

Det kostar å vere lag

Ola Jøsendal, f. 1960

gift, fire barn

cand med 1988

M.Sc. Health Promotion, UiB

1996

turnus i Kirkenes

kommunelege II i Radøy fra

1991–1994

forskningsarbeid ved Univer-

sitetet i Bergen fra 1994–1998,

derav tre år som stipendiat

(DNK), med ansvar for eva-

luering av «VÆR røykFRI»

kommunelege I i Radøy fra

1998

Kommunane i Norge har ansvaret for å gje tilbod om legetenester til innbyggjarane i kommunen. Av grunnar som eigentleg ikkje er vel dokumenterte, finn kommunane i aukande grad at det innan helsetenesta er problemer med:

1. å dekke lovbestemt akuttmedisinsk beredskap
2. å ha ei stabil allmennlegegruppe
3. å rekruttere nye allmennlegar

Legane sjølve har ved ulike høve uttalt at allmennmedisinen kan synast skremmande fordi det er

- aukande arbeidsmengde for legane på dagtid
- aukande arbeidsmengde på vakter etter ordinær arbeidstid
- aukande krav til dokumentasjon og kvalitetssikring
- aukande risiko for klager frå pasientar og tilsynsmyndighet
- aukande risiko for negativ mediafokusering
- færre legevikarar til rådvelde etter lønshoppet i sjukehussektoren

I Utposten Nr 6/1999 gjorde Reymert ei kort oppsummering av tilhøva knytta til legevaktordninga i Namdalen. Det er i alt 12 kommunar knytta til ordninga, og det er om lag 35.000 innbyggjarar som er lagt inn under den nye ordninga. Ordninga gjeld vakt om natta, der ein lege er til stades i akuttmottaket og gjer vurderingar saman med sjukepleiar som betjener sambandet. Fem legar er i beredskap som bakvakter, og kvar tek seg av to til fire kommunar. Bakvaktene blir kalla ut dersom lege i akuttmottak meiner pasienten må ha heimebesøk eller konsultasjon før innlegging, eller ved trong for svært rask medisinsk assistanse.

Evalueringa viser at legane lokalt er svært nøgde. Befolkninga ser stort sett ut til å være rimeleg nøgd sidan det så langt ikkje er kome klager eller skryt, medan den kommunen som ligg lengst frå sjukehuset har fått kritikk frå sine innbyggjarar grunna reisetida til lege om natta. Legen som er i beredskap for kommunane i akuttmottaket har sidan 010299 handsama gjennomsnittleg 3 henvendelsar per natt.

Sjukepleiar har i tillegg handsama om lag 6 henvendelsar per natt utan at lege har vore involvert. I løpet av 6 månader har bakvakt vore kalla ut til innsats 43 gongar.

I denne korte framstillinga skal vi sjå litt på kvifor det går rimeleg bra i Namdalen, og kva «kvardags-distrikts-kommunar» må kjempa med av tilleggsproblem.

A. Sjukehus

Sjølv om det er rimeleg mange sjukehus i landet, er det og mange kommunar som ikkje kan legge sin legevakstasjon til akuttmottaket i sjukehuset. Det vil seie at kommunar utan lokalsjukehus står overfor store eller små investeringar i bygg og anlegg og leige og vedlikehald og så vidare. Ein kan heller sjølsagt ikkje vente at sjukepleiar i akuttmottaket ved sjukehuset vil kunne ta del i pasientarbeidet som ligg til kommunelegen. Det vil kanskje vere lite eller ikkje trong for innleigd hjelpepersonell til kommunelegen, dersom vedkomande er i eit akuttmottak. Slik er det ikkje for alle.

B. Pengar

Departementet går inn med friske midlar, i storleik 1,8 millionar kroner til DRIFT i Namdalen. Kostnaden berre med å ha lege på vakt (gjennomsnittleg 5.950,- kroner per natt, x 365 døgn = 2,92 millionar kroner) blir oppunder 3 millionar kroner. Dersom det er to til fem «normale» småkommunar som skal inn med slike midlar for å ha lege på vakt, vil den politiske velviljen forsvinne som eit blylodd i Nordsjøen.

C. Tal på kommunar og folk

Dersom 12 kommunar legg saman sine skjervar og driv fram ein felles legevakstasjon etter modell frå Namdalen, blir økonomien god for alle partar. Dersom det derimot er færre kommunar som ser på eit vakt-samarbeid, er det langt verre å finne kjøt til beina. Det skal vi sjå litt til på. Tross alt er det nokre mil frå tettstad til tettstad mange plassar i landet, og samlar du i hop fire fem kommunar vil det nokre stader bli lange bilturar for halvsnuke bygde-entusiastar.

Tre kommunar i Nordhordaland

Vi tek utgangspunkt i vår «kommunetrio» i Nordhordland som arbeider for bemanna legevakstasjon. Kommune 1 har 12.400 innbyggjarar med 9 legar, kommune 2 har 1.800 innbyggjarar og 2 legar (eller ofte berre ein), og kommune 3 har 4.600 innbyggjarar og 5 legar.

I særavtalen mellom Dnlf og KS står det at kommunen kan tilplikte legen tilstadevakt i eigne lokale med hjelpepersonell dersom det er fleire enn 10 leger som deler vaktturnus. Våre tre kommunar har om lag 16 legar, og fell difor inn under ei slik mogeleg tilstadevakt.

Vi kan rekne med ein driftskostnad (leie av lokale, straum, vedlikehald, vask, utstyr etc.) på om lag 1 mill. kroner per år. Gjennom året kan ein rekne 250 kvardagar og 115 helgedagar. Dersom ein skal ha hjelpepersonell til stades (1 person) frå 15.30 til 23.00 alle dagar utgjir det ei arbeidsbelastning på 1,6 full stilling. Dersom ein skal ha tilsvarande hjelpepersonell til stades frå klokka 23.00 til 08.00 alle dagar utgjir det ei arbeidsbelastning på 1,8 full stilling.

Kvar slik fullfinansiert stilling for sjukepleiar med lønns-trinn 27 kostar 395.000,- inkludert absolutt alt av tillegg og vikarar og medrekna sjukemelding osv. For full vakt drift utanom kvardagar frå 08 til 15.30, må det finansierast 3,4 stillingar til ein kostnad av 1,343 mill kroner per år for hjelpepersonell. Ein lyt tru at det må vere 10–12 personar som deler på å fylle desse 3,4 stillingane på budsjettet.

Vi har så langt kome til at driftsmidlar til stasjonen og løn til hjelpepersonell vil utgjere ein kostnad på om lag 2,34 mill kroner.

Så er det legane

Dersom vi trur at Namdalen skal vere retningsgevande for kva som vil skje, kan vi sjå på to enkle modellar: ein med berre nattevakt, og ein med full drift alle tidspunkt unnta teke kvardagar frå 08.00 til 15.30

Kun nattevakt:

9 timar x 750 kroner x 365 dager = 2,464 mill kroner

Med full drift:

Kveld/natt, kvardagar: $16,5 \times 750 \times 250 = 3,09$ mill kroner

Døgndrift, helgedagar: $24 \times 750 \times 115 = 2,07$ mill kroner

Totalt: 5,16 mill kroner

Det kostar å vere lag

Om Namdalsprosjektet skal vere 'veiledende' for avlønning av legar, og om ein satser på full drift av ein slik legevakstasjon, vil årlege kostnader vere om lag 7,5 mill kroner. I vårt tilfelle er tre kommunar saman med ein samla populasjon på 18.800 innbyggjarar, det er 16 legar involvert.

Den ordninga kommunane har no med døgnvakt for ein lege i kvar kommune, (på «gamlemåten» med koffert og telefon og radio) kostar mindre enn ein million kroner per år for alle tre kommunane til saman. Dersom vi trur at dei 16 legane klarer å skvise ut 250.000,- kroner kvar av pasientane + RTV gjennom hard innsats kvart år, har vi kan-skje ytterlegare fire millionar å bidra med i rekneskapet på inntektssida. Ein kan kanskje anta at innteninga i ein legevakstasjon vil vere i samme storleik som for dei 16 legene samla. Men då må «komfort-rushet» på ettermiddagen bli handsama og innlemma i rekneskapen.

Saka si kjerne er at ei eventuell ordning som dette vil auke kostnadene for kommunane med om lag 2,5 mill kroner. Då er lønnskrevet til legane «krisemaksimert», slik at det faktisk vil vere minst ei dobling av dagens avlønning, og nærme seg andre kollegar med tilsvarende oppgåver.

Dersom legane i våre tre kommunar går tilbake til halvdel av timesatsen til Namdalen, kan kommunane kanskje svelge forslaget til ny organisering av legevakt.

Det blir med andre ord tre heilt avgjerande moment: Kva kan RTV tilby, kva kan legane arbeide for per time, og kva kan kommunane svelge av nye utgifter.

Eg er redd for at svara er gitt på førehand. RTV vil ikkje gje noko som helst, og kommunane har igjen fått tredd eit umogeleg budsjett over seg frå staten. Øyremarka midlar er lagt inn i rammeløyvinga til kommunane, utan at rammene er auka (organisert stupiditet). Kommunane er på steinhard jakt etter salderingsposter, og møter nye utgiftspostar med overberande og hastige kommentarar.

Då munner dette ut i en indre konflikt i legegruppa: Dei som ynskjer seg ordna arbeidstilhøve og sjeldnare vaktbelastning på ei side, og dei som held si lønnsfane høgt heva, til ære for ei ordning som har gjeve legane i distriktkommunane ei reell lønssnedgang på over 20 prosent under legevakt dei siste fire åra. Under «splitt og hersk» taktikk frå kommunale budsjetttramme ryttrarar, er det lett å løyse opp den vesle hæren som finst att.

Styringsprinsippet i kommunane er etter kvart blitt budsjetttramma, og metoden for å oppnå mål er å velje kva for god og lovpålagt teneste som skal ofrast denne gangen.

Konklusjon

Dersom det skal vere reelle planar om å bygge opp ei legevakt-teneste i stasjonar med bemanning, må RTV finne fram såkalla «friske» midlar. For såvidt vil dette passe godt i ein statleg strategi der slike midlar er øyremarka, medan rammetilskott blir stramma inn. Og friske midlar finst til gagns.

Tvangsrituala som kommunane går igjennom kvart år i form av å kutte budsjetta inntil det absurde skjer samstundes med at staten har lempa om lag 80 milliarder kroner ut til «investeringar» i et virtuelt pengemarked. Ja, i form av oljefondet. Enkeltmenneske i private investeringsforetak får hand om fleire titals statlege milliardar kroner som blir investert i ulike obligasjonar, aksjar og så bortetter. Døme er kjøp av aksjar i tobakksprodusenter i USA. Ein brutal knekk i det allminnelege pengemarked og /eller aksjemarked vil koste staten mange titalls milliardar kroner, kanskje i løpet av få dagar. Den kommunale schizofreni blir behandlingstrengande av slik bruk av våre felles ressursar.

Professor Norman ved Handelshøgskulen i Bergen har påvist at investering i statlege og kommunale foretak er ei framifrå bruk av midlar. Då er det underleg at kommunal armød skal vere inngangen til eit nytt millenium, når staten hiv arvesølvet etter internasjonale profittorganisasjonar. Medan kommunelegane i somme distrikt slit buksebaken av seg for knappar og glansbilete.

Ola Jøsendal

Kommunelege I, Radøy

Detrusitol - Pharmacia & Upjohn -
Muskarinreseptorantagonist
ATC-nr.: G04B D07

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Tolterodin L-tartrat 1 mg, resp. 2 mg, tilsv. tolterodin 0,68 mg, resp. 1,37 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E171).
Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene.
Virkningsmekanisme: Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metaboltene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker.
Absorpsjon: Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin 96%, 5-hydroksymetylderivatet 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Tolterodin: 2-3 timer. 5-hydroksymetylderivatet: 3-4 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet når maks. serumkonsentrasjon etter 1-3 timer. "Steady state" nås innen 2 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet hovedsakelig ved cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6). Hos personer som mangler CYP2D6 dealkyleres tolterodin ved CYP3A4 til en ikke-aktiv metabolitt, og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77 % i urin og 17 % i feces. Mindre enn 1 % av dosen utskilles uomodannet og ca. 4 % som 5-hydroksymetylderivatet.

Indikasjoner: Overaktiv blære med symptomer som "hyppig vannlating", "urgency" eller "urge inkontinens".

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert trangvinkeliglaukom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

Bivirkninger: Tolterodin kan forårsake milde til moderate sideeffekter som munntørhet, dyspepsi og redusert tåreproduksjon.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet. Dyspepsi, obstipasjon, magesmerter, flatulens, brekninger.
Hud: Tørr hud.
Psykiske: Somnolens, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parestesi.
Syn: Tørr øyne.
Øvrige: Hodepine.
Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Brystsmerte.

Sjeldne (<1/100): Sentralnervesystemet: Forvirring.
Urogenitale: Urinretensjon.
Øvrige: Allergiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nyre- og leversykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antimykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbetont arbeid.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.
Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med legemiddel som har antikolinerge effekter kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av