

ring av anbefalinger, ikke reflekterer dette på en optimal måte, i og med at det i første rekke legges vekt på om anbefalingene er kunnskapsbaserte. Men vi mener at vi i stor grad har veid opp for dette ved å diskutere verdivalg i teksten.

Vi er enige i at økonomiske hensyn bør med i vurderingen når det skal gis anbefalinger for klinisk praksis. At vi ikke har gjort det, er, som vi selv har påpekt, en mangel ved vårt arbeid. Hva forskjellige intervensjonsgrenser eller behandlingsmål har av konsekvenser med tanke på ressursbruk i forhold til helsegevinst, bør beregnes for å kunne ta kostnader med i vurderingen når anbefalinger gis.

NSAMs representanter legger vekt på at det er risikostatus og ikke enkeltfaktorer som bør behandles. Her er vi åpenbart helt på linje, i og med at dette er en av hovedanbefalingene våre.

Acetylsalisylsyre kunne fått bredere omtale i retningslinjene. Vi la vekt på blodtrykks- og kolesterolsenkende behandling fordi vårt mål var å utvikle en tiltakspakke for forbedring av forskrivningspraksis for disse medikamentgruppene. Dette tiltaket prøves nå ut i et kontrollert forsøk, og er en sammensatt strategi for implementering av retningslinjer (3). Denne strategien er det Helsedepartementet håper kan bidra til mer rasjonell legemiddelforskrivning – ikke retningslinjene som sådanne.

Til tross for svakheter – våre anbefalinger er gode, først og fremst fordi vi har gjort systematiske søk etter kunnskap, som så er brukt som utgangspunkt for formuleringer av anbefalinger, og det kommer klart frem for brukeren hva anbefalingene bygger på.

Når det gjelder utvikling av slike retningslinjer for fremtiden, er vi enige i at det er behov for åpne og brede prosesser. Vi hadde håpet å få med en del sentrale organisasjoner i utviklingsprosessen vår, blant annet NSAM, men dette viste seg å være vanskelig å få til. Vi valgte derfor å gjennomføre arbeidet på egen hånd for å unngå store forsinkelser i forskningsprosjektet.

Atle Fretheim
Andrew D. Oxman

Avdeling for helsetjenesteforskning
Sosial- og helsedirektoratet

Arild Bjørndal
Audun Dyrdal
Michael Golding
Leiv Ose
Åsmund Reikvam
Per Teisberg

Litteratur

1. Meland E, Norheim OF, Hetlevik I. Kliniske retningslinjer, kostnader og verdivalg. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 506–7.
2. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærførebygging av hjerte- og karsykdom – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 122: 2277–81.

3. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjørndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). Randomised controlled trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice (Study protocol). BMC Health Services Research 2003; 3: 5.

Arbeidsplassbeskrivelse ved forenklet funksjonsvurdering

Begrepet funksjonsvurdering har fått ny aktualitet, både gjennom intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (1) og utformingen av den nye sykmeldingstesten. Fastlegen, som nå er pålagt å utføre en forenklet funksjonsvurdering, vil merke at oppgaven blir vanskelig uten mer kunnskap om pasientens arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. Dagens arbeidsmiljø preges av mangfold, og sammenhengene mellom miljøfaktorer og helse er kompliserte. Når man samtidig vet at konsultasjonstiden er knapp og pasienten ofte er usikker på hva legen har behov for å få vite, kan vurderingsgrunnlaget bli mangelfullt og misforståelser oppstå. En arbeidsplassbeskrivelse kan forhindre dette (2). Det kan være tidsbesparende og samtidig gi legen og pasienten et felles utgangspunkt for samtalen og funksjonsvurderingen.

Det er en fordel om beskrivelsen er todelt. Første del kan inneholde en oversikt over arbeidsoppgaver som utføres. Denne delen utformes av avdelingsleder. Han vet hva de ulike arbeidsoppgavene går ut på og hvilke krav han stiller til den eller dem som skal utføre disse oppgavene.

Andre del beskriver miljøforholdene på arbeidsplassen. Den skal bidra til at faktorer som kan være av betydning for ansattes helse og vedkommendes mulighet til å komme tilbake i arbeid, settes på dagsordenen. Særlig viktig er kunnskap om forhold som bidrar til muskel- og skjelettplager og fraværsfaktorer som tar utgangspunkt i hvordan arbeidet er organisert. Sosiale forhold hører med i beskrivelsen og bør omtales generelt der det er negative stressfaktorer som er allment kjent i miljøet. Pasienten kan supplere med personlige synspunkter når beskrivelsen diskuteres med fastlegen. Denne delen av arbeidsplassbeskrivelsen er også avdelingsleders ansvar, men her trenger han faglig bistand fra bedriftshelsetjenesten.

Av hensyn til brukervennligheten skal arbeidsplassbeskrivelsen være lettlest og helst ikke på mer enn én side. Er en slik arbeidsplassbeskrivelse et nyttig hjelpemiddel ved forenklet funksjonsvurdering? Vil den gjøre det lettere å beskrive hva pasienten ikke bør utføre eller utsettes for? I så fall kan den etterspørres fra arbeidsgivere som en del av rutinen for oppfølging av sykmeldte og som en del av arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv.

Inger Helene Gudding
Statens arbeidsmiljøinstitutt

Litteratur

1. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001. (<http://11.odin.dep.no/aad/arbeidsliv/p30000972/002001-990393/index-dok000-b-f-a.html> (15.8.2002).
2. Gudding IH. Arbeidsplassbeskrivelse – et bidrag til bedre samspill mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og fastlege. Ramazzini 2002; 3: 10–1.

Leger vil jobbe lenger

I en notis i Aftenposten 21.3. 2003, med overskriften *Leger vil jobbe lenger*, hevder direktør Per Haugum ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell at det skjuler seg en del «sovende» leger bak de 48 avslagene på fornyet legelisen. Han sier: «Vi gir ikke godkjenning til leger som vil beholde lisensen sin for å kunne skrive ut medikamenter til seg selv og vennene sine.»

Jeg finner denne uttalelsen svært merkelig og tror direktør Per Haugum må ha misforstått jobben sin. Det han skal vurdere, er om legene er skikket til å utføre legearbeid, ikke antall konsultasjoner, ev. reseptforskrivninger og til hvem. Hvis Haugum skulle praktisere det han sier, ville det bety at svært mange leger i administrative stillinger, muligens også ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, kanskje ikke fikk beholde lisensen sin.

Jeg ville tro at en lege som er skikket til å skrive ut resepter og foreta konsultasjoner etc., bør få fornyet legelisen, uavhengig av antall pasienter.

Harald Berg

Medisinsk divisjon, Nyremedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus

P. Haugum svarer:

Etter helsepersonelloven § 54 bortfaller autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Det er i forskrift bestemt hvilke kriterier som gjelder for å få lisens som helsepersonell over 75 år. Det er (jf. § 8): «Ved tildeling av lisens skal søkerens egnethet vurderes i forhold til den virksomhet som det er søkt om lisens for. Det skal legges avgjørende vekt på omfanget av den pasientrettede virksomheten vedkommende helsepersonell har til hensikt å utøve. Virksomheten bør ikke være mindre enn tilsvarende 20 % stilling. Det skal legges stor vekt på hvordan helsepersonellet har holdt og vil holde seg faglig oppdatert. Uttalelse fra eventuell arbeidsgiver har bare betydning dersom den gjelder helsepersonellets pasientrettede virksomhet.»

Autorisasjonskontoret vurderer hver enkelt søknad individuelt. Vedtak fattes etter en samlet vurdering av følgende momenter:

- Søkerens egnethet. Her vil det bli vurdert alle de såkalte tilbakekallsgrunner som er listet opp i helsepersonelloven § 57 (dvs. om søkeren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, fysisk og psykisk svekkelse, langt fravær fra yrket, rusmisbruk, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helselov-givningen eller på grunn av atferd som ansees uforenlig med yrkesutøvelsen).
- Omfanget av den pasientrettede virksomhet vedkommende helsepersonell har til hensikt å utøve. Herunder faller vurderingen av hvilket behov søkeren har for lisens, forskrivningsrett mv.
- Hvordan vedkommende har holdt seg og vil holde seg faglig oppdatert.

Søknader om lisens fra leger over 75 år kan erfaringsmessig deles inn i tre grupper:

- Søkere som ikke driver pasientrettet arbeid eller annet medisinsk-faglig arbeid, men er pensjonister på heltid. Disse vil normalt få avslag fordi de ikke tilfredsstiller kravene i forskriften.
- Søkere som driver pasientrettet arbeid (av mer enn tilsvarende 20 % stilling). Disse vil normalt få lisens.
- Søkere som arbeider med andre ting enn pasientrettet arbeid, for eksempel forskning, undervisning, rådgivning eller liknende. Det vil bero på en konkret vurdering om disse faller inn under forskriftens bestemmelser og kan gis lisens.

I 2002 mottok Statens autorisasjonskontor 114 søknader om lisens fra leger over 75 år. 66 av søknadene ble innvilget. 48 søknader ble avslått. De aller fleste av avslagsvedtakene gjaldt søkere fra gruppe 1 i den forannevnte inndeling av søkerne. Av dem som fikk avslag, klaget 17 søkere til Statens helsepersonellnemnd. 16 fikk ikke medhold i klagen – én fikk medhold.

Det er min oppfatning at regelverket på dette området er godt og at den praksis vi har lagt opp og som er stadfestet av Statens helsepersonellnemnd, fungerer pragmatisk og tilfredsstillende.

Per Haugum

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Hvor mange leger trenger vi?

I Hans Th. Waaler & Dag Hofoss' kommentarartikkel *Hvor mange leger trenger vi?* i Tidsskriftet nr. 7/2003 (1) har det sneket seg inn en regnefeil. Ifølge Waaler & Hofoss utdannes det 770 leger per år, videre er fødselskullene ca. 60 000 og et fremtidig folketall omtrent fem millioner. Ut fra dette kommer de frem til at vi vil få 65 000 leger her i landet. Skal dette regnestykket stemme, må disse legene være ferdige med utdanning og turnustjeneste idet de blir født og forbli i yrket til de dør.

Mer sannsynlig vil disse legene være yrkesaktive fra ca. 27 til 67 års alder i gjennomsnitt. Da får vi 30 800 leger her i landet i fremtiden. Et høyt tall, men altså ikke 65 000.

Pål Christensen

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Waaler HT, Hofoss D. Hvor mange leger trenger vi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 968–9.

H.T. Waaler & D. Hofoss svarer:

Du har helt rett!

Humanem errare est!

Hans Th. Waaler

Dag Hofoss

Nordbyhagen

Uforståelig helsepolitikk

En uheldig virkning av omorganiseringene i helsevesenet er ordningene for spesialister, og da i særlig grad spesialister innenfor kirurgifagene. Pasienter blir sendt ut av nærmiljøet og sågar til utlandet for å få behandling for tilstander som godt kan behandles på hjemstedet til en meget lavere pris.

Mange av oss hadde drevet i kirurgifagene på heltid i flere år før ordningen med avtalespesialister trådte i kraft i 1998. Før den tid kunne vi honoreres etter normaltariffen i tillegg til det pasienten betalte. I 1998 kom kravet om driftsavtale, altså et årlig driftstilskudd for at man skulle kunne

honoreres fra det offentlige. De fleste kirurgitakstene i normaltariffen ligger langt under det som man bør ha for at det skal lønne seg.

Vi som ikke fikk avtale med fylket, kunne følgelig ikke drive en lønnsom praksis. Dermed måtte pasientene selv betale et forhøyet honorar.

Nå har ordningen med DRG-takster kommet, og nå kan det lønne seg med kirurgisk virksomhet privat. Men nå vil de lokale helseforetakene ikke godkjenne oss fordi vi ikke har driftsavtale! Slik har man fått den uheldige virkningen at de spesialister som har kunnet «overleve» uten operativ virksomhet og som holder til utenfor vårt distrikt, nå får henvist pasienter fra vår region.

Pasienter fra vårt distrikt sendes altså vekk for å få behandling til en langt høyere kostnad enn det man kan tilby i nærmiljøet. Enkelte spesialister reiser til og med vekk for å behandle pasienter fra eget distrikt. Kan dette være samfunnsøkonomisk forsvarlig? Hva med kontroll og oppfølging av pasienten som kommer hjem etter behandling annetsteds?

Det dukker nå opp klinikker som har fått såkalt sykehusstatus. De har innredet rom med 3–4 senger og skal dermed være mer kvalifisert til dagkirurgi!

Det er ekstravagante klinikker med tung administrasjon og fordyrende reklamefremstøt. Hva er dette for slags trygghet? Skulle det skje noe uheldig med en pasient i privatpraksis som krever innleggelse, så hører pasienten hjemme på et ordentlig sykehus hvor all ekspertise er tilgjengelig.

Man undres over at det sitter mennesker i administrative stillinger, langt fra pasientene, som har myndighet til å bruke våre helsekroner så dårlig. Hvorfor skal det skapes all slags irrganger for pasient A som trenger behandling hos spesialist B? Kan ikke A sendes til B uten byråkratiske, fordyrende, omstendelige og tidkrevende prosedyrer?

Øyvind Veholmen

Stavanger