

ALIS – i, eller utenfor, eventyrland

Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen sa allerede i 2009 at det manglet 2200 allmennleger i kommunene (1), president Hege Gjessing i Legeforeningen fulgte opp sommeren 2014 og sa at det vil være behov for rundt 2500 nye allmennleger de neste fem årene (2), med andre ord en økning på 500 allmennleger i året – eller 1,4 pr. dag. Kari Sollien (leder i Allmennlegeforeningen) påpekte nylig at det ikke var tilrettelagt for denne økningen av allmennleger i statsbudsjettet for 2015 til tross for at kravene til fastlegene stadig øker (3).

ALIS (Allmennlege i spesialisering) er et forholdsvis nytt og ukjent begrep i Norge. De fleste har hørt om sykehusenes «LIS-leger» og har en viss anelse om hva en LIS-lege representerer. Den store A'en foran gjør LIS-begrepet litt mer eksotisk og ukjent.

Den plutselige overgangen fra å være fastlønnet lege i en strømlinjeformet tjeneste på en sykehusavdeling til en mer fristilt rolle som næringsdrivende allmennlege kan være mildt sagt utfordrende. Hva allmennlegene gjør når de tiltrer sine arbeidsoppgaver, kanskje rett etter turnus eller etter noen års erfaring i forskjellige fagområder, har tradisjonelt vært opp til hver enkelt lege å finne ut av – med få skuldre å lene seg på og med svært varierende grad av veiledning og veiledningskvalitet (eller mangel på sådan vil noen si).

Det er ikke bare å stille på kontoret og ha pasienter tilgjengelige for å holde driften i gang. Som allmennlege i en fastlegepraksis får man også arbeidsgiveransvar for medarbeidere, med de plikter og forpliktelser dette medfører. Man skal ikke kimse av papirarbeidet og de administrative oppgavene som i dag er blitt betydelige tidstyver. At den ferske allmennlegen skal sjonglere med alt av obligatoriske kurs og endatil få tid til å etablere seg med ektefelle og barn er også et lite kunststykke.

De siste årene har det vært krav om at man skal ha veiledning i en periode etter at man har begynt i allmennpraksis. Det skal gi en kvalitetssikring. Har den nye allmennlegen vært så heldig at vedkommende har havnet på et legekantor med velmenende og hyggelige kolleger som er behjelpelig i en kaotisk oppstartsfasen, så er det gull verdt – nesten som i eventyrland. Derfor har utvalget som har etablert ALIS hatt som sitt første prosjekt å få på plass en veileder som skal hjelpe alle ferske, men også andre allmennleger med å orientere seg og gi nyttige tips til å komme i gang med, og gjennomføre, spesialiseringen i allmennmedisin.

Hva skal til for å lokke 1,4 nye allmennleger daglig til norsk allmennmedisin? Utfordringene står i kø og så langt har vel de færreste klart å finne løsninger som fungerer for alle kommuner. I noen kroker av vårt langstrakte land er det enklere å rekruttere nye allmennleger enn i andre. Noen kommuner har funnet ut at det å tilby fastlønn kan være med på å gi trygghet, rammer, og det har gitt suksess i rekrutteringen. En del kommuner i Nord-Norge tilbyr en blanding av fastlønn og privat virksomhet (ofte omtalt som «incentivmodellen»), mens andre igjen overlater alt det økonomiske ansvaret til den enkelte allmennlegen (typisk storbyfenomen).

Fordelene med fastlønn er forutsigbarhet og trygghet for legen, i og med at feriepenger, pensjonsavtale og kursrettigheter er inkludert i «pakken». Den rake motsetningen er at man selv sitter på alt ansvar og får alle inntekter som genereres – men dermed også risikoen som tilligger næringsdrift. Ved sykdom, ferier eller kurs må man belage seg på tapte inntekter. Usikkerhet rundt inntjening og økonomi og det mange opplever som et overveldende ansvar for praksisdrift, er faktorer som skremmer unge leger bort fra allmennmedisin.

På vårt fastlegekantor i Bergen har vi etablert to «0-hjemler», og som en

velkomstpakke fikk våre nye kolleger overført 200 pasienter hver fra to andre leger. Videre har vi i felleskap funnet en fordelingsnøkkel som alle synes er rettfærdig. Legene med større listelengde betaler en forholdsvis større andel av utgiftene til fellesskapet mens legene som har +/-200 pasienter på sine lister betaler en forholdsvis mindre del. Nå – et halvt år etter etableringen av listene – har legen med den desidert største fremgangen på sin liste så langt tjent 5000 kroner. Det er ingen overdrivelse. Og vi vet med sikkerhet at det blir en stund til den andre legen tjener det samme.

Å etablere fastlegepraksis er et sjansespill og en investering som ikke alle kan ta seg råd til. For å få endene til å møtes må man jobbe mer og det igjen betyr mindre tid til familie, venner og fritid. For unge leger i etablering betyr de nevnte faktorene mye, mange vegrer seg mot å «gi avkall på alt» i noen år. Ved Dalen legesenter var det ikke Bergen kommune, men senteret som tok ansvar og tilrettela startbetingelsene for de to nye legene. Og selv om det blir trange tider ennå en stund, har i alle fall legesenteret gjort det vi kan for å hjelpe de to i gang.

Dessverre har ikke alle legesentre de samme forutsetningene for å bidra like mye ved etablering av 0-lister. Derfor vil jeg på vegne av nye allmennleger utfordre alle til å komme med konstruktive forslag til hvordan vi kan bedre rekrutteringen av fastleger og allmennleger. Vi vet at vi er altfor få i dag.

BADBONI EL-SAFADI

REFERANSER

1. <http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisinhelse-hanssen-vil-ha-2200-nye-fastleger/a/558584/>
2. Sagt i intervju på TV2-nyhetene sommeren 2014
3. [www.dagensmedisin.no/nyheter/pa-stedet-hvil/\(10.10.2014\)](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/pa-stedet-hvil/(10.10.2014))