

# 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 generallistkompetanse 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 altnuligmann (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](http://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 avlastet 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 sløyfe 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 legevaktbilene 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 døgnenger (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 rettfærdig 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 fastlegens 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](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](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

# Ny akuttmedisinforskrift innskjerper krav til legevakt

■ TOM SUNDAR • Utpostens redaksjon

**Den reviderte akuttmedisinforskriften som trer i kraft 1. mai, stiller strengere kompetansekrav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette vil på sikt få konsekvenser for alle legevaktleger.**

Det er særlig ordlyden i § 7 i *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmedietjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)* som skaper uro i fastlegekorpset og det allmennmedisinske fagmiljøet. Det har blant annet kommet til uttrykk gjennom en rekke innlegg i debattforumet *Eyr*.

#### Utelukker uerfarne leger

§ 7 stiller i korthet krav om at leger som har legevakt alene må enten være spesialist i allmennmedisin eller være godkjent allmennlege med tre års veiledet tjeneste (jf. bestemmelsene i *Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger og Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits*). I tillegg må den enkelte lege ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år som allmennlege i kommunen. Hvis en lege ikke oppfyller kravene, må vedkommende ha en bakvakt som gjør det. Bakvakten må kunne rykke ut «når det er nødvendig». Det vil være en overgangsordning på tre år for å oppfylle kravene, presiseres det i forskriften.

Videre forutsetter den nye forskriften at

alle leger i legevakt må gjennomgå kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering. Kurskravene må være innfridd innen fem år etter at forskriften trer i kraft. Dersom kommunen ikke klarer å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak.

– Allmennleger med praksis og opplæring innenfor sitt fag, er uten tvil de best kompetente til å ha legevakt. Derfor er det lett å være enig i de nye forskriftskravene, sier kommunelege Sverre Rørtveit i Austevoll til *Utposten*. Rørtveit er selv ansvarlig for den prehospital akuttmedisinen i Austevoll kommune, og har i en årrekke vært engasjert i den nasjonale diskusjonen rundt kvalitetsforbedring og organisering av legevaktstjenesten. Under fjorårets høring om akuttmedisinforskriften, skrev han en individuell høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

#### Dilemma i distrikt

Rørtveit mener imidlertid at det er en indre motsetning i den nye forskriften, slik at den reelt sett kan virke mot sin hensikt om å heve kvaliteten i legevaktstjenesten: – Kravene i § 7 kan skape store problemer for distriktslegevakter som mangler leger med de forskriftsfestede kvalifikasjonene. Det kan føre til en urimelig stor bakvaktbelastning for de leger som innehar kvalifikasjonene. Dersom det blir for få leger med formell kompetanse til å ha legevakt, vil dessuten utrykningsplikten bli illusorisk. Her ligger den indre motsetningen i forskriften, påpeker han.

I sitt høringsinnspill i fjor skisserte Austevoll-legen en rangordning mellom formelle krav, prosedyreopplæring, og utrykningsplikt, etter hvor viktige disse elementene er:

- Utrykningsplikten
  - Praktisk trening og samhandling i akuttmedisinske prosedyrer og beredskap
  - Kompetansekrav om at allmennlege har spesialitet eller refusjonsrett
- Kvaliteten og realkompetansen til legevakten må vektlegges. Utrykningsberedskap vil innebære et avgjørende kvalitetsløft. Tilpliktning og rundskrivsmessig konkretisering av treningsmengde og innhold utgjør et nesten like viktig moment. Men jeg er redd for at de formelle kompetansekravene blir så dominerende at de vil ødelegge for de to første momentene, slik man kan tenke seg situasjonen i en del distriktslegevakter, sier Sverre Rørtveit.

Han er tydelig på at diskusjonen rundt styrking av legevaktstjeneste må rettes inn mot hvilke legeressurser som er tilgjengelige ved hver enkelt legevaktstasjon, for å kunne realisere målet om akuttutrykning når det haster, i tillegg til målet om å tilby sykebesøk til dem som trenger det mest.

– Det mest positive i den nye forskriften, er presiseringen i § 6 av at legevakten skal yte hjelp ved ulykker og akutte situasjoner, og rykke ut når behovet oppstår. Dette kravet er i seg selv en forbedring av den prehospital akuttmedisinen her i landet, ettersom den kommunale legevakten mange steder ikke har deltatt i akuttmedisinske situasjoner, sier den erfarne kommunelegen.

## ANDRE SENTRALE PUNKTER I NY FORSKRIFT

- **Ambulansetjenesten**  
– to må kunne kjøre ambulanse  
Det blir strengere krav til ambulansetjenesten. Hver bil må ha minst to personer, der minst én er autorisert ambulansetjenestearbeider. Den andre må være godkjent helsepersonell. Begge skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy – dette for å sikre at den med best helsefaglig kompetanse kan yte helsehjelp til pasienten.
- **Krav til svartid og system for varsling**  
For AMK-sentralene skal 90 prosent av henvendelsene besvares innen 10 sekunder

og for legevaktssentralene skal 80 prosent besvares innen 2 minutter (som for fastlegekontorene). AMK skal umiddelbart iverksette trippelvarsling ved behov for hjelp fra flere nødteater samtidig. AMK skal ha et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde.

- **Nytt legevaktnummer**  
Fra 1. september i år innføres nytt nasjonalt legevaktnummer: 116 117. Legevaktssentraler over hele landet skal motta henvendelser via 116 117 og ved behov viderekobles samtalen til andre legevaktssentraler og AMK.

Det stilles krav om at de kommunale legevaktssentralene – som AMK-sentralene – skal ha utstyr for lydopptak av samtale med innringer.

- **«Akuttgjelpere»**  
Kommuner og regionale helseforetak kan inngå avtaler om bistand fra frivillige organisasjoner, som for eksempel Røde Kors og lokalt brannvesen. Akuttgjelperne vil kunne bistå til helsepersonell kan yte akuttmedisinsk hjelp. Akuttgjelpere må ha fått nødvendig opplæring.

KILDER: HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, LOVDATA