

En fastleges erfaringer

Michael 2007;4:162–73.

Sammendrag

I løpet av årene som har gått siden fastlegereformen ble innført i 2001, har forfatteren gjort seg en del tanker omkring allmennlegeyrket. Hun har arbeidet på syv forskjellige legekontorer, med forskjellig organisering og på forskjellige kanter av landet. Hun har reflektert over observasjoner og erfaringer både fra de forskjellige legekantorene hun har arbeidet ved, fra møter og gode samtaler hun har hatt med kolleger i forskjellige livssituasjoner, og hun har gjennomgått relevant litteratur om fastlegeordningen. Hovedspørsmålet hun sitter igjen med er: Hva skjedde med fastlegenes arbeidsmiljø etter fastlegereformen?

Ulike steder – ulike systemer

Det er gått noen år siden innføringen av fastlegereformen i juni 2001. Jeg startet mitt yrkesliv som allmennpraktiserende lege etter fullført turnus i Finnmark i mars 2001. Jeg jobbet da på legestasjonen i Hammerfest, kommunalt ansatt, med mange kolleger på samme senter. Vi hadde morgenmøte med rapport etter vakta hver dag.

Så trådte reformen i kraft 1. juni. I Hammerfest var vi unge legene heldige, vi fikk en fin avtale med kommunen etter reformen. Den innebar at vi fremdeles slapp å befatte oss med praktisk drift av kontoret. Vi betalte leie til kommunen, som sto for det praktiske. Vi fikk også glede av en bra rekrutteringsprofil i avtalen med Hammerfest kommune. Denne innebar kommunal lønn for deltakelse i både veiledningsgrupper og noe etterutdanningskurs. Det hele var en gunstig løsning med tanke på rekruttering. Og kommunen, som tidligere hadde slitt med ledige hjemler, fikk dekket alle disse fra juni samme året.

Ventetiden på vanlig bestillingstime gikk på kort tid ned fra tre til en måned hos de fleste av oss. Det gode samarbeidsklimaet fortsatte – med unntak av morgenmøtet, som ganske raskt ble nedprioritert av oss alle, der vi prøvde å få kontroll med våre nå faste pasienters behov.

Jeg ble på legestasjonen i Hammerfest i halvannet år. Vi ble trukket raskt inn i videreutdanningen. Vi slapp å starte yrkeslivet med store forpliktelser i form av praksislån og organisatoriske omstendigheter. Og det var positivt å ha en avgrenset pasientliste å forholde seg til med tanke på ventelisteproblematikken.

Så ble det flytting til en annen kant av landet, nærmere bestemt Bærum. Jeg har siden hatt flere vikariater i Oslo og Bærum, i alt fra solopraksiser til større legesentre. Etter hvert fikk jeg også min egen fastlegehjemmel i Bærum. I Oslo og Bærum er det ingen kommunale spesialordninger. Fastlegene arbeider slik man så det for seg etter fastlegereformen: I en bedrift man har kjøpt seg inn i, i kontorer man selv leier, med personale man selv ansetter og med utstyr man selv anskaffer.

Distriktene versus sentrale strøk

Når det gjelder undersøkelser over rekrutteringen til allmennmedisinen etter reformen, har disse oftest fokusert på dekning i såkalt ustabile kommuner. Det er viktig å merke seg at disse kommunene stort sett har beholdt en stor del av ansvaret for organiseringen av praksis. Det er dermed ikke samme arbeidsvilkår i disse områdene som i mer sentrale kommuner, hvor legene i hovedsak er selvstendig næringsdrivende med fullt ansvar for egne foretak.

En studie tyder på at kommunale særordninger har hatt betydning for stabiliteten, ikke så mye for rekrutteringen, for mange fastleger i disse strøkene(1,2). F. eks. er tilleggsgodtgjørelser mest utbredt i de små kommunene, og særlig i små kommuner med fastlønte leger (80 % av kommunene med under 5000 innbyggere og fastlønte leger) (3). Tilleggsytelsene er frivillig for kommunene, og hovedargumentet har stort sett vært rekrutteringsøymed. Det er meg bekjent ikke gjort rene studier på rekrutteringsendringer i sentrale strøk, der de fleste fastlegene jobber, når man bare ser på antallet. Betragtningene i det som følger vil i størst grad gjelde fastlegereformen slik den praktiseres der det *ikke* er kommunale tilleggstyelser.

Hva sier studiene av fastlegeordningen?

Evalueringene

Det er gjort en god del undersøkelser før og etter innføringen av fastlegereformen. Sluttrapporten etter femårsevalueringen foreligger som den mest omfattende, og her oppsummeres mange studier (2). Mange av studiene er bestilt fra helsemyndighetenes side som del av en planlagt evaluering av ordningen. Disse studiene har fokusert på spesielle områder som til dels har vært utpekt som delmål med reformen. Det kan nevnes *legedekning* (forde-

ling, stabilitet, rekruttering og offentlig legearbeid), *tilgjengelighet* (ventetid, relasjon, lokaler), *kontinuitet* (varighet, omfang og innhold) og *effektivitet* (organisering, koordinering, samarbeid og styring), samt at det har vært fokusert noe ekstra på *brukere med spesielle behov* (kronikere, rusmisbrukere, psykisk syke). Det som går igjen, er at studiene har fokus på *brukerne* av legetjenester, dvs. pasienters behov for god tilgang til gode legetjenester.

De studiene som tar opp *fastlegenes* generelle tilfredshet med reformen, fokuserer i sine konklusjoner på andelen fornøyde leger, og disse er i flertall. Flere undersøkelser viser at ca. 2/3 av fastlegene er positive til den nye ordningen (1,2,4). Samtidig er det flere studier som viser at ca. 20 % er lite fornøyde med å arbeide i fastlegeordningen generelt. På spørsmål i en av disse studiene om tilfredsheten med å jobbe i *allmennpraksis generelt*, var kun 4 % misfornøyde. I samme studie var 17 % mindre fornøyde med fastlegeordningen generelt (5).

Men hva er bakgrunnen for den misnøyen som rapporteres? Er det noen årsaksfaktorer som går igjen? Er dette faktorer som kan komme til å påvirke rekrutteringen til allmennlegefaget på sikt? Det gjenstår å få gode studier som belyser dette. I det følgende vil jeg komme med en del betraktninger, i et forsøk på å illustrere problemstillingene.

Administratoren

Ved innføringen av fastlegereformen ble i prinsippet alle legene pålagt å starte egen bedrift, hvor man eier og organiserer praksisen etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Unntaket er som nevnt en del distriktskommuner, hvor man har fortsatt med forskjellige former for blandingsdrift med kommunalt engasjement.

Medisinstudiet fokuserer på å lære oss å bli flinke leger. Og de fleste av oss har jobbet hardt og målrettet for å prøve å nå dette målet. Men vi har ikke lært å drive egen bedrift. Det finnes egne skoler for det. Noen av oss har naturlig anlegg for dette, og har fått i gang et veldrevet legekantor som drives effektivt til alles glede. Andre begynte kanskje på medisin fordi man nettopp *ikke* var interessert i økonomi. Kanskje man heller ikke hadde anlegg for det! Noen av oss er utadvendte og flinke til å forhandle med eiendomsbaroner. Andre gruer seg til slike møter måneder i forveien.

En parallell til hva denne endringen i fastlegens arbeidsoppgaver innebærer, kunne være slik: Tenk om det kom en reform slik at alle overlegene på landets sykehus måtte begynne som avdelingsoverlege. Alle stillingene hadde fått endret stillingsinstruks, og administrativt ansvar tilkom for alle. Man kunne eventuelt redusere stillingsprosenten sin litt, men administrere *måtte* man.

Slik det er nå, har mange overleger hatt en slik administrativ stilling i en periode, men så har de gått tilbake til klinikken. Kanskje de merket at de ikke egnet seg så bra til å administrere. Kanskje syntes man det var kjedelig. Atter andre finner ut at de trives og fikser denne typen oppgaver bra, og fortsetter. Men i sykehusene *har man fortsatt et valg*.

Men i følge fastlegereformens prinsipper *har ikke fastlegene noe valg*. De må alle være administratorer. Man kommer ikke utenom det fulle ansvaret for drift, personell, innkjøp, regnskap og timebok. Problemet er at det ikke finnes retrettmulighet, dersom man finner ut at man ikke egner seg så godt. Eller ikke trives med slike arbeidsoppgaver. Dårlig organisering slår direkte tilbake på egen arbeidshverdag. Hvordan har dette – og vil dette – påvirke rekrutteringen til faget vårt? De av oss som er litt surrete, eller kanskje litt professorale av natur – hva hvis disse unnlater å velge allmennmedisinen? Hva vil dette gjøre med faget vårt? Hvordan vil rekruttering til allmennmedisinsk forskning påvirkes?

Arbeidstid

Noe som går igjen når jeg snakker med erfarne kolleger, er at de forteller at arbeidsuken er blitt lengre etter reformen. De fleste fyller kontortiden med direkte pasientrelatert virksomhet, konsultasjoner og oppfølgingsarbeid. Prøvesvar og telefoner behandles ofte etter vanlig kontortid. Det er få som har satt av tid til administrativt arbeid, som ofte skjer på kveldstid og i helgene. Regnskapet tas i de sene nattetimer.

De fleste av mine kolleger har en enorm arbeidskapasitet. De er vant med lange vakter, og å stå på litt ekstra nå og da er en del av hverdagen. Men denne uforutsigbare endringen i arbeidstiden varer jo ved. Å stå på litt ekstra *hele tiden* kan, som vi jo forteller våre pasienter, føre til slitasje. En del har redusert listelengden for å bøte på dette. Men de fleste av oss er fortsatt veldig langt unna 37,5 timers uke.

Det er studier som viser at fastlegenes inntekt har økt etter 2001 (2). Men det er ikke gjort studier som viser hvordan utviklingen i arbeidstiden er. Administrative oppgaver er en del av arbeidsoppgavene og må i så fall innregnes i total arbeidstid. Hva er den reelle gjennomsnittlige arbeidstid for fastleger i Norge anno 2007? Det ville vært interessant å se gode tall på dette. I neste omgang kan man da se på utviklingen i *timebetalingen*. Er den også steget? Jeg har ikke sett at det er samlet data verken over arbeidstimer eller timelønn for fastlegene.

Det hadde også vært interessant å se oversikter over hvor mange arbeidstimer vi faktisk nedlegger til rent administrative oppgaver ved organisering av praksis. Rent personlig har jeg liten interesse av denne typen

arbeid. Jeg vet at det finnes folk som er gode på slikt, interessert i slikt, og som kan gjøre det for meg, mens jeg bruker den samme tiden til å arbeide med medisin, som er det jeg helst vil gjøre som lege. Det er egentlig også et paradoks at samfunnet nå også ber oss om å bruke tiden vår til dette, all den tid samfunnet har spandert på oss en rådyr utdanning for å lære oss å behandle syke mennesker.

Arbeidsmetoder – konformitet

Vi er mange som er oppgitt over at stykkpris skal være et styringsmål i medisinen verden. Fra et filosofisk synspunkt kan det være en lang vei fra effektivitetskravene og til de spørsmål om egenverd, liv og død som vi møter på og snubler over i vår medisinske hverdag. Fastlegereformen i seg selv endret ikke så mye på dette, bortsett fra at vi nå er mange flere som lønnes etter produksjonsmål ut fra takstheftet. Dette systemet premierer dem som jobber raskt, i form av økt avlønning. Det kan føre til mindre variasjon i allmennlegetjenesten og mer konformitet. Kvinnelige leger kan se ut til å være de som misliker dette sterkest (2).

Nyrekruttering

Noen studier tar opp problemer med rekruttering. Flere av disse studiene har vist urovekkende tegn til slitasje og økt misnøye blant unge leger. Det er også en generell tendens til at fastlegene blir eldre, og antallet besatte hjemler har ikke økt nevneverdig (2).

Det kan ikke være tvil om at inngangsbilletten til allmennmedisinen, særlig i byene, begynner å bli høy. De av oss som er økonomisk litt forsiktede kan finne det avskrekkende å ta opp praksislån på flere hundre tusen kroner for å få kjøpt seg en jobb. Når det gjelder yngre leger, er de aller fleste i etableringsfasen og har ofte allerede en stor negativ saldo med hus- og studielån.

Det har vært fokus på høye overgangssummer ved overdragelse av praksis i sentrale strøk, men det er vanskelig for den legen som skal kjøpe seg inn i en praksis å få oversikt over hva verdien av praksisen er. Lægeforeningen har heller ikke mye informasjon å bidra med i form av konkrete beløp. Det vil derfor være vanskelig å vite hva som er en rimelig overgangssum. Denne usikkerheten vil selvsagt være større for en som kommer rett fra turnus og ikke har observert vedkommende praksis over tid.

Den økonomiske usikkerheten vil også bety mer for en som ikke ennå vet om man vil fortsette mot spesialiteten allmennmedisin, enn for en som allerede har en fot innenfor og vet hva han eller hun går til rent faglig. I tillegg vil en slik økonomisk usikkerhet bety mer dersom man er i etable-

ringsfase, hvor man kan komme til å flytte på seg rent geografisk og derfor trenge å skifte arbeidsplass. Kanskje skal partneren bytte jobb og man må flytte? Da ønsker man ikke å tape store summer på å ha betalt mer for praksisen enn det man får for den i neste omgang.

Hvordan blir arbeidsdagen?

Et vikariat kan være veien å gå for å få prøve seg i rollen som allmennlege etter endt turnus. Så får man prøvd seg i forhold til arbeidsoppgavene og trivselen med disse, før man hopper i det og tar opp lån til egen praksis. Men som vikar kommer man ofte inn i en situasjon der det har vært udekket vikarbehov over noe tid. Dette betyr at arbeidsdagen blir uoversiktlig og lett kaotisk.

Dette har også noe å si vedrørende yngre legers behov for faglige mentorer. Når du kommer inn som vikar, er dine nye kolleger ofte så presset over tid fordi de har dekket opp for sin fraværende kollega før du kom, at det er lite krefter og vilje til å ta seg av dine ferdigheter i tillegg.

Men dette gjelder ikke bare vikarene – i fastlegeordningen er det også slik at den tiden man bruker på å instruere mer uerfarne kolleger, er rent inntektsstap. Her er det riktignok noe uenighet omkring hvordan man tolker takstheftet. Pasientansvaret har også ført til at legene prioriterer egne oppgaver framfor samarbeid og undervisning, noe som er uheldig med tanke på opplæring av yngre kolleger – jfr. morgenmøtet i Hammerfest.

Det er også ganske store variasjoner i hvor arbeidskrevende de forskjellige pasientlistene er. Dersom man overtar en liste etter en lege som har vært interessert i psykiatri, kan man forvente en pasientseleksjon som til dels reflekterer dette. Hvor gammel eller ung pasientpopulasjonen er, kan også avhenge av faktorer som boområder (blokkmiljø, eneboliger osv.), hvor lenge legen har arbeidet i samme område og fulgt pasientene sine, hva slags kommunale oppgaver legen har hatt (helsestasjonslegen vil ofte dra med seg en del unge familier til sin liste) osv. Det er altså vanskelig for den unge legen å vite hvor lang arbeidsuke man tar på seg i sin nye jobb. Du har ingen fast arbeidstid, du overtar rett og slett ansvaret for masse pasienter. Hvor lange arbeidsdager har du, spør du kanskje legen som sitter på jobben du søker. Men svaret sier deg likevel lite. For fastlegen selv har kanskje kjent mange av pasientene sine i årevis. Som vikar eller etterfølger er alle sykehistoriene ukjente. Og vi jobber ulikt med tanke på den tiden vi investerer i den enkelte pasients problemstilling.

Dette gjør det svært vanskelig å forutsi hvordan hverdagen vil bli i din nye jobb. Til dels er dette en kjent problemstilling for alle leger, vi jobber tross alt med sykdom, som i stor grad innebærer det uforutsette. Men sta-

tistisk variasjon i behovet for legetjenester til 1000 mennesker eller mer kan være ganske betydelig. Det kan rett og slett bli vanskelig å gjennomføre alle ettermiddagens gjøremål når en av dagens siste pasienter har «møtt veggen» litt ekstra hardt, på den tiden av året da ganske mange av pasientene har fått øvre luftveisinfeksjon, samtidig. Da kan det bli vanskelig å fortelle poden at det nok ikke blir judotrening i dag, for mor eller far rekker ikke hjem fra jobben i tide. Forutsigbarhet når det gjelder arbeidsdagen er viktig for oss alle, men betyr ofte ekstra mye i de årene man har barn i barnehage og barneskole, i de årene de fleste av oss bestemmer oss for videre spesialisering.

Det finnes vikarordninger med kolleger (kollegial fravørsordning) som i noen grad bidrar til å avlaste for uventede og planlagte fravær (sykdom, ferier, kurs). Men størsteparten av variasjonen i behovet til egne pasienter blir man sittende med alene. Dette er en annen arbeidssituasjon enn om man har en avtalt arbeidstid 8.30-16 fem dager i uka. Med vanlig arbeidstid kan man for eksempel avtale å jobbe i redusert stilling, noe som f. eks. kan være gunstig hvis man har stort omsorgsansvar. Det kan være vanskelig å få familielivet til å fungere godt når man har mindre barn og samtidig ansvar for en pasientpopulasjon som har skiftende legebehov fra dag til dag, i og med at småbarnfamiliens behov også kan skifte fra dag til dag. Som lege med fastlegeansvar kan man velge å redusere listelengden sin, dersom man vil jobbe i redusert stilling. Dette kan være vanskelig å få til å fungere bra økonomisk, med mindre man finner en kollega å dele med. De faste utgiftene til drift av kontoret løper uansett om man er på jobb eller er hjemme en dag. Og det er fremdeles uforutsigbart hvor mange timer du faktisk vil komme til å trenge på jobben din.

Kvinnelige leger

Kvinner utgjør en stadig økende andel av nyutdannede leger. I aldersgruppen 20-29 år er 48 % av fastlegene kvinner, og blant 30-39 år utgjør kvinnene 45%. Men totalt sett er bare 30 % av fastlegene kvinner ved utgangen av første halvår 2005.

Økningen i andel kvinner blant fastleger går betydelig langsommere enn blant yngre leger ellers, noe som betyr at en synkende andel av kvinnelige leger er fastleger. Halvparten av alle kvinnelige fastleger slutter dessuten før de fyller 40 år.

Mannlige leger synes å være mer positive til fastlegeordningen enn kvinnelige. Det er registrert at en relativt stor andel av fastleger som avslutter sin praksis er yngre enn 40 år (41,7 %) og at andelen er størst blant kvinnelige leger (51,4 % mot 36,9 % av mennene) (2,4).

Tromsø var forsøkskommune for fastlegereformen. Der ble andelen kvinnelige fastleger redusert fra 53 til 29 prosent fra 1993 til 2003 (4). Man mente der at overgangen fra å være kommunalt ansatt til å drive privat praksis var den vesentligste årsaken til «det store kvinneflukten». Samtidig er kvinnelige fastleger etterspurt, og det er registrert at 4000 pasienter skifter fra mannlig til kvinnelig fastlege hvert år (2).

Det har vært gjort lite studier som ser mer direkte på årsakene til denne utviklingen. Jeg tror at forklaringen ligger i fastlegenes totalsituasjon, med et ansvar som er slik at man ikke nødvendigvis er i stand til å prioritere hjemmesituasjonen selv om dette skulle være påkrevd. Disse argumentene gjelder i stor grad for yngre leger generelt, men gjelder nok fremdeles i større grad for kvinnelige leger. Det hjelper selvsagt på, både for kvinner og menn, hvis man har en partner som er i posisjon til å kunne ta seg av familiens uventede eventualiteter.

Hva så med dem som ikke har det?

Enslige forsørgere – noen egne erfaringer

Hva så med de fastlegene som er alene med omsorgsansvar hjemme? Legenes skilsmissestatistikk er ikke unntatt fra trenden ellers i samfunnet. Aleneforeldre med barn er vel – dessverre – etter hvert blitt en vanlig familiekonstellasjon. For en fastlege er imidlertid dette likevel en lite vanlig situasjon – jeg har ennå til gode å møte andre fastleger som i hverdagen er alene med ansvaret for små barn! De finnes sikker der ute, men mange er de ikke. Jeg har heller ikke sett at det har vært skrevet noe om dette. Mine betraktninger om dette må derfor bygge på egne erfaringer fra mitt ensomme eksperiment som fastlege og alenemor til to barn i småskolen.

La meg tilføye at jeg forsøkte å ta hensyn til situasjonen ved å ha betydelig redusert pasientliste i forhold til gjennomsnittet, og jeg håpet at mine mange erfaringer fra tidligere arbeidsforhold skulle hjelpe meg i organiseringen, slik at tilretteleggingen ble best mulig.

Det er å anbefale at man har planlagt å være ferdig for dagen minst en time før man egentlig må gå. Du finner alltid noe å fylle tiden med.

Som fastlege og selvstendig næringsdrivende har man ikke krav på ytelser som omsorgspermisjon og lønnskompensasjon for fraværsdager på grunn av sykt barn. Dersom barnet er for sykt til å gå i barnehage eller på skole, kan man

1. skaffe en barnevakt som kan stille på kort varsel. Les besteforelder, hvis man er heldig og har denne muligheten.
2. la barnet være alene hjemme. Dette kan være forsvarlig dersom barnet er blitt litt større og ikke er så sykt at det trenger tilsyn hele tiden. Men småen ligger altså på sofaen hjemme og venter...

3. Når dette ikke går, må du være hjemme fra jobb for å passe barnet. Det er ugreit på grunn av inntektstapet som tilsvarer den dagens omsetning, pluss utgiftene i praksisen, som reduseres lite, da dette stort sett er faste kostnader. Som aleneforelder har man i utgangspunktet ikke verdens beste økonomi. Men så har man i hvert fall ikke dårlig samvittighet overfor ungen. Det verste er egentlig dette: Alle pasientene du skulle hatt denne dagen, flyttes til neste dag i stedet, og til dagene deretter. Timetabellen for de neste dagene var jo fylt opp fra før, så du må ta det innimellom, i lunsjen og på slutten av dagen. Så må du sitte ekstra lenge de neste dagene, da. Men småen er ennå ikke helt frisk, og ligger på sofaen hjemme og venter... Og når du så kommer hjem, uten å ha spist lunsj, etter innkjøp av melk og brød, middagslaging og oppvask og alt det vanlige, så har det hopet seg opp med klesvask etter oppkassen.

Så kommer natten, med urolig søvn, for poden har sovet av seg feberen på dagtid.

Neste dag er du fremdeles ikke à jour med timelista.

Hva gjør du så hvis barnet viser seg å feile mer enn den vanlige forkjølelsen? Hvis det trekker ut i tid? Eller hvis sykdommen kommer tilbake igjen og igjen? Situasjonen blir fort uholdbar – i form av tiltagende press på jobben og udekkede behov hjemme, og en uforutsigbar økonomisk situasjon med kanskje betydelig inntektstap. I verste fall, hvis ting ikke ordner seg som man håpet og man skjønner at man ikke kan fortsette i jobben, har man seks måneders oppsigelse og man har ansvar for å skaffe vikaren selv.

Min erfaring er at kombinasjonen aleneforelder og fastlege er uforenlig.

Syke leger – inkluderende arbeidsliv – bare ikke for leger?

Livet selv rammer legene også. Hva skjer når fastlegen selv blir syk? Var dette en problemstilling som i det hele tatt var oppe til vurdering før reformen trådte i kraft?

Når fastlegen blir syk er det ingen som overtar ansvaret for hennes eller hans pasienter. Det er heller ingen som trer inn for å skaffe vikar. Det er nedfelt i avtalen at å skaffe vikar, skal den syke legen gjøre selv. Nå er det erfaringsmessig slik at de fleste leger går på jobb så lenge det overhodet er gjennomførbart. Vi er mange som har opplevd å sitte feberhete på kontoret og visst at vi selv er sykere enn de pasientene vi sykemelder. Men når dette ikke er gjennomførbart lenger, når vi blir tvunget til å kaste inn håndklede – da skal vi begynne å skaffe vikar.

Det er en moraliserende undertone i denne ordningen, som legene også bør være seg bevisst, og som jeg tror knuger mange av våre syke kolleger. Er

det slik at det er en kultur blant leger å se på egen sykdom som svakhet? Det kan virke som leger krever mer av seg selv og sine kolleger enn av andre. Er dette noe av årsaken til at det er så lite oppmerksomhet omkring den arbeidshverdagen som faktisk møter fastlegen? Dersom de som representerer legene ikke vektlegger slike faktorer, hvem skal gjøre det for oss? Tror vi også at vi kan sikre oss mot livet selv? Det er forstemmende å høre om leger som ikke møter forståelse for egen sykdom fra sine kolleger. Dette er ikke i tråd med det vi predikerer på andre arenaer!

Vel.

Forhåpentligvis var ikke sykdommen mer alvorlig enn at man etter hvert føler at man kan klare å komme tilbake igjen på jobb. Det hender at vi anbefaler at man først starter i litt redusert stilling, etter lengre sykefravær. Hva da med fastlegevikaren? Da må jo vedkommende jobbe mindre. Vil han/hun jobbe deltid? Det er vel ikke så vanlig. Det er vanlig med en måneds oppsigelse. Skal man vente til man tror at det går greit å være tilbake i 100 %, si opp vikaren en måned før dette, krysse fingrene og håpe det går bra? Det ligger en betydelig usikkerhet i denne situasjonen.

Men av og til er også legens sykdom av en slik art at man ikke blir helt restituert. Jeg har møtt fastleger som etter å ha gjennomgått alvorlig sykdom ikke har kunnet fortsette i yrket, fordi det ikke er mulig å kunne jobbe i redusert tempo, uten administrativt ansvar. Fordi det ikke finnes ordninger hvor man kan få komme som arbeidstaker – med arbeidsvilkår tilpasset sin situasjon, med noen som har ansvar for å organisere arbeidet – og yte det man makter, i den tiden man makter. Kanskje ha redusert arbeidstid. Kanskje færre pasienter i timen. Det er opprørende å se kloke, erfarne og velkvalifiserte kolleger som må gi opp sin kliniske praksis fordi de ikke kan fortsette i samme tempo på grunn av denne type helseproblemer. Det er også opprørende å observere at kolleger i mange tilfeller ikke fungerer som støtte i slike situasjoner – fordi de selv ofte er presset til tålegrensen, og sykefraværet medfører medarbeid. En mindre effektiv kollega blir i dette systemet en tilleggsbyrde tidsmessig, og ofte også økonomisk, idet man ofte deler faste utgifter til praksis.

Fastlegeordningen og legene i framtida

I praksis innebar fastlegereformen en full markedsliberalisering av yrket til allmennlegene, med unntak i de kommunene som har tilleggsytelser. Når man tenker på liberalisme generelt, er det vel lite kontroversielt å hevde at dette er et system som favoriserer de sterke. De svake i et slikt system vil få lite hjelp utover det de selv kan skaffe.

Det er min klare oppfatning at fastlegereformen er en full markedsliberalisering av allmennlegetjenesten, og at ordningen virker solidaritetshemmende.

Er det slike leger vi vil ha?

De fleste av mine negative erfaringer med fastlegereformen stammer fra det jeg har opplevd og sett blant gode kolleger som har arbeidet i de deler av landet der kommunene ikke har tilleggsytelser til fastlegene. Mine erfaringer fra Hammerfest var derimot i stor grad positive, på grunn av kommunale tilleggsytelser som til dels var spesielt tiltenkt rekruttering av nyutdannede leger. For meg oppveide dette i stor grad ulempene ved å være selvstendig næringsdrivende i småbarnsperioden. Dermed kunne man glede seg over den friheten som denne ordningen tross alt medfører, i og med at man organiserer arbeidsdagen selv.

Det negative ligger etter mitt skjønn i at det å drive sin egen bedrift ikke nødvendigvis er ønskelig for en del allmennleger. Reformen har i mine øyne en ikke-eksisterende sosial profil med henblikk på legenes arbeidsvilkår. Det kan virke som planleggerne – inkludert legene – tror at leger av en eller annen grunn, fordi vi er leger, kan skånes fra – eller mestre – alt det som livet fører med seg, som før eller siden innhenter oss alle sammen. Vi som jobber som fastleger i dag befinner oss i et system som i de fleste tilfeller ikke har tatt hensyn til slike situasjoner.

Dersom fastlegeordningen fortsetter slik den fungerer i dag, tror jeg at dette kommer til å gi en klar seleksjon når det gjelder rekrutteringen til faget i årene framover, og jeg tror at det er dette vi alt har sett begynnelsen til. Fastlegereformen ser ut til å være en god ordning for pasientene. Fastlegereformen slik den fungerer i tettbygde strøk ser ut til å fungere utmerket for den noe ordknappe, praktisk anlagte lege, som er frisk og ferdig med etableringsfasen, eller som har en partner som kan ta seg av ekstraordinære eventualiteter hjemme.

Må vi andre se oss om i andre retninger?

Litteratur

1. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. *Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag*. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr. 06/05.
2. Hogne Sandvik (red.). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av reformens delprosjekter*. Norges Forskningsråd 2006
3. *Riksrevisjonens rapport*. Mars 2004.
4. *Statusrapport om fastlegereformen i Norge etter to og et halvt år – erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003*. Helse- og omsorgsdepartementet 2004.
5. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtillfredshet blant fastleger i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124; 813-5.

Gunhild Nyborg
Bringeberlia 73
N-1555 Son
gunh-ny@online.no

Om forfatteren

Gunhild Nyborg (f. 1968) er lege og arbeider for tiden deltid som vikar for fastlege i Råde i Østfold, og som lege på helsestasjon for ungdom i Vestby. Hun har også enkeltmannsforetak som jazzvokalist. CD-utgivelse: *Gunhild Nyborg: «Transitions»*, Park Grammofon 2006. (www.gunhildnyborg.no) Hun er utdannet exam. oecon. fra Universitetet i Oslo, 1990. Publ: «Preparing for the inevitable crisis? Medical students after the 1970'ies». I: Larsen Ø (red). *The Shaping of a Profession*. Canton MA.: Science History Publications/USA, 1996, 399-405.