



Deres ref.:
13/3650

Vår ref.:

Dato:
4. november 2014

Høringssvar – Legeföreningens statusrapport om legevakt

Sør-Trøndelag legeföreningen hilser statusrapporten om legevakt velkommen. Legevaktstjenesten er en viktig del av helsetjenesten som i alt for mange år har vært forsømt. Manglende faglige krav fra forvaltningen og svake politiske prioritering av ressurser har medført at mange kommuner i dag har en legevaktstjeneste som kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten.

Svar på spørsmål som stilles:

1. Er det viktige områder som er utelatt?

Sykehjemslegevakt bør etableres i store byer for å sikre sykehjem, helsehus og KAD-enheter kompetent legehjelp på kveld og helg.

Samhandlingsreformen har medført at kommunene har fått ansvar for pasienter med langt mer alvorlige og komplisert lidelser enn tidligere. Leger som bemanner sykehjem, helsehus og KAD-enheter trenger spesialkompetanse i utredning og behandling av pasienter med kroniske lidelser, geriatriske pasienter og multisyke pasienter. En sykehjemslegevakt bemannet med leger med slik spesialkompetanse vil kunne ivareta behovene for pasienter innlagt i sykehjem, helsehus og KAD-enheter. Legevaksleger som bare sporadisk er involvert i slike pasientgrupper kan i liten grad opprettholde kompetanse på slik legetjeneste.

Hvordan tenker man seg disse føringene for legevaktstjenesten innført?

En strategi hvor utvikling av legevaktstjenesten tilligger den enkelte kommune uten nasjonale styringskrav, vil med stor sannsynlighet medføre at kommunepolitikerne igjen «prioriterer bort» satsning på legevakt.

Samhandlingsreformen har medført at en stadig større del av helsetjenesten skal styres fra kommunene. Tillitsvalgte i kommunene har hverken ressurser, kompetanse eller verktøy til å være med å utvikle tjenestene. Legeföreningen sentralt forholder seg til nasjonal forvaltning og nasjonale politisk styring.

Hvilke konsekvenser trekker legeföreningen sentralt av dette? Skal man arbeide politiske for en mer overordnet nasjonal styring av helsetjenesteutviklingen i kommunene? Kan Legeföreningen unngå å engasjere seg mer på det kommunale nivået?

2. Hva skal en legevakt være?

Faglig:

Vi sier oss enig i utsagnet «Legevakt skal være akuttmedisin og fastlegen er best når det kan vente». Videre er det viktig med avgrensning slik som rapporten sier: «Innholdet i legevaktene må alltid sees i sammenheng med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestens tjenestetilbud. Det må være klare kriterier for hvilke tilstander som skal behandles hvor».

Beredskapsmessig:

Vi er enig i at «Forsvarlig legedekning må sikre at legevaktene er i stand til å hjelpe personer som er alvorlig syke og/eller kritisk skadet». «Hovedregelen for alle legevakter bør være minst to leger på vakt». Legevakten må kunne ha god beredskap for uventede hendelser. Som i brannvesenet vil beredskap bety at man i perioder ikke har mange oppgaver men ved alarm må være klar for «storutrykning». Legevakt må bort fra produksjonskrav til beredskap.

3. Kompetansekrav til legevaksleger?

Vi sier oss enig i at «allmenntillegger må være bærebjelken i legevakt» og at «fast ansatte legevaksleger må ha allmenntilleggerisk kompetanse».

Forutsetningen for at andre leger deltar er at de må inngå iden normale vaktordningen, ha tilstrekkelig antall vakter, delta i driftsmøter, trening og hatt opplæring.

Systematisk opplæring av nytilsatte i nødnett, helseradio, akuttmedisin, prosedyrer og interkontroll bør være et absolutt krav for å kunne arbeid som legevaksleger.

Deltakelse i akuttmedisinsk samhandlingen gang i året samt deltagelse på faglige driftsmøter bør være obligatorisk og være lønnet arbeid.

Turnusleger bør aldri ha vakt alene, men ha bakvakt eller følgevakt.

Rapporten sier at «Legevaktsoverlegen skal være spesialist i allmenntilleggerisk og/eller samfunntilleggerisk». Vi vurderer at legevaktsoverlegen bør være spesialist i allmenntilleggerisk eller ha svært god kjennskap til allmenntilleggerisk all den tid hun skal være med å utvikle og kvalitetssikre den allmenntilleggeriske tjenesten som ytes på legevakt.

4. Sentralisering vs. desentralisering?

Rapporten sier «Medisinskfaglige premisser må ligge til grunn for sammenslåinger av legevaktsdistrikt og konsekvenser av sentralisering må alltid vurderes nøye».

Selv om prinsippet med faglig forsvarlighet og trygghet for befolkningen må veis tyngst kan man ikke se bort fra rekrutteringsproblem for utkantkommuner dersom legevaktbelastningene blir for stor på fastlegene i kommunen. En legevakt som mangler legevaksleger eller drevet via vikarstafetter vil medføre store kvalitetsutfordringer.

5. Andre innspill fra Sør-Trøndelag legeforening

A) Opptrapping av fastlegeordningen er essensielt for å øke tilgjengeligheten til fastlegen på dagtid

For å få plass for flere fastleger er det avgjørende at normering av listelengde ved fulltidpraksis settes ned fra 1500 til 1200. Da vil fastlegene ha økonomisk sikkerhet selv om listeantallet blir redusert.

Dersom fastleger skal ha åpent på kveld må kveldtakster til for å kompensere for høyere utgifter (lønn til personale) og ubekvem arbeidstid

B) Viktig at fastleger får være med i utforming av legevaktstjenesten – gjennom ALU, LSU og ved å delta i driftsmøter og fagråd på legevakta

Rapporten skriver at «Driftsmøter og faglige rådsmøter er organiserende prinsipp som må være hovedregelen i alle legevaktsdistrikter. På driftsmøtene må rutiner og aktuelle fagtemaer gjennomgås. Alle legevaktsleger bør delta på driftsmøtene. Obligatorisk møteplikt må lønnes».

Dette er et svært viktig punkt. Fastleger som deltar i legevaktturnus er ansatt på legevakt, skal ha forsikring, pensjon etc. Alle legevaktleger bør sikres vanlig arbeidstakermedvirkning!

Viktige faglig og organisatoriske spørsmål rundt legevakt skal også bringe inn for LSU ifølge rammeavtalen.

C) Kommunelegen kan bare gis det overordnede medisinsk faglig ansvaret for legevakt dersom kommunelegen har kompetanse, mandat og legitimitet

Rapporten sier at «Kommunelegen må gis et overordnet medisinsk faglig ansvar». For at kommunelegen skal ha det medisinskfaglige ansvaret fordres allmennmedisinsk kompetanse i tillegg til samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er allmennmedisinsk tjeneste som ytes på legevakt. Kommunelegen må i tillegg ha god dialog med legevaktslegene og ha opparbeidet en legitimitet i fastlegekorpset.

D) KAD-pasienter må ivaretas av egne leger ansatt på KAD-enheten med utvidet kompetanse på denne pasientgruppa

Rapporten skriver at «Legevakten bør ikke brukes til planlagt oppfølging av pasienter innlagt i KAD dersom ikke stabil bemanning og kompetanse ikke er godt nok sikret». Hva betyr det? Legevaktsleger med ansvar for akutte tjenester og beredskap skal ikke pålegges ansvar for oppfølging av KAD-pasienter. Dersom et slikt ansvar pålegges legevaktlegene vil det svekke beredskapen på legevakt. Oppfølging av KAD-pasienter må som hovedregel ivaretas av egne leger ansatt på KAD-enheten med utvidet kompetanse på denne pasientgruppa og ikke være henvist til å motta hastverkstjenester fra tilfeldige legevaktsleger. Utkantkommuner med god dekning på legevakt kan etter å ha foretatt en ROS-analyse inngå avtale med kompetente legevaktsleger om et slikt ansvar for KAD-pasienter.

E) Legevakten må kunne være i god beredskap til å ivareta kritisk syke eller skadede, ulykker og andre akutte tjenester

Da må beredskap lønnes slik at man bedrer rekruttering og unngår bemanningsutfordringer! Konkurransedyktig fastlønn for nattarbeid er en viktig forutsetning for å styrke rekruttering og beredskap i legevakt

F) Hvordan lærer man opp befolkningen til at man «må ringe først»?

Rapporten sier at «Første kontakt med legevakt bør være via telefon» og begrunner dette med at man da får prioritert og selektert pasientene best. Hvordan skal man lære opp befolkningen til dette? Hva gjør man med dem som likevel møter rett på legevaktsentralen. Blir de avvist og rådet til å ringe?

G) Fastlegekontoret har prioriteringsansvar for sine tjenester til sine pasienter

Rapporten skriver at «Legevaktpersonalet bør ha tilgang til timebestilling via internett og SMS i fastlegens systemer».

De fleste legesenter gir nå mulighet til timebestilling via internett og SMS. I de tilfellene hvor det ansees nødvendig er det anledning for legevaktansatte til å hjelpe pasienter med å bestille time via internett og SMS. Fastlegen og fastlegekontoret må selvsagt selv ha råderett for sine avtalebøker, prioriteringer av pasienter og problemstillinger. Fastlegekontoret som kjenner den enkelte pasient, som har oversikt over sin pasientpopulasjon og har det overordnede prioriteringsansvaret for sine tjenester, må avgjøre prioritering av en pasient som ikke prioriteres for tjenester på legevakta.

H) Legevakttjeneste må tas ut av pliktarbeid for å øke kvalitet på tjenesten

Rapporten sier at «Legevaktstjenesten i sentrale strøk bør samles på færre fastleger, som til gjengjeld vil være en tett integrert del av tjenesten. Disse fastlegene vil ha hyppigere vakt og bli bedre kjent med rutiner innenfor akuttkjeden. Denne gruppen fastleger bør ha fritak fra annen offentlig tjeneste».

Legevakttjeneste og offentlig legearbeid bør tas ut av pliktarbeid og gis rammer for avlønning og arbeidsforhold som kan fremme rekruttering av interesserte, dedikerte og kompetente allmennleger. Avlønning av slik tjeneste må avspeil at dette er overtidsarbeid alle den stund fastlegene er selvstendig næringsdrivende som må arbeide over normalarbeidsdag i egen praksis.

Med hilsen
Sør-Trøndelag legeforening

(sign.)
Marte Walstad
leder