

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsinnspill vedr. revisjon av akuttmedisinforskriften

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittobealmediiinna našunála guovddáš takker for invitasjonen til å komme med et høringsinnspill til den pågående revisjonen av akuttmedisinforskriften. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har fire endringsforslag til dagens forskrift. Vi vil spesielt komme med innspill til det andre og det fjerde, om krav til bakvakt for leger i legevakt som kan rykke ut om nødvendig.

Bakgrunnen for vårt fylldige høringssvar er en nasjonal kartlegging som vi mener gir viktige innspill. Men det er også viktig at vi har fått erfare at fastleger truer med eller har sluttet i jobben på steder der det nye kravet vil gi for hyppig vakt. Dette er alvorlig i en tid da det er vanskelig å rekruttere og stabilisere leger i kommunene. Våre egne kartlegginger viser at antallet fastlegehjemler som har stått ubesatt i mer enn 3 måneder er fordoblet fra 2014 til 2016 i kommuner med under 20 000 innbyggere. Der fastlegehjemler står ubesatt, vil vikarer måtte overta - også i legevakt.

Vi frykter dessuten økt sentralisering av legevakter med et dårligere tilbud til rurale befolkninger som resultat. Dette fordi flere får lang reisevei og det gjør at de både bruker legevakten mindre og vil få dårligere service, ifølge en doktorgradsavhandling fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Raknes 2015). Videre vil vi da få større legevakter med leger i vakt som ikke vil kunne se til pasienter i institusjoner eller deres hjem og heller ikke vil kjenne til de lokale ressursene.

Våre konklusjoner:

1. Kravet om at bakvakt må kunne rykke ut må bortfalle grunnet uhensiktsmessig bruk av legeressurser og erstattes med et mer formålstjenlig krav om at bakvakt med lokalkunnskap og selvstendig vaktkompetanse må være tilgjengelig på telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse.
2. Forskriftskravet om lokal trening i samhandling vil kunne trygge mindre erfarne leger og sikre pasientsikkerheten gjennom godt lokalt samarbeid og bør følges opp av myndighetene.
3. HOD bes om å lage konkrete planer for å sikre kommunene mot legefukt og vikarstafetter som beskrevet, og tiltak når dette oppstår.



1. Rekrutteringsutfordringer og legevakt

1.1 Et avgrenset pilotprosjekt har begrenset verdi på kort sikt.

Myndighetene ønsker å prøve ut en spesiell legevaksorganisering i Sogn og Fjordane og har innrettet det siste forslaget i forskriftsendringen for å få til dette. Det avgrensede pilotprosjektet er en kompleks intervensjon som skal evalueres. Etersom den foreslåtte nye organiseringen vil kreve lokal endringsvilje og utviklingsprosesser som inkluderer nettverket av andre aktører som legevakt er knyttet sammen med (hjemmesykepleie, sykehjem, ambulansetjeneste, DPS, sykehus osv.), vil det erfaringsvis ta tid før eventuelle positive resultater vil bli klare og spesielt vil det være vanskelig å vise om omorganiseringen er viktig for at unge leger rekrutteres og stabiliseres. Deretter vil det ta tid før andre kommuner vil implementere liknende ordninger og på den måten muligens kunne avhjelpe rekrutteringsutfordringene vi ser i dag. Dette prosjektet er derfor interessant mest på lang sikt.

Som et selvstendig poeng undrer vi oss over at bakvakten i dette prosjektet ikke trenger å rykke ut og ettersom de skal virke for et stort geografisk område, vil de mangle den lokalkunnskapen som våre informanter mener er viktig for en bakvakt per telefon.

1.2 Alternative løsninger.

På slutten av 2017 fikk vi nyttig kunnskap om hva unge leger selv vektlegger mht. deltagelse i akuttmedisin og utrykninger i en fokusgruppstudie blant leger i kommuneturmus i Finnmark. Forskerne var interesserte i turnuslegenes deltagelse ved utrykning i akuttmedisinske settinger (Hunnålvatn et al., Tidsskr Nor legefören, 2017). Det var imidlertid ikke bakvakt som kan rykke ut som turnuslegene snakket om, men hvor viktig samarbeid med ambulanspersonell var. Det var fire hovedtema turnuslegene la vekt på: erfaring, ferdigheter, logistikk og tillit til andre yrkesgrupper. Vi vet ikke om systematisert kunnskap om dette fra andre kilder og mener studien bør få vekt.

I andre fokusgruppeintervjuer der unge leger deltok har vi sett at lokal trening i akuttmedisinsk samhandling skaper profesjonell trygghet, bygger en lokal pasientsikkerhetskultur som gir rom for det lokale helsepersonelllets egen ansvarlighet (Brandstorp, doktorgradsavhandling, 2017).

Vi mener at oppfølging fra myndighetene vedrørende forskriftskravet om lokal trening i samhandling vil kunne trygge mindre erfarne leger og sikre pasientsikkerheten gjennom godt lokalt samarbeid.

Det er liten tvil om at intensjonene med kompetansekravene i forskriften er økt pasientsikkerhet, men vi tror ikke det økte krav om antall leger i legevakt er hensiktsmessig bruk av begrensede ressurser. I praksis vil forslaget bety at kommunene vil bruke mye penger på dyre vikarer for å oppfylle forskriften. Vi vet at disse stort sett kommer fra andre land, ikke har lokalkunnskap og heller ikke er vant med delta i akuttmedisinsk legevaksarbeid. I det siste året hører vi fra kommuner at vikarene på markedet i stor grad også er unge og uerfarne. Det er derfor sannsynlig at ressursbruk på de lokale teamene vil gi bedre kvalitet på tjenestene pasientene skal få.

2. Nærmere om kravet til bakvakt med mulighet for å rykke ut

Vi vil i det videre bruke ny kunnskap fra vår avsluttede nasjonale kartlegging av kompetansekrav for leger i legevaksordningen for å underbygge vårt råd, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap fra flere kommuner som har henvendt seg formelt eller uformelt i denne sakens anledning. Vi vil angi tydelig hvor kunnskapen er fra.

2.1. Nasjonal kartlegging.

Kartleggingen var rettet mot kommuner og avgrenset til å undersøke vaktkompetansen blant kommunens fastleger i legevaktordningen. Den omfatter svar fra 93 prosent av alle landets kommuner, primært gitt av en kommunelege, og antas å gi en representativ status på landsbasis per 1.1.2017. Alle tallresultatene foreligger i en rapport som ble sendt Helsedirektoratet 15. desember 2017, men grunnet deres sperrefrist 31. januar 2018, inkluderer derfor kun kunnskap oppsummeringsvis i dette høringssvaret.

2.2 Bakvaktsbehovet til turnusleger /LIS1 forsvinner 1/2 halvåret i kommunen.

Erfaringsbaserte meldinger fra fastleger som fungerer som bakvakt for turnusleger er enstemmige i forhold til at turnuslegene slutter å ringe dem mot slutten av den halvårige tjenesten. De ringer turnuslegene i stedet sykehusleger for medisinske spørsmål, samt trykkes av å kjenne ambulanspersonell og annet personell i vakt lokalt (sykepleiere i legevakt, sykehjem eller hjemmesykepleie, avhengig av organisering).

2.3 Lokalkjent bakvakt per telefon trengs for alle leger som ikke er lokalkjent

Erfaringer fra fastleger er at det ikke er primært medisinske spørsmål som stilles av uerfarne eller andre leger som ikke er kjent lokalt. Det handler i stedet om hvor utstyr finnes, lokale rutiner for samarbeid andre ressurser osv. Dette kan derfor håndteres av lokalkjente leger per telefon.

Ved behov utover det som er i kommunen (som i en krise) har leger i nabokommuner plikt til å hjelpe hverandre.

2.4 Bakvakt på sykehus er kvalitativt noe annet enn bakvakt i legevakt.

Igen er det ifølge erfaringer fra fastleger slik at det som synes som et tydelig kompetanshierarki mellom for- og bakvakt i spesialisthelsetjenesten, ikke finnes på samme måte i legevakt. Bakvakt på sykehus forventes å ha entydig større kompetanse på de aktuelle problemstillingene enn forvakt har. I legevakt ser en gjerne at de unge legene er mer interessert og oppdatert innen akuttmedisin enn de erfarne, de har trening i slikt samarbeid, samt i å behandle avgrensede og enklere problemstillinger. De mer sammensatte problemene, som ikke er akutte, vil legevaksleger be fastlege følge opp på dagtid. En erfaren fastlege har spesielt kompetanse i å utrede og gi avansert behandling av komplekse problemstillinger og individtilpasset helsehjelp basert på gjensidig kjennskap og tillit mellom lege og pasient. Slik relasjonell allmennmedisin er det mye mindre av på legevakt der pasientene ofte er ukjente for legen, med unntak i legevaktene for små populasjoner.

I vår nasjonale kartlegging etterlyste flere respondenter, både fra kommuner med lavt og høyt folketall, evidens for at kravet om bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse, vil øke kompetansen i legevakt.

2.5 Kravet om bakvakt med utrykningsplikt er vanskelig å oppfylle.

Det var 51 respondenter i kartleggingen som meldte fra om at de nye kompetansekravene med utrykningspliktig bakvakt, er svært vanskelig å oppfylle. I hovedsak kom disse ytringene fra usentrale kommuner med lavt folketall, men det var også likelydende ytringer fra respondenter i sentrale kommuner med høyt

folketall.

Fra de usentrale kommunene handlet budskapet i hovedsak om at bakvaktskravet utløser en uheldig økt vaktbelastning på et allerede hardt vaktbelastet fastlegekorps. De økte kravene gjør det enda vanskeligere å rekruttere fastleger, vanskeligere å beholde de man har og vanskeligere å opprettholde nåværende legevaksorganisering – med sentralisering av legevakten og større avstand til legehjelp for befolkningen som konsekvens.

Merk at vi ikke spurte etter vaktkompetansen blant fastleger som ikke inngår i legevaktordningen og heller ikke om hvilke andre leger som supplerer fastlegene i legevaktordningen. Følgelig har vi ikke kartlagt vaktkompetansen blant disse og heller ikke eksplisitt hvor utbredt bruk av andre leger og vikarer er i den nasjonale legevaksordningen.

3. Om fastlegers deltagelse i legevaksordningen

3.1 Stor og systematisk variasjon i andelen fastleger i legevaktordningen på kommunenivå.

Vi fant i kartleggingen at på *landsbasis* deltok 64 prosent av alle fastleger i legevaksordningen, men på *kommunenivå* var andelen fastleger i legevaktordningen betydelig og systematisk med kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Denne forskjellen er viktig i relasjon til bestemmelser som gjelder nasjonalt.

Gjennomsnittsandelen av fastleger i legevaktordningen på *kommunenivå* var nemlig 72 prosent.

Den relativt store forskjellen mellom landsbasis og kommunenivå henger sammen med at andelen fastleger i legevaktordningen avtar signifikant jo mer sentral kommunen er og med økende folketall. I undersøkelsen har 85 prosent av kommunene mindre enn 20 000 innbyggere, og 45 prosent er i kategoriene mindre eller minst sentrale. I nær én av tre kommuner deltok *alle* fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017.

3.2 Høy andel fastleger med selvstendig vaktkompetanse.

Kartleggingen avdekket at blant de 64 prosent av fastlegene som deltok i legevaktordningen på landsbasis, hadde 83 prosent selvstendig vaktkompetanse per 1.1.2017: 45 prosent fordi de var spesialister i allmennmedisin og 38 prosent fordi de var godkjent allmennlege med et tilstrekkelig antall legevakter (eller praksis fra kommunal helse- og omsorgstjeneste).

Andelen spesialister i allmennmedisin blant fastleger generelt er høyere enn den vi fant blant fastleger i legevaktordningen på landsbasis. Det finnes derfor fastleger med selvstendig vaktkompetanse som ikke inngår i legevaktordningen. Potensialet for å øke andelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen er størst i de store og sentrale kommunene og begrenset i de minste og mindre sentrale kommuner, jamfør funnene over i avsnitt 2.1: andelen fastleger i legevakt er allerede meget høy i de minst folkerike og minst sentrale kommunene, og signifikant høyere enn i de folkerike og sentrale kommunene.

En annen løsning kan være å øke antall fastleger og samtidig sørge for at de har selvstendig vaktkompetanse og deltar i legevaktordningen. Dette vil kunne avhjelpe den situasjonen vi har i dag hvor mange fastleger opplever et stort arbeidspress og ønsker seg både kortere lister og kortere arbeidsdager. I mange mindre folkerike og usentrale kommuner har man allerede en fastlegetjeneste

med relativt sett mange leger og korte lister, nettopp for å få til levelige vaktordninger. Det å øke antall fastleger ytterligere vil dermed ikke være noen egnet løsning for dem.

Mer radikale grep som å innlemme legevakt i fastlegenes ordinære arbeidstid, vil trolig ha en positiv effekt for vakttagelsen over hele landet.

3.3 Gjennomsnittstallene knyttet til vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var ikke vesentlig forskjellig fra landsbasis.

I kartleggingen fant vi at gjennomsnittsandelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen (dvs. spesialister i allmenmedisin og godkjente allmennleger med vaktkompetanse) var 82 prosent på kommunenivå. Her var gjennomsnittsandelen spesialister i allmenmedisin 42 prosent, mens gjennomsnittsandelen med vaktkompetente godkjente allmennleger var 41 prosent. De minst sentrale kommunene skilte seg signifikant fra de øvrige med en lavere andel spesialister i allmenmedisin (35 prosent) blant fastlegene i legevaktordningen. Forøvrig var det ingen signifikante forskjeller i vaktkompetanse blant fastlegene i legevaktordningen mellom sentrale og usentrale kommuner, mellom kommuner med høyt og lavt folketall eller mellom kommuner med kommunal eller interkommunal legevakt.

3.4 Mange kommuner med tiltak for å sikre selvstendig vaktkompetente fastleger.

Majoriteten blant respondentene (59 prosent) i vår kartlegging svarte at kommunen hadde satt i verk spesielle tiltak for at deres leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse. Tiltakene handlet om å sørge for å få på plass veiledningsavtaler, at fastlegene fikk tatt nødvendige kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og stille krav om og tilrettelegge for at fastleger får gjennomført spesialisering i allmenmedisin.

4. I hvilken grad og hvordan bakvakt er organisert

4.1 Et mindretall av kommunene hadde etablert forskriftsmessig bakvaksordning.

I vår kartlegging hadde 42 prosent av kommunene som svarte at de har etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften, en kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig. Drøyt halvparten både av de minst og mindre sentrale kommunene hadde en bakvaktordning på plass, mot én av tre i de noe sentrale og sentrale kommunene. Nær halvparten av kommunene med minst og mellomstort folketall hadde etablert bakvaksordning. I de mest folkerike kommunene var tilsvarende andel nær én av fem. Mange av de som ikke hadde etablert bakvaktordning, skrev at de ville ha en bakvaktordning på plass innen utløpet av overgangsperioden.

4.2 Ulik organisering av bakvakt.

Organiseringen av bakvakt var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt, i vårt kartlegging. I de minst sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene hjemmevakt og rykket ut om nødvendig. I de sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene tilstedevakt. Det var tilsvarende ulikhet mellom de minst og mest folkerike kommunene. Kommuner med kommunal legevakt hadde en betydelig andel bakvakt tilgjengelig på telefon, mens de interkommunale legevaktene i relativt stor grad hadde bakvakt

tilgjengelig på legevakten.

Drøyt halvparten (52 prosent) av alle de som hadde en bakvaktordning, hadde en ordning hvor bakvakten har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig. De øvrige hadde bakvakt tilgjengelig på legevakt (25 prosent) eller tilgjengelig på telefon (21 prosent).

5. Klar melding fra kompetente kommuner

Vi har i kartleggingen vår sett at den samlede vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene i liten grad skilte seg fra vaktkompetansen i de folkerike og sentrale kommunene. Med andre ord; når respondenter fra disse kommunene uttaler seg, så snakker de fra et kompetent utgangspunkt. utfordringene de forteller om det å skulle etablere bakvaksordning med utrykningsplikt, bør helsemyndighetene lytte til.

Akuttutvalget har pekt på at mangel på kvalifisert helsepersonell er en utfordring for å sikre akuttmedisinske tjenester for befolkningen i distrikter og utkantkommuner (NOU 2015 nr. 17).

Helsemyndighetene bør søke å unngå en situasjon hvor kravet til bakvaksordning i legevakt bidrar til ytterligere sentralisering av tjenesten, økte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegetjenesten og en forringelse av pasientsikkerheten.

Med vennlig hilsen

Helen Brandstorp,
Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin/
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš jođiheddji