

Nye kompetansekrav for legevaksleger

■ KARI SOLLIE • Leder av Allmennlegeforeningen

Den nye akuttmedisinforskriften trådte i kraft 1. mai 2015. Der innføres det kompetansekrav til leger som skal ha selvstendig legevakt.

«§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

a) Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.

b) Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering»

For punkt a) er det en overgangsordning på fem år. Dette samsvarer med resertifiseringsperioden for spesialister i allmennmedisin. Akuttmedisinkurset som allerede er obligatorisk blir utvidet med en del om vold og overgrep.

For punkt b) gjelder en overgangsordning på tre år. Fra 1. mai 2018 må alle kommuner etablere bakvaksordninger for leger som ikke er vaktkompetente. Mulighetene for unntak er svært begrenset. Det betyr blant annet at dagens trygghetsvakt på telefon for turnusleger erstattes med en bakvakt som skal kunne rykke ut. Ferske allmennleger som er i veiledet tjeneste er heller ikke vaktkompetente og vil trenge bakvakt.

Legeforeningen har vært positiv til at det stilles kompetansekrav til leger som skal delta i legevakt. Foreningen mener imidlertid at det ikke er nok. Det er i tillegg behov for en vesentlig opprusting av rammevilkårene på legevakt.

Allmennlegeforeningen har tariffkonferanser hver høst. Der samles førstelandsrådene fra alle fylkene for å forberede kom-

mende forhandlingsløp. Regulering av bakvaksordningen ble løftet frem som et prioritert område allerede nå, siden flere kommuner innretter seg etter den nye forskriftens krav uten å vente til overgangsperioden er over. KS har gjort en spørreundersøkelse i kommunene om hvilke konsekvenser det nye kompetansekravet vil få. Det er ingen overraskelse at disse kravene er uproblematiske i de store vaktordningene med mange leger, men svært problematisk i små vaktordninger der vaktbelastningen allerede er svært stor. Mange av de små vaktordningene vil ikke klare å oppfylle forskriftens krav med de legene som er i ordningen i dag. Det er allerede en svært stor vaktbelastning på de vaktkompetente legene i disse små vaktordningene. Hvis de samme legene i tillegg skal dekke bakvaktene vil den totale arbeidstiden bli langt utover det arbeidsmiljøloven tillater. Det er nødvendig at kommunene bruker overgangsperioden frem til 1. mai 2018 til å rekruttere tilstrekkelig antall leger. I de minste distriktene vil det være behov for å tenke alternativt når det gjelder arbeidstid, avspaseringsordninger og avlønning. Det finnes gode eksempler på kommuner med få innbyggere som har satset skikkelig på legetjenesten. Dette gir bedre stabilitet i legetjenesten og bedre tjenester til innbyggerne. Andre kommuner bør lære av disse gode eksemplene. Det er slett ikke umulig å få til gode legetjenester også i utkantene, men det krever mer av kommunen enn i sentrale strøk. Avtaleverket gir rom for lokale tilpasninger og lokale avtaler.

Vernebestemmelsene

Særavtalen ble reforhandlet i desember 2015. Det ble da slått fast at bakvakt er likestilt med vanlig vakt når vaktbelastning skal beregnes. Den totale vaktbelastningen skal være innenfor vernebestemmelsene som ble laget ved forrige avtalerevisjon. Legeforeningen vil arbeide videre med styrking av legenes mulighet for å begrense egen arbeidstid.

Honorar for bakvakt

Det er avtalt honorar for bakvaksarbeidet. Legeforeningen mente at det mest hensiktsmessige ville være å avtale en timesats der utbetalingen var 1:3 ved passiv hjemmevakt, men 100 prosent ved aktivt arbeid. Det ville vært enkelt og ubyråkratisk. KS ville imidlertid ikke ha en slik ordning, og det ble til slutt en enighet om en beredskapsgodtgjørelse i kombinasjon med utbetaling av summer tilsvarende det legene ville fått fra pasient og folketrygd om han hadde hatt en aktiv vakt. Avtaleperioden går over to år. Vi vil bruke erfaringer fra den perioden når vi forbereder neste reforhandling.

8.4 Bakvakt for lege som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften Bakvaktlegen gis beredskapsgodtgjøring pr. løpende time etter følgende skala:

MAN-FRE	LØR-SØN	HELG-HØYTID
150	200	230

Andre endringer i særavtalen

I tillegg til regulering av bakvaksfunksjonen er det gjort andre endringer i avtalen som er relevante for legevaksleger. Det er tatt inn en bestemmelse om forsikring. Kommunen plikter å sørge for forsikring av legevakslegene.

Det er også spesifisert at kommunen skal sørge for transportordning under legevakt. I tillegg blir beredskapsgodtgjørelsen og timelønn fra legevakt pensjonsgivende fra 1. januar 2016.

I forhandlinger må man både gi og ta.

Ingen av partene blir helt fornøyde. Slik er det også etter denne avtalerevisjonen. Det er fortsatt behov for en videreutvikling av avtalen på flere viktige områder. Alt i alt tenker jeg likevel at den nye avtalen er et skritt i riktig retning.



■ KARI.SOLLIE@LEGEFORENINGEN.NO