

- Søkerens egnethet. Her vil det bli vurdert alle de såkalte tilbakekallsgrunner som er listet opp i helsepersonelloven § 57 (dvs. om søkeren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, fysisk og psykisk svekkelse, langt fravær fra yrket, rusmisbruk, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helselov-givningen eller på grunn av atferd som ansees uforenlig med yrkesutøvelsen).
- Omfanget av den pasientrettede virksomhet vedkommende helsepersonell har til hensikt å utøve. Herunder faller vurderingen av hvilket behov søkeren har for lisens, forskrivningsrett mv.
- Hvordan vedkommende har holdt seg og vil holde seg faglig oppdatert.

Søknader om lisens fra leger over 75 år kan erfaringsmessig deles inn i tre grupper:

- Søkere som ikke driver pasientrettet arbeid eller annet medisinsk-faglig arbeid, men er pensjonister på heltid. Disse vil normalt få avslag fordi de ikke tilfredsstiller kravene i forskriften.
- Søkere som driver pasientrettet arbeid (av mer enn tilsvarende 20 % stilling). Disse vil normalt få lisens.
- Søkere som arbeider med andre ting enn pasientrettet arbeid, for eksempel forskning, undervisning, rådgivning eller liknende. Det vil bero på en konkret vurdering om disse faller inn under forskriftens bestemmelser og kan gis lisens.

I 2002 mottok Statens autorisasjonskontor 114 søknader om lisens fra leger over 75 år. 66 av søknadene ble innvilget. 48 søknader ble avslått. De aller fleste av avslagsvedtakene gjaldt søkere fra gruppe 1 i den forannevnte inndeling av søkerne. Av dem som fikk avslag, klaget 17 søkere til Statens helsepersonellnemnd. 16 fikk ikke medhold i klagen – én fikk medhold.

Det er min oppfatning at regelverket på dette området er godt og at den praksis vi har lagt opp og som er stadfestet av Statens helsepersonellnemnd, fungerer pragmatisk og tilfredsstillende.

Per Haugum

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Hvor mange leger trenger vi?

I Hans Th. Waaler & Dag Hofoss' kommentarartikkel *Hvor mange leger trenger vi?* i Tidsskriftet nr. 7/2003 (1) har det sneket seg inn en regnefeil. Ifølge Waaler & Hofoss utdannes det 770 leger per år, videre er fødselskullene ca. 60 000 og et fremtidig folketall omtrent fem millioner. Ut fra dette kommer de frem til at vi vil få 65 000 leger her i landet. Skal dette regnestykket stemme, må disse legene være ferdige med utdanning og turnustjeneste idet de blir født og forbli i yrket til de dør.

Mer sannsynlig vil disse legene være yrkesaktive fra ca. 27 til 67 års alder i gjennomsnitt. Da får vi 30 800 leger her i landet i fremtiden. Et høyt tall, men altså ikke 65 000.

Pål Christensen

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Waaler HT, Hofoss D. Hvor mange leger trenger vi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 968–9.

H.T. Waaler & D. Hofoss svarer:

Du har helt rett!

Humanem errare est!

Hans Th. Waaler

Dag Hofoss

Nordbyhagen

Uforståelig helsepolitikk

En uheldig virkning av omorganiseringene i helsevesenet er ordningene for spesialister, og da i særlig grad spesialister innenfor kirurgifagene. Pasienter blir sendt ut av nærmiljøet og sågar til utlandet for å få behandling for tilstander som godt kan behandles på hjemstedet til en meget lavere pris.

Mange av oss hadde drevet i kirurgifagene på heltid i flere år før ordningen med avtalespesialister trådte i kraft i 1998. Før den tid kunne vi honoreres etter normal-tariffen i tillegg til det pasienten betalte.

I 1998 kom kravet om driftsavtale, altså et årlig driftstilskudd for at man skulle kunne

honoreres fra det offentlige. De fleste kirurgitakstene i normaltariffen ligger langt under det som man bør ha for at det skal lønne seg.

Vi som ikke fikk avtale med fylket, kunne følgelig ikke drive en lønnsom praksis. Dermed måtte pasientene selv betale et forhøyet honorar.

Nå har ordningen med DRG-takster kommet, og nå kan det lønne seg med kirurgisk virksomhet privat. Men nå vil de lokale helseforetakene ikke godkjenne oss fordi vi ikke har driftsavtale! Slik har man fått den uheldige virkningen at de spesialister som har kunnet «overleve» uten operativ virksomhet og som holder til utenfor vårt distrikt, nå får henvist pasienter fra vår region.

Pasienter fra vårt distrikt sendes altså vekk for å få behandling til en langt høyere kostnad enn det man kan tilby i nærmiljøet. Enkelte spesialister reiser til og med vekk for å behandle pasienter fra eget distrikt. Kan dette være samfunnsøkonomisk forsvarlig? Hva med kontroll og oppfølging av pasienten som kommer hjem etter behandling annetsteds?

Det dukker nå opp klinikker som har fått såkalt sykehusstatus. De har innredet rom med 3–4 senger og skal dermed være mer kvalifisert til dagkirurgi!

Det er ekstravagante klinikker med tung administrasjon og fordyrende reklamefremstøt. Hva er dette for slags trygghet? Skulle det skje noe uheldig med en pasient i privatpraksis som krever innleggelse, så hører pasienten hjemme på et ordentlig sykehus hvor all ekspertise er tilgjengelig.

Man undres over at det sitter mennesker i administrative stillinger, langt fra pasientene, som har myndighet til å bruke våre helsekroner så dårlig. Hvorfor skal det skapes all slags irrganger for pasient A som trenger behandling hos spesialist B? Kan ikke A sendes til B uten byråkratiske, fordyrende, omstendelige og tidkrevende prosedyrer?

Øyvind Veholmen

Stavanger