

Flere fastleger – med bedre tilgjengelighet

Tidsskriftet presenterer i dette nummer to viktige og aktuelle undersøkelser for fastlegene, spesielt for leger i utkantkommuner. De aktuelle dataene er innhentet lenge før fastlegeordningen ble innført, men er relevante som bilde på status før 1.6. 2001. Når den nye fastlegetjenesten skal evalueres, kan nettopp slike undersøkelser vise seg særlig verdifulle, fordi de gir et sammenlikningsgrunnlag man ofte savner.

Funnene til Fred Andersen og medarbeidere belyser hvilke faktorer som hemmer og hvilke som fremmer rekruttering og stabilitet blant allmennleger (1), mens Eli Anne Brügger & Ola Jøsendal med sin artikkel går direkte inn i den aktuelle diskusjonen om organisering av legevakt og beredskap på døgn- og dagbasis (2). Stabilitet og tilgjengelighet er sentralt for kvaliteten på tjenesten listepasientene får. For legene har flere tidligere undersøkelser vist at høy vaktbelastning medvirker til dårlig rekruttering og manglende stabilitet (3, 4).

I undersøkelsen om stabiliteten i legetjenesten i Nord-Norge er kommunelege I brukt som informant, ikke alle nåværende eller tidligere allmennleger. Men de aller fleste i stillingen kommunelege I er i større eller mindre grad også allmennlege i sine kommuner. Dessuten vil kommunelege I være den av legene som har best kjennskap til legetjenesten, kommunen, de kommunale tjenester og andre rammevilkår av betydning. Resultatene kunne likevel vært annerledes om alle allmennleger var blitt spurt.

Undersøkelsen peker på mange viktige faktorer for legers trivsel og for stabilitet i legetjenesten i utkantkommunene, bl.a. avstand til sykehus, herunder syketransport og ledsagertjeneste, legenes arbeids- og vaktbelastning samt godt faglig nettverk (kolleger, helsesøstre og ambulanspersonell). På basis av funnene anbefales en del «strukturelle endringer» for å bedre helsetjenesten. Spørsmålet er om det finnes kompetanse og vilje til å gjøre konkrete tiltak i disse kommunene.

Undersøkelsen indikerer at høy stabilitet for kommunelege I er en nøkkelfaktor for å sikre stabil allmennlegedekning. Hvorfor får ikke dette funnet den omtalen det fortjener? Dersom dette er riktig, må kommunene fremfor alt satse på å rekruttere og beholde en god legeleder, en som kan profilere kommunen med fornøyde fastleger i et godt fag- og arbeidsmiljø.

Siden 1970-årene har mange arbeidstidsundersøkelser blant allmenn- og distriktsleger vist at legevaktarbeid utgjør en sentral del av deres samlede arbeidsbelastning. En studie fra 1993 bekreftet en svært høy og

nærmest uendret gjennomsnittlig arbeidstid (5). Det er derfor ikke overraskende at vaktbelastningen medvirker sterkt ved legenes vurdering av fremtidige arbeidsvalg/flytteplaner (3).

Rundt 1990 var fastlønnede allmennlegetillinger den dominerende kontraktstype i mange av landets kommuner, særlig i små utkantkommuner. Også i dag er det behov for mange fastlønnede leger, fordi det kurative dagarbeidet ikke gir tilstrekkelig næringsgrunnlag. Uten gode fastlønsordninger eller subsidierte fastlegeavtaler vil disse kommunene tape i kampen om fastlegene.

Det fenomenet av perifere kommuner er mindre attraktive, skyldes i stor grad utkantlegenes vaktbelastning. Namdals-modellen ble derfor støttet av fastlegeprosjektet, og ble sett på som en viktig forutsetning for en landsomfattende fastlegeordning. En fersk undersøkelse fra Aust-Agder bekrefter at legenes motiv for å gå inn for en stor interkommunal legevakt, fremfor alt var ønsket om lettere vaktbelastning (6). For mange leger er det også faglig mer tilfredsstillende å kunne tilby pasientene adekvat undersøkelse og behandling på en fast bemannet legevakt (6).

Legevaktundersøkelsen fra Radøy (2) viser hvor enkelt en vitenskapelig undersøkelse kan legges opp og likevel gi viktige data. Den bekrefter at legevakter i liten grad er en akuttmedisinsk tjeneste. I all hovedsak dreier det seg om vanlig allmennmedisinsk arbeid, som av ulike grunner er lagt utenom ordinær arbeidstid. Den antyder også at omfanget av legevaktarbeid varierer mye i Norge, med legedekningen på dagtid som en viktig forklaringsfaktor. I en fastlegeordning vil det si legenes listelengde. Leger med lange lister vil ha mindre muligheter til å dekke opp listepasientenes behov for legehjelp for akutt eller subakutt sykdom, og dermed skyve mer over på legevakten.

Radøy-artikkelen viser at mange kontakter avsluttes med faglig veiledning på telefon. Andre har vist at mange henvendelser kan besvares med råd fra sykepleier eller ved at vedkommende henvises til egen lege dagen etter (6). Det understreker også hvor viktig det er at fastlegene er tilgjengelige på telefon for sine listepasienter på dagtid.

Bruken av allmennlegetjenester ble doblet fra 1978 til 1993 (5). En modell for beregning av listestørrelse for å sikre god kvalitet i fastlegens tjenestetilbud hadde fortjent mer oppmerksomhet (7). Selv om mange fastleger nå har ønsket seg og fått lange praksislistene, er det grunn til å minne om at denne artikkelen konkluderte med at listestørrelsene som skal tilsvare ett legeårsverk,

må settes lavere enn 1 500. Listepasientene vil kreve god tilgjengelighet hos sin fastlege, mens fastlegen må ha god tilgjengelighet for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud. Dette er særlig nødvendig for å ivareta listepasientene når de blir alvorlig og/eller akutt syke og virkelig har behov for legehjelp.

I neste omgang vil disse forhold avgjøre nivået på den beredskaps- og legevakttjenesten som kommunene må bygge opp. I et brev til fastlegene i Oslo i sommer skriver Legeforeningens president: «Det normale skal fortsatt være at pasientene kommer i kontakt med sin lege, *AMK og legevakt er nødløsninger når det haster.*» Enkelte politikere har truet med å annullere fastlegeordningen fordi akuttpasienter er blitt kasteballer. Vi får håpe de besinner seg. Men da må fastlegene sørge for god tilgjengelighet, slik at de sykeste får et forsvarlig behandlingstilbud. Kommunene må på sin side sikre en lovhjemlet, forsvarlig beredskap med en legevakttjeneste som gir innbyggerne trygghet for å få nødhjelp når det trengs.

Folke Sundelin

folke.sundelin@grefsen-kjelsas.
oslo.kommune.no
Kjelsås legesenter
Kjelsåsveien 114
0491 Oslo

Folke Sundelin (f. 1946) er bydelsoverlege i bydel Grefsen/Kjelsås i Oslo.

Litteratur

1. Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas IJ. Legemangelsen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2732–5.
2. Brügger EAU, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
3. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3134–9.
4. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296–8.
5. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1489–92.
6. Werner EL. Legevakten i Arendal – en ny modell for interkommunal legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1704–6.
7. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 786–7.