

Høringsvar Akuttutvalgets delrapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er høringsinstans på Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sitt Akuttutvalgs første delrapport. NSDM har også vært invitert til å gi innspill til Akuttutvalget i løpet av 2014 og har skrevet en rapport til utvalget. Videre var NSDM sin leder med i det tidligere utvalget som leverte rapporten En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med vekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten (2009).

Forståelsen for kommunehelsetjenestenes bidrag når det haster er bedret vesentlig i tiden etter det forrige rapportarbeidet i 2008-9. Tidligere utskrivning av pasienter til kommunene og oppbygging av de kommunale tjenestene, er i tråd med Samhandlingsreformen og forskning som viser at dette gir bedre kvalitet for store pasientgrupper^{1 2}. Dette gjør imidlertid at krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus øker. Fremlagte rapport gir etter vår vurdering en god beskrivelse av dagens tjenester i sin bredde. Vi mener det er svært viktig og riktig å ha et slikt godt grunnlag for det kommende arbeidet med å utvikle tjenestene på en tilfredsstillende måte.

Utvalget presenterer en rekke gode vurderinger og forslag som vi i all hovedsak støtter. Ytterligere kommentarer til hvert felt synes derfor unødvendige.

Våre innvendinger er imidlertid basert på én sentral setning, som i praksis er i konflikt med mange av forslagene i rapporten, men som utvalget allikevel har valgt å la gå igjen flere steder i rapporten: *«Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet.»*

Innvendinger er knyttet til at det ikke er påvist bedre kvalitet eller mer robuste organisasjoner ved sentralisering, at kvalitet gjennom en pasientsikkerhetskultur bygges vanskeligere i to organisasjoner enn i én, og vi etterlyser en åpen debatt om hvorvidt det er ønskelig at legevaktene skal dekkes av andre leger enn fastleger. Dette vil vi begrunne nærmere.

Det er ikke vist bedre kvalitet eller mer robuste organisasjoner ved sentralisering

Rapporten peker altså gjennomgående på at sentralisering av legevakter gir mulighet for bedre kvalitet og robuste organisasjoner, til tross for at det ikke er bevist. Tvert imot sier en ny rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin noe annet. Den burde være godt kjent for utvalget (se under).

NSDM mener rapporten ikke må tildekke at det nok i hovedsak er to andre forhold som motiverer til sentralisering av legevakter: 1) kommunenes mulighet til å dele på utgifter og ansvar, 2) leger får redusert sin vaktbelastning, både ved at det er flere fastleger å fordele vaktene på og ved at det er lettere å gi bort vakter til andre når inntjeningen blir større ved at pasientgrunnet øker.

Vi har tidligere påpekt at den store bruken av vikarer, spesielt i store legevakter, ikke er med på å skape robuste organisasjoner eller opprettholde god kvalitet på behandler- eller systemnivå.

¹ Bruserud Ø. Best behandling i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen - Publisert først på nett 12. desember 2014 doi: 10.4045/tidsskr.14.1063 (<http://tidsskriftet.no/article/3273012>)

² Lappegard O, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. Soc Sci Med. 2014 Oct;119:27-35

En oppsplitting av kommunens praktiske ansvar for legetjenester utenom ordinær arbeidstid, er heller ikke med på å skape robuste organisasjoner. Fragmentering ved at deler sentraliseres på visse tidspunkt av døgnet kan synes nødvendig av overnevnte grunner, men er ikke det som kjennetegner robuste system.

Vi har også tidligere påpekt at kommunenes nettverk av formelle og uformelle ressurser og personer er viktig under legevakt, når ulykker og akutte kriser oppstår, uansett tid på døgnet. Forskere fra Canada peker på det samme.³ Det kan handle om en engasjert rektor, en driftig maskineier eller menighetsleder, medlemmer i Røde kors, Norsk folkehjelp eller Sivilforsvaret, med unike kunnskaper og ferdigheter som bare er kjent lokalt. Kjennskap til disse lokale menneskene representerer et bredt lokalt tilfang av ressurser og mange av disse vil det ikke være mulig å vite om når legevakttjenesten er plassert i en annen kommune. Vi kan derfor ikke se at fagmiljøet blir bredere og mer robust, det blir bare annerledes sammensatt.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin publiserte i høst en rapport⁴ omtalt i Dagens Medisin i oktober med ingressen: «Færre og større legevakter har ikke gitt bedre, men verre, tilbud til pasientene, viser rapport.»⁵ Dette fordi avstandene er blitt større og innholdet i legevaktene ikke er blitt bedre. Under høringskonferansen til Akuttforskriften i august i år⁶ la ekspedisjonssjef Meland i HOD frem et bærende prinsipp: – Jo dyrere, jo sjeldnere, jo mer kompetansekrevene – jo mer sentralisert. Samtidig ble dilemmaet kvalitet versus nærhet drøftet, og det ble sagt at nærhet skal vektes tungt.

I Akuttutvalgets rapport er det derfor bemerkelsesverdig at legevakttjenester som er hyppig brukte og vanlige tjenester og som ikke krever 2. linjens dyre lokaler, utstyr eller grenspesialistkompetanse, fortsatt anbefales sentralisert med kvalitet som begrunnelse.

Nærhet til folk og en helhetlig tjeneste for det vanlige er det som skal prege en god førstelinjetjeneste. Sentralisering er et særtegn ved den spesialiserte helsetjenesten – den som skal være spisset mot det spesielle og det sjeldne. Den forskeren som kanskje i sterkest grad har preget vår kollektive forståelse av hva god primærhelsetjeneste (PHT) skal være, er den amerikanske forskeren Barbara Starfield (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) som var viktig i arbeidet med Samhandlingsreformen. Fire forhold må være på plass for å få god PHT, mente hun: 1) folk må vite at de har tilgang til sin fastlege når de har et nytt problem, 2) helsehjelpen må være personfokuset, ikke sykdomsfokuset, 3) PHT skal være omfattende og helhetlig, 4) PHT må integrere helsehjelpen: spesialister håndterer de sjeldne problemene, og primærlegen integrer dette inn i annen pågående helseomsorg.

Det bør også nevnes at HOD legger «tilgjengelighet og rettferdig fordelt» frem som et kriterium for kvalitet, ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005-2015): «Helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet. Kjennetegn ved god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt».

³ VanderBurgh D, Jamieson R, Beardy J, Ritchie SD, Orkin A. Community-based first aid: a program report on the intersection of community-based participatory research and first aid education in a remote Canadian Aboriginal community. *Rural and Remote Health* 2014;14: 2537

⁴ Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

⁵ <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-storre-legevakter-med-darligere-kvalitet/>

⁶ <http://www.nsh.no/script/view.aspx?id=411>

Sentralisering er også i konflikt med rapportens ønsker om at leger skal reise ut til pasienter ved tidskritiske hendelser utenfor legevaktens vertskommune da avstanden ofte vil være lang og lokal ambulanse vil være den ressursen som håndterer hendelsen alene, uten lege. Bakvakt i det sentraliserte legevaktlokalet løser ikke dette avstandsproblemet.

Samtidig trekker rapporten frem ny forskning som har vist at pasientene utenfor vertskommunen bruker legevakten mindre; med økende avstand til legevakten reduseres bruken gradvis. Når vi vet at det i randkommuner er opprettet uformelle og ubetalte kollegiale vaktordninger som kompensasjon for disse svakhetene⁷, er dette en organisatorisk uheldig utvikling, etter vårt syn.

Kvalitet gjennom en pasientsikkerhetskultur bygges vanskeligere i to ulike organisasjoner enn i én

Rapporten fra Akuttutvalget omtaler kvalitet og pasientsikkerhet mange steder, og NSDM støtter vekten utvalget legger på dette. I følge HOD sitt eget Pasientsikkerhetsprogram "I trygge hender" (2014-2018)⁸ skal særlig tre forhold få nasjonalt fokus: Redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Vi vil gjerne løfte frem det siste begrepet og anbefaler at utvalget jobber litt videre med det: Pasientsikkerhetskultur.

Et tydelig element i rapporten er forskriftskravet til trening i samhandling, som er egnet til å bygge god pasientsikkerhetskultur. Men ettersom sentralisering er anbefalt, vil spesielt legene måtte bygge pasientsikkerhetskultur i to ulike organisasjoner: i sin egen kommune og i den interkommunale legevakten. For leger i vertskommunene (de største kommunene) vil spriket mellom organisasjonene være vesentlig mindre enn for leger i randkommunene. I vertskommunene vil legene forholde seg til egen ambulansetjeneste og institusjoner i sin ofte relativt store kommune. De andre legene bytter altså organisasjon og samarbeidspartnere når de har legevakt og må gjøre samme innsats for å bidra til å bygge opp eller delta i en pasientsikkerhetskultur der også.

En pasientsikkerhetskultur er altså knyttet til en organisasjon. Litteratur om hva som bygger god pasientsikkerhetskultur, eller læringskultur i helsetjenesten, handler om systematisk og kontinuerlig fokusert arbeid i en trygg og kjent atmosfære der deltagerne tør la seg utfordre⁹.

Fra omfattende organisasjonsutvikling i Canada vet vi at leger regnes som sentrale i utviklingsarbeid¹⁰. Da det i stor grad er leger som må pendle mellom deltidsarbeidet i egen kommune og legevakt i en annen, er det sannsynlig at kvalitetsutviklingsarbeidet vil lide.

Er det ønskelig at legevaktene skal dekkes av andre allmennleger enn fastleger?

I rapporten fra Akuttutvalget pekes det på at fastleger som deltar i legevakt er et stadig sjeldnere syn (s 46, vår utheving): «*Nklm (2014) viser at andelen fastleger som deltar i legevakt har falt nokså jevnt*

⁷ Personlig meddelelse fra bl.a. kommuneoverlege i Vesterålen, november 2014

⁸ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>

⁹ Stocker M, Burmeister M, Allen M. Optimisation of simulated team training through the application of learning theories: a debate for conceptual framework. *BNMC Medical Education* 2014;14:69

¹⁰ Best A et al. Knowledge and action for system transformation (KAST). A Systematic realist review and Evidence Synthesis of the Role of Government Policy in Coordinating Large System Transformation. Vancouver, BC: Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Coastal Health Research Institute, 2010

fra 44 pst. i 2006 til 37 pst. i 2012 målt som legegruppens prosentvise andel av alle kontakter».

Basert på tall fra 2006, viste en studie i 2010 at «ikke-fastleger» er større i de store legevaktene enn de mindre¹¹. Da andelen turnusleger i norske kommuner har ikke økt, har vi grunn til å tro at andelen ikke-fastleger er vikarer og at denne andelen vil fortsette å vokse, gitt at trenden er så tydelig.

Vi mener at vikarbruken er den største utfordringen for kvalitet i norsk legevakt. Hvis det er ønskelig å fortsette utviklingen i retning av at legevakt skal dekkes stort sett av andre leger enn fastleger, er det et valg som bør drøftes åpent og utredes.

Storbylegevaktene (Oslo, Bergen) har i stor grad innrettet seg slik. NSDM kjenner til modeller i Skottland der allmennleger også i distriktene kan ha legevakt i flere kommuner som sin eneste faste stilling. Legevakslegen reiser da mellom legekantor på institusjoner (sykestuene/ cottage hospitals) i de ulike kommunene og reduserer på den måten avstand ut til pasientene og til lokale samarbeidspartnere.

Norsk forening for allmenntmedisin, Nklm og vi har imidlertid skrevet at vi mener legevaktarbeid gjøres best av fastleger. For å oppnå dette må det tenkes nytt. Sentralisering har vært løsningen i 15 år og de synlige resultatene er at fastlegene har trukket seg ut av vaktarbeid og mer av helsehjelpen lokalt må håndteres av ambulansetjenesten alene.

Vi har argumentert for samlokalisering og styrking av de lokale legetjenestene slik at det blir flere leger å fordele vaktene på. Slik kan knapphetsressursen, gode fastleger utenfor byene, også få akseptable arbeidsforhold og rimelig betalt for arbeid utenom kontortid. Vaktarbeidet bør foregå i egen organisasjon og egen populasjon.

Oppsummering

Våre innvendinger er altså basert på setningen som går igjen flere steder i rapporten: «*Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet.*» Ved at forfatterne har puttet inn «*mulighet for*», reduseres styrkegraden av påstandene noe, men for den jevne leser fremstår den repeterte setningen som et kjernebudskap: sentralisering gir bedre og mer robust fagmiljø og kvalitet i tjenestene. Vi anbefaler at setningen taes ut.

Tromsø, 16. desember 2014

Helen Brandstorp
Leder NSDM

¹¹ <http://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/hvilke-fastleger-deltar-i-legevakt/>