

Utpostens
dobbeltime

Geir Sverre Braut om tilsyn og legevakt

INTERVJUET AV
HELEN BRANDSTORP

I høst ertet assisterende direktør i Statens helsetilsyn på seg allmennleger rundt om i landet. Uttalelser om at legevaktsarbeid var preget av slurv og venstrehåndsarbeid opprørte mange. De provoserende setningene ble først sendt på NRK sitt fjernsynsprogram PULS, siden repetert i flere medier, som de journalistiske godbitene de er.

«Brauts uttalelser stemmer ikke!

Hva er hensikten med å skremme folk slik?»

«Det grunnleggende problemet med norsk legevakt er rammebetingelsene!» var noe av responsen fra legevaktsleger. Geir Sverre Brauts uttalelser om at legevakt var preget av «slurv og venstrehåndsarbeid» har skapt debatt, og de har skap engasjement. Det er han selv glad for.

Statens helsetilsyn ligger midt i Oslo-gryta, i en egen solid bygning mellom andre store bygninger, kun et stenkast fra Youngstorget. Det gjøres en omfattende renovering i bygården for tiden, så den litt provisoriske toppetasjen er preget av det. Ass. direktør Brauts midlertidige kontor er derfor blitt pyntet av avdelingssjef Terje, med skribling på veggene og med oppfordringer om å bli «bli bedre», «stadig bedre»... Ganske morsomt å få kikke seg rundt i fred en hel time før smådommerne i Helse-Norge er ferdige med sitt ledermøte. Pynten på veggene er utelukkende ment som sarkastisk spøk, og må ikke tillegges vekt, presiseres det alvorlig. «Dette er vel den plassen hvor en ser mer av det som skjer av gale ting enn noen annen plass i norsk byråkrati, uten at vi tar det så veldig tungt», kommenterer Geir Sverre Braut. «Det er mye galgenhumor på huset, men den er i grunnen mest rettet mot en selv», legger han til. «Det er lite humor rundt innkomne saker. De egner seg rett og slett ikke til kommentarer i korridorene.»

Å ivareta taushetsplikten er en av de viktige oppgavene for en lege, kommer jeg på å ha hørt fra en tidligere fylkeslege. Det utsagnet er kanskje noe en behandlingsivrig doktor skjønner etter hvert...?

I Statens helsetilsyn er det nettopp godt voksne folk som jobber, med ett unntak, og det er juristene. «Ser du en ung person her, så er det en jurist! Vi har en blanding av jurister, helsepersonell og samfunnsfaglig utdannede folk, stort sett, og det er ikke vanskelig å rekruttere folk hit.»

Solid, solid, solid. Utposten har bestilt dobbelttime i et bunn-solid tilsyn, med masse tull og tøys på veggene, og en totalt overdimensjonert byste av Karl Evang, som stilltiende overvåker det hele. Det vil si, Evang stirrer kontrollerende rett inn på Brauts kontor.

Godt. Livet leves fritt og frodig også her, de «grå menn» er faktisk flest kvinner, og noen kikker de ansatte i kortene her også.

*«Denne mannen må ha
en helt unik kompetanse»*

Geir Sverre Braut sitter nesten på toppen. Men hvor mye han faktisk sitter på kontoret er ikke på agendaen til Utposten denne gang. Det tar andre journalister seg av. Jevnlige sjekkes reiseregningene til toppbyråkrater av presse, forteller Geir Sverre, og i juni ble det en tabloid førsteside på ham om «frie reiser» i Sør-Norge, samt hjemreiser til familien på Bryne.

«Denne mannen må ha en helt unik kompetanse», var den avsluttende kommentaren på artikkelen, uttalt av en representant fra LO. Han hadde nok mer rett enn han ante.

Geir Sverre Braut er en mann man vet om og ser i mange forskjellige sammenhenger. Mange opplever ham nok som en svært respektert «synser», og som en man må lytte nøye til for å få med seg alle de gode poengene. Han snakker fort,

skriver nynorsk og kan mye vanskelig engelsk. Selv aksepterer han delvis synserbegrepet, men bedyrer at han reiser «by invitation only».

«Vi bruker å relatere innlegg til hva vi som tilsyn erfarer. Det vil ligge ganske fjernt å ikke gjøre det. Vi er nøye med å ha grenser mot det politiske, heller da henvise til direktoratet, og vi vil ikke mene noe om saker vi ikke kan mene noe om. Innsatsstyrt finansiering generelt er et eksempel, hvis det da ikke er knyttet til en spesiell offentlig tilsynssak som diagnosekodingsaken på Sørlandet. Jeg bruker å si at vi har vår egen sjanger; tilsynssjangeren.

Tilsynssjangeren består i at man observerer noe, ett eller annet etterprøvbart, etterrettelig, et faktum. Det holder en så opp mot en norm, standard eller trend, om du vil, og gjør en vurdering av det. Altså; et faktum, en norm og en vurdering.

Det er et poeng at det meste av det vi gjør skal gjenspeile den tredelingen. Uttalelsene om legevakt følger også den tredelingen. Hva har vi sett i forhold til krav om forsvarlighet, og hva mener vi om det? Hvis man bare hiver seg på ett eller annet, som så får mer helsepolitisk innhold, så er en farlig nær det departementet skal gjøre eller direktoratets oppgaver.»

Hvordan foregår egentlig tilsynsprosessene fra Statens Helsetilsyns side? Du har bred innsikt i hva som foregår i norsk helsevesen, kan du bestemme når og hva man skal ha et statlig tilsyn med?

«Det er egentlig en ganske omstendelig prosess hos oss, det. Nå er det fastlagt hva vi skal gjøre tilsyn med i 2007, og vi er inne i planleggingen av 2008. Der har vi en prosess gående som er en slags risikovurderingsprosess. Den går frem til ut i mars og da beslutter vi hva vi skal jobbe med i 2008. En arbeidsgruppe lager en veileder for de valgte to, tre, fire områdene som så er klar i desember 2007. Dette er altså store prosesser. Det vil ikke være naturlig for direktør Lars Hansen eller meg å styre tilsynet mer spontant enn det. Prosesser skal være godt dokumentert og godt argumentert for.

I de store systemene er man nødt til å lage mange flere sikringssystemer, gjøre analyser som grunnlag for de systemene en bygger opp

Men så kan ytre instanser, som media eller departementet, plutselig spørre om ikke «Helsetilsynet burde sett på det og det». Dette er oppdrag vi lite gjerne tar. Vi tror ofte det er ressursløsning. Psykiatrien er en arena hvor dette ofte skjer, gjerne etter en hendelse flere har reagert på. Da forsøker vi å

si at temaet allerede er sett på! Det er viktig å bruke den kunnskapen vi allerede har, rapporter som ikke er blitt for gamle eller annen kunnskap vi kan sammenstille. For et omfattende tilsynsarbeid tar gjerne et titals av ukeverk eller kanskje månedsverk. Så vi må unngå dårlig planlagt arbeid.

Legevaktsrapporten var nettopp en slik bestilling. Noen hadde vel ønsket at vi skulle ta en stor systemrevisjon, men vi valgte å oppsummere det vi allerede hadde av kunnskap og rapporter, fra flere kilder. Vi valgte å sette sammen kunnskap fra blant annet fylkestilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning og Nasjonalt senter for legevaktsmedisin.

Så, når rapporten var ferdig, kom media og spurte oss om den. De mente det var en diskrepans mellom fokuset på systemsvikt, som er rapportens hovedanliggende, og resymene av de enkelte tilsynssakene, som media også fikk se på. Journalistene mente at de ikke så en eneste systemsvikt.

Denne responsen førte til store runder med dem, der vi måtte utdype og forklare. Vi sa at ved store omlegginger av tjenester, slik det for tiden er i legevaktstjenesten, med større distrikt, så vil alle disse tingene som er greie å håndtere sak for sak bli annerledes. Sammenslåing til store distrikt blir på en måte en forsterker. Der det før var få leger som kjørte legevakt i et distrikt, leger som kjente hverandre, – der kunne vaktlegen si til pasienten at han måtte ta kontakt med kollega på et gitt kontor kl 8 påfølgende dag. Og legen visste faktisk at kollegaen var der. Men hvis du har et helt fylke pluss to kommuner i nabofylket som distrikt, da kan du ikke bruke den strategien uten at du tar en ganske høy risiko. Så enkeltsakene vi har sett på blir på et vis topper på et eller annet. Når noe blir frikoblet fra små oversiktlige system og puttet inn i store systemer, så er det en risiko i seg selv.

Enda verre ble det når vi kikket på Norsk Pasientskadeerstatnings kasuistikker fra allmennlegetjenesten. Der er legevakt en sørgelig greie, – så mye faglig svikt! Så kan en naturligvis diskutere årsaker til dette. Men det er ganske påfallende, i alle fall i mitt hode, at hvis en allmennlege svikter faglig, så er det på legevakt. Det er ikke i allmennlegesituasjonen. Der har man en form for redundans. Da får en pasienten tilbake til seg selv, og husker til og med det som ikke står i journalen, fanger opp igjen det som skjedde sist. Så slik sett tror jeg allmennlegesystemet er et veldig robust system, men når legevakten blir frikoblet fra allmennmedisinen så mister en noe av denne robustheten. Det tror jeg er noe av faren ved de store legevaktsystemene.

I de store systemene er man nødt til å lage mange flere sikringssystemer, gjøre analyser som grunnlag for de systemene en bygger opp. De analysene synes jeg er fraværende i



Kong Sverre og Geir Sverre.

de planene jeg har sett til nå. Og hvis nå ikke det er et legefaglig ansvar å få disse analysene på plass, så vet ikke jeg hvem som skal gjøre det! Jeg tror det blir en faglig nedtur hvis ikke disse kommer på plass. Et godt system kan være med å demme opp for faglig svikt i enkeltsaker.

Er det allmennleger som svikter på legevakt, eller er det andre typer leger?

Her er det vanskelig å være konklusiv, men vårt inntrykk er at det er påfallende i sakene at det gjelder legevaktsleger som ikke har lokalkunnskapen, ikke befolkningskunnskapen eller den geografiske forståelsen. De vet foreksempel ikke begrensningene til ambulansetjenesten i det aktuelle området. Så min subjektive mening er at legevakt er plassen man tar inn vikarer til å bare gjøre den jobben, uten å forankre det i allmennmedisinens indre logikk. Det er en risiko. Men det hadde vært spennende om en hadde gjort noe mer ut av dette...

La meg ta eksempelet Sandnes kommune. Der har de tatt styringen, og satt noen kriterier for legevakt. Først har de forpliktet legene med fastlegeavtale til å delta i legevakt, og så har de satt et tak på maksimum 50 timer legevakt i uken, maksimum 3 vakter i uken, – om jeg ikke husker helt

feil. Bytte av vakter er OK, men ikke med hvilken som helst vikar. Denne skal godkjennes av kommunen.

Det må være en viss kontroll, legevaktsarbeid må ikke være en lettvinnt måte å maksimere inntekt på. Hvis kommunene gjennom kommuneoverlegen eller fagansvarlige for legevaktsystemet kan ta noen slike grep, så er det kjempebra!

Så det er kommuneoverlegen som skal stå for det dere kaller «kommunal styring»?

Ja, kommunen må være forpliktet til å sørge for at legevakt skjer på en faglig godt begrunnet måte. Og det vil være håpløst hvis de ikke benytter medisinsk faglig rådgiver, som de selv har ansatt! Noen krav må vi stille til denne også! Hvis så den ikke gjør sin risikovurdering og ikke gjør sine styringsgrep, ville jeg, hvis jeg satt som rådmann, si at «du gjør ikke jobben din». Men det er klart mer et arbeidsrettslig forhold enn det er et tilsynselement i det.

Og det er virkeligheten mange steder...

– Ja, og der har kommunene et problem.



Utrolig kjapp på mail.

Mens kommuneoverleger eller legevaktsansvarlige lurar på hvor mye styringsrett og makt de egentlig har. Hva kan man egentlig gjøre i en slik posisjon?

Men hvilken makt har egentlig en sikkerhetsansvarlig i et oljeselskap da?! Det er ingen grunn til at en legevaktsansvarlig skal ha mindre styringsmuligheter, eller større for den sakens skyld. Jeg tror det handler mer om å gjøre en faglig god jobb. Lag en godt begrunnet risikovurdering og legg den frem for kommunen som ansvarlig for legevaktstjenesten, kanskje både administrativt og politisk kommunal ledelse, og sørg så etterpå for å få det brakt ut i praktisk handling.

Det oppleves nesten umulig å kunne instruere kolleger på legevakt. Hvordan kan man kvalitetssikre kollegiet på legevakten man har ansvar for? Hvordan få innsyn? Er stikkprøver en måte?

Jeg tror mye kan leses ut av legevaktsepikriser eller internerapportering. Det er jo stort sett ikke dine egne pasienter du ser på legevakt i et stort distrikt. Men man bør spørre pasienten om det er OK å sende en slik rapport til fastlegen. I min tid som legevaktslege på 80-tallet, innførte vi et rapporteringssystem i vårt distrikt, og vi opplevde det som kjempenyttig. I dag, 20 år etter, er det fremdeles steder der man ikke har dette på plass. Når legene selv ikke klarer å finne på dette, hvem skal da få det på plass? Hvem er mer nærliggende enn legen selv? Hvorfor sies det ikke oftere at «dette savner vi, dette trenger vi»?

Kanskje trenger vi litt press utenfra, at noen ser oss i kortene før vi tar jobben med å innføre noe nytt. Hvordan har det egentlig vært med tilsyn på legevakt før denne rapporten?

Før dette har det kun vært spredte tilsyn fra fylkeslegenes side, i rykk og napp, siden midten av '80-tallet. Men det er sikkert ikke et fylke som ikke har hatt noe på legevakt, på et eller annet vis. Og går vi tilbake til midten av '80-tallet, så var det tilgjengelighet i helseradionettet som var aktuelt. Da kom forskriften som påla legene å bruke radio. Vi opplevde da en surmuling uten like fra kolleger, som ikke likte å lære seg knottene på radioen, og ikke likte at AMK skulle

styre tiden deres. Radiobruk har vi nå bare nevnt i den ferske rapporten, med det kan du være sikker på at vi tar opp igjen når det nye digitale nødnett kommer på banen. For det er et ganske vesentlig poeng for å sikre tilstedeværelse i systemet. Det er kjempegøy å oppleve når det fungerer skikkelig!

Og det er utrolig å tenke på at halvparten av legevaktslegene ikke bruker håndapparatet sitt. Leker de butikk eller?! Men hvorfor skal man ha en tilsynssak for å endre på dette. Hvorfor kan man ikke gå kollegialt til verks og stramme opp hverandre!

Fordi man som kollega føler at man ikke har noe pressmiddel overfor en kollega som man ser ikke jobber helt etter retningslinjer og pålegg...

Jo, men det å være tilgjengelig på helseradio er jo et lovplagg! Hadde jeg vært kommunelege 1 i en slik kommune hadde jeg vært så rå at jeg hadde sagt at «OK, hver gang du ikke bruker radio, så sender jeg melding til tilsynsmyndigheten etter § 17, for jeg gir opp deg! Du er til fare for sikkerheten i helsetjenesten når du ikke bruker radio som er lovplagt». Litt sånn småkynisk..

Og når så dette ikke skjer? Det ser vi jo av tallene. Bare 50 prosent velger å bruke radio. Jeg tenker at det å være tilgjengelig i helseradionettet er en slags symbolsak også. Går du med radio stiller du deg til disposisjon for pasientene dine på mest mulig tidseffektive måte, og vil samarbeide, være på nett bokstavelig talt, med ambulansetjenesten.

– og skal det være opp til den enkelte å ha fritt valg på dette?

“Når legene selv ikke klarer å finne på dette, hvem skal da få det på plass?”

Nei, nettopp. Men slik er det nå. Alle bare godtar at halvparten ikke bruker radio. Ingen sender meldinger om avvik. Så da må vel noen gjøre noe?

Ja, da er det vår oppgave å gjøre litt mer. Og dette omtaler vi i rapporten vår, og gjør at jeg kan si at det er slurv og venstrehåndsarbeide i norsk legevakt. Men nå får vi en ny sjanse, med det nye nødnett, og da vil en få en ny giv. Det er lettere å stå på når en ikke blir avvist hele veien. Her i Oslo-området er det bare ett års tid igjen til det digitale nødnett kommer.

Det er bra. For den kjedelige utviklingen vi ser er at enkelte AMK-operatører slutter å kalle ut leger ved akutte tilstander, når de erfarer at kun halvparten av legevaktslegene svarer. Det gir en utvikling der de interesserte allmennlegene

«Nå vet ikke jeg hvor individualistiske helsepersonell er for tiden, men jeg tror at med den trygghetssøkningen som er blant det meste av personell, så vil det være mer spennende å jobbe som et kollegium, følelsen av å være del av et system som fungerer!»

kan oppleve å bli glemt eller forbigjørt av ambulansetjenesten.

Det kan være en strategi at allmennlegene ikke skal være en akuttmedisinsk utøver, men da må man sørge for å legge om forskriftsverket, slik at det passer med det. Så kan det jo være at man finner ut at man ikke trenger legevaktsleger i Norge, og at det finnes andre løsninger for akuttmedisinsk beredskap. Men det tror ikke jeg er et gode, verken for folk i Norge, eller for legen.

Over til noe annet. Interkommunale legevakter er kommentert i rapporten. Norsk forening for Allmennmedisin sin referansegruppe i legevaktsmedisin er opptatt av at det er rammevilkårene til legevakt som er problemet, ikke om den består av en kommune eller flere sammenslåtte. Men dere skriver om interkommunale legevakter at «de virker rekrutterende og stabiliserende på legedekning, og gir en kvalitetsmessig bedre tjeneste og sikrer en forsvarlig vaktplan». Det er ganske bombastisk. Er dette sikkert viten...

Her avbryter Braut, men drar så på svaret.

Dette er vi fortalt fra de fylkene der de har forsøkt seg med større distrikt..., men, men, men,... hvor godt grunnlag vi har... Det vi er usikre på er kvaliteten på dette. Hvis man også regner tilgjengelighet inn i kvalitetsaspektet, så... har vi vel ikke fullt grunnlag for å være bombastiske generelt sett. Men det vi har sett fra tre kommuner er at det ser ut til å ha hatt disse effektene. Riktignok bekymrer det meg at de der ikke har gjort en risikovurdering før de setter i gang, for å se hvilke de samlede ressursene er som man har å spille på i en gitt situasjon.

Hvor er for eksempel den ambulerende hjemmesykepleiers plass oppe i dette? I store distrikter kunne disse blitt brukt i periferien dersom ambulansen er på annet oppdrag. Kanskje kunne de gitt gode rapporter inn til AMK, gitt medisiner, fått inn veneflon og kanskje vært der og overvåket forsvarlig til ambulansen kom...?

Det er denne ressurs- gjennomtenkingen jeg etterlyser. Og den må gjøres lokalt, i den enkelte kommune. Det er igjen

kommunelege 1 sin oppgave. Og her kunne tilsynsmyndigheten nok være litt mer etterspørrende.

Det skal jo lages en risiko- og sårbarhetsanalyse i forbindelse med «Plan for helsemessig og sosial beredskap. Man kunne tenkt seg legevaktsplanen som et underpunkt under denne planen. Men der har vi nok ikke følt at vi har juridisk grunnlag for å stille det som et krav.

Nå vet ikke jeg hvor individualistiske helsepersonell er for tiden, men jeg tror at med den trygghetssøkningen som er blant det meste av personell, så vil det være mer spennende å jobbe som et kollegium, få følelsen av å være del av et system som fungerer!

Ellers er det klart at det er en fordel med små distrikter der en kjenner pasientene, har journaltilgang, og får den samme tidslinjen med pasientene som på dagtid. Med denne form for kontinuitet ville mange av våre saker være nullet ut fullstendig. Men hva så, når det bare er der hvor det er idealistiske allmennleger at dette er mulig...?

Organisering av legevakt vil nok være et tema i lang tid. Mange vil mene noe, og det er bra. Mulighetene og formene er og vil være varierende, mye avhengig av økonomi, noe pga. geografi og noe pga. tradisjon, som den kveldsåpne barnepoliklinikken i Bergen er et eksempel på (se neste nummer av Utposten). Men temperaturen i legevaktsdebatten er Geir Sverre glad for at han var med på å øke, motstand etter spissformuleringer tåler han...

Debatten har fått frem at innen legevakt er det mye å hente med relativt enkle midler. Jeg tror det er en deltjeneste under allmennlegetjenesten som veldig mye av allmennlegetjenesten i det offentlige rom blir evaluert ut ifra. En dårlig legevakt vil være et dårlig stempel for allmennmedisinen, men det vil også være et dårlig stempel for norsk helsetjeneste totalt sett. En god legevaktsjeneste vil være vesentlig for hvilken oppslutning den offentlige helsetjenesten har generelt sett. Og i utgangspunktet er nok den norske legevaktsjenesten god, sammenliknet med andre land.

Sanofi-Aventis Norge AS og Bristol-Myers Squibb Norge AS har sendt studieprotokollen «Perifer Aterosklerotisk Sykdom (PAS) i Norge (NORPAS) En epidemiologisk studie av perifer karsykdom i norsk allmennpraksis» til vurdering i Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU). AFU har vurdert studien og mener dette er en interessant studie som er relevant for allmennpraksis. AFU kan anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien.

Sanofi-Aventis Norge AS og Bristol-Myers Squibb Norge AS har sendt studieprotokollen «Inspire me» – en epidemiologisk studie om sammenhengen mellom fedme, diabetes mellitus og kardiovaskulær sykdom i norsk allmennpraksis, til vurdering i Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU). AFU har vurdert studien og mener dette er en interessant studie som er relevant for allmennpraksis. AFU kan anbefale norske allmennpraktikere å delta i studien.

Oslo 20.11.06, Morten Lindbæk, Leder AFU