

L.E. Hanssen svarer:

Nils Carl Lønberg tar opp et viktig tema når han etterlyser fullføringen av arbeidet med ny dødsattest. Etter en omfattende høringsrunde av Helsetilsynets rapport høsten 2000 ble det reist mange spørsmål og kommentarer til rapportens innhold. På denne tiden var også Ot.prp. nr. 5 (1999–2000) «Om lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger» (helseregisterloven) fremlagt, og Sosial- og helsedepartementet varslet samtidig igangsetting av arbeid med en egen forskrift for Dødsårsaksregisteret. Helseregisterloven ble vedtatt i mai 2001 og trer i kraft 1.1. 2002, mens utkast til forskrift er sendt til høring med frist 1.10. 2001.

Det er flere punkter i Helsetilsynets utkast til ny dødsattest og fremsending av denne som blir berørt av forskriften for Dødsårsaksregisteret, og som derfor har ført til forsinkelse i vårt arbeid. Nedenfor nevnes spesielt to punkter som fortsatt krever avklaringer i gjeldende regelverk:

– Helsetilsynet har foreslått at det skal innføres en plikt for leger til å syne lik. Dette forutsetter nødvendige endringer både i likbehandlingsloven og i helsepersonelloven og bør presiseres i forskriften.

– Helsetilsynet har gått inn for at fastlegen skal få tilgang til opplysninger om dødsårsak for egne pasienter, men en slik tilgang er ikke tatt med i forskriften. Vi har igjen påpekt dette som et viktig punkt i vår høringsuttalelse, både i forhold til kvalitetssikring av eget arbeid og i forhold til pårørendes rett til innsyn i opplysninger om den avdøde. Helsetilsynet er av den oppfatning at avdødes faste lege vil være den nærmeste til å informere de pårørende.

Lønberg tar også opp spørsmålet om hvorvidt leger skal ha anledning til å skrive dødsattest på nære pårørende. Dette er et spørsmål som ikke ble drøftet i Helsetilsynets rapport om ny dødsattest, men som flere høringsinstanser tok opp. I helsepersonelloven, som trådte i kraft 1.1. 2001, står det i siste setning § 15: «Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l.» Dette betyr at det nå er lovpålagt at leger ikke har anledning til å skrive dødsattest på nære pårørende.

Som det vil fremgå av foranstående er det mange lover og forskrifter som er involvert i utstedelse og forsendelse av en dødsattest. Endring av lovverk vil måtte ta tid. Helsetilsynet tar sikte på å slutføre prosessen med ny dødsattest når forskriften for Dødsårsaksregisteret er på plass.

Oslø

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Listesystemet – utgått på dato

Listesystemet, reformen til fremme av dårlig og uansvarlig allmennpraksis, er nå innført. Avisene er fulle av mer eller mindre tragiske eksempler på mangler, innkjøringsproblemer, feilvurderinger og ansvarsfraskrivelser. Ikke så rart – siden primærhelsetjenesten nå er delt i 3 800 lister uten det totalansvar for befolkningen (24 timer i 52 uker per år) som egentlig burde være en integrert del av systemet.

I Storbritannia, hvor elendigheten startet for 100 år siden, er det allmennpraktikerens ansvar å ha vakt, ansvar for øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet og dekning for ferie- og sykefravær. Da slipper pasientene i hvert fall å delta i Helse-Norges mest populære selsskapslek – ansvarsfraskrivelse. At én- og tolegepraksisene nesten har forsvunnet, er neppe en tilfældighet.

Det vil kanskje interessere at Storbritannia nå er på vei bort fra listesystemet. De har endelig funnet ut at man ikke kan gjøre kvalitetsarbeid med åtte pasienter i timen. Faget allmennmedisin har ikke rekruttert leger på mange år, og den britiske legeforeningen mener man i dag mangler 10 000 allmennpraktikere. Regjeringen har som mål at minst 50 % av legene skal arbeide i et nytt system – Pilot Medical Services – innen 2004, et system som minner sterkt om det vi forlot. Legene skal avlønnes med et fast beløp i året (uavhengig av pasientantall) og får i tillegg ca. 30 % av inntekten fra et normaltariffsystem. Kanskje var ikke den norske driftstilskuddsordningen så dårlig allikevel?

Nesbru

Harald Hauge Drøsdal

Listesystemet (fastlegeordningen) post festum

Jeg har drevet praksis i et villaområde i Asker i snart 30 år. De første 10–15 årene var preget av mange pasienter, barnefamilier og relativt enkel medisin – interaksjoner, farmakokinetikk og kolesterol var knapt oppfunnet. De siste 10–15 år har det vært mest eldre pasienter, færre, men langt mer tidkrevende. Arbeidsdagen består i dag av hovedsakelig tung indremedisin, med et presserende behov for nærmere tre pasienter i timen enn fire. Kjenner noen seg igjen?

Som de fleste kolleger visste heller ikke jeg hvor mange pasienter jeg hadde. Pasientenes aldersfordeling tilsa forsiktighet, så jeg bad om 1 600 pasienter og bare tilvalgte. Asker kommune åpnet for mange nye lister, så som de fleste andre fikk jeg ca. 70 % av ønsket antall, per dags dato 1 130, inkludert 900 av mine tidligere faste.

To interessante forhold viser seg. Min fagforening har forhandlet bort ca. 120 000 kroner av min bruttoinntekt, jeg har nesten 400 færre listepasienter enn en normal liste, og jeg har det travlere nå enn før reformen. Dette betyr at min praksis bestod av ca. 900 faste eldre pasienter pluss et varierende antall mer tilfeldige konsultasjoner. Skal jeg ha samme inntjening som tidligere, må jeg antakelig opp i ca. 1 400 listepasienter. Hvis jeg fortsatt ønsker en tilnærmet normal arbeidsuke, må tidsbruken per pasient ned – jeg må antakelig sette opp minst seks pasienter i timen, ikke 3–4, som ville være faglig forsvarlig. Dette stemmer bra med erfaringene fra forsøkskommunene, hvor konsultasjonstiden gikk ned fra 15 til 10 minutter i løpet av tre år.

Dette er ikke god og ansvarlig allmennmedisin. Det er tvert imot komplett idiotisk og faglig uansvarlig å tro at et system som avlønner per hode uansett alder, kjønn, helse, sosial status osv., noensinne vil fungere i dagens komplekse samfunn og komplekse faglige hverdag. Husk på, kjære kolleger med 2 500 pasienter på listen, unge og «lette» pasienter blir også gamle. De får hypertensjon og diabetes – får dere tid til å oppdage det?

Bakke og Aarseth lokket, lurte og truet listesystemet inn i allmennpraksis. De «frontet» kunnskapsløse helsepolitikere og hadde lett spill med en uinteressert og uengasjert presse, Tidsskriftet inkludert. Aarseth blir vi heldigvis kvitt ved neste valg. I Legeforeningens ledelse trenger vi nå en person med faglig integritet, med fokus på faget og befolkningens behov, ikke en ny helsepolitiker – dem har vi altfor mange av.

Jeg har to ønsker for den nære fremtid: Bakke må ikke bli president i Legeforeningen og listesystemet må avskaffes.

Nesbru

Harald Hauge Drøsdal

Legeforeningen – moralsk overdomstol?

Legeforeningen reagerer på at en lege som har sonet en dom for seksuelle overgrep får fastlegeavtale, og vurderer eksklusjon, står det i Aftenposten 28.9. 2001. Helsetilsynet har gransket legens etiske og faglige skikethet særlig grundig og gitt ham tilbake retten til å praktisere. Kommunen har valgt å gi legen avtale etter en nøye vurdering. Jeg forsvaret på ingen måte mannen, som jeg ikke kjenner, eller de handlinger han er dømt for. Men jeg stusser over at legens egen fagforening vil omstøte tilsynsmyndighetens avgjørelse.

Etter 13 års medlemskap og etter å ha sett foreningen fra «innsiden» i snart fire år, har jeg få illusjoner om foreningens vilje til å forsvare sine medlemmer. Det overrasker meg likevel at generalsekretæren angriper et