

Finnsnes interkommunale legevakt – erfaringer etter ti år

■ ASLAK HOVDA LIEN • Kommuneoverlege, DMS Finnsnes

Finnsnes interkommunale legevakt dekker et av Norges vakreste legevaktdistrikter, med kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Sørreisa og Dyrøy i Midt-Troms. Finnsnes er regionssenter og legevakta har et befolkningsgrunnlag på 20 000.

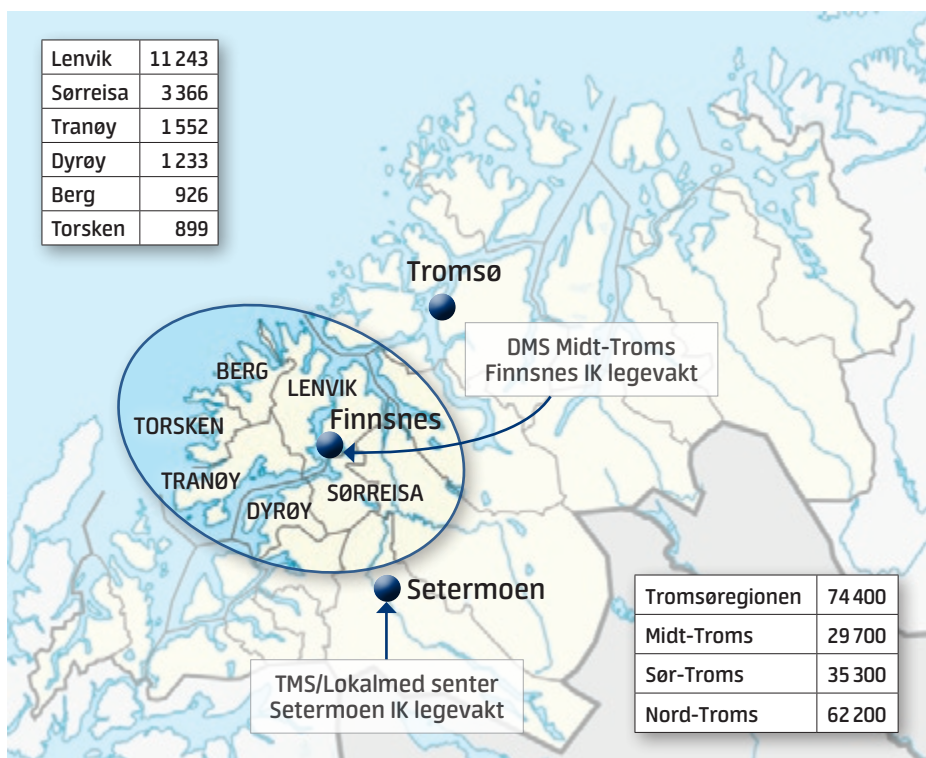
Legevaktdistriktet har en fortetning av befolkningen rundt Finnsnes, med ca. 1 times utrykningstid til ytterkantene i legevaktdistriktet i alle retninger, avhengig av vær og føreforhold. Nærmeste sykehus er UNN Tromsø som er 16 mil unna. Geografiske forhold gjør at de seks kommunene utgjør et naturlig legevaktdistrikt. De fire Senjaskommunene Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik har en felles legetjeneste, Senjalegen, som driftes av Lenvik kommune. Lenvik kommune er også vertskommune for legevaktsamarbeidet, som ble innledet i 2004.

Kjernefunksjoner

Legene går pr. i dag i 21-delt tilstedevakt og vi er i ferd med å innføre en bakvaktsordning som skal dekke hele uka. Legevakta er betjent av sykepleier hele døgnet. På grunn av avstand til sykehus har vi et utvidet tilbud for diagnostisering og stabilisering av pasienter, mellom annet med røntgen (CT etableres i inneværende år, uklart hvilken rolle CT vil ha i akuttmedisin), akutt-analyser (blodgass, d-dimer, troponin) og behandling (herunder trombolyse, antibiotika for empirisk sepsisbehandling, CPAP).

Sykepleierne utgjør en svært viktig del av tjenesten og sørger for at etablerte behandlingsprosedyrer og rutiner implementeres og etterfølges. Halvparten av sykepleierne har videreutdanning i akuttmedisin. Legevakta har eget opplæringsprogram for både sykepleiere og leger. Dette må gjennomføres før vaktoppstart. I tillegg er det krav om årlig resertifisering av legene mellom annet på avansert hjerte-lunge-redning.

Legevakta har ansvar for drift og koordinering av 15 førstehjelper-grupper lokali-



Oversikt over legevaktdistriktet.

sert i de delene av vaksdistriktet med lengst avstand til ambulanse og legevaktmottak.

Tall og statistikk

Legevakta har døgntkontinuerlig drift. De aller fleste som henvender seg, tas inn til legevakt for vurdering. I 2013 ble det gjennomført ca. 15 000 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner, 23 000 telefonkonsultasjoner og 660 hjemmebesøk. Året før registrerte vi 773 lege- og ambulansealarmer. Legene er i stor grad med ut, sammen med ambulanse, når dette vurderes som nødvendig (for eksempel trafikkulykker, høyenergitraume, bryst smerter). I 2012 ble det bedt om helikopter støtte 174 ganger, hvorav 29 tilfeller ikke lot seg gjennomføre (helikopter opptatt/utflydd på tid, eller dårlig vær).

Bedre organisert legevakt

En felles interkommunal legevakt medfører en sentralisering av pasientene med

økt press på ambulansetjenesten, siden pasientene transporteres fra hjemkommune til legevaktmottak. Samtidig gir dette en bedre organisert legevaktstjeneste med større krav til og oppfølging av den tjenesten som ytes, noe som gir pasientene en kvalitativt bedre og mer stabil tjeneste enn når kommunene drev legevaktene hver for seg.

I vårt distrikt har flere av kommunene hatt rekrutteringsvansker – og de tidligere kommunale legevaktene har vært betjent av korttidsvikarar av varierende kvalitet. Dagens organisering gir etter min vurdering en klar kvalitativ gevinst som langt på vei kompenserer for den økte reiseveien.

Reisevei og bruk av legevakt

Legevakta ser at forbruket er størst blant de av innbyggerne med kortest vei, mens de med lengre vei i større grad avventer mindre alvorlige tilstander. Samtidig er det lite mishagsyttringer fra «yttersida-folket», noe som dels skyldes at de er vant til

avstander og dels skyldes at legevakta gir en mer stabil og forutsigbar tjeneste enn det de tidligere er vant til.

Legeressurser og tjenestekvalitet

Rekrutteringsmessig ser vi at det å kunne tilby leger en godt organisert legevakt i trygge rammer virker rekrutteringsfremmende og stabiliserende. Faglig fellesskap og trygghet veier i lengden mer enn kun økonomi. I tillegg er det faglig spennende, fordi befolkningen er stor nok til å gi et bredt og variert tilfang av akuttmedisinske utfordringer, mens avstanden til sykehus gjør at man faktisk må beherske og utføre akuttmedisinske så vel som mer allmennmedisinske ferdigheter.

Interkommunal legevakt egner seg godt som arena for kvalitetsarbeid innenfor

kommunehelsetjenesten. Vi dekker som eneste legeressurs 130 av ukas 168 timer, og kvalitetsarbeid og prosedyrer knyttet til legevakt kan med fordel implementeres innenfor de øvrige delene av kommunenes helsetjeneste. Vi har mellom annet hatt egne prosjekter rundt akutt syke eldre på legevakt, med fokus på gode pasientopplysninger registrert i hjemmetjeneste og sykehjem samt rutiner for elektronisk kommunikasjon mellom fastleger, hjemmesykepleie, sykehjem og legevakt. Bakgrunn for dette er en erkjennelse av at akutt syke eldre representerer en særlig utfordring for legevakta – både pga. antall og pga. at bakgrunnsopplysninger er essensielle for å gi korrekte vurderinger, mellom annet siden sykdomsbildet oftere er preget av funksjonssvikt enn av organspesifikke symptomer.

Hovedutfordringen i å skape en god legevaktstjeneste er de diffuse kravene som ligger i dagens akutforskrift. Gode legevaktstjenester krever kontinuerlig jobbing med prosedyrer, bemanning, kompetanse og beredskap. Dette koster penger. Når krav til utstyr og kompetanse formuleres diffust, er det vanskelig å nå inn med argumenter for økte budsjetter. Når vi likevel har en god legevakt, er det fordi kommunene har vært villige til å bruke penger på dette – til tross for at akutforskriften åpner for minimumsvarianter der faglig forsvarlighet ikke eksemplifiseres og tydeliggjøres. Som legevaktsjef imøteser jeg gjerne økte krav til de tjenestene vi skal tilby befolkningen. Legevakt er og skal være en viktig tjeneste som befolkningen skal føle tillit til. Da kreves det tydeligere krav og tilførte ressurser.

■ ASLAK.HOVDA.LIEN@LENVIK.KOMMUNE.NO

Fra Kvænan med vestsida av Senja i bakgrunnen. FOTO: OLAF BERGER, SENJALEGEN

