

Legevaktarbeidet må styrkes gjennom bedre organisering, flere allmennleger og mer forskning

Legevaktens fremtid

Befolkningens behov for akutt helsehjelp er i stor grad basert på lett tilgjengelige legetjenester, og legevakt er et etablert begrep i folks bevissthet. Organiseringen av legevakt er et kommunalt ansvar. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ble opprettet i 2005 i tilknytning til Universitetet i Bergen. Hensikten var å styrke kompetansen innen norsk legevaktmedisin, bl.a. gjennom forskning (1).

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres fem artikler om ulike sider av legevaktorganiseringen (2–6), hvorav fire fra dette senteret (2–5). Tobias Nieber og medarbeidere viser at det er store forskjeller i organiseringen av legevakttjenesten (2). I 2005 deltok om lag to tredeler av alle norske kommuner i en interkommunal legevaktordning, og en tredel av de øvrige hadde planer om det. Erik Zakariassen og medarbeidere beskriver store variasjoner i type lokaler og rutiner (3). Bare halvparten av legevaktene hadde et system for opplæring av leger og annet helsepersonell, og bare halvparten av vaktlegene brukte alltid helseradionettet. Det er også store forskjeller i pasienthenvendelser, slik Elisabeth Holm Hansen & Steinar Hunskaar viser i sin studie fra tre legevakter (4). Hogne Sandvik & Steinar Hunskaar viser (5) at fastleger mottar bare noe over halvparten av all refusjon for legevakt, og eldre og kvinnelige leger har langt lavere inntekter fra legevaktarbeid enn yngre og mannlige leger. Fastleger i små og perifere kommuner med god legedekning har høye vaktinntekter fra legevaktarbeid, mens lange og fulle lister er assosiert med lave inntekter. Offisielle tall inneholder sannsynligvis flere feil om fastleger og legevakt: Fastleger deltar i slike ordninger i mindre grad enn det som har vært antatt, ifølge Bjørn Otterlei & Niels Bentzen (6).

Resultatene fra disse studiene må vurderes i lys av tre forhold: allmennmedisinens manglende vekst de senere årene kombinert med økte oppgaver, stigende gjennomsnittsalder for norske allmennleger samt myndighetenes manglende vilje til å bedre organiseringen av legevakt.

Fra 1980 til 2001 økte antall legeårverk i somatiske sykehus betydelig, fra 8,8 til 16,0 per 10 000 innbyggere, mens antall legeårverk i primærhelsetjenesten var stabilt (7). Etter fastlegereformen i 2001 har veksten i antall legeårverk i spesialisthelsetjenesten frem til 2005 vært på 13 % – mot 1,6 % i allmennlegetjenesten (7). Basert på data fra Statistisk sentralbyrås inntekts- og kostnadsundersøkelser fra 1998 og 2003 er det grunn til å anta at fulltidspraktiserende allmennleger har økt sin ukentlige arbeidstid med 6–7 timer til 49 uketimer (7). Vaktarbeidet kommer i tillegg. Allmennlegene er også blitt eldre; gjennomsnittsalderen har steget fra 43,5 år i 1995 til 47,1 år i 2006 (A. Taraldset, Legeforeningen, personlig meddelelse).

Allmennleger opplever daglig et økende arbeidspress med høye forventninger til samhandling med ulike instanser. Flere pasienter enn før er eldre og kronisk syke, de har oftere sammensatte helseproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer. Allmennlegens kompetanse er også etterspurt fra andre deler av helsetjenesten, slik som sykehjem, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, samfunnsmedisin, praksiskonsulenter og lokale NAV-kontorer. Deltakelse i legevakt kommer på toppen av dette. I byene dreier det seg om primærvakter med opptil 40–50 konsultasjoner på én kveld. Mange leger synes det er utrygt å reise på sykebesøk alene nattetid både i by- og landdistrikt. I spesialisthelsetjenesten går de fleste leger over fra pri-

mærvakt til sekundærvakt fra de er 30–40 år. Allmennleger kan søke fritak for legevaktdeltakelse fra de er 55 år. De nærmeste årene vil antall fastleger som deltar i legevakt, falle ytterligere pga. økende gjennomsnittsalder. Når blir det ikke lenger mulig å fylle vaktlistene?

Dessverre har situasjonen i altfor stor grad vært preget av manglende vilje til å legge forholdene til rette for gode legevaktordninger (8). Det er en påfallende forskjell mellom spesialisthelsetjenestens satsing på den akuttmedisinske kjeden, med profesjonalisering, avansert utstyr, trening og øvelser, og manglende satsing på legevakt. Utenfor byene er allmennlegen en tilgjengelig og selvsagt deltaker i akuttmedisinske situasjoner. I byene må fastlegene også finne sin rolle i slike situasjoner.

En god allmennlegetjeneste og legevakt kan forebygge innleggelse i sykehus (9). Men fastlegeordningen kan være i fare dersom det ikke tilføres et betydelig antall nye allmennlegeårverk de nærmeste årene. Dersom fastlegene ikke får tid til å gjøre det de kan og er satt til å gjøre, vil spesialisthelsetjenesten måtte utføre flere arbeidsoppgaver som billigere og bedre kan utføres i en velfungerende allmennlegetjeneste. Det er også grunn til å frykte at stort arbeidspress på dagtid kan redusere tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp og dermed forskyvning av oppgaver til legevakt.

Allmennlegetjenesten må styrkes slik at vaktordninger kan holdes innenfor rammen av en fornuftig arbeidstid og arbeidsbelastning og i trygge omgivelser. Det må være rom for at allmennleger kan ta svangerskapspermisjon og at leger med småbarn kan slippe legevakt uten at vaktturnusen ryker. Planlagt fravær i forbindelse med forventet sykefravær, studiepermisjon, kurs o.l. må kunne gjennomføres uten større problemer. I flere deler av landet bør det vurderes å innføre tosjiktet vaktssystem, der eldre leger gis anledning til å ha bakvakt, slik man har ved sykehus. Slik kan man også sikre reell veiledning av yngre leger. Viktigst av alt: Vi trenger nasjonale standarder for legevaktordningene og mer forskning. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er godt i gang.

Gisle Roksund
gisle.roksund@gmail.com

Gisle Roksund (f. 1951) er leder i Norsk forening for allmennmedisin, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og fastlege ved Klosterhagen legesenter i Skien

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. www.legevaktmedisin.no [27.4.2007].
- Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT et al. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1335–8.
- Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH et al. Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1339–42.
- Hansen EH, Hunskaar S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1344–6.
- Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347–50.
- Otterlei B, Bentzen N. Færre fastleger deltar i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1351–3.
- Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no [27.4.2007].
- Janbu T. Legevakt – rammer og kvalitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 333.
- Starfield B. The primary solution. <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.html> [27.4.2007].