
Kommuner i rute – kommuner som venter

NYHETER OG REPORTASJER

KARI RONGE

Email: kari.ronge@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Det er tre år siden landets 435 kommuner fikk beskjed om å planlegge fastlegeordningen, kartlegge behov og søke om nye stillingshjemler. Stikkprøver viser at noen er kommet langt i tilretteleggingen. Andre sitter stadig på gjerdet.

Som grunnlag for innføring av fastlegereformen har kommunene hatt fire rundskriv, et påminnelsesbrev og en fyldig håndbok å forholde seg til (1–6). Håndboken ble sendt ut i januar 2000, og angir klare tidsfrister for oppgavene og når de ulike tiltak skal iverksettes.

- Er kommunene fornøyd med den informasjonen de har fått så langt?
- Hvor langt er de kommet i tilretteleggingen?
- Hvilke behov er avdekket som kan få konsekvenser for gjennomføringen?

Tidsskriftet har spurt helseadministrativ ledelse i fire kommuner: Aure, Bergen, Hurum og Nordkapp. Svarene viser store variasjoner, ikke minst i hvor administrasjonen mener det butter for å komme i mål til 1. juni 2001.

Aure kommune i Møre og Romsdal



2 862 innbyggere, tre tilgjengelige legeårsverk, mangler ett. Forventet listestørrelse per legeårsverk: 967.

Kirsten Stensø Skaget, helse- og sosialsjef: – Jeg er fullt ut klar over tidsfristene. Derfor hadde vi en tidsplan, men da utsettelsen kom, valgte vi å avvenste situasjonen. Vi har så mange andre viktige oppgaver å ta oss av.

– Jeg har bladd litt her og der i håndboken, og synes jeg har rimelig god oversikt over fastlegeordningen. Vi har en oversiktlig kommune, med tre utenlandske leger og en norsk turnuskandidat. Men vi har slitt med veldig mye gjennomtrekk. «Kundegrunnlaget» er lite, tilsvarende er det med legenes inntjening.

- At det blir åpnet for fastlønnsavtale er helt nødvendig, ellers blir det ikke attraktivt å komme til kommuner på vår størrelse. Det er også viktig å skape levelige arbeidsvilkår for legene. I praksis bør vi dele ansvaret for å skaffe vikarer. Kravet til legene må ikke være absolutt på dette punktet.
- Vi har ennå ikke søkt om å opprette den nye legehjemmelen. For oss var det viktigere å synliggjøre behovet, blant annet fordi vi har en fylkeskommunal institusjon i Aure og våre leger har hyppig og anstrengende vaktbelastning. Til nå har vi hatt legevaktsamarbeid med Smøla og ser på ytterligere utvidelser, eventuelt med base ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus etter en modell fra Namdal sykehus. Vi har også fått tilsagn om prosjektmidler, men lokalpolitisk behandling gjenstår.

Bergen kommune i Hordaland



230 000 innbyggere, 120 kurative årsverk fordelt på 170 leger, mangler 34,34 årsverk. Forventet listestørrelse: 1 455 (1999-tall) per legeårsverk.

Harald Åsen, medisinsk-faglig rådgiver, byrådsavdelingen: – Jeg har lest håndboken med utbytte, men også skaffet informasjon via Internett. At jeg tidligere har arbeidet hos fylkeslegen og som kommunelege i en liten kommune, har vært av betydning.

– Vi er godt i rute. Hverdagen er preget av fastlegeordningen, senest i går kveld brukte jeg annen akt i en kjedelig operaforestilling til å tenke ut en videre strategi. Hadde jeg hatt administrativt ansvar for fastlegeordningen i en liten kommune, ville jeg håndtert dette på to dager. Men i Bergen er det åtte bydeler, med ulike behov.

– Siden kartleggingen ble gjort, er kommunen omorganisert. Jeg har nylig gjort en ny undersøkelse for å få helt oppdaterte tall. Vi lander trolig på lister med over 1 500 pasienter. Vi har fått 16 nye hjemler i år. I tillegg er det 30 avtaleløse leger i Bergen kommune. Derfor regner jeg med å dekke opp behovet, som er 35–40 nye stillinger. Disse er ikke lyst ut ennå. Jeg har avtalt med Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling at vi kan vente med utlysingen til slutten av året.

– Det stresser oss at alt skal være på plass innen 1. desember. Jeg har sagt til trygdekontoret at det blir tøft, men at vi må klare det. Det ville jo vært ille om vi skulle søkt om suspensjon før ordningen var begynt! Det som eventuelt kan stikke kjepper i hjulene, er dagens legevaktordning. Vi er også avhengig av et samarbeid med Legeforeningen og at landsstyremøtet fatter et entydig vedtak.



8 300 innbyggere, seks legehjemler, ikke meldt om behov for flere. Forventet listestørrelse: 1 370 per legeårsværk.

Kari Skive Stuvøy, sektorsjef for helse og omsorg: – Håndboken er lest og jeg synes vi har fått god informasjon fra Sosial- og helsedepartementet. Så langt har det ikke vært hold i fremdriftsplanen, selv om vi fikk en korrigert versjon i sommer. Det har gjort at vi ikke har kunnet inngå individuelle avtaler med legene. Men vi har etablert et uformelt samarbeidsorgan.

– Etter planen skulle forhandlingsresultatet vært klart 15. september. Nå får vi trøbbel med å holde fristen 1. desember. Vi får ikke gjort noe før alt er endelig godkjent av sentrale parter.

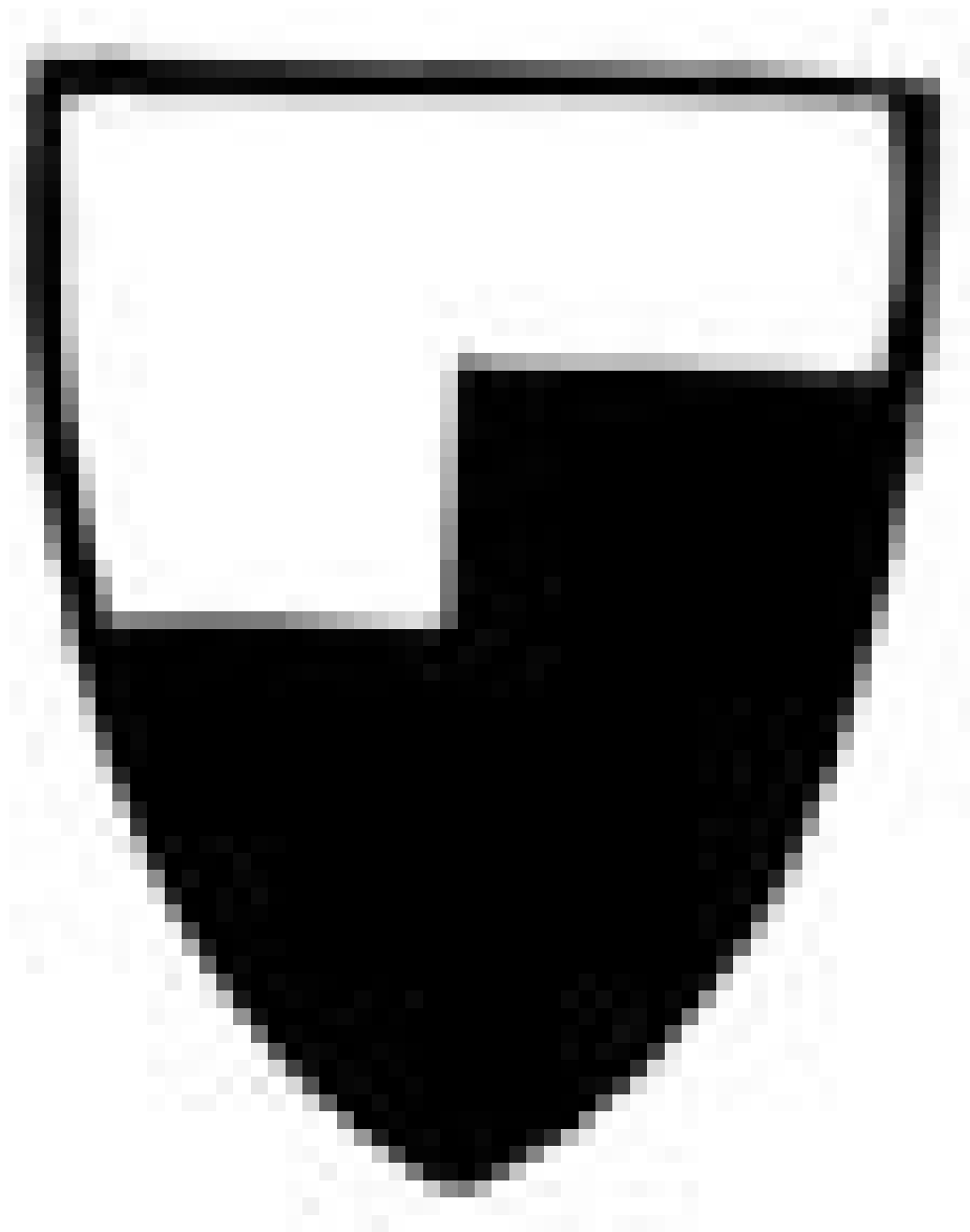
– Selv om Hurum har god legedekning på papiret, har vi særpreg som gjør situasjonen problematisk. Nærhet til Oslo og likevel utkantens karakteristika, gjør rekrutteringen vanskelig. Som turistkommune får vi tredoblet

befolkningen om sommeren. En av legehjemlene står ledig. Det er en tøff vaktbelastning. I høst vedtok politikerne et interkommunalt legevaktsamarbeid med nabo-

kommunen Røyken. Vi håper på oppstart på nyåret i en ordning som vil gi 16-delt vakt.

– Det er viktig at avgjørelsene tas nå. Stor usikkerhet gjennom flere år har forplantet seg utover i den kommunale organisasjonen. Etter min oppfatning er dette årsaken til rekrutteringsproblemene. Jeg kan godt forstå konsekvensene for legene. Nå fortjener de å få klare arbeidsvilkår.

Nordkapp kommune i Finnmark



3 606 innbyggere, seks legehjemler, ikke meldt om behov for flere. Forventet listestørrelse: 601 per legeårsverk.

Bjørn-Atle Hansen, helse- og sosialsjef:

– Informasjonen har vært grei. Vi er klare til å iverksette ordningen, med fem faste hjemler pluss turnuslege. Det blir heller ikke noe problem å holde fristen med å inngå individuelle avtaler, idet legedekningen er stabil her i kommunen.

I det hele tatt blir det liten forskjell for Nordkapp kommune. Vi har allerede etablert et samarbeidsutvalg, og legene har ønsket å fortsette dagens måte å organisere legetjenestene på. For småkommuner av vår størrelse finnes det ingen annen løsning. Så lenge fastlønnsmodellen opprettholdes, har listestørrelsen liten betydning. Våre leger går i fire- og femdelte legevakter, helsestasjonens liste er felles.

– Eneste usikkerhet er knyttet til finansieringen, hva ordningen vil koste kommunen. Jeg skulle ønske at fastlønnsstilskuddet, ca. 220 000 kroner per år per lege, ble opprettholdt. Det ville gjort økonomien mer forutsigbar og minsket byråkratiet betraktelig. Hittil har det også skortet på informasjon om nye takster.

LITTERATUR

1. Innføring av fastlegeordning. Rundskriv nr. I-38/97 fra Sosial- og helsedepartementet 10.10.1997. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
2. Innføring av fastlegeordning – kommunal planlegging. Rundskriv nr. I-39/98 fra Sosial- og helsedepartementet 1.9.1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
3. Søknadsprosedyrer og kriterier for fordeling av legestillinger/-hjemler til kommunehelsetjenesten frem til 2001. Rundskriv nr. I-21/99 fra Sosial- og helsedepartementet 19.5.1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
4. «Felles løft» for primærlegetjenesten. Rundskriv nr. I-35/99 fra Sosial- og helsedepartementet 28.6.1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
5. Brev til landets kommuner fra Sosial- og helsedepartementet 21. desember 1999. Planlegging av fastlegeordningen – behov for nye legestillinger/hjemler.
6. Fastlegeordningen. Håndbok for kommunene. Håndbok nr. I-2/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. desember 2025.