

Allmennlegene og totalberedskapen

Essens: Den kommende stortingsmeldingen bør drøfte hvordan allmennlegetjenesten i Norge kan og bør knyttes tydeligere til landets samlede beredskap.

Kort oppsummert: "Lokale legekantor – nøkkelressurser i nasjonal beredskap og samfunnssikkerhet"

Allmennlegene i Norge utgjør en stor, desentralisert, fleksibel helseressurs – vi har mer enn 6000 fastleger og allmennleger i andre allmennmedisinske stillinger (sykehjem, legevakt, helsestasjon, fengsel) i 1500 legekantor og 170 legevakter. Det blir ofte sett på som en utfordring at mange av enhetene er små og desentrale, men i en krisesituasjon er dette en styrke. Sentralisering har beredskapskostnader. Små, spredte, desentrale enheter er en fordel i en krisesituasjon hvis man har desentraliserte lagre av utstyr og medikamenter.

Legevaktene er i seg selv en beredskapsorganisasjon i det daglige, og har en voldsom omstillingskraft fordi de starter med 0-liste hver dag. Legevakt er allmennmedisinsk arbeid og må bemannes med allmennleger. Fastlegene/fastlegekontorene kan være godt egnet som en beredskapsressurs da de har god lokalkunnskap, er gode til å improvisere og kan ferdigbehandle en rekke mindre akutte tilstander. Samtidig kan de være forberedt på å gjøre andre ting enn det de gjør til vanlig (ta imot skadde, gjøre en grovvurdering, livreddende tiltak og prioritering).

Kunnskapsbasen

Kriser kan ta mange ulike former, og kan ramme lokalt, regionalt, nasjonalt, internasjonalt. Det kan handle om flom, ras, pandemi, terror, krig – som alle fører til nedbrutt samfunnsstruktur, brutte kommunikasjoner, manglende kontakt/kapasitet i spesialisthelsetjenesten slik at lokal helsetjeneste må håndtere et bredere spekter for å gi helsetjenester til de som befinner seg i kommunen, og folkeforflytninger kan føre til en stor økning i befolkningen lokalt. Det kan være vanskelig å flytte/evakuere beboere i institusjon/skrøpelige som bor hjemme og det vil derfor være behov for å kunne tilby primærhelsetjenester også i krise. Erfaringer fra katastrofer i Norge og andre land er at det ofte er primærhelsetjeneste man etterspør.

Ved både svineinfluensa- og covid 19-pandemiene viser evalueringer og allmennmedisinske forskningsprosjekter at fastlegene, legevaktlegene og sykehjemslegene (som i de fleste kommuner til dels er de samme folkene) raskt justerte aktiviteten og fokuset, tilpasset legekantorene, rigget om til digitale konsultasjoner, prioriterte pasienter basert på kjennskap til «sine», samtidig som de deltok i luftveisklinikker og etter hvert vaksineringsrutiner på sykehjemmet for å håndtere covid-pasienter, leste seg opp og delte kunnskap, råd og tips i etablerte og nyopprettede nettverk. Når 5000 fastleger vrir eller utvider kapasiteten sin ved akutte problemstillinger eller nye pasientgrupper, frigjøres en betydelig kapasitet. Hvis hver fastlege tar 4 konsultasjoner i snitt ekstra, utgjør dette 20 000 konsultasjoner per dag. På samme måte viser studier at legevaktene umiddelbart vred sin virksomhet mot nye behov, og hadde en betydelig reservekapasitet til informasjon og rådgivning, i tillegg til å kunne prioritere nye pasientgrupper og vaksinasjon mange steder. Dette er en betydelig beredskapsressurs, som bør synliggjøres og diskuteres i en stortingsmelding. En effektiv bruk av denne ressursen krever

imidlertid gode planer og forhåndslagring av nødvendig utstyr, medikamenter etc, som må skje lokalt og etter risikovurdering i forhold til mulig brutte forsyningslinjer.

Pandemien viste også at kommuneoverlegene hadde en avgjørende rolle i å organisere, tilpasse og mobilisere allmennlegetjenestene. Forskning viser at god dialog mellom kommuneoverlege, øvrig kommuneledelse og fastlegene/allmennlegene var viktig i dette arbeidet. Grunnlaget for god dialog må etableres i fredstid.

Allmennlegene som beredskapsressurs

De fire beredskapsprinsippene **ansvar, likhet, nærhet og samvirke** er svært viktige. Det er i hverdagen man bygger beredskap. Totalberedskapskommisjonen peker på dette i sine anbefalinger (s369, 379, 381). Allmennlegenes plass i totalberedskapsplanen blir i NOUen beskrevet hovedsakelig som deres bidrag til legevakt og akuttmedisinsk beredskap. Fastlegene og sykehjemslegene er knapt nok nevnt. Kommisjonen har et underkapittel om «Bedre planer for å håndtere krevende og langvarige helsekriser» (Kap 25.4.2, s 379). Allmennlegetjenesten er ikke spesifikt nevnt her.

I den kommende stortingsmeldingen om fremtidens allmennlegetjeneste må allmennlegenes roller i totalberedskapsplanen synliggjøres i et eget kapittel. I øvrige kapitler må omtalen av alt fra faglig kompetanse til organisering og tilknytning til kommunene ta hensyn til at allmennlegene skal være en del av beredskapsplanen. Forskjeller mellom by og land kan kreve ulike løsninger, og dette må Stortingsmeldingen ta med i utredningen. Stortingsmeldingen bør også drøfte behovet for å justere lovverk, forskrifter og avtaler for fastleger/allmennleger.

Vi foreslår at følgende tema bør omtales i Stortingsmeldingen (listen er ikke uttømmende):

Nasjonal lovgivning må forberedes for krise/krigssituasjon

Helseberedskapsloven § 1-3 gjelder for offentlig helse- og omsorgstjeneste og private som tilbyr helse- og omsorgstjenester både med og uten avtale. Dette inkluderer dermed fastleger og andre med allmennmedisinske oppgaver uavhengig av tilsetnings-/avtaleform. I § 1-4 står det at det kan bestemmes i forskrift at også helsepersonell som har tjenestegjort (altså tidligere) skal omfattes av loven. § 4-1 åpner for beordring av nevnte personell.

Forskrift for fastlegeordningen nevner ikke beredskap.

Individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen nevner ikke beredskap.

Helse- og omsorgstjenesteloven omtaler akuttberedskap og beredskapsplaner.

Nasjonal beredskapsplan (2018) nevner fastleger i ett avsnitt. Legevakt er noe mer omtalt. Sykehjem er ikke nevnt.

NOU 2023:17 «Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid» anbefaler at «ideelle og private aktører, inkludert fastleger, bør bli tettere integrert i helseplanverket både lokalt, regionalt og nasjonalt, og at beredskapsavtaler som inngås med disse bør ha vilkår som regulerer bistand i kriser og deltakelse i øvelser.» (s372)

Pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5 d omtaler midlertidige unntak fra rettigheter spesifikt knyttet til følgene av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina. Det finnes ingen omtale av andre situasjoner der det kan være aktuelt med midlertidige unntak fra rettigheter.

Stortingsmeldingen må drøfte hvordan lover, forskrifter og avtaler må forberedes for fastlegers/allmennlegers roller, og for hvordan pasientrettigheter og prioritering av pasienter og oppgaver kan balanseres i krise/krig.

Allmennlegetjenesten i hverdag og i krise

Følgende tema er aktuelle (listen er ikke uttømmende):

- Allmennlegenes roller vil kunne variere avhengig av hva slags krise vi står overfor (lokal/nasjonal/internasjonal – innenfor ett eller flere samfunnsområder – natur/pandemi/terror eller krig; hybrid eller konvensjonell)
- Kommunikasjonlinjer - beskrive lokale forhold og bygge på allerede fungerende nettverk og arbeidsformer- ikke måtte omgjøre nettverk som allerede fungerer, nettverk bør etableres i fredstid for å bli effektive i kriser, for eksempel kommuneleverlegen og fastlegene
- Mobilisering av pensjonister og andre aktuelle leger.
- *Hva er optimal organisering av allmennlegetjenesten fra et beredskapsperspektiv*
 - o Fastlegekontorenes beliggenhet i kommunen
 - o Størrelse, personellsammensetning. Lager av viktig utstyr og legemidler (hva, hvor?)
 - o Evakuering/areal-plan hvis et legesenter må flyttes (jfr raset på Gjerdrum)
 - o Bør videre arbeid med konseptet «team på legekonto» ivareta beredskapsperspektiv?
 - o Hva gir kraft og fleksibilitet innad på et helse-/legesenter?
- *Distriktperspektiv:* Små kommuner som rammes av en større katastrofe som krever at fastleger og andre allmennleger må involveres kommer raskt i en situasjon med ressurs-/mannskapsmangel. Vi er avhengige av (allerede etablert) godt interkommunalt samarbeid for å løse en slik situasjon.
- Kommunene bør gjøre en kontinuitetsanalyse for å sikre at legetjenesten er bærekraftig dersom krisen varer noe tid. Det er spesielt viktig i små kommuner med få ansatte.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten må også beskrives.

Stortingsmeldingen må drøfte hvordan organiseringene av fastlege- og allmennlegetjenestene kan optimaliseres utfra et beredskapsperspektiv.

Prioriteringer i krise

NOU 2023:17 «Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid» omtaler behov for prioritering i krise ved overbelastning av helsetjenesten (side 370 ff). Det angis 4 nivåer av belastning. Dette

kan være et nyttig utgangspunkt for å diskutere mer konkret operasjonalisering av prioriteringer med et allmennt medisinsk utgangspunkt.

Trinn 1. Lett påvirkning av kapasitet. Utsettelse av elektiv aktivitet (planlagt behandling). Jo lenger det varer, desto større etterslep av behandling og risiko for disse pasientene, men mindre belastning i samfunnet.

Trinn 2. Moderat påvirkning av kapasitet. Større begrensning i elektiv aktivitet og økende omdisponering av personell. Behov for endrede rutiner, der kvalitet kan opprettholdes, med større ressursbruk, for eksempel ved oppgaveglidning.

Trinn 3. Stor påvirkning av kapasitet. Økende sannsynlighet for noe redusert kvalitet eller endrede pasientforløp, noe som innebærer noe øket risiko for pasientene.

Trinn 4. Overveldet kapasitet. Hvis det ikke er planlagt for hvordan man skal møte en stor tilstrømning, vil det kunne bli ukoordinert, urettferdig og lite effektivt, og dermed føre til større reduksjon av behandlingskvalitet.

Stortingsmeldingen må drøfte prioriteringsutfordringene som oppstår i kriser, og legge til rette for gode, allmennt medisinske prioriteringsføringer.

Beredskapslager lokalt i kommunen

I kommunalt og regionalt beredskapsplanverk bør det finnes anbefalinger og beskrivelser av hvilket utstyr og hvilke legemidler som må finnes på fastlegekontorene, legevakt, sykehjemmene, helsestasjoner og hjemmesykepleien. Etter risikovurderinger utfra ulike scenarioer, geografi, folketall, forsyningslinjer og andre parametere må det finnes beredskapslagre store nok til å dekke både befolkningens kontinuerlige behov, med tillegg av behovene oppstått under krise. Utflytting/forflytting av større befolkningsskudd fra byer til distrikt kan bety store forsyningsutfordringer om ikke slikt er planlagt og sikret gjennom forhåndslagre. Spesielt er vi bekymret for legemiddelsituasjonen, der lokale lagre nå er minimale og forsynings situasjonen fort kan bli kritisk.

Stortingsmeldingen må drøfte behov for lokale beredskapslagre av utstyr og legemidler.

Økonomi

Det bør på forhånd etableres avtaler/rammeverk for å sikre økonomi for allmennleger idet samfunnet endres, jfr pandemien og Helfo-ordninger.

Hovedtariffavtalen regulerer fastlønnede leger, men leger i deltidsstillinger/bistillinger må sikres at overtid kompenseres. Erfaring viser at dette ikke alltid ivaretas.

Stortingsmeldingen må drøfte avtaleverk og økonomiske ordninger for krisesituasjoner.

Legeroller i endring – betydning for allmennlegene i totalberedskapen?

Legerollen er i endring. Leger (som de fleste andre) er i større grad opptatt av god balanse og et tydeligere skille mellom jobb og fritid. De ønsker forutsigbarhet og trygghet. Dette har sannsynligvis liten betydning i en krise, noe som ble tydelig under Covid 19-pandemien. De aller fleste leger stiller opp dersom det er nødvendig.

Det som kan bli krevende for distriktene er den økende bruken av rotasjonsordninger, på folkemunne omtalt som «Nordsjø-turnus». I langvarige kriser kan manglende kontinuitet og beskjeden integrering i lokalsamfunnet skape utfordringer og kapasitetsproblemer. Rotasjonsstillingene er ofte basert på kontinuerlig vakt med liten aktiv tjeneste. Dersom det blir mye å gjøre, brekker systemet fort.

En annen faktor som også bør unngås, er kompliserende mellomledd i organiseringen av allmennelegetjenesten, for eksempel i form av fastlegeselskap. Dette kan forventes å minke den ansvars- og eierskapsfølelsen norske fastleger i dag har til «sine» pasientlister og dermed sin rolle som bidragsytere til god populasjonshelse lokalt.

Stortingsmeldingen må drøfte konsekvensene av nye arbeids- og avtaleordninger for allmennleger, og hvordan kontinuitetsplanlegging kan brukes for å forberede krisehåndtering.

Vennlig hilsen

Anette Fosse, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, PhD, Spesialist i allmennelegetjeneste, kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin

Linn Okkenhaug Getz, Professor i medisinske atferdsfag og leder av Allmennelegetjenesteforskningssenteret, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, initiativtaker til prosjektet Bærekraft på legekantoret

Stefan Hjørleifsson, Førsteamanuensis i allmennelegetjeneste ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB og fastlege ved Alrek helsesenter. Leder av styringsgruppen for Gjør Kloke Valg og initiativtaker til prosjektet Bærekraft på legekantoret

Steinar Hunskår, professor emeritus i allmennelegetjeneste ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)

Takk til Cato Innerdal, kommuneoverlege i Molde, for gode innspill i begynnelsen av arbeidet med dette notatet.