

Legevaktkvalitet handlar også om akuttmedisin

I *Utposten* nr 2-2014 er interkommunale legevakter eit tema for tre artiklar. Redaktør Tom Sundar gjev ein kort oversikt over temaet. Han relaterer auken av interkommunale legevakter til forslaga som vart gjevne i Nasjonal legevakthandlingsplan frå 2009, og han oppsummerer spenningsfeltet mellom mogelege kvalitetsvinstar på sentralisering, betre vaktordningar for legane og på den andre sida aukande distansar mellom pasientar og legevakt.

Aslak Hovda Lien beskriv Senja interkommunale legevakt på Finnsnes, som omfattar seks kommunar, med til saman 20 000 menneske. Lien sitt hovudbodskap er at den interkommunale organiseringa er eit stort framskritt for kvaliteten på legevakta. Dette gjeld medisinsk diagnostisk utstyr (røntgen, CT skal skaffast, avanserte lab-testar), medisinsk behandlingsutstyr (m.a. trombolyse og CPAP), og at legevaktlegane må dokumentera at dei beherskar akuttmedisinske prosedyrer. Av slike blir avansert hjarte-lungeredning nevnt. Tilbodet som pasientane får er konsistent og føreseieleg. Lien meiner dette oppveg ulempa med auka reiseavstand mellom legevaktdistriktet sine ytterkantane og legevaktlokalet. Dette gjeld sjølv om ambulansenesta blir brukt i høgare grad til inntransportering av pasientar til legevakta. Lien refererer kontakttal for legevakta frå 2012, med 15 000 konsultasjonar, 23 000 telefonar og 660 sjukebesøk, og vidare at det var 773 raude responsar i 2013, der lege i vakt rykka ut m.a. ved brystsmerte, trafikkulukker og høgenergitraume. Eg merkar meg at kontaktfrekvensen til legevakta er 1,97 per innbuar per år, noko som er nær fem gonger så høgt som anslått frekvens for landet. Noko i dei gjevne tal som eg har misforstått?

Jørn Kippersund skildrar Volda interkommunale nattlegevakt. Denne også organiserer seks kommunar, med eit innbuartal på 44 000. Kippersund legg vekt på den rela-

tivt nye undersøiske Eiksundtunellen, som gjer at reiseavstand frå ytterkantane i kommunen til legevaktlokalet ikkje har auka vesentleg etter sentraliseringa av nattlegevakta. Tal for kontaktfrekvens og kontakttypar vert ikkje gjevne, og ikkje i kva grad lege rykkar ut ved raud respons, men Kippersund skriv at sjukebesøk vert føreteke, spesielt til pasientar på sjukeheimar. Kvalitet på legevakttjenestene i form av utstyr og krav til legekompentanse vert ikkje beskrive. Kippersund sitt hovudbodskap er at stor vekt har blitt lagt på rettvis fordeling av legevakter og gode interkollegiale drøftingar av legevaktdeltakinga, noko som gjer at oppsluttinga om legevaktordninga er høg hos fastlegane i kommunane.

Dette er interessante og viktige innblikk i to legevakter der leiarane på desse to stadenene har høgt fokus på det dei ser som dei viktigaste punkt for å få vaktordninga til å fungera godt, og ved desse legevaktene har desse punkta vore kvalitet av tenestene ved den eine av dei, og god fastlegeoppslutting ved den andre. Så er spørsmålet: Kva med Sundar sin bekymring over den aukande avstanden mellom pasientar i ytterkantane og legevakta? Både Lien og Kippersund meiner dette problemet er lite for deira eigne legevaktdistrikt sin del.

Men realiteten i mange område av landet er vel den, me har etter kvart mange beskrivingar av dette, at mange sentraliserte legevakter er så svakt lege-bemanna at legen i svært liten grad har mulighet til å rykka ut ved raude responsar, og at det er heilt urealistisk at legen skal kunna rykka ut til ytterkantane av vakttdistriktet. Akuttmedisinske tilfelle er overlete til ambulansenesta, eventuelt til first-respondergrupper. Det skadelege ved dette, mellom anna overhyppighet av innleggingar pga manglande legekompentanse i situasjonen, er dokumentert.

Sundar beskriv sentraliseringa som ein

ønska tendens i forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt frå 2009, levert frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin etter oppdrag frå Helsedirektoratet, med Steinar Hunskaar som hovudforfatter. Eg meiner Sundar beskriv forslaget på ein ikkje heilt dekkande måte. Sentraliseringa er ein del av handlingsplanen, rett nok. Ressursmessig opprusting av legevaktene når det gjeld utstyr, personell, kompetanse og tiltaksspekter er like viktige delar. Ikkje minst viktig er handlingsplanen sin framheving av lege-med uttrykking ved raude responsar, og gjenoppbygging av sjukebesøk som eit reelt tilbod til dei som har behov for det.

Mange sentraliserte legevakter har blitt eit vrengebilde av slik det var tenkt, ved at kommunane har gripe tak i det dei kan tena pengar på, og gjort legevaktene ressursfattige og feilorganiserte. Raknes og Hunskaar har, i artikkelen som Tom Sundar refererer, gjevne det konsentratet at legevaktene må produsera mindre volum og meir beredskap.

Kvalitetsmessig og prosedyremessig kompetente legevakter, og vaktordningar som fører til at fastlegane deltek, er viktige delsettar for å kunna beskriva legevakta som forsvarleg. Men kva med legevakttjenesta når pasienten treng det aller mest, i den akuttmedisinske situasjonen? Helse- og omsorgsdepartementet har nedsett eit nytt Akuttutval der del av mandatet er å sjå nærare på den prehospitale akuttmedisinske kjeda, og utvalet er spesielt bede om å framsetta krav til legevakt. Utvalet skal levera innstillinga si hausten 2015, og utvalsleiar er fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Eg er eitt av 16 medlemmar i utvalet. Det er for tidleg å seia noko om utvalet sine konklusjonar, men eg meiner at det bør stillast krav til at legevaktlegen tek del i dei akuttmedisinske situasjonane.

Slik eg ser det, vil dette krevja auka ressursar, personellmessig og økonomisk, til legevaktene, og det vil krevja omorganisering av mange legevakter. Aslak Hovda Lien etterlyser høgare og tydelegare krav til legevaktkvalitet frå styresmaktene. Eg sluttar meg til det, og målber altså eit utvida perspektiv på kva slik kvalitet skal vera.

SVERRE RØRTVEIT

Revisjon av spesialistkravene for allmennmedisin

Allmennleger benytter seg kontinuerlig av annen kunnskap og erfaring enn den som er biologisk basert. Jeg tror det trengs en mer omforent forståelse av hva allmennlegerollen egentlig omfatter. Jeg tror at samfunnsvitenskapelige, idéhistoriske og sosio-psykologiske perspektiver bør gjøres til sentrale elementer i den allmennmedisinske spesialistutdannelsen – ikke bare som

interessante skråblikk, men med en intensjon om å internalisere en felles faglig plattform om allmennlegen som sentral samfunnsaktør i et komplekst spill om lidelse og sykroller, om holdninger, forståelsesformer og sosiale aktiviteter knyttet til sykdom, om påstøtte og innbilte behandlingseffekter og om rettigheter, status, makt og politikk. Og om hvordan retten og muligheten til å sykmelde kan benyttes i helsefremmende øyemed.

Etter min mening bør dette snarest bli et sentralt tema i den allmennmedisinske fagdebatten. Skal det bli mer enn interessante, interne, intellektuelle øvelser, og kaste noe av seg i storsamfunnet, må det også ut til politikere, NAV og folk flest – altså ut i den offentlige debatten.

GEORG ESPOLIN JOHNSON
Georg Espolin Johnson. Cand. med. 1980. Cand. philol. (idéhistorie) 2002 på hovedoppgaven «Idealier, viljefærliser og maktkamp – en historie om den moderne legerollen». Arbeider som dammer i Trykderetten.