærmest var full legedekning.

Flytteturen gikk til Storuman i hjertet av Västerbottens län i den såkalte Lappmarken, Sveriges samiske region. Der gjorde Steinert unna det meste av spesialiseringen i allmennmedisin, med et strukturert utdanningsopplegg som ikke eksisterte i Norge på den tiden.

UTPOSTEN: *Hvordan har årene i Sverige preget deg?*

SS: Oppholdet i Sverige har uten tvil preget min tenkning om utdanning og spesialisering innen allmennmedisin. Jeg innså tidlig at spesialistkandidater trenger faglig struktur og god veiledning. Som en bonus fikk jeg mindre vaktarbeid, noe som var klart bedre for familielivet i en etableringsfase.

Den biografiske kortversjonen etter fullført allmennlækarblokk i Umeå i 1986 er som følger: Steinert flyttet til Tromsø og tok en stilling sin fastlønnet kommunelege. Senere var han leder for AIDS-prosjektet i Tromsø og assisterende fylkeslege i Troms. I 1992 ble han prosjektleder for fastlegeforsøket.

UTPOSTEN: *Foruten familiære forhold, hva har fått deg til å bli i Tromsø?*

SS: Hvis jeg skal si det med få ord, verdsetter jeg den iboende optimismen blant folk her i nord. Den er utenom det vanlige. Folk tar dagen som den kommer. Selv om uforutsette ting vil skje, er nordlendingene et folkeferd preget av viljestyrke og pågangsmot. De er åpne og lite fordomsfulle, og har en smittende livsholdning om at det er mulig å få ting til. Jeg må også legge til at jeg underveis har fått spennende arbeidsoppgaver, fremfor alt som prosjektleder for fastlegeforsøket og nå som leder ved NSDM. Jeg kan bare slutte meg til omkvedet: Det er mulig å få ting til – hvis man bare vil.

Løvetannprisen 2008

Norsk forening for allmennmedisin skal dele ut Løvetannprisen under Primærmedisinsk uke 2008.

Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 20 000 kroner. Den skal deles ut til en allmennlege som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som må gjøre styret kjent med potensielle kandidater. Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

Fristen for å sende inn forslag på gode kandidater er 1. oktober 2008, Forslag med begrunnelse sendes til *Norsk forening for allmennmedisin, Legenes Hus, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO*

