

# Fastlegeordninga i Sogn og Fjordane – suksess eller fiasko?

AV PETTER ØGAR

Artikkelen drøftar ulike sider ved allmennlegetenesta i Sogn og Fjordane og kva innføringa av fastlegeordninga har

hatt å seie for denne.

Allmennlegetenesta

i fylket står overfor store

utfordringar og vanskar som i første rekke skuldast

mangel på søkjarar til ledige fastlegelister. Statistikk

frå trykdeetaten med tal pr. 30.09.02 synte at 18,6% av fast-

legelistene var utan lege. Ingen andre fylke hadde så stor ledigheit.



## Allmennlegetenesta og legedekninga før fastlegereforma

Legedekninga i Sogn og Fjordane dei seinare åra går fram av tabell 1. Fram til om lag midten av 1990-talet var det relativt stabil legedekning, men ca. 10% av stillingane var til ei kvar tid ledige. På grunn av dei små tilhøva var her i røynda langt på veg eit fastlegesystem i dei fleste kommunane. Mange kommunar hadde og røynde kommunelegar som medisinsk faglege rådgjevarar. Ja, Sogn og Fjordane var i ein periode det fylket i landet som hadde flest legar med samfunnsmedisinsk spesialistkompetanse i desse stillingane.

TABELL 1:

Allmennlegedekninga i Sogn og Fjordane før fastlegeordninga

| År   | Oppretta stillingar | Ikkje besatt | % ledige stillingar |
|------|---------------------|--------------|---------------------|
| 1990 | 88                  | 7            | 8,0 %               |
| 1994 | 94                  | 10,5         | 11,2%               |
| 1995 | 92,7                | 10,0         | 10,8%               |
| 1996 | 99,2                | 7,5          | 7,6%                |
| 1997 | 100,1               | 11,9         | 11,9%               |
| 1998 | 99                  | 18,5         | 18,7%               |
| 1999 | 99                  | 13,5         | 13,6%               |
| 2000 | 99                  | Ca. 13       | Ca. 13%             |

Kjelde: Årsstatistikk for kommunane, SSB.

Frå midten av 1990-talet utvikla det seg ein tiltakande mangel på legar i landet, i første rekke på grunn av ukontrollert oppretting av nye stillingar, særleg på sjukehusa. Gode lønsoppgjer for sjukehuslegane og fallande interesse for allmennlegearbeid gjorde at legemangelen særleg råka allmennlegetenesta. Sviktande nyrekruttering førte også til aukande gjennomsnittsalder hjå allmennlegane. Eit aukande tal allmennlegar i fylket syner teikn på slitasje som mellom anna kjem til uttrykk som ønskje eller krav om vaktfritak, flukt frå samfunnsmedisinsk arbeid og skifte av arbeidsfelt. Fleire allmennlegar har dei siste åra gått over i psykiatrien, noko som har vore til velsigning for denne tenesta i fylket, men ikkje for allmennlegetenesta.

Gjennom opprettinga av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefördeling i 1999 fekk ein eit effektivt verkemiddel for å regulere den offentlege legemarknaden. Samstundes har utdanningskapasiteten vorte kraftig auka. I 1998 vart det utdanna 580 nye legar, i år 2000 605, og i 2004 vert det utdanna 790 nye legar. I tillegg kjem utanlandsstudentane. Legedekninga i landet har auka dramatisk frå vi på 1980-talet hadde om lag ein lege pr. 500 innbyggjarar til vi i dag berre er om lag 270 innbyggjarar per lege. Korleis alle desse legane skal få meningsfullt arbeid utan å sjuke-



leggjere befolkninga gjennom overdreven diagnostikk, kontroll og behandling og utan å belaste samfunnet med unødvendig store økonomiske utlegg, er for meg ei bekymringsfull gâte som få andre førebels synest å bry seg med.

Auka kontroll med stillingsmarknaden og auka utdanning har ført til ei monaleg betring av legemarknaden i nasjonalt perspektiv. Prognosane tilseier balanse i legemarknaden i åra som kjem. Men sjølv om legemarknaden nasjonalt sett er i betring, har vi førebels ikkje merka mykje til det i Sogn og Fjordane. Årsakene til dette vert drøfta seinare.

### Fastlegeordninga

Fastlegeordninga vart innført frå 01.06.01. Hovudmålsettinga var å skape eit sterkare og meir forpliktande tilhøve mellom lege og pasient. Det skulle gje betre kontinuitet i lege-pasientforholdet og pasientane større tryggleik. Kontinuitet vert rekna som ein viktig kvalitetsfremjande faktor. Legen og pasienten vert godt kjent med kvarandre, og det er lettare å gje rett og god behandling. Særleg er dette viktig for dei med kroniske og samansette sjukdommar.

I ein situasjon med legemangel og hyppig skifte av legar i fleire kommunar seier det seg sjølv at denne hovudmålsettinga ikkje kan realiserast fullt ut. For dei som vert råka av legemangelen og i tillegg vert informert gjennom eit standardisert, framandgjerande brev frå eit fjerntliggende byråkratkontor om at dei er tildelt fastlege NN, som ikkje finst, er det lett å skjønne at fastlegeordninga framstår som ein dårleg vits. Difor er det maktpåliggande å løyse legemangelen, men det er og viktig at befolkninga vert informert om stoda på ein forståeleg måte.

Fastlegeordninga har vorte kritisert frå fleire hald og for ulike tilhøve. Dei viktigaste ankepunktene har vore mangel på faste legar, dårlegare tilgjenge enn forventet, særleg lite høve til å skifte fastlege, vanskar med å få legehjelp ved trong for øyeblikkeleg hjelp og vanskar med å få legehjelp frå andre enn fastlegen.

Problema med legedekninga har vorte større etter at fastlegerodninga vart innført. Medan ein andre stader i landet no ser ei klår betring i legedekninga, er det ikkje teikn til slik betring her i fylket. Pr. 30.09.02 var 18,6% av fastlegelistene utan lege. I nest dårlegaste fylke (Finnmark) var 9,8% av listene utan lege, og på landsbasis galdt det 3,1% av listene.

Alt helsepersonell har ei lovmessig plikt til å yte øyeblikkeleg helsehjelp, men det gjeld berre i alvorlege tilfelle der helsehjelp er påtrengande nødvendig. Med øyeblikkeleg hjelp tilstandar meiner ein til vanleg tilstandar som må vurderast og behandlast i løpet av dagen. Berre dei færreste av

desse tilstandane har ein alvorsgrad og hastegrad som utløyser hjelpeplikta etter helsepersonellova. I avtalene mellom fastlegane og kommunane er det føresett at legane set av tid til dei øyeblikkeleg hjelp tilfella som oppstår hjå egne pasientar i arbeidstida. Men fastlegen er av og til borte (ferie, kurs, sjukdom), og kommunen må difor sikre seg at det er eit system også på dagtid som kan ta seg av øyeblikkeleg hjelp tilfelle slik legevaktordninga gjer det utanfor arbeidstid. Det er ikkje slik nokre synest å tru, at fastlegen har ansvaret for pasientane sine døgnnet rundt. Det er mi oppfatning at alvorlege øyeblikkeleg hjelp tilfelle vert ivaretekne på ein forsvarleg måte i fylket. Det same gjeld det store fleirtal av mindre alvorlege tilfelle. Konfliktane synest å oppstå der folk har mindre alvorlege øyeblikkeleg hjelp tilfelle, og der deira fastlege ikkje er til stades eller ikkje finst.

Fastlegeordninga føreset at du kan skifte fastlege inntil to gonger i året. Dei fleste fastlegane i Sogn og Fjordane har fulle lister. Bytteretten er med det ikkje reell. Sjølv om det kjem legar i alle stillingane, og listekapasiteten er større enn folketalet, vil det likevel vere slik at mange legar har fulle lister, og bytteretten vil vere avgrensa. Slik vil det truleg og vere mange andre stader i landet.

### Samfunnsmedisinske oppgåver og anna offentleg legearbeid

Etter kommunehelsetenestelova skal kommunane ha ein eller fleire medisinsk fagleg rådgjevande legar. Desse har lovfesta oppgåver knytt til beredskap, smittevern, psykisk helsevern og miljøretta helsevern. I tillegg har det vore føresett at dei skal gje medisinsk fagleg råd til kommunane i andre spørsmål som har med helsetenesta å gjere, til dømes i planleggingssaker. Fleire kommunar manglar i dag medisinsk fagleg rådgjevande lege, eller har slik lege i så lita deltidstilting at det ikkje er rom for å løyse dei oppgåvene som er føresett. Det offentlege helsevesenet skal feire 400-års jubileum i 2003. For den delen som er knytt til tradisjonelt offentleg legearbeid bør dette jubileet truleg utformast som eit gravøl. Korkje legar, kommunar eller samfunn for øvrig synest å ønskje offentleg, samfunnsmedisinsk arbeid i nemnande grad. Det har vore ein eintydig nedovergåande tendens som kan sporast tilbake til innføringa av kommunehelsetenestelova.

Innanfor allmennlegetenesta har alltid eit monaleg tal legar vore sjølvstendig næringsdrivande utan særleg tilknytning til den kommunale organisasjonen. Sjølv dei fastlønna legane har hatt ein høgst variabel kommunal identitet. Med innføringa av fastlegeordninga har dei aller fleste allmennlegane vorte næringsdrivande utan spesiell identifikasjon med, omsorg for eller lojalitet til den kommunale organisasjonen. Dei er private leverandørar av legetenester til kommunane, og tenestene dei skal levere er regulert i sentralt og



lokalt inngåtte avtaler. Det er grunn til å spørre om kommunane hadde eller skaffa seg tilstrekkeleg bestillarkompetanse da ordninga vart innført og avtalene inngått. Vi registrerer at fastlegane i aukande grad er fråverande på møte, konferansar og andre arenaer som vedkjem mellom anna samhandling, planleggings- og utviklingstiltak og førebyggjande aktivitetar. Frikjøp av fastlegar til deltaking i ulike slike aktivitetar kostar om lag 4500 kr. pr. dag, og det har ikkje kommunar eller andre arrangørar råd til. Tilsyn med tenestene til barn og unge med psykiske vanskar i 2002 avdekkja at fastlegane i stor grad var fråverande i tverrfaglege møte knytt til oppfølginga av desse pasientane. Fastlegane er med dette utanfor viktige arenaer dei absolutt burde vore på, og det er bekymringsfullt.

### Legevakt

Etablering av større, felles legevaktdistrikt har vore ei ønskt utvikling frå statlege helsestyresmakter si side, og det er løyvd pengar til fleire slike prosjekt i vårt fylke. Grunningjevinga er at det vil lette arbeidstilhøva for legane og med det verke rekrutterande og stabiliserande på legedekninga. Dessutan vil bruk av legevaktsentral med betre utstyr og eventuelt tilgang på hjelpepersonell kunne gje eit betre fagleg tilbod. Ordninga er prøvd ut i Namdalen med tilfredsstillande evaluering.

Det har vore utarbeidd framlegg til slike legevaktordningar fleire stader i fylket, men dei har møtt motstand i befolkninga på grunn av auka avstand til lege og uvilje hos legane til å etablere lokale bakvaktordningar. Fleire kommunestyre har difor gått imot ordningane, og dei har ikkje vorte etablert. Det er og eit poeng at ordningane flyttar utgifter frå staten over på kommunane.

Med mange ledige fastlegestillingar, manglande etablering av felles legevaktordningar og eit aukande tal legar med rett på vaktfritak har fleire kommunar monalege problem med å få til vaktordningar som er akseptable både i kostnadsperspektiv og eit vaktbelastningsperspektiv. Dette er ein situasjon som i seg sjølv verkar negativt på rekruttering av nye legar.

### Kvifor er legemangelen så stor i Sogn og Fjordane?

Årsakene til situasjonen er ikkje klårlegd, men fleire tilhøve kan vere aktuelle:

- Sogn og Fjordane vert i full grad oppfatta som eit distriktsfylke i ei tid der flyttestraumen går mot sentrale og urbane stork. Distriktsfylke byr på utfordringar knytt til m.a. små fagmiljø, hyppige vakter og problem med å få jobb til ektefelle. Dei monalege rekrutteringsvanskane også innanfor spesialisthelsetenesta støttar opp under denne årsaksfaktoren.

- Kommunane i fylket er små og har relativt liten tradisjon og avgrensa ressursar og kompetanse til å handtere vanskelege rekrutteringssituasjonar.
- Statlege rekrutteringstiltak har ikkje vorte tekne i bruk i same grad og like lenge som i dei nordlegaste fylka.
- Den dårlege legedekninga vanskeleggjer i seg sjølve rekruttering gjennom at fagmiljøa er enno mindre og arbeidsbelastninga urimeleg stor.
- Problema knytt til legevakt som både skuldast mangel på legar, eit aukande tal legar med rett til vaktfritak og at ein ikkje har lukkast i å få til interkommunale legevaktordningar.
- Relativt dårlege lønstillhøve har vore føreslege som mogeleg årsak, men det er ikkje dokumentert at lønsnivået er spesielt lågt her i fylket. Det vil uansett vere (helse)politisk vanskeleg å oppmode kommunar i store økonomiske vanskar som må seie opp personell innanfor pleie- og omsorgssektoren, å gi ekstra lønsmidlar til ei gruppe helsepersonell som betaler meir i skatt enn dei andre helsearbeidarane har i brutto løn.

### Nokre konklusjonar og tankar om vegen vidare

Fastlegeordninga har korkje vore ein suksess eller fiasko i Sogn og Fjordane. Det er legedekninga som har vore den dominerande utfordringa. Fastlegeordninga har vore god for dei kronisk sjuke og mange andre som har hatt ein fast lege, men dei fleste av desse hadde også i praksis ein fast lege før ordninga vart innført. Det politisk vektlagde frie legevalet er sær avgrensa, og slik er det også truleg mange andre stader i landet. Fastlegeordninga har gjennom sin tilknytningsform for legane bidrege til (ytterlegare) å fjerne allmennlegane frå den kommunale organisasjonen og har vanskeleggjort realiseringa av ein integrert og samhandlande kommunehelseteneste. Ordninga har truleg også bidrege til ei ytterligare svekking av offentleg legearbeid og ivaretaking av samfunnsmedisinske oppgåver.

Dei viktigaste tiltaka for å betre legerekutteringa i Sogn og Fjordane er å få på plass interkommunale legevaktordningar og å satse på å ulike faglege nettverk og fagutviklingstiltak. For å få på plass dei interkommunale legevaktordningane må staten rette opp urimelege økonomiske skeivfordelingar overfor kommunane og legane må vere villege til å gå inn på lokale bakvaktordningar i ein prøveperiode. Det bør etablere ressurskommunar og stipendordningar for faglege prosjekt som i Nord-Noreg. Den faglege rettleiarordninga for turnuslegar må vidareførast. Dei faglege tiltaka krev økonomisk støtte frå staten, og at seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen vedkjenner seg eit ansvar for fagutvikling og distriktsmedisin på Vestlandet. Endeleg må kommunane vere med på å legge til rette for at legearbeid i distrikta kan vere sosialt og fagleg gode yrkesval.