

å finne plass til psykiatri i turnus at man taper formålet med tjenesten (1) av syne. Nødvendig erfaring med akutte tilstander er fortsatt en viktig del av formålet, også for dem som senere skal bli allmennleger. Før vi eventuelt går inn for en endring, ønsker Legeföreningen å vite om dette kan ivaretas samtidig som man bruker noe av tiden på psykiatri.

Beskrivelsen av norske allmennmedisiner som «slår seg ned på hjørnet etter 18 måneders turnustjeneste» er jeg uenig i. De som starter som allmennleger i dag søker en hjemmel. De må i løpet av få år også ha veiledet tjeneste i 1,5 år utover turnus for å kunne arbeide selvstendig for trygdens regning, og regelen er at de straks starter sin spesialistutdanning i faget allmennmedisin. Denne spesialistutdanningen bygger på andre prinsipper enn i Sverige og Danmark, men jeg tror ikke det kan hevdes at den faglig står tilbake for det som er etablert i våre naboland.

Det er ikke umiddelbart lett å se hva avlønnsform og takstsystem for allmennlegene har med denne saken å gjøre. Det kan imidlertid nevnes at vi i arbeidet med å utvikle systemet de siste årene nettopp har prioritert takster i forhold til arbeid med psykisk syke og pasienter med rusproblemer. Vi har måtte kjempe hardt for dette i forhandlingene, men jeg vil hevde at vi har hatt en viss suksess og dette har klart hatt prioritet foran «tekniske intervensjoner».

Hans Kristian Bakke

Den norske lægeförening

Litteratur.

1. Bakke HK. Turnustjenesten – hva skal innholdet være? Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 1575.

En lønnsparodi?

Det er en vanlig torsdag – en solfin juni-kveld, om enn litt kjølig. Det er noe eget med frikveld, selv om man etter 25 år som spesialist fortsatt elsker jobben. Vel, ikke helt fri. Arbeidsgiver leier ut PC til kr 832 per måned, så temperaturen gjør at man sitter foran denne og ser over litt beleggstatistikk. Rødvinsglasset som skal sikre evig liv, har man latt stå pga. litt ugreie i gastrointestinaltractus.

Telefonen ringer. Det er en kollega som har vakt. Bemanningen er jo marginal på vakter, så nå er da den ikke helt uvanlige situasjon igjen oppstått. Kollegaen er opptatt med tvillingforløsning, og det er et akutt keisersnitt som må gjøres. Man bor ganske nær, så bilen triller raskt de 2,5 kilometerne. Verre er det med parkeringsplass. Parkeringsetaten på sykehuset er nidkjær. Man tar sjansen på plassen til blodgiverne, og i kveld går det bra. Ingen bot på kr 400 denne gangen.

Keisersnittet går lett og greit, det òg. Til tross for at det var akutt, så er det frisk mor

og friskt barn. Marginene var på vår side denne gangen, heldigvis. Før det er gått en time er man igjen hjemme. Det er tid for å sende datafilene til sykehusmaskinen som man slipper å lease, og så å skru av.

Nå vel, man må ta seg tid med det økonomiske. Man slår opp. En time «tilfeldig overtid». Det er 0,08 % av basislønn, finner man ut. Kalkulatoren regner fort ut: kr 395 brutto. Fem kilometer biltur. For lite til å bry med reiseregning. Man er ikke smålig. Gudskjelov at man ikke fikk parkeringsbot.

Ingolf Flateland

Sykehuset Østfold Fredrikstad

Viktige spørsmål om fastlegeordningen ennå ikke stilt

I Tidsskriftet nr. 10/2003 presenteres interessante tall fra evalueringen av fastlegeordningen. Til tross for at han fant en signifikant reduksjon i den generelle tilfredsheten blant allmennleger bare ett år etter innføringen av fastlegeordningen, konkluderer Høgne Sandvik med at «erfaringene med fastlegeforsøket indikerer likevel optimisme på vegne av fremtiden» (1). I en engelsk undersøkelse var andelen allmennpraktikere som hadde til hensikt å slutte med direkte pasientkontakt økt fra 14 % i 1998 til 22 % i 2001; årsaken var nettopp lavere jobbtillfredshet (2). I en omtale av studien i Tidsskriftet uttaler Per Hjortdahl at «norske undersøkelser har vist at strukturelle forhold som lang arbeidstid, mindre autonomi og økonomi påvirker allmennpraktikerens tilfredshet» (3). Det er etter min vurdering grunn til å stille spørsmålet: Er det noe som evalueringen av fastlegeordningen ikke har fanget opp?

Fastlegeordningen handler ikke bare om listestørrelse, listetak, henvisningspraksis og antall konsultasjoner per uke, men også om kommunale bistillinger og legevakt. Steinar Westin har rett i at avstanden til den eller de ansvarlige er blitt betydelig kortere (4). Nettopp ansvarliggjøringen av allmennlegen er blitt fremhevet som en av fastlegeordningens største fordeler. Problemet er at det samme veldefinerte ansvaret er i ferd med å sette allmennleger gjentatte ganger i en vanskelig, om ikke umulig situasjon. Man skal til enhver tid ha ansvar for pasienter på egen liste, ikke bare under ferie- og kursfravær, men også under eget fravær i kommunal tjeneste. Man har imidlertid ikke anledning til å leie inn vikar ved fravær i kommunal tjeneste. Arbeidet skal gjøres av andre leger på kontoret, noe som er vanskelig når kommunen samme dag sender en lege på helsestasjon og en annen på tilsyn i sykehjem. Samtidig skal man delta i legevakt, en ordning som ikke lenger betjener øyeblikkelig hjelp-behov i ordets

egentlige betydning, men mer fungerer som allmennpraksis med utvidet åpningstid (5).

Vektlegging av deltakelse i legevakt er en viktig del av en total evaluering av fastlegeordningen. Forsatt har allmennleger totale arbeidsøkter på opptil 32 timer. Vaktbelastning er sett på som en av viktigste årsakene til manglende rekruttering og stabilisering av legetjenesten i Vesterålen, skrev Anders Svensson nylig i Utposten (6). Evalueringen av fastlegeordningen må gjøres mer grundig og belyse flere strukturelle forhold enn det som er gjort til nå. Det er grunn til å spørre hvorfor jobbtillfredsheten er synkende.

Bjørn Otterlei

Molde

Litteratur

1. Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 1319.
2. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003; 326: 22–4.
3. Hem E. Flere allmennpraktikere vil slutte. Tidsskr Nor Lægefören 2003; 5: 596.
4. Westin S. Virker fastlegeordningen? Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 1318.
5. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktøkningen. Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 1327–9.
6. Svensson A. Hvorfor Vesterålen ikke har interkommunal legevaktssentral. Utposten 2003; 32, nr. 3: 29.

S. Westin svarer:

Bjørn Otterlei har selvsagt rett i at en evaluering som ikke stiller spørsmålene bredt nok, kan gi villedende svar. Poenget med min lederartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) var nettopp å peke på at ordningen ikke bare bør vurderes ut fra hvordan den rene pasientbehandlingen fungerer. Ordningens innvirkning på samarbeidsrelasjoner, på forholdet til kommunene og på de samfunnsmedisinske oppgavene, bør også settes under lupen. Problemet er at disse spørsmålene ikke er helt lette å besvare, om de i det hele tatt stilles. Det er ikke lett å evaluere det usynlige: Godt samfunnsmedisinsk arbeid er best når det er usynlig, når de grep vi står bak bidrar til at folk ikke blir syke. Det kan være grunn til å frykte at privatiseringselementet og den sterke stykkprisinnretningen i fastlegeordningen kan svekke blikket for arbeid som retter seg mot grupper og samfunn.

Den type knirk i samarbeidet med kommunen som Otterlei nevner, bør det være lettere å måle. Men spørsmålet er om slike vansker egentlig skyldes fastlegeordningen? En fungerende legevaktordning må befolkningen ha i alle fall og legetjenesten ved sykehjemmene må dekkes. I det hele tatt: Når arbeidsøkterne blir for mange og for lange – og det er de mange steder – da er det rekrutteringen og bemanningen i primærhelsetjenesten vi må ta for oss, ikke

nødvendigvis fastlegeordningen som sådan. Det ironiske er jo at det har vært vanskelig å få fastleger til å gå ned i listestørrelse når praksiser med lange lister først er etablert. Mange har nok latt seg fange i sin egen gode inntjening, og kunne hatt et bedre liv om listetaket hadde vært lavere fra begynnelsen av. Med digre studentkull på vei, burde noen av disse problemene lett la seg løse.

Spørsmålet om norske legers tilfredshet med jobben er heller ikke lett å tilbakeføre bare til fastlegeordningen. Typisk nok er jo de tallene Otterlei refererer til fra England (2) uttrykk for endringer under en bestående og vel etablert fastlegeordning. At det har vært gjort andre grep der borte som setter allmennlegene under press, er en annen sak. Også derfor bør det gjøres studier med andre metoder enn den rene telling av tall, noe Norges forskningsråd evaluering også gjør.

Likevel, det er ingen grunn til å ta lett på den typen problemer Otterlei tar opp!

Steinar Westin
Trondheim

Litteratur

1. Westin S. Virker fastlegeordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1318.
2. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003; 326: 22–4.

Differensiert basistilskudd i fastlegeordningen

Det er betryggende å vite at Legeforeningen i noen år har vært klar over at eldre listepasienter gir en mer krevende arbeidsuke enn yngre og at per capita-tilskuddet for personer over 50–60 år derfor burde økes vesentlig (1). Hvorfor har man da ikke gjort noe med det?

Med eksemplet høy inntekt fra en liste med 2 500 pasienter fremstilles dette som et misunnelsesproblem. Det er det ikke. Det dreier seg om hensynet til eldre pasienter som har behov for langt mer tidsbruk enn yngre. Det handler hovedsakelig om eldre kolleger med høy gjennomsnittsalder på sine listepasienter og som har gått vesentlig ned i inntekt etter 2001. Det handler om hvorvidt Aplf, for en gangs skyld, er villig til å sette faglige hensyn over økonomiske.

Å senke listetaket eller å øke basistilskuddet for de første 1 200 listepasientene vil i hovedsak være skivebom. Utbedringen av dette problemet innenfor et listesystem, som av faglige grunner aldri skulle vært innført, kan ganske enkelt gjøres ved å øke per capita-honoraret for alle over 50–55 år og å senke det for resten av befolkningen. Det er en prioriteringssak. Det burde være ganske ukomplisert å gjennomføre med hele pasientgrunnlaget på data.

Lederen i Aplf vil vente til listesystemet har «satt seg» (1). Hvor lenge vil det ta? Hans Petter Aarseth, daværende president i Legeforeningen, uttalte i 1997 om sentrale momenter som må endres fra forsøksordningen, at «forholdet mellom basishonorar pr. capita og ytelsesbasert honorar må være slik at det er mulig å bygge inn en god incentivstruktur og jevne ut forskjellene i faktisk belastning mellom ulikt sammensatte praksispopulasjoner». Per capita-differensiering har «satt seg» i seks år, Maartmann-Moe.

I England har listesystemet «satt seg» i 100 år; der har de i en årrekke hatt høyere per capita-honorar for eldre. De har dessuten i flere år arbeidet med å redusere skadevirkningene av systemet. Det ble f.eks. for noen uker siden lagt frem et forslag til betydelig differensiering bl.a. med hensyn til alder, kjønn og sosialstatus. Meget komplisert, er kommentarene fra engelske allmennpraktikere.

De siste 2–3 årene har dessuten mange leger meldt seg inn i PMS (Pilot Medical System) som kan likne noe på vår tidligere driftstilskuddsordning. Tiden for per capita-differensiering er nå.

Harald H. Drøsdal
Nesbru

Litteratur

1. Maartmann-Moe K. Differensiert driftstilskudd i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1400.

Ledelse i primærlege-tjenesten i Nord-Norge – kan den bli bedre?

I midten av juni vart det sendt ut eit spørjeskjema til legar og hjelpepersonell ved nesten alle primærlegekontora i Nord-Norge.

Hovedtema i skjemaet var legen som leiar. I tillegg var det også ein del som omhandla eigenvurdering av tjenestekvalitet på kontoret.

Nord-Norge, så vel som andre delar av landet, har leiarutfordringar som er sterkt prega av vår distriktsmedisinske kvardag.

Leiarskap er ikkje minst knytta til kommunelege I-rolla. Dette treng vi meir kunnskap om.

Legeforeningen har også sett søkjelyset på dette. Svarfristen var 30.6.

Vi vil likevel be om at kollegaer som ikkje har svart, gjerne kan sende inn skjemaet nå, da svarfristen er forlenga til utgangen av august 2003.

Jan Hana
kommunelege/fastlege
Vestvågøy kommune

Hvor mange leger trenger vi?

Hans Th. Waaler & Dag Hofoss tar i Tidsskriftet nr. 7/2003 opp spørsmålet om hvor mange leger vi egentlig trenger her i landet (1). De tar utgangspunkt i om flere leger vil føre til bedret helsetilstand i befolkningen vurdert ut fra middellevetid, og konkluderer med at en legetetthet på over 200 leger per 100 000 innbyggere ikke ville ha noen ytterligere effekt. De påpeker at vi i Norge er inne i en utvikling der 1,3 % av befolkningen utdanner seg til leger. Som korrekt påpekt av Pål Christensen (2) er kanskje ikke situasjonen fullt så gal i praksis, fordi legene ikke er yrkesaktive i mer enn halve levetiden.

Dersom økningen i tilgangen på leger fortsetter, har vi om ikke lenge et betydelig problem. Situasjonen er sannsynligvis enda verre enn Waaler & Hofoss peker på, selv med Christensens korreksjon. Statistikken fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell om nye legeautorisasjoner (3) viser nemlig at tilgangen på nye leger i Norge de siste årene ikke ligger på 770 leger per år, slik Waaler & Hofoss hevder, men fra 1998 omtrent på det dobbelte. I 2002 ble det således gitt autorisasjon til 1 449 leger, hvorav 606 med norsk eksamen, 665 fra andre nordiske land og 188 fra EØS-området. Antakelig vil ikke alle disse legene bli permanent virksomme i Norge, noen er bare korttidsvikarere. Som en konsekvens av denne tilgangen på leger og styringen fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling begynner det nå å tetne til både ved sykehus og i primærhelsetjenesten. Den betydelige mangelen på turnusplasser er også en indikasjon på dette.

Spørsmålet om hvor mange leger vi trenger her i landet har også tidligere vært debattert i Tidsskriftet, om enn i noe mer ironiske og lettere former (4, 5). Dette spørsmålet er imidlertid altfor viktig og alvorlig til (bare) å foregå i Tidsskriftet. Det er på tide at Legeforeningen, departementene, Statens autorisasjonskontor, studentforeningene og andre tar dette temaet opp på en seriøs måte, gjerne i et nasjonalt møte. Hvilke forhold taler for at legebehovet vil øke, hvilke taler for at det vil stagnere og kanskje synke? Hvordan ser man på dette i andre land som har eller har hatt problemer med arbeidsledighet blant leger?

Dag Bratlid
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Waaler HT, Hofoss D. Hvor mange leger trenger vi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 968–9.
2. Christensen P. Hvor mange leger trenger vi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1568.
3. www.safh.no (5.6.2003).
4. Børset M. Snart er alle nordmenn leger – et lynkurs i scenarieforskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1574–5.
5. Bratlid D. Snart er alle nordmenn leger. Tidsskr Nor Lægeforen 120; 2000: 2821–2.