

Hjälp oss att hitta fler specialister!

## Norge efterlyser samarbete för att locka svenska läkare

**Allt fler svenska läkare söker sig till Norge. Trots att det idag finns fler legitimerade läkare i Norge än någonsin tidigare ökar antalet lediga tjänster på norska sjukhus. Med hjälp av bl a Sveriges läkarförbund försöker nu det norska social- och hälsodepartementet få fler att ta steget över gränsen.**

I Norge pågår en intensiv debatt om läkarnas arbetsförhållanden på sjukhusen. Det finns ett stort missnöje med arbetstider och löner, och många lämnar sina tjänster på sjukhusen för att övergå till annan verksamhet.

Men den norska debatten avskräcker inte svenska läkare att söka sig till Norge. Under 1995 fick 320 svenska läkare auktorisation för att arbeta på norska sjukhus (mot 225 1994), och svenskarna är därmed den största gruppen läkare av dem som kommer från ett annat land.

– Vi får omkring 5–6 samtal i veckan från svenska läkare som vill höra sig för om möjligheterna att arbeta i Norge, berättar Ann-Mari Ebenius på Sveriges läkarförbunds utredningsavdelning.

– Främst rör det sig om unga läkare

som har svårt att få sin allmäntjänstgöring eller specialisttjänstgöring genomförd i Sverige.

Trots att det aldrig tidigare funnits så många läkare i Norge som nu – Den norske laegeforening hade 12 750 medlemmar i slutet av 1995 – så ökar antalet vakanta tjänster. De färskaste siffrorna (1994) talar om 600 vakanta läkartjänster (450 på sjukhus och 150 inom primärvården).

### Norsk »headhunting»

Normännen har tagit fasta på svenskarnas intresse och driver en egen »headhunting». Hösten 1995 fick såväl Sveriges läkarförbund som Landstingsförbundet en förfrågan från det norska social- och hälsodepartementet om hjälp att rekrytera främst specialister till norska sjukhus.

Det rör sig om ett stort antal lediga tjänster inom bl a internmedicin, psykiatri, geriatrik, radiologi, anestesi och gynekologi. De aktuella sjukhusen finns spridda över hela Norge.

Läkarförbundet svarade att man gärna utvecklar ett samarbete och utbyte av information om lediga tjänster, men att antalet arbetslösa specialister i Sverige för närvarande är litet (ca 50 stycken i

augusti 1995). Sedan dess har förbundet inte hört något ytterligare från det norska departementet.

Enligt de avtal som finns mellan nordiska länder får en svensk läkare automatiskt obegränsad auktorisation att arbeta på norska sjukhus. Fylkeslegen i Oslo utfärdar auktorisationen och de handlingar som skickas dit måste vara vidimerade av en svensk myndighet. Efter exempelvis en AT-tjänstgöring i Norge får man automatiskt och utan avgift svensk legitimation.

Norska sjukhus har i allt större utsträckning börjat använda bl a Läkartidningen för att annonsera lediga tjänster. För svenska läkare som är intresserade av att arbeta i Norge finns även möjlighet att prenumerera på enbart annonsdelen i den norska läkartidningen »Tidsskrift for Den norske laegeforening».

En AT-läkare i Norge har ca 16 000 NOK i grundlön. Med tillägg, t ex jourtillägg, ligger genomsnittslönen på drygt 23 000 NOK. ST-läkarna i Norge har en grundlön på ca 19 000 NOK, med tillägg hamnar lönen på ca 27 500 NOK. Överläkare har ca 24 000 NOK i grundlön, men når drygt 35 000 NOK efter alla tillägg.

Peter Örn

registret. Den individuella förskrivningsstatistiken kan vara ett värdefullt redskap för individens egen fortbildning och kvalitetskontroll, men läkemedelskommittéerna (eller chefsöverläkarna) kan rimligen inte ha något intresse av individstatistik – om inte kommittéernas uppgift ska vara kontrollerande på individnivå. Läkarförbundet är mycket kritiskt till en sådan kontrolluppgift för kommittéerna, det skulle bl a allvarligt minska intresset hos läkare att delta i kommittéernas arbete.

### Säkrare informationsbehandling

Apoteksbolaget anser liksom Landstingsförbundet att receptregistret bör innehålla patientens personnummer i stället för postnummer. Postnummer innebär problem bl a då läkemedelskostnader ska redovisas till rätt sjukvårdshuvudman i fall då landskap om län inte stämmer överens. Med individens identitet på receptet blir informationsbehandlingen betydligt säkrare och apotekens personal ges ökad möjlighet att bidra till en bra läkemedelsanvändning för patienten, menar Apoteksbolaget.

LIF befarar att de resurser som måste läggas på utveckling, drift och underhåll av de nya registren ska leda till ökade kostnader för läkemedelsdistributionen, och därmed ökade kostnader för läkemedel.

### Kreditsystem ett dåligt förslag

Högekostnadsskyddet är tänkt att delas upp i två separata; ett för läkemedel och ett för behandling. Taket för egenavgiften föreslås vara 1 000 kronor under en 12-månadsperiod. Åldersgränsen höjs samtidigt till 18 år för barn med gemensamt familjeskydd.

Landstingsförbundet ställer sig bakom förslaget om ett enhetligt tak för hela landet. Däremot är förbundet kritiskt till uppgiften om att förändringarna inte skulle innebära högre kostnader för landstingen.

Apoteksbolaget skriver i sitt remissvar att utredningen Reform på recept även överskattar patienternas förmåga att klara en egenavgift på upp till 1 000 kronor, och menar att avgiften måste avvägas så att det inte uppstår ett behov av kreditrutin. Ifråga om kreditmöjlig-

heter avstyrker därför Apoteksbolaget utredningens förslag.

Bolaget för istället fram ett eget förslag som bygger på att kunden kan få temporärt betalningsansånd om det bedöms att kunden omgående måste få läkemedlet.

Läkarförbundet ser principiellt positivt på förslaget till uppdelning och ändrad åldersgräns. Däremot är förbundet kritiskt till den föreslagna kreditfunktionen: dels krävs ett nytt och kostsamt administrativt system, dels är det integritetskränkande att behöva ta upp en diskussion om kredit inom hörhåll för andra människor.

Även LIF avstyrker förslaget om ett kreditsystem för betalningssvaga kunder. Egna beräkningar visar bl a att en kreditfunktion kan leda till betydande merkostnader för Apoteksbolaget i form av räntekostnader, kredithanteringskostnader etc. Samtidigt varnar LIF för att den höjda egenavgiften vid läkemedelsinköp kan få till följd att patienten helt enkelt inte har råd att hämta ut sina mediciner.

Peter Örn