

Primærlegetjenesten i Sverige og Norge

HVORFOR GIKK DET SÅ FORSKJELLIG?

Gamle stolte tradisjoner, støtte fra legeföreningen, primærlegenes gode økonomi og obligatorisk utdanning i primærhelsetjenesten for alle leger er noen faktorer som kan forklare primærlegetjenestens sterke posisjon i Norge. I Sverige har den sterke medisinske forskning og en tradisjon av sentralisering styrket sykehusmedisinen, i både legenes og befolkningens øyne.

Ylva Skånér viser at andelen av svenske leger som arbeider i primærhelsetjenesten sank fra ca 80 prosent i 1900 til ca 20 prosent i 1970. Dette skjedde til tross for at flere offentlige utredninger støttet primærhelsetjenesten og det forebyggende helsearbeid.

Norge har hatt en annen utvikling. I de siste 25 årene har legefördelingen vært temmelig stabil med cirka en tredjedel av legene i primærhelsetjenesten. I 1984 fikk vi en lov om kommunehelsetjeneste som overførte ansvaret for primærhelsetjenesten, eldreomsorgen, sykehjemmene og det forebyggende helsearbeid til kommunene. Det bør også nevnes at norske kommuner er vesentlig mindre enn de svenske.

Hva kan forklare denne forskjellen?

Begge land bygget ut sine helsetjenester i årene etter krigen, selv om Sverige kom i gang både tidligere og sterkere enn Norge. Svensk helsetjeneste fikk også større ressurser enn den norske – ca 9 prosent mot 7 av BNP.

Begge land hadde en stabil sosialdemokratisk politisk ledelse i mange år, og begge land hadde sterke, sosialdemokratiske og idealistiske helsedirektører – Axel Höjer i Sverige og Karl Evang i Norge. Jeg tror de to helsedirektørene hadde felles mål og idealer

Författare

PETER F HJORT

professor, Statens institutt for folkehelse, Oslo.

om en sterk, effektiv og rettfærdig offentlig helsetjeneste.

Forklaringen på forskjellene i utvikling må derfor søkes i andre forhold og faktorer. I det følgende drøfter jeg noen mulige forklaringer basert på mine personlige og subjektive vurderinger.

Forskning og spesialisering

Den medisinske forskningen har stått sterkt i Sverige siden før krigen, vesentlig sterkere enn i Norge. Svensk medisinsk forskning teller internasjonalt og har med rette oppnådd beundring og prestisje. Jeg tror dette har vært med på å styrke spesialiseringen og sykehusmedisinen. De tradisjonsrike svenske universitetsklinikkene og de mange førsteklasses sentralsykehusene har gitt den kliniske sykehusmedisinen tyngde. Befolkningen har med god grunn hatt stor tillit til sykehusmedisinen: Sykehusene har det beste utstyret og de dyktigste legene. Er en syk, er det naturlig å vende seg dit.

Det er rimelig å tro at dette synet også har preget legene. Den unge legen som duger og som har ambisjoner søker seg til sykehus for å bli spesialist. Det er sykehusene som har prestisjen, og det er de som »eier medisinen».

I Norge tok det lenger tid å bygge opp sykehusene etter krigen, og befolkningen måtte søke lege i primærhelsetjenesten. Sykehusenes legevakt (akuttmottagningen) tok heller ikke imot pasienter som ikke var henvist fra primærlegene. Alt dette styrker primærhelsetjenesten, også dens anseelse i befolkningen.

Primærlegenes prestisje

I Norge har distriktslegevesenet stått sterkt. Det har gamle og stolte tradisjoner, og distriktslegene har hatt høy prestisje, både i befolkningen og blant legene.

Distriktslegene hadde ingen spesialisert utdanning i almenmedisin, men de hadde bred og lang erfaring, de satt lenge i distriktene sine, og de kjente befolkningen. De dro i sykebesøk over lange avstander, dag og natt, sommer og vinter, og i storm og stille. De tok



»I Norge har distriktslegevesenet stått sterkt. Det har gamle og stolte tradisjoner, og distriktslegene har hatt høy prestisje, både i befolkningen og blant legene.

Distriktslegene hadde ingen spesialistutdanning i almenmedisin, men de hadde bred og lang erfaring, de satt lenge i distriktene sine, og de kjente befolkningen. De dro i sykebesøk over lange avstander, dag og natt, sommer og vinter, og i storm og stille. De tok avgjørelser og ansvar, og befolkningen stolte på dem.»

avgjørelser og ansvar, og befolkningen stolte på dem.

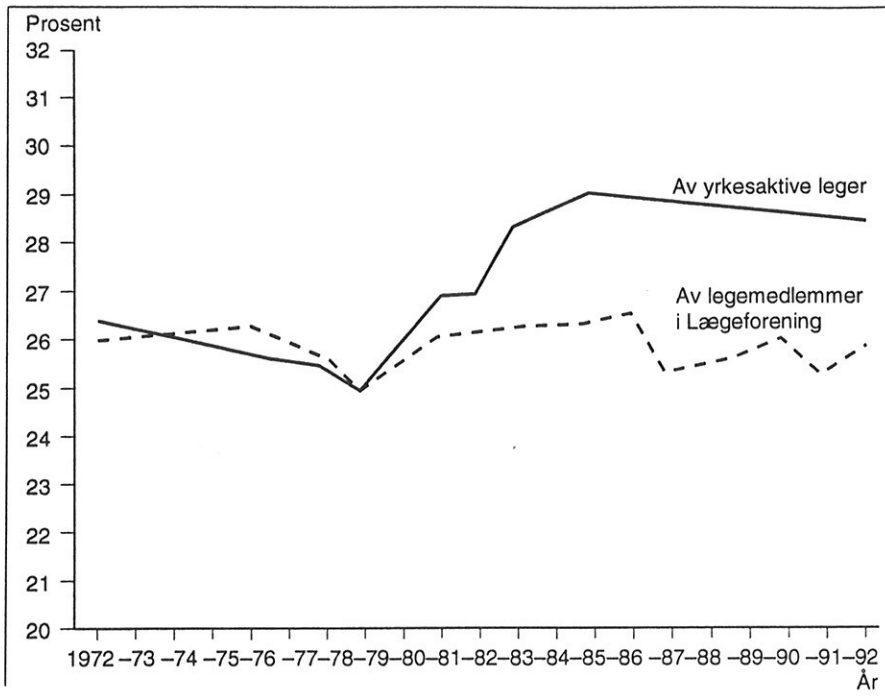
Norsk primærhelsetjeneste har flytt på denne anseelsen, selv om det er tegn på at dagens norske kommuneleger – som er distriktslegenes arvtakere – ikke har den samme grunnfestede posisjon som sine forgjengere.

En annen faktor har også spilt stor rolle i Norge, nemlig kravet om at alle leger må gjøre minst et halvt års turnustjeneste i primærhelsetjenesten. Dette har bidratt til å gi også de fremtidige sykehuslegene respekt for primærlegene.

Jeg tror ikke det svenske primærlegevesenet har hatt den samme sterke posisjonen som det norske, og jeg tror dette har bidratt vesentlig til nedbyggingen i Sverige.

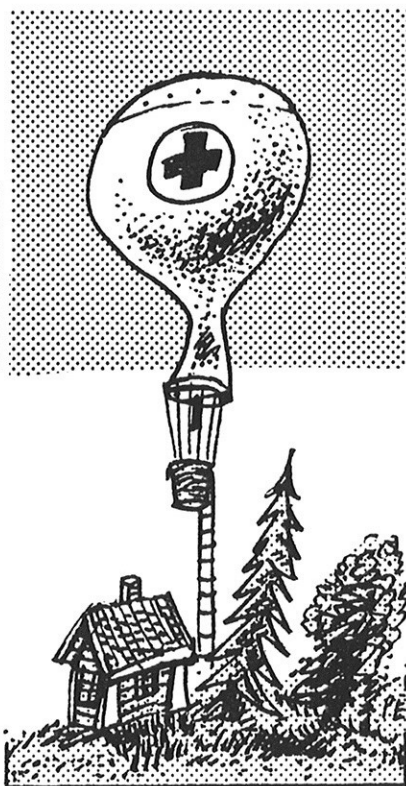
Legeföreningens innflytelse

Primærlegene har alltid hatt stor innflytelse i Den norske lægeförening. Både var de mange (en tredjedel av medlemmene), og mange var aktive i foreningen. Legeföreningen har derfor ført en politikk som har støttet



Prosentandel primærleger av yrkesaktive leger i alt og av legemedlemmer i Den norske lægeforening. (Källa: Den norske lægeforening.)

ILLUSTRATION: LASSE PERSSON



»Nordmenn er mer preget av skipperetak, individualisme, mistro til myndighetene (som var danske i 400 år og deretter svenske i 90 år) og motstand mot sentralisering og sentralmakt. Kanskje det mest karakteristiske trekk i norsk politikk er kampen for desentralisering, 'a passion for the periphery', sa en amerikansk forsker. Dette har styrket primærlegene og de små sykehusene. Disse er viktige bakgrunnsfaktorer når en forsøker å forstå den ulike utvikling av primærhelsetjenesten i Norge og Sverige.»

primærlegene. Foreningen har godtatt kravet om henvisning fra primærlege til spesialist og sykehus (remiss-tvangen), og den har engasjert seg kraftig i den faglige opprustningen av almenmedisinen. Den har også gjort almenmedisin til en spesialitet på linje med de andre spesialitetene.

Alt dette har ført til en reell og betydelig styrking av primærlegenes kompetanse og dermed deres status og prestisje.

Jeg tror at den svenske legeforeningen ikke har vist det samme sterke engasjement som den norske, og jeg tror at det er en viktig faktor i nedbyggingen av primærhelsetjenesten i Sverige.

Økonomiske forhold

De norske primærlegene tjener godt, i mange tilfelle bedre enn kollegene i sykehus. Dette er selvfølgelig en viktig faktor. Jeg har ikke kunnskap om de svenske primærlegenes økonomi, men jeg antar at den må ha spilt en rolle. Leger – som alle andre – påvirkes sterkt av økonomiske insentiver.

Psykologiske faktorer

Det er forskjeller mellom norsk og svensk mentalitet og politikk. Svenskene er systematiske, planmessige, effektive, arbeidsomme, pliktoppfyllende og lojale mot sine myndigheter. Sverige har historiske tradisjoner som stormakt og har hatt en sterk sentralmakt. Sverige har også drevet en kon-

sekvent sentralisering, både i riket og i fylkene. Dette har også påvirket medisinen og helsetjenesten.

Nordmenn er mer preget av skipperetak, individualisme, mistro til myndighetene (som var danske i 400 år og deretter svenske i 90 år) og motstand mot sentralisering og sentralmakt. Kanskje det mest karakteristiske trekk i norsk politikk er kampen for desentralisering, «a passion for the periphery», sa en amerikansk forsker. Dette har styrket primærlegene og de små sykehusene.

Jeg tror disse psykologiske forholdene er viktige bakgrunnsfaktorer når en forsøker å forstå den ulike utvikling av primærhelsetjenesten i Norge og Sverige.

Konklusjon

Norsk og svensk primærhelsetjeneste har hatt forskjellig utvikling. Sverige har satset på en sykehusbasert primærhelsetjeneste, mens Norge har hatt en sterk distriktslegetjeneste som i de siste ti år har utviklet seg til en kommunehelsetjeneste. Mange faktorer forklarer denne forskjellen, og jeg har lagt frem mine subjektive vurderinger. En norsk sosiolog har nylig studert den ulike utviklingen for jordmoryrket i Norge og i Sverige [1]. Det ville være en interessant forskningsoppgave å gjøre en tilsvarende analyse for primærlegene i de to land.

Referanse

1. Kjølørød L. Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945. Oslo: Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, 1992 (Rapport 12).