

## Krise i primærlegetjenesten – et førtiårsperspektiv

*Michael 2018; 15: 59–63.*

*I 1974 hadde Norge 2 400 innbyggere per primærlege, og alle distriktslegetiltinger var besatte. Tre år senere var det krise med mange kommuner helt uten distriktslege. De raske skiftningene har gjentatt seg med nye kriser som har vært møtt av reguleringslover, trusler om legebeordring, utdanningstilbud og ymse frynsegoder. Etter noen år med velfungerende fastlegeordning, er primærlegene igjen overarbeidet og frustrerte av lange arbeidsdager. Forfatteren tror at mer av de samme tiltakene som har vært brukt før, ikke vil hjelpe, med mindre man prioriterer bort de minst nyttige arbeidsoppgavene for å få en rimelig balanse mellom arbeidskapasiteten og pasientenes forventninger..*

Prioritering i helsetjenesten betyr å si nei til gode helsetiltak. Prioritering kan fremstå som et nytt fenomen, fordi helsetjenesten har ressursknapphet på tross av at budsjettene er større en noensinne. Leger har imidlertid til alle tider måttet prioritere. Mens pengemangel er mest fremtredende i vår tid, var tids- og personellmangel mer fremtredende i tidligere tider.

I min distriktslegetid fikk jeg oppleve prioritering på godt og vondt. En bekymret mann i en utkant av kommunen ringte om en eldre dame med sterke brystmerter. Stedet lå ca én times reise med bil og båt unna kommunesenteret. Dersom jeg rykket ut, ville det meste av kommunen være uten lege i et par timer. Jeg valgte å bestille nærmeste ambulansesom innebar at pasienten ikke ville være på sykehuset før etter minst halvannen time. Pasienten døde før ankomst til sykehus, men det fikk jeg vite først senere, fordi en mor ringte om sin 17 år gamle sønn som hadde høy feber og hodesmerter. Jeg rykket ut og var hos pasienten etter 20 minutter. Diagnosen var lett. Pasienten var ikke nakkestiv, men hadde petecchier, dvs. røde flekker i huden som tegn på hjernehinnebetennelse. Jeg satte umiddelbart penicillin intramuskulært og sendte han til sykehus. Forløpet var ukompli-

sert og pasienten fikk ingen mén av hjernehinnebetennelsen. Trolig gjorde jeg en god prioritering da jeg valgte å ikke dra ut til pasienten med sannsynlig hjerteinfarkt. Det får jeg imidlertid aldri vite, fordi ingen med sikkerhet kan vite hva utfallene hadde blitt med motsatt prioritering.

Denne historien om prioritering kan tjene som et memento når vi har nok en «krise» i Helse-Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *Dagens Medisin* og andre massemedier melder om overarbeidede fastleger og mange ubesatte praksishjemler og stillinger. Mange fastleger er frustrerte og krever tiltak fra myndighetene. Det er god grunn til å ta klagen på alvor, men kanskje også grunn til å se problemene i et lengre tidsperspektiv.

I 1972-3 var jeg turnuskandidat ved daværende Sentralsykehuset i Trondheim. Våren 1973 skulle jeg velge distriktsturnusplass. Valget falt på Aure på Nordmøre, en kystkommune på grensen til Sør-Trøndelag. Etter én ukes tjeneste gikk distriktslegen ut i tre måneders permisjon. Jeg var «alene» med 3000 potensielle pasienter, hvorav de fleste bodde på øyer. Turnuskandidaten disponerte egen båt og det «løste» mitt transportproblem, men bød på utfordringer i dårlig vær, og det var det ikke helt lite av. Reisetiden til nærmeste sykehus, dvs. i Orkdal eller i Kristiansund, var 2-5 timer, avhengig av kjøreforhold og fergetider.

Turnustjenesten var et arbeidsmessig krevende, men meningsfullt arbeid. Særdeles hyggelige og takknemlige pasienter kompenserte for lange arbeidsdager. Da visste jeg ikke at jeg fikk oppleve slutten på en type distriktslegeliv som nå er en saga blott. I løpet av få år endret veiprojekter, bruer og flere legestillinger arbeidssituasjonen i Aure nokså fundamentalt.

I 1974 ble distriktslegestillingen i Aure ledig. Jeg hadde planlagt å bli stipendiat hos Jon Lamvik ved nåværende St Olavs hospital i Trondheim, men jeg hørte ikke mer fra ham. Distriktslegelivet i en kystkommune ga mersmak på mange måter, og jeg søkte den ledige stillingen. Vi var imidlertid mange om «beinet», og stort sett var alle distriktslegestillinger i Norge besatt det året. Den uken jeg fikk tilbud om stillingen, kom også brevet fra Jon Lamvik med beskjed om at stipendfinansiering var i orden. Jeg led valgets kvaler, men valgte Aure – et valg jeg ikke har angret.

I løpet av 1975-76 endret bemanningssituasjonen seg, trolig fordi sykehusene hadde gode tider med kurpengefinansiering og budsjetter som tillot oppretting av flere legestillinger. Mange distriktslegestillinger ble igjen ledige. Mine nabokommuner Halså/Tustna og Smøla hadde imidlertid besatt stillingene, og enkelte helgevakter der var det eneste jeg fikk føling med av direkte konsekvenser av den legekrisen som nå var under oppseiling.

Økte forventninger og nye oppgaver, blant annet i forbindelse med sykehjem, betydde også lengre arbeidsuker. Distriktslege Per Wium i Mid-

sund tok initiativ til en arbeidstidsundersøkelse som viste at distriktslegene hadde arbeidstid langt over Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Selv klokket jeg 75 aktive arbeidstimer pluss 93 timer vakt de to ukene jeg var «pålagt» å registrere.

Eide kommune ble stående uten distriktslege. En turnuskandidat ble alene og ønsket bedre boforhold som kompensasjon. Han skrev brev til kommunen om dette, men formulerte uheldigvis sine ønsker som trusler. Lokalpressen grep behendig formuleringene med kommentarer som vi distriktsleger oppfattet som hets.

Samtidig slet vi altså med vakanser og stort arbeidspress. Noen av oss på Nordmøre startet en «legeaksjon» med krav om flere stillinger og mulighet for fastlønsordning. Vi møttes til møte i Kristiansund og formulerte et åpent brev til sosialministeren. Regjerende distriktslege i Aukra og redaktør av *Utposten*, Harald Siem, var et at noe var i gjære. Han fløy inn med privatfly til Kristiansund for å delta i møtet.

Det åpne brevet fikk mye oppmerksomhet og ble tema i NRKs debattprogram på TV. Stortingets sosialkomite behandlet saken, hvilket medførte økning i antall distriktslegestillinger.

Etter noen år ble situasjonen i primærlegemarkedet igjen bedre. Men i annen halvdel av 1980-årene økte ledigheten, og Stortinget vedtok en reguleringslov for legemarkedet. Loven ga adgang til å beordre leger, noe som satt sinnene i kok i Legeforeningen. Foreningen vedtok én dags politisk streik, men denne ble åpent boikottet av en del av oss som mente den foreslåtte loven var nødvendig. I det påfølgende landsstyremøte i Legeforeningen talte flere deltakere varmt for ekskludering av oss boikottere, men flertallet takket nei.

Dagens fastlegekrise gir for meg en *déjà-vu*-opplevelse. Hvorfor oppstår det jevnlig mangel på primærleger? Forklaringene er nok ganske enkle. Alle leger med norsk autorisasjon kan søke primærlegestillinger eller søke utlyste praksisavtaler. De fleste leger later til å ha nokså sterke preferanser for å bo i urbane strøk og å arbeide i sykehus. Det betyr at når arbeidsmarkedet ekspanderer i de prefererte områdene, velger legene bort utkant og primærhelsetjeneste. For tiden er også stort arbeidspress, også i større kommuner, en kilde til at fastlegene søker seg bort.

De siste 30 år har beordring av leger og regulering av legemarkedet vært hete helsepolitiske temaer med Legeforeningen som en glødende motstander av begge. Stortinget vedtok i 1988 en hjemmel for beordring, men den ble aldri brukt. Derimot har vi hatt ulike former for regulering for å begrense etterspørselen etter leger i sentrale strøk og derved å øke legetilbudet i utkantstrøk.

Nå er altså problemet på nytt aktuelt, og spørsmålet er hva samfunnet kan eller bør gjøre. En rekke tiltak har vært foreslått og er til dels prøvd i praksis:

- Økonomiske incentiver
  - Brenselstilskudd (avviklet for mange år siden)
  - Tjenestebolig (da vi hadde statlige distriktsleger)
  - Flyttetilskudd
  - Statlig nedbetaling av studielån
  - Skattefordeler i Nord-Troms/Finnmark (ikke spesifikt for leger)
  - Fastlønn (i perioder med flest leger på stykkpris)
  - Stykkpris og privat praksis (i perioder med mange på fastlønn)
- Utdanningstiltak basert på «lakseffekten» – leger vender tilbake til der de er utdannet
  - Legestudium i Tromsø
  - Preferanse for opptak av studenter fra utkantfylker
  - Spesialistutdanning på perifere sykehus)
- Økning i antall primærlegestillinger
- Regulering av legemarkedet (ulike former)
- Beordring (ikke brukt i praksis)
- Primærhelseteam med sykepleier og helsesekretær (prøveordning fra 2018)

Økonomiske incentiver og regulering er kanskje de sterkeste virkemidlene, men de første er politisk utfordrende og de siste er upopulære, både blant leger og sykehusledere. Det er rimelig å tro at mange, om ikke alle, av tiltakene kan ha en viss effekt. Dessverre har tiltakene i liten grad blitt evaluert med vitenskapelige metoder.

For meg er det imidlertid et tankekors at vi nok en gang opplever «legekrise» i primærhelsetjenesten. I 1974 hadde Norge 1660 primærleger inklusive turnuskandidater, hvilket representerte 2.400 innbyggere per primærlege. I 2016 har vi 4.600 primærleger eksklusive turnuskandidater. Det utgjør 1.130 innbyggere per lege, men fortsatt har vi «krise». Primærlegedekningen er altså forbedret med en faktor på nesten tre i løpet av 40 år, og aldringen i befolkningen har vært moderat.

De neste 15 år vil vi få en økning i antall eldre og derved i etterspørselen etter fastlegetjenester, og økningen blir større fra ca 2035. Tall fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at forbruket av helsetjenester for folk i alderen 40–60 år ikke er så mye lavere enn blant de gamle. Kanskje har yngre mennesker vennet seg til et høyere forbruk enn dagens gamle? I så fall kan denne potensielle kohorteffekten etterhvert gi en sterk økning i etterspørselen etter

primærlegetjenester. Kan vi klare å møte den etterspørselsveksten vi vet kommer, samtidig som fastlegene kan sikres rimelige arbeidsvilkår? Det gjenstår å se, men jeg føler meg temmelig overbevist at problemene kommer til å bli større snarere enn mindre, dersom samfunnets tiltak igjen er «mer av det samme».

Personlig tror jeg ikke fastlegene kan klare å tilby gode tjenester med mindre man systematisk søker etter oppgaver som kan prioriteres bort, slik at oppgavene blir overkommelige. Det må bety at forventningene fra pasienter og politikere kommer ned på et rimelig nivå.

Etter 40 år med periodevis «krise» der jeg selv har hatt rollen som aksjonsdeltaker, streikebryter, leder av ulike reguleringsråd og flue på veggen, har jeg mistet troen på «mer av det samme» er den medisinen vi trenger. Fastlegene må begynne å si nei. Kanskje bør alle konsultasjoner avsluttes med at pasient og fastlege spør hverandre: «Var denne konsultasjonen meningsfull? Kunne tiden bedre ha vært brukt på noe annet?»

*Ivar Sønbo Kristiansen,  
Institutt for helse og samfunn,  
Afdeling for helseledelse og helseøkonomi,  
Universitetet i Oslo  
i.s.kristiansen@medisin.uio.no*