



## Høringsuttalelse

### Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i Akuttmedisinforskriften

Evje og Hornnes kommune er en kommune på 3600 innbyggere og ligger i distrikt. Kommunesenteret ligger 6 og 8 mil fra nærmeste sykehus. Vi har etablert et legevaktsamarbeid med Bygland kommune, der kommunesenteret ligger 10 og 12 mil fra nærmeste sykehus. Fra ytterste kommunegrense er det ca. 12 og 14 mil til sykehus. Begge kommunene har mye hytter, men er ikke vintersportssteder med store sesongvariasjoner. Kommunene utgjør et legevaktdistrikt og er knyttet til Legevaktsentralen i Arendal. Fem fastleger, samt to LIS1-leger deler i utgangspunktet på beredskapen lokalt, men flere fastleger er sykmeldt kun fra legevakt.

#### Kort om distriktsutfordringer:

- De mest alvorlige hendelsene vil ofte løses uten deltakelse fra lokal lege, pga. avstand. Tilgang til lokal lege er aller viktigst når det gjelder subakutte hendelser og ifm. nødvendige tilsyn til hjemmeboende og sykehjemspasienter/KØH-pasienter.
- Transport til ukjent lege langt unna for undersøkelse, øker ofte sjansen for innleggelse. Tilgang til lokal lege er derfor viktig med tanke på å hindre unødige innleggelser på sykehus.
- Manglende legeberedskap i distrikt medfører at ambulanser blokkeres til transportoppdrag. Det truer akuttberedskapen lokalt, i og med at det er langt mellom ambulansene.
- Skjerpede krav til bakvaksordninger vil fra mai 2018 medføre stor belastning på fastlegene og påvirke rekrutteringen og kommunenes mulighet for å ta imot LIS1-leger i distrikt. LIS1-legene utgjør en vesentlig del av legeberedskapen i distrikt med få fastleger.

#### Innspill til pkt. 4.2 Krav til grunnkompetanse for lege i vakt

Kommunen støtter forslaget om at det gjøres endringer i Akuttmedisinforskriften § 7 første ledd, bokstav b, som åpner for at leger som har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen også i fremtiden kan ha selvstendig legevakt, uten kvalifisert bakvakt. Det vil bidra til at det blir lettere å rekruttere fastleger og at belastningen på resterende leger ikke øker.

#### Innspill til pkt. 4.4 Krav til å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene

LIS1-leger utgjør en vesentlig del av legeberedskapen i distrikt og har i alle år deltatt i legevaktordninger med tilgang til å konsultere erfaren lege pr. telefon. LIS1-legene har fått opplæring/supervisjon i startfasen. Det er små og transparente forhold i distriktene, og ordningen har fungert godt i vårt legevaktdistrikt.

Skjerpede krav til bakvakt for LIS1-leger og leger med < 30 måneders klinisk tjeneste som trer i kraft fra 01.05.18, vil medføre svært stor belastning på fastlegene i distrikt. De vil bli bundet opp med nødnettradio og utrykningsplikt både i egne vakter og i bakvakt, og det vil være vanskelig å opprettholde 4-delt vakt i vaktklasse 1. Det er da stor fare for at små legevaktordninger kollapser. Kvaliteten for innbyggerne vil bli redusert, mens målet med Akutforskriften trolig var en bedre



ordning for befolkningen. LIS1-leger trenger utdanningssteder. Konsekvensen av skjerpede bakvaktkrav kan bli at kommuner ber om å slippe å ta imot LIS1-leger, evt. bruker dem minst mulig i legevaktarbeid.

Kommunen støtter forslaget om at lege i en hovedlegevaktsentral kan være bakvakt for andre legevaktleger i distrikt, men uten utrykningsplikt som beskrevet i nåværende § 7 i Akuttmedisinforordningen. Ordningen bør imidlertid tre i kraft for alle kommuner fra 1.5.18, ikke bare for deltakere i pilotprosjekt, for å hindre at legevaktordninger i små kommuner i distriktene kollapser. Avtaleverket legger opp til at fastlegene og LIS1-legene skal drive legevaktarbeidet der de har avtale/er ansatt, men da må forholdene legges til rette for at nettopp det blir mulig. Allerede nå sliter distriktskommuner med rekruttering og deltakelse i vakt.

Evjemoen, den 08.01.18



Jens Arild Johannessen

Rådmann Evje og Hornnes kommune