

## Debattinnlegg 3 - Situasjonen for fastleger i utkantkommuner må bedres

Kommunal Rapport 16.06.2021. Peter Prydz, fastlege og veilederkoordinator  
Meninger i debattinnlegg står for skribentens regning.

Altfor få kommuner bruker pengene på å tilrettelegge for nyutdannede leger med faglige ambisjoner og ønske om å gjøre en god jobb i sitt lokalsamfunn.

Styreleder Bjørn Arild Gram i KS har svart på min kronikk i Kommunal Rapport om «utkantkommuner og firkantkommuner». Hans hovedbudskap er at staten må skyte inn mer penger i fastlegetjenesten.

Dette er jeg skjønt enig i. Min kronikk var skrevet i 2019, og den økonomiske situasjonen for fastlegeordningen er blitt vesentlig mer presset siden den gang.

Men mitt tema var primært utkantkommunene, og disse har «i alle år» brukt penger på fastlegetjenesten. Økt statlig finansiering vil føre til at de får refundert mer av disse utgiftene. Men det hjelper ikke på det faktum at legetjenesten i disse kommunene har så stor variasjon som den har.

Noen, altfor få, kommuner bruker pengene på å tilrettelegge for nyutdannede leger med faglige ambisjoner og ønske om å gjøre en god jobb i sitt lokalsamfunn.

Altfor mange kommuner har vansker med å holde på sine fastleger, på grunn av «firkantet» opptreden overfor legene, ikke minst overfor dem som gjerne vil være i kommunen. Da ender de med å bruke vel så mye penger på vikarleger som først og fremst kommer dit av økonomisk motivasjon. Dette står for meg som den viktigste årsaken til variasjonen mellom kommunene.

Siden kronikken ble skrevet har vi fått ordningen med «Nordsjø-turnus», som raskt brer om seg i mange kommuner. Dette er en svekkelse og uthuling av fastlegeordningen.

Pasientene får ikke den kontinuiteten som fastlegeordningen legger opp til, og legene får ikke noe «fotfeste» i lokalsamfunnet, noe som igjen medfører svekket kvalitet på tjenesten. Men det sparer altså kommunale ledere for å oppleve at lokale leger toppe kommunens skatteliste.

Jeg har en klar oppfatning av at dette er en medvirkende årsak til at mange kommuner velger «Nordsjø-turnus» som løsning.

De siste to år har jeg også innehatt vervet som fylkestillsvalgt for Allmennlegeforeningen i Finnmark. I denne rollen bistår jeg stadig kolleger som opplever manglende forståelse fra kommunen for at det ikke er levelig med vakt hvert andre/tredje døgn hvis man skal kunne leve i lokalsamfunnet over tid.

Jeg finner dette helt utrolig korttenkt, og jeg etterlyser igjen kvalifisert rådgivning fra KS til kommunene om legetjenesten.

Jeg vil igjen henlede oppmerksomheten til mine 6 punkter i kronikken som råd til kommuner som ønsker en god og stabil legetjeneste, med mest mulig nytte av hver krone som brukes.

## Debattinnlegg 2 - Staten må endre fastlegeordningen

Kommunal Rapport 06.06.2021. Bjørn Arild Gram, styreleder i KS  
Meninger i debattinnlegg står for skribentens regning.

Det haster med å finne og gjennomføre de riktige tiltakene for fastlegeordningen, og regjeringen må på banen.

Det er enkelt å gi kommunene skylda for utfordringene med fastlegeordningen. Men ordningen hadde raknet for lengst hadde ikke kommunene holdt den i live sammen med fastlegene selv. Det vi trenger er at Stortinget og regjeringen tar grep.

Fastlege Peter Prydz skriver i Kommunal Rapport om hva det kan skyldes at enkelte kommuner ikke klarer å rekruttere eller beholde nok fastleger. Dette er en problemstilling som engasjerer KS.

For kommuner over hele landet, ikke bare i utkantstrøk, sliter med å rekruttere og beholde fastleger. Det er et problem, for fastlegen er en bærebjelke i helsetjenesten. Kommunene, som har et ansvar for å sørge for legetjenester til innbyggerne, trenger og ønsker seg en velfungerende fastlegeordning.

Årsakene til at fastlegeordningen er under sterkt press er sammensatt. Fastlegene har fått større arbeidsmengde per pasient, og leger i dag ønsker seg en annen arbeidshverdag enn før. Flere vil være ansatt i kommunene framfor næringsdrivende.

Måten staten finansierer ordningen på, tar ikke nok høyde for disse endringene. I utkantstrøk er organisering av legevakt ofte en tilleggsutfordring. Innbyggertallet i enkelte kommuner gjør at relativt sett få fastleger må dele på legevaktturnusen. Det kan bety mye legevakt for enkelte leger.

Resultatet er at mange fastleger er overarbeidet, og flere kommuner og pasienter mangler fastleger. Kommunene gjør det de kan for å rekruttere og beholde, gjennom blant annet å tilby fastlønnsavtaler eller å dekke fastlegenes utgifter til lokaler og personell. Resultatet er at kommunene subsidierer ordningen med en halv milliard i året, selv om den er ment å være fullfinansiert.

Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten skal gi 1,6 milliarder ekstra til ordningen over fire år. I tillegg bruker kommunene altså over en halv milliard årlig, som aldri var meningen.

Det trengs åpenbart mer penger inn i ordningen, men de kan ikke komme fra kommunene. De må komme fra staten.

Men penger er absolutt ikke alt. Hvis vi skal få flere unge leger til å ønske å bli fastlege, må de være sikre på en trygg karrierevei, og de må ha mulighet til et fagmiljø. Her må KS, utdanningsinstitusjoner, helseforetak, kommuner og ikke minst nasjonale myndigheter spille på lag.

KS mener det er noen åpenbare tiltak som peker seg ut, hvis vi fortsatt vil at innbyggerne skal ha trygg og god tilgang til en fast lege.

KS mener finansieringssystemet må endres. Vi må ta på alvor at mange unge leger ikke ønsker å være selvstendig næringsdrivende. Det må derfor bli enklere for kommunene å tilby fast ansettelse.

Vi trenger en ny organisering av legevakt. Og det må skapes gode rammevilkår for faglige fellesskap og utdanning.

Utdanningskapasiteten må øke, og flere universiteter bør kunne tilby medisin. Kommunene får stadig større oppgaver på helse- og omsorgsområdet og behovet for fastleger vil øke. Da blir det viktig å få på plass et helhetlig utdanningsløp.

Yngre leger trenger et bedre opplegg for faglig støtte enn de tilbys i dag, både i spesialiseringsløpet og når de er ferdig fastlege i kommuner med få andre fastleger. For å klare det må stat, kommune, KS, Legeforeningen og alle gode krefter samarbeide.

Det haster med å finne de riktige tiltakene nå, og gjennomføre dem. Regjeringen må på banen.

# Debattinnlegg 1 - Det finnes utkantkommuner – og firkantkommuner

Kommunal Rapport 19.05.2021. Peter Prydz, fastlege og veilederkoordinator  
Meninger i debattinnlegg står for skribentens regning.

*Denne teksten ble publisert i Doktor i Nord, medlemsblad for Nordland og Finnmark legeföreninger, i 2019. Etter at jeg nylig fikk tildelt Norsk forening for allmennmedisins Skribentpris for den, ble jeg oppfordret til å sende den til Kommunal Rapport.*

Flere leger slutter i små utkantkommuner på grunn av vanskelig samarbeid med kommunen enn fordi de ønsker seg til varmere og mer sentrale strøk.

Å sikre mennesker i utkantene adekvate medisinske tjenester, er en verdensomspennende utfordring.

Jeg er selv ingen utkantlege. Jeg driver allmennpraksis i en by, som riktignok er verdens nordligste, men like fullt en by. Men som gruppeveileder i spesialistutdanningen i allmennmedisin har jeg veiledet rundt 70 kolleger gjennom to år. En stor andel har vært utkantleger i Finnmark. Og som veilederkoordinator har jeg hatt kontakt med mange flere utkantleger, i hovedsak i små kystkommuner.

Gjennom denne erfaringen har jeg gjort en rekke observasjoner og gjort meg en del tanker.

Utkantbefolkningen er heldigere stilt i Norge enn i de fleste andre land. Det har i en årrekke vært sterke politiske føringer i Norge for å styrke utkantene økonomisk og politisk. Sammenligningen med Sverige er velkjent, og ser man til Finland og Russland er forskjellen enda større. Det er mange historiske og kulturelle årsaker til dette, som jeg ikke skal komme inn på her.

Norsk allmennmedisin har i en årrekke hatt et sterkt desentralt preg. Mens allmennpraksis for 50 år siden i Norge var betraktet som en annenrangs medisinsk geskjeft, hadde utkantenes distriktsleger en sterk stilling i befolkningen.

Per Fugellis bøker på 70-tallet bidro sterkt til økt prestisje i befolkningen både for allmennmedisin generelt og utkantmedisin spesielt.

Internt i allmenn- og samfunnsmedisinske fagmiljøer i Norge gir det også prestisje å arbeide perifert, noe man vel ikke finner igjen på samme måte i sykehusfagene.

Vi har dessuten gjennom vel 60 år hatt turnustjenesten som en sterk rekrutterende faktor for leger til utkantene. Gjennom 30 år vil jeg stort sett bedømme tilgangen på leger til Finnmark som ganske god. Mange har kommet «tilfeldig» gjennom turnustjeneste. Ganske mange har også reist frivillig til Finnmark ut fra eventyrlyst og ønske om eksotiske opplevelser.

Av de 70 kollegene jeg har veiledet, har mange blitt i Finnmark i mange år etter en ganske tilfeldig start. Men det er også svært mange som har sluttet og flyttet til mer sentrale strøk.

Her har jeg gjort en observasjon som har forsterket seg over tid, og som synes å stemme ved en grov optelling av kandidatene: Det er flere leger som slutter i små utkantkommuner på grunn av vanskelige samarbeidsforhold med kommunen enn fordi de ønsker seg til varmere og mer sentrale strøk.

Jeg har møtt en rekke leger som har sett for seg mange år i sin utkant, men som etter hvert har registrert at kommuneledelsen har «tatt dem for gitt», og derfor har påført dem stadig vanskeligere arbeidsforhold.

Jeg våger påstanden om at utfordringen spesielt i Finnmark *ikke* er å rekruttere leger til småkommunene, men å beholde dem. Her er variasjonen betydelig mellom kommunene.

Kommuner som ikke klarer å rekruttere/beholde leger, skylder på at det er så vanskelig når man er en utkantkommune. Ofte er det nok å se til nabokommunen hvordan man kan opprettholde en stabil legebemanning med relativt enkle midler.

Jeg har derfor lansert begrepet «firkantkommune» som betegnelse på kommuner som på kortsiktig vis «spenner bein på» leger som kan tenke seg å være i kommunen over lang tid.

Det er en viss overlapp med «utkantkommuner», men ikke fullstendig. Ofte er det ganske primitive psykologiske mekanismer som ligger til grunn: Kommunale ledere takler ikke at unge jenter på 31 år skal tjene sjusifrede beløp og toppe kommunens skatteliste. Og aller verst er det hvis det er naboens datter – som trolig er den beste legen de kunne fått.

De har derimot ingen problemer med å betale det dobbelte til mannlige leger med fremmedartede navn som ikke skatter til kommunen. Jeg synes altså også å se en ganske ekkel kjønnsfaktor i dette.

Små kommuner som skal forsøke å drive legetjeneste, har heller ingen steder å gå for å søke råd. Nasjonalt senter for distriktsmedisin har de ikke hørt om. Og kommunenes samarbeidsorgan KS har aldri brydd seg om å skaffe seg kompetanse i allmenn- og samfunnsmedisin. Vi får høre fra aktuelle kommuner at dersom de kontakter KS for råd, så får de bare ett: «Vær hard mot legene».

Da min kommune Hammerfest behandlet et forslag til plan for legetjenesten som var ganske anstendig, sa rådmannen til kommunestyret at de hadde måttet overstyre innvendinger fra KS for å få dette til.

Det er ganske små og enkle ting som skal til for små kommuner som ønsker en stabil og god legedekning:

- Legg til rette for god utdanning. Kommunene har ansvar for spesialistutdanningen fra 2019, og smarte småkommuner kan konkurrere ut større kommuner gjennom dette.
- Anstendig lønn.
- Gode ordninger for avspasering, tilrettelagt ut fra legens behov.
- Redusert vaktbelastning, eventuelt ved å hyre inn vikarer som kun går vakter en periode.
- Respektere legenes synspunkter på drift av lege- og helsetjeneste.
- Benytte seg av og styrke samfunnsmedisinsk kompetanse hos legene der dette inngår i stillingen.

Det er kanskje for mye å håpe på at dette endrer seg. Men mitt råd er i alle fall å plassere ansvaret der det hører hjemme, framfor å kjøre endeløse rekrutteringskampanjer.