

En undersøkelse viser at kvinnelige legevaktleger gjør færrest feil, mens leger av utenlandsk opprinnelse befinner seg i faresonen. I begge tilfeller kan det finnes ulike forklaringer.

Når legehjelpen haster

KRONIKK



Svein Zander Brattland
seniorrådgiver,
Statens helse-
syn, Oslo og



Gunnar Tschudi Bondevik
førsteamanuensis,
Seksjon for
allmennmedisin,
Institutt for sam-
funnsmedisinske
fag, UiB

Hvilke risikofaktorer kan føre til feil på legevakt? Det er ikke tvil om at de fleste feil begås når legehjelpen haster. Ved henvendelser til legevakt vil det relativt ofte foreligge tilstander der feil kan føre til en alvorlig forverring av sykdom eller skade. Det samme gjelder for øyeblikkelig hjelp-situasjoner i allmennlegens kontortid. Legevaktjeneste kommer for de fleste leger i forlengelse av den ordinære kontortiden, og oftest med base utenfor legens kontor. Legene må selv være bevisste på de spesielle faglige utfordringer ved legevakt – risikosituasjoner og eventuelle mangler i støttefunksjoner – for å kunne motvirke at det blir gjort feil.

16 timers vakter

Det er derfor viktig å identifisere forhold som kan føre til behandlingsfeil i slike situasjoner. Det er ikke uvanlig at fastleger har 16 timers legevakter fra kl. 16 til 08 mellom to ordinære kontordager.

De senere årene har det vært fokusert på leger med utenlandsk opprinnelse. En norsk undersøkelse som ble publisert for et par år siden, antydte en overrepresentasjon av feil begått av leger uten norsk som morsmål. Den samme undersøkelsen viste at det motsatte var tilfellet for kvinnelige leger. Siden begge disse gruppene øker i norsk allmennpraksis, var det grunn til å undersøke disse forholdene nærmere med tanke på å finne tiltak som kan redusere risikoen for å gjøre feil.

Stor sårbarhet

Vi tok derfor for oss samtlige klagesaker til Helseilsynet i Hordaland for perioden fra juli 2001 – da fastlegeordningen ble innført – til desember 2006. Det var totalt 83 klager knyttet til legevakt og hendelser i vanlig kontortid som bar preg av at det hastet med legehjelpen. Hordaland har ca. 466.000 innbyggere. Nasjonale tall fra Nav tilsier at det i denne undersøkelsesperioden kan ha funnet sted ca. 130.000 konsultasjoner pr. år knyttet til legevakt. Øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner i fastlegens kontortid kan stipuleres til ca. 300.000 pr. år. Samlet for undersøkelsesperioden på 5 ½ år blir dette henimot 2,3 mill. konsultasjoner der det hastet med legehjelpen. Det betyr at det var fire klager pr. 100.000 konsultasjoner. Dette tallet er lavt og kan tyde på at det sjelden begås feil når legehjelpen haster. Vi fant imidlertid at i alt elleve pasienter døde kort tid etter kontakten med legen. I alle



SKADEPOTENSIAL: Det store skadepotensialet som foreligger når legehjelpen haster, bør føre til tiltak i form av retningslinjer og sterkere bistand fra Helsedirektoratet. Likeledes bør det være en oppgave for Legeforeningen sentralt og lokalt å legge til rette for leger med utenlandsk opprinnelse slik at de kan oppnå en best mulig norskulturell og lokal kompetanse.

ARKIVFOTO: TOR HØVIK

disse tilfellene kunne dødsårsaken settes i sammenheng med symptomer og funn som hadde vært presentert for legen.

Hva viste undersøkelsen?

Klagernes hovedanliggende var at legenes tiltak ble oppfattet som feil eller mangelfulle. I en firedel av hendelsene ble det i tillegg klaget på legens atferd. Slik klage ble ikke fremsatt mot kvinnelige leger. Funnene fra den tidligere omtalte studien som knytter seg til legens kjønn og opprinnelse, synes altså å bli støttet i vår undersøkelse. I mindre enn en firedel av de hendelsene der det ble påvist feil, var kvinnelige leger involvert. I nær halvparten av tilsvarende hendelser, var leger med utenlandsk opprinnelse involvert. Få av disse var kvinner. Det gjennomgående funnet er at tilstandens alvorlighet ikke ble erkjent, men vi har ingen holdepunkter for at de medisinske kunnskapene var dårligere enn hos de øvrige legene.

Det er flere forhold som kan forklare disse funnene. Pasienter og pårørende kan ha lavere terskel for å klage på leger av utenlandsk opprinnelse. Disse legene deltar muligens hyppigere i legevakt, og tar kanskje i større grad på seg ubekvemme vakter med stor belastning. Andre forhold er åpenbare kommunikasjonsproblemer som bunner i språkvansker og kulturelle forhold.

Det må understrekes at den korrekte nevneren i regnestykket

ikke er kjent. Vi vet altså noe om antall klagesaker, men mindre om den enkelte leges vakt deltakelse. Å beregne vakt deltakelse – og særlig vaktbelastning – er svært vanskelig. Det handler ikke bare om hvor ofte leger har vakt, men også om antall pasienter pr. time, hvor lang vekten er, om det er natte- eller helgevakt, og om vakten kommer i forlengelse av en vanlig kontordag. Vi er likevel tvilende til om disse faktorene fullt ut forklarer hvorfor kvinnelige leger synes å ha en lavere – og leger av utenlandsk opprinnelse en høyere – risiko for å bli påklagd.

Fra NAVs registreringer av legers inntekter på legevakt, er det beregnet at kvinners vakt deltakelse er knapt den halve av mannlige legers. Tallene fra vår undersøkelse – der kvinnelige leger var involvert i en firedel av hendelsene – indikerer dermed at de blir påklagd halvparten så ofte som sine mannlige kolleger. Når det gjelder leger med utenlandsk opprinnelse kan ikke inntektsandelen fastslås, slik at vakt deltakelsen er ukjent. Vi vet imidlertid at leger uten norsk statsborgerskap i undersøkelsesperioden utgjorde ca. 14 % av legene i Hordaland.

Kvinner kommuniserer best

Forklaringen på at kvinnelige leger blir påklagd sjeldnere, kan være at de muligens har en mer egnet kommunikasjonsform enn menn. En studie fra de fire norske medisinske lærestedene i 2008 styrker denne antakelsen. Den viste at

fakta

legevaktmedisin

■ Undersøkelsen som kronikken bygger på legges fram i sin helhet av forfatterne under en konferanse i Bergen 4.-8. mai.

■ Konferansen legger fram oppdatert kunnskap innen legevaktmedisin.

kvinnelige medisinstudenter skåret høyest når det gjaldt kognitive og affektive holdninger til klinisk kommunikasjon. På samme tid er god forståelse av språk og kulturelle særegenheter avgjørende for tilfredsstillende kommunikasjon. Her stiller leger med utenlandsk opprinnelse naturlig nok med et handikap.

Hvilke tiltak må til?

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i sitt forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt pekt på flere faktorer som kan redusere risikoen for at vaktleger kan gjøre feil. Legevaktstasjonene må være godt utstyrt med lege i tilstedevakt sammen med annet helsepersonell. Ingen legevaktlege bør arbeide alene, verken inne på legevakten, i sykebesøk eller ved utrykning.

Det må utarbeides vaktplaner med akseptabel arbeidsbelastning hvor vaktarbeid inngår i den ukentlige arbeidstiden for fastleger, på samme måte som for sykehusleger. I tillegg må det utarbeides et program for opplæring og vedlikehold av kompetanse for legevaktleger og annet helsepersonell.

Lokal kompetanse

Kommunale myndigheter må i større grad legge vekt på rekrutteringsprosessen med spesiell tilrettelegging når det gjelder opplæring av leger med utenlandsk opprinnelse. Dette krever mer enn språkundervisning. Kommunikasjonsfaget må utvikles videre.

FORFATTERNE ER TILKNYTTET NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN, OG ARBEIDER SOM FASTLEGER OG LEGEVAKTLEGER.