

Debatt om legevakt på samfunnsmedisinsk års

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Legevakt, ny akuttforskrift, folkehelsearbeid og samfunnssikkerhet stod i fokus da LSA og Norsam hadde sitt årlige felles årsmøteseminar. Et fulltegnet kurs på flotte Sola strandhotell satte rammene for to dager med gode presentasjoner, heftige diskusjoner, maning til opprør fra grasrota, resolusjon om humanitær flyktningpolitikk, og ikke minst valg av nytt styre i begge foreninger og utdeling av høythengende priser.



Kirsten Toft og Ole Johan Bakke i LSA-styret var godt fornøyd med engasjementet i legevaktdebatten ved årsmøtekurset. FOTO: TOM SUNDAR

1. september var satt av til tema «Hvordan vil fremtidens legevakt se ut» og «samfunnsmedisinske konsekvenser av den nye akuttforskriften». Bør det innføres fastlønn på legevakt? Hvilke konsekvenser har det at legevaktene drives av vikarleger? Er det i det hele tatt riktig at fastlegene skal være bærebjelken på legevakten når de har det travelt fra før? Er kommunene i stand til å utvikle gode legevaktjenester, eller bør tjenesten ivaretas av spesialisthelsetjenesten? Er det så nøye om lege rykke ut på gule oppdrag eller ikke? Dette er bare noen av spørsmålene som uunngåelig dukket opp i løpet av dagen.

Legevakt – en tjeneste i spagat?

Anestesilege Kristian Lexow ved Stavanger Universitetssykehus beskrev legevakta som en tjeneste i nasjonal spagat, og viste til Sverige der allmennlegene er helt ute av den prehospitalt akuttmedisinen: «Er det denne utviklingen vi ønsker i Norge?»

– Ambulansen sendes oftere og oftere ut for å gjøre medisinske vurderinger uten at lege er med, noe som kan slå ut i at for mange blir lagt inn unødvendig, eller at viktige symptomer blir oversett med potensielt katastrofale konsekvenser for pasienten, advarte Lexow. Han oppfordret til å satse på sterke akuttmedisinske lokale team, og minner om at det i § 5 i akuttforskriften nå er åpnet opp for å inngå avtale med «akutthjelpere» som ikke er helsepersonell, f.eks. brannmenn i «first responder»-ordninger. I griségrende strøk kan dette åpne for nye muligheter, sa han.

– Vi må finne arenaer for opplæring og samhandling og bygge opp en akuttmedisinsk kjede for at folk skal føle seg trygge! Kommunene må sette av flere midler til akuttmedisinsk trening, sa den engasjerte anestesilegen. Han minnet oss på at tidlig HLR er livreddende ved hjertestans og at publikumshjelp er avgjørende de første minuttene før helsepersonell når fram. Derfor må førstehjelpskunnskapene i befolkningen styrkes, understreket han.

Et mylder av skjøre nettverk

Helen Brandstorp fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fulgte opp med å tegne et bilde av legevakten i Norge som et mylder av skjøre nettverk, mange steder drevet av vikarleger og fastleger – og med store forskjeller i kvalitet og pasientsikkerhet.

– Når vi vet at det å gi god pasientbehandling er det som bidrar mest til å gi god trivsel hos leger, hvorfor legger vi ikke mer til rette for nettopp det også på legevakt? spurte Brandstorp. Hun etterlyste felles verdinormer for en legevakt der legene trives og opplever faglig fellesskap, trygghet og tilhørighet: – På samme måte som faget allmennmedisinen har KOPF-idealet (*red. anm.: KOPF står for kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*) og de syv tesene, bør legevakten ha sine normer, sa hun.

Brandstorp er en forkjemper for desentraliserte legevaktmodeller med akuttmedisinsk samøving for å bygge opp robuste tverrfaglige team som løser utfordringene sammen (1). Nettopp det var grunnlaget for at helsepersonell løste sine oppgaver på en god måte 22. juli 2011, påpekte hun.

Legevakt er allmennlegearbeid

Nyvalgt leder Petter Brelin i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) minnet oss på at legevakten fungerer stort sett bra i Norge, og folk generelt er tilfreds: 1,88 millioner henvendelser blir ivaretatt årlig, og 44 prosent av vaktene blir tatt av allmennleger. Men kvalitetsforskjellene er for store, sa Brelin, som var klokkeklar på at legevakt er allmennlegearbeid og at kommunene må ta større ansvar for gode nok ordninger: – Der det er gode vilkår, der blir det også god kvalitet, konstaterte NFA-lederen som tok til orde for å styrke medisinsk faglig ledelse og arbeid med ROS-analyser, kompetanseplaner og samtrening.

Fastlønn og kompetanse i Nordhordland

Det var også budskapet fra Grethe Fosse, mangeårig legevaktsjef ved Nordhordland

møtekurs

Årsmøtekurset for LSA og Norsam fant sted på Sola utenfor Stavanger, 1.–2. september. FOTO: TOM SUNDAR



legevakt. Fosse, som ble tildelt Anders Forsdahls minnepris for sitt samfunnsmedisinske arbeid – blant annet i Nordhordland – fortalte om en legevaktstjeneste med god kvalitet til tross for en sentralisert modell med store avstander. Legevakten betjener 43 000 innbyggere spredt over et geografisk område med flere øykommuner. Man har også gode erfaringer med fastlønn for legevaktlegene – regulert i en særavtale mellom KS og Legeforeningen.

Med en kostnad på 600 kroner pr. innbygger og total kostnad på rundt 30 millioner kroner i året, er det en dyrere legevakt enn mange andre steder i landet. – Men, poengterer Grethe Fosse: – Beredskap og kompetanse koster!

Under sitt innlegg på Sola antydte hun at legevakt burde slås sammen med spesialisthelsetjenesten – en aldri så liten brannfakkell i forsamlingen. Men hovedpoengene hennes ble applaudert: legevakt koster, tjenesten må utvikles av fagfolk som kjenner faget («ta vare på traverne») og faglig fellesskap og fastlønn er viktige elementer.

Kompetansekrav og utrykningsplikt

Jan Magne Linnsund, sekretariatsleder i det regjeringsoppnevnte Akuttutvalget, redegjorde for utfordringene rundt kvaliteten i legevaktstjenesten. Blant annet ble legenes utrykningsplikt diskutert – både på dagtid og utenom kontortid. Plikten framstår fortsatt som uklart med tanke på hvilke krav som gjelder for fastleger på dagtid: Skal de rykke ut på øyeblikkelig hjelp-hendelser? Skal de rykke ut om det gjelder egne pasienter? Hva om det ikke er egne pasienter? Hva om kommunen har egen daglegevakt, eller en organisert beredskap med fastlegene?

Linnsund understreket viktigheten av en ordning der det er tydelig for AMK hvem som skal alarmeres og eventuelt rykke ut. Han forsvarte kompetansekravet i den nye akuttforskriften og pekte på nødvendigheten av fastlegenes vurderingskompetanse ved akutte hendelser. – Det er kritikkverdig at et økende antall pasienter, spesielt i bynære strøk, leg-

ges direkte inn i sykehus uten at de er vurdert av lege, sa Linnsund. Han drøftet også forslag om å innføre responstider, dvs. at 90 prosent av befolkningen skal nås innen maks 40 minutter, og 95 prosent innen 60 minutter.

Fra salen kom det innspill fra Ole Johan Bakke, kommuneoverlege i Holmestrand og medlem i LSA-styret, om at løsningen er å få flere fastleger, kortere lister og økt kapasitet på dagtid. Han mener legevaktarbeid bør inkluderes i kommunale bistillinger på lik linje med arbeid ved helsestasjoner og sykehjem osv. Kommuneoverlege Rolf Bergseth fra Klepp påpekte sikkerhetsaspektet ved at vaktlegen skal rykke ut i egen bil, «med mobil i den ene hånda og nødradioen i den andre», med fare for ikke å nå fram i tide: – Ambulansen har ofte dratt vekk med pasienten når vi kommer fram! Vi trenger egne uniformerte utrykningsbiler, sa han. Einar Braaten, kommuneoverlege i Øvre og Nedre Eiker, kommenterte ideen om å la sykehusene overta legevaktfunksjonen: – Kommunehelsetjenesten må være én samlet tjeneste der legevakt inngår som en viktig del, sa han.

En liten oppsummering

Legevakt er en kommunal oppgave og kommuneoverlegene, som medisinskfaglige rådgivere, har en viktig oppgave i å gi råd om hva som skal til for å oppnå god nok kvalitet på tjenesten. Vi må bevare legevakten som en trygghetskapende institusjon, for å låne Kristian Lexows ord.

Samtidig er det få saker som engasjerer befolkningen så mye som legevakt og lokalsykehus. Kan det være «politisk selvmord» å foreslå endringer som rokker ved befolkningens følelse av trygghet? Nylig ble for eksempel planene for sammenslåing av legevaktstjenestene i kommunene Suldal, Sauda, Vindafjord og Etne på indre Haugalandet stanset etter massive protester og motstand i befolkningen, til tross for stor faglig enighet om at det beste var å stå sammen om en felles legevakt.

Norge er et langstrakt land, og hvert om-

råde må finne sine løsninger. Noen steder kan sammenslåing være riktig, andre steder ikke. Kravene til kommunene er de samme, enten kommunene heter Bærum eller Balsfjord. Legeforeningen og Akuttutvalget har konkludert at legevaktarbeid er allmennlegearbeid, og med ny akuttforskrift og krav til kompetanse har vi fått et viktig hjelpemiddel for å ta tak i de største utfordringene. ROS-analyser vil kunne belyse hvilke områder legevaktordningen i en kommune har høy risiko for uønskede hendelser. Der risikoen er for høy må det foreslås risikoreduserende tiltak som er nødvendig for å være 'innenfor det akseptable'. Risikoreduserende tiltak kan være f.eks. anskaffelse av uniformert legebil, akuttmedisinsk samøving, avtaler med «akutthjelpere» og samarbeid med helseforetakets «flåtestyring».

Kommunene må være forberedt på at god kvalitet koster. Det er sjelden penger å spare på en sammenslåing, og med de nye kravene i akuttforskriften vil det ikke lenger være mulig å spare penger på legevakten. De folkevalgte må gjøres i stand til å forstå hva det betyr å ha en legevakt styrt av vikarleger uten tilknytning til kommunen, istedenfor en ordning der fastlegene er bærebjelken i en legevakt som henger godt sammen med resten av kommunehelsetjenesten. Hvor ofte møter kommuneoverlegene politikerne i egen kommune? Er kommuneoverlegene i posisjon til å påvirke prosessene godt nok? Det må jobbes i kulissene for å få administrasjon og politikere til å forstå hvilke utfordringer vi ser i dag, og hva som skal til for å bygge opp gode legevakter.

Helene Brandstorp og Kristian Lexows oppfordringer til årsmøtekurset for samfunnsmedisinerne fortjener å bli tatt med til slutt: Vær en stemme i samfunnsdebatten og bidra til å skape en bølge av bevisstgjøring om hva som skal til for å sikre en god legevakt! Kanskje trenger vi fakkeltog som forlanger god *kvalitet* på tjenesten, og ikke bare *nærhet* til den?

REFERANSE

1. Brandstorp H. Kvalitet når legevakten er integreert. Utposten 2015; nr. 3: 12–14.