

Primærlegetjenesten i Vestfold før og etter kommunehelseloven

En longitudinell analyse av primærlegetjenestens utvikling i Vestfold viser at ressursene i økende grad er blitt kanalisert til kurativ virksomhet i løpet av de siste 25 år. I 2000 omfattet kurativ virksomhet i alt 87 % av primærlegenes arbeidstid, en økning fra 76 % i 1984, som var året for kommunehelselovens iverksettelse. Dette har skjedd på bekostning av det tradisjonelle grupperettede distriktshelsearbeidet, som omfatter samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid. Typisk for Vestfold har dessuten vært fremveksten av avtaleløs praksis, først og fremst i byene.

Det er en rekke årsaker til denne utviklingen, og de viktigste er trolig be-tinget av langsiktige samfunnsøkonomiske og demografiske trender. Finansieringsordningen har favorisert kurative tjenester, dels gjennom en større fleksibilitet i avlønning og organisering, dels pga. høyere lønnsnivå.

På landsbasis har spesialistlegetjenesten ekspandert enda mer enn allmenlegetjenesten i perioden – spesielt i siste del. Innenfor kommunenes helsesektor, som styres etter kommunehelseloven, er andre yrkesgrupper og spesielt pleie- og omsorgstjenesten blitt prioritert mye høyere enn primærlegetjenesten, både absolutt og relativt.

Hensikten med denne studien var å dokumentere utviklingen av primærlegeressursene i Vestfold i perioden 1974–2000. I Norge har det vært store variasjoner i legedekningen. Vestfold har sin spesielle plass i dette bildet fordi det har vært et populært sted å arbeide for leger. Mens utkantstrøkene i lange perioder har slitt med legemangel og ubesatte stillinger, har Vestfold hatt en stabil legedekning. Vestfold er vanligvis en endestasjon i karrierevalget – leger som kommer dit, blir som oftest boende der til pensjonsalderen. Dette er fordelaktig for befolkningen, som dermed får erfarne leger og en høy grad av kontinuitet. Fylket egner seg derfor når man vil studere prioriteringen av de ulike typer legearbeid der leger ikke lenger er noen mangel. Denne analysen handler om primærlegetjenesten i Vestfold før og etter innføringen av kommunehelseloven i 1984 og frem til fastlegereformen i 2000.

Det offentlige har hatt betydelige interesser og en lang tradisjon i å sikre primærleget-

Hans Knut Otterstad

hans.knut.otterstad@jvbv.no

Jernbaneverket

0048 Oslo

Otterstad HK.

Primary medical care in a Norwegian county 1974–2000: What were the results of the Primary Care Act, and how have resources been utilised?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2799–801

A longitudinal analysis of the development of primary care in Norway focusing on Vestfold County shows that resources have increasingly been channelled to curative services, with less being spent on community-based preventive care.

Vestfold, a county in the most densely populated area of Norway, with an expanding population and a growing economy, has seen a remarkable growth in private practice. There are several reasons for this. Socio-economic and demographic trends play a role; the provision of curative services is also more flexible and more profitable. Local municipalities seem to have given higher priority to curative services than to preventive tasks. Nation-wide, primary care has grown more slowly than specialised care. At the local level, care for the elderly, organised as a separate service, has been a winner.

tjenestene i Norge. Tidligere skjedde dette ved opprettelsen av distriktslegetillinger og stykkprisbetaling for privatpraktiserende legers arbeid, som hovedsakelig ble finansiert gjennom Rikstrygdeverket. Loven om kommunehelsetjenesten ble virksam fra 1984, og denne undersøkelsen er foretatt for å kunne vurdere effekten av denne reformen.

Materiale og metode

Undersøkelsen omfatter alle kommuner i Vestfold i tiden fra 1974 til 2000, som var det

Tabell 1 Antall primærlegetimer og primærlegetjenesten i Vestfold 1974–2000

År	Antall legetimer per uke	Antall legetimer per uke per 1 000 innbyggere
1974	4 020	22,3
1979	3 700	20,0
1984	4 095	21,5
1989	4 791	24,4
1994	5 256	26,1
2000	6 170	29,0

siste året før fastlegeordningen ble innført. Følgende seks tversnitt er tatt med: 1974, 1979, 1984, 1989, 1994 og 2000. Dette er femårsintervaller som er synkronisert med tidspunktet for kommunehelseloven. Data fra 1974, 1979 og 1984 er hentet fra medisinmeldingene i kommunene som ble oversendt Fylkeslegen. I tiden etter 1989 har kommunene sendt inn opplysninger på et standardisert skjema til Fylkeslegen og Statistisk sentralbyrå (1). Disse opplysningene gjelder fordelingen av legetimer i en representativ arbeidsuke. Ved å legge sammen disse får man en oversikt over hvordan primærlegene samlet sett har brukt sin arbeidstid.

For å besvare spørsmålene om utviklingen av de nasjonale legeressursene og helsepersonellet i kommunene er det benyttet statistikk for den aktuelle perioden fra Helsepersonellregisteret i Statens helsetilsyn, Legeforeningens register og Legeregisteret i Statistisk sentralbyrå.

Resultater

Betydelig høyere primærlegetjenest

Antall primærlegetimer per uke økte fra 4 020 i 1974 til 6 170 i 2000 (tab 1). Dette tilsvarer en økning av legetjenesten i Vestfold fra 22,3 timer per uke per 1 000 innbyggere i 1974 til 29,0 i 2000, dvs. en økning på 30 % i løpet av 26 år. Antall timer ble redusert i 1970-årene, men etter at kommunehelseloven ble innført, er dekningen stadig blitt bedre.

Størst økning av kurative tjenester

Tabell 2 viser hvorledes primærlegemarkedet endret seg fra 1984 til 2000. Tilbudet av kurative legetimer økte fra 3 114 legetimer per uke i 1984 til 4 629 i 2000, dvs. en økning på 49 %, noe som viser at kommunene har prioritert denne delen av legetjenesten.

Når de avtaleløse legenes timer regnes med, har det vært både en absolutt og en relativ økning av kurative primærlegetjenester. Ved kommunehelselovens ikrafttreden i 1984 var andelen 76 %, i 2000 var andelen 87 %. De avtaleløse legenes andel var 668 timer per uke – ca. 13 % av de kurative tjenestene i 2000. De avtaleløse legene har slått seg ned nesten utelukkende i byene og bynære kommuner.

Taperen i kampen om ressursene har vært den del av primærlegenes arbeid som går til administrasjon, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern. I absolutte tall er dette virksomhetsområdet halvert i Vestfold i løpet av de siste seks årene før 2000.

Kommunene i Vestfold har bygd ut pleie- og omsorgstjenestene i betydelig grad etter

1988, da de fikk et samlet ansvar for sykehjemmene og de hjemmebaserte tjenestene. Tabell 2 viser at dette ikke gjelder for legetjenesten i kommunale institusjoner, som har stått på stedet hvil. For legetjenesten på helsestasjon og i skoler har det vært en ujevn utvikling, med beskjeden økning de siste årene.

Spesialistlegetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene

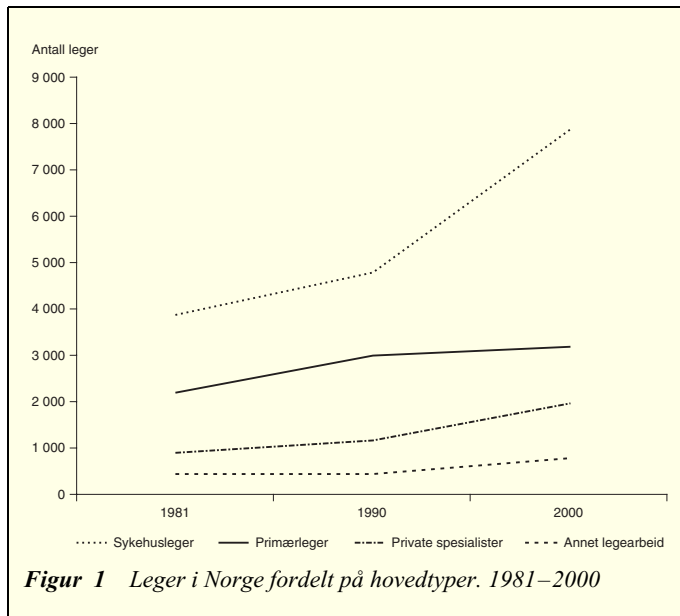
Veksten av primærlegetjenesten i perioden må sees i sammenheng med utviklingen av den øvrige del av legemarkedet. Figur 1 viser at sykehusmedisinen har fått en spesielt kraftig vekst etter 1990. Økningen av antall primærleger holdt tritt med veksten av sykehusleger i 1980-årene, mens det etter 1990 har vært en betydelig ekspansjon av sykehuslegenes antall. Disse stillingene benyttes i det alt vesentlige til kurativt legearbeid.

Denne utviklingen har skjedd i et regulert marked for nyopprettede stillinger gjennom Utvalget for legestillinger og stillingsstruktur (ULS) (2). «Gråmarkedet» var av betydelig omfang, og i en evaluering av ordningen ble det fastslått at det ble opprettet 0,6 stillinger uten godkjenning for hver ULS-godkjent stilling (3). En del av disse stillingene var avtaleløs praksis, men de fleste stillingene gikk til sykehusene (fig 1) (1).

Innad i kommunene har det vært en betydelig økning av helse- og sosialtjenestene, i første rekke gjennom en sterk vekst av pleie- og omsorgstjenestene og tjenestene for de psykisk utviklingshemmede, som ble overført fra fylkeskommunen. Tabell 3 viser stillingsutviklingen i kommunene i perioden 1993–2000. Først og fremst er det vernepleiertjenestene som har økt. Årsverkene for sykepleierne i pleie- og omsorgstjenestene har økt fire ganger så mye som legeårsverkene, mens antall helsesøsterårsverk har økt nesten tre ganger.

Diskusjon

Etter at kommunehelseloven har virket i 16 år synes det å foreligge tre utviklingstrekk for kommunene i Vestfold:



Figur 1 Leger i Norge fordelt på hovedtyper, 1981–2000

– En sterk ekspansjon av kurative legetjenester sammenliknet med samfunnsmedisinske oppgaver, både gjennom en kommunal prioritering av kurativt arbeid og fremveksten av avtaleløs praksis i byene.

– En halvering av samfunnsmedisinsk praksis slik den tidligere var representert gjennom de statlige distriktslegene. I 2000 hadde avtaleløs praksis i byene i Vestfold et større omfang enn summen av det grupperettede samfunnsmedisinske arbeidet i hele fylket.

– Status quo for legetjeneste i sykehjem og i skole og helsestasjoner, og dermed en betydelig relativ tilbakegang.

Situasjonen i 2000 og utviklingen som førte frem til den har trolig flere årsaker, og noen er nødvendigvis forankret utenfor kommunehelselovens saksområde. Fremfor alt er det grunn til å tro at generelle samfunnsøkonomiske utviklingstrekk kan være hovedforklaringen. Jeg vil i denne sammenheng peke på sju årsaker:

- Den teknologiske utviklingen
- «Eldrebolegen» og økningen av pasienter med kroniske sykdommer
- Bedrede behandlingsmetoder
- Finansieringsordningene
- Lønnsdifferensieringen
- Markedsmekanismene

– Samfunnsmedisin og forebyggende legevirkosomhet har mistet mye av sin institusjonelle støtte

Den teknologiske utviklingen, både innenfor diagnostikk og innenfor behandling, har medført en nærmest ubegrenset etterspørsel etter kurative tjenester. Kanskje klarer helsevesenet nå å påvise så mye sykkelighet i befolkningen at det aldri vil bli i stand til å behandle alle de pasienter og alle de plager som blir identifisert. I tillegg kommer fremveksten av alternative behandlingsformer og naturmedisin, som også har ekspandert i samme periode. Det synes som om Illitch har fått rett i sine spådommer om det medikaliserte samfunn (4).

«Eldrebolegen» og økningen

av pasienter med kroniske sykdommer er en faktor som gir en «multiplikatoreffekt» på forbruket av legetjenester og behovet for pleietjenester. Legene har fått nærmest ubegrensede muligheter for kontrollkonsultasjoner. «Eldrebolegen» kan også forklare kommunenes sterke satsing på personell i pleie- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid vanskelig å forstå at legetjenesten i institusjonene ikke er blitt tilsvarende opprustet, siden de sykeste av de gamle finnes på dette nivået.

Bedrede behandlingsmetoder øker overlevelsen. Medisinsk forskning fører til bedre metoder, som igjen fører til lengre overlevelse og dermed et mer langvarig behandlingsregime og større behov for medisinsk behandling, pleie og rehabilitering.

Finansieringsordningene er blitt mer oppsplittet, og befolkningen har fått økt kjøpekraft. I perioden har de økonomiske rammebetingelsene endret seg «fra regulering til marked», i hvert fall i de mest folkerike strøkene i landet. Det offentlige finansierte mesteparten av behandlingsutgiftene i 1970-årene gjennom Rikstrygdeverket, og egenandelene var meget lave. Kommunehelseloven bidro til en tredeling av finansieringen ved at kommunene fikk overført midler til avtaler med privatpraktiserende leger og fast-

Tabell 2 Antall legetimer fordelt på ulike oppgaver i kommunehelsetjenesten

År	Kurative tjenester. Leger med fast lønn eller avtale		Kurative tjenester. Leger uten avtale		Helstasjon. Skole		Alders- og sykehjem		Administrasjon, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern		Totalt	
	Antall timer	(%)	Antall timer	(%)	Antall timer	(%)	Antall timer	(%)	Antall timer	(%)	Antall timer	(%)
1984	3 114	(76,0)	0	(0,0)	271	(6,6)	275	(6,7)	435	(10,6)	4 095	(100,0)
1989	3 771	(78,7)	116	(2,4)	271	(5,7)	278	(5,8)	355	(7,4)	4 791	(100,0)
1994	3 823	(73,8)	399	(7,7)	259	(5,0)	273	(5,3)	427	(8,2)	5 181	(100,0)
2000	4 629	(75,9)	668	(11,0)	294	(4,8)	277	(4,5)	231	(3,8)	6 099	(100,0)

lønnsleger, og egenandelene økte. Utviklingen har gått i retning av et mer markedsstyrt helsevesen.

Lønnsdifferensieringen har favorisert kurativ virksomhet. Med begrenset tid og et overskudd av arbeidsoppgaver kommer mange primærleger i en valgssituasjon. Vinneren i denne kampen om legetimer har vært kurative tjenester. Dette skyldes flere forhold, men en viktig faktor er avlønningen, som har vært bedre og mer fleksibel enn for forebyggende helsearbeid og samfunnsmedisinske oppgaver. I det lange løp vil idealisme og interesseprofil ikke være nok til å gjøre forebyggende helsearbeid konkurransekraftig som arbeidsfelt.

Markedsmekanismene er kompliserte og dels satt ut av spill på grunn av sosialpolitiske hensyn. I det norske helsevesenet er markedet manipulert fordi tjenestene på en innviklet måte er subsidiert av det offentlige.

Samfunnsmedisin og forebyggende legevirksomhet har mistet mye av sin institusjonelle støtte etter at prioritering og finansiering ble desentralisert. Distriktslegene hadde en 400 år lang tradisjon i Norge før de ble overført til kommunene i 1984. Dette var et uttrykk for at staten hadde ansvaret for primærlegetjenesten, og innebar to viktige støttefunksjoner for det samfunnsmedisinske og forebyggende helsearbeid (5): Distriktslegene hadde en tilhørighet til en organisasjon ledet av embetsmenn i Helsedirektoratet, dvs. toppen av det offentlige hierarkiet. Denne organiseringen gav tilgang til informasjon og ressurser uavhengig av kommunale prioriteringer. Etter at kommunehelseloven trådte i kraft, ble den sentrale støtten sterkt svekket. Mange kommuneleger i kombinert stilling fulgte markedets signaler og gikk over til mer rendyrket kurativ virksomhet.

Men det var ikke bare innen egen fagprofesjon at samfunnsmedisinerne mistet en del av sin ledende posisjon etter 1984: Innen pleie- og omsorg, som ble den største sektoren i helse- og sosialtjenesten i kommunene, overtok sykepleierne styringen, mens helsestasjons- og skolehelsetjeneste i sterkere grad ble helsesøstrenes domene. Dette var en utvikling som viste seg ganske tidlig etter at kommunehelseloven ble vedtatt, og i sin evaluering av resultatene etter de første fem årene skriver Romøren: «Helsefaglig kompetanse står svakt innen kommunehelsetjenestens lokale administrasjoner. Trivsel og tilpasning i kommunelegerollen er dårlig. Det er rekrutteringsvansker til yrket, og mye godt talent er allerede gått tapt. Mer kan komme til å følge etter» (6). En oppsummering av utviklingen av primærlegevirksomheten i Vestfold ti år etter at loven ble innført, dokumenterte denne utviklingen (7).

Muligens er utviklingen en del av et mønster som følger en utviklingsrekke med et lengre tidsperspektiv, og som innebærer at medisinen og legene har orientert seg mot kurativ virksomhet og i økende grad har overlatt samfunnsmedisinen og det forebyg-

Tabell 3 Antall årsverk i kommunehelsetjenesten fordelt på personellgrupper 1993–2000

Personellgrupper	1993	1997	2000	Prosentvis økning. 1992–2000
Leger	3 223	3 351	3 532	9,6
Helsesøstre	1 355	1 578	1 714	26,5
Sykepleiere	11 590	14 665	16 089	38,8
Hjelpepleiere	22 373	27 629	28 845	28,9
Vernepleiere	1 440	2 129	2 905	101,7

gende helsearbeidet til andre. Et godt eksempel er næringsmiddelkontrollen. Elvbakken skriver: «Lovgivningen om næringsmiddelkontroll tilhørte helseforvaltningen, men fra 1970-årene var dette ikke lenger selvsagt. Legene overlot næringsmiddelkontroll som felt til veterinærenes innflytelse i etterkrigstiden» (8).

Urbanisering og tilpasning til fastlegerformen har vært viktig. Et sentralt utviklingstrekk i Vestfold har vært oppblomstringen av avtaleløs praksis i siste del av perioden. Dette har først og fremst kommet de større bykommunene til gode. Det medisinske markedet trives best der det er mange kunder. Utviklingen av avtaleløs praksis kan betraktes som en utilsiktet bivirkning av kommunehelselovens finansieringssystem. I tillegg har en del leger hatt en taktisk begrunnelse for å slå seg ned i sentrale kommuner i påvente av fastlegerreformen, som sikret ressursbasen for de legene som befant seg på rett sted til rett tid i 2000.

Det er altså i hovedsak tre forhold som i særlig grad har styrt disse legetjenestene:

- Økning av behovene som følge av befolkningsutvikling og teknologiske landevinninger.
- Overføring av ansvar og prioriteringer for helsetjenestene fra sentrale til lokale myndigheter, kombinert med lokale myndigheters prioriteringer av pleie- og omsorgstjenester.
- Primærlegearbeidet endte opp som et lavprioritert område i et kommunalt utviklingsperspektiv, men kurative tjenester ble likevel vinneren innenfor de legetjenestene som styres av kommunehelseloven.

Dette må imidlertid ikke sees som isolerte hendelser. Den samme utviklingen finnes i forsterket grad innen sykehus (9). Kommunehelseloven har dermed gitt primærlegetjenestene en nødvendig lokal forankring, mens den tradisjonelle distriktslegetjenesten og samfunnsmedisinen langt på vei er blitt skjøvet ut.

Kombinasjonen av urbanisering, markedstilnærming og en oppsplittet finansiering av legevirksomheten vil fortsatt gi grunn for økt ressurstilstrømming til kurative tjenester i sentrale strøk. Grunnlaget for denne utviklingen vil være fortsatt medisinsk-teknologisk og farmakologisk forskning.

Dette betyr at samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid fremdeles vil ha trange kår innenfor det kommunale systemet, blant annet på grunn av langt lavere legelønninger og mindre ressurser.

To forhold gjør at man ikke umiddelbart kan generalisere om den fremtidige utvikling med basis i lærdommene fra denne perioden. Det ene er fastlegesystemet, som setter en mer effektiv begrensning for hvor mye av de nye legeressursene som kan kanaliseres inn i kurativ primærlegetjeneste, selv om det fortsatt er mulig for legene å være avtaleløse. Det andre er en helt ny situasjon som vil bli betinget av et fremtidig legeoverskudd. Grunnlaget for et skifte kan knyttes opp mot høy utdanningskapasitet for leger, ikke bare i Norge, men også i en rekke andre land i Europa. Stort sett er våre erfaringer basert på at leger har vært en mangelvare. Hva myndighetene skal gjøre når nyutdannede leger møter et mettet legemarked, finnes det ikke erfaringsmateriale om i moderne tid i Norge.

Litteratur

1. Styrings- og informasjonshjulet. Sammenligningstall for kommunene 2001. Hefte I 1036/4B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Statistisk sentralbyrå, Statens helsetilsyn, 2001.
2. Årsmelding for 1996. Utvalget for legestillinger og stillingsstruktur ULS. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
3. Buhaug H. Evaluering av Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur, ULS. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1997.
4. Illich I. Medical nemesis. London: Calgard & Bogard, 1975.
5. Bjørn V. «Kyndighet og myndighet». En studie av fylkeslegeetatens rolle i helseforvaltningen og helsepolitikken. Hovedoppgave ved kandidatstudium i helseadministrasjon. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990.
6. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12 1989. Oslo: Sosialdepartementet, 1989.
7. Otterstad HK. Virkningen av kommunehelsetjenestens ti første år for primærlegetjenesten i Vestfold. Hvorledes har kommunene fordelt legeressursene til de ulike arbeidsområdene i denne perioden?. Utposten 1995; 24, nr. 7.
8. Elvbakken KT. Næringsmiddelkontroll – mellom helse og næringstilsyn. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3613–6.
9. Grund J. Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling? Oslo: TANO, 1991.

○