

Det pågår for tiden en diskusjon om behovet for fastlønnede utdanningsstillinger i FLO-systemet, med tanke på å bedre rekrutteringen til norsk allmennmedisin. Allmennlegeforeningen vedtok på sin landssamling tidligere i år å arbeide for at det blir opprettet utdanningsplasser som sikrer legene et strukturert utdanningsløp frem til spesialitet i allmennmedisin, samt konkurransedyktig inntekt uten at de må gå inn i en ordinær fastlegehjemmel. Noen aktører og meningsbærere tar diskusjonen et steg videre og antyder at alle fastleger, inklusive spesialister, bør være fastlønnet. Utposten tar opp tråden og spør om hvordan avlønningsformen – fastlønn eller stykkprisfinansiering – kan tenkes å påvirke helsetilbudet til befolkningen? Og hva har avlønningsformen å si for vårt arbeid i legehverdagen? Vi utfordrer to profilerte allmennleger til å si sin mening.

Avlønningsform og fagutøvelse

AV GISLE ROKSUND

Et forslag om å utrede forholdet mellom avlønningsform og fagutøvelse ble oversendt styret på NFAs årsmøte i Molde i april i år. Vi har nylig mottatt det nødvendige grunnlagsmaterialet for dette, og vi har ikke hatt anledning til noen nærmere utredning ennå. Det jeg skriver nå, er derfor mine egne tanker og vurderinger.

Mitt utgangspunkt

er at fastlegereformen som kom i 2001, er en suksess. Norsk forskningsråds evaluering fra 2006 (1) konkluderte med at tilgjengeligheten ble bedret ved redusert ventetid spesielt for de eldste pasientene. Telefontilgjengelighet ble bedret. Pasienttilfredsheten med folks faste lege økte, andelen pasienter som brukte mer enn en lege per år, ble redusert. Det var vanskelig å trekke sikre konklusjoner for effektivvurderinger. Man så en viss økning i tallet på henvisninger, men henvisningsordningen ble samtidig innskjerpet, og foretakenes evne og vilje til å ta i mot pasienter, har også økt dramatisk. Og økt kapasitet skaper økt etterspørsel.

Evalueringen viste også selvfølgelig at det er forbedringsområder, men det finner jeg ikke rom for å gå inn på her.

Per i dag er ca. 90 prosent av allmennlegene selvstendig næringsdrivende. Ca. 10 prosent er fastlønnet, men av disse har antagelig ca. halvparten ulike former for insentivsystem i tillegg til den fastlønn. Bare ca. fire til fem prosent av allmennlegene i Norge er i dag «rent» fastlønnet.

Erfaringene så langt er slik jeg tolker det, at næringsdriften har sikret en betydelig grad av kontinuitet blant allmennlegene. Statistisk sentralbyrå (2) angir at gjennomsnittlig varighet på et fastlege-pasientforhold, er 7,7 år. Det er trolig langt mer enn hva noen annen helse- eller sosialprofesjon kan skilte med. Og mange allmennleger erfarer f.eks. i tverrfaglig samarbeid at andre kommunalt ansatte medar-



Gisle Roksund

Født 1951.

Cand. med. 1976.

Spes. allmennmedisin og samfunnsmedisin

Leder Norsk forening for Allmennmedisin.

beidere kommer og går, mens «allmennlegen består». Dette er et viktig grunnlag for utøvelse av et fag hvor noe av kjernen er personlig kontakt med og kjennskap til pasientene over tid.

En har imidlertid ikke klart å sikre tilstrekkelig økning av kapasiteten i allmennmedisin. Det har vært en betydelig vekst i spesialisthelsetjenesten de senere år, mens antallet fastleger nærmest har stagnert. Det er mange grunner til dette, men en viktig grunn er etter min oppfatning at staten aldri har villet videreutvikle fastlegeordningen i tråd med det som var intensjonen. Da ordningen ble etablert, ble det forutsatt at den måtte viderutvikles etter nye behov og behov som ikke ble tilfredsstillende ivare tatt (3).

Derfor er det pågående arbeidet med bl.a. prosjekt Allmennmedisin 2020, samt flere utredninger i regi av myndighetene, svært viktig (4).

Internasjonal erfaring

viser at de land som har satset på et listesystem med allmennleger organisert i næringsvirksomhet i en eller annen form, er de land som har en sterk og faglig god allmennlegetjeneste. Jeg tenker her spesielt på Danmark, Nederland og Storbritannia. De svenske tradisjonelle offentlig fastlønte «vårdsentralene» ligger p.t. i stabilt sideleie med elendig rekruttering og lav status. Legene flykter derfra. De svenske

fylkene «outsourcer» for tida allmennlegetjenesten på anbud til forsikringsselskaper og annen storkapital. I mange fylker minner utviklingen om det vi her hjemme har sett for apotekene med salg til kommersielle kjeder. Finland er på mange måter i samme situasjon, hvor private vikarfirmaer, privat bedriftshelsetjeneste og internasjonal storkapital er i ferd med å tømme de offentlige allmennlegekontorene for personell og kompetanse. Dette skremmer meg. Men det fins også i Sverige eksempler på at legene selv etablerer større sentra med flere typer ansatte for å kunne gi et bredere tilbud til sine pasienter. Dette bør vi se nærmere på.

Lov om helsetjenester i kommunene

kom i 1984. Da fikk vi et system med to avlønningsformer for allmennleger i Norge: fastlønn eller privat praksis med driftstilskudd. Mange (deriblant jeg) var svært entusiastiske for fastlønnsstillingene. Andelen fastlønnsleger nådde en topp tidlig på 1990-tallet, med over 40 prosent fastlønnsstillinger. Men erfaringene ble etter hvert nedslående. Kommunene viste seg jevnt over å være dårlige arbeidsgivere, uten faglige ambisjoner på allmennmedisinens vegne. Jeg husker godt en økonomisjef i en kommune i mitt hjemfylke si: «Nå skal vi endelig få kontroll på legene!» Jeg var ikke alene om å erfare at kontroll var viktigere enn kvalitet og fagutvikling. Det var stor gjennomtrekk og mange vakanter blant fastlønnslegene.

Men når dette er sagt, vet jeg svært godt at en del småkommuner tidlig innså at de måtte stimulere med rekrutteringstiltak og gode arbeidsforhold for å få flinke allmennleger til å bli. En del kommuner har gjort det fram til i dag, og godt er det. En del leger og kommuner er svært tilfredse med slike løsninger. Derfor bør slike ordninger også kunne fortsette og videreutvikles.

Hva vet vi om forholdet mellom avlønningsform og legearbeid?

Egentlig ganske lite. Undersøkelser på 1980-tallet ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (Elstad, Gjerberg og Nielsen) tydet på individuell stil er viktigere enn avlønningsform for allmennlegene, herunder også laboratoriebruk og prioritering av svake grupper. Wium (5) beskrev erfaringene med kommunalt ansatte allmennleger i Oslo som kostbar sammenliknet med privat praksis, med stor gjennomtrekk i stillingene og ingen dokumentasjon på at bydelslegene tok seg av de mest krevende pasientene. Brekke (6) konkluderte med at fastlønnslegene brukte mindre andel av sin tid på kurativ praksis, men det var usikkert om de var mer tilgjengelige for barn, eldre og attføring. Grytten (7) fant at tidligere fastlønnte leger som gikk over på normaltariffen i forbindelse med innføringen av FLO i 2001, beholdt sin arbeidsstil i den tid han hadde undersøkt.

Lurås (8) mener at forsvarlig pasientbehandling, personlig prestisje (anseelse hos kolleger og pasienter), samt økonomiske forhold, er viktig for legene. Dette korrigerer leders adferd i forhold til økonomiske insentiver. Et godt eksempel på dette er takst 101 for «grønn resept». Den har aldri blitt brukt i det omfang staten i sin tid ønsket, nettopp pga faglig motstand.

Men økonomiske insentiver virker selvfølgelig, også for leger. Til tross for dette har staten i de årlige normaltariff-forhandlingene knapt søkt å gjennomføre helsepolitiske mål ved stimuleringsstiltak. Pga økende egenandeler de siste årene har det gjennomgående blitt lite igjen til stimuleringsstiltak gjennom refusjonene. Og insentivordninger vil kunne ha uheldige virkninger der hvor tjenester som ønskes prioritert, er for lavt priset i forhold til andre tjenester. Vi bør ha en utforming av normaltariffen som stimulerer til at det som kan gjøres best i 1. linje, gjøres der. Her har staten et stort forbedringspotensiale

Styret i Norsk forening for allmennmedisin, har besluttet å starte med å søke etter tilgjengelig, dokumentert kunnskap på dette området. Så får vi se hva utredningen vil vise.

Jeg har ingen tro på en fastlønnsordning i tradisjonell forstand som hovedordning for allmennlegene i Norge.

Men det er to viktige unntak:

Utdanningsstillinger. Unge leger må kunne søke seg utdanningsstillinger med en definert underordnet rolle som inngang til allmennmedisin, uten å måtte verken investere i egen praksis, eller vikariere med fullt ansvar i en eldre leges liste. Dette er det neppe noen uenighet om. Både myndigheter og de allmennmedisinske organisasjonene ønsker dette. Men i tillegg bør det være mulighet for å leie, vikariere, dele liste med eller inngå juniorpartnerskap med eldre kolleger. Unge leger er ikke like, og jeg mener dette er viktig for å kunne rekruttere bredest mulig. Danmark og Nederland har gode erfaringer med utdanningsstillinger.

Det andre unntaket er småkommuner med lite befolkningsgrunnlag, evt andre steder der legene måtte ønske det. De muligheter som leger i en del kommuner har i dag til å sikre anstendig lønn selv om det er få pasienter på listene, må videreutvikles. Ellers får vi ikke leger til mer grisgrendte strøk. Og de leger som måtte ønske å være på fast lønn, burde få muligheter til det. Men jeg vil gjerne presisere spesielt for yngre kolleger at allmennleger aldri vil slippe unna ansvaret for å arbeide med gode rutiner, god organisering og god kvalitet på arbeidet selv i fastlønnspraksiser. Slikt arbeid er nødvendig i allmennpraksis uavhengig av avlønningsform.



MONTASJE: OLARU RADIAN-ALEXANDRU (BAKGRUNN) / TB (100-KR-SEDDEL)

I framtida

mener jeg vi bør prøve ut nye praksisformer med flere leger og bredere sammensatt medarbeidergruppe. Dette er en trend vi ser flere steder i utlandet. En rekke oppgaver som i dag er organisert dyrt innenfor foretakene, hører etter min oppfatning faglig sett hjemme i første linje. Jeg tenker på at en rekke kontroller foretas på sykehuspoliklinikkene som hypertensjonspoliklinikker, diabetespoliklinikker, astma og kolspoliklinikker, røykeavvenningsgrupper mv. Likeledes bør muligens en del av arbeidet på helsestasjonene overføres til fastlegen.

Ved å knytte til oss annet helsepersonell som sykepleiere, helsesøstre, jordmødre, psykologer og andre, kan vi organisere arbeidet på en annen måte og nå videre. Men det er viktig i denne sammenheng å advare mot at disse helsearbeiderne blir førstelinjekontakt mot befolkningen utover ordinær skranke- og telefonvirksomhet som i dag. Det er allmennlegen som har diagnostisk kompetanse, og en fragmentering av førstelinjen vil være uheldig. Jeg mener at fastlegekontoret bør bygges ut, og ikke at vi fragmenterer primærhelsetjenesten med ulike søyler som primærpsykologer, primærpediatere eller familiesentra.

Dette innebærer en skikkelig utfordring for kollegene. Her trengs både pågangsmot og organisatorisk og administrativ talent og interesse!

Referanser

1. Norges Forskningsråd 2006: Evaluering av fastlegereformen 2001–2005
2. Statistisk sentralbyrå 2005: Levekårsundersøkelsen – kontakt med helsetjenester.
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. Medlemsbrev Norsk forening for allmennmedisin nr 3/2008, www.legeforeningen.no/index.gan?id=148254&subid=0
5. Wium, P: Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 29 B 1988: 2605–8
6. Brekke, D: Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 29 B 1988: 2598–2601
7. Grytten, J og medarbeidere: Tidsskrift for velferdsforskning nr.2 2005; Fastlegeordningen og endringer i legenes tjenesteproduksjon
8. Lurås, H, General Practice. Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs, Working Paper 2004:1, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: gisle.roksund@gmail.com