

Primærhelsetjenesten

— vårt ansvar?

Landsmøte i A.P.L.F. i Trondheim 13.11.76.

INNLEGG VED PETER F. HJORT

Mitt budskap er at almenmedisinen er inne i sin skjebnetime, og jeg tror det er nå eller aldri for en gjennomtenkt almenmedisin i Norge.

Hva bygger jeg på når jeg sier at almenmedisinen er inne i sin skjebnetime akkurat nå? Svaret er to ting: - Den første er prognosen for tilgangen på leger. For meg står denne prognosen som det viktigste trekk i norsk medisin i dag. Denne kurven er både håpet og riset bak speilet.

- Den andre er at almenmedisinen har politisk medvind i øyeblikket. Dette betyr at almenmedisinen står overfor den store utfordringen. Jeg vil forsøke å tegne et klarere bilde av utfordringen, og jeg gjør det i form av en kjede av de spørsmål som jeg tror er sentrale for almenmedisinen.

1. Hva er dagens situasjon?

Jeg summerer den opp i en tabell fra den siste Stortingsmelding 12 (1976-77) om tilgang på og etterspørsel etter helsepersonell. Almenpraksis dekkes stort sett av følgende grupper:

Turnuskandidater: ca. 200, gjennomsnittsalder ca. 28 år.

Distriktsleger: ca. 450, gjennomsnittsalder ca. 40 år.

Almenpraktikere: ca. 1000, gjennomsnittsalder ca. 50 år.

Praktiserende spesialister: ca. 500, gjennomsnittsalder ca. 60 år.

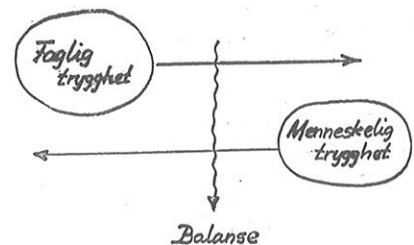
2. Hvilken ideologi skal almenmedisinen bygge på?

Jeg tror at almenmedisinen har undervurdert betydningen av en ideologi, en klar og enkel filosofi og målsetting. Skal det være noen hjelp i en ideologi, må den være enkel, maksimum én setning. Hva så med ideologien for almenmedisinen? Det fins jo kataloger over oppgavene, og det fins innstillinger, artikler og bøker i hundrevis. Er det mulig å skjære gjennom alt dette og finne en ideologi - en fane - for primærhelsetjenesten, eller må en la seg fange i lange setninger med forklaringer, reservasjoner og betingelser. Jeg tar sjansen på en fane. Den skal være rød og hvit, som studieplanen i Tromsø, og det skal stå bare ett ord på den: trygghet.

Så enkelt må det være, men også så vanskelig. For problemet er at folk trenger to forskjellige tryggheter. Den ene er faglig og den krever at primærhelsetjenestens folk kan sine ting, at de holder en standard folk har rett til å kreve, at de er dyktige. Men samtidig er det behov for den andre tryggheten, den menneskelige. Den krever at legen kommer, at han interesserer seg for pasientens problem, at han har tid, takt, omtanke og varme. En av trygghetene er ikke nok, og derfor må fanen være rød og hvit. Men, nå kommer problemet: ofte er det konflikt mellom disse to krav. Høy faglig standard krever

sentralisering, utstyr, teknikk, naturvitenskap og spesialisering. Høy menneskelig standard krever desentralisering, nærhet, direkte kontakt med pasienten uten for mye utstyr og teknikk, god tid, forståelse og ikke-spesialisering. Hovedproblemet i primærhelsetjenesten er å finne denne balansen.

Primærhelsetjenesten: balanse

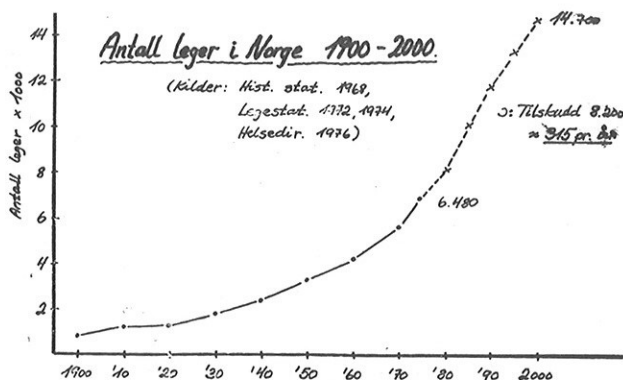


For primærhelsetjenesten kompliseres saken ytterligere ved at det kreves også en tredje trygghet, den sosiale. Primærhelsetjenesten er en del av samfunnet og har viktige oppgaver her. F. eks. hele det forebyggende arbeid. Også her ligger det en konflikt, fordi dette arbeidet ikke går på enkeltmennesker, men på grupper. Det representerer derfor en helt annen arbeidsmåte, interesse og legning.

Når ideologien er klar, er det neste spørsmålet:

3. Hva slags leger skal drive primærhelsetjenesten, generalister eller spesialister?

To syn står mot hverandre her. Etter det ene synet er kontinuitet i lege-pasientforholdet et avgjørende mål. Siden menneskenes problemer veksler, må legen være generalist. De som slutter seg til dette synet, bruker ofte uttrykkene familielege, huslege og fast lege, for å understreke betydningen av kontinuitet. Jeg går ut fra at UTPOSTEN's lesere kan argumentere for dette synet i søvne, og ramser dem derfor ikke opp her.



Etter det andre synet er faglig nivå det viktigste hensynet, og pasientene bør derfor ha direkte adgang til et sett av spesialister,

særlig for barnesykdommer, kvinnesykdommer, indremedisin, øre-nese-hals og geriatrici. De som går inn for dette synet, organiserer spesialistsentre og poliklinikker hvor pasientene fritt kan velge blant spesialistene. (Dette synet rommer en stor svakhet: ofte er spesialist-servicen et dårlig faglig tilbud for de problemer folk søker primærhelsetjenesten med).

De vestlige land har satset helt forskjellig. England og Danmark går inn for generalister, mens Sverige for en stor del satser på spesialister, og i noen spesialiteter er det allerede utdannede så mange at de må brukes i primærhelsetjenesten. For eksempel kjemper svenske pediater for å få anerkjent begrepet "familiepediater". Norge har vært i tvil, men heller mest til generalistleirene.

Selvfølgelig er dette også et politisk problem. Spesialistsynet er et mer liberalt syn, og i mange land har legene og deres organisasjoner kjempet for det. Generalistsynet er mer sosialt preget - jfr. slagordet "rettferdig helsetjeneste", og tilhengerne må akseptere en høyere grad av offentlig regulering, blant annet:

- Henvisningstvang, det vil si at pasienter ikke kan gå direkte til spesialister, men må ha henvisning fra generalister. Spesialistforeningene kjemper selvfølgelig mot denne tvang, for eksempel i Sverige.
- Kontroll av spesialistutdannelsen, så en ikke får så mange spesialister at de som ikke får jobb på sykehusene, må drive praksis.
- Etableringskontroll, i det minste for spesialister.

Mange forsøker seg selvfølgelig med et kompromiss. De går i prinsippet inn for huslegen, men godkjenner samtidig at hans felt splittes opp og at stadig flere deler utleveres til andre. Det er lett å nevne eksempler på biter som er skåret av almenmedisinens pølse: skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, forslag om egen helsekontroll for gamle, for kvinner, o.s.v.

Jeg vet ikke hvordan folk flest stiller seg. De vil nok ha huslege, men mange, spesielt i byene og i de øvre lag av befolkningen, ønsker nok også å kunne gå direkte til spesialister, for eksempel til kvinnelege. Derfor er det viktig at folk får klart for seg at det er en pris å betale for huslegen, nemlig en lojalitet som må gå begge veier i pasient-lege-forholdet. Det er pris å betale for legene også, nemlig at de er villige til å gi folk den trygghet de ønsker, blant annet i form av vaktordning og sykebesøk. Det er ikke lett å argumentere for huslegen bak et hemmelig telefonnummer. For ordens skyld må jeg føye til at det selvfølgelig er behov for spesialistservice også til pasienter som ikke er innlagt. Organiseringen av denne service tar jeg ikke opp her. Poenget er at veien til spesialist stort sett må gå gjennom generalist.

4. Hva slags praksis: solo eller gruppe?

Utviklingen går klart i retning av praksis-enheter med flere leger. Slike "sentre" gir en rekke fordeler: bedre lokaler, mer utstyr og hjelpepersonell, vaktordning, større muligheter for etterutdanning og kurs. Den viktigste fordelene er allikevel at almenpraktikeren arbeider i et faglig miljø hvor han får støtte, råd, hjelp og kritikk. Mangelen er lengre reisetid for pasientene, og arbeidet kan også bli mer upersonlig, hvis det ikke organiseres riktig. Flere intervjuundersøkelser i England har imidlertid vist at pasientene stort sett foretrekker helsetjenester med flere leger. Jeg tror at erfaringene fra Norge viser at unge leger allerede har truffet sitt valg: de vil arbeide i gruppepraksis. Det betyr at vi må finne ordninger som gjør det mulig for begge praksisformer å leve side om side i årene fremover.

5. Hvor store skal sentrene være?

Gjennomsnittet både i England og Skottland ligger på 3 leger pr. praksisenhet, men spesielt i Skottland har en ønsket en del store helsetjenester for 20.-40.000 mennesker. I Sverige har en også ønsket store enheter for 20.-25.000 mennesker.

Deler av vårt land må selvfølgelig dekkes av eneleger, men storparten av befolkningen kan nå et helsesenter på rimelig tid. Jeg understreker også at det er byene som har den dårligste primærhelsetjenesten. Vi må derfor ta standpunkt til enhetens størrelse, særlig for byene, og jeg gjetter på at 3-4 leger er passe i byene, men mange steder er det naturlig med 2-3, og noen få steder bør det antakelig være flere. Det kan være bra med en viss spesialisering i gruppen.

6. Hvor mange mennesker kan en primærlege ha ansvar for?

Dette er selvfølgelig et sentralt helsepolitisk spørsmål, og svaret avhenger blant annet av befolkningens alderssammensetning. I innstillingen om Oslo's primærhelsetjeneste går en inn for ca. 3000 mennesker pr. lege, men erfaringer fra England og Skottland taler for at dette er for mange.

I 1973 var det gjennomsnittlig 2.400 mennesker på listene i England og 2.000 på listene i Skottland. Norsk geografi minner om skotsk, og jeg tror at ca. 2.000 mennesker pr. primærlege er et rimelig tall i dag, men det bør reduseres gradvis til ca. 1.500. Dermed blir det totale behov for primærleger i Norge:

Ca. 2.000, basert på 2.000 mennesker pr. primærlege, ca. 2.700, basert på 1.500 mennesker pr. primærlege.

Disse tallene stemmer godt med de behovene Helsedirektoratet beregnet - på et helt annet grunnlag - i Stortingsmelding 9. 1974-75. Holder jeg fast på mine tall, er det lett å beregne hvor mange primærleger vi mangler: 600 i første omgang og 1.300 på litt lengre sikt. Jeg nevnte at vi kan regne med en årlig økning i legetallet på ca. 300. Disponerer vi halvparten til primærhelsetjenesten, er behovet i første omgang dekket på vel 4 år, og i løpet av ca. 10 år vil vi være godt dekket. Legemangel er derfor ikke lenger noen unnskyldning for årlig primærhelsetjeneste. (Combinerer vi de to tallene, får vi at det blir ca. 5.000 mennesker ved hvert helsesenter, og jeg er interessert i å høre hva andre mener om dette: for mange, for få, eller passe?)

7. Hva med forebyggende arbeid?

Jeg kan ikke her forsøke å analysere alle de problemer som knytter seg til forebyggende arbeid og primærhelsetjenestens oppgaver i dette arbeid. Jeg må nøye meg med å slå fast at det er økende forståelse for betydningen av det forebyggende arbeid, og jeg tror det skyldes to smertefulle erkjennelser:

- For det første blir det stadig klarere at våre viktigste dødsårsaker er knyttet til miljø og livsstil: det er livsstilen som dreper.

- For det annet spiller livs- og samlivsproblemer en stadig viktigere rolle for trivsel og helse.

Dette betyr at legene må engasjere seg i det forebyggende arbeid på en helt ny måte. For primærlegene vil det slå ut iallfall på tre områder:

- Lokalt miljøarbeid i videste forstand, i nedslagsfeltet til helsesenteret.

- Helsekontroll for store grupper av befolkningen. Det er delte meninger om nytten av en del av dette arbeid, jfr. betegnelsen "kjøttkontroll", men jeg er overbevist om at det ikke er noen vei tilbake fra disse kontrollene. Kvinnene vil for eksempel ikke finne seg i at et gode som bedriftshelsetjenesten med dens store ressurser i det vesentlige skal forbeholdes menn. Det er ikke politisk holdbart å si at vi har råd til helsekontroll for menn, men ikke for kvinner. Det har vært en tendens til å ta helsekontrollene ut av primærhelsetjenesten og lage særomsorger, for skolebarn, studenter o.s.v. Det er nok argumenter for dette, men det er også argumenter imot, slik det for eksempel fremgår av distriktslege Jo Telje's undersøkelse som viste at 49% av kvinnene måtte følges opp hos primærlegen. Prisen for disse særomsorgene er en splittet og svak primærhelsetjeneste. Jeg tror derfor tiden er inne til å føre flest mulig av disse gruppene tilbake til primærhelsetjenesten og begrense særomsorgene til rent hygienisk arbeid, for eksempel ved bedriftene. For primærhelsetjenesten tror jeg spørsmålet ikke lenger bør være om vi har råd til helsekontroll, men hvorledes

den bør drives, også for å ta vare på helsetjenestens ressurser på en effektiv måte. Primærlegene bør engasjere seg i dette spørsmålet. - Det tredje område er individuell helseopplysning og påvirkning av familiene og den enkelte for å motivere dem til en sunnere livsstil. Dette arbeid er antakelig viktigere enn all annen forebyggende virksomhet, og primærlegen har en avgjørende rolle i hele dette forebyggende arbeid, men det er like klart at den nåværende betalingsordning er en vesentlig hindring for å utvikle det. Helseopplysning er i dag ubetalt luksusytlelse fra legenes side.

8. Hvordan skal primærhelsetjenesten organiseres og finansieres?

Dermed er vi kommet til en av rosine i pølsen, og jeg understreker at jeg ikke snakker om inntektsnivå, bare om betalingsordning. Jeg må først gi en innføring i de problemer som knytter seg til finansieringsordningene i helsetjenesten. Mange har trodd at det er mulig, på prinsipielt grunnlag å lage en ideell finansieringsordning for alle helsetjenester, enten det gjelder primærhelsetjenesten, sykehuse- ne, hjemmesykepleien eller

andre tjenester. Etter hvert melder det seg imidlertid alltid bivirkninger som vrir virksomheten skjevt i forhold til de mål alle var enige om. Det eksisterer derfor neppe ideelle løsninger, blant annet fordi resultatene avhenger av om det er korte eller lange avstander, få eller mange leger, sykehus, privatpraktiserende spesialister, o.s.v. En må derfor studere oppgavene, stille opp mål, analysere forskjellige ordninger og deres sannsynlige bivirkninger, og så forsøke å lage den best mulige ordning.

De fleste land har endt med kombinerte ordninger.

Ser vi på primærlegene, er det antakelig fire forskjellige måter å betale dem på:

- Takstsystem med betaling for hver enkelt ytelse, slik vi stort sett har det i Norge.
- Fast lønn for fast arbeidstid, slik vi har det ved enkelte poliklinikker og helsesentre.
- Fast lønn for å ha ansvaret for en liste med mennesker, slik de har det i Storbritannia.
- Fast lønn for å ha ansvar for et distrikt.

Betalingsordninger for primærlegene.

28-2-7.
Fig. 18

Betalingsordninger	Arbeids- omsats	Service- holdning	Leges- forhold	Praksis- profil	Henniss- og innlegg.	Forebygg- arbeid	Helsetjen- økonomi
1. Takstsystem	+	+	-	-	?	-	-
2. Fast lønn- fast arbeidstid	-	-	-	+	-	-	-
3. Fast lønn- liste	+	+	+	+	-	-	+
4. Fast lønn- distrikt	+	+	+	+	-	+	+

Kombinasjoner er mulige og vanlige. For eksempel har danskene lister, men legene har fast lønn pluss betaling for hver ytelse. I tabellen har jeg antydning om oppfatninger som ofte gjør seg gjeldende om de forskjellige ordninger, men det er stor uenighet, blant annet avhengig av politisk syn. Jeg kan ikke diskutere disse 7 x 4 = 28 påstander; jeg vil bare vise at dette problemet ikke er så enkelt som mange tror. Dette er vanskelige problemer, synes jeg, og historien viser at almenpraksis og almenpraktikere ofte har motstridende interesser. For eksempel krever god almenpraksis et fast pasient-legeforhold, mens legeföreningene i alle land allikevel har insistert på et takstsystem som ofte gir best inntekter. Meget tyder imidlertid på at legenes holdninger er myket opp, fordi de:

- er bekymret dels over de store etablerings- og driftsutgifter og dels over den kommende raske økning i legetallet.
- ønsker større økonomisk trygghet og mer regulerte arbeidsforhold.

Det kan derfor tenkes at vi akkurat nå er i en situasjon hvor legenes og pasientenes interesser faller sammen. I så fall har vi en parallell til situasjonen i 1911, da både befolkning, politikere og leger var interessert i å opprette en sykekasse for folk med lav inntekt. Den skaffet pasientene leger og legene et sikrere inntektsgrunnlag. Det vi nå bør strebe etter, er en ordning som gir pasientene fast lege, men det er mange veier til dette målet, og vi bør ikke låse oss i uproduktive og u-nødvendige prinsipielle standpunkter. En ordning kunne være distriktsleger på landet og lister i byene, men der er mange muligheter, også for flere ordninger samtidig. Jeg vil understreke at jeg tror det er viktig at en finner en ordning som opprettholder pasientenes frie legevalg.

Hvis denne saken kjører seg fast, er det lett å mane frem et spøkelse. De mange nye legene vil først prøve sykehusene, vesentlig fordi sykehusene tilbyr god økonomi, fast arbeidstid, godt faglig miljø, høy status og karrieremuligheter. Hvis sykehusene tar dem, betyr det en svær

vekst av sykehusvesenet og stagnasjon av primærhelsetjenesten. Hvis sykehusene ikke tar dem, må de ut i praksis. Landpraksis blir økonomisk umulig, så de må kjempe om pasientene i byene. Der må le satse på takstsystemet, let vil si på laboratorierøver, og resultatet blir alle for alle: en dårlig, yr og urettferdig primærhelsetjeneste. Derfor regner jeg denne saken som den viktigste i norsk medisin idag.

9. Hvilket tekniske nivå skal en ta sikte på?

Det er uenighet om hvor langt en skal ruste opp helsesentrene. Mitt syn er at sentrene må ha de moderne hjelpemidler som gjør arbeidet sikrere, raskere og lettere, men utstyr må ikke komme i veien for et nært pasient-legeforhold, og almenpraktikeren må ikke konkurrere med sykehusene, spesialistene og poliklinikkene om laboratorieservice. Dette spørsmålet kan løses gjennom en finansieringsordning som oppmuntrer almenpraktikeren til fornuftige investeringer, men samtidig hindrer at laboratoriet blir en spesiell inntektskilde. På dette området tror jeg på styring gjennom betalingsordning.

10. Hva skal forholdet være til sosialtjenesten?

Forholdet mellom helse- og sosialtjenesten er på langt nær avklart. Mange pasienter har medisinske og sosiale problemer som er filtret inn i hverandre til ett nøste, og mange spør om en i det hele tatt kan skille mellom helse- og sosialproblemer. De som føler at skillet er unaturlig, påberoper seg WHO's helsedefinisjon. Allikevel har de fleste land endt med å sette et skille mellom helse- og sosialtjeneste, fordi de føler at det er to etater med forskjellige mål, filosofi, utdanning, arbeidsmåte, organisasjon og budsjett.

For bare 2-3 år siden mente mange at en burde rive ned gjerdet og lage kombinerte helse- og sosialsentre, der helse- og sosialtjenesten arbeidet hånd i hånd. Det er antakelig riktig å si at erfaringene ikke har vært gode, hverken hos oss eller i andre land.

Jeg er usikker i denne saken. Antakelig må det være to etater, men de må samarbeide.

Legene må engasjere seg i sosiale problemer, og i mange tilfelle - muligens alltid - er det behov for sosionomer ved helsesentrene.

11. Hvilke andre helseprofesjoner skal arbeide i helsesenteret?

La oss nå se på hvilke andre helseprofesjoner som bør trekkes inn i teamet. Det har vært argumentert for følgende profesjoner:

- Helsesøster er en nøkkelperson som har ansvaret for en vesentlig del av det forebyggende og oppsøkende arbeid. Hun har direkte kontakt med familiene, og hun bør ha et risikoregister over familier og personer som trenger spesielt tilsyn, for eksempel "multiproblemfamilier", gamle som bor alene, o.s.v.

- Legesekretær er en viktig person som blant annet skal holde orden på ca. 6.000 pasientjournaler.

- Sykepleier som kan ta hånd om skiftninger, behandling, prevensjonsveiledning og mange andre spørsmål.

- Fysiokjemikere til å drive laboratoriet.

I tillegg har det vært argumentert for to mer sideordnede profesjoner:

- Fysioterapeut ved helsesentrene har vært forsøkt med gode erfaringer i Tromsø. Jeg tror det er for tidlig å si noe om hvorledes dette vil utvikle seg.

- Sosionom, som jeg alt har nevnt.

For meg reiser denne diskusjonen to viktige spørsmål: antall og typer av personell. Når det gjelder type av personell, synes jeg en tenker i for tradisjonelle baner. For meg ser det ut som om det øvrige personell også må være generalister og kombinere sykepleie, laboratorie- og sekretærarbeid. To argumenter taler for dette. For det første arbeidets art: en fysiokjemiker vil for eksempel arbeide langt under sin kompetanse og mistrives. For det andre må hjelpepersonellet kunne hjelpe hverandre og løse for hverandre. Jeg tror derfor at primærhelsetjenesten må gå inn for en egen type hjelpepersonell, en generalist med for eksempel ca. 1½ års utdanning. Det andre viktige spørsmålet er antall hjelpepersonell. Økonomiutvalget regnet med 1,5 ansatt pr. lege, og i

øyeblikket er det takstene som avgjør dette. For meg er det helt urimelig at et tilfeldig takstsystem skal avgjøre dette spørsmålet, og jeg etterlyser systematiske undersøkelser over hva behovet egentlig er. Jeg synes almenpraktikerne har engasjert seg altfor lite i denne saken, og det dreier seg i virkeligheten om forholdsvis små beløp. La oss si at hver primærlege fikk en ekstra hjelper. Det betyr:

- ca. 2.000 personer eller ca. halvparten av de stillinger helsetjenesten fikk i 1976

- ca. 200 millioner kroner eller 2% av helsebudsjettet, mindre enn driftsbudsjettet for det nye Haukeland sykehus.

Poenget er at en regner i daler for sykehusene og i skilling for primærhelsetjenesten, og primærhelsetjenesten har avfunnet seg med dette, istedenfor å studere sine egne behov: hva krever god almenpraksis?

12. Hvorledes skal dette finansieres?

Jeg vender nå tilbake til finansieringsproblemen igjen. Hvorledes finansieres virksomheten i dag? Primærlegene må få endene til å møtes, og jeg vil kaste to brannfakler:

- finansiering av gruppepraksis. Gruppepraksis krever i dag ca. dobbelt så store driftsutgifter som solo praksis, og utgiftene dekkes stort sett ved laboratorieprøver.

- bedriftshelsetjenesten er forholdsvis godt betalt og yter på den måten tilskudd til almenpraktikerens virksomhet.

Jeg trekker foreløpig bare to konklusjoner av dette. Den ene er at det må finnes bedre måter å løse dette spørsmålet på, den andre er at her trengs forskning for å lære mer om hva god almenpraksis er. Samfunnet har råd til å betale for god praksis, hvis vi bare kan bli sikre på hva det er og hvorledes den bør finansieres.

13. Hva med sykehjem og sykestue?

Det ville være galt å lukke øynene for ett viktig problem i primærhelsetjenesten, og det er den faglige stimulering og utfordring. En må

ikke organisere tjenesten slik at den blir kjedelig, en grå og langtekkelig kose- og snakkemedisin. Selvsagt kan en hevde at det ligger menneskelige utfordringer her som burde være store nok, men vi må huske at primærlegen også skal utdannes og trenes i den harde kjerne av faget, slik at han mestrer alt den rommer, fra en stor trafikkulykke til tidlig diagnose av kreft.

Jeg tror det finnes en vei å gå her. Om få år har vi sykehjem i alle kommunene, og primærlegene vil fungere som leger ved sykehjemmene. I dag har dette arbeidet lav status og kvalitet. En kunne slå to fluer i en smekk, hvis en lot primærlegene få disponere et par senger ved sykehjemmene til kortvarige innleggelser, for eksempel av pasienter som bør observeres nærmere, pasienter som er skrevet ut tidlig fra sykehus, mindre skader, o.s.v. Dette er i virkeligheten det gamle sykehusprinsippet, og jeg tror det ville bedre det faglige miljø på sykehjemmene, stimulere legene, og spare mange sykehusinnleggelser. Det fins enda noen sykestuer igjen i Nord-Norge, og erfaringen viser at dette ikke er gammeldagse institusjoner.

14. Hvorledes skal helsesentrene styres?

I denne forbindelsen er det naturlig å omtale styringen av helsesentrene. Det ligger minst to problemer her. Det ene gjelder den daglige ledelse. Enkelte steder er det oppstått en kompetansestrid mellom leger og annet helsepersonell om dette, men det ser ut til at legene som regel klarer å holde sine gamle posisjoner. Stort sett, tror jeg den bør lede som er best skikket til det, og personlige egenskaper spiller ofte like stor rolle som faglige kunnskaper. Jeg synes derfor ikke det er riktig å ha fastlåste meninger om dette spørsmålet.

Det andre spørsmålet er viktigere. Det gjelder befolkningens innflytelse på driften, for eksempel på åpningstider, ventetider, vaktordninger, service o.s.v. Befolkningen bør ha rett til å påvirke slike spørsmål, men erfaringen viser at det er en grense mellom slike ting og de faglige spørsmål som fagpersonalet føler er deres avgjørelse. Jeg har ingen oppskrifter her, og

jeg tror det er behov for å samle erfaringer med forskjellige ordninger i vårt eget land.

15. Hva med spesialitet og karriere?

Jeg vil også kort nevne et spørsmål som jeg tror er viktig, nemlig spørsmålet om spesialitet og karriere. På lang sikt bør en arbeide for å få bort klaseskillet mellom spesialister og generalister: det er hverken simple eller lettere å være generalist enn spesialist. Jeg tror også en bør arbeide for å få en viss "karrierestige" i almenpraksis, slik at en får anerkjennelse for den utdannelse og de erfaringer en skaffer seg. Hvorledes dette skal løses, går jeg ikke nærmere inn på her, men jeg tror dette er viktige spørsmål for almenpraktikerstanden.

16. Hva bør gjøres?

Tiden er inne til å avslutte denne oversikten over primærhelsetjenesten, og jeg summerer opp konklusjonene først:

- Primærhelsetjenesten er en hjørnestein i norsk medisin og må fortsatt være det.

- Den er allikevel forsømt på alle måter, dels ved dårlig rekruttering, men fremfor alt ved at den mangler en gjennomarbeidet ideologi. En slik ideologi må ta utgangspunkt i det pasienten ønsker, nemlig trygghet.

- Tiden er inne til å ta opp organisasjons- og finansieringss spørsmålet med sikte på å skaffe pasientene en fast lege. Stikkordene bør være trygghet, nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet.

- Med den nåværende tilgang på leger kan vi i løpet av få år organisere en god primærhelsetjeneste.

Hva betyr disse konklusjonene? For å svare på det, vender jeg tilbake til der jeg begynte: budskapet om at almenmedisinen er inne i sin skjebnetime. Jeg synes de

praktiserende legene selv bør ta offensiven og forklare befolkningen hvorledes primærhelsetjenesten bør organiseres og myndighetene hvorledes den bør finansieres. Det forutsetter et uavhengig og fordomsfritt utdringsarbeid ved de beste folk dere kan skaffe. Det bør begynne nå, og mitt siste råd er ideologien. Glem den ikke! TRYGGHET.