

AKUTTMEDISINFORSKRIFTA: God eller dårleg? Løft

■ SVERRE RØRTVEIT • *Kommunelege i Austevoll, fastlege og legevaktlege, spesialist i allmenmedisin, medlem av Akuttutvalet*

Akuttmedisinforskrifta (1) har som føremål å «bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» (§1). Lat oss for ein augneblink halda fast ved dette føremålet: Forsvarlege og koordinerte akuttmedisinske tenester. Resten av forskrifta skal beskriva krav som bidreg til å oppfylle føremålet.

Som allmenmedisinarar og samfunnsmedisinarar kan ein refleksjon over denne forskrifta starta ved denne etappen: Har me noka rolle, noko ansvar, for å sørge for forsvarlege, det vil seia gode, akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus?

Dumt spørsmål. – Ja, me har det. Så vil eg spørre: Kvifor har me ei rolle og dette ansvaret? Mitt svar er at i ytterste konsekvens så har me dette ansvaret som medmenneske, og medmenneske som har høg tillit ved at me har ein spesiell kompetanse på dette området. Det er eit meir relevant svar enn at ansvaret følger av tilsettingskontrakt og Lov om helsepersonell.

Akuttmedisinforskrifta er faktisk ganske god på å sirkla inn korleis me, saman med kommunen og helseforetaket, skal ivareta det medmenneskelege og medisinskkompetente ansvaret ved organiseringa av legevakt. I §6 står det at kommunen skal organisera legevakt slik at minst ein lege kan stilla opp, og organiseringa må vera slik at legen både kan vurdere, gje råd og behandla akuttmedisinske tilstandar, og organiseringa må vera slik at legen kan rykka ut ved akuttmedisinske tilstandar. I §4 står det at kommunane og helseforetaka skal samordna dei akuttmedisinske tenestene sine, og kommunane skal sørge for at legevaktspersonellet får trening i oppgåvene sine.

Desse kjerne-krava i §4 og 6 kunne ha vore detaljert endå meir, men dei er i denne utforminga likevel av stort verdi, og dei utgjør eit medisinsk-etisk credo: Dette trur me på, dette er av våre grunnleggande verdier, dette beskriv korleis me skal organisera oss for å hjelpe menneske i naud.

Alt vel og bra. Kva er så problemet? Problemet synes å vera §7. Her er det at krav til formell kompetanse for å kunna vera legevaktlege, blir stilt opp. Hovudregelen er at legevaktlegen må vera spesialist i allmenmedisin eller vera godkjent allmenlege, og for andre legar må kommunen skaffa uttrykingsstilgjengeleg bakvakt som oppfyller desse krava. Dette utgjør eit problem for mindre legevaktordningar.

Det er mest eklatant skildra i det felles brevet som fylkeslegane i landet har sendt til Helse- og omsorgsdepartementet, omtalt i *Dagens Medisin* 18.12.15 (2), der fylkeslege Anne-Sofie D. Syvertsen i Aust-Agder også vert intervja og viser med døme frå Bykle og Valle kommune korleis den delen av legekorpset som oppfyller kompetansekrava då må gå to- eller tredelt vakt. Syvertsen seier at dette ikkje er foreineleg med normalt familieliv, og at ein misser ressurspersonar som er berebjarar i distrikta. Denne problembeskrivinga har jo fylkeslegane rett i, og me var mange som på førehand peika på at dette var eit vanskeleg punkt.

I reportasjen i *Dagens Medisin* 18/12 er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) uteska om sine synspunkt på det fylkeslegane påpeiker. HOD gjev ingen ting ved dørene, men seier at overgangsordninga på tre år er sett for at

«kommunene benytter denne perioden til å arbeide for å styrke tjenesten. Departementet vil ha tett dialog med bl.a. KS om gjennomføringen og effekten av kompetansehevingen. I denne forbindelse vil Helsedirektoratet få i oppdrag å følge med på/evaluere om kommunene klarer å rekruttere nok leger til tjenesten.»

Det ser med andre ord ut til at a) HOD ikkje er medvitslause i forhold til det dilemmaet

som føreligg, b) at HOD meiner at kommunane innan tre år må rekruttera fleire legar med kompetanse, og c) at KS og Hdir (som er nøkkelaktørar for å få rekrutteringsauke til) skal involverast tungt i arbeidet.

Mi vurdering av dilemmaet som er skapt av §7, er at dette kjem til å verta modifisert av den utviklinga som manifesterer seg dei kommande åra. For det første har HOD rett i at ein del kommunar er klart underdimensjonerte i fastlegeordninga si og må styrka den. For det andre meiner eg at det forholdet at fylkeslegane engasjerer seg, utgjør ei av etter kvart mange drivkrefter som vil framvinga endringar av dei delane av kompetansekrava som for firkanta stenger ute mange kompetente legar frå deltaking i legevaktordningane.

Så då vil eg venda attende til det som eg oppfattar som sentral-paragrafane i akuttmedisinforskrifta, §6 og §4. Siste bokstav i §6 pålegg legevaktene uttrykingsplikt når det er naudsynt, i akutte tilfelle. Dersom kommunane, og fastlegemiljøa, refleksmessig sentraliserer legevaktordningane for å oppnå at fleire legar oppfyller kompetansekrava, vil dei samstundes forhindra at uttrykingsplikta kan oppfyllast. På dette viset står uttrykingsplikta i §6 og kompetansekrava i §7 i opposisjon til kvarandre.

Eg har ikkje oppfatta den juridiske vitenskap og praksis slik at ei paragraf i ei forskrift har forrang framfor andre. Når altså fylkeslegane er bekymra for problema som §7 skapar for vaktordningane (som eg er samd med dei i), så er det ikkje nokon grunn til at dei skulle vera mindre bekymra for det hinderet for realisering av §6 som legevaktssentraliseringane skapar. Når det kjem til overvaking frå helsetenesta sine tilsynsorgan, med andre ord nettopp fylkeslegane, så er det ingen grunn til at dei skulle ha mindre fokus på §6 enn på §7.

§4 pålegg kommunar og helseforetak samordning av sine akutttenester. Akuttutvalet (3) foreslår ei betydeleg innskjerping av dette, med felles planleggingsprosessar. Også dette bør bli eit sentralt punkt for overvaking av helsetilsyn og fylkeslegar,

blikket!



for å sørge for at både kommunar og helseforetak tek ansvar for ei differensiert, kompetent, samtrent og utrykkingstilgjengeleg akutthelseteneste.

Ei utfordring for realiseringa av den samfunnsetiske fordringa vår, at me har ei rolle og eit ansvar for å sørge for gode akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, er at det i delar av korpset vårt finnest ei tenking om at legen ikkje betyr noko for utfallet av akuttmedisinske aksjonar. Teorien er då at andre instansar (som oftast ambulansetenesta, av og til luftambulanse eller utrykkingseining frå sjukehus) kan ordna opp, legevaktlegen kan halda fortet inne på legevakta.

Det er ei underleg oppfatning at den pro-

fesjonen som har den klart beste utdanninga og den klart mest omfattande treninga i å vurdere kliniske situasjonar, ikkje skulle bety noko i akuttmedisinen. Vurderingskompetanse i kompliserte situasjonar er heilt sentralt. Akuttutvalet foreslår at legevaktlege bør vera med ambulansen i utrykking i dei fleste tilfelle av AMK-sendt raud respons.

Mitt hovudærend med dette innlegget er altså å framheva at fastlegekorpset og legevaktlegane bør sjå akuttmedisinforskrifta som eit gyllent høve til realisering av det beste i legetradisjonen. Dei problematiske

sidene ved forskrifta i §7 bør me jobba, saman med andre gode krefter, for å endra og modifisera, og det er sannsynleg at desse problema i det lange løpet ikkje vil overskygga fordelane ved akuttmedisinforskrifta av 1. mai 2015.

REFERANSER

1. Akuttmedisinforskriften. Helse- og omsorgsdepartementet 2015.
2. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/18/frykter-manglende-legerekuttering-med-ny-forskrift/>
3. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Norges offentlige utredninger, 2015: 17.

■ SVERRE.RORTVEIT@AUSTEVOLL.KOMMUNE.NO