

Diskusjonene var harde, skepsisen blant allmennleger var utbredt og avisoppslag meldte om fiasko få uker etter at fastlegeordningen var innført. Men 700 meter over havet, i en av landets høyest beliggende kommuner, er legelivet omtrent som før reformen. – Men pengefokuset er sterkere og forurenser tjenesten, mener Helge Lund, kommunelege I i Os i Østerdalen.

Intervjuet: Helge Lund

Fornøyd og fast til fjells

Det skal være usagt om det er takket være grundig forarbeid og gode forhandlere eller om det er fordi det meste går seg til: Nesten tre år etter innføring av fastlegeordningen er man fristet til å si «mye skrik og lite ull», for evalueringene av fastlegeordningen fremkaller et gjesp. Evalueringene tyder på at allmennlegenes forventninger til ordningen stort sett er innfridd: Kontinuiteten har økt, ansvaret og arbeidsmengden likeså. Generell tilfredshet blant allmennleger er riktignok synkende, men oppslutningen om fastlegeordningen er likevel økende (1).

Penger forurenser

– Har reformen gjort allmennlegetilværelsen annerledes?

– Nei, i alle fall ikke sett fra mitt ståsted, svarer Helge Lund.

Her, i hedmarkskommunen Os, lengst nord i Østerdalen, med 2 200 innbyggere, ett legekontor med to fastlønnte allmennleger og en turnuslege med pasienter på en felles liste, og med et godt fungerende legevakt-samarbeid med nabokommunene Holtålen og Røros, går legelivet stort sett upåaktet videre.

– Som lege opplever jeg de samme bånd til pasientene nå som før, det er ingen endring for legekontoret eller stor forskjell for befolkningen. Folk oppfatter oss som sine faste leger uansett, skjønt noen pasienter nok hadde forventninger om enda sterkere bånd. Det hender jeg får kommentaren: Du er fastlegen min, men jeg ser deg aldri. Litt spøkefullt, men det er noe i det; jeg er på kurs, på reise osv., sier Helge Lund.

På ett punkt er tilværelsen likevel endret, økonomien, som Lund kaller et flerhodet troll. Slik han ser det, har overgang fra driftstilskudd til per capita-tilskudd åpnet for at også allmennleger i Distrikts-Norge kan bli entreprenører, og ført til at økonomiske spørsmål har fått en mer sentral plass i den daglige driften. Selv kommunelegen Lund, som valgte å fortsette på fastlønn, har nytt godt av ordningen i form av høyere lønn.

– Ordningen har ført til at allmennleger er blitt mer opptatt av inntjening. Det gjelder også meg som har fast lønn fra kommunen – en fastlønnet lege kan ikke ta mindre betalt enn en fastlege som selv tjener til livets opphold. Dessuten er det slik at jo flere pasienter jeg får gjennom takstsystemet, desto mer penger fra trygde-refusjon kommer inn i kommunekassen, sier Lund.

– Fører det til at legene behandler pasienter unødig mye?

– Nei, jeg mener vi ikke gjør det i Os kommune. Vi har i en årrekke drevet utstrakt folkeopplysning om forebyggende helsearbeid, og vært bevisst på ikke å bidra til medikalisering. Som kommunelege har jeg i alle år gjentatt at økt produktivitet ikke gir bedre helse for befolkningen. Jeg merker ikke noe inntjeningspress fra kommunens politikere eller administrasjon, bortsett fra krav om kostnadseffektiv drift. Men vi er bestemt blitt mer opptatt av penger, og det forurenser primærhelsetjenesten.

Han viser til telefontaksten som ble omgjort fra refusjonstakst til egenandels-takst fra 1.1. 2004 (2), og som i praksis betyr at fastleger kan kreve pasienter for 35 kroner for telefonkonsultasjoner. I kjølvannet følger faktureringsgebyr på 45 kroner. Helge Lund gremmes:

– Folk flest oppfatter det som unødvendig å kreve inn slike småpenger, og skjønner ikke at legen nå må ta penger for en tjeneste som vi før ordnet opp direkte med trygdekontoret. Det kommer ikke noe godt ut av dette for legen. Småpenger, ja vel, men 50 medisinske telefonkonsultasjoner i uken koster tid for legen og en masse ekstraarbeid for sekretærene ved legekontoret, mener Lund.

Synliggjøring av samfunnsmedisin?

Mens leger og helsebyråkrater snekret og flikket på fastlegeordningens endelige utforming, ble samfunnsmedisinen spådd

rollen som reformens taper fordi offentlige legeoppgaver ville lide når jakten på inntjening ble større. Samtidig kan pengefokus bidra til at det er lettere å synliggjøre samfunnsmedisinen.

– Offentlig legearbeid er en tidkrevende øvelse. For meg som kommunelege I, vil det i praksis si at inntjeningen for kommunen går ned hvis jeg bruker for mye tid på oppgaver som smittevern, planarbeid og miljørettet helsevern. For meg handler samfunnsmedisin om å legge til rette slik at befolkningen får det best mulig, vurdert ut fra et helsemessig synspunkt. Som kommunelege i fastlegeordningen må man være flinkere til å selge inn forventet nytteverdi av samfunnsmedisinske oppgaver til kommunens politikere. Ønsker de at helse-tjenesten i kommunen skal engasjere seg i arbeid om ungdom og rus, eller nettverksbygging blant arbeidsledige, så er prisen at inntjeningen blir dårligere. Jeg har for eksempel gitt kommunepolitikerne beskjed om at hvis jeg skal delta på tre-fire årlige ledersamlinger i kommunen, vil det koste ca. 50 000 kroner i form av tapt inntjening fra direkte pasientrettet legearbeid. Slik får også samfunnsmedisin en prislapp, som igjen kan bidra til å synliggjøre samfunnsmedisinske oppgaver for politikerne. Man kan kanskje si at fastlegeordningen tvinger samfunnsmedisinen til å bli mer konkret, fremholder Lund. Det kan gi meningsfulle diskusjoner, men på grunn av en presset kommuneøkonomi, kan det likevel være at beskjeden fra politikerne blir at vi må få inn rede penger, legger han til.

Helsediplomat

Samfunnsmedisinerens fartstid som kommunelege I i Os daterer seg tilbake til 1990. Han nyter stor respekt i kommunens politiske og administrative organer, og selv karakteriserer han samarbeidsklimaet i Os som svært hyggelig. Lunds bidrag til den vennlige tonen er ikke uvesentlig: Skal vi tro hans kolleger i legefaget, har Helge Lund en egen evne til godt håndlag med



Helge Lund

Født 24. august 1952

- Cand.med. Oslo 1980, spesialist i allmennmedisin 1990, spesialist i samfunnsmedisin 1993
- Kommunelege I i Os kommune 1990 –

Foto I.M. Høie

kommunale politikere og byråkrater, slik at konflikter unngås.

– Jeg ser ikke noe poeng i å lage fanesaker av alt. Vi leger må kunne svelge noen kameler, og ikke være så nærtakende og tro at vi alltid vet best. Som kommunelege I må man drive helsediplomati: velge ut det som er viktigst sett fra et helsemessig synspunkt, og si fra seg småtterier. Men jeg er ikke redd for å si i fra hvis noe er åpenbart galt, tilføyer han.

Mens kommunelege I-stillingen i Lunds bostedskommune Røros står ubesatt, vikarierer Lund også der. Trolig blir han i stillingen. – Det er helt greit. Etter hvert er det mange interkommunale kommunelegestillinger, og Røros og Os, og også Holtålen, har allerede mange felles oppgaver på tvers av kommunegrensene, opplyser Lund.

Et stabilt legemarked har i en årrekke lagt til rette for samarbeid mellom de 11 allmennlegene i høyfjellsdistriktet. For 16–17 år siden startet de Norsk forening for høyfjellsmedisin, med Helge Lund som en av pådriverne. Foreningen er en videreføring av en veiledningsgruppe, en kollegial basis for debriefing, diskusjon av faglige problemer, og for jevnlig samlinger med faglig innhold.

Lund peker spesielt på et nyttig legesamarbeid om forskrivningspraksis av B-preparater, som har pågått siden 1994. Samarbeidet har ført til reduksjon av forskrivning av sovemidler, angstdependende medisiner og smertestillende preparater tilhørende gruppe B (3).

– Selv om vi allerede i utgangspunktet lå lavere enn landsgjennomsnittet i definerte døgndoser, ble forskrivningen redusert til det halve, og har holdt seg lavt siden. Ettersom pasientene kjenner til vår felles praksis, ber de heller ikke om disse medikamentene, noe turnusleger ofte stusser over, forteller Lund.

Trygg i Os

Helge Lund beskrives som målrettet, strukturert, en engasjert samfunnsmedisiner som stadig har prosjekter på gang og vyer som

han setter ut i livet. Et særlig vellykket prosjekt er innsatsen for å plassere Os kommune på listen over Trygge lokalsamfunn.

Trygge lokalsamfunn er et Verdens helseorganisasjon-konsept, og en måte å arbeide med forebygging av skader og ulykker på. Det er dokumentert at ulykkesrisiko kan reduseres med 25–40 % (4). Per i dag er 11 norske kommuner og én bydel i Oslo med. Os kommune var den fjerde norske kommunen som ble godkjent, og har satset på ulykkesforebygging siden 1996, med Helge Lund som faglig ansvarlig.

– Å være del av dette internasjonale nettverket innebærer at vi må lage et verktøy for å registrere hvor mange ulykker vi har, hvor de skjer, hvorfor, hvordan, og kjønn og alder på dem som rammes. Dette er et konkret og praktisk samfunnsmedisinsk arbeid, og nå registrerer vi fortløpende alle ulykker i kommunen, opplyser Lund.

– Samfunnsmedisinerens rolle er å få bakgrunnsmateriale på plass, slik at andre instanser i kommunen ser at dette er verdt å satse på. Det handler ikke om geniale tiltak, men enkle ting som å sørge for lys hjemme hos gamle og å strø trappen når den er glatt. Et lårbeinsbrudd koster kommunen 150 000 kroner, i tillegg til lidelse for den enkelte, fortsetter han.

Forebyggingen bærer frukt: I 1993 var 33 % av alle ulykker i Os av en slik art at det var behov for medisinsk behandling. I dag gjelder det 10 % av ulykkene. I perioden 1996–2003 er antall ulykker i landbruket redusert til det halve, fra 210 til 100 per år.

– Kommunens innsats mot ulykker har kanskje skapt større bevissthet i befolkningen også. Det er all grunn til å redusere antall ulykker i Norge, og det er sakte og sikkert på vei ned, sier han.

Brenner for distriktsmedisin

Tilfeldigheter førte oslomannen Helge Lund til Røros i 1980: Da han skulle i distriktsturnus, trakk han nest dårligste

nummer, og ble tildelt bergstaden. Samtidig begynte datteren på skolen, og etter endt turnustjeneste vikarierte Lund for distriktslege Arthur Hertzberg som skulle ha permisjon. Det ene tok det andre – og så har årene gått. Selv om han ikke jublende forlot Rikshospitalet og Oslo, har han og legeektefellen Anne Brunborg Lund fra Bærum hatt fine år i Distrikts-Norge. Nå brenner han for distriktsmedisin, og for å rekruttere unge leger til tjeneste i distrikt.

– Selv om rekrutteringen hos oss er bra, er det nok av steder der man sliter med å trekke til seg leger. For å skape entusiasme og glede for distriktsmedisin, tror jeg det er viktig å identifisere legearbeid i et lite distrikt tydeligere, vise for de yngre legene at man må kunne mer av faget her ute, som å gjøre utredninger i lang avstand til sykehus, håndtere akuttmedisin i større grad osv.

Man må ikke være opptatt av jakt og fiske for å trives i distrikt, men det hjelper: – Det blir feil å dra til Engerdal hvis man helst vil ha opera og caffè latte på Grünerløkka. Det handler om å nyttiggjøre seg nærmiljøet og menneskene der, sier Lund, som selv er glad i alt som smaker av friluftsliv og aktiviteter utendørs, fra rypejakt til golf. Han er primus motor for at Røros har en nihulls golfbane på Kvitsanden, Nord-Europas største ørken. Men det er en annen historie.

Ingrid M. Høie

ingrid.hoie@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319–21.
2. www.legeforeningen.no/index.gan?id=35995&subid=0&PHPSESSID=44cd7a0b787fb1049b1d8d9f7ef82f5c (17.2.2004).
3. Krokstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3634–7.
4. www.tryggelokalsamfunn.no (17.2.2004).