

# Allmennlegevakten

## – allmennmedisinens arvesølv

### ■ STÅLE ONGÅRD SAGABRÅTEN



- Spesialist i allmennmedisin
- Fastlege i Nes kommune i Buskerud
- Nestleder i Allmennlegeforeningen, 2009–2011

– Så det bor en treskjærer her, kommenterte jeg i det jeg tok av meg skoene i gangen. Mengder av forseggjort treskrud både ute og innomhus gjorde slutningen lett å trekke, da jeg ble ønsket velkommen inn i den velholdte villaen oppe i dalsida i bygda. Kona hadde tidligere på ettermiddagen ringt legevakten og bedt meg se til mannen som var tett i pusten. Han hadde knapt vært ute hele vinteren. Nå orket han ikke engang å gå ned i kjelleren. Jeg hadde høflig forsøkt å forklare at jeg gjerne kunne se til ham, men at jeg foretrakk at han kom til kontoret slik at jeg bedre kunne vurdere tilstanden. Kona hadde da forklart at ektemannen på 76 år ikke hadde vært til lege på 70 år. At dette skyldtes legeangst var unødvendig å si. Kona hadde nå bearbeidet mannen og fått lov å ringe meg.

Da gjaldt det å utnytte det gylne øyeblikket, gjøre et unntak fra praksisen med å ta pasientene til kontoret og se bort fra at dette var et helseproblem som kunne vente til neste dag.

Kommentaren om treskjæringen og kaffepraten som fulgte, gjorde at pasienten la den mangeårige legevegringen til side. Han fortalte om hvordan hans sosiale angst hadde preget hans liv og medført at hans og konas aksjonsradius var sterkt innskrenket, slik at de stort sett holdt seg hjemme. Nå hadde KOLS gjort at han heller ikke klarte å bevege seg på sin egen eiendom. Hjemmebesøket på denne legevakten ble et vendepunkt, ikke bare for pasienten, som raskt fikk et nytt liv med inhalasjonsmedisiner og angstdempende behandling, men også for kona som nå kunne få med mannen ut på tur – og igjen få oppleve å spise ute på kafé.

### Forsømt tema

Få ting vekker til live så mange følelser for allmennlegen, som legevakt. Episoden beskrevet over kan stå som en påminnelse om at legevakt kan gi minnerike og gode opplevelser til faglig berikelse. På sett og vis representerer det omtalte sykebesøket en slags anakronisme: Sykebesøk under legevakt gjøres knapt lenger, verken i Hallingdal eller andre steder. For meg står dette sykebesøket som et eksempel på hvordan vi av og til kan bety en stor forskjell, selv om det ikke dreier seg om livreddende tiltak på vakt. Dersom vi forvalter legevakten på en god måte, kan vi gripe

slike muligheter – og komme til i avgjørende øyeblikk med vår erfaring og kompetanse. Legevakten er allmennmedisinens arvesølv og må ikke skules bort.

En velfungerende allmennlegevakt er en sentral del av primærhelsetjenesten. Den sikrer alle som oppholder seg i kommunen nødvendig helsehjelp døgnet rundt. Likevel har ikke legevaktstjenesten alltid fått den oppmerksomheten den fortjener, verken fra Legeforeningen eller fra helsemyndighetene. Da Alment praktiserende lægers forening (Aplf) i 1988 markerte sine 50 første år gjennom et spesialnummer av *Tidsskrift for Den norske legeforening* (1), var temaet legevakt knapt berørt. Ivrig forkjempere for legevakt i Aplfs styre sørget i 1996 for å utgi et eget hefte, hvor legevakt ble gjennomgått i stor bredde og hvor Aplfs mål for legevakt ble utmeislet. I tobindsverket som ble utgitt i forbindelse med det offentlige helsevesenets 400-årsjubileum (2), er temaet legevakt ikke å finne – og ordet glimrer med sitt fravær i innholdsfortegnelsen. Heldigvis har institusjoner som Oslo kommunale legevakt fått skrevet sin historie (3).

### Allmennleger og legevakt

Et kollegium av pliktoppfyllende leger har kanskje delvis seg selv å takke for at både be-



folkning og helsemyndigheter har tatt allmennlegevakten for gitt. Ut over interkommunale vaksamarbeidsavtaler og legevaktsentraler har det knapt vært noe organisatorisk og kvalitetsmessig utvikling av allmennlegevakten på de snart 30 årene som har gått siden kommunene ble gitt ansvaret for allmennlegevakten. Oppslutningen omkring legevakt er ikke lenger like stor blant allmennleger som den var for en del år siden. Yngre kolleger med familieforpliktelser ønsker mer fritid. Siden de økonomiske sidene ved legevakt ikke oppleves som gunstige, er det stadig flere som overlater vaktene til andre. Flere enn undertegnede har kanskje undret seg over at drosjesjåføren som kjører en pasient til og fra legevakten, sitter igjen med et større honorar enn legen som behandler pasienten. Det finnes en rekke lokale tilpasninger for økonomisk kompensasjon for legevakt, men dersom en skal følge takstene for timeavlønning ved interkommunal legevakt, vil legen lide et økonomisk tap på å ta en nattevakt dersom han eller hun tar seg fri fra kurativt privatpraksis dagen etter.

Gjennom sin breddekompetanse, kontinuitet og innsikt i lokale forhold er fastlegene i stand til å løse akutte helseproblemer på en kostnadseffektiv og god måte, uten å måtte ty til unødvendige og dyre sykehusinnleggelse for sikkerhets skyld. Selv om deltakelse i legevakt er en plikt for fastlegene, sto de for under 40 prosent av legevaktkontaktene i 2011. Resten ivaretas av andre: heltidsansatte vaktleger, vikarleger, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. Dette er en uheldig utvikling, både for faget og befolkningen.

Legeforeningen argumenterer i sine forhandlinger med stat og kommune at arbeidsforhold og økonomi ved legevakt må bedres slik at rekrutteringen kan styrkes. Etter mange år uten vesentlige forbedringer i avtaleverket rundt legevakt, oppnådde Legeforeningen i 2010 et viktig gjennomslag ved at KS aksepterte kravet om fri fra individrettet, kurativt arbeid etter vakt – uten trekk i lønn eller basistilskudd og med utbetaling av praksiskompensasjon for de som kvalifiserte til det.<sup>1</sup> Foreløpig gis fri bare til kl 12 påfølgende dag og med et beskjedent beløp i kompensasjon, men et prinsipp er knesatt. Hovedargumentet fra Legeforeningen – utover at nattarbeid skal kompenseres økonomisk – er hensynet til kvalitet i helsetjenesten: Alle pasienter fortjener å møte en opplagt og uthvilt lege på dagtid. Fastlegeforskriften som gjelder fra 2013 inkluderer legens rett til fritak fra vakt etter fylte 55 år (Legeforeningen støt-

ter dette punktet, men ønsket at det skulle avtales lokalt). Med en gjennomsnittsalder på norske allmennleger som nærmer seg 50 år, står staten overfor en formidabel utfordring: å rekruttere mange nok allmennleger til fremtidens legevakt.

Det er behov for forbedringer i allmennlegevakttjenesten. Helsetilsynets rapport om legevakttjenesten fra 2006 drøftet kapasitetsproblemer knyttet til størrelse, kompetanse og systemansvar (4). Kommunal legevakt sviktet i flere ledd. Legevaksordningen var utdatert og i ferd med å bli en nødetat i bakleksa. På oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin i 2009 et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakttjenesten (5). Planen tar til orde for en ny organisering og et faglig løft for legevakttjenesten. Siden handlingsplanen ble lansert har det skjedd lite. Ved innføringen av ny fastlegeforskrift har imidlertid Helse- og omdorgsdepartementet gitt signaler om satsing på levevakt i 2013.

### Legevakt for folket

I takt med samfunnsendringene og befolkningens krav, har innholdet i allmennlegevakten endret seg mye. I tidligere tider var legevakt uløselig knyttet til legestillinger. Leger i distrikt måtte være i beredskap til en hver tid på døgnet. «Lækjarpraksis for 30–40 år siden var på ymse måtar annleis enn no», skrev tidligere distriktslege Birger Lærum (f. 1906) i et tilbakeblikk (6). «Ein måtte meir prøve å klara seg sjølv ute i marka. Å senda pengar og det var heller ikkje vanleg å senda pasientane til spesialist slik som no. Difor laut ein ha godt med utstyr i kofferten og freista å klara seg med einfelde midlar. Pasientar med langtkomne sjukdommar, pleiepasientar, låg ikkje sjeldan heime i den tida dei hadde att. På grunn av at so mange sjuke vart handsama i heimen, måtte lækjarane reisa mykje i sjukevitting.»

Etter hvert som det ble flere leger til å dele på ansvaret, ble det etablert kollegiale og forutsigbare vaktturnuser som også sikret legene fritid. Tidligere fantes det stasjonære legevakter bare i de store byene, men i 1970-årene ble stasjonære legevakter opprettet i mange mindre byer og tettsteder. Selv etter at kommunene i 1984 – gjennom Lov om helsetjenester i kommunene – fikk ansvaret for å organisere allmennlegevakten, har legene selv tatt styringen over vaktberedskapen.

Da Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin i 2012 gjorde opp status (7), hadde det vært liten endring av kommunale og interkommunale legevaktdordninger fra forrige gjennomgang i 2009. I 2012 var 84 lege-

vakter (41 prosent) kommunale mens 89 (44 prosent) var interkommunale. 85 prosent av legevaktene hadde kun én lege på vakt. I 2011 var det 1,83 millioner pasientkontakter på legevakt. Knapt 75 prosent av disse kontaktene var konsultasjoner, i underkant av fire prosent var sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 20 prosent. Om lag hver sjuende innbygger er innom legevakt hvert år. Omtrent halvparten av alle barn under 10 år og eldre over 80 år, har kontakt med legevakt hvert år. Sykebesøk er stort sett forbeholdt eldre pasienter. Ved årtusenskiftet ble det utført 357 000 legebesøk under vakt, men i 2011 var dette tallet redusert til 69 000. Utviklingen skyldes utbygging av interkommunale, stasjonære legevaktmottak med bedre muligheter for diagnostikk og behandling. For å oppveie nedgangen i de akutte sykebesøkene, legger den nye fastlegeforskriften til rette for en økning i antall planlagte hjemmebesøk til syke og skrøpelige som har vansker med å komme seg til legekontoret. Det sies at en lege ikke kjenner sine pasienter før han eller hun har vært hjemme hos dem. Hjemmeforholdene gir ekstra kunnskap om pasientenes liv og helse.

Legevakt skal ivareta befolkningens behov for legetjenester ved akutt og alvorlig sykdom eller skade der diagnostikk og behandling ikke kan vente til neste dag. Mange steder har legevakten dessverre utviklet seg i retning av en døgnåpen allmennlegetjeneste dominert av halvøyeblikkelige og mindre alvorlige tilstander. Dette flytter fokuset bort fra den akuttmedisinske beredskapen som tjenesten skal ivareta. Bare halvparten av vaktlegene bærer helseadio slik de er pålagt. Mange steder har AMK sluttet å kalle opp den vakthavende allmennlegen siden vedkommende sjelden svarer eller stiller opp ved akutte, alvorlige tilstander. Dette er et faglig selvskudd for allmennmedisinen.

### Beredskap og kompetanse

Det er viktig å være beredt. Å holde seg oppdatert innen akuttmedisin er allmennlegens beste vern mot vaktangst og faglig forvitring. Akuttmedisinske tilstander opptrer med en viss hyppighet. Erkjennelsen av dette har ført til kravet om et obligatorisk kurs i akuttmedisin i spesialistutdanningen og ved fornyelse av spesialiteten hvert femte år. En undersøkelse publisert i *Tidsskriftet* i 2009 viste at det i en utkantkommune oppstår 27 alvorlige akuttmedisinske hendelser per 1000 innbyggere per år (8). 84 prosent av hendelsene var akutt sykdom og 16 prosent var skader. Det er 2,5 ganger så høy frekvens av slike hendelser som man tidligere har trodd, noe som kan ha sammenheng med at den kommunale legevakt-

<sup>1</sup> Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen i perioden 2010–12.



Akuttmedisinske tilstander opptrer med en viss hyppighet. Erkjennelsen av dette har ført til kravet om et obligatorisk kurs i akuttmedisin i spesialistutdanningen og ved fornyelse av spesialiteten hvert femte år. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

tjenesten var utgangspunkt for registreringene, og ikke AMK slik som i tidligere studier.

Allmennlegene og befolkningen har tilgang til kompetent ambulansepersonell med kunnskap om prosedyrer og symptombehandling. I akuttmedisin trengs også allmennmedisinsk breddekompetanse. Gjennom forskrift er leger pålagt å trene jevnlig sammen med andrelinjetjenesten. Dersom det utarbeides gode planer for beredskap og øvelser, kan kommunene komme godt ut av det selv når større katastrofer rammer, slik en så i Hole og Ringerike i forbindelse med hendelsene på Utøya 22. juli 2011. Evalueringene i ettertid har fremhevet helsepersonellens innsats.

Det er grunn til å anta at den manglende interessen for å reformere norsk allmennlegevakt skyldes økonomi. De samlede kostnadene til legevakttjenesten ble i 2008 beregnet til om lag 2,4 milliarder kroner – en relativt lav sum. Oppgradering av legevakt vil medføre ekstra kostnader, men det vil være vel anvendte penger. Det har vært få protester mot at ambulansetjenesten de 10 siste årene har gått fra å være en transporttjeneste til å bli en høyt spesialisert tjeneste med to ambu-

lansearbeidere med fagutdanning på hver bil i døgnkontinuerlig vakt. Dersom allmennlegevakten kan bli oppgradert på samme måte, hvor en tar hensyn til lokale forhold som befolkningstetthet, geografi og nærhet til sykehus, vil befolkningen få den helsetjenesten den fortjener – også utenfor legekontoets åpningstider. Sentrale grep må da være at førstehenvendelse ved behov for legehjelp skjer per telefon for kompetent siling, trygge vaktordninger med minst to leger på vakt og bruk av hjelpepersonell i vaktentral. Det vil måtte innebære organisering i større tilpasningsområder, men med mulighet for lokale tilpasninger.

Allmennmedisinen må ta vare på legevakt som et sentralt allmennmedisinsk arbeidsfelt. Den erfarne allmennlegen Anne Mathilde Hanstad har i et intervju om primærlegen som akuttmedisiner – gjengitt i *Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin* – oppsummert poenget slik:

Både pasienten og jeg taper, hvis ikke jeg vil ha noe med vaktarbeidet å gjøre. Og når jeg bruker ordet katastrofe, tenker jeg ikke minst på de «alminnelige» katastrofene – som når ekte mannen stuper død om ute i hagen... Etter mange år i praksis vet jeg at slike «katastrofer»

genererer pasienter: familie, naboer, venner som identifiserer seg... Det er jeg og ikke helikopterlegen som har sett pasienten før han døde, og det er jeg som ser kona etterpå.

#### REFERANSER

1. Alment praktiserende lægers forening 1938–88. Tidsskr Nor Lægeforen 1988: 29B.
2. Schiøtz A, Skaset M. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets helse 1850–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Larsen Ø. Legevakten – Oslo kommunale legevakt, 1900–2000. Oslo: Oslo kommunale legevakt, 2000.
4. Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
5. ...er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
6. Lærum B. Minne frå lækjarpraksis og helsestell. Særtrykk av Gamalt frå Voss. Voss bygdeboknemnd, 1981.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5–2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2012.
8. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 738–42.

stale.sagabraten@gmail.com