

Nordiske kongresser i allmennmedisin: Forskning, vekking eller forskningsvekkelse?

Ivar Sønbo Kristiansen hadde et tankevekkende innlegg i Utposten nr 5/2009, hvor han kritiserer de nordiske kongresser i allmennmedisin for å ha mer preg av vekkesemøter enn vitenskaplige kongresser. Vi ønsker ikke å argumentere mot kritikken, som vi i hovedsak oppfatter som utfordrende og konstruktiv. Men vi ønsker å fortelle hvordan vi har tenkt for den kommende nordiske kongress i allmennmedisin, i Tromsø juni 2011.

Bakteppet er slik vi ser det, at det de siste 20 årene har det vært en formidabel vekst i spesialisthelsetjenesten både med hensyn til personell og finansiering. Allmennlegetjenesten har ikke hatt en tilsvarende vekst. Det samme skjevforhold gjelder forskningsmidler. Av norske midler til medisinsk forskning, går bare ca en prosent til forskning innen allmennmedisin. Utviklingen i Norge har dermed vært mindre positiv de siste årene enn det Sønbo Kristiansen beskriver. Mens vi flommer over av et sterkt økende antall forskningsrapporter over stadig mindre felt av medisinen i en klassisk reduksjonistisk og biomedisinsk tradisjon, mangler vi mye forskning i allmennmedisin og på allmennmedisinens premisser. I sitt daglige virke mangler allmennleger forskningsbasert anvendbar kunnskap for å hjelpe et stort antall pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. I en slik situasjon kan det sannelig være behov for en forskningsvekkelse!

Nå er det tatt grep om dette. Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter og et nytt allmennmedisinsk forskningsfond, i tillegg til andre viktige akademiske institusjoner som allmennmedisinske fagseksjoner, Antibiotikasenteret, Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Norsk allmennmedisinsk forskning har de siste to til tre årene fått en ny giv. I statsbudsjettet for 2010 er det riktignok foreslått en minimal økning på 1 million kroner til basisfinansiering av hver av de fire nyopprettede allmennmedisinske forskningsenheter. Dette kan knapt kalles noen satsing fra statens side, og slett ikke i tråd med de løfter som ble gitt i forbindelse med etableringen av de allmennmedisinske forskningsenhetene. Men Legeforeningen har vært sitt ansvar bevisst og satt av midler til Allmennmedisinsk forskningsfond i tråd med forventninger og planer.

Vi har som mål å promotere aktuell allmennmedisinske forskning fra hele Norden på den 17. nordiske kongress i allmennmedisin i Tromsø i juni 2011. Gjennom plenumsforelesninger, symposier og workshops ønsker vi å lage en kongress med fokus på ny forskning som er klinisk relevant for allmennpraktikerne, unge som eldre. For unge forskere vurderer vi å lage en egen seksjon eller prekonferanse etter modell av Wonca Europe og Vasco da Gama-engasjementet. Vi har også en ambisjon om å presentere relevant «front line»-forskning og ønsker å invitere noen internasjonale kapasiteter. Gjennom kongressens visjon «Caring for people where they are», signaliserer vi et program for allmennmedisin, som et fag som er opptatt av å møte folk der de er i livet, der de lever. Et spennende område med relevans for allmennmedisinen er den internasjonale forskningsfronten omkring «embodied experience», hvordan livet bokstavelig talt går i kroppen og hvordan livserfaringer er avgjørende for utvikling av sykdom og død. I Tromsø vil det være naturlig å trekke en historisk linje fra Anders Forsdahls banebrytende funn om vanskelige oppvekstkår og tidlig død i befolkningsstudier på 1970-tallet fram til dagens forskningsfront innenfor «psyko-immuno-nevrologi». Vi vil også fokusere på utdanning med spørsmål om hva slags leger vi trenger, og hvordan vi skal få dem, med fokus på så vel grunnstudium som allmennmedisinsk spesialistutdanning. Tromsø har vært et eksempel for Norge og verden ved å ta i bruk allmennpraksis som en viktig utdanningsarena. Videre utvikling og forskning på dette området vil stå sentralt i 2011.

Vi trenger en bedre, mer praksisrelevant og pasientorientert medisinerutdanning, og vi trenger en skikkelig forskningsvekkelse i norsk og nordisk allmennmedisin! Gjennom kongressen i Tromsø 2011 ønsker vi å bidra til dette.

Gisle Rokhsund, leder Norsk forening for allmennmedisin

Svein Steinert, leder for hovedkomiteen

Ivar J. Aaraas, leder for vitenskapelig komité

En god vikaravtale er begge parters ansvar

I Utposten nr 5/2009 har redaksjonsmedlem Ole Andreas Hovda en kommentar om vikarbruk innenfor fastlegeordningen. Hans anliggende er å rette søkelyset mot økonomisk utnyttelse av vikarene, som, slik han må forstås, er et utbredt fenomen. Hovda går også langt i å antyde at Allmennlegeforeningens ledelse ikke er opptatt av forhold knyttet til vikaravtaler.

Som nettopp avgått leder og nestleder i AF vil vi gjerne få bidra med noen oppklaringer. Det er innledningsvis grunn til å minne om at Legeforeningen/Allmennlegeforeningen er en fagforening. Det betyr at de tillitsvalgte er tillitsvalgte for alle medlemmer av foreningen. Det har den konsekvens at i de fleste forhandlinger mellom vikar og hjemmelshaver, skal foreningen ivareta interessene på begge sider av bordet. Hovda er selv inne på at vikarmarkedet er svært ulikt alt etter hvor i landet man befinner seg. I utkantstrøk er det «vikarenes marked». I enkelte (trolig få) sentrale strøk står (i noen grad) vikarene i kø. Ulike fastlegepraksiser er svært ulike også med hensyn på driftsform og driftsutgifter. Å skulle lage et regelverk som passer inn i alle situasjoner mellom hjemmelshaver og vikar, er etter vårt skjønn verken ønskelig eller mulig.

En næringsdrivendes inntekt vil normalt være den del av omsetningen vedkommende sitter igjen med når alle utgifter i næringen, som lønn, husleie, renhold, forbruksmaterieell, investeringer, avskrivninger osv., er dekket. Hovda presenterer det som et relativt utbredt fenomen at hjemmelshaver stikker av gårde med 50–70 prosent av vikarens omsetning. Hvis det er tilfelle, er vi enige i at det sannsynligvis er urimelig. Men det er i så fall oppsiktsvekkende at presumptivt oppegående vikarer vil la seg by noe slikt.

Vi har etter hvert forelest på ganske mange grunnkurs. Inntrykket vårt er at historier om vikarer som blir utnyttet økonomisk i hovedsak er enkelthistorier som vi hører om i muntlige fora, men som i liten grad, selv etter oppfordringer, blir brakt inn til Legeforeningen/Allmennlegeforeningen sentralt.

Som Hovda selv er inne på, bør nødvendigvis en vikaravtale ha som forutsetning at begge parter ser seg tjent med å inngå den. Men da må begge parter ta ansvar for å gjøre den vurderingen for sin egen del. Det er tross alt frivillig å være vikar, og det er mange fastlegekontor utover landet som sliter med å få tak i vikar og som gjerne tilbyr gode vilkår, slik at det ikke burde være svært vanskelig å avslå et dårlig tilbud.

Selv om det som sagt er vårt syn at det ikke er mulig å lage strikte regler for de økonomiske forhold knyttet til en vikaravtale, mener vi den malen som ligger på Legeforeningens hjemmesider er et godt utgangspunkt for avtaler som ivaretar begge parters interesser.

Hva vil så være rimelig nivå på den økonomiske avtalen mellom hjemmelshaver og vikar? Hovda er enig i at det er en selvfølge at vikaren skal dekke driftsutgifter og evt. administrasjon. Etter vårt syn er det heller ikke urimelig å ta en viss høyde for at vikaren kommer inn i en praksis i drift, forhåpentligvis med mulighet for full aktivitet fra dag 1 – og med en viss risiko for tap av goodwill i løpet av vikarperioden. Hovda forutsetter økning av goodwill i vikarperioden – det motsatte kan like gjerne være tilfelle. Nivået her bør være nøkternt og det må avtales mellom partene.

Det er enighet mellom sentrale helsemyndigheter, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen om at allmennmedisinsk virksomhet i hovedsak skal utøves gjennom selvstendig næringsvirksomhet. Rapporten «Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet, styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020» skisserer nye veier inn i faget for unge kolleger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin og bli fastleger. Selv om det bør opprettes utdanningsstillinger i allmennmedisin er det vårt syn at privat næringsdrift fortsatt bør være hoveddriftsformen for allmennlegevirksomhet i Norge. Med dette som ramme vil fortsatt vikaravtaler måtte inngås direkte mellom hjemmelshaver og vikar. For begge parter vil det da være viktig å legge seg Hovdas ord på sinne: «En vikaravtale er en avtale som begge parter tjener på».

Unge leger er langtidsutdannede, intelligente mennesker som kler – også i vikarsammenheng – en offerrolle svært dårlig.

Vår oppfordring er å ta ansvar, bruk malen på Legeforeningens hjemmeside som grunnlag for inngåelse av avtale og snakk med erfarne kolleger og tillitsvalgte. En avtale som oppleves som urimelig av en av partene bør drøftes med en erfaren kollega. Er avtalen urimelig eller er vikaren ikke tilstrekkelig oppmerksom på hva næringsdrift innebærer av inntektsmuligheter, kostnader og risiko?

Jan Emil Kristoffersen
Ole E. Strand

Om praksisoverdragelse

Jeg viser til Fredrik Jerwells artikkel i Utposten nr. 5, og er svært takknemlig for at noen tar opp denne problemstillingen. Jeg er enig i at prisen på goodwill bør ligge langt lavere enn den gjør idag. Riktignok kan man ta seg noe betalt for noe av det man har investert i en god drift av praksisen, men prisøkningen vi har sett etter at fastlegeordningen trådte i kraft, står ikke i forhold til det man investerer av tid utenom arbeidstid, det fantes jo også vel-drevete praksiser før 2001.

Men det jeg vil rette hovedfokus på, og som grunnen til at jeg skriver dette anonymt (dels for å beskytte meg selv, men mest for å ikke henge ut enkeltpersoner, mine motparter i saken), er prosessen før man evt kommer til en nemdagvgjørelse. Det er, etter min erfaring, mye «monkey business» rundt overdragelser, som ikke egner seg for avisenes førstesider og som Legeforeningen ikke kan være bekjent av. Det dreier seg om prisavtaler mellom kjøper og selger før hjemmel tildeles, noe man på godt norsk kaller korrupsjon. Det er ikke akseptert i andre deler av norsk samfunnsliv, men lever i beste velgående i noen legekreter.

Min historie er slik: jeg søkte på en hjemmel i en sentral Østlandskommune. Jeg lå godt an til å få hjemmelen, da jeg allerede vikarierte i praksisen. Jeg ble kontaktet av selger før tildelingen var skjedd, vedkommende ville ha meg til å samtykke i en relativt høy pris før tildelingen var skjedd. Hvis jeg var enig i den, ville tildelingen være en enkel sak, ifølge selger. Jeg uttrykte meg noe tvetydig, avviste ikke kravet, men bant meg heller ikke. Etter en stund fikk jeg faktisk tilbud om hjemmelen, som jeg aksepterte med en gang. Jeg hadde så et kort forhandlingsmøte med selger, hvor det var klart at våre prisforestillinger var svært langt fra hverandre. Jeg ønsket nemdbehandling. Selger følte seg lurt, og jeg ble kontaktet av både tillitsvalgte i kommunen og kommuneoverlegen med kritiske spørsmål. Jeg ble «beskyldt» for å spekulere i nemdbehandling, kun for å få ned prisene i området. Jeg ble indirekte oppfordret til å trekke meg fra hjemmelen, for de hadde flere kvalifiserte søkere som var «villige til å betale markedspris». Min tilkommende kollega ble også forsøkt satt på plass.

Heldigvis kjente jeg godt til dreieboken for praksisoverdragelse og gjennomførte nemdbehandlingen. Den endte på en pris nærmest mitt pristilbud. Heldigvis var jeg i en så heldig økonomisk situasjon at jeg i verste fall kunne tåle at

nemden gikk inn for selgers krav (det er ikke alle). Det ble en bitter konflikt med selger, som jeg mener vedkommende dels kan takke seg selv for, mens mange avtropspende leger vil ha sympati med selger og synes han/hun har hatt svært uflaks med å få en så kranglete etterfølger som meg.

Jeg har i.l.a. prosessen hørt fra flere at det er svært vanlig med (sogar skriftlige) avtaler om pris før hjemmel tildeles. Ofte er gjenværende kolleger i praksisen lojale mot den som selger, slik at selger i praksis kan ha stor innflytelse på prosessen. Det er ikke uvanlig at kommuneoverleger, som selv sitter på praksiser, og som vil holde et høyt prisnivå i kommunen, godtar slike avtaler. Jeg har ofte hørt ordet «markedspris» og tror mange blander praksismarkedet med boligmarkedet og dets utvikling.

Det at det er innført mulighet for nemdbehandling og at det er en klar dreiebok for praksisoverdragelser, er et klart fremskritt i.f.t. slik det var før dette. Men systemet er ikke «vanntett» nok. Kommuneoverleger som vil følge dreieboken, kan ikke opptre som politi og avverge at prisavtaler blir gjort før legesentre anbefaler/ønsker seg en søker til hjemmel. Jo lengre denne praksisen (med prisavtaler) gjennomføres, desto vanskeligere blir det å endre den, da flere og flere sitter på praksiser de har betalt opptil flere millioner for. De vil da selvfølgelig være interessert i å få minst det samme når de selger. Mitt forslag er dette: obligatorisk (forenklet) nemdbehandling ved alle overdragelser. Istedenfor nemd kan man opprette en gruppe av (ubestikkelige) takstmenn. Prisen vil være enkel å fastsette når man bruker faste kriterier for en erfaren takstmann/kvinne. Prisen bør da være avklart før hjemmeltildeling, slik at man ikke kan spille søkere ut mot hverandre. Jeg er ikke så bekymret for rekrutteringen til allmennmedisin når jeg ser hvor mange ferdigutdannede utenlandsmedisinere som søker jobb hvert år. Men jeg er bekymret for selekteringen til yrket. Får man kun svært betalingsvillige leger som også er villige til å være med på korrupsjon for å få en jobb, vil det svekke faget, pasientbehandlingen og etikken i yrket. Jeg vil berømme Fredrik Jervell for måten han har overdratt sin praksis på. Jeg ønsker ham lykke til når han søker ny hjemmel. Måtte han ikke bli diskriminert ved ny hjemmeltildeling fordi han har «ytret seg» som kranglefant.

anonym