



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

To i timen? Jeg hadde kjeda meg i hjæl!



Dette er en brevveksling mellom Gisle Roksund som driver privat allmennpraksis ved Klosterhagen lege-senter i Skien (listestørrelse 1 600 personer) og Elisabeth Swensen som er fastlønnet kommunelege I i Seljord (listestørrelse 1 200 personer).

Dialog på kurset *Fastlegen i fokus*
Primærmedisinsk Uke, Oslo, 2002

Flatdal 1.10. 2002

Kjære Gisle

Det er høst. Nat. Tid for skriverier. Jeg minnes med glede vår brevveksling om samfunnsmedisinske veivalg for snart ti år siden (1). Den gangen sneglepost. Nå e-post. Kjapt og effektivt – som deg.

Du kommer til å kjede deg hvis du kommer til himmelen, Gisle. Tenk deg evigheten som rammebetingelse, poengløst å være effektiv! Jeg derimot har lang trening i å sløse med kommunal tid på fast lønn og kommer vel knapt til å merke overgangen.

Hvorfor er det blitt slik at det er suspekt å signalisere at man har god tid? Hva er det som gjør at jeg nærmest skammer meg over mine to konsultasjoner i timen og tier om det når kolleger møtes. Mens han som klarer 40 om dagen, skryter til VG.

Gro Harlem Brundtland ble i sin tid intervjuet på radioen om innføring av skolestart for seksåringer. Jeg stod og skar brød og nesten av meg pekefingeren da hun triumferende avsluttet: «På den måten

(ved å begynne ett år tidligere, min anmerking) sparer barna ett år». På kjøkkengulvet lekte min fireårige sønn i pyjamas og uten klare planer for dagen. I fru Brundtlands terminologi drev han og kastet bort dyrebar tid sammen med katten.

Kan man kaste bort tid? Hvis «effektiv» betyr «det som gir mest eller best effekt», kan det faktisk hende at jeg er like effektiv i min litt kaotiske langsomhet som du er i din planlagte travelhet.

Min gode kollega Øystein mener at betydningen av å nøle er undervurdert. Særlig for leger. Björn Nilsson fremholder «tvivlet och ifrågesettandet» som sin prinsipielle faglige posisjon. Nøling, tvil og spørsmål altså. Sånt tar tid.

Ved innføring av fastlegeordningen ble vi alle formatert til privatpraktiserende.

Seljord kommunes inntekter er nå i langt større grad enn før avhengige av min produktivitet eller effektivitet – NB målt i takster. Det er uvant og så langt ubehagelig.

En ting er å forsvare sin langsomhet ideologisk, langt verre å forsvare sviktende inntekter til sin allerede hardt prøvede økonomisjef i kommunen.

I Tidsskriftet nr. 17/2002 (2) stod det en glimrende artikkel av Olaus Lian & John-Arne Røttingen: *Legen – homo economicus eller homo sociologicus*. De påpeker den overtydelige rollekonflikten som legene står overfor når de på den ene siden har en selvforståelse og fremstiller seg som uegen-nyttige hjelpere med pasientenes beste som ledemotiv, samtidig som de bekjenner seg til et rent innsatsstyrt økonomisk styringssystem, der man rett og slett inviteres til å maksimere profitt etter beste evne (2). Kan disse aktørmodellene fungere side om side? «I teorien er det bra», skriver forfatterne, «men i praksis er det mer problematisk fordi økonomiske incentiver har en tendens til å oppheve virkningen av andre systemer». Eller i min svogers mer korthugde prosa: Det er penga som snakker!

God natt.

Elisabeth, dr. Snegle

Skien 4.10. 2003

God morgen, Elisabeth!

Drog på kontoret for den første kaffekoppen – sitter og knaster på tastaturet kl 7! En morsom kontrast til din hilsen: god natt, dr. Snegle.

Jeg minnes òg godt brevvekslingen for ti år siden. Den var kontemplativ, tilbaketent, men gjenspeilte en del ulikheter i vår måte å tenke og være på. Jeg husker du satt foran et bilde av Lenin, jeg satt bak en PC. Nå planlegger vi begge å sitte bak en bærbar PC. Mye annet har vel endret seg på de ti årene, men profesjonelt har vel du samme jobben som kommunelege, er i de samme lokalene, har du fortsatt bildet av Lenin bak deg, tro? Jeg var helsebyråkrat for ti år siden, i dag sitter jeg som allmennlege i nybygd legesenter med fire kolleger. Vi har fått det flott, og har vært gjennom en veldig spennende planleggings- og etableringsfase.

Du inviterer til tankeveksling om tid og penger. Vi lever på mange måter i hver vår verden. Du i en bygd i Vest-Telemark, jeg bynært. Jeg minnes du snakket om pasientene som kom fra Åmotsdal. Turen til legekontoret tok det meste av dagen – kanskje det viktigste som skjedde den dagen. Du kan ikke avspise dem med noen få minutter og sende dem på dør igjen. For mange er nok legebesøket det viktigste som skjer den dagen hos meg også. Men gjelder det for alle? Mange vil gjerne innom og hente resepter og henvisninger på vei til handlebyen Herkules som vi har kontor i utkanten av. Skal bilen på verkstedet, avbestiller de gjerne legetimen for å komme til der. Mange har klare bestillinger når de kommer til meg. De vet å formulere det kort og konsist dersom jeg stiller det riktige spørsmålet.

Du spør om man kan kaste bort tid? Jeg mistenker ikke at du kaster bort tiden. Men to pasienter i timen? Jeg tror med hånden på hjertet at jeg hadde kjeda meg i hjæl! For meg er det noe med å komme i gang på jobben. Jeg liker fleksibilitet og vekslinger. Det er det rikelig anledning til i allmennpraksis, med livets bagateller og undere side om side med dramatisk. Jeg struktu-

rerer dagen med tre forskjellige typer konsultasjoner: korte for øyeblikkelig hjelp, vanlige på ca. 15 minutter og samtaletimer på 20 minutter og oppover. Det er en utfordring å gi pasienten en type konsultasjon som passer. Dersom det viser seg at tiden blir for knapp til å ta opp underliggende, større vansker, er det lov å si: Dette er så viktig, vi tar oss god tid og setter opp en ny konsultasjon. Jeg liker litt fart og tempo, men også tilbaketrukket grubling, og har vanligvis 2–4 lengre samtaler hver praksisdag.

Selv med fire i timen får jeg tid til å stikke innom kollegaen for en prat eller spørsmål. Jeg kan bli litt forsinket, men tar det igjen.

Thomas Hylland Eriksen snakker om behov for langsom tid. Det tror jeg er viktig. Men ikke for mye i arbeidstiden. Langsom tid er foran peisen sammen med ungene eller på hytta.

Gisle

Flatdal 10.10. 2003

Hei du

Klart du hadde kjedet deg i Seljord. Kanskje sultet også på fast lønn uten altfor mange rare bonuskrumspring og tillegg. Så hvorfor synes vi at vi har det OK hos oss – til tross for dårligere lønn? Fordi vi med våre halvtimeskonsultasjoner og enn så lenge en opplevd (ikke helt reell) frihet fra stykkpristyranniet faktisk innkasserer en annen form for bonus: tid til det som strengt tatt ikke er nødvendig, en åpning for de historiene som trenger tid og rom for å folde seg ut. De fleste studier av pasienttilfredshet gir samme svar: 82 % fornøyde. Folk måler sin egen fornøydhetsforhold til hva de forventer. Vi må ta ansvar for det vi selv skaper, sette en standard basert på egen vurdering og ikke lene oss til brukernes resignerte fornøydhetsforhold.

Hvordan vi skaper en praksis som tilsvarende våre faglige ambisjoner? John Lennon synger i bakgrunnen: «I began to lose control...» NSAM-plakater har et punkt der det står noe sånt som «Ta ledelsen!»

Jeg tror det er på tide å ta (tilbake?) kontrollen over arbeidet. En lederartikkel i *BMJ*, *Hamster health care* (3), satte ord på opplevelsen av stress og utbrenthet. Leger er til dels frustrert over det de opplever som «loss of control». Til tross for at allmennleger faktisk jobber stadig mindre, opplever vi at vi jobber mer og tyngre. Det er godt dokumentert i arbeidsmedisinsk forskning at kontroll over egen arbeidssituasjon er den enkeltfaktoren som betyr mest for yrkesrelatert sykdom. Har allmennleger flest en stor grad av kontroll over eget arbeid? Og har du – som privatpraktiserende – større kontroll over ditt arbeid enn jeg som kommunal lønnstaker? Det finnes mange måter å bli slave på. Ole Berg & Charlotte Haug skrev i 1997 en glimrende artikkel om

proletariseringen av legeyrket, dvs. av selve faget (4). Fra å være frie yrkesutøvere med stor grad av faglig bevegelsesfrihet og tilhørende ansvar er vi nå mer på samlebåndet som leverandører av ferdigformerte tjenester til allehånde bestillere.

Tidligere Vest-Telemarks-kollega, nå fylkeslege i Vestfold, Svein Lie sa: «Det ække no moro hvis det ikke er litt moro.» Da jeg intervjuet den tidligere distriktslegen i Loppa, Eystein Straume, la han vekt på opplevelsen av å være lokalsamfunnets mann med stor frihetsgrad i forhold til å prioritere og skape (5). Samtidig la han ikke skjul på stresset og travelheten. Men det var en travelhet som sprang ut av behov som han selv så hos sine sambygdingar.

Jeg skisserer to former for ufrihet som truer oss. Den ene er å være nyttig idiot for et idiotisk system med attester og dokumentasjon i kafkaske dimensjoner. Den andre er å bli det som i Bibelen kalles mammons træl. Leger kan med fordel lese mer i Bibelen og mindre i takstheftet! I den tidligere nevnte artikkelen av Lian & Røttingen er de nettopp opptatt av å ivareta legenes autonomi på en måte som gjør legene fri til å handle i pasientenes interesse og gjør dem mindre utsatt for krysspress, for eksempel mellom medisinske og økonomiske hensyn.

Jeg avslutter med å sitere dem som et spark på skinnleggen til deg: «På den ene side ønsker legeprofesjonen tillit fra pasienter og samfunn. Det forutsetter at legen er homo sociologicus. På denne bakgrunn kritiserer legene økt vektlegging av effektivitet i sykehus gjennom eksempelvis innsatsstyrt finansiering. På den annen side – og særlig innenfor allmennmedisin og privat spesialistpraksis – ønsker man et incentivbasert system. Det forutsetter at legene er homo economicus.» De legger lakonisk til: «Profesjonen synes ikke å være nevneverdig plaget av at dette er synspunkter og ideologier som prinsipielt sett er motstridende» (2).

Hvor plaget er du, kjære venn?

Elisabeth

PS: Lenin forsvant under en hardhendt kommunal vårrengjøring for mange år siden. Et fantastisk svart-hvitt fotografi fra India, av *dom fattiga i Calcutta* har fått plassen. Jeg trives best med litt ubehag. DS

PS 2: Hvem sa følgende: «Når folk av samme profesjon samles, ender det gjerne med en sammensvergelse mot allmuen og et vedtak om å heve prisene» ?

Siljan 13.10. 2003

Hei igjen

Jeg tror ikke jeg hadde sultet i hjel i Seljord. Til det er det for mange sauer i fjellet. Men det er klart at forventning om inntekt er et poeng. Skal yrket konkurrere om de smarte

hodene, må vi ha konkurransedyktige inntekter. Min erfaring med Kommune-Norge har ikke vært god. Jeg synes ikke de har visst å verdsette legekompentansen i de lokale forhandlinger. Jeg glemmer aldri økonomisjefen i en nabokommune rett før innføring av kommunehelsetjenesteloven og overføring av primærhelsetjenesten til kommunene i 1984: «Nå skal vi endelig få tatt rotta på dokterne, nå skal de jaggu tjene som oss andre kommunalt ansatte!» Takke meg til normaltariiffen. Selvtendige næringsdrivende allmennpraktikere har lange tradisjoner i vårt land. Det er kanskje fastlønsordningen som til slutt vil vise seg som et intermesso fra 1984 til 2000 og noen år?

Konflikten som du beskriver mellom homo sociologicus og homo economicus kan jeg nok se, men i det daglige opplever jeg den ikke. Pasienten betaler det samme enten konsultasjonen tar ti eller 40 minutter. Riktignok betaler pasienten for forbruksmaterielle, men det er Rikstrygdeverket som betaler for de ulike prosedyrene, tidstakster osv. Jeg føler ikke at jeg prioriterer hva jeg gjør med pasienten ut fra hva jeg måtte tjene. Jeg opplever at legerollen er godt forankret i den sosiologiske modellen med sterk faglighet, etiske regler og levende diskusjoner om hva som er godt legearbeid. Dette må aldri ta slutt.

Men jeg er enig med deg i en viss bekymring: Hva med helprivatiserte, kommersielle tilbud? Vi har sett klare tendenser innen bl.a. plastikkirurgi. Jeg er ikke imponert over det som er kommet frem av produktivitet innenfor eksempel psykiatrien, der ansatte har 1–2 konsultasjoner per dag – resten går bort i møter. Latskap kaller jeg det.

For allmennmedisinen tror jeg at fastlegeordningen per se til en viss grad demmer opp for uheldig utvikling i retning av mer homo economicus – kanskje hindres en fri utvikling av avtaleløs allmennmedisin? Samtidig er det klart at normaltariiffen påvirker arbeidet. Ikke at jeg gjør unødvendige undersøkelser fordi normaltariiffen gir god inntekt. Jeg tror og mener at jeg ikke gjør det. Takstendringer er likevel noe av det kraftigste middel vi har for atferdsendringer.

Hadde jeg hatt færre pasienter om jeg hadde hatt fast lønn? Det er mulig. Gjennomsnittlig lengde på konsultasjoner blant europeiske allmennleger er ti minutter (kortest i Spania og Tyskland uten egenandeler: åtte minutter, og lengst i Sveits og Belgia med høyest egenandeler: 15 minutter.) Hvis jeg regner 25 pasienter på tilgjengelig konsultasjonstid hos meg (5 3/4 time), får jeg 14 minutter i snitt per pasient. Laboratorietid etc. kommer i tillegg, Man får sagt og gjort mye på 12–14 minutter.

Kontroll og utbrenthet. Undersøkelser viser at vi som ofte sier ja til spørsmål om

foredrag for eksempel, er utsatt for å brenne ut – det er kort vei fra nok til for mye. Vi har ingen sjef som sier hvor mange pasienter vi skal ha i timen, eller hvor mange kvadratmeter gulv som skal vaskes for eksempel. Er det trangen til å ha friheten som har gjort at vi har valgt allmennpraksis?

Min opplevelse av kommunal armod og mangel på evne, motivasjon og vilje til å satse på kvalitet, har gjort uutslettelige inntrykk – jeg har ikke noen tro på kommunen som arbeidsgiver. Jeg er ikke særlig imponert av Aetat og trygdekontor heller.

Vekselbruk. Jeg har en pasientfri dag i uken. Jeg skjønner ikke hvordan noen hærer pasienter hver dag. Tenk på de privatpraktiserende øyelegene og gynekologene! Vel tjener de dobbelt så mye som meg, men likevel!

Gisle

Flatdal 19.10. 2003

Kjære Gisle

Jeg skal forsøksvis provosere ved å fremholde legetjenesten i distrikt – vel å merke den tradisjonelt veldrevne – som et ideal. Det handler om tidsbruk, faglige utfordringer, mangfold og det som kalles populasjonsansvar. Det paradoksale er at vi som jobber i såkalte distriktspraksiser, ofte føler at det er vi som faller utenfor. Den følelsen ble overveldende i forbindelse med innføring av fastlegeordningen som åpenbart var en reform for å løse andre problemer enn dem f.eks. jeg står overfor. På Nordisk kongress i Trondheim tidligere i høst var det en skotsk kollega som la frem en sammenliknende studie mellom primærhelsetjeneste i by og land. Studien var for såvidt mislykket, men illustrerende. Kollegene i byen hadde ingen problemer med å fylle ut skjemaene, mens de på landet fikk trøbbel med avkrysning og kategorier. De følte at arbeidet de gjorde og måten de jobbet på rett og slett ikke lot seg passe inn i formatet. Etterpå var de lei seg fordi de mente at de fremstod som mindre produktive og dårligere organisert enn sine kolleger i byen. «But we knew that was not true!» Jeg vet at jeg representerer en bærekraftig og slitesterk primærlegetradisjon tuftet på den norske distriktslegen, «kombidoktoren». Jeg er allmennpraktiker og samfunnsmedisiner hele tiden, uten at den grenseoppgangen noensinne har gitt mening for meg. Jeg har oversikt, verktøy, tid og autoritet til å forme en lokalt tilpasset helse-tjeneste basert på behov og fornuft. Det er en utfordring å videreføre dette innenfor en ordning som har individet som største enhet, og der volum snarere enn innhold er det som gir uttelling.

Ett eksempel er helsestasjonslegen som nå foreslås konvertert til fastlegeformat, for såvidt godt begrunnet. Samtidig blir nok en tradisjonell institusjon, i sin tid

utviklet for å ta vare på de svakeste, fragmentert og individualisert. Har vi verktøy for å finne frem til dem som trenger oss mest i et system de vi har mistet utsikten til helheten? I fastlegeordningen er mye gjort for å kvalitetssikre det individrettede, men hva med den delen av vårt tradisjonelle virkeområde som ikke ble kvalitetssikret? Det såkalte populasjonsansvaret er en bløff! I praksis er alt utenom den private butikkdriften kastet på historiens skraphaug sammen med spesialiteten i samfunnsmedisin (som for øvrig hører hjemme der).

Så til det med to i timen. Det er egentlig en fin konkretisering av det vi snakker om. Konsultasjonen er et betydningsfullt møte. Iblant synes jeg vi gjør oss mindre betydningsfulle enn vi er og derved sager i den grenen vi sitter på. Kvaliteten av samtalen er avgjørende for validitet og relevans i det man senere foretar seg med pasienten. Min brevvenn og kollega Gunnar Strøno problematiserer vår arroganse i forhold til metode. Hvis vi aksepterer begrepet legekunst, må den vel betraktes som kunst. I Vest-Telemark er samtalekunsten som du vet velutviklet. Ethvert barn vet at det regnes som direkte uhøflig å buse ut med sitt ærend sånn med en gang. Først skal det være stille. Så skal det utveksles noen velvalgte alminneligheter med dobbelt bunn. Deretter ny stillhet før man kan komme til saken. «Kommunikasjon» sier legene, går på kurs i USA og øver seg på likesinnede med sofistikert videoutstyr. For leger som vil søke jobb hos meg, er det mer relevant å kunne sin Vesaas. Jeg sier ikke at alt må ta lang tid, men i utgangspunktet må vi ta oss råd til å regne med at det kan ta tid. Pasientene lærer seg en atferd tilpasset det formatet de tilbys. Det er i alle fall ikke mer effektivt å ha en ugyldig, irrelevant dialog på ti minutter enn en gyldig, relevant samtale på 25.

Det er flaut å ha en samtale på maksimalt 15 minutter som mal – med dobbelttimer for dem som trenger ekstra lang tid: psykisk syke, og vanskelige pasienter. Og alle fra Vest-Telemark. Hva slags signal er det? Tar vi mål av oss til å være kulturbærere eller kulturdødere?

Elisabeth

PS: Adam Smith!

Siljan 23.10. 2003

Gode Elisabeth

Først populasjonen. Du ønsker å flagge legetjenesten i distrikt som et ideal. Jeg har selv vært distriktslege og kommunelege i småkommuner på Vestlandet og i Telemark. Kollega Eivind Vestbø skrev en flott artikkel om lege-bygd-forholdet i Utposten (6). Delaktighet, legitimitet og gjensidig tillit er nøkkelordene. Den grupperettede samfunnsmedisinen går ofte hånd i hånd med den individrettede allmenn-

medisinen. Det er noe annet der legen møter pasientene som naboer i butikken.

Det er annerledes i byene. Det har vært en del bra forsøk med bydelslegefunksjoner, der legene har hatt mer ansvar for legetjenesten innenfor et geografisk avgrenset område. Jeg beklager at det ikke er noen geografisk dimensjon innenfor fastlegeordningen. Jeg tror de fleste allmennleger i byene forholder seg til dem som kommer inn på venteværelset og lar populasjon være populasjon. Skjønt – melding til meg selv i journalen popper opp på en gitt dato: Har Kari Larsen vært her i det siste? Jeg kan ringe eller skrive. Det gjør jeg ikke så sjelden!

I boken *Fastlegen* (7) skriver vi at de fleste allmennleger er bekvemme med 18–25 konsultasjoner per dag, noen trives med 16–18. Vi anbefaler å redusere listen dersom legen gjennomgående må ha over 25 konsultasjoner per dag for å rekke alle. Selv ligger jeg på 23–25.

Hvor langt skal vårt engasjement for pasientene gå? Jeg har hørt om leger som bruker medarbeidere til å ringe sykehus og spesialister for å sjekke hvor langt den henviste pasienten er kommet på ventelisten og hvor lang tid det er til han/hun får time. Pasienter som ringer og forteller fastlegen hva som skjer mens de er innlagt i sykehus. Er det meningen at vi skal bruke tid og krefter på å purre opp et offentlig system som svikter?

Gisle

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal

Gisle Roksund

Skien

Litteratur

- Swensen E, Roksund G. Samfunnsmedisinske dilemmaer og verdvalg – en brevveksling. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 78–82.
- Lian O, Røttingen J-A. Legen – homo economicus eller homo sociologicus? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 112: 1682–5.
- Morrison I, Smith R. Hamster health care. BMJ 2000; 321: 1541–2.
- Berg O, Haug C. Dialogene som forvitrer. Et kritisk blikk på klinikkens utvikling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1163–8.
- Swensen E. En seiler på livets hav. Utposten 2002; 31, nr 7/8: 18.
- Vestbø E. Distriktsmedisinske fortellinger. Utposten 2002; 31, nr 4: 2.
- Roksund G, red. *Fastlegen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.