

Fast i troen på fast lege

VI INTERVJUER

INGRID M. HØIE,

Email: ingrid.hoie@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Svein Steinert danser på isrosene i Tromsøs gater, fornøyd med at fastlegeforhandlingene er sluttført og at avtaler mellom leger og kommuner er undertegnet over det ganske land. Men laurbærene får hvile i fred for ham: Det er i grunnen nå det hele begynner.



Det skorter ikke på utfordringer i kommunehelsetjenesten selv om fastlegeordningen er i boks, mener fastlege Svein Steinert i Tromsø. Foto I. M. Høie

Egentlig burde fastlegene ha vært på plass i Norge allerede i 1984, mener Svein Steinert, tidligere leder av fastlegeprosjektet i Tromsø (1) og fastlege i samme by på femte året. Vi aner en irritasjon over at herrerne som snekret sammen lov om helsetjenester i kommunene, skrinla ideen om en legetjeneste hvor alle hadde sin faste lege og i stedet valgte det geografiske sporet, ifølge Steinert et feilspor som har spilt fallitt.

Med fastlegeordningen i boks er man tilbake ved utgangspunktet. At Yngre legers forening mener at fastlegeordningen er en idé som 68-ere klekket ut på 1970-tallet, får så være. Reformen er ikke foreldet for det, mener Steinert.

– Vi trenger et system for å vite hvor mange leger vi har behov for. Med fastlegeordningen har man fått på plass en bedre relasjon mellom lege og pasient og en tydeliggjøring av legeoppgaver i små kommuner. Men utvikling av primærhelsetjenestene er en kontinuerlig prosess. Fastlegeavtalen er et godt utgangspunkt og et verktøy som leger og kommuneadministrasjon kan bruke for å utvikle en best mulig og helhetlig helsetjeneste, sier han.

Fastlege og mer til

Det skorter ikke på utfordringer for allmennleger og kommuner. Det handler om å utvikle en legetjeneste hvor innbyggerne får dekket sitt behov for primærlegetjeneste, men også om at kommunene finner frem til hva man har behov for av tilleggstjenester.

– Fastlegen klarer mye, men ikke alt. Det er viktig at man faglig og økonomisk vil bruke penger på tilleggstjenester, sier Steinert. Han mener særlig tre områder peker seg ut: eldreomsorg, legetjenester for de dårligste psykisk utviklingshemmede samt en egen omsorg for rusmiddelmissbrukere. Barne- og ungdomsmedisin og samarbeidet mellom helsetjeneste, skolehelsetjeneste og fastlege må heller ikke glemmes.

– Dette er oppgaver som ligger i allmennmedisinske bistillinger, men de må videreutvikles, og kommunene må være villige til å kjøpe tid av legene slik at tilbudet blir bra, fremholder Steinert.

– Er du redd for at kommunene kan komme til å overse disse oppgavene?

– Det ser ut til at kommunene i større grad enn i 1984 betrakter legetjenestene som en ressurs. Men i avtalen er rammer for bistillinger uklare og vi vet ikke hvordan dette vil komme til å se ut. En fare ved fastlegeordningen er at leger låser seg fast i sine lister, sine kontorer og sine inntekter og glemmer det overordnede perspektivet. For å kunne lage gode tilleggstjenester, er vi avhengig av at de fleste leger engasjerer seg i forhold utenfor en-til-en-relasjonen. Den enkelte fastlege må spørre seg: Hva trenger kommunen? Hvor mange leger trenger vi til bistillinger? Hvordan kan legekollektivet komme frem til best mulige forhold for innbyggerne? Det er også viktig at bistillinger blir gjort så attraktive at tilleggsoppgavene ikke oppleves som et pålegg og en sur plikt. Det må følge goder med, for eksempel at man får dekket kurs i geriatri eller psykiatri, at man som fengselslege får anledning til å treffe andre fengselsleger for faglig utbytte og så videre, svarer Steinert.

Bedre fast enn før

Svein Steinert er ihuga tilhenger av fastlegeordningen, og bygger sine meninger på kunnskap og erfaring ervervet gjennom mange år. Hans liv som fastlege er allerede vel utprøvd. Han har mer enn snust på livet som utkantlege også, på sagnomsuste Karlsøy i Troms så vel som i nordsvensk glesbygd, Storuman i hjertet av Västerbottens län. I tre år fristet han tilværelsen som kommunelege II i Tromsø. Og han er ikke i tvil om hva han foretrekker: – Jeg har levd med tanken på å måtte gå tilbake til tiden og systemet før fastlegeordningen. For meg ville det ha vært et tilbakeskritt og jeg ville ha vurdert seriøst om jeg ville fortsette i allmennmedisin. I Tromsø var det mer slitsomt å være allmennlege før, vi visste aldri hvilke pasienter vi hadde ansvaret for. Med fastlegeordningen er det lettere å gjøre gode kollegiale avtaler mellom legene på kontoret, og våre samarbeidspartnere vet hvor de skal henvende seg for spørsmål vedrørende den enkelte pasient. Det er rett og slett mer spennende å jobbe, synes Steinert.

Men han finner grunn til å advare leger mot å ha for lange lister.

– Arbeidsmengden vil øke i løpet av de første årene, fordi samarbeidspartnere vil henvende seg til fastlegen. Man må føle og prøve seg frem før man finner grenseoppgangen for hvor ansvar skal ligge og i forhold til å si ja eller nei til samarbeid med andre i og utenfor kommunen. Jeg ser at mange leger legger taket lavere enn i forsøksprosjektet, så de har nok sett og lært av våre erfaringer.

Han har vært i Tromsø siden 1986. Ishavsbyen har et fast grep om legen, det ligger tykt utenpå når han skildrer den spektakulære naturen, nordlyset som flammer over fjellene og kontrasten mellom en skitur i øde landskap på dagtid og en kirkekonsert på kvelden. Men skal en søring fra Oslo trives nord for polarsirkelen hjelper det å være hektet på friluftsliv, og Svein Steinert har både havkajak, telemarksski og påkledning for ekstremt vær i sitt eie.

Han innrømmer at han var litt nervøs da han skulle etablere fastlegepraksis i Tromsø i 1995, nesten tre år etter at byens befolkning hadde funnet sin listeplass, men Tromsøs befolkning

øker med ca. 1 000 i året, så pasientgrunnlaget er sikret. I dag deler Svein Steinert legekantor med fire kolleger, hvor ingen har lengre pasientlister enn at de greier å vikariere for hverandre, dvs. ca. 1 200.

– Vi dekker alle kurs og ferier for hverandre. Det krever kollegialitet å få det til, men i distriktskommuner er det jo kultur for at leger aldri drar på kurs eller ferie samtidig, kommenterer han.

Kamp om pasienter?

– Yngre legers forening bekymrer seg for at fremtidige primærleger kanskje vil måtte konkurrere om pasienter og at fastlegeordningen blir en øvelse i samhold og solidaritet. Er det et reelt problem?

– I stabile kommuner med god legedekning eller i kommuner med avfolking, kan fastlegeordningen bli en øvelse i legekollegialitet. Da gjelder det at de faste legene og de unge uetablerte har en felles forståelse av hvordan de skal dele pasientgrunnlaget. En liste med opp mot 2 500 pasienter vil binde legen fast til kontoret og gir lite rom for tilleggsoppgaver og undervisning. Jeg vil bli veldig overrasket hvis det ikke er plass til nye leger. Noen kommuner vil ha nok leger, og man er avhengig av at noen flytter eller slutter for at nye skal kunne etablere seg. Det gjelder for eksempel Oslo og Bærum, men her er det også mange eldre leger og leger som arbeider mye, sier Steinert.

– Mye skal gå galt hvis det skal gå slik som Yngre legers forening frykter, legger han til.

– Min erfaring er at en felles plattform for alle leger er en viktig faktor for et godt fagmiljø. Når man også har en felles forståelse med kommunen om hva man trenger, er man bedre i stand til å utvikle en god tjeneste. Jeg tror også at unge leger ønsker kortere arbeidstid enn eldre kolleger, og ser gjerne at vi får en kulturendring i forhold til synet på arbeidstempo. Da kan fastlegeordningen i stedet bli et verktøy som leger kan bruke til å sette rammer rundt sin praksis.

Men hvordan skal unge leger våge å prøve seg som allmennlege når det koster rundt 700 000 kroner å etablere en privat praksis? En løsning ligger i å opprette utdanningsstillinger i allmennmedisin, mener Svein Steinert. Han viser til et samarbeidsprosjekt mellom Alment praktiserende lægers forening (ApLf), spesialitetskomiteen i allmennmedisin, Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) og universitetene i Tromsø, Trondheim og Bergen. I et foreløpig arbeidsdokument *Utdanningsstillinger i allmennmedisin* blir det tatt til orde for en prøveordning som tilrettelegger for slike utdanningsstillinger.

– Man ser for seg at unge leger begynner i en allmennpraksis som utdanningslege i stedet for å kjøpe seg inn i en praksis. Utdanningslegen skal ansettes og lønnes av kommunen, men blir en del av legekollegiet. Han eller hun vil få en del av pasientene til de faste legene. Det må være en praksis med lange nok, men ikke for lange pasientlister, lokalene må være egnet for utdanning og fastlegen må ha kompetanse

i veiledning. Når assistenten eventuelt har bestemt seg for å bli allmennlege, kan hun eller han kjøpe seg inn i praksisen, eller en annen praksis. En slik ordning vil redusere angsten for å gå inn i allmennpraksis. Det er i grunnen snakk om «å ale opp» unge leger, forklarer Steinert.

– Har kvinner grunn til å kvie seg for å bli fastlege?

– Fastlegeordningen er ikke noe dårligere system for kvinnelige enn mannlige leger, snarere tvert imot. Er det noe kvinner trenger, så er det å sette faste rammer rundt sin praksis. 70/30-regelen, hvor legen kan kreve at ikke mer enn 70 % av listen blir fylt opp av pasienter som har aktivt valgt legen, mens de resterende 30 % er personer som ikke har oppgitt legeønske, kombinert med et listetak på 1 500, bør forhindre at kvinner har noe å frykte, mener Steinert.

Brenner for utdanning

Svein Steinert brenner for en holdningsendring blant norske allmennleger i forhold til å ville utdanne kolleger.

- Dersom vi skal få en primærhelsetjeneste som har god kvalitet og som er attraktiv, må det legges til rette for undervisning av turnusleger, studenter og utdanningsleger. Vi må få på plass at det er morsomt å undervise, og få øynene opp for at det å engasjere seg i utdanning beriker tjenesten, og gjør det mulig å trappe ned og til sist avvikle en praksis på en god måte, mener Steinert. Han mener nøkkelen til å trekke leger ut i distriktene ligger i å skape gode fagmiljøer.
- Når unge leger gjør karrierevalg, vil gode fagmiljøer bli vektlagt høyere enn lønn, tror han.
- I distriktskommuner har allmennlegene kultur for å drive utdanning, jeg er egentlig imponert over alt det arbeid som allmennleger gjør i forhold til turnusleger. Den virkelige utfordringen ligger i store kommuner og byer, legger han til.
- Holdninger og vaner er vanskelig å vende. Hvordan skal man få til dette?
- Først og fremst ved å sette dem på dagsordenen. Dernest er rammevilkår avgjørende, man kommer ingen vei uten lokaler som er egnet og leger må inngå kontrakt om utdanningsstillinger. Hvis arbeidsdokumentet fra det allmenmedisinske miljøet bidrar til at Kommunenes Sentralforbund, Sosial- og helsedepartementet og Legeforeningen skaper for eksempel 40 utdanningsstillinger, noen i større, noen i mellomstore, noen i små kommuner, vil dette føre til at man får leger som er interessert i å utdanne seg til allmennleger. Men vi må også våge å si at noen legekontorer er for dårlige for utdanningsstillinger. Man får ikke gode leger ved å overlate turnuslegen eller assistenten til seg selv mens fastlegen er på kurs, mener Steinert.

fakta

- Svein Ragnar Steinert, født 22. juni 1953 i Oslo
- Cand.med. Oslo 1981
- Leder av fastlegeprosjektet i Tromsø 1992–96
- Fastlege ved Skansen legekantor, Tromsø 1995–d.d.

LITTERATUR:

1. Steinert SR. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Sluttrapport etter tre forsøksår. Tromsø: Tromsø kommune, 1996.

Publisert: 7. september 2016. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

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