

Kjære allmennpraksis, jeg slår opp!

Det er ikke meg, det er deg. Det har vært to tøffe år. Mest for meg kanskje. Likevel er jeg sikker i min sak: Gjør du ingen endringer, vil det på sikt gå ut over deg også.

Catherine Elde Isaksen
elde.catherine@gmail.com

Slik kunne jeg innledet mitt avskjedsbrev til spesialiteten og jobben som privat fastlege i allmennpraksis, når jeg nå har valgt å ta en pause for å jobbe i sykehus. Ett år i spesialisthelsetjenesten kreves som en del av spesialistløpet i allmennmedisin, men når jeg nå bytter beite, er jeg usikker på om jeg vil vende tilbake igjen. Dette skjer på tross av et sterkt ønske om å jobbe innenfor primærhelsetjenesten. Jeg har imidlertid håp om at det skal komme snarlige endringer som vil gjøre det mer overkommelig å jobbe i allmennpraksis.

Tross betydelige utfordringer i sykehusene kan det flere steder se ut som de stadig vinner kampen om nyutdannede leger (1). Førstelinetjenesten er fundamentet i det norske helsevesenet og uten at det fungerer godt, kan hele tjenesten stå i fare for å falle sammen. Behovet for et betydelig økt antall allmennleger har vært kjent gjennom flere år, og nylig spådde en sentral stemme at dagens fastlegeordning ville kollapse innen fem år. Det vil si dersom ikke rekrutteringen bedres og flere allmennlegestillinger opprettes (2, 3).

Er det noe med rammene i dagens allmennpraksis som hindrer rekruttering?

Du forventer for mye av meg. Du stresser meg. Du tvinger meg tidlig til å konsentrere meg om administrasjon, både økonomi og arbeidsgiveransvar. Jeg vil konsentrere meg mest om klinikken og pasientene. Jeg er jo helt fersk. Jeg har ikke kapasitet til å fokusere så mye på administrasjon nå som du krever. Du synes jeg skal være rask og effektiv. Jeg må ikke bruke for lang tid. Jeg må ikke bli forsinket. Jeg må rekke å ta unna for etterspørselen. Jeg bør ha mange pasienter på listen. Du sier det gir lavere utgifter.

De fleste allmennlegestillinger er i dag organisert som selvstendig næringsvirksomhet med de praktiske og økonomiske utfordringene det medfører. I tillegg til å opprette eget foretak, engasjere regnskapsfører, organisere pensjonssparing,

sette seg inn i arbeidsgiveransvar og kjøpe sykeavbruddsforsikring, må man sørge for å komme raskt i gang med direkte pasientarbeid. Inntekten er proporsjonal med antall pasienter på listen og konsultasjoner.

Fra første dag er man presset til å se så mange pasienter som mulig i løpet av dagen, både på grunn av stor etterspørsel og fordi høye driftskostnader løper, og fordi det ikke finnes økonomiske tilpasninger til allmennleger i spesialisering (ALIS). *Per capita* er det kommunale tilskuddet allmennlegene får for å drive legepraksis. Mitt

«Er det noe med rammene i dagens allmennpraksis som hindrer rekruttering?»

inntrykk er at dette i tidlige faser etter innføring av fastlegeordningen jevnt over dekket driftsutgiftene slik at netto utgifter var omtrent null. I dag er realiteten en helt annen. De samlede driftskostnadene håndteres ikke lenger av tilskuddet fra kommunene.

Er jeg syk, gir du f... Barnet mitt er sykt. Ja vel, sier du. Blir jeg gravid, er du ikke omsorgsfull. Tiden løper. Det koster penger.

Det koster rundt regnet én million kroner å overta en fastlegehjemmel, med noe variasjon mellom bygd og by. Må man kjøpe seg inn i bygget der legekontoet holder til, er utgiftene større. Dette er store investeringer for enhver, og særlig for nyutdannede leger i etableringsfasen. Det vil selvsagt være like viktig for allmennleger å kjøpe egen bolig og stifte familie som å etablere seg yrkesmessig. Med de siste årenes tydelige overvekt av kvinnelige leger vil også gode sosiale rettigheter ha økende betydning. I dag vil dette være mer forenlig med å jobbe i sykehus som en «vanlig» arbeidstaker. Det gir sykehusene konkurransefortrinn i rekrutteringen av nyutdannede leger.

Du demper gleden min for faglig utvikling. Reiser jeg på kurs, tenker jeg at du venter hjemme og er spent på hva jeg har lært. Men nei da: Du er irritert og føler deg nedprioritert. Du straffer meg med full posthylle, lange ventelister med utålmodige pasienter og redusert månedslønn.

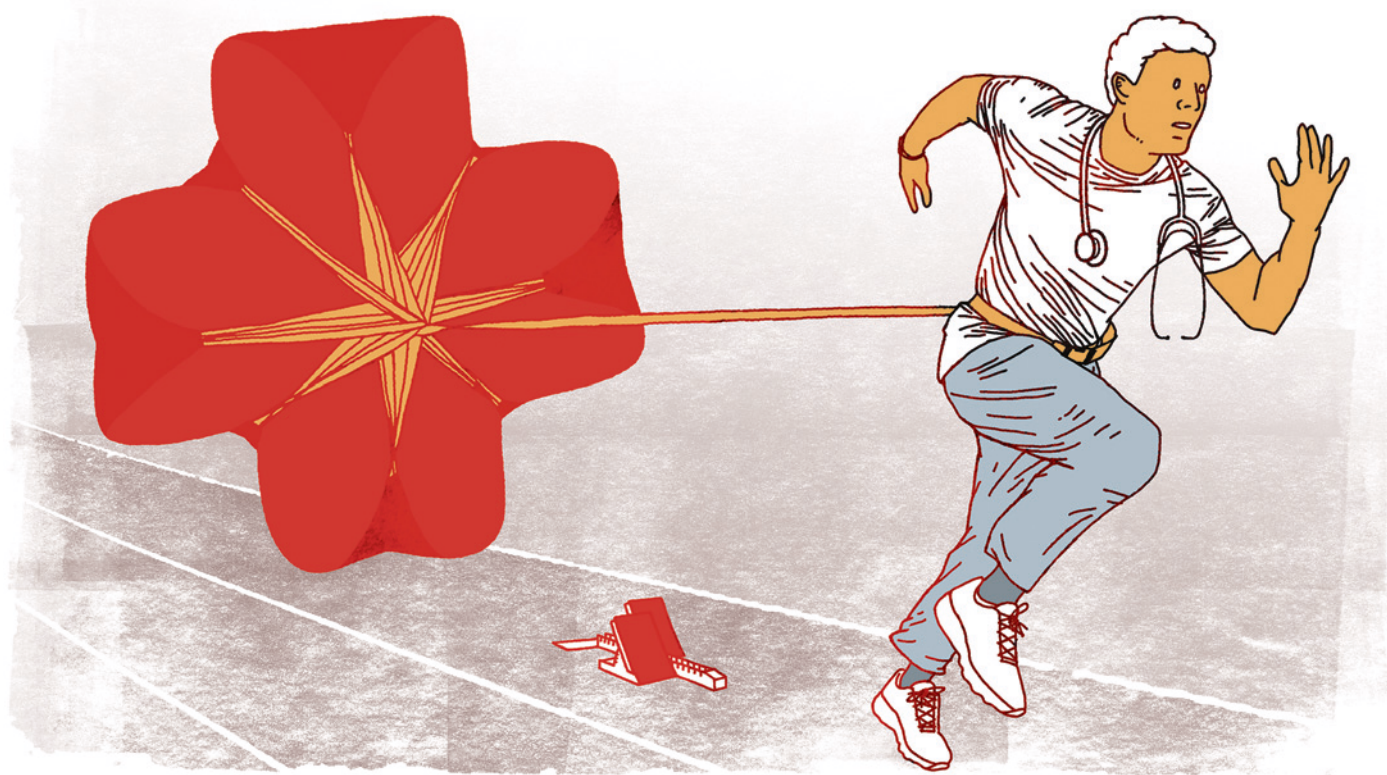
For alle allmennleger er det et kontinuerlig behov for å delta på kurs. Allmennmedisin er den eneste spesialiteten med krav om å fornye spesialistgodkjenningen hvert femte år. Det finnes ingen kompensasjon for økonomisk tap eller lønn under fravær til nødvendige kurs. For en allmennlege som er i startgropen av karrieren, er kurs en kjærkommen arena for å møte andre i samme situasjon. Det er per i dag heller ingen tilpasninger for den økte arbeidsbelastningen som oppstår i etterkant av fravær, det være seg kurs, ferie eller sykdom. Dette kan medføre at man vegrer seg for fravær fra praksis som ville styrket tjenesten på sikt.

Du gjør meg usikker. Jeg føler meg fanget av deg. Du tvinger meg til lange pasientlister og korte konsultasjoner. Du gir lite rom for faglige diskusjoner. Jeg føler meg til bry når jeg avbryter kollegaen min for å få hjelp. Han er jo like presset som jeg. Jeg trenger mer tid sammenlignet med min erfarne kollega. Tid til å sjekke faglitteraturen. Tid til internundervisning. Tid til å konferere med sykehusspesialister. Tid til å tilby pasientene mine god behandling i tråd med gjeldende praksis og aktuelle retningslinjer. Det er umulig å rekke over alt.

Egenkontroll er allmennlegenes viktigste argument når de ønsker å beholde privat praksis (4). Når arbeidsmengden er for stor og driftsutgiftene for høye til at man kan redusere listen til et mer akseptabelt nivå, blir man fanget i en effektivitetskarusell som kan gå på bekostning av fleksibilitet, kreativitet og, etter hvert, entusiasmen for faget.

I allmennpraksis er man i større grad alene med komplekse medisinske problemstillinger, og pasientene er heller ikke sortert før de kommer på kontoret. Vi møter dem i alle ulike sammenhenger, dødssyke og friske, men uten merkelapp.

Spesialiseringen er organisert i veiled-



Illustrasjon: Ørjan Jensen/Superpop

ningsgrupper som møtes seks timer per måned over to år. Utover dette varierer det nok hvilken støtte man opplever fra nære kolleger på kontoret. Det finnes ingen kompetansestige, slik som i sykehus. Langt på vei forventes det at en fersk allmennlege drifter en pasientliste på samme måte som spesialisten som har jobbet i mange år. En pasient rammet av alvorlig sykdom er ikke mindre alvorlig syk om vedkommende går til en nyutdannet lege. Behovet for rask, presis og korrekt utredning og behandling er uansett like presserende. Ideelt sett burde de alvorligste tilfellene ivaretas av den legen som har best kompetanse og lengst erfaring, jamfør det som er vanlig praksis i sykehus.

Du presser meg hardt. Slik bidrar du til økt fare for at jeg gjør feil. Hvis jeg er uheldig, står jeg alene. Du krever penger av meg uansett om jeg bruker tiden til å brevveksle med fylkeslegen eller sitte i avhør hos politiet etter å ha mottatt trusler fra pasienter. Etterpå legger du til rette for at jeg henges ut på nettet i en elektronisk gapestokk.

Påstanden over er ikke nødvendigvis representativ, men utgjør like fullt en yrkesrisiko som er klart større blant privatpraktiserende allmennleger. Man er sin egen praksis – med eget ansikt og fullt navn. Blir man klaget

inn til Helsetilsynet, er man alene ansvarlig for all redegjørelse. Posisjonen kan føles ubeskyttet, langt unna sykehuset med det systemansvar og rutiner som naturlig følger med når en ung lege gjør feil på jobben. Det virker som om man innenfor sykehus har et noe annet syn på nye legers behov for «å vokse inn i rollen» og få tid og rom til å bli profesjonelle yrkesutøvere.

«Dagens helsepolitikk resulterer i stadig flere oppgaver for allmennlegene»

Du har stadig nye lass med oppgaver til meg. Du mener jeg bør gjøre både det ene og det andre. Hva jeg mener, bryr du deg mindre om.

Dagens helsepolitikk resulterer i stadig flere oppgaver for allmennlegene. Sammen med den demografiske utviklingen øker dette trykket på de allmennmedisinske legetjenestene. Vi får ansvaret for et økende antall eldre i befolkningen. Den teknologiske utviklingen gir stadig flere utredningsmuligheter som

også øker presset fra pasientene. I økende grad er pasienten med og bestemmer utredning og behandling. Dette gjelder alle nivåer i helsetjenesten, men den første kontakten og seleksjonen skjer hos allmennlegene. I tillegg blir de fleste pasientene utredet og behandlet ferdig i allmennpraksis slik at det økte behovet for ressurser vil være klart større i førstelinjetjenesten. Ferske eksempler på nye oppgaver som faller på allmennlegene, er all sakshåndtering rundt førerkort-attester som tidligere har vært fylkeslegens ansvar, samt innskjerpingen av fraværreglene i videregående skole. I tillegg må nevnes den klare tendensen til at kontroller ved alvorlig sykdom flyttes fra poliklinikker i spesialisthelsetjenesten og ut til allmennlegene.

Ser du ikke at utviklingen gjør meg sliten? At oppgavene blir dårligere utført? Ser du ikke at jeg trenger flere kolleger til å dele arbeidsmengden med? Ser du ikke at jeg trenger større trygghet hvis sykdom eller ulykke skulle ramme meg eller mine nærmeste? Ser du ikke meg?

Antallet allmennleger har ikke økt parallelt med kravene som er lagt på oss. I mitt miljø har jeg inntrykk av at det er den økonomiske usikkerheten, det faglige eneansvaret og den stadig økende arbeidsbelastningen

som gjør at det for mange blir lite fristende å velge eller bli værende i spesialiteten.

Jeg tror det må finnes andre økonomiske rammer for allmennlegene, som kan gi bedre grobunn for rekruttering og stabilitet i tjenesten. Offentlig ansettelse med fastlønnede utdanningsstillinger er foreslått og diskutert de siste årene, og er nå under utprøving i Bergen kommune (5). Det vil blant annet kunne sikre bedre sosiale støtteordninger under spesialiseringen og kanskje gi bedre tid til hver pasient. Sistnevnte avhenger jo av arbeidsgivers styrende hånd.

Skal man imøtekomme behovet for mindre arbeidsbelastning, må man imidlertid også ta andre grep for å øke antallet allmennleger. Allmennlegene utgjør en svært heterogen gruppe, både på grunn av at vi er mange, men også fordi betingelsene vi jobber under, er så ulike. Grunnet geografiske variasjoner og ulik struktur og ledelse i kommunene er det vanskelig å finne en løsning som passer for alle. Med dagens *per capita*-tilskudd har man ikke tatt hensyn til utviklingen de siste årene. Økt og differensiert *per capita*-tilskudd etter listelengde vil resultere i en klar prioritering av kortere listelengder, flere allmennleger og større sosial trygghet (6). Denne tilnærmingen er muligens den som favner bredest og har raskest effekt da den vil ha en direkte stabiliserende effekt på privatpraktiserende allmennleger som utgjør den største gruppen.

I tillegg vil den også tilføre mer ressurser til kommunene som har valgt fastlønnssavtaler, da det i slike avtaler er kommunen som beholder *per capita*-tilskuddet.

Uansett hvilken vei som velges, kommer man ikke utenom behovet for økte ressurser til allmennlegetjenesten fra sentralt hold. Bare slik kan vi sikre nødvendig rekruttering og stabilisering innenfor denne fundamentale spesialiteten.

Du allmennpraksis, du allmennpraksis. Du fristet meg med meningsfylt og samfunnsnyttig arbeid. Du reklamerte med kontroll over egen situasjon, nærhet til pasientene og faglig bredde. Jeg hadde virkelig troen på oss to. Jeg trodde du skulle være en trygghet i tilværelsen. Slik gikk det dessverre ikke. Jeg ga alt. Du tok alt. Det er slutt. Ikke ring meg.

Takk til Maria Engh Sormul for inspirasjon til brevformen.

Catherine Elde Isaksen (f. 1983)

er fastlege i Alta kommune og allmennlege i spesialisering. Hun har for tiden utdanningspermisjon og arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjørklund K. Når vi ser at leger heller vil være fast tilsatte i sykehus eller i kommunen, da må vi handle! Leserinnlegg om legesituasjonen i Harstad kommune. Hålogaland avis 3.11.2016. <http://haalogalandavis.no/leserne-mener/politikk/nar-vi-ser-at-leger-heller-vi-vare-fast-tilsatte-pa-sykehus-eller-i-kommunen-da-ma-vi-handle/19.3752> [7.3.2017].
2. Moe M. Frykter fastlege-kollaps innen fem år. Dagensmedisin.no 9.9.2016. <https://dagensmedisin.no/artikler/2016/09/09/frykter-kollaps-innen-fem-ar/> [7.3.2017].
3. Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 674–6.
4. Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA et al. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? BMC Health Serv Res 2015; 15: 119.
5. Prosjektbeskrivelse. Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten. (ALIS-VEST). 20.12.2016. <https://fylkesmannen.no/PageFiles/844316/utdanningsstillinger.pdf> [7.3.2017].
6. Midtbo JE. Leder: Fastlegeordningen 15 år – pubertetsopprøret kommer! Troms legeforening, Skalpellen 29.9.2016. <https://legeforeningen.no/lokal/troms/Skalpellen/Leder-Klar-til-a-sette-inn-fastlegestotet/> [7.3.2017].

Mottatt 15.11. 2016, første revisjon innsendt 4.1. 2017, godkjent 27.3. 2017. Redaktør: Geir Wenberg Jacobsen.

Publisert først på nett.