

For hundre år siden dro distriktslegene i sykebesøk. Nå drar heller pasientene til legevakten. Men sykebesøk kan være avgjørende for god behandling og oppfølging

Fra huslege til legehús

For en distriktslege på slutten av 1800-tallet kunne et sykebesøk vare i flere dager (1). Folk tok det ikke som en selvfølge at doktoren alltid kunne komme. For hundre år siden ble fremdeles en god del av allmennlegenes arbeidsdag tilbrakt på veien, selv om telefon og bil raskt bidro til mer pasienttid (1). Min farfar, Abraham Randinius Aasland (1879–1942), som var allmennlege i Skien i årene 1914–42, var ikke blant automobilpionerene. Han brukte gjerne apostlenes hester og døde faktisk på vei til sykebesøk til fots. Også for min far Arne Jacob Aasland (1913–85), som overtok praksisen, gikk mye av tiden med til sykebesøk. Arbeidsdagen var todelt: Pasientarbeid på legekantoret på dagtid, hjem til middag med en kort middagshvil, og så ut med bilen i 3–4 sykebesøk. I helgene organiserte allmennlegene i Skien sin egen frivillige vaktordning.

Selv hører jeg til legegengasjonen som kjørte legevakt som attåt-næring. Det var en stor utfordring som ung, uerfaren lege å komme hjem til en bekymret familie og formidle ro og trygghet. På den tiden var det imidlertid ikke noe som het pasientsikkerhet – folk var glad om de fikk lege hjem og tok det som en selvfølge at doktoren alltid gjorde det som kunne gjøres.

Denne formen for legevaktvirksomhet er nå erstattet med nye kommunale legehussystemer. Det er selvsagt mer rasjonelt at pasientene kommer til legen enn at legen besøker hver enkelt pasient. Av 191 kommunale og interkommunale legevaktordninger i 2014 var det bare fem som var kategorisert kun som «kjørende lege». De aller fleste var lokalisert i en eller annen form for legehús (2). Men fremdeles er legevaktarbeid i stor grad attåt-næring for leger som ikke nødvendigvis arbeider i primærhelsetjenesten. I 2013 ble bare 20,4 % av alle legevaktkonsultasjonene utført av spesialister i allmennmedisin (3). Resten er nok unge og ferske leger, med mye teoretisk og mindre praktisk kompetanse (4). Det er ikke vanskelig å få jobb som tilfeldig legevaktlege, mange fastleger er lite motivert for ekstra vaktarbeid og gir mer enn gjerne fra seg vaktene sine (5).

En legevaktordning basert på tilfeldige leger er selvsagt ikke optimal. I høringsnotatet til ny akuttforskrift (6) er det foreslått at legevaktleger skal være spesialister eller i spesialisering i allmennmedisin eller spesialister eller i spesialisering i indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anestesilogi. Hvis denne forskriften blir vedtatt og fulgt opp, tar vi et viktig skritt mot bedre kvalitet og sikkerhet i legevaktarbeidet.

Oppfordringen om interkommunalt legevaktssamarbeid kom allerede med kommunehelseloven i 1984 og blir fulgt i økende grad. Antallet legevakter som bare dekker én kommune, har gått ned fra 102 i 2009 til 80 i 2014 (2). Man skulle tro at en slik sammenslåing av ressurser førte til bedre kvalitet for hver enkelt legevakt, men det har det foreløpig vært vanskelig å dokumentere. I 2014 har fremdeles åtte av ti legevakter bare én lege på vakt kveld, natt og helg, og bare én av fem legevakter har organisert bakvakt for lege i vakt (2). For mange pasienter vil færre legehús bety lengre avstand til legevakten. Dersom det ikke kompenseres med bedre kvalitet på tjenestene, er det pasienten som taper. Da har vi skaffet oss et akutt og alvorlig helsepolitisk problem.

Det relativt nystartede, men svært produktive Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i dette nummer av Tidsskriftet gitt oss en detaljert oversikt over avstand og tid til legehúsene (7), og de har

beregnet sammenhengen mellom avstand og bruk (8). Senteret er i gang med å bygge opp og drifte et nasjonalt legevaktregister (9) og har utviklet en metode der man ut fra postnummer beregner avstand til nærmeste legevakt og dermed reisetid og reiseavstand for hver enkelt kommune. De finner at jo lengre vei til legevakten, desto mindre blir den benyttet, og at i over halvparten av kommunene vil reiseveien være så lang at det kan true pasientsikkerheten. Det naturlige botemidlet for dette må være å gjøre legevakten mer mobil for å komme de pasientene i møte som ellers ikke ville kommet – altså flere leger i bakvakt. Kanskje er det også viktig å bli flinkere til å avvise pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp?

Mine første skjellsettende sykebesøk som turnuslege i Rogaland gikk heldigvis bra, så vidt jeg vet ligger det ingen døde eller skadede pasienter igjen under den bratte, men fantastiske læringskurven. Vi må ikke i rasjonaliseringens og pasientsikkerhetens navn slutte med hjemmebesøk. Forhåpentlig besøker alle gode fastleger sine pasienter hjemme når det er nødvendig. Det å møte pasienten på hjemmebane, særlig eldre og kronisk syke, men også rus- og psykiatrispasienter, er ofte en forutsetning for å kunne gi god behandling og ikke minst forebygge senere akutte episoder. Hjemmebesøk bør inngå både i turnustjenesten og i grunnutdanningen, slik det er i den nye studieplanen ved Universitetet i Bergen (10, 11).

Olaf Gjerløw Aasland
olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og professor emeritus ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han har siden 1992 forsket på legers helse og arbeid. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003: 285–7.
- Legevaktorganiseringen i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister. Bergen: Uni research, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2014.
- Årsstatistikk – regningskort fra legevakt 2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2014. <http://helse.uni.no/projects.aspx?site=8&project=2523> [3.11.2014].
- Storvik AG. Skjerper kravene til kompetanse på legevakten. Dagens Medisin 21.8.2014. www.dagensmedisin.no/nyheter/hoyner-kravene-til-kompetanse-pa-legevakten/ [18.10.2014].
- Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513–6.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmedisintjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal. Høringsfrist 15. september 2014. www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/1Hringsnotat.pdf [3.11.2014].
- Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2145–50.
- Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2151–5.
- UniHelse. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Nasjonalt legevaktregister. <http://helse.uni.no/projects.aspx?site=8&project=2230> [18.10.2014].
- Paus AS, Neteland I, Valestrand EA et al. Profesjonalitet kommer ikke av seg selv. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1482–3.
- Schei E. Kjendisforeleseren. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1462–5.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no