

Høringsuttalelse fra Allmennlegeutvalget i Kautokeino kommune

Undertegnet av legene Marit Karlsen, Siriann Gulsrud, Ann Karine Gaup og Tuija Helena Niiranen

Her følger en logistisk, geografisk, demografisk, infrastrukturell, språk- og kulturell bakgrunnsinformasjon som vi vektet som et vesentlig kunnskapsgrunnlag i forbindelse med hvordan vi vurderer deler av akuttmedisinforskriften, i både opprinnelig og endret form, som destabiliserende og kvalitetssenkende for legetjenestetilbudet, herunder fastlegetilbudet og legevakt, til Kautokeinos befolkning.

Kautokeino kommune er Norges største kommune med areal 9707 m² og med et innbyggertall på 2946. Vi har hatt ca 35-40 fødsler/år de siste årene - og i et Finnmarksperspektiv har vi en misunnelsesverdig demografi med ung befolkning og fødselsoverskudd.

Lokalsykehus er Hammerfest sykehus, 270 km eller 4 timers ambulansetiltur unna og nærmeste ambulanseflyplass er Alta lufthavn, 135 km unna. Region/Universitetssykehus er 400 km veistrekning unna - gitt at man tar snarveien gjennom Finland og Sverige.

Helikoptertransport tar ca 60 minutter til både lokal- og region/universitetssykehus gitt godt flyvær. Gitt dårlig flyvær, nedsatt sikt eller ising i luften kan ofte ikke helikopter fly inn over vidda mot Kautokeino (Vi serves vesentlig av Sea King 330-skvadronen ved Banak, Lakselv samt UNN-helikopteret).

Vi er grensekommune til Finland, Enontekiö kommune. Samisk er førstespråk for ca 90% av kommunens innbyggere. Samisk språk- og kulturkompetanse er tilleggskvalifikasjoner som vektet høyt når Kautokeino kommune jobber for rekruttering av leger - dette inngår i satsingen på å kunne gi gode og likeverdige helsetjenester til våre brukere.

Legesituasjonen i Kautokeino kommune, utfordringer knyttet til akuttmedisinforskriften og litt om hvordan små samfunn har tradisjon for å rigge seg og trå til uavhengig av pålegg, lov eller forskrift.

Kommunen opplever arbeidet med rekruttering og stabilisering som delvis utfordrende under dagens betingelser. Akuttmedisinforskriften vil, slik vi ser det, ikke lette dette arbeidet men heller gi ytterligere stabiliseringsvansker.

Kautokeino kommune har per nå 4 fastlegelister hvorav 3 er besatt av listeinnehaver, en lege er i sideutdanning (sykehusår) for å bli ferdig spesialist i allmenmedisin og en stilling er under utlysning. Vi har LIS1 (turnuslege) i inneværende turnusperiode.

Vi inngår i vaktklasse 1, altså vaktklasse med minst påregnet gjennomsnittsaktivitet - og bakvaksbehovet kan ikke begrunnes ut fra forventede samtidighetskonflikter.

Som tilpasning til akuttforskriften er det etablert bakvakt med utrykningsplikt for LIS1(turnuslege) i de siste to periodene vi har hatt LIS1. Vaktbrøken har med dette gått opp for hver av de selvstendig vaktkompetente legene uten at vi registrerer at behovet for annet enn telefonråd har vært tilstede.

Vi har videreført, siden 2006, et daglig rituale med morgenmøte for legene der læringsmomenter fra siste døgns legevakt deles. Vi har månedlige samøvelser med ambulanspersonell/legevaktspersonell med fokus på teknikker, akuttmedisinske prosedyrer, samhandling og sosial omgang for sammen å være trygge - medisinskfaglig og i samhandlingen med hverandre. Vi har en gjensidig lavterskel for kollegial assistanse, rådgivning og medvurdering. Legene har, tross vaktfri og nattmodus på privattelefonen, innstillinger som slipper gitte nummer gjennom; det er legevaktstelefonen og telefonen fra vakthavende sykepleier på legevakt/sykestue. Dette er et uttrykk for et uformelt

kollegialt sikkerhetsnett som den lengst ansatte legen har blitt kalt ut på ved én anledning i løpet av en periode på tolv år - og da ikke på bakgrunn av uerfaren kollega.

Når en jobber på små plasser over tid får man god kjennskap til pasientpopulasjonen - vi ser at denne kjennskapen godt på vei kommer etter et halvt års turnustjeneste med den vaktrotasjonen våre LIS1 inngår i. Disse legene, de med allerede opparbeidet kunnskap om lokale forhold, er de vi ønsker å rekruttere til videre arbeid som fastleger hos oss, lokalkompetansen gjør at vi generelt anser disse som mer vaktskikket enn kortidsvikarer om enn med spesialistkompetanse inkludert.

Å ha legevaktsansvaret er for våre leger en normalsituasjon, vi lever i - og er en del av det samfunnet vi jobber i. Vi er oppdaterte medisinskfaglig på legevakt. Tar noen en vakt for en kollega så har vedkommende likevel et nytt vakt døgn innenfor tre døgn. Vaktfrekvensen er en helt annen enn i store interkommunale systemer. Å ikke være komfortabel med å ha legevakt er ikke forenlig med å kunne jobbe som lege i Kautokeino kommune.

Stabilitet innenfor fastlegetjenesten og herunder også legevakt, da det på småplasser er de samme som går legevakt som er fastleger, vil vi løfte frem som kanskje den viktigste kvalitetsindikatoren. Et øket vikarbehov som blir resultatet av et bakvaktskrav gir sviktende stabilitet og truer pasientsikkerheten. Vi undrer oss til at dette ikke synes å være godt nok fokusert på av Helse- og omsorgsdepartementet hvordan ideen om det beste i sentrale strøk faktisk kan se ut til å forringe det gode i distriktet gitt akuttmedisinforskriftens omfattende bakvaktskrav.

Vi mener at et bakvaktskrav utover telefonisk bakvakt for LIS1 ikke vil heve pasientsikkerheten eller kvaliteten på legevakt men derimot destabilisere gode legetjenester i distrikt - både fastlegevirksomhet og legevakt.

Kvalitet og trygghet innenfor samhandling lokalt trekkes frem som viktig i en undersøkelse blant turnusleger i Finnmark. Vi vet at systematisk samtrening på potensielle scenarier gjør oss bedre rustet til å håndtere disse når de reelt inntreffer.

Vi er ellers positive til at man ønsker å løfte kvalitet på legevakt men vi synes ikke virkemidlene i akuttmedisinforskriften er gode, spesielt ikke for distriktskommunene.

Pilotprosjektet med stor-legevakt der randsoneskommuner/områder i praksis, slik vi ser det, ikke får legevaktstjenester ser vi på som distriktsfiendtlig og en trussel mot pasientsikkerheten for innbyggerne i disse områdene. Vi synes det er urovekkende at Helse- og omsorgsdepartementet legger så mye ressurser i, og har et så stort fokus på, dette.

Våre konkrete høringsinnspill, med viktig tilleggsinformasjon forutgående om ståa i en distriktskommune i Finnmark - som antagelig ikke er så ulik andre distriktskommuner rundt omkring, er som følger:

- Krav om utrykningspliktig bakvakt må ikke innlemmes i akuttforskriften da den legger beslag på store legeressurser som det ikke er medisinskfaglig behov for, derimot vil et slikt krav føre til totalt svekkede legetjenester i distriktet.
- Telefonbakvakt for LIS1 skal være lokalt ansatt lege som selv betjener eget vakt-distrikt.
- Det må være krav om, og tilrettelegging for, systematisk samtrening i kommunens akuttmedisinske team.
- For nye leger tilbys følgevakt og telefonisk bakvakt utover LIS1 nivå inntil de har opparbeidet seg tilstrekkelig kunnskap rundt lokale forhold og medisinskfaglig funksjonsfordeling og ressurser

innenfor spesialisthelsetjenesten i forbindelse med konferering og innleggelser av pasienter på legevakt.