



Primærlegedekninga - har vi den rette skeivfordelinga?

REDAKSJONELT

HAGESTAD K

Primærlegetenesta er ein hjørnestein i norsk helsevesen. Dette er gjentatte gonger slått fast i faglege og politiske dokument, sist i Helsemeldinga frå 1994 (1). Regjeringa understrekar der den sentrale verdien av primærlegearbeidet, - det samfunnsmedisinske så vel som det kurative. Det blir lagt fram som ei nasjonal helsepolitisk målsetting at primærlegetenesta skal vere eit lett tilgjengeleg lågterskeltilbod.

Likeverd krev variasjon

Egalitetsprinsippet er eit anna sentralt element i norsk helsevesen (1). Norma om likeverdig tilbod for alle står framleis sterkt, trass i ideologiske vindar i retning av marknadsstyring og deregulering (2). Geografiske og befolkningsmessige tilhøve i vårt langstrekke land tilseier at likeverdig tilgang til primærlegetenester for alle innbyggjarane må innebere noe heilt anna enn lik legedekning, uttrykt som innbyggjarar per lege i kvar kommune. Dei store variasjonane i sosiale og demografiske forhold, busettingsmønster, klima, kommunikasjonar, vaktbelastning, avstandar både innan kommunen og vidare til sjukehus og andre spesialisttenester; - alt dette har store konsekvensar for bemanningsbehovet. I tillegg kjem verknadene av geografiske variasjonar i helsetilstand og sjukdomsmønster.

Statistikken viser at primærlegedekninga varierer sterkt frå kommune til kommune, frå fylke til fylke og frå landsdel til landsdel. Eit sentralt spørsmål blir da kor vidt desse skilnadene avspeglar ulikskapar i behov, eller om andre forhold som f.eks. kommunal og privat økonomi er avgjerande. Gunnar Rongen & Jostein Grytten presenterer i artikkelen sin i dette nummeret av Tidsskriftet (3) ein analyse av primærlegedekninga i norske kommunar i perioden 1986-92. Dei karakteriserer konklusjonane som oppmuntrande; legedekninga er statistisk sett relatert til forhold som alderssamansetning, sosialhjelpsutgifter og kommunestorleik; medan økonomi ikkje slår tydeleg ut. Forfattarane kjem med ei tillitserklæring til det kommunale sjølvstyret si evne til å tilpasse legedekninga etter nasjonale målsettingar ut frå lokale behov. Resultata av Rongen & Grytten sin sosialøkonomiske modellanalyse representerer eit interessant bidrag til beskriving og tolking av variasjonane i primærlegedekninga. Samstundes har analysen klare begrensingar som grunnlag for ei totalforståing av situasjonen.

Lokal eller nasjonal styring?

Forfattarane vektlegg den lokale styringa med legemarknaden. Dei går ikkje inn på kva nasjonale tiltak har å seie. Da kommunehelsereforma blei innført i 1984, hadde vi ei relativt

god legedekning i Distrikts-Noreg. Denne situasjonen var resultat av ei bevisst statleg satsing frå 1970-åra av med oppretting av ei rekkje nye distriktslegestillingar og eit gunstig fastlønnsalternativ (4). Dette utgangspunktet utgjorde basisgrunnlaget for den primærlegefordelinga vi seinare har hatt i distrikta.

Frå mai 1988 har nyoppretting av offentlege legestillingar og -avtaleheimlar vore regulerte, først med heimel i mellombels lov om stillingsstopp for legar, frå juli 1989 basert på avtale mellom partane. Det sentrale legeforderingsrådet/-utvalet har framvist ein distriktsvennleg profil, særleg gjennom dei første verkeåra (I. Sønbo Kristiansen, personleg melding). Trass i dette skjedde det i perioden 1988-92 ei tydeleg utjamning av skilnadene i legedekning mellom sentrale austlandsfylke på eine sida og dei to nordlegaste fylka på andre sida (1): Talet auka på landsbasis, veksten var særleg sterk i sentrale austlandsstrok, medan tilgangen i Troms og Finnmark var liten.

Det er elles kjent at utdanningsstad er viktig for kor legar søker arbeid. Medisinarstudiet i Tromsø har vore med på å sikre legetilgangen i Distrikts-Noreg (5). Sett på denne bakgrunnen er det grunn til å sjå kritisk på forslag som blei lanserte i Tidsskriftet tidlegare i år om å satse på Aker-Lørenskog eller Sverige for å auke kapasiteten for utdanning av legar i Noreg (6).

Statistikk versus realitetar

Kommunehelsestatistikken frå Statistisk sentralbyrå (7), har usikre og svake sider. For dekning av primærlegar og beslektede tenester gir den truleg eit for gunstig bilete av Distrikts-Noreg samanlikna med sentrale strok. Statistikken er basert på kommunevis utfylte skjema, som går til byrået via fylkeslegen. Kommunane har nedlagt sterkt varierende innsats i utfyllinga, og har til dels tolka spørsmål ulikt. Fylkeslegane har hatt varierende tid, oversikt og kompetanse til å kvalitetssikre svara. Generelt sett er det slik at dess større kommunen er, dess vanskelegare er det å ha full oversikt både for kommunen sjølv og for fylkeslegen.

Registrering av årsverk seier mest om oppretta stillingar/heimlar, mindre om reell dekning og ingen ting om stabilitet. Ei kommunelegestilling som har stått ledig i månadsvis, og som elles har vore dekt av tilfeldige vikarar, kan bli registrert som eitt årsverk. Dette har i seinare år vore eit velkjent fenomen i delar av landet, ikkje minst i Nord-Trøndelag og Nordland.

Det hører også med til biletet at sentrale strok i langt større grad enn distrikta har ei rekkje "primærlegesubstitutt", som ikkje blir fanga opp av kommunehelsestatistikken. Det gjeld avtalelaus deltidspkaksis frå legar med anna hovudstilling, så vel som privatpraktiserande spesialistar som tar mot pasientar utan tilvising. Tal for folketrygda sine utgifter til privatpraktiserande legar (8) kan blant mye anna avspegle slike forhold. Dei viser da også ei heilt anna og sentraltung skeivfordeling enn tala for primærlegeårsverk. I tillegg til "skjult" privatpkaksis i sentrale strok kjem bedrifts- og personallegeordningar. Vidare er det slik at personar frå sjukehuset sitt nærrområde er overrepresenterte på poliklinikkar og blant pasientar som søker direkte til akuttmottaket.

Talet på registrerte primærlegeårsverk seier ikkje noe om kor vidt innhaldet i desse er i samsvar med nasjonale helsepolitiske målsettingar. Ønske om auka vekt på forebyggjande arbeid var eit av premissa bak kommunehelsereforma (9). Rehabilitering og habilitering er i fleire sentrale dokument utpeikt som satsingsområde (10). Betydninga av samfunnsmedisinsk arbeid er gjentatte gonger blitt understreka (1, 11). Realiteten er at arbeidet med kurative oppgåver har tatt ein aukande andel av legeårsverka (11).

Samsvar mellom totalnivå og reelt behov?

Ein analyse av den geografiske fordelinga av primærlegar seier ingen ting om kor vidt talet på primærlegar totalt sett har eit slikt nivå at det er mogleg å oppfylle målsettinga om å fungere som eit lågterskeltilbod; - eller om analysen avspeglar ei fordeling av underdekning. Talet på registrerte primærlegeårsverk auka med vel 13% i perioden 1985-93 (1, 11). Det er tvilsamt om dette var nok til å kompensere for kombinasjonen av legane sine

ønske om meir normalisert arbeidstid og auka etterspurnad etter tenester. Det er gode grunnar til å tru at ikkje berre etterspurnaden men også det reelle behovet for primærlegeårsverk auka i perioden. Dette heng saman med ei rekkje samverkande faktorar, som stikkordsmessig kan oppsummerast i følgjande moment: demografiske forhold med auke både i barnefødsler og i talet på personar over 80 år, sosiale tilhøve som arbeidsløyse og auka familiær instabilitet, medisinsk utvikling med nye behandlingstilbod og fleire kontrollpasientar, omstrukturering av helsetenesta med overføring av oppgåver frå spesialistar og sjukehus til primærlegane, auka krav frå trygdevesen og det statlege helsetilsynet om skjemaufylling, registrering og dokumentasjon, samt veksande behov for samfunnsmedisinsk premisslevering til kommunal planlegging og drift.

Skal nasjonale målsettingar om ei lett tilgjengeleg primærlegeteneste med innhald tilpassa faglege behov og helsepolitiske mål bli ein realitet i vårt langstrekke og mangslungne land, trengst det meir enn lokale tiltak på kommunalt nivå. Det trengst nasjonale verkemiddel for å oppnå tilstrekkeleg totalnivå, påverke verksemdsprofilen og sikre ei geografisk skeivfordeling i samsvar med reelle variasjonar i behov.

1. Westin S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure. *Fam Pract* 1995; 12: 394-401.
 - Rongen G, Grytten J. Kommunelegetjenesten - hvor store er ulikhetene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1475-8.
 - Strand S. Den fastlønte primærleges vekst og fall (1970-2000). *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2755-6.
 - Forsdahl A, Grundnes O, Eliassen H, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsø- legene av? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 1225-30.
 - Brinchmann-Hansen Å. Økt studentopptak - forringet studiekvalitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 596-7.
 - Kommunehelsetjenesten årsstatistikk for 1990. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1992.
 - Trygdens utgifter til privatpraktiserende leger (1990-91). Oslo: Rikstrygdeverket, 1992.
 - Ot.prp. nr. 36 (1980-81). Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.
 - St.meld. nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.
 - St.meld. nr. 36 (1989-90). Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no