

Høyringsvar-Akuttutvalgets delrapport.

Eg støtter i hovedsak retninga i innhaldet i rapporten og svaret frå Norsk Forening for allmenmedisin. Eg uttalar meg om nokre av punkta frå min lokale ståstad.

Dette er viktig å svare på av di det handlar om befolkingas tryggleik; "Trygghet er vanskelig å måle og opplevd trygghet er ikke alltid reell. Når akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, er det viktig å bli tatt raskt hånd om av kyndige fagfolk. Dette oppleves så avgjørende for mange at det har betydning for livskvalitet og indirekte også for bosetningsmønster og distriktspolitikk." (sitat fra rapporten)

1.Kompetanse:

I tråd med Utkast til akuttmedisinforskrift foreslås styrking av kvaliteten med kompetansekrav til legevakslege og bakvaktordning for lege i vakt som ikkje fyller kompetansekrava. Dette krev ein auke av talet på spesialistar i allmenmedisin i distriktet vårt. Det vil være ein utfordring å rekruttere spesialistar og behalde dei. Truleg må nye tiltak på plass slik utvalet foreslår. Kommunane må ved ledig legestilling lyse ut etter spesialist i allmenmedisin, eller at arbeidssøkar pliktar å starte og fullføre spesialisering. Dette må følges opp i ein arbeidskontrakt og i medarbeidersamtalar og legane må få betingelser som gjer spesialisering mogleg og økonomisk lønsamt. Det har og vore ute på høyring forslag til endring i spesialistreglane, som eg støttar, av di eg trur det vil bli lettare å gjennomføre spesialisering i distrikt enn det er no. Både spesialiseringa og etterutdanninga for å behalde spesialiteten krev mykje tid og innsats frå legene, særlig når det er store reiseavstandar. Kompetansekravet vil truleg føre til at bruk av korttidsvikarar blir vanskelegare for oss sidan nokre av dei aktuelle søkarane ikkje vil fylle kompetansekrava. Dekninga av vaktane ved fråvær må såleis baserast på dei fast ansette. Kravet til bakvakt i forslag til ny akutforskrift går i retning av ein formalisert bakvaksordning med uttrykkingsplikt men ikkje tilstadeværesplikt på vaktentralen. Dei faste legane med naudsynt kompetanse får soleis både sine vaktar som før, pluss bakvaktar med uttrykkingsplikt, og det blir i sum endå større vaktbelastning enn det er no. Kvalitetsmessig blir det betre for pasientane men meir krevjande for desse legane. Stor vaktbelastning i distrikt heng saman med rekrutteringsproblem.

2. Leiging:

Det foreslås styrking av kommuneoverlegefunksjonen med 20% stilling øremerka til leiging av legevakt. Kommuneoverlegefunksjonen bør styrkast i tråd med alle forslag frå og med Samhandlingsreforma i 2009 og til no. 20% til legevakt verkar å være mykje i ein liten interkommunal ordning men det gjeld sjølvstøtt også legevakt på dagtid på fastlegekontora og då er kanskje ikkje forslaget heilt urealistisk. Den totale prosentvise stilling for kommuneoverlegen må i så fall aukast. Eg er samt i utvalets utreiing av dette i punkt 6.5.1.

3. Nasjonalt krav til maksimal reisetid for pasientane:

Kravet er at 90% av befolkninga skal ha maksimalt 40 minuttars reisetid til legevaktsentralen og 95% skal ha maksimalt 60 minuttar. Eg trur dette er innan rekkevidde for framleis lokalisering av den interkommunale legevaktsentralen for Tokke og Vinje i Åmot. Om kravet blir at ein lege skal ha tilstadesvakt saman med anna personell døgnet rundt, og i tillegg ein lege i bakvakt med uttrykkingsplikt, kan ressursbruken bli stor i høve til størrelsen på befolkninga og forekomst av akutte medisinske hendingar. Det er difor mogleg at krava til reisetid må senkast noko, eller at det er eit krav på dag og kveldstid og eit anna, noko meir romsleg krav om natta. Ellers må vi samarbeide interkommunalt med fleire kommunar og lokalisere legevaktsentralen ein ny stad der krava til reisetid er oppfylt. Nokon bør få i oppdrag å sjekke om kravet i det heile tatt er fysisk mogleg i Vest-Telemark før noko slikt kan vedtakast. Og kva med avstand for store sesongvise konsentrasjonar av turistar? Skal det være norm for det og? Ein slik nasjonal norm bør i så fall henge saman med en nasjonal norm om maksimal reisetid til næraste akuttsjukehusmottak. Eg kan ikkje sjå at utvalet kjem inn på dette. I dei tilfelle det er for langt til sjukehus må dette jamnast ut med luftambulans (helikopter). I punkt 4.5.8 refereres til luftambulansens utgreiing frå 2013 der dei peikar ut Telemark som eit område med trong for luftambulansesentral.

4. Utrykkingsplikt og norm om sjukebesøk:

Eg er ikkje samd i at det skal være ein generell plikt til å rykke ut for legen eller at det skal normfestes eit minimumstal på sjukebesøk. Det er ønskeleg at lege deltek i raud respons utrykkingar, men det er ikkje alltid riktig bruk av legen. Kvar sak må vurderast og prioriterast utifrå situasjonen, ressursar og fagleg kunnskap. Takstar i normaltariffen stimulerer til utrykking og sjukebesøk. Om ein vei fast løn på legevakt og det skjer ein ønska endring i retning av at legevaktsoppdraga får eit meir tydeleg akuttpreg kan uttrykkingsplikt bli meir aktuelt. Talet på raud repons tilfelle som er visa til i punkt 4.3.3 med 25 pr 1000 innbyggare pr 3. månad meiner eg er for høgt og eg er tvilande til at det talet kan leggast til grunn for slike omfattande endringar som utvalet foreslår.

5. Tryggleik for helsepersonellet på vakt:

Helsepersonellet, inkludert legen, skal ikkje være åleine på vakt eller i utrykking. For oss tydar det at det må være sjukepleiar eller anna personell tilstades på vaktsentralen heile døgnet. Hvis legen må være til stades på vaktsentralen i vakttida inneber det også ein kraftig auke i bruk av legeressurs som gjev kostnader.

6. Transport:

Uniformera legebil med sjåfør som og er helsepersonell er aktuelt men vil ikkje bli ofte nytta når legen har heimeværande vakt. Ved sjukebesøk er det ofte ein sjanse for at det vil være naudsynt å transportere pasienten vidare og då må ein likevel tilkalle ambulans og meir tid vil gå. Målet med å

unngå unødige innleggingar på sjukehus er riktig men kan ikkje gå utover forsvarleg behandling og føre til at tid ved transport går til spille. Legen rykker no ut med ambulansen eller i eigen bil i møte med ambulansen. Om legen skal være tilstades på legevaksentralen heile døgnet er ein slik bil eit meget godt forslag både for kvalitet for pasienten og tryggleik for helsepersonellet. Transport til sjukehus med "hvite bilar" (ein ikkje fullt utstyrt ambulanse) er særskilt aktuelt i grisgrent strøk som her men vil gå kraftig ut over den lokale drosjenæringa.

7. Fastlegeordninga på dagtid:

Det må være god kapasitet og tilgjenge til fastlegen på dagtid. Sjukepleiar på vakt kan allereie no sette inn timar til fastlege i Vinje dagen etter. I Tokke har vi time på dagen ordning og garanterer legehjelp same dag. Eit fastlegekontor i distrikt har jfr Dnlfs Utviklingsplan for fastlegeordninga meir arbeid med akutttilstandar enn i by, så det må framleis være god fastlegedekning og hjelpepersonell og utstyr på fastlegekontora. Det er riktig å fokusere på dette som det viktigaste området for forbetring på nasjonalt nivå framover for å minske søkinga til legevakt for tilstandar som ikkje er så akutte.

Konklusjon:

Utvalets forslag er truleg praktisk mogleg å gjennomføre i Tokke -Vinje interkommunale vaktssentral men vil krevje auka ressurs både til kompetanse, leiding og bemanning. Eg vil oppmode kommunane til å svare på forslaget om maksimal reiseavstand til legevaktssentralen. Skal dette nasjonalt normfestast ? I så fall legg det sterke geografiske føringar for korleis vakt og samarbeid skal utviklast framover. Det som er nytt i denne rapporten er at det no er dokumentasjon for at det ikkje berre er ved bagatellmessige plager at lang reiseveg gjer at folk ikkje søker til legevakta, men at det også gjeld like mykje ved akutt sjukdom og skade som dei burde vore til lege for.

Dalen 5/12-14

Lars Håvard Eriksen

Kommuneoverlege i Tokke og Vinje