

Kvalitet

når legevakta er integrert

■ HELEN BRANDSTORP • Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø. Phd-student og turnusveileder hos fylkesmannen i Troms

Vi er ved et veiskille i primærhelsetjenesten – skal vi styrke del-tjenester ved ytterligere sentralisering og samarbeid interkommunalt, eller skal vi satse på å samlokalisere tjenestene til et helhetlig tilbud lokalt? Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ønsker å være en stemme for distriktene og ønsker både å ta hensyn til legers vaktbelastning og de uheldige virkningene vi ser når kommunenes høyeste generalistkompetanse flyttes langt vekk fra andre deltjenester. Vi vil advare mot at legevaktene utenfor storbyene blir vikarbaserte satellitter, langt vekk fra systemene fastlegene er en del av.

NSDM anbefaler å styrke tjenestene der de er, samlet for å få mest mulig ut av de lokale ressursene, og på den måten tilrettelegge for godt samarbeid. Avstand kan vanskeliggjøre godt samarbeid fordi arbeidskulturen til dels er unik på de ulike stedene. Det som virker viktigst i det største miljøet trenger ikke være like viktig for de små, men for å få til et samarbeid må de minste miljøene vike. Kvalitet i mindre, samlede enheter bygges f.eks. ikke ved stor grad av spesialisering, men baserer seg på at ansvar ikke pulveriseres like lett: Robust tverrfaglighet utvikles ved at fagfolk ser hverandre, er ikke fremmedgjorte, kan ikke rømme fra oppgavene, men må være fleksible og samarbeidsvillige for å få ting til sammen. Litt som altmuligmenn (1).

I en utredning bestilt av Helse- og omsorgsdepartementets Akuttutvalg, ser vi spesielt på primærhelsetjenesten utenfor storbyene. Vi ser og på samhandling med spesialisthelsetjenesten fra samme ståsted. De fleste stedene utenom storbyene har nemlig «distriktsutfordringer», med rekruttering og stabilisering av leger. Våre forskere har lang fartstid innen samfunnsforskning og helsetjenesteforskning basert på statistikk og nasjonale registerdata, på observasjoner i klinisk praksis, intervjuer av fagfolk i mange forskjellige roller og bruk av systematisert kunnskap i forskjel-

lige former. Her vil vi presentere noen utvalgte momenter fra utredningen. Men man kan se hele her: www.nsdm.no.

Vaktbelastning er sammensatt

Akseptabel belastning for leger i vakt handler bl.a. om å få jobbe under betingelser som fremmer god pasientbehandling. Det vet vi er svært viktig for legers trivsel (2). Det handler også om at legen ikke er alene – for å føle trygghet, kunne få praktisk bistand, for faglige diskusjoner og for å håndtere alle henvendelsene på en profesjonell måte. Sykepleiere gir telefonråd, setter opp legetimer, kobler innringer med AMK eller anbefaler time hos fastlege neste dag. Sist, men ikke minst, handler vaktbelastning om vaktfrekvens. Her er noen erfaringer om hvordan antall vakter kan reduseres uten at kvaliteten forringes i vesentlig grad i kommunen:

- Man øker antall fastlegehjemler ved å redusere antall pasienter på listen, setter opp en god fastlønn på dagtid og på legevakt.
 - Det gir tid til prosjektbasert fagutvikling som er nødvendig når ressursene er knappe.
 - Det er løsninger som har fungert godt i flere kommuner i nord i mange år.
- Ansett faste allmennlegevikarer som

kommer regelmessig og blir en del av de lokale tjenestene.

- Vikarene kan gi lokale leger fri fra egen praksis eller bare fra legevakt.
- Kommuner som Nordkapp og Luster har hatt gode erfaringer med denne løsningen.

• Støtt opp om faste, tverrfaglige møteplasser for forbedring av tjenestene. Etabler systematisk trening i samhandling lokalt. Slik sikres kvaliteten i ellers sårbare tjenester og følelsen av et felles ansvar for å levere gode tjenester styrkes slik at helsepersonell stabiliserer og avlaster hverandre.

- Minimumsressursen, uansett profesjon, styrkes av dette tette nettverket.

Store myter får store konsekvenser

Den nasjonale helsetjenesten er et uoversiktlig, sammenhengende nettverk av små enheter. Endringer ett sted påvirker tjenesten som helhet og kan gi uante konsekvenser i en mindre deltjeneste langt unna beslutningstakerne. Små enheter påvirkes av de store trendene, gjerne uttrykt i forenklede «sannheter» som nærmest ingen spør etter evidensen for. For eksempel idéen om at bilambulansen ikke trenger å involvere fastlegen (som kjenner pasienten best), er en slik «sannhet» som har fått festet seg. Sentralisering av legetjenester utenom kontortid er også en slik «sannhet» der politikere og byråkrater «bare vet» at det gjør kvaliteten bedre. At sentralisering reduserer vakthypighet er åpenbart. Men det var få som forutså at sammenlåing til store legevakter fremmedgjør fastleger så mye at det virker legitimt å sløfve legevaktene enkelte steder. Kvaliteten blir *ikke* bedre i en legevakt dominert av vilkårlige vikarer. Ansvaret for kvaliteten kan og smuldre opp. Enkeltkommuner kan slippe unna ansvar der et interkommunalt «selskap» overtar. Det er av juri-



Trening i samhandling i tverrprofesjonelt samarbeid i Alta. FOTO: HELEN BRANDSTORP

disk interesse. Videre vil kommunene som ligger langt unna ha lavere konsultasjonsrater enn vertskommunene, de får sjeldnere hjelp av legevaktbilen de er med å spleise på, og innbyggerne i disse kommunene ber sjeldnere om hjelp hvis det dukker opp noe akutt.

Utvikling med ledelse tett på

Med oppbyggingen av kommunale akutte døgnseger (KAD), har vi fått et nytt element som endrer dynamikken på uforutsigbar vis. En synlig positiv konsekvens er at det opprettes nye legestillinger og at kommunene setter seg grundigere inn i hvordan deres tjeneste kan forbedres. De utsettes for målinger og betalingskrav. Tiden der den enkelte kommune fikk holde på med sitt er over. De enkelte tjenestene lokalt mister også gradvis deler av sin autonomi. Det er gjerne effektivt å la profesjonelle med et klart mandat få stor grad av frihet til å organisere arbeidet sitt, spesielt når deres arbeidsoppgaver ikke innebærer stor grad av samspill med andre og særlig der man kan bestemme det meste selv sammen med pasienten. Når ressurser skal sikre en rettferdig fordeling og utfordringene er komplekse derimot – som ved uoversiktlige problemstillinger eller «flo-

ker» – vil kompetanse- og perspektivmangfold være nødvendig. Slikt samarbeid må samordnes og ledes, helst slik at ansvar fordeles naturlig. Ved å samlokalisere tjenestene legger man til rette for en tillitsfull dialog og ledelse, med innsikt og oversikt, slik Charlotte Haug og Ole Berg anbefaler (3).

NSDM har sammen med International Research in Stavanger (4) funnet at det er en økende tendens til spesialisering i organiseringen av observasjonssenger, korttids plasser og KAD. I dette ligger det en risiko for at pasienter faller utenfor behandlingstilbud fordi de ikke passer inn i de klare «behandlingsforløp» som er utarbeidet for spesifikke diagnoser. De kan ende opp med en dårligere behandling. Malene lages for å trygge behandlingen, men burde ikke bidra til at det trygge blir det godes fiende. Ikke overraskende finner vi at de små tjenestene ser ut til å klare omstillingen bedre enn de store.

Robust er forskjellig fra «stor»

Kvalitet i små helsetjenester handler altså om at det lokale, profesjonelle nettverk får til sammen – der *kvaliteten i relasjonene* er limet og driveren, ikke kvantiteten. Man både vet om og kjenner ansvar for de an-

dre, uavhengig om man liker hverandre eller ei. Styrken i store fagmiljøer ser ut til å ligge i at mange fagfolk med *samme* bakgrunn kan støtte og lære av hverandre. I mindre miljøer handler robustheten om at *ulike* fagfolk støtter og lærer av hverandre – slik praksis er på de fleste legevakter i dag. Unge leger spør gjerne den erfarne sykepleieren om råd fremfor «å plage» bakvakta. I mange legevakter er det heller ikke pasientgrunnlag for å ha to leger i vakt, og det vil heller ikke være optimal bruk av de knappe legerressursene heller. Men det må være økonomisk rom for å kunne ha en sykepleier på legevaktene for å redusere den sammensatte vaktbelastningen.

I små system kan man ikke holde seg til en spesialisert, nøye avgrenset rolle. I stedet fyller hver person flere funksjoner og man fyller slik «hullene» der man kan – til beste for pasienten og kollegiet. En slik fleksibilitet kommer godt med i hverdagen når det kreves en ekstra innsats eller kriser gjør at man må improvisere. Derfor er det viktig at ansatte kjenner stedets faktiske ressurser som eksempelvis sykehjem, helsestasjon, politi, brann, skole, kirke og frivillige. I dette mobiliseringspotensialet ligger det mye trygghet og reell hjelp. Tap av knappe ressurser i hele eller deler av døgnnet gjør at det som er igjen av ressurser må



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

strekke seg enda lenger. Dette kan gjøre kommunen mindre attraktiv for flere yrkesgrupper.

Kvalitet rekrutterer og stabiliserer

Mangel på kvalifisert helsepersonell er nok vår største utfordring i primærhelsetjenesten, spesielt på legevakt. Men ingen har oversikt over hvor omfattende dette problemet er. NSDM har derfor satt i gang en undersøkelse for å få oversikt over bruken av legevikarer i alle kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere.

På et strukturnivå vil utstrakt vikarbruk gi svikt i det kontinuerlige arbeidet for å opprettholde gode systemer. Engasjement for å skape en god arbeidsplass finner vi først og fremst hos de faste ansatte. Unntakene er de faste vikarene som regelmessig kommer igjen og slik involveres i stadig flere sider av tjenestene.

Fra et pasientperspektiv vil vikarstafetter ramme særlig de eldre og kronisk syke fordi kunnskapen og kjennskapen til pasienter over tid, sammen med godt utviklet lokalt samarbeid, er nødvendig for å sikre et godt tilbud. Vikarlegene har i hovedsak ikke norsk som morsmål og kan mangle kjennskap til våre sykdomsbetingelser rutiner (f.eks. antibiotikabruk). På sentraliserte legevakter mangler vikarene tilgang til fastlegenes journal og kanskje kjennskap til hjemmesykepleien brede kunnskapsbase.

I forskningsfeltet «Rural Health», eller distriktsmedisin, mener man at noe av det viktigste man kan gjøre for å få dyktige fagfolk ut fra storbyene er å satse på desentralisering gjennom hele utdanningsløpet – i praksis betyr det at forskning, fagutvikling og utdanning må skje i distriktene. For der fagutvikling skjer vil fagfolk gjerne jobbe. Når relevant og praksisnær kompetanse

lever og forbedres, kan både pasienter og profesjonelle bidra med det som kreves. Legevakta må være fastlegekontorets make for at fastlegene skal ta vakta tilbake.

REFERANSER

1. Bleidvin I. Altmuligmannens død. Kronikk Bergens Tidene. 15. febr. 2015 <http://www.bt.no/meninger/kommentar/Altmuligmannens-dod-3301357.html>
2. Friedberg, M.W. Van Busum, K.R. et al (2013) Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Rand Corporation, e-bok tilgjengelig her: http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html#relatedProducts
3. Berg O, Haug C. (2014). Helsevesenets floker. Tanker om deres årsaker og håndtering. Nytt Norsk Tidsskrift nr 3: 367–82
4. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS.

■ HELEN.BRANDSTORP@UIT.NO