

om Alexanders normalfordelingsresonnement gjelder innen helsetjenesten generelt. Man må kanskje forvente at det er en 5–7 % risiko for at et behandlingsresultat ikke blir helt perfekt, selv om behandlingen er skjedd «lege artis». Kanskje må vi akseptere som normalt at helsepersonell i sitt arbeid ikke kan unngå en viss feilprosent og at det ikke kan skaffes nok bevilgninger og tilbud til å dekke alles behov for medisinsk behandling og pleie.

Min konklusjon blir at i lang tid vil 5–7 % av pasientene ikke få den behandling og pleie som de har behov for! På den annen side vil 5–7 % være prioritert, bl.a. fordi noen har midler til behandling ved private helseinstitusjoner.

Moss

Odd H. Lien

Pensjon når?

Fra 1994 til 2000 har det vært en økning på 153 % i antall uføretrygdete leger. Ifølge Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er utbetalingene til sykefravær kraftig økende.

For praktiserende leger, det vil si nesten alle leger utenfor institusjon, er det per i dag ingen pensjonsordning før fylte 67 år. I Tidsskriftet nr. 10/2002 forfekter Odd J. Frisvold det syn at det ikke gjøres nok for legepensjonistene (1). Ca. en tredel av pensjonerte leger er medlem i Eldre lægers forening. Flertallet er altså tilsynelatende ikke lenger så opptatt av legeidentiteten, og det er slett ikke alle som har til hensikt å doktorere til de bæres ut.

Økningen i antall uføre og syke leger sier noe om grad av slitasje i dagens legehverdag. Som 57-åring med 31 år i praksis kunne jeg godt tenkt meg en form for pensjon. I så måte er jeg ikke et døyt bedre enn mange jevnaldrende i andre yrkesgrupper. Jeg synes ikke det er så gildt å arbeide lenger. Jeg bruker mer krefter enn tidligere og har måttet redusere vesentlig på arbeidsbelastningen. Mine jevnaldrende kolleger oier seg ofte, de også, og mange har forsøkt å tilpasse seg. Tidligere var det å gå over i stillinger som bedriftslege og tilsynslege anerkjent som en verdig sorti. Dette er langt mindre vanlig i dag. De leger som har økonomi til å trappe ned, er heldig stilt. Imidlertid er mange bundet økonomisk, gjerne i gruppepraksis, med store etablerings- og driftskostnader som skal betales.

Tallene fra SOP forteller at det for et stadig økende antall leger kan være ønskelig å avslutte yrkeslivet før fylte 67 år, uten først å møte veggen. Terskelen for uføretrygd er ganske sikkert fortsatt veldig høy for leger. På et nylig avholdt kurs om legers og pasienters psykiske helse og egenomsorg stod en av våre mest avholdte og dyktige kolleger frem og fortalte om sin utbrenthet og sitt lan-

ge sykefravær. Blant 86 deltakere var det mange som kjente seg igjen.

Vi ønsker alle en anstendig og akseptert yrkessorti. Blant kursdeltakerne var det generell enighet om og entusiasme for at Legeforeningen må arbeide aktivt med spørsmål som angår praktiserende legers pensjonsforhold.

Oslo

Gunnar Bendiksbø

Litteratur

1. Frisvold OJ. Hva med legepensjonistene? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1036.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no eller
- **A-post**
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
- **telefaks til 23 10 90 40**

Bruk kun én forsendelsesmåte.

Oppslagsbok for rusmiddelfeltet

Berg JE

Rusmiddelmisbruk

Behandling og tiltak i allmennpraksis. 304 s, tab. Oslo: Gyldendal, 2001. Pris NOK 285 ISBN 82-05-28068-1

Lege og økonom John Erik Berg har skrevet en oppslagsbok for rusmiddelfeltet. Han henvender seg primært til allmennpraktiserende leger, men i noen grad også til andre fagfolk, ansatte i forvaltningen og pårørende. Forfatteren har årelang erfaring fra arbeid innen rusfeltet. Han ønsker at boken skal være noe mer enn en oppslagsbok og heller en innledning til samtaler om det gode liv og om rusens betydning for livet.

I det innledende kapitlet om rus gis en rask innføring i feltet. At kun ett stoff, opiat, er valgt ut for å illustrere avhengighet, reflekterer antakelig forfatterens virkefelt de senere årene, men det er ikke sikkert dette er et klokt valg. Dette kompenseres noe av oversikten over de ulike stoffene og relaterte emner. Denne oversikten er kortfattet og grei, og inneholder mange emner som er mat for arbeidere i rusfeltet.

I bokens beste kapittel presenterer Berg det sosialmedisinske feltet rundt misbrukeren. Her illustreres ulike forståelsesmodeller ved gode eksempler og forståelse for emnet. I delen Diverse råd finnes nyttige slike. Det savnes noe om urinprøver som kontroll – et viktig og vanskelig emne. Videre omtales spørreskjemaer til diagnostisering og behandling. Boken inneholder også et godt og fyldig kapittel om legemiddellassert rehabilitering. Til slutt kommer det to meget fyllestgjørende kapitler om ulike aktører innen rusfeltet. Et godt stikkordregister avslutter boken. Boken henviser dessverre ikke til kilde-litteratur og inneholder ingen referanseliste. Boken burde vært strammere redigert. Den skjemmes dessverre av noe rot i fremstillingen og bør gjennomarbeides før neste utgave.

Enhver bok om rusfeltet er for så vidt en innledning til samtale om rus og ville således oppfylle forfatterens intensjon. Men denne boken er først og fremst en god oppslagsbok innen rusfeltet. Språk og vendinger er i mange tilfeller best egnet for leger. Blir den videreutviklet og oppdatert, kan den bli for rusfeltet det Rolf Hanoas bok har vært for det sosialmedisinske felt (1). Den bør (og vil nok) derfor bli å finne på allmennpraktikerens kontor.

Jørgen G. Bramness

Statens rettskassikologiske institutt

Litteratur

1. Hanoa R. Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon. 15. utg. Oslo: Gyldendal, 1998.