

SAMMENDRAG

Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften?

Krav til leger i vakt og trening i samhandling

Birgit Abelsen og Helen Brandstorp

NSDM-rapport 2017

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) stiller kompetansekrav til leger i legevaktordningen og gir kommunen plikt til å etablere bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse (§7). Akuttmedisinforskriften stiller også krav om trening i samhandling (§4). Denne rapporten inneholder en kartlegging for å finne ut hvordan landets kommuner oppfyller disse kompetansekravene.

Kartleggingen er rettet mot kommuner og avgrenset til å undersøke vaktkompetansen blant kommunens fastleger i legevaktordningen. Vi har ikke kartlagt vaktkompetansen blant fastleger som ikke inngår i legevaktordningen. Vi har heller ikke kartlagt hvilke andre leger som supplerer fastlegene i legevaktordningen og følgelig ikke kartlagt vaktkompetansen blant disse.

Datamateriale og metoder

Rapporten er basert på en kvalitativ forundersøkelse i ni skjønnsmessig utvalgte kommuner og en kvantitativ hovedundersøkelse rettet mot alle landets 426 kommuner. Hovedundersøkelsen ble gjennomført med et elektronisk spørreskjema og omfatter svar fra 93 prosent av kommunene, primært gitt av en kommunelege. Datamaterialet antas å gi en representativ status på landsbasis per 1.1.2017.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av univariate og bivariate analyser. Statistiske tester er brukt for å henholdsvis sammenlikne gjennomsnittsverdier og avdekke sammenhenger knyttet til *kommunens sentralitet, folketall og type legevakt*. Svar på åpne spørsmål er analysert systematisk og meningsinnholdet kondensert.

Om kompetansekrav til leger i legevaktordningen

Stor og systematisk variasjon i andelen fastleger i legevaktordningen på kommunenivå

På landsbasis deltok 64 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017. På kommunenivå varierte andelen fastleger i legevaktordningen betydelig og systematisk med kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Gjennomsnittsandelen av fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var 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.

Høy andel fastleger med selvstendig vaktkompetanse

Blant de 64 prosent av fastlegene som deltok i legevaktordningen på landsbasis, hadde 83 prosent selvstendig vaktkompetanse per 1.1.2017 - 45 prosent av dem fordi de var spesialister i allmenntmedisin, og 38 prosent fordi de var godkjent allmenntlege med et tilstrekkelig antall legevakter eller praksis fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til å være kompetent for å inneha selvstendig vakt. Andelen spesialister i allmenntmedisin blant fastleger er generelt høyere enn den vi fant blant fastleger i legevaktordningen på landsbasis. Det betyr at det finnes fastleger med selvstendig vaktkompetanse som ikke inngår i legevaktordningen.

Gjennomsnittstallene knyttet til vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var ikke vesentlig forskjellig fra tallene på landsbasis. Blant fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune, var gjennomsnittsandelen spesialister i allmenntmedisin 42 prosent, mens gjennomsnittsandelen med vaktkompetente godkjente allmenntleger var 41 prosent. Gjennomsnittsandelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen (dvs. spesialister i allmenntmedisin og godkjente allmenntleger med vaktkompetanse) i den enkelte kommune var 82 prosent. De minst sentrale kommunene skilte seg signifikant fra de øvrige med en lavere andel spesialister i allmenntmedisin (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.

Mange kommuner med tiltak for å sikre selvstendig vaktkompetente fastleger

Majoriteten blant respondentene (59 prosent) svarte at kommunen hadde satt i verk spesielle tiltak for at deres leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse i akuttmedisinforskriften. 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 allmenntmedisin.

Et mindretall av kommunene hadde etablert forskriftsmessig bakvaksordning

Blant kommunene i undersøkelsen, var det 42 prosent som svarte at de har etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften, med 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 bakvaktsordning. I de mest folkerike kommunene var tilsvarende andel nær én av fem. Mange av respondentene som ikke hadde en etablert bakvaktordning per 1.1.2017, skrev at de arbeidet med saken og vil ha en bakvaktordning på plass innen utløpet av overgangsperioden 1.5.2018.

Ulik organisering av bakvakt

Drøyt halvparten (52 prosent) av 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).

Organiseringen av bakvakt var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. I de minst sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene hjemmevakt og rykket ut om nødvendig. I de sentrale kommunene var majoriteten av bakvaktene tilgjengelig på legevakten. 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.

Kravet om bakvakt med utrykningsplikt er vanskelig å oppfylle

Det var 51 respondenter som brukte muligheten til å komme med en tilleggskommentar, til å melde fra om at de nye kompetansekravene med utrykningspliktig bakvakt er svært vanskelig å oppfylle. I hovedsak kom disse ytringene fra mange 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 bakvaktkravet 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 legevaktorganisering – med sentralisering av legevakten og større avstand til legehjelp for befolkningen som konsekvens.

Klar melding fra kompetente kommuner

Den samlede vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene skilte seg i liten grad 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. Det de forteller om vanskene med, og konsekvensene av, å skulle etablere bakvaktsordning med utrykningsplikt bør helsemyndighetene ta innover seg og lytte til. Helsemyndighetene bør søke å unngå en situasjon hvor kravet til bakvaktsordning i legevakt bidrar til ytterligere sentralisering av

tjenesten og økte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegetjenesten. Flere respondenter, både fra kommuner med lavt og høyt folketall, etterlyste evidens for at kravet om bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse, slik den er definert i akuttmedisinforskriften, vil øke kompetansen i legevakt.

Om trening i samhandling

I drøyt halvparten av kommunene ble det trent samhandling i 2016

Andelen kommuner som oppgav at personell trente akuttmedisinsk samhandling én eller flere ganger i løpet av 2016, var samlet 52 prosent. Flertallet av kommunene oppgav at det ble trent én gang i løpet av 2016. Treningsomfanget var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet. De minst og mindre sentrale kommunene skilte seg ut som de som i størst grad hadde gjennomført trening i samhandling. Bare 16 prosent av respondentene medga at deres kommune oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling.

Respondenter fra kommuner som ikke trente samhandling, viste til at de har interkommunale legevakter og uttrykte eksplisitt eller underforstått at dette er «deres bord». Flere medga imidlertid at dette var et område kommunen ikke har tatt tak i. Andre viste til stor ustabilitet blant helsepersonellet som forklaring på at trening i samhandling ikke var prioritert.

I hovedsak leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trener

I de kommunene der personell trente samhandling i 2016, var det i hovedsak leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trente sammen. Treningen omfattet i mindre og avtagende grad helsesekretærer, personell i legevaktsentral, personell i AMK, helefagarbeidere og personell i lokal rus- og psykiatriomsorg. Legekontor og legevakt ble hyppigst brukt som treningsarena. Trening utendørs var også vanlig.

Trening i samhandling organiseres i hovedsak av kommuner

Det var i hovedsak kommunen (63 prosent) som organiserte treningen i samhandling som foregikk i 2016. Helseforetakene stod for en liten andel (10 prosent), selv om forskriftskravet også gjelder for dem.

Kravet om trening i samhandling bør følges bedre opp

Kravet om trening i samhandling har ikke vært fulgt opp med tilsyn fra helsemyndighetens side. Forskning på trening i samhandling som viser at den skaper en god lærings- og pasientsikkerhetskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling, gir gode argumenter for at kravet bør følges opp. Dette kan i praksis gjøres ved å innlemme oppfølging av forskriftskravet som et rapporteringspunkt i oppdragsdokumentet til

helseforetakene. Trening i samhandling kan innføres som en nasjonal kvalitetsindikator, i form av en prosessindikator som dokumenterer samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Forskriftskravet bør videre understrekes i nasjonal veileder i legevaktmedisin som nå er under utforming. Igjen vil vi anbefale at fokuset holdes på å dokumentere prosess og ikke prosedyrer.