

«Det er av sine nærmeste man skal ha det»



Kjeld Malde, leder av Kvalitets-sikringfond
1 og medlem i Kvalitetsforbe-
dringsutvalget
i DNLF. Tidligere medlem av
Fagutvalget og styret i APLF. Har
vært aktiv i Legevaksaker og skrev
med Odd Kvamme heftet «Leg-
vakt» for APLF. Leder av Aust-
Agder Lægeforening i 6 år.

Legevakten er i endring. Endelig vil mange si. APLF har i mange år arbeidet med problemene omkring legevakten. Som er tett forbundet med et vel så stort problem: Rekruttering til allmennmedisin.

Jeg mener at 1984 gikk forbi i stillhet. Verken Lægeforeningen, APLF eller Kommunenes Sentralforbund skjønte at året 1984 var et veiskille. Kommunene fikk etter kommunehelsesloven ansvaret for å organisere primærhelsetjenesten deri innbefattet legevakten.

Men svært lite skjedde. Vi fikk (etter motstand blant legene) ordningen med driftstilskudd. Finn Nilsson blant andre, påviste at penger som vi tidligere fikk via refusjonssystemet ble borte på veien. Det ble diskutert driftstilskuddklasser. Alt roet seg etter hvert. Nå synes de fleste av oss fornøyd med ordningen. Og vi har andre reformer å sloss mot. Igjen går vi baklengs inn i nyordninger, motstrebende mot fastlege-reformen. En ordning som i forsøkskommunene er blitt vellykket ikke minst sett fra legenes side.

Tre ting spesielt har gjort at kommunehelsetjenesten og loven som skulle regulere den, har vært uheldig.

For det første har kommunelegene havnet i det kommunale hierarki. Tidligere var distriktslegen «konge på haugen» og kunne tale kommunen midt i mot i mange saker. Man var jo utnevnt av Kongen i statsråd, må vite.

For det andre har det ikke blitt opprettet driftstilskudd i særlig grad. Jeg har i mange år etterlyst antallet nyopprettede driftstilskudd etter 1984. Jeg antar det er meget lavt, men ingen ser ut til å kjenne tallet. Derimot har mange kommuner «sett gjennom fingrene med» at det har vært opprettet avtaleløse praksiser. Dette har gitt god legetilgang på dagtid, dessuten har det kostet kommunen svært lite. Men disse legene har ikke «rett og plikt» til å delta i kommunale legeoppaver som andre med driftstilskudd kan bli pålagt. Blant disse er legevakt.

Det tredje uheldige punkt er at legevakten har forandret seg

lite etter 1984; den fortsatte nærmest som en kollegial ordning etter prinsippet: «greier du den så greier du den». Bortsett kanskje fra legene, er det få som har oppdaget at henvendelsene til legevakt på kveld og natt har hatt en nærmest eksplosjonsaktig økning siden 1984. I tillegg har arbeidsmengden til legene i primærhelsetjenesten økt betydelig i disse årene. Med stadig kortere innleggsestid, med mer avansert medisin og utbygde hjemmetjenester er hverdagen til allmennlegene blitt adskillig mer komplisert medisinsk. Forventningspresset hos publikum er også økt betydelig. Man kan jo undersøke så mye mer i fine bildegivende maskiner, man kan jo behandle flere og flere med dyrere og dyrere (forebyggende) medisiner. Nye sykdommer er kommet til. Jeg nevner i fleng HIV og borreliese, og ikke minst en formidabel økning i «diffusitas» av fibromyalgilignende tilstander.

Tilbake til legevakten.

I heftet Legevakt utgitt av APLF i 1996 siteres fra en leder i British Medical Journal i 1995 hvor det heter:

«The other side of the crisis of care is dominated by the low fees which seem increasingly derisory (latterlig) when set against disturbed nights followed by ever more overloaded days. Another important factor is the disproportionate anxiety that surrounds isolated night work. Increasingly, family doctors believe that the remarkable cost-effectiveness of the present system relies on an unacceptable exploitation of the good will and commitment of family doctors. They feel undervalued; moral falls; and they find it hard to resist the temptation to blame the patient, who is ultimately the victim.»

Sitatet beskriver situasjonen også i Norge meget presist.

Jeg tror det er spesielt et forhold som gjør at legevakten ikke fungerer i Norge. Mens kommunene organiserer legevakten i henhold til lov, er det ikke kommunene, men Rikstrygdeverket og pasientene som betaler den. Det er etter min mening umulig å drive beredskapsarbeide på stykkprissystem etter Normaltariffen. Da får vi det som på EYR har blitt kalt 35-kroners landet. Systemet favoriserer sentrale steder med stort befolkningsgrunnlag (og mange leger) til fordel for utkanstrøk med svært lite aktivt legearbeid på vaktene og få leger til å dele byrdene. (Riktignok er det utrolig hvor mye enkelte leger kan arbeide på en legevakt i distrikter med rundt 1000 innbyggere.)

Nå ser det ut til at det blir organisert større legevaktdistrikter. Målet er flere leger i vaktssystemet. Det skal bli kortere økter, man skal frakte pasientene i stedet for legene. Hjelpepersonell skal sile henvendelsene og hjelpe legene i arbeidet. Prisverdige tiltak. Men fortsatt er det NATT-arbeidet som sliter. Og selv i 1999 er det ikke så mange av innbyggerene i Norge som oppsøker legevakten på natten. Det gir dårlig inntjening for legene. Beredskapsbetalingen er jo «derisory». Jeg har etterlyst den som oppfant timebetalingen for beredskap i de ulike klassene. Vedkommende ønskes på banen for å forklare seg!

Er det slik at leger er så spesielle at de forventes å arbeide adskillig mer enn alle andre? Vi har en arbeidsmiljølov som regulerer arbeidstiden for arbeidstagere. Andre yrker med lignende vaktbelastning har enten en vaktordning som eneste jobb, eller man kan avspasere overtiden. Andre yrker har også regler for når vaktbelastning opphører. En yrkes-sjåførs arbeidstid er ytterst regulert og overvåkes også. Hvilke pauser er stipulert. Polit og brannvesen slutter med nattevakter langt tidligere enn våre avtaler gir anledning til. En av de tingene jeg har forsøkt å arbeide med i den tiden jeg satt i styret i APLF var akkurat dette med arbeidsforholdene på legevakt. Å få presisert at ansvaret for at dette fungerer er i kommunen og ikke lengere en kollegial oppgave. Det å overføre betalingen for legevakten (man er jo ansatt i kommunen) til kommunene synes fånyttet. Å få til at en lege som har arbeidet full dag på kontoret skal slippe å jobbe full kveld og kanskje natt i tillegg er også vanskelig å få gehør for. Hva er så spesielt med oss at vi uten pauser kan arbeide dager i trekk? Har det noe med gode karakterer på skolen å gjøre eller kommer det som et resultat av «doktorskolen»?

Eller har det med det som nevnes i lederen i BMJ: «exploitation of the good will and commitment of family doctors»? Jeg bare spør.

Har også APLF glemt at legevakten ikke lenger er et kollegialt ansvar? Jeg har fått brev fra min lokale tillitsvalgte for APLF hvor det skrives: «Kjære kollega. (!) ... Det er opprettet et Legefaglig utvalg bestående av tillitsvalgt fra de 7 deltagende kommunene, til å forestå de praktiske forhold omkring legevakten. *Blant disse er å sørge for at alle deltar i legevakten.* (uthevet av u.t.)

«Legene har på «allmøte» vedtatt å følge retningslinjene fra særavtalen mellom KS og DNL for slike (fritaks)kriterier. Alder over 60, graviditet i siste del av svangerskapet, omsorg for barn under 10 år som ikke kan få tilfredstillende tilsyn, alvorlig sykdom/personlige årsaker.

Dette innebærer også at fritak som måtte være innvilget lokalt i kommunene, automatisk oppheves ved etablering av felles interkommunal legevakt».

Tenk det.

Hvorfor siteres ikke følgende passus i avtalen?:

Pkt 7.6. Tilsvarende kan også gjelde når legen av andre personlige grunner ber om det, og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Saken drøftes med legenes tillitsvalgte før fritak innvilges. *Det skal tas særlige hensyn til slik søknad fra lege over 55 år. (uthevet av ut.)*

Man trenger jo ingen motpart (kommuneadministrasjon), når man har kolleger og tillitsvalgte. I de fleste fagforeningssammenhenger vil oppnådde goder bli kjempet for å bli beholdt. Her vedtar «allmøte» at man opphever fritak gitt av lokal kommune. Med hvilken hjemmel gjøres dette? Jeg ser det kollegiale i dette, men har man glemt 1984? Den kollegiale legevakt opphørte i og med kommunens overtagelse av drift og organisering av legevakt. Jeg forventer i grunnen at lokal tillitsvalgt går på barrikadene for mine synspunkter i denne saken, og ikke forfekter kommunenes interesser slik som det hittil er blitt gjort.

Etter å ha vært utenfor legevaktarbeide i et par år nå er det lett å se at «skoen trykker» flere steder. I tillegg til belastningen arbeidet medfører, den dårlige betaling for største delen av arbeidet og forholdene som legevakten i mange tilfelle drives under, er det ekstra belastende for både lege og familie at det forutsettes at familiens bil stilles til disposisjon på legevakt. Bindingen til å være på vakt, det å ikke kunne disponere egen fritid, er etter min mening ikke godtgjort på noen måte. På slutten av de årene jeg kjørte legevakt ble hele ordningen her lokalt «kjørt i grøften» av politikere og administratorer som ikke visste noe som helst hvordan dette med legevakt var. Fortsatt er det disse som styrer mye av organiseringen omkring legevakt. Mye er blitt bedre, og bedre blir det forhåpentlig fortsatt. At omorganisering av legevakt tvinger seg frem er bra. Men at legene skal «betale» for kommunens unnlatelser over mange år (siden 1984) synes jeg er galt.

Jeg anser meg ferdig med legevakt i og med passert 55 år. Legeforeningen sentralt leser den siterte passus om leger som søker om fritak ved oppnådd 55 års grense som at da skal søknaden innvilges.

Det forundrer meg sterkt at det er kolleger og tillitsvalgte og ikke kommunenes administrasjon som «kjører» dette løpet. Og hva om 5 år når enda flere oppnår både 55 år og ikke minst 60 års grense? Hva har da administrasjon og politikere gjort for å rekruttere flere leger til systemet? Jeg bare spør.

Og er det ikke slik at for tiden rekrutteres nye leger til sekundærhelsetjenesten? Der er lønn og arbeidsforhold nå så gode at allmennhelsetjenesten taper. Og jeg mener også å vite at Overlegeforeningen arbeider sterkt for at leger over 55 år i sykehusene ikke skal ha vaktbelastning. Da blir det iallfall ikke lettere å rekruttere til allmenmedisin.