

Tana kommune
v/ konstituert kommuneoverlege Kai Syverud
Rådhusveien 24
9845 Tana

Tana bru, 07.01.18

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsuttalelse fra Tana og Nesseby kommune vedrørende forslag til endringer i akuttmedisinforskriften

Kort informasjon om kommunene

Tana og Nesseby kommune har felles legesamarbeid fordelt på et fastlegekontor i hver kommune og en felles legevakt lokalisert i Tana. Tana har en befolkning på 2911 og Nesseby en befolkning på 951, bosettingsmønsteret er nokså spredt. Kommunene har et landareal på hhv 4051 og 1431 kvadratkilometer, til sammen er dette større en Akershus fylke. Begge kommunene har en flerkulturell sammensetning med hovedvekt på samisk, norsk og finsk. Nærmeste sykehus er Kirkenes sykehus 140 km unna, dvs omtrent 2 timer med bil. Begge kommunene har hver sin sykestue som behandler forskjellige tilstander som krever mer avansert behandling enn man kan utføre hjemme eller i sykehjem og som ofte ville medført innleggelse på sykehus av legevakt i byer. Det er en rekke demografiske og kulturelle forskjeller fra tettbygde strøk/byer i andre deler av landet, noe som kan gjøre det nødvendig med egne lokale tilpasninger, for eksempel lar ikke alltid medisinske demenstester seg benytte på en troverdig måte. Her er dessuten større sykелighet og dødelighet på de fleste områder sammenliknet med landsgjennomsnittet.

Utfordringer med stor arbeidsbelastning, rekruttering og å beholde leger

Vi ønsker å benytte anledningen til å gi følgende bakgrunnsinformasjon til arbeidsgruppen i Helse- og omsorgsdepartementet med en beskrivelse av de bemanningsmessige utfordringer som har vært i våre kommuner det siste året og som kan illustrere noen typiske utfordringer i små kommuner.

Som dere er kjent med har det de siste årene vært en økende arbeidsbelastning i allmennpraksis. Noen vesentlige grunner kan nok være samhandlingsreformen med dens implikasjoner som reduserte antall sengeplasser og kortere liggetider i sykehus, en økende aldrende befolkning med flere sykdommer og flere arbeidsoppgaver som er overført allmennleger slik som blant annet oppfølging av helsekrav for førerkort.

I tillegg til en i utgangspunktet høy arbeidsbelastning tilkommer legevaktsarbeid som ofte innebærer krevende og uforutsigbart arbeid til alle døgnets tider.

Tana og Nesseby kommune mistet i 2015 av ulike grunner som blant annet pensjonering, 3 av 5 fastleger, deriblant kommuneoverlegen. Samtidig gikk ytterligere en lege ut i svangerskapspermisjon. Vi fikk deretter tilført en ekstra legestilling i de to kommunene slik at vi hadde 6 stillinger. Vi fikk ansatt 2 nye faste leger og 3 nye vikarleger. Dette oppnådde vi blant annet ved at vi fikk rekruttert 2 turnusleger til å fortsette som leger i veiledet tjeneste for å oppnå godkjenning som allmennlege. Vi opplevde store vanskeligheter med å ansette leger som oppfylte kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. I den nevnte situasjonen hadde kun en lege slik kompetanse, de øvrige 4 legene i legevakt samt 2 turnusleger hadde det ikke.

Vi har tilrettelagt med lokalt tilpassede veilednings- og kompetansehevede tiltak som gruppeundervisning og praktiske øvelser i medisinske prosedyrer. Nå har ytterligere 2 faste leger oppnådd godkjenning som allmennlege og oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. De deltar også videre i spesialisering i allmenntmedisin. Samtidig har vi klart å ansette ny kommuneoverlege som er spesialist i allmenntmedisin med snarlig tiltredelse.

Vi ser at arbeidsutfordringene som også gir svært allsidig praksis virker å gjøre det lettere å rekruttere yngre leger til en "utdanningsstilling" i spesialisering i allmenntmedisin enn det er å rekruttere allerede spesialister i allmenntmedisin eller leger med godkjenning som allmennlege. De sistnevnte er ofte godt etablerte i andre stillinger og har kanskje kjøpt egen fastlegehjemmel. Vi ser at vi gjennom årenes løp lett får funksjonen som "utdanningsinstitusjon" med utplassering av legestudenter og veiledning av turnusleger og allmennleger under spesialisering. Det virker simpelthen å være en tendens til at folk ikke ønsker å bosette seg og "leve desentralisert" på permanent basis, men kanskje heller vil kunne jobbe på slikt "eksotisk og strevsomt vis" i en kortere periode av livet som 1-4 år og samtidig tilegne seg verdifull og attraktiv kompetanse med tanke på videre karriere og jobbsøking i mer urbane områder. Legesituasjonen er ikke forutsigbar over lengre tid og de nye legene man får ansatt tilfredsstillende som regel ikke kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Dette er utfordringer som HOD nok er kjent med.

Vaktlegens kompetanse og behov

Leger med samme formelle kompetansenivå er imidlertid ikke en ensartet gruppe. Vi opplever at kompetanse og behov for "bakvaktstøtte" hos leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften, varierer fra lege til lege til tross for samme formelle kompetanse. Vi har sågar erfart at innfrielse av formell kompetanse innenfor akuttmedisinforskriften hos en lege i seg selv ikke betyr innfrielse av den kompetansen det i praksis er behov for for å sikre nødvendig pasientsikkerhet og forsvarlighet i arbeidsutøvelsen.

Vi har alltid egen opplæring av nye leger, enten det er turnusleger eller "leger i veiledet tjeneste for godkjenning som allmennlege" før de begynner i legevaktarbeid. I denne opplæringen gjennomgår og øver vi på praktiske prosedyrer og går gjennom spesielle akuttmedisinske problemstillinger og særegne lokale utfordringer og tilpasninger. I tråd med det som har vært alminnelig praksis og offisielle anbefalinger gjennom en årrekke for veiledning av turnusleger, gjør vi fortsatt alltid en egen vurdering av nye legers faktiske vaktkompetanse der de første vaktene alltid innebærer dagtidsvakt med følge og deretter legevakt med bakvakt tilstede på kveldstid der begge leger har legevaktsradio på natt og vil kunne rykke ut med ambulanse. Vi går gjennom journalnotater og pasientkonsultasjoner med den enkelte legen. Behovet for bakvaktstøtte avtar rimeligvis med økende erfaring.

Vi opplever at legevaktkurs i regi av fylkeslegen, lokale øvelser og undervisningsopplegg og obligatorisk akuttmedisinkurs er verdifulle bidrag til å øke fagkompetansen og tryggheten til nyutdannede leger med tanke på legevaktarbeid. For både turnuslege/LIS1 og "lege i veiledet tjeneste for godkjenning som allmennlege", virker i praksis det største behovet å være mulighet til å konferere muntlig på telefon med bakvakt om krevende medisinske problemstillinger, vurderinger, diagnostikk, behandling og omstendigheter som logistikk, transport, lokale rutiner for samarbeid og håndtering av spesielle pasienter. Det praktiske arbeidet på legevakt skal i utgangspunktet være sikret gjennom de ferdighetene og den opplæringen de allerede besitter og gjennom samhandling med andre yrkesgrupper som ambulansepersonell og sykepleiere. Behovet for at bakvaktlege rykker ut fremstår slik sett mindre. De tilfellene bakvakt rykker ut hos oss gjelder først og fremst ved bistand til en fersk lege til å "ta unna" stort tilsig av pasienter på en gang og i noen tilfeller bistand til utføring av behandlingsprosedyrer (for eksempel mer komplisert sårbehandling og andre tilfeller som typisk kunne blitt sendt videre til sykehus om man ikke kunne løst problemet lokalt).

For turnusleger/LIS1 innebærer det imidlertid en viktig sikkerhet å kunne ha denne ordningen ved behov de 6 månedene de er i praksis. For nye "leger i veiledet tjeneste for godkjenning i allmennmedisin" kan det i noen tilfeller være hensiktsmessig den første perioden (1-2 måneder) vurdert etter behov. Etter dette er det hos oss et mindre behov for at bakvaktlege kan rykke ut. Vi har imidlertid bakvakt alltid tilgjengelig på telefon. Bakvakt som kan rykke ut har som regel hatt utrykningstid på maksimalt 1 time, i enkelte tilfeller har vi vurdert at det er behov for kortere utrykningstid og i praksis har vi som regel kunnet være tilgjengelige innen få minutter om det er nødvendig. I en kommune med mindre arbeidsbelastning på hver enkelt vakt ville nok behovet for bakvakt som kan rykke ut knapt være tilstede og for mange små kommuner vil nok et slikt krav under perioden frem til *legen har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste eller har godkjenning som allmennlege* kunne medføre en så stor tilleggsbelastning for legegruppen at det vil kunne gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde leger. I større kommuner og enkelte større interkommunale vaktordninger vil rimeligvis behovet for bakvaktstøtte kunne være større.

Konklusjon og oppsummering

Vi har som nevnt det siste året kun hatt en lege som har oppfylt kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Vi har derfor brukt denne legen som bakvakt for leger i veiledet tjeneste. Leger i veiledet tjeneste som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften har blitt brukt som bakvakt for turnuslege. Alternativet, å leie inn vikar med bakvaktkompetanse, ville i praksis være vanskelig på grunn av begrenset tilgang på slike vikarer og av erfaring medfører det ofte en dårligere løsning da en nyansatt vikar også vil måtte kreve oppfølging og gjerne bakvakt de første vaktene. Legevaktleger har i små kommuner også rollen som fastlege på dagtid. En rekke vikarer som avløser hverandre ville også gitt en mer fragmentert og usammenhengende oppfølging av pasientene på dagtid i tillegg. Dette ville i det store og hele være en dårlig utnyttelse av legerressurser.

Vi ville under ingen omstendigheter vært i stand til å innfri kravene i akuttmedisinforskriften det siste året. Vi vil heller ikke være i stand til dette inneværende år og vi kan heller ikke se at de er nødvendige. Vi vil verken kunne tilby tilstrekkelig antall bakvakter med bakvaktkompetanse eller kunne tilby at bakvakt kan rykke ut til alle som ikke har bakvaktkompetanse. Vi er ikke kjent med en eneste hendelse det siste året der bakvakt har rykket ut der det har vært nødvendig at bakvakt har hatt bakvaktkompetanse iht. akuttmedisinforskriften. Vi er heller ikke kjent med en eneste hendelse siste året der det har

vært av avgjørende betydning for liv eller helse at bakvakt har rykket ut. De fleste tilfellene der bakvakt har rykket ut har årsaken vært opphopning av pasienter og samtidighetskonflikter for vakthavende (turnus)lege. Flere av disse situasjonene kunne til og med vært løst med en annen turnuslege som rykket ut og bistod.

Det er et stort ansvar å være lege på legevakt og en rekke problemstillinger kan virke "skumle" å håndtere for første gang. En hensiktsmessig bakvaksordning kan bidra til å sikre forsvarlighet og forebygge alvorlige opplevelser for både pasient og lege. For oss vil det være nyttig å innfri kravet om at bakvakt skal kunne rykke ut for noen, men svært krevende og ikke nødvendig å kunne innfri dette for alle leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Vi vil anbefale at bakvakt som er tilstede og bakvakt som kan rykke ut benyttes for den enkelte lege frem til denne selv kan gå selvstendig vakt på forsvarlig måte med den vaktbelastningen som er i dennes kommune. Kommunen bør selv ha egne rutiner for å vurdere dette. Det er stor forskjell på en turnuslege/LIS1-lege i begynnelsen av perioden og på slutten av perioden. En bakvakt som er tilgjengelig for å kunne rykke ut til enhver tid innebærer et slags "dobbelvaksjikt" hos en arbeidsgruppe som i utgangspunktet som regel befinner seg langt forbi normert arbeidstid og man bør søke å unngå å komme med generelle og belastende krav som ikke fremstår nødvendige for alle kommuner.

Vi vil anbefale at bakvakt tilgjengelig på telefon som kjenner de lokale forholdene, alltid bør være tilgjengelig frem til legen har selvstendig vaktkompetanse iht. akuttmedisinforskriften ved at denne er godkjent spesialist i allmennmedisin eller har godkjenning som allmennlege eller slik det er foreslått i høringsnotatet fra HOD som endring av § 7 første ledd, bokstav b *"har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen"*

Da vår erfaring tilsier at de formelle kravene som stilles i akuttmedisinforskriften alene ikke vil være tilstrekkelige til å sikre den kompetansen som behøves for lege i vakt, vil vi anbefale at akuttmedisinforskriften også stiller krav til at den enkelte kommune selv skal ha egne prosedyrer for en lokalt tilpasset opplæring av nye leger som skal gå i vakt.

Med forbehold om at vi ikke kjenner detaljene i pilotprosjektet som etter planen skal igangsettes inneværende år, tenker vi det kan være hensiktsmessig å vurdere en mer fleksibel bakvaktordning som muliggjør bruk av bakvakt som kan være tilstede ved de første legevaktene til ny lege som ikke tilfredsstillt kompetansekravene og deretter rykke ut ved behov. Dette bør i så fall utformes i samråd med lokal kunnskap om legevaktbelastning i de involverte kommuner.

Vennlig hilsen

Kai Syverud

Konstituert kommuneoverlege i Tana og Nesseby kommune,
fastlege, legevaktlege, veileder av turnusleger, veileder av leger i veiledet tjeneste for godkjenning i allmennmedisin og bakvaktlege for legevakt