
Norsk lege i engelsk allmennpraksis

AKTUELT

PÅL GULBRANDSEN

Email: pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Etter 17 år som kommunelege mellom fjellene i Aurland ble utferdstrangen påtrengende for Lars Moland. Målet var å få jobbe som allmennpraktiker i et engelsktalende land ett års tid. Langt om lenge dukket jobben opp – i Margate i Kent.

Fire måneder tok det fra Lars Moland begynte å søke jobber i England til han fikk napp hos East Kent Community NHS Trust. Den nye arbeidsgiveren gikk flere runder med sjekking av personlige referanser og formelle kvalifikasjoner før de tok sjansen på å ansette ham. Etter at han hadde begynt, ble det stilt spørsmål ved at han manglet «vocational training for general practice» som inkluderer to år ved sykehus. Dette er et krav for å praktisere som allmennmedisiner i England. Ekspeditthelp fra utdanningsavdelingen i Legeforeningen forhindret at han mistet jobben, men han ble tatt av tjenesten i to uker.

Fast lønn

Moland har fast lønn, noe foreløpig færre enn 1 % av Storbritannias allmennpraktikere har. Blair-regjeringen har introdusert et system de kaller Personal Medical Service, der hovedelementet er å sikre kvaliteten i praksis. Dette innebærer definering av minimumsstandarder og et forholdsvis rigid kontrollapparat. Dersom en praksis holder kvalitetsmålene, belønnes det med penger. Man antar at i 2002 vil ca. 30 % av legene ha gått over til denne typen avtaler med myndighetene, fordi det fristes med mindre papirarbeid og mer forutsigbar arbeidstid. Lønnen er god, i dag 55 000 pund per år. Skeptikerne tror at ulempene raskt vil melde seg, at lønnen relativt sett vil sakke akterut og at stadig større krav til kvalitet vil bli innført.

Et eksempel på et kvalitetsmål som er innført, er at 50% av utgiftene til medisiner til astmapasienter skal gjelde steroider til inhalasjon. Liknende krav stilles i forbindelse med behandling av pasienter med diabetes. Noen er redd for at de fleste kvalitetskrav vil gjelde store sykdomsgrupper, og at mange leger vil nedprioritere arbeidet med like alvorlige, men sjeldnere tilstander for å oppfylle kravene. Alt nå rapporteres det at pasienter reagerer på hvor mye av konsultasjonstiden som går med til å svare på rutinespørsmål knyttet til kvalitetskravene.



Lars Moland har fast lønn som allmennlege, men de fleste legene lønnes etter en modell basert på kvalitetsmål

Resepter største utfordring

Moland forteller at han ble overrasket over hvor greit møtet med pasientene gikk, og han synes ikke språket har vært noe stort problem. Dette til tross for at Margate har en stor andel flyktninger pga. nærheten til havnene der kanalfjerene anløper. Det største praktiske problemet i begynnelsen var å skrive resepter. Det legges opp til at resepter skal være utferdiget med generisk navn på preparatene, også dette et kvalitetsmål. Moland har brukt mye tid med norsk og engelsk felleskatalog for å leve opp til dette. Arbeidet kunne vært spart hvis legekontoets datasystem hadde vært i funksjon. Ellers har tempoet vært en utfordring, med seks pasienter i timen pluss øyeblikkelig hjelp.

Moland har ikke noe administrativt ansvar for legekontoet. Det har en «practice manager», som ser til at det alltid er personell til stede og ellers kommuniserer med trusten, som er arbeidsgiver. Hun deltar dessuten i det vanlige legesekretærarbeidet. Wendy Blake, som tidligere har hatt denne jobben ved et legekonto som ble finansiert etter den vanlige modellen med legen som arbeidsgiver, er ikke bare fornøyd med det nye systemet. Hun opplever det som tungrodd og unødig detaljstyrt fra trustens side. Verken hun eller legene har budsjettansvar. Løsningen er dermed nærmest motsatt av det Margaret Thatcher i sin tid initierte da allmennpraktikerne skulle administrere alle utgifter til pasientbehandling i første- og annenlinjetjenesten for pasientene.

Ved kontoet arbeider også en sykepleier, som gjør diabetes- og astmakontroller og tar cytologiske prøver fra cervix. Helsesøster kommer til kontoet når det er tid for barnekontroller, men det er praksissykepleieren som setter vaksiner. Det tas blodprøver, men det utføres ingen analyser ved kontoet bortsett fra urinstiks. Slik er det ved de fleste allmennlegekontorer i England.



2 250 pasienter på listen

Legekontoret har i alt 4 500 pasienter fordelt på to leger. Selv om alle pasienter i prinsippet er knyttet til én lege, er realiteten at de tilhører praksisen. Egentlig er det ikke bosted som bestemmer hvilken lege man tilhører, men det fungerer slik, fordi de fleste engelskmenn ikke kan forestille seg å reise fem minutter mer enn nødvendig for å komme til legen. At tjenesten er gratis, gjør også at man opplever mange ganske meningsløse konsultasjoner. Bl.a. anbefales folk å gå til lege hvis papirer (attester og liknende) skal fylles ut av en offentlig tjenestemann.

Etter Molands syn er folk ganske bortskjemte med sykebesøk, selv om dette er i endring. For den norske legen har sykebesøkene mest vært en trafikal utfordring. Gatene er trange, parkeringen kaotisk og trafikken enorm, selv i lille Margate. Men sykebesøkene har gitt innsikt i en hverdag med langt mer fattigdom enn det vi er vant til fra Norge.

Mottak av flyktninger

Om lag 400 nye flyktninger kommer ukentlig til østre del av Kent. Allmennlegene vegret seg for å ta imot disse, og til slutt måtte trusten handle: Den valgte å ansette en lege i full stilling bare til arbeidet med å motta flyktninger og asylsøkere. Dr. Peter Lefèvre, som har hovedkontor samme sted som Lars Moland, tar imot flyktningene og fordeler dem til praksiser i området. I og med at han tar seg av smittevern og nødvendig papirarbeid har det vært lettere å få vanlige leger til å ta ansvar for oppfølgingen. Folk flest vet ikke om denne spesialtjenesten. Man har vært nøye med ikke å gjøre den kjent, fordi det ville blitt oppfattet som særbehandling og dermed skapt stor misnøye.

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.