

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 korttidsvikarar. 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.