

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 Legeforeningen å vite om dette kan ivaretas samtidig som man bruker noe av tiden på psykiatri.

Beskrivelsen av norske allmennmedisinerne 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 avlønningsform 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 lægeforening

#### Litteratur.

1. Bakke HK. Turnustjenesten – hva skal innholdet være? Tidsskr Nor Lægeforen 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. Parkeringssetaten 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 arbeidsøker 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 Lægeforen 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 Lægeforen 2003; 5: 596.
4. Westin S. Virker fastlegeordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1318.
5. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 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 arbeidsøktene 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