

**TANKER OM**  
**Morgendagens**  
**primærlegeltjeneste!**

FRA

“TENKEKOMITEEN” INNEN ALMENT PRAKTISERENDE  
LÆGERS FORENING OG OFFENTLIGE LÆGERS LANDS-  
FORENING

## FORORD

Helsetjenesten er i brennpunktet i mange samfunn over hele verden. Naturlig nok er individene opptatt av hvordan man skal bevare en god helse i løpet av livet. Helsetjenesten har fått forskjellige ytringsformer i ulike land med ulike resultater. Stadig pågår utredninger og arbeid med å finne frem til den tjenesten som den enkelte og samfunnet kan bli tilfreds med.

I vårt land vinner tallrike utredninger de siste årene om at helsetjenesten er et sentralt problem hos oss. Enkelte leger og andre helsearbeidere har vært opptatt i denne utredningsvirksomheten. Likevel har man savnet en utredning, et program, fra legestanden selv.

En gruppe almenpraktikere fra Alment praktiserende lægers forening og Offentlige lægers landsforening har sittet sammen en tid og diskutert hvordan de ser på den primære legetjenestens fremtid i vårt land.

Vi ønsker at våre tanker om morgendagens primærlegetjeneste kan gi grunnlag for debatt og diskusjon, både innen legestanden og blant andre grupper i samfunnet som er engasjert i disse spørsmålene.

I dokumentet er legen og pasienten hankjønn. Dette er ikke utslag av kjønnsdiskriminering fra vår side, nærmest en praktisk måte å løse det manglende felleskjønn i språket.

Januar, 1978.

Tore Koksvik.

«Tenkekomiteen» ønsker om at vårt hefte skulle skape debatt og diskusjon er trolig oppfylt. Første opplag er nemlig utsolgt. Vi gleder oss over at det fortsatt er stor interesse for våre tanker og trykker derfor et nytt opplag.

April, 1982

Tore Koksvik

Etter oppdrag fra Den norske legeforening, trykkes heftet i nok et nytt opplag.

Mars, 1986

Tore Koksvik

## INNHOLDSFORTEGNELSE:

### Forord

1. Definisjoner
2. Tilbakeblikk
3. Et blikk på dagens situasjon
4. Kritikk av den primære helsetjeneste
5. Mål for primærlegetjenesten
6. Hvordan kan vi nå målene?

## 1. DEFINISJONER

**ALMENMEDISIN** er den generelle, forebyggende og behandlende medisin.

**SPECIALMEDISIN** omfatter et begrenset område av faget medisin som krever spesiell innsikt og/eller utstyr.

## ALMENPRAKTIKER

1. En almenpraktiker er en lege som praktiserer almenmedisin.
2. Almenpraktikeren trer inn i en forpliktende rolle som medfører et personlig ansvar for de individer, familie- og befolkningsgrupper som søker almenpraktikerens hjelp. Dette ansvar gjelder både art av helse tjenester og kontinuitet.
3. Almenpraktikeren bestreber seg på å fremme individets helse uansett sykdommens art eller pasientens livssituasjon.
4. Almenpraktikeren står med sin profesjonelle bakgrunn, og ved hjelp av samfunnets helseapparat for øvrig, som formidler og koordinator av tjenester innen alle deler av helsevesenet.

## 2. TILBAKEBLIKK

2.1 De første legene som tok syke i kur, var generalister. For dem var pasienten som søkte hjelp et menneske, en helhet hvor de forskjellige funksjonene og ytringsformene hørte sammen. Vi kan vel forbauses over den naivitet som iblant preget oppfattelse og tankegang, men sammenholdt med datidens kultur var den allikevel logisk og konsekvent.

2.2 Den nesten ufattelige utvikling innen vitenskap og teknikk har satt tydelige spor innen medisin. Fra generalisten og frem til nåtidens mange spesialister ligger det enorme områder av ny erkjennelse. Vi opplever fortsatt at leger spesialiserer seg på stadig mindre områder av medisin. Dette innebærer, som enhver ny erkjennelse, økte muligheter for hjelp til syke mennesker. Samtidig ligger det i denne utvikling en fare for å glemme helheten og sammenhengen.

2.3 De store folkesykdommene var en spesiell utfordring for legen og samfunnet. Medisinen måtte søke nye veier og ta i bruk andre hjelpemidler enn de tradisjonelle. Ved siden av den personlige behandlingen av den enkelte syke, tok man for seg grupper av mennesker – sosiale grupper og aldersgrupper. Folkeopplysningen om hygiene og sunnhet ble et viktig våpen, og dette, i samband med den alminnelige velstandsutvikling, bragte store resultater som tydelig kunne måles. Forebyggelse av sykdom ble et slagord, og innen den medisinske profesjon arbeider man målbevisst med å finne årsaken til sykdommer, slik at utbredelsen kunne stanses, kanskje allerede før sykdommen var oppstått.

2.4 Det er alment anerkjent at opplysningsnivået i samfunnet er steget betraktelig de siste årene, særlig ved hjelp av massemedia. Man skulle da vente at egenomsorgen også ville øke. Dette har paradoksalt ikke skjedd. Vi merker i dag en vekst i troen på magisk medisin. Omsetningen av urter og gjenstander med magisk virkning er økende. Innen den medisinske skole finner vi også eksempler på magi som savner vitenskapelig grunnlag, f.eks. soneterapi, irisdiagnostikk og visse former for akupunktur. Fortsatt kjenner vi ikke grunnen til disse paradoksale ytringer

av trosretninger hos enkeltmennesket. Det kan skyldes at vår medisinske opplysning har slått feil. Det kan også skyldes at legene er blitt så teknifiserte og rasjonelle at man har glemt den irrasjonelle delen av medisinen. Spesielt på dette området kreves det i fremtiden en betydelig innsats innen medisinen som er en stor utfordring til legestanden.

2.5 En bemerkelsesverdig utvikling innen primærmedisinen har vært den stadige oppstykkingen i hva vi kaller "særomsorger". Med dette mener vi tradisjonelle former for almenmedisin som nå praktiseres i helsestasjoner eller spesielle klinikker for spesielle grupper mennesker og ofte utført av leger med spesialistutdannelse. Her kan nevnes helsestasjonsarbeid, kontroll av gravide, skolehelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste, klinikker med kontroll av spesielle sykdommer, f.eks. kreft, osv. Disse "særomsorger" er ment som et spesielt tilbud til grupper av klienter av den forebyggende medisin. Denne utviklingen finner vi spesielt i byer og tettbygde strøk i landet. Det er vanskelig å påpeke grunnene til denne stadig mer utbredte opprettelse av særomsorger. En av årsakene kan være at primærlegene ikke har maktet å følge opp samfunnets krav om utvidet forebyggende helsearbeid. En samlet legestand ser imidlertid denne utvikling som direkte uønsket og vil arbeide for å føre dette helsearbeid tilbake til almenmedisinen hvor den hører hjemme.

### 3. ET BLIKK PÅ DAGENS SITUASJON

3.1 I løpet av de siste 10 - 15 år er det skjedd en rivende utvikling av faget almenmedisin i Europa. I vårt eget land kan vi i løpet av 60-årene merke de samme strømningene som arter seg som en bevisstgjøringsprosess blant de almenpraktiserende legene. Dette setter spor i samfunnet. Den norske lægeförening oppretter et institutt for almenmedisin i Oslo og Bergen, og myndighetene følger siden med ved opprettelse av samfunnsmedisinske institutter i Tromsø og Trondheim. I og med dette er faget almenmedisin kommet med i grunnutdannelsen av medisinske studenter.

3.2 Omtrent samtidig med denne utviklingen kan man merke at politikere og planleggere får en økende interesse for primærhelsetjenesten. Gjennom mange år hadde myndighetene satsset store summer på institusjonshelsetjenesten. Det skjedd en rask og betydelig utbygging av sykehusene, særlig etter at sykehusloven med sine finansieringsordninger trådte i kraft.

3.3 Det er flere grunner til at myndighetene begynner å arbeide med problemene i den primære helsetjenesten. Institusjonene blir dyre, og denne behandlingsformen sluker betydelige økonomiske og personellmessige ressurser. Legemangelen i primærhelsetjenesten er stor, legen har høy gjennomsnittlig alder, og det foregår for lite nyrekruttering til yrket. Forskningsresultater kan samtidig vise at hovedparten av sykkelighet i samfunnet behandles i førstelinjetjenesten, nemlig hos almenpraktikeren.

3.4 Dessverre kan man ikke se noen direkte praktisk følge av myndighetenes økende interesse for primærhelsetjenesten. I en utredning konkluderes det med at bevilningene til nye stillinger innen primærhelsetjenesten må økes betraktelig, men dette skjer ikke. Fortsatt bygges institusjonene ut i rask takt, og de nye legestillingene følger naturlig med til disse.

3.5 I dag arbeider omlag 1.600 almenpraktikere i primærhelsetjenesten. En tredjedel av legene arbeider i kombinerte stillinger som offentlige leger, resten som privatpraktiserende. De fleste of-

fentlige leger har en del av sin inntekt som fast lønn for visse arter av helsearbeid. Resten av inntekten oppbærer de fra folketrygden gjennom Lægeforeningens normaltariff. De privatpraktiserende leger har sin inntekt utelukkende gjennom normaltariffen.

3.6 Tradisjonelt har primærlegetjenesten i vårt land vært en solo-praksis. Fortsatt har en rekke leger, både offentlige og private, denne arbeidsformen. I de siste årene har man imidlertid sett en utvikling i retning av at flere leger slår seg sammen og arbeider i gruppe. Denne utviklingen har betydning for bedre rekruttering til almenpraksis, fordi den innebærer en rekke fordeler både for helsepersonellet og for pasientene. Ordningen har imidlertid også vist seg å by på en rekke problemer. Det har ikke alltid vært lett å gjennomføre en kontinuitet i lege/pasient-forholdet. Det må også påpekes at den generelle kostnadsutvikling i samfunnet har gjort etableringen av en gruppepraksis meget kostbar, og at disse praksiser krever meget hjelpepersonell. Årsaken til dette kan være at almenpraktikere tidligere har benyttet seg altfor lite av den hjelp man kan få av annet helsepersonell.

3.7 Almenpraktikerens vesentlige arbeid i dag er kontorpraksis. Søkningen til legekantorene er meget høy, og i alt vesentlig behandler legen sykdommer og helseproblemer som regnes under den behandlende medisin. En del leger er også engasjert i forebyggende helsearbeid, så som helsestasjonsarbeid, skolelegearbeid, bedriftslegearbeid osv. Imidlertid er presset fra befolkningen om behandlende legevirksomhet så stort at det forebyggende helsearbeid kommer i annen rekke.

3.8 Sykebesøks tjenesten er også en del av almenpraktikerens daglige arbeid. Dette er en tung og belastende, men helt nødvendig del av arbeidet, som kommer i tillegg til en vanlig dags legearbeid på kontoret, ikke sjelden på kvells- eller nattetid.

3.9 Lægeforeningen har lenge arbeidet for at det skal opprettes vakttjeneste i forskjellige geografiske områder, men dette fungerer ikke like godt overalt. I større byer er det innført legevaktordninger som vesentlig dekkes av leger som har sykehusarbeid eller vitenskapelig arbeid som hovedyrke. Dette er

en naturlig følge av dårlig legedekning med overarbeidede almenpraktikere. I prinsippet er det en nødhjelpsordning, og som sådan en dårlig ordning.

3.10 I primærhelse tjenesten er det nødvendig med samarbeid mellom ulike grupper av personell. I sitt daglige arbeid trenger legen kvalifisert hjelp på kontoret, både til helsearbeid og til kontorarbeid. De siste årene er det flere steder i landet utdannet lege-sekretærer ved yrkesskolene som skal kunne ta slikt arbeid. Likevel finner vi flere steder andre kategorier personell som arbeider i disse stillingene. Ordningen med medarbeidere i primærhelse tjenesten er av relativ ny dato. Erfaringene med hvilken gruppe personell som passer best i disse stillingene er meget delte. Det bør gjøres en utredning av disse forholdene, og sannsynligheten taler for at den beste medarbeider for primærlegen også bør være en generalist.

3.11 Ved siden av dette trenger også almenpraktikeren et nært samarbeid med andre kategorier helsearbeidere, som f.eks. helse-søster, hjemmesykepleier, jordmor, fysioterapeut osv. Dette arbeidet er særdeles viktig for at legen skal kunne koordinere helsearbeidet i det område han har sitt virke. Dette utvidete samarbeid i primærhelse tjenesten er først nylig kommet igang. Erfaringene rundt omkring i landet er delte, og det trengs nok fortsatt tid før dette arbeidet er kommet inn i tilfredsstillende forhold.

3.12 I vårt land er det et skarpt skille mellom helse tjenesten utenfor sykehus og den spesialiserte helse tjeneste innen institusjonene. Det er imidlertid innlysende at en god totalhelse tjeneste er avhengig av et nært samarbeid mellom disse to ledd. I de større byene med store sykehusenheter fungerer dette samarbeid mindre godt. En av grunnene er at det ikke er klart definerte ansvarsområder for helse tjenesten. En annen grunn kan være at kommunikasjonene mellom de to legegrupper ikke alltid er så god som man kunne ønske. Dette gjelder både den skriftlige og muntlige kommunikasjon som med forholdsvis enkle midler kan utvikles betydelig. Lægeforeningen har klart innsett disse problemene og har i de senere årene tatt dette opp til diskusjon på kurs.

#### 4. KRITIKK AV DEN PRIMÆRE LEGETJENESTEN

4.1. Den primære helse tjenesten har i mange år vært et stebarn i landets totale helse tjeneste. Det er tidligere nevnt at en nesten ensidig prioritert utbygging av institusjonshelse tjenesten har rekruttert de fleste av de ferdige medisinske studentene. Det må også nevnes at det medisinske studium, som for størstedelen foregår på sykehus, ikke gir studentene noen særlig motivasjon for å søke seg ut til primærhelse tjenesten. Sikkert er det også at publikum i de senere årene har hatt en økende forventning til primærhelse tjenestens ytelser. Vi har derfor sett at det har vært og fortsatt er en betydelig legemangel i primærhelse tjenesten med alle de ulempene dette har medført for den enkelte, for samfunnet og for legene selv. Legene har en høy gjennomsnittsalder og en lang arbeidsuke, og dette siste har sannsynligvis i mange tilfelle ført til at legen har søkt tilbake til sykehusstillingen med ordnede arbeidsforhold. En følge av dette har igjen vært at befolkningen langtfra har hatt den kontinuitet i lege tjenestene som burde være naturlig i et land som vårt.

4.2 Det er regel at pasientene må vente for å få kontakt med sin primærlege. Dels kan det være ventetid fra timeavtalen og til man kommer inn til legen, og dels også ventetid på selve legekontoret. Det må understrekes at dette ikke gjelder sykdommer som trenger øyeblikkelig hjelp. Undersøkelser av ventetid på legekontorene viser at denne er av en betydelig størrelse og slår bl.a. ut i tapt arbeidsfortjeneste. Man har forsøkt å rette på dette ved forskjellige tiltak, så som timeavtaler, lister etc. uten at problemet i dag kan sies å være løst.

4.3 Med mange pasienter på legekontoret hver dag er det innlysende at dette også kan gå ut over selve legearbeidet. Det er en stadig voksende kritikk over at legen har for dårlig tid til å høre på pasientene. Resultatet av dette kan ofte bli at viktige opplysninger ikke kommer frem og at undersøkelsen og dermed behandlingen til å begynne med kan komme inn i et feil spor. Almenpraktikeren er selv smertelig oppmerksom på dette og tar stadig disse problemene opp til diskusjon på møter og kurs. Det bør imidlertid påpekes at almenpraktikeren ikke kan for-

ventes å løse alle problemer. Med en større grad av egenomsorg i befolkning og bedre utnyttelse av annet helsepersonell for mindre problemer, ville dette gjøre situasjonen noe lettere.

4.4 Det har også vært rettet kritikk mot at almenpraktikeren forsommer det forebyggende helsearbeid. Det har mange steder vært vanskelig å få besatt stillinger som bedriftslege, skolelege, helsestasjonslege etc. Nyere undersøkelser viser imidlertid at en stor del av almenpraktikerne også deltar i det forebyggende helsearbeid. Det er imidlertid almenen enighet blant almenpraktikerne om at det forebyggende helsearbeid bør prioriteres i høyere grad enn nå. Dette kan imidlertid ikke skje uten at presset og kravet om kurativt legearbeid avtar.

4.5 Man kan stort sett si at almenpraktikerne er enig i mye av den kritikk som rettes mot dem, men at de foreløpig står temmelig maktesløse når det gjelder å rette på forholdene.

## 5. MÅL FOR PRIMÆRLEGETJENESTEN

- 5.1 Almenpraktikerens mål må være å tilby sine pasienter nærhet og trygghet. Pasientene må føle en medisinsk trygghet. De må ha tro på og tillit til at legen er faglig dyktig og at han holder sine kunnskaper ved like. De må også kunne forlange at legen kjenner sine egne faglige begrensninger, slik at han søker hjelp hos andre i nødvendig utstrekning. Han må være oppmerksom på de andre hjelpetiltak som finnes innen helsevesenet og være fortrolig med samarbeidet med disse. Pasienten må også føle seg trygg på at legen kan koordinere alle de opplysninger han har til beste for pasientens helse.
- 5.2 Men det er også behov for en menneskelig trygghet. Lege må være til stede når pasienten trenger ham. Han må kunne komme hjem til pasienten når det er nødvendig. Han må kunne vise interesse og medmenneskelighet for pasientens problemer og omgås disse med takt og varme. Dette sier oss at legen må kunne tilby en personlig form for tjenester. Han må ta vare på den uvurderlige verdi som heter taushet, slik at han oppnår pasientens tillit.
- 5.3 Skal legen kunne tilby en fullverdig helsetjeneste, må den også vare over tid. Den må ha kontinuiteten som et mål, nettopp fordi dette er grunnleggende for kjennskap til hele individets situasjon. Helsetjenesten på primærplanet må heller ikke være for snever, slik at verdifulle opplysninger går tapt og pasienten føler seg oppstykket. Almenpraktikerens arbeidsområde er bredt og bør omfatte en rekke av de tjenester som i dag er stykket opp i "særomsorger", f.eks. skolehelsetjeneste, helsestraksjonsarbeid, bedriftslegejeneste etc. Bare på den måten kan man bli i stand til å få et helhetssyn på de enkeltpersoner som søker ham for helseproblemer. Pasient/lege-forholdet bør imidlertid forplikte begge veier. Det bør forplikte legen til å være til stede når det er nødvendig, og legen må kunne forvente at pasienten følger de råd om behandling og kontroll som legen gir.

## 6. HVORDAN KAN VI NÅ MÅLENE?

- 6.1 For å nå de foran beskrevne mål, kreves en større innsats når det gjelder å koordinere aktiviteter innen den primære helsetjenesten. Det må komme en *lov om den primære helsetjeneste* som påbyr å utarbeide regionale helseplaner. For at en slik helseplan skal kunne fungere, er det nødvendig at almenpraktikeren er med på å utforme den. I større grad enn hva tilfellet er i dag, må da den enkelte almenpraktiker innordne seg under helseplanen.

Kommentar til pkt. 6.1:

I tidligere utredninger er det laget et skarpt skille mellom de offentlige legene og de privatpraktiserende legene. Dette synes å ha medført at man ikke i tilstrekkelig grad har regnet med de privatpraktiserende legene som en viktig ressurs i primærlegearbeidet. De offentlige legene har et klart samfunnsmedisinsk ansvar som er påbudt ved lover og forskrifter. De offentlige legene og de privatpraktiserende legene har imidlertid et felles almenmedisinsk ansvar. Det følger av dette at man må arbeide for å koordinere det almenmedisinske arbeidet i et område i større grad enn nå. Det må utarbeides en helseplan for området som tar hensyn til det helsearbeidet som ønskes utført og de ressurser man har til rådighet, både personellmessig og økonomisk. Almenpraktikeren vil måtte spille en sentral rolle i utarbeidelsen av denne helseplanen, sammen med representanter for de folkevalgte. Helseplanen må være omfattende og gjensidig forpliktende. Den bør behandle planer for bygging av legekontorer og/eller helsesentra. likeså planer for samarbeid innen primærhelsetjenesten i området og forholdet overfor institusjonene.

Almenpraktikeren på sin side må kunne tilby befolkningen sin hjelp også utover vanlig kontortid. Det må være en kontinuerlig vaktjeneste i området. For at en vaktjeneste skal kunne fungere tilfredsstillende, må imidlertid myndighetene på sin side være ansvarlige for praktisk og økonomisk støtte til denne tjenesten, f.eks. ved å opprette telefonvakt, mobilradio, vakt-

rom o.l.

- 6.2 I likhet med distriktslegefunnsfunksjonen er det naturleg at den enkelte almenpraktikar får et nærare definert befolkningsgrunnlag for sin virksomhet som lege. Dette betyr nødvendigvis ikke at man kommer frem til ordningar som står i veien for det frie legevalg.

Kommentar til pkt. 6.2:

Komiteen mener at det er en forutsetning for godt almenmedisinsk arbeid at almenpraktikeren har et nærare definert befolkningsgrunnlag for sin virksomhet. Dette har gjennom mange år fungert meget godt i distriktslegefunnsfunksjonen. Det bør nå angestes arbeid med å gjennomføre en lignende ordning også for byer og tettsteder. Det bør også overveies om man skal forsøke å ta i bruk det danske eller det engelske systemet hvor et visst antall pasienter er knyttet til en almenpraktiker via en liste.

Det viktigste er at man må søke å oppnå en gjensidig tilhørighet mellom lege og pasient som er grunnstenen i alt almenmedisinsk arbeid.

I Norge har det alltid vært tradisjon at pasienten kan velge sin egen lege der hvor dette har vært mulig. Komiteen anser dette for viktig for begge parter, og vil påpeke at ordningar med distriktsinndeling og listeføring ikke må være så stivbent at retten til fritt å velge lege blir en illusjon.

- 6.3 Så langt som mulig må forebyggende og behandlende legearbeid legges opp slik at de forskjellige funksjoner ytes av samme lege. Herved styrkes det personlige forhold mellom pasient og lege. Dette får konsekvenser for utbygging av "særomsorger", f.eks. helsestasjonsvirksomhet og bedriftshelsefunksjonen. Hvis disse særomsorger føres for langt, svekkes grunnlaget for en omfattende og kontinuerlig almenmedisin.

Også når det gjelder den spesialiserte medisin må man understreke begrensninger i kollegers anledning til å drive almenmedisin. Det forutsetter også at spesialister behandler pasienter etter henvisning fra almenpraktikeren.

For at ansvarets- og ressursfordeling skal utnyttes tilfredsstillende, er det nødvendig med gjensidig forpliktende samarbeid mellom almenmedisin og de andre deler av helse- og sosialfunksjonen. Et slikt samarbeid krever erkjennelse av overordnede hensyn, vilje til slikt samarbeid og selvdisciplin.

Kommentar til pkt. 6.3:

Komiteen mener at forebyggende legearbeid er en naturleg del av almenpraktikerens arbeid, også på de områder hvor arbeidet omfatter spesielle grupper av befolkningen. Ved planlegging og gjennomføring av forebyggende legearbeid i et område må man så langt det er mulig sørge for at almenpraktikeren også yter denne funksjonen. Ved å inkorporere forebyggende legearbeid i folketrygden vil dette arbeid bli stimulert og vil få sin naturlege plass i en omfattende legefunksjon.

Almenpraktikeren må samarbeide med spesialister innen andre fagområder av medisin. Disse kollegene har særlig innsikt innen et begrenset område av faget. Enkelte har også spesielt utstyr for å kunne utføre sitt spesialarbeid. I byer og tettsteder hvor spesialistene er konsentrert, ser man ofte at pasientene søker denne form for legehjelp på eget initiativ. Komiteen mener at dette er en feil utnyttelse av faglige og økonomiske ressurser. Det bør derfor ivksettes ordningar som gir almenpraktikeren styring over henvisning til spesialist. Derved sikres også kontinuiteten over det almenmedisinske legearbeid.

I et samfunn er det nødvendig med et gjensidig forpliktende samarbeid mellom de almenmedisinske funksjoner og de andre deler av helse- og sosialfunksjonen. Dette er spesielt viktig for at man kan utnytte de ressurser som stilles til rådighet på en tilfredsstillende måte. Det er ikke minst viktig når det gjelder ansvarsfordelingen innen helse- og sosialarbeidet. Det må i fremtiden legges langt større vekt på dette gjensidig forpliktende samarbeid. Det vil kreve en grenseoppgang mellom de forskjellige gruppene som er basert på gjensidig respekt og selvdisciplin. Det vil også kreve at de forskjellige grupper helse- og sosialarbeidere erkjenner overordnede samfunns hensyn fremfor snevre faghensyn.



6.4 Almenpraktikerens arbeid må tilrettelegges med tanke på økonomisk og rasjonell drift.

Arbeidsforhold og arbeidsbelastning må være i overensstemmelse med forholdene i samfunnet forøvrig. Dette vil kreve både en kvalitativ og kvantitativ opprustning som nødvendig vil kreve større ressurser til almenmedisinen. De oppgjørordninger som velges, må fremme de nevnte mål for almenmedisinen. Fastlønnsordninger og praksis etter normaltariffen vil i fremtiden kunne eksistere side om side. Kombinasjonsordninger mellom praksis etter normaltariffen og offentlig tilskudd til den private drift bør unngås.

Kommentar til pkt. 6.4:

Når det gjelder arbeidsforholdene og arbeidsbelastningen for en almenpraktiker, mener komiteen at disse langtfra er tilfredsstillende i dag. Legekantorene er ofte dårlig og urasjonelt utnyttet, og legene har en betydelig arbeidsbelastning. Disse forholdene må bringes i overensstemmelse med forholdene i samfunnet forøvrig. Dette betyr at arbeidsmiljøet for almenpraktikeren må tilrettelegges slik at det svarer til forholdene i moderne sykehus. Det vil skape trivsel for dem som arbeider der og for dem som søker legehjelp. Almenpraktikeren må også ha de samme rettigheter til normal-arbeidstid og fritid som andre samfunnsborgere. Disse forholdene vil samlet betinge en betydelig kvalitativ og kvantitativ opprustning som vil kreve lang tid større ressurser til almenmedisinen enn hittil.

Det bør også vises økt initiativ til undersøkelse av den mest hensiktsmessige utdanning av personell som skal arbeide ved siden av almenpraktikeren på kontoret. Man bør her spesielt ha oppmerksomheten henledet på den viktige funksjonen som dette personell også har for å opprettholde kontinuiteten i legearbeidet i primærhelsetjenesten.

Det er før sagt at arbeidsforholdene for almenpraktikeren må tilrettelegges med tanke på økonomisk og rasjonell drift. Særlig de økonomiske forholdene har vært i søkelyset de siste år.

Utgiftene ved å drive en tidsmessig praksis innenfor en normal arbeidstid lar seg knapt dekke av inntektene over normaltariffen. For noen legers vedkommende har derfor en del av driftsutgiftene vært dekket ved hva komiteen vil kalle en "subsidering". Dette finner komiteen uheldig fordi det maskerer at normaltariffen ikke gir tilstrekkelig grunnlag for tidsmessig drift av almenpraksis innenfor en normalarbeidstid.

Komiteen mener at forholdene må legges til rette slik at almen praksis kan opprettholdes som liberalt erhverv ved siden av offentlig tilrettelagt almenpraksis. Dette kan bare skje ved at inntektene i privat praksis blir tilstrekkelige til å drive en tidsmessig og konkurransedyktig legevirksomhet.

Arbeidsavtaler med fast lønn for primærlegearbeid er innført flere steder i landet. Komiteen mener at både fastlønnsordninger og praksis etter normaltariffen inneholder fordeler som gjør at begge systemene bør eksistere i fremtiden. I begge systemer bør samme arbeidsmengde gi likeverdig økonomisk kompensasjon. For å fremme en ønsket geografisk fordeling av almenpraksis bør det videre i begge systemer også gis kompensasjon for vaktberedskap.

Det er etter komiteens mening tvingende nødvendig når man velger oppgjørordninger at man alltid har den ideelle målsetningen for øyet, – nemlig at legetjenesten må være *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*.

6.5 Almenmedisin er i dag en del av den samlede medisin som, hva angår profesjonell og akademisk status, bør være likestillet med den spesialiserte medisin. Det er derfor nødvendig at almenmedisinen får større plass i grunnutdannelsen, samt at videre- og etterutdannelsen fortsatt utvikles bevisst og konsekvent. Dette er en viktig betingelse for at kandidater velger sitt fremtidige arbeid innen almenmedisinen.

Kommentar til pkt. 6.5:

For at det også i fremtiden skal praktiseres almenmedisin av høy faglig kvalitet, er det nødvendig at man styrker utdannelsen

i faget. Det vil først og fremst bety at grunnutdannelsen styrkes, slik at faget almenmedisin inngår i denne som et fag likeverdig med spesialfagene. Lærerne bør rekrutteres fra almenmedisinsk arbeidsområde og må som andre universitetslærere ha anledning til forskning og egen videre- og etterutdanning. Da faget for en vesentlig del må undervises i marken, er det nødvendig å knytte almenpraktikere utenfor universitetet til lærerstaben. Den enkelte almenpraktiker bør derfor føle ansvar for å holde seg faglig kvalifisert, slik at han kan undervise studenter. Man må også sørge for at almenpraktikeren i denne funksjon som lærer må få anledning til pedagogisk skolering ved kursutbud o.l.

Almenpraktikerens videre- og etterutdanning er for tiden inne i en rivende utvikling. Lægeforeningen har påtatt seg ansvaret for denne, likeså ansvaret for godkjennelse til tittelen Almenpraktiker Dnlf. Det er nødvendig at dette arbeidet utvikles videre og at også sentrale helsemyndigheter og universitetene blir seg bevisst ansvaret med å delta i dette arbeid.

Tore Koksvik  
sign.

Jan Otto Syvertsen  
sign.

Finn Nilsson  
sign.

Friithjof Christie  
sign.

Harald Siem  
sign.

Hans Petter Schjønby  
sign.