

VESTFOLD 1984–2014 Legedekning og kommunal

■ HANS KNUT OTTERSTAD • Lege og helsetjenesteforsker

«Ars longa, vita brevis» (kunsten er lang, livet er kort) er et velkjent ordtak i litteraturen. Helsetjenesten er i endring og det er viktig å se de lange linjene i utviklingen. Mitt utgangspunkt er Vestfold i tiden etter 1986 og etter at kommunehelsetjenesten ble innført. Dette var en spennende tid da de statlige distriktslegene ble kommunale tjenestemenn, og de privatpraktiserende legene fikk kommunale avtaler og ikke lenger var så «private» som før.

Et overordnet spørsmål var om legene skulle ha fastlønn som kollegene i sykehus og det øvrige helsepersonale i kommunens pleie- og omsorgssektor. Resultatet var at kommunene fikk avgjøre dette, og at de privatpraktiserende legene som allerede hadde fått hovedinntekten gjennom et innarbeidet stykkprissystem skulle kunne fortsette med dette.

Bakgrunn for undersøkelsen, og spørsmål som skal besvares

30-årsperioden fra 1984 til 2014 omfatter kommunal legevirkksomhet for en hel generasjon av leger. En historisk oversikt vil vise om det har vært systematisk og varig endring av legeoppgaver og legedekning over tid.

Allerede kort tid etter 1984 ble det klart at den nye loven innebar en vridningseffekt fra samfunnsmedisinske oppgaver og forebyggende helsearbeid mot kurativ behandling. Etter 10 års erfaringer med loven i Vestfold-kommunene, utførte jeg en analyse av utviklingen som ble publisert i *Utposten* (1). Den viste både en sterk økning av legeårsverkene i kommunene og en økning av det kurative arbeidet, mens alle andre legeoppgaver hadde tilbakegang.

Hovedspørsmålet nå blir derfor: Har denne trenden fortsatt? I hvilken grad er utviklingen i Vestfold representativ for norske fylker og kommuner i samme periode?

Metode og materiale

Den samme metodikken som ble brukt i



ale legeoppgaver



1984–94 undersøkelsen, er anvendt for årene fram til 2014. Imidlertid er datainnsamlingen blitt betydelig enklere. I de første årene måtte data for legeårsverk samles inn av fylkeslegen gjennom et egenutviklet spørreskjema som ble fylt ut av helse-sjefene. Etter at Kostra-systemet ble introdusert gjennomfører SSB en årlig rutineinnsamling av legeårsverk som publiseres på nett. Dermed blir det enklere å følge utviklingen. Resultatene kan tabelliseres og gi en årlig oversikt over antall legeårsverk og deres fordeling på oppgaver. Ved å koble dette til antall innbyggere i kommunene kan en i tillegg beregne legedekning i forhold til folketall over tid.

Resultater

Nesten alle nyopprettede stillinger har gått til kurativt arbeid

Tabell 1 viser utviklingen både i forhold til antall legeårsverk og fordelingen på arbeidsoppgaver. Legeårsverkene økte fra 109,2 til 235,5 i perioden 1984 til 2014, det vil si med hele 116 prosent på 30 år. I samme periode var veksten i folketallet 26,5 prosent. Det har med andre ord vært en imponerende vekst i dekningsgraden av kommunale legeressurser. Hvorledes har så dette «overskuddet» blitt forvaltet av kommunene i løpet av en generasjon? Svaret er at

TABELL 1. Utvikling av legeårsverk i kommunene i Vestfold fordelt på de ulike arbeidsoppgavene. Antall og prosentfordeling, 1984–2014.

LIKE TYPER LEGEARBEID	1984	1994	2003	2014
Antall legeårsverk	109,2	138,2	174,2	235,5
Kurativ legevirk-somhet, prosent	76,0	81,5	86,8	83,7
Helsestasjon + skolehelse, prosent	6,6	5,0	3,4	3,3
Institusjoner for eldre, prosent	6,7	5,3	5,9	9,9
Administrasjon og miljørettet helse-arbeid, prosent	10,6	8,2	3,9	3,2
Sum prosent	100,0	100,0	100,1	100,0

av en netto tilvekst på 126 legeårsverk har det vært en kraftig økning for to virksomheter, *kurativt arbeid* som har ekspandert med 114 av 126 nye legeårsverk, mens *sykehjemmenes legetilbud* har fått tilført 16 nye legeårsverk. *Helsestasjoner* og *skolehelsetjenesten* har stått på stedet hvil med en tilvekst på kun 0,6 årsverk i løpet av 30 år. *Administrasjon*, *miljørettede helsetjenester* og *annet forebyggende arbeid* har gått tilbake.

Dette betyr at kommunene i Vestfold kun har styrket det kurative legearbeid ved opprettelsen av de nye legestillingene, mens administrasjon og forebyggende arbeid har hatt en tilbakegang til tross for mer enn en fordobling av legedekningen. Den prosentvise andel av legeoppgavene viser at antall årsverk i kurativt arbeid har økt fra 76 prosent i 1984 til nesten 84 prosent i 2014. Ledelsesfunksjonen, samfunnsmedisin og miljørettet helsearbeid har hatt en reduksjon fra 10,6 årsverk til 3,2 årsverk, eller hele 70 prosent.

Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001 ble den viktigste parameter for den enkelte lege antall pasienter på hennes/hans liste. Denne enkeltfaktoren har senere bestemt både inntjeningen og det meste av tidsbruken.

Tabell 2 viser at den gjennomsnittlige listestørrelsen har blitt redusert fra 2081 pasienter i 1984 til 1111 i 2014.

Tabell 3 på neste side viser den geografiske variasjon i norske fylker basert på kommunens størrelse og type legenes til-

TABELL 2. Befolkningsutvikling og reduksjonen av antall listepasienter per fastleger i Vestfold. 1984–2014

ÅR	INNBYGGERE	ANTALL FASTLEGER*	GJ.SN. ANTALL PASIENTER PR. LISTE
1984	190 465	92	2 081
1994	210 925	124	1 703
2003	218 171	166	1 312
2014	240 860	217	1 111

* Listepasient-begrepet ble innført fra 2001. I prosentfordelingen for kurative er antallet leger oppjustert med 10 prosent i Tabell 2 i forhold til i Tabell 1 fordi en del av legene har mindre enn 100 prosent kurativt arbeid i sin avtale med kommunene, mens legestatistikken er basert på hele årsverk.

knytningsforhold til kommunen de arbeider i.

Det er tre viktige funn:

- Norske kommuner er forskjellige i forhold til oppbyggingen av legetjenestene. Urbaniseringsgrad og folketall spiller stor rolle. Vestfold som er et lite og sterkt urbanisert fylke, mens Nordland minus de tre største byene er en motpol med mindre utkantkommuner med større avstander.
- Kommunene adskiller seg markant når det gjelder preferanser i valget mellom å knytte til seg næringsdrivende eller fast-lønnede leger. Forskjellen på «by og land», representert ved Norges fem største byer og Vestfold sammenliknet med Nordland (fratrukket Bodø, Harstad og Rana), er hele 77 mot 30 målt som prosentandel næringsdrivende leger, dvs. hele 47 prosentpoeng.
- Disse geografiske forskjellene avspeiler seg også i antall og fordelingen av turnuskandidater og næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen. I de fem store byene er antallet av den siste legetypen 6,8 prosent, mens andelen var kun 0,9 prosent i Norge minus de fem største byene og Vestfold. Slike forskjeller tyder på viktige forskjeller i legetilbudet avhengig av bosted, og er trolig forårsaket av tre forhold:

- 1 Politiske og ideologiske forskjeller av typen «privat drift er mer effektiv enn kommunal».
- 2 Rekrutteringssituasjonen over tid.
- 3 Økonomiske vridningsmekanismer i finansieringsmodellene for kurative legetjenester helt siden 1984.

TYPER AV LEGER	NORGE MINUS DE FEM STØRSTE BYENE OG VESTFOLD		NORGES FEM STØRSTE BYER		VESTFOLD		NORDLAND MINUS BODØ, HARSTAD OG RANA	
	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT
I alt	4 059,4	100,0	1 266	100,0	235,5	100,0	205,5	100,0
Næringsdrivende fastleger	2 804,2	69,1	969,3	76,6	181,2	76,9	61,5	29,9
Kommunalt tilsatte leger	815,5	20,1	166,0	13,1	33,7	14,3	107,5	52,3
Turnusleger	404,2	10,0	44,4	3,5	17,2	7,3	35,9	17,5
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	35,5	0,9	86,2	6,8	3,4	1,4	0,5	0,2

TABELL 3. Legeårsverk, antall og fordeling på de ulike typer av leger innen kurative helsetjenester i 2014. Vestfold sammenliknes med de fem største byene i Norge og med resten av Norge. Antall og prosent

Diskusjon og oppsummering

Denne historiske oversikten viser at mønsteret for utviklingen av legetjenesten de første ti årene etter 1984 har fortsatt også de neste 20 årene. Det er den samme tydelige trend: ekspansjon av kurativ behandling utført av næringsdrivende leger, og tilbakegang for samfunnsmedisin. Det har særlig vært en sterk reduksjon av antall leger i lederstillinger og færre leger i forebyggende helsearbeid. I Østfold – som likner meget på Vestfold rent strukturelt – var forholdene i 2014 at 97 prosent av arbeidstiden til næringsdrivende leger var avsatt til kurativ virksomhet, mens dette utgjorde kun 19 prosent for kommunalt ansatte leger (2).

Den andre viktige kurative oppgaven i kommunene er legearbeidet i sykehjem. Der er forholdet motsatt: De næringsdrivende legene i Østfold avsatte kun 1,5 prosent av arbeidstiden til arbeid i sykehjem, mot 49 prosent for de fast ansatte legene. Det er kun en åpenbar forklaring på slike fordelinger, og det er organisering av legevirksomheten, inntjening og økonomi.

Når en sammenlikner Vestfold med andre fylker og kommuner i Norge, er mønsteret at Vestfold har en legeprofil som ligger nær opp til den som finnes i de fem største byene i Norge, dvs. med stor vekt på ambulante, kurative oppgaver, utført av næringsdrivende fastleger i relativt store legesentre. Dette viser at helsetjenesten på kommunenivå ikke er ensartet. Det er store strukturelle forskjeller langs akse *større by – småkommune i grisgrendt område*, og at dette i stor grad er en utvikling som har blitt fasilitert av den statlige helsepolitikken som er ført etter 1984.

De to overordnede spørsmålene blir derfor: Er dette en ønsket utvikling? Bør den fortsette? Svarene på disse spørsmålene lar seg ikke besvare ut fra dataene i denne artikkelen, men den kan analyseres og forstås ut fra to internasjonale slogans:

“Prevention is better than cure”, eller er det motsatt?

I 1984 skjedde det en grunnleggende endring i lovverket. Da jeg kom inn i kommunehelsetjenesten som statlig distriktslege i 1970-årene var det en oppblomstring av troen på primærhelsetjenesten, basert på den gamle og berømte «Sunnhetsloven»

av 1860 og WHO-parolen «Health for all by the year 2000». Dette var en gylden tid for forebyggende helsearbeid. Helsedirektoratet hadde styringen, og distriktslegene lå i linjen «opp» til maktapparatet via fylkeslegene som var faglige pådrivere for forebygging og samfunnsmedisin. De viktigste fotfolkene var helsesøstre og distriktslegene, de var sentralstyrt, og delvis lønnet av staten, og til overmål var distriktslegen formann i Helserådet, som i de fleste kommuner besto av formannskapet – det mektigste folkevalgte organ i kommunen. Det hele var en suksessformel som gjorde at Norge lå på en av de aller første plassene for helseindikatorer i verdensammenheng.

Dette ble brått endret i 1984, og reformen var tuftet på idealet om kommunalt selvstyre og en forvaltning basert på et klart skille mellom stat, fylkeskommune og kommune. To forhold bidro mye til svekkelsen av det forebyggende helsearbeidet, ikke bare i kommunene men i hele forvaltningen:

- 1 Kommandolinjen fra helsedirektøren via fylkeslegene til kommunene forsvant for de helsepolitiske spørsmål.
- 2 Finansieringen av legetjenesten ble etter 1984 konstruert slik at de offentlige midlene favoriserte kurative legetjenester. Dette skjedde delvis gjennom bortfall av statlig finansiering av fagfolk i administrasjon og ledelse og i det forebyggende helsearbeid.

I den praktiske virkeligheten mistet kommunene fokuset på forebygging og samfunnsmedisin, og virksomheten til de næringsdrivende legene med kommunale avtaler fikk blomstre siden den i hovedsak ble finansiert av statlige midler og av staten.

“It’s the economy, stupid”, alternativt “Follow the money”

Den viktigste informasjonen i artikkelen finnes i tabell 1 (SE SIDE 39) som viser utviklingen over tid og tabell 3 som viser Forskjells-Norge for kommunale legetjenester. Hovedfunnet er at kurative legetjenester utført av næringsdrivende leger helt dominerer kommunehelsetjenesten i urbane strøk med en andel på nesten 80 prosent av legevirksomheten, mens under 15 prosent av virksomheten skjer gjennom kommu-

nalt fastlønnede leger. Disse legene har fått hovedansvaret for den del av legetjenesten som ikke er stykkprisfinansiert.

For de kurative tjenestene har politikerne konstruert et relativt komplisert takstsystem for enkeltkontakter, som til overmål ikke har hatt noe tak. Det betyr at «The sky is the limit» i urbane strøk med stort befolkningsgrunnlag, mens systemet ikke gir en god nok økonomisk plattform i grisgrendte strøk. Konsekvensen er stadig økte statlige overføringer til kurative tjenester i sentrale områder av Norge, mens utkantstrøk har fått en stadig mindre del av felleskaka i løpet av de 30 årene ordningen har virket.

Systemeffekten er enkel: Kommunene som har hatt relativt trange budsjetter over lang tid, finansierer forebygging og administrative oppgaver, mens staten som er blitt stadig rikere på grunn av oljepengene, finansierer de kurative tjenestene. En trenger derfor ikke være rakettforsker for å forklare utviklingen som er beskrevet i tabell 1 og statussituasjonen i 2014 som framgår av tabell 3.

Konklusjon

De harde fakta som denne undersøkelsen dokumenterer gir grunnlag for å trekke tre viktige konklusjoner. Tilbudet av primærlegetjenester i Norge er avhengig av bosted: sentrale kommuner har blitt favorisert gjennom et statlig økonomisystem som i 30 år har resultert i god rekruttering og avlønning av næringsdrivende leger i kommuner med tilstrekkelig stort folketall. Indirekte har dette systemet gått ut over utkantkommunene som økonomisk sett har kommet betydelig dårligere ut etter at kommunehelsetjenesten ble innført. Mest alvorlig er det at legenes avlønningssystem og de økonomiske overføringer fra stat til kommune har ført til en utarming av samfunnsmedisin og den administrative styringen av kommunehelsetjenesten.

REFERANSER

1. Hans Knut Otterstad. Virkningen av kommunehelsetjenestens ti første år for primærlegetjenesten i Vestfold. Utposten 1995; 7: 24.
2. Tall fra SSB for antall leger i kommunene fordelt på arbeidsoppgaver i Østfold 2014