

Til
Helse- og omsorgsdepartementet
0030 Oslo

Forslag til ny akuttmedisinforskrift

HØRINGSUTTALELSE **fra Helsehuset Indre Østfold, enhet for Legevakt**

Uttalelsen gjelder del 1 i høringsnotatet, dvs det som omhandler krav til legevaktordningen.

Innledning:

I pkt 2 s 8 sier høringsnotatet at Statens helsetilsyn har påvist en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten lokalt og at det ble avdekket svikt i kommunenes sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring. Forslaget til ny akutforskrift har bare en løsning: innføring av formelle kompetansekrav til legene og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for alle ansatte.

Vi mener forskriften har en urealistisk forventning til at formalia og lett målbare krav vil bedre kvaliteten på norsk legevaktsmedisin. Dette er parametre som er enkle å forholde seg til for tilsynsmyndighetene, men det foreligger ingen overbevisende argumenter i høringsnotatet for at dette vil heve det medisinsk-faglige nivået på norske legevakter. Det synes som departementet i stor grad har tatt til seg synspunktene til Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm). Denne instansen ser det naturlig nok som sin oppgave å styrke legevaktsmedisinens status, men er ikke alltid like forankret i legevakts-Norges mangfoldige virkelighet. Standardiserte nasjonale krav må være praktisk gjennomførbare over alt, og de må heller ikke fungere som et hinder for gode lokale løsninger som pr i dag fungerer godt og som tilfredsstillende kravene til god legevaktsmedisin. Hensikten med en ny akutforskrift må være å sikre kvaliteten på legevaktenes virksomhet innenfor realistiske rammer. **Å fokusere på formelle kompetansekrav uten like mye å vektlegge realkompetanse og egnethet, er en medisinsk-faglig avsporing som også kan bidra til å underminere legevaktsledelsens interne kompetansebyggende arbeid og alt som blir gjort på de større legevaktssentralene for å skaffe de best egnede legevaktslegene.**

En forskrift er et sterkt juridisk virkemiddel, og hvis man bare lytter til Nklms idealer og visjoner, står man i fare for å svekke det kommunale selvstyret og den enkelte legevaktssentralens evne og vilje til å finne tjenlige lokale løsninger som gir den beste medisinsk-faglige kvalitet.

*Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS,
Eventyrvn. 2, 1807 Askim, org.nr. 979351909*

Legevakt

Pasienthenvendelser: 116117

Legevaktleder: 69887902, legevakt@iolv.no Andre henvendelser: 69887900, skranke@iolv.no Faks 69887901

Ad § 7 Kompetansekravet til legene:

Ingen er uenig i at spesialitet i allmennmedisin er den optimale faglige bakgrunn for å være legevakslege.

Like fullt: Det fins flere leger med spesialitet i allmennmedisin som er utmerkede fastleger, men som i praksis er lite egnet som legevaksleger. Hos noen har stor arbeidsbelastning og slitasje over år gjort at de fungerer dårlig i kvelds/nattarbeid (selv om det er lenge til de er 60). Andre har en personlighetsstruktur som gjør at høyt tempo, raske avgjørelser, akutte/dramatiske tilstander blir en uforholdsmessig stor belastning. Den nye akuttforskriften vil i praksis føre til at det nesten vil bli umulig for disse gode fastlegene å bli fritatt for legevakt – noe som igjen kan skape flukt fra allmennmedisinen. I sin iver etter å styrke legevaksmedisinen står man i fare for å svekke fastlegeordningen.

Da Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen ble lagt frem i 2009, sa daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen at det ville være behov for 2200 nye fastleger i årene fremover. I legeforeningens Utviklingsplan for fastlegeordningen 12015 – 2020 angis behovet til 500 nye fastleger årlig i denne perioden. Ved å foreslå at det nærmest utelukkende kan være fastleger som inngår i legevakten, vil det medføre ytterligere belastning på en fastlegegruppe som allerede er underbemannet for å kunne løse alle oppgaver fastlegen skal delta i. I tillegg har jo fastlegene rett til fri etter nattevakter, slik at tilgjengeligheten i fastlegepraksisen blir redusert. For kommunehelsetjenesten er tilstrekkelig og positiv rekruttering til fastlegeordningen svært viktig. Det må da være riktig at lokale forhold med mulighet for tilgang på godt kvalifiserte vikarleger, også kan være en god modell for organisering av legevaktene.

Konklusjon:

Selv om det er ønskelig at flest mulig fastleger/spesialister i allmennmedisin deltar i legevaksordningen, er det etter vår mening svært viktig at man fremdeles legger forholdene til rette for at andre leger enn fastleger kan delta i legevaksordningen – og at legevaksledelsene stimuleres til å øve god faglig styring og stadig kompetansefremmende arbeid internt.

Fastleger og andre erfarne leger uten spesialitet.

(1)

I høringsnotatet punkt 8 ”Spesielle merknader til forskriftsutkastet” står det ihht §7 bokstav b) at leger som pr 31.12.2005 hadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt, oppfyller kravet til grunnkompetanse.

Denne presiseringen – og den store gruppen dette gjelder – er helt forsvunnet i selve forskriftens § 7. Disse meget erfarne legene som i dag innehar ulike allmenn-medisinske stillinger i det offentlige eller private helsevesen bør få sitt eget punkt i forskriften, også for å tydeliggjøre at man anerkjenner den betydelige realkompetanse og arbeidskraft disse legene representerer innenfor legevaksmedisinen.

*Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS,
Eventyrvn. 2, 1807 Askim, org.nr. 979351909*

Legevakt

Pasienthenvendelser: 116117

Legevaktleder: 69887902, legevakt@iolv.no Andre henvendelser: 69887900, skranke@iolv.no Faks 69887901

(2)

I de 9 årene som har gått siden 2005 har en rekke leger jobbet i allmennpraksis og/eller hatt et betydelig antall legevakter uten at de har hatt noen formell veiledning. Her har vi en stor lege-pool av kompetente legevaktsleger som i henhold til den nye forskriften vil måtte starte på 0 og skaffe seg veiledning, eller de må jobbe på legevakt med bakvakt som i realiteten kan være atskillig mindre kompetent. Et ikke ubetydelig antall leger som i dag er viktige – og dyktige – vikarer på legevaktsentraler, har gjerne vært i allmennpraksis en kort tid etter turnus, og så gått over i forskningsstillinger, psykiatri, patologi osv. Disse har holdt legevaktsmedisinen ved like, men i det nye forslaget har de ikke ”grunnkompetanse”. Det er absurd – og har ingen rot i virkelighetens verden – å hevde at en person som har norsk utdanning og turnus og ett år på anestesivdeling (= 3 års veiledet tjeneste) har større grunnkompetanse enn en lege med norsk utdanning og turnus som jobba et halvår i allmennmedisin og 3 måneder på kirurgen i 2006-2007 og siden har jobba som patolog og tatt 50 legevakter i året.

Konklusjon:

Forskriften må sørge for at vi ikke mister kompetent og verdifull arbeidskraft med stor legevakterfaring som har opparbeidet seg realkompetanse i perioden 2005-2014. Dette utgjør en vesentlig andel av legevaktslegene, og det er ingen tom trussel at systemet står i fare for å bryte sammen hvis vi mister disse eller de må ha bakvakt. Da blir det rett og slett ikke nok leger til å dekke turnus på en forsvarlig måte i tillegg til at det vil bli en stor økonomisk belastning på en allerede hardt presset kommuneøkonomi som ikke på noen måte står i forhold til den faglige gevinsten

Turnuslegene:

Vi stiller oss for øvrig også undrende til at turnuslegenes rolle i legevakt ikke er avklart tydeligere. Pr i dag er det et krav om at de skal ha 10 vakter i legevakt, men i den nye forskriften er det ikke sagt noe om hvordan dette skal forenes med kompetansekravet, annet at de skal ha bakvakt.

Dette er medisinsk-faglig det mest sårbare leddet på enhver legevakt. Legene er uerfarne og legevaktene ”må ta imot det de får”, samtidig som mange turnusleger er arbeidsvillige og mange steder utgjør en vesentlig arbeidskraft. Det er derfor svært viktig at deres rolle avklares tydelig.

Ad § 13 Organisering og bemanning av legevaktsentralene

.§13.d) LV-sentralene skal innrettes slik at 80% av alle henvendelser normalt skal kunne besvares innen 90 sekunder og 95% innen to minutter

Alle pasienter som ringer LV-sentralen får umiddelbart beskjed på tlf-svarer om å ringe 113 hvis ting haster veldig. Vi kan ikke se at en så kort aksestid vil ha noen avgjørende betydning for kvaliteten på den tjenesten LV-sentralen skal ivareta. Igjen dreier det seg om en lett målbar parameter som tilsynsmyndighetene vil bruke som kvalitetsindikator, men som trolig har liten medisinsk-faglig betydning. Imidlertid vil den utgjøre en stor ekstra stressfaktor for personalet og kan dermed forringe kvaliteten på utspørringen av de pasientene som allerede er på linja. Høringsnotatet sier også at forslaget om dette

*Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS,
Eventyrvn. 2, 1807 Askim, org.nr. 979351909*

Legevakt

Pasienthenvendelser: 116117

Legevaktleder: 69887902, legevakt@iolv.no Andre henvendelser: 69887900, skranke@iolv.no Faks 69887901

aksesskravet ”ikke anses å ha nevneverdige økonomiske konsekvenser”. Ut fra dagens arbeidsbelastning og aksesstid, mener vi det er en illusjon å tro at dette lar seg gjennomføre uten å øke bemanningen på operatørsiden – med de utgifter det medfører.

§13.f) LV-sentralene bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør

Vi finner det underlig at forskriften er helt spesifikk på noen krav (som legevaktslegens formalkompetanse) og helt generell på andre (for eksempel at legevaktsentralen skal bemannes med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen er forsvarlig).

På de ulike legekantorene på dagtid betjenes telefonen oftest av helsesekretærer. Men forskriften gjelder LV-sentralene som betjener et helt distrikt hele døgnet. Her er legen ofte opptatt slik at personellet må kunne jobbe svært selvstendig. På LV-sentralene mener vi personellet bør ha sykepleierkompetanse eller tilsvarende. Stilles det spesifikke kompetansekrav til legen, er det ulogisk at det ikke også stilles tydeligere kompetansekrav til personellet.

Realkompetanse og pålagt opplæring:

I Høringsutkastet argumenteres det med at en vil øke kompetansekravene fordi det er forholdsvis flere klagesaker på legevakt i forhold til allmennmedisinen generelt. En del av løsningen er å pålegge samtlige som jobber i legevakt kurs i akuttmedisin og overgrepssproblematikk. Dette er gode og relevant kurs, men det er ikke først og fremst på disse områdene de alvorlige feilene og klagesakene kommer.

På vår legevakt – en middels stor legevaktssentral som er nokså representativ for tettsteds-Norge – handler klagesakene særlig om 3 prinsipielle forhold

- at faresignaler ved indremedisinske, kirurgiske og nevrologiske tilstander oversees eller bagatelliseres slik at pasienten ikke får korrekt eller tidlig nok behandling
- dårlig samhandling med pasienten, dårlig kommunikasjon og informasjon
- misforståelser pga språkproblemer eller kulturforskjeller

Det er svært underlig at en forskrift som skal sikre kvaliteten på legevaktsmedisinen ikke tar tak i disse helt konkrete forholdene og heller pålegger legevaktene å kvalitetssikre de som skal jobbe der på legevaktsmedisinenes egne premisser. En person som for eksempel fyller grunnkompetansekravene fordi han har vært assistentlege på med avd etter turnus, har ingen spesielle forutsetninger for å evaluere faresignaler ved en nakkeskade eller skadet legg.

Mye viktigere for realkompetansen og kvaliteten innen legevaktsmedisinen enn en forskrift som prøver å definere grunnkompetanse og sikre to kurs, er krav til

- a. Faglig styring og gode generelle og lokale prosedyrer
- b. Spesifikke krav til den medisinsk-faglige ledelse
- c. Sikre den spesifikke legevaktsmedisinske kompetansen hos de ansatte:
 - sjekklister for hva legevaktsleger og andre må beherske
 - referanser
 - internopplæring/veiledning og info

*Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS,
Eventyrvn. 2, 1807 Askim, org.nr. 979351909*

Legevakt

Pasienthenvendelser: 116117

Legevaktleder: 69887902, legevakt@iolv.no Andre henvendelser: 69887900, skranke@iolv.no Faks 69887901

- d. Hva med et eget legevaktsmedisinkurs som kvalitetskrav for å ha legevakt i Norge?

Konklusjon:

Vi tror ikke at en forskrift med så omfattende formalkompetansekrav er veien å gå for å bedre kvaliteten på norsk legevaktsmedisin.

At formalitetene er i orden – selv ikke en spesialitet i allmennmedisin – er noen garanti for at legen er egnet som legevaktslege. Ved ensidig å vektlegge dette aspektet i forskriftsform, pålegges helse-Norge krav som har store økonomiske og praktiske konsekvenser for den enkelte kommune/legevakt, og som gir betydelig risiko for rekrutteringsvansker. Gode lokale løsninger knebles og den brede medisinsk-faglige kvaliteten er ikke på noen måte sikret i denne forskriften. Det er altfor dårlig dokumentert at forskrifts-forslagene med sine store økonomiske og bemanningsmessige konsekvenser vil gi de forventede helsegevinster. Forskriften bør heller inneholde realkompetansekrav og sikre god overordnet medisinsk-faglig styring av den enkelte legevakt.

Askim 12.09.14

Irene Holtet Skavås
Legevaktleder

Kari Holmås
Legevaktsoverlege

*Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS,
Eventyrvn. 2, 1807 Askim, org.nr. 979351909*

Legevakt

Pasienthenvendelser: 116117

Legevaktleder: 69887902, legevakt@iolv.no Andre henvendelser: 69887900, skranke@iolv.no Faks 69887901