

Eg ønskjer meg 1 000 nye fastlegar til jul

Det er lite drøfta kor mange fastlegar vi treng, eller om det noverande volumet av kurative tenester passar til oppgåvene. Vi bør planlegge for ei auke i fastlegedekninga.

Fastlegeordninga har vore ei vellukka systemreform, sett både frå pasientane, fastlegane og styresmaktene si side (1). Utfordringa no er fagleg innhald og kvalitet (2). Eg trur mange fastlegar er i ferd med å slite seg ut. Eitt botemiddel er reduserte lister og at det blir fleire til å dele på oppgåvene. Staten deler Legeforeningen sitt syn på at ei solid primærhelseteneste er den beste garantien for eit velfungerande helsevesen, og at samfunnsøkonomisk er satsing på allmennlegane noko av det klokaste vi kan gjere. Slagordet «1 000 nye fastlegar» kviler på både kvantitative, kvalitative og administrative argument.

Den relative kjøtvekta i helsetenesta har stor verdi for prioritering og fokusering. I 1995 hadde vi 12 809 legar, 29,5 % var i allmennpraksis. Legetalet har sidan auka med nesten 50 %, medan talet på allmennpraktikarar har auka med 24 % til ein relativ del på 23,5 % i 2005. I høve til 1995 «manglar» det over 1 100 fastlegar.

Det har vore gjort få forsøk på å vise kva nye oppgåver har å seie for årsverktrongen i allmennpraksis. Eldrebølgja fører til fleire personar med kronisk sjukdom og samansette problem, noko som krev fleire legar for å yte same teneste per pasient. Kjende sjukdommar får nye behandlingalternativ. Det er bra, men det krev fleire konsultasjonar. Utviklinga kan fort få eit omfang på 1 % i året, likevel klart mindre enn trenden i helseføretaka. Det betyr at ei liste på 1 500 i 2001 kanskje burde samanliknast med ei på 1 440 i dag?

Andre oppgåver krev også nye legeårsverk. Legeforeningen vil auke legedekninga i sjukeheimar med minst 60 årsverk eller kanskje 200 legar i deltidstilling. Reduksjon i legevakt og totalarbeidstid er vedvarende trendar. Ein lege meir i vakt i 100 kommunar krev naturleg nok 100 nye legar. Allmenntilleggsforskning skal styrkast (1), parallelt til prioritering i spesialisthelsetenesta (2). Det kan fort bli trong for 50 årsverk, eller 100–150 deltidstillingar, som er

ein velprøvd modell i akademisk allmennmedisin.

Fastlegen blir introdusert for nye pasientgrupper. Symptom og funn blir omdefinerte til sjukdom som skal følgjast opp hos lege, eller i alle fall undersøkast. Denne utviklinga vil halde fram, truleg med auka styrke. For enkelte tilstandar ser vi senka terskel for legesøknad. Eigenomsorgsevna går ned, og det er større forventningar til innsats frå helsetenesta. Normale forskjellar mellom folk skal ha profesjonell vurdering. Vi blir gjort merksam på alt vi ikkje oppdagar og alt vi skulle ha oppdaga. Dette gjeld ikkje berre diabetes og hypotyrose, men også risikofaktorar og normalreaksjonar.

Det allmenntilleggsmedisinske miljøet har påpeikt korleis risikofokusering og senka intervensjonsgrenser medfører at vi bruker meir tid på dei minst sjuke i praksisane våre (3). Samtidig som vi ser konsekvensane av dette, blir legane pressa frå skanse til skanse. Denne blåsten kan verken fastlegen eller ein uorganisert allmennmedisin stå imot. Den enkelte lege kan ikkje ha eigne medisinske sanningar, sjølv om slingrommet ved individuelle problemstillingar er ganske stort. Allmennpraksis som fag kan heller ikkje ha sine eigne sanningar på tvers av andre fag. Autoriteten og tilliten vår vil bli trua, både frå pasientsida og frå våre samarbeidspartnarar i spesialisthelsetenesta. Allmenntilleggsmedisinen må derimot med stor styrke hevde faget sine meiningar, peike på konsekvensar og forlange plass der vedtak blir gjort.

Men kva med kapasitet til eksisterande krav? Ein fersk studie viser at å følgje nasjonale retningslinjer i USA for berre ti vanlege kroniske tilstandar som astma, diabetes o.l. i ein praksis med 1 250 pasientar, krev 414 klokketimar i året ved stabil tilstand (4). Tok ein omsyn til oppsporing av uoppdaga pasientar, utredning og meirarbeid ved ustabile fasar, auka kravet til 1 242 timar i året. Auka krav til ventetid og opningstider frå publikum og styresmakter må også forventast. Faget sine tradisjonelle verdiar og synspunkt er ikkje lenger einerådande. Det krev større slark i systemet og dermed fleire hovud. I tillegg opplever fastlegane auka krav til dokumentasjon, kvalitetssystem og rådgjeving. Personalmøte, kontordrift, økonomisaker og kontinuerleg fagleg oppdatering krev sitt. Dette er ein del

av jobben og bør gjerast i arbeidstida. Ein stadig mindre del av totalarbeidstida kan difor vere pasientarbeid, enten vi likar det eller ei.

Skal fastlegane synes at allmennpraksis er givande og triveleg, må dei bli fleire til å dele på oppgåvene. Da kan ein gjere ein enda betre jobb for den enkelte, om enn for færre. Fastlegane må ikkje løyse aukande oppgåver med å jobbe meir eller å skvise meir inn i arbeidsdagen. Da får vi mange taparar; legen kan bli sliten og misse gnisten, pasientane blir misnøgde med sørvis og medisinsk innhald, og det kan bli tatt farlege snarveg, både fagleg og juridisk.

Skal talet på legar tilpassast utviklinga, må det vere vilje og initiativ mellom fastlegane til å få inn nye legar og til å gje frå seg pasientar. Fastlegane bør vurdere listetaket sitt kvart femte år. Sentrale avtalar må ha betre måtar å regulere listene på enn i dag, og tilrådd listeomfang ved full stilling og fordeling mellom per capita-tilskott og refusjon bør reviderast kvart 3.–5. år.

Steinar Hunskaar

steinar.hunskaar@isf.uib.no
 Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Universitetet i Bergen
 5020 Bergen

Manuskriptet ble godkjent 17.11. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
2. Hunskaar S, Røttingen J-A. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2637–9.
3. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines. BMJ 2005; 331: 551–6.
4. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Ann Fam Med 2005; 3: 209–14.