

Hørings svar Nasjonal veiler for legevakt

Vi takker for muligheten til å bidra i dette viktige arbeidet. Etter Nasjonalt senter for distriktsmedisin sin vurdering har Norge et unikt system med allmennlegebemannede legevakter som gir øyeblikkelig helsehjelp i form av vurderinger og behandling der folk bor. Dette sikrer god og tilgjengelig medisinsk behandling til alle norske innbyggere hele døgnet, hele året. En Nasjonal veileder for legevakt er et godt verktøy for å sikre likeverdighet i hele landet gjennom legevaktssystemet, og den må ha som mål å bidra til at det består og om mulig at kvaliteten på systemet heves.

Veilederen er omfattende og dekker det meste av temaene som er relevant for en legevakt. Den er praktisk og kommer med konkrete råd, noe som kan være til stor hjelp når en legevakt skal organiseres og driftes.

Utformingen av veilederen med en sammenfattende setning, begrunnelse og praktisk fungerer godt. Innholdet er imidlertid for sprikende og noen områder som er viktige omtales overfladisk, andre er altfor detaljerte. Man bør i dette arbeidet dessuten være tydelig på hvem som er målgruppen og hvem som skal bruke den. For eksempel er det unødvendig å beskrive håndhygiene i detalj, og hvem som fakturerer nødnettet er heller ikke relevant informasjon. Beskrivelse av sikkerhetsfunksjonen på helseradioen trenger ikke å stå i veilederen.

I vårt svar vil vi starte med innspill på fire hovedpunkter, deretter kommenteres kvalitetsindikatorene kort og så til slutt kommer vi med mange innspill med direkte henvisninger til teksten.

Hovedpunkt:

1. *pasienters nærhet til legevakt og –sentral,*
2. *lokal tilpassing av legevaktene og –sentralene,*
3. *ledelse,*
4. *kompetanse og kvalitet i legevakt .*

1. Pasienters nærhet

Pasienters nærhet til legevakt og –sentral er viktig da vi vet at hvis det er lang vei til legevakt vil færre pasienter, også de dårlige, kontakte legevakten og -sentralen (Raknes 2015). Ikke publiserte data kan tyde på at lang reisevei ut til pasienten også påvirker om legevaktlege rykker ut til pasienter ved akutt sykdom og skade (Hjortdahl 2019). Det er dermed gode medisinske argumenter for å etablere legevakter og –sentraler der innbyggere lever og bremse sentralisering av begge deler. Vi støtter Nasjonalt kompetansesenter sitt forslag om å inkludere en veiledning knyttet til reisevei som

lyder: «Legevaktlokalet bør plasseres slik at 90 % av befolkningen i legevaktdistriktet har maksimalt 40 minutter reisevei til legevaktlokalet, og 95 % maksimalt 60 minutter. Legevaktlege bør kunne nå 95 % av befolkningen og alle tettsteder i legevaktdistriktet innen 45 minutter ved utrykning.»

Veilederen kan være enda mer tydelig på at det som kan tas av fastlege dagen etter skal kanaliseres dit, samt bruk av telefonråd ved tilstander hvor dette er mulig. Samtidig bør veilederen fremheve legevaktens oppgaver innen akuttmedisin ved deltakelse på utrykninger, samt økt bruk av sykebesøk til skrøpelige pasienter.

2. Lokalt tilpasset

En lokal tilpasset legevakt og -sentral vil ha muligheten til å kjenne sin pasientpopulasjon, geografi, kultur, språk, lokale ressurser og rutiner bedre enn større sentrale legevakter. Vår erfaring med godt integrerte legevakter og -sentraler i resten av helsetjenesten lokalt, er at de på sitt beste trygger pasientene slik at overmedisinering og «for sikkerhetsskyldmedisin» unngås – synlig som lavere antibiotikabruk, foreskriving av B-preparater osv. – og forvalter de lokale ressursene på en tilsvarende måte, med mindre bruk av f.eks. ambulanse fordi andre alternativ som taxi oppleves trygt. Dette har vi dessverre ikke tall på.

Grunnet geografi, klima og bosetningsmønsteret i Norge vil en del legevakter være små, mens andre store. Det vil være store forskjeller i mengde og type oppdrag disse legevaktene løser. Norske legevakter er derfor en heterogen gruppe, med ulik størrelse, utrustning, bemanning, oppgaver og kompetanse. Det er avgjørende at en veileder for legevakter legger stor vekt på disse to perspektivene, nærhet til pasienten og lokal tilpasning. Slik veilederen er utformet nå kommer ikke disse perspektivene tydelig nok fram.

Dette er ekstra bekymringsfullt da veilederen er meget omfattende, og lister opp en rekke momenter som en legevakt skal og bør inneha. En del av disse momentene er lovpålagt, men mange er også tatt med da det er tenkt at de vil øke kvaliteten på legevakten. Disse punktene er ofte gode, men vi er engstelige for at summen av disse blir så omfattende at det er vanskelig for både store og små legevakter å følge veilederen. Vi kjenner til flere mindre legevakter som trolig ville ha utfordringer med å følge veilederen slik den er nå, men som allikevel tilbyr sine innbyggere gode akuttmedisinske tjenester. Vi frykter dermed at denne veilederen kan bli brukt som et argument for videre sentralisering av legevakt, da små legevakter vil ha vansker med å følge anbefalingene som er listet opp, og med dette gi en totalt sett dårligere helsetjeneste.

3. Ledelse

Videre vil vi støtte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin sin påpekning av at veilederen bør være mer eksplisitt med hensyn til ledelse av legevakt. Ledelse av legevakt er mange steder ikke prioritert av kommunen, og ledere har små stillinger, men stort ansvar. Rollen til medisinsk faglig rådgiver/ansvarlig er ikke beskrevet. Dette bør omtales mer i detalj i veilederen, og en beskrivelse av legevaktens ledelse sine oppgaver bør følges av en anbefaling vedrørende stillingsstørrelse. Det kan settes minimumsnivå eller et foreslått nivå av stillingsstørrelse. Det må også inkluderes at lege

må inkluderes i ledelsen av denne medisinske tjenesten, for å sikre en viss medisinsk standard.

Det kan ikke være kontroversielt å slå fast at uansett størrelse på legevakten, så er det svært mange områder som krever planlegging og organisering for å kunne organisere en god legevakt, og følge gjeldende regelverk. Veilederens innhold er i seg selv et argument for å fastsette minimumsstørrelse på administrative stillinger i legevakt.

4. Kompetanse og kvalitet

Kompetanse hos leger i legevakt er mye omdiskutert og vi er kjent med at i det nye forslaget til akutforskrift legges det opp til at kommunene selv skal vurdere om bakvakt med utrykningsplikt for lege i vakt er nødvendig. Det er en vridning fra tidligere krav i riktig retning. I den middelstor interkommunale legevakten i Volda har ikke bakvakt blitt bedt om å rykke ut en eneste gang i løpet av de to årene denne ordningen har eksistert, til tross for at unge leger er blitt oppfordret til å bruke bakvakten.

NSDM reagerer på bruken av ordet «vaktkompetent». Første del av reaksjonen handler om semantikk, den andre om innhold. Alle autoriserte leger er faglig kompetente til å vurdere og behandle pasienter, også i akuttsituasjonen. De har gjennomgått en kvalitetssikret utdanning, er testet og autorisert. Å bli kalt «ikke vakt- kompetent» er undervurdering av dette 7,5 år lange utdanningsløpet. Disse legene går dessuten selvstendige vakter på sykehusavdelinger og i legevakt og må derfor være kompetente. Vi vil foreslå at dette nye begrepet, en konstruksjon vi ikke kjenner bakgrunnen til, fjernes fra legevaktveilederen.

Et viktig kvalitetsutviklingsgrep som er hjemlet i akutforskriften er kravet til både kommuner og helseforetak om å legge til rette for trening i samhandling. Dette synes vi er godt beskrevet i første del av kap 9.7.b, men relevante deltagere bør tydeliggjøres. Vi vil anbefale at personell som håndterer akuttmedisin nevnes. Det inkluderer ansatte på fastlegekontor, på sykehjem, i psykiatritjenesten og på legevakter- og sentraler. Det er også viktig at akutthjelpere i kommunen og AMK inkluderes.

Opplistingen av innhold beskrives som en liste av prosedyrer og dermed mer tekniske ferdigheter som skal trenes, det er ikke synonymt med trening i samhandling. Denne listen må skrives om for å fylle intensjonen i Akutforskriften. Ferdighetstrening er noe annet enn trening i samhandling.

Legevaktlegen og sykepleierens kompetanse er avgjørende for kvaliteten på tjenesten og bør beskrives bredere enn kravet i akuttmedisinforskriften. Samtidig må det ikke lages for strenge og uhensiktsmessige krav til spesielt lege i vakt, krav som bryter med tilliten leger ellers vises med hensyn til å vurdere egen kompetanse. Inkludering i kontinuerlig kvalitetshevende arbeid, slik som trening i samhandling, vurderer vi til å være den mest hensiktsmessige måten å sikre kompetanse på. I tillegg vil f.eks. faste møteplasser der det rapporteres etter vakt, holdes internundervisning m.m. være svært nyttig. Vi vil også fremheve betydningen av lokalkunnskap som opparbeides ved erfaring fra de lokale helsetjenestene, samt gjennom opplæringsaktiviteter, introduksjonskurs og ekskursjoner. Slike aktiviteter kan være aktuelle for kommunene i deres foreslåtte vurderingsarbeid av kvalitet i legevakt.

Veilederens anbefaling av tid brukt på kompetanseheving på 25 timer er en anbefaling som kanskje kan være litt for vag til at den er nyttig. Det vil være lite for personell i faste stillinger der legevakten står ansvarlig for hele utdanningen. Men det vil være mye for personell som har sjelden vakt. Vi ønsker at fastleger fremdeles skal delta i legevakt og de foreslåtte timene bør kunne sees i sammenheng med kurs og kompetansekrav samlet for fastlegen. Vi foreslår at det vurderes et tillegg der det slås fast at alle må ha minimum 7 timer kompetanseheving i legevaktmedisin.

Om kvalitetsindikatorer:

1. Nærhet må trekkes fram som et av de viktigste målene på kvalitet, og andel av befolkning som kan nå/nås av legevakten innen et gitt tidspunkt bør være en viktig kvalitetsindikator.
2. Indikatorene bør bidra til at legevakten ikke er som et døgnåpent allmennlegekontor men et sted for øyeblikkelig hjelp og kompetent akuttmedisinsk ressurs. Vi anbefaler derfor at direktoratet vurderer å ha andelen røde responser legene rykker ut på som en indikator og andel sykebesøk som en indikator.
3. Vi støtter at trening i samhandling blir en indikator og at alle ansatte på legevakta er inkludert og at treningen inkluderer annet personell fra en eller flere samhandlende institusjoner, for å oppfylle intensjonen om samhandling.

Utover disse hovedpunktene har vi kommentarer med direkte henvisninger til teksten

Kap 2.1. Kommunal eller interkommunal organisering. Dette avsnittet virker noe uferdig Det listes opp en rekke momenter som kan ha innvirkning på organisering av legevakt. Dette er for grovt, og vanskelig å tolke.

Kap 2.2b. Teksten må skrives om og forkortes.

Kap 2.3a. «Det kan være vanskelig å få på plass forsvarlig bemanning i vakt-distrikter med svært mange fastleger og andre med plikt til legevakt.» Denne setningen trenger mer forklaring. Uklart hva som menes med avsnittet. Teksten kan forstås som det er faglig vanskelig å få til en forsvarlig legevakt med mange deltakende fastleger. Siste avsnitt: Mener veilederen at leger ikke bør dra alene på sykebesøk? Slike forventinger blir umulige å handtere i praksis, spesielt på små legevakter.

Kap 2.6b Et så viktig og krevende område som organisering av tvangsinnleggelse av pasienter med psykisk lidelse er lite problematisert, og bør beskrives her (transport, følge osv, med lokale tilpasninger).

Kap 3.1b. «Det bør legges til rette for at operatør i legevaktsentral kan konferere med vaktlege.» Dette bør endres fra bør til skal.

Kap 3.3. Altfor detaljert. Det å jobbe i legevaktssentral stiller neppe større krav til kompetanse enn jobbe som sykepleier på et sykehjem for eksempel.

Kap 5.3a. Reisetid drøftes under punktet utforming. Det bør kanskje heller tas inn i det første avsnittet om kommunal eller interkommunal organisering?

Kap 5.3b. Her er det et eksempel på at det listes opp en rekke punkter under anbefalinger som man ikke kan forvente at mindre legevakter kan følge. Vi er ikke uenig i at de enkelte punktene er gode, men avsnittet bør omskrives slik at det er tydelig at man ikke forventer at alle legevakter oppfyller alle disse kravene. Det er de færreste legevakter som har tilgang til røntgenutstyr

Kap 5.6 og 5.7 Nettopp for at det ikke finnes rundskriv eller veiledere som beskriver utstyr på legevakt, bør denne veilederen fortelle om hvilket utstyr legevakta som et minimum skal ha.

På side 30. «Avstand og reisetid til/for ambulansetjeneste med dertil tilgjengelig transport og utstyr, som 12 avlednings-EKG med digital overføring av EKG og/eller beholdning av nødvendige medikamenter» Hvordan skal dette punktet tolkes? Hvordan skal dette påvirke utstyret på legevakten?

Kap 5.9. her mener vi teksten er uferdig og bør sammenfattes.

Kap 6. Vi mener at bakvakt ikke trenger tilgang til journalsystemet på legevakt for å fylle denne funksjonen. Det er ikke vanlig for bakvakter i spesialisthelsetjenesten eller.

Kap 7.1. Vi ønsker som nevnt at det angis minimums andel og at lege inkluderes i ledelsen.

Kap 7.2a. «Sykepleier og annet helsepersonell måtte kunne foreta vurdering og iverksette behandlingstiltak som i utgangspunktet tillegges leger». Vi forutsetter at dette handler om delegering, men det er ikke angitt. Legevakten kan ikke drives på en måte der sykepleier tvinges til å gjøre oppgaver de ikke er kompetent til.

Kap 8.2a. Avsnittet om opptak av film på legevakta er irrelevant.

Kap 8.3b. Trenger ikke beskrive alle kravene til labustyr. Det er nok å henvise til Noklus.

Kap 8.1b. «Arbeidet går fort». Uklar betydning.

Kap. 9.2a. «LIS1 skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn». Dette beskriver en urealistisk arbeidssituasjon for leger som er autoriserte, med mye praksis i grunnutdanningen, og har vært over ett år i spesialisering. LIS1 har krav på tilgjengelig bakvakt.

«Bakvakt bør ha tilgang til legevaktens journalsystem og journalføre egne vurderinger.» Dette må strykes. Det er ikke vanlig hverken i sykehus eller førstelinje at bakvakt journalfører sine egne vurderinger, jfr det som står i pkt 6.2 **Bakvakt og journalføring**: Den som har bakvakt bør ha tilgang til elektronisk pasientjournal for tilgang til

helseopplysninger, støtte i beslutninger og øke pasientsikkerheten. Behandlende helsepersonell (forvakt) skal journalføre kontakter og rådgiving mottatt i forbindelse med helsehjelpen.

Kap 9.3b Kompetansekravene til personell på legevakta bør vurderes av kompetent person på kommunalt nivå. Anbefalingene i veilederen er tallrike, men også rundt formulert. Kanskje er de nyttige i kommunens arbeid med å sikre kvalitet. Det blir spennende å se. Vi savner imidlertid at kjennskap til lokale forhold, utstyr, samarbeidspartnere og rutiner. Vi savner også lokal kjennskap under krav til lege. Vi anbefales at disse punktene skrives om slik at lokal kjennskap blir løftet fram, og at man vurderer å forenkle listen med krav til helsepersonell som står i veilederen nå.

Kap 9.7b. Se tekst over under avsnittet om kompetanse og kvalitet. Listen må skrives om slik at veilederen skiller mellom trening i prosedyrer (brystkompresjoner) og i teamarbeid/samtrening (som scenariotrening på brystsmertepasient, med forskjellige profesjoner i teamet).

Kap 11.1 a. «Legen må kunne rykke ut umiddelbart ved varsling om røde responser. Ved andre akuttmedisinske hendelser er det legevaktlegen som skal vurdere om det er nødvendig å rykke ut.» Denne setningen kan tolkes som at legen ikke er den som vurderer om han skal rykke ut. Setningen bør skrives om. Vi vil understreke legens selvstendige ansvar. Det er uheldig at AMK opptrer som om de har rett til å beordre legevaktlegene ved rød respons. Felles trening i samhandling vil være nyttig for å etablere omforent og hensiktsmessig arbeidsfordeling lokalt.

Kap 11.2 Det står her at legevaktsbil bør gjøres tilgjengelig men i avsnitt over står det at utrykning «forutsetter egnet fremkomstmiddel». Det er med andre ord uklart hvilke krav som stilles.

Kap 11.8 Det står at Helsedirektoratet har konkludert med at lege skal konstatere dødsfall. Stemmer det? Vi kjenner til praksis med at to sykepleiere konstaterer forventede dødsfall og legen syner første virkedag.

Kap 12.1b. «Legevaktpersonell har ansvar for å avdekke om barn, voksne og eldre utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt». Det er vel ikke legevaktpersonellens ansvar å avdekke dette. De er vel ansvarlig for å melde fra der de mistenker om overgrep og omsorgssvikt og så er det politiet/barnevernet som skal avdekke det?

Kap 14.6.«Spesielt i legevaktdistrikt med store avstander kan akutthjelpere brukes aktivt for å styrke den akuttmedisinske beredskapen.» Akutthjelper er en ressurs med svært begrenset medisinsk kunnskap, trening og ferdigheter (DHLR, stoppe blødning, sideleie). Ordningen er frivillig, og det er usikkert om denne er tilgjengelig 24/7. Vi er positiv til at man bruker de ressursene man har lokalt, men det blir fort misvisende hvis man tenker at akutthjelpere utgjør en akuttmedisinsk beredskap (slik ambulansen og legevakt gjør).

Vennlig hilsen fra

Magnus Hjortdahl, allmennlege og forsker ved NSDM
Anders Svensson, fastlege og kommuneoverlege Bø i Vesterålen
Anette Fosse, fastlege Moi Rana, forsker ved NSDM
Helen Brandstorp, allmennlege og leder NSDM
Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Institutt for samfunnsmedisin,
Helsefak, UiT Norges arktiske universitet
www.nsdm.no