



Aurland, 02.09.2014

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Vår ref.
14/764-3

Dykkar ref.

Sakshandsamar
Eli Johanne Ohnstad, 57 63 29 32

Arkiv
K2-G00, K3-&13

Akuttmedisinforordningen - spørsmål frå Aurland kommune

Utval for omsorg, oppvekst og kultur handsama utkast til akuttmedisinforordning i møte 01.09.2014, og vedtok slik høyringsuttale frå Aurland kommune:

Forskrifta fastset mellom anna endra kompetanse og organisering av kommunal legevakt, ambulansetenesta og medisinsk naudmeldeteneste. Departementet ber særleg om synspunkt på dei føreslåtte kompetansekrava til dei ulike delande av dei akuttmedisinske tenestene. For Aurland er særleg viktig å kommentere § 5 om bistand frå personell utanfor helse- og omsorgstenesta, § 7 om krav til kompetanse for lege i vakt, og fylkesmannen sin dispensasjonsrett. Og det er vidare naudsynt å kommentere planlagd legevaktsamarbeid i tilgrensa kommunar i Indre Sogn.

Kommentarar til § 5:

Det er i denne paragrafen foreslege å regulere bruken av akutthjelparar («first responders») for å yte akuttmedisinsk hjelp i påvente av hjelp frå den akuttmedisinske tenesta. Helsedirektoratet har i sin kommentar sagt at slike akutthjelparar skal vere ein ressurs inntil legevaktlege, ambulanse eller anna kvalifisert helsepersonell kjem fram til pasienten. I praksis vil det i vår kommune med interkommunal legevakt, og utan fast stasjonert ambulanse, ta tid før kvalifisert helsepersonell kjem fram. Vi minner her om at E 16 går gjennom bygda med om lag 3000 pbe pr døgn, der 25 % er tungtransport. Vårt problem dei siste åra har fylgjeleg vore større trafikkulukker og tunnelbrannar. Å gå inn på ei slik ordning vil etter vår vurdering ikkje vera kvalitetsmessig forsvarleg, og vi tvilar på om det er mogeleg å rekruttere nok personell. Dette personalet skal og ha opplæring, trening og vidare utgjere ei eiga utrykkingsgruppe med alt det inneber. Kostnadene er ikkje stipulert, men vil sannsynleg falle på den einskilde kommune. Det er å flytte det økonomiske ansvaret for den prehospitale akuttmedisinske tenesta over på kommunane. Vi kan ikkje akseptere ei slik ordning, verken økonomisk eller fagleg. Dette er og viktig i relasjon til ambulansetenesta, og ein er lite nøgd med at departementet heller ikkje no har funne det føremålstenlege å innføre krav til responstid, som tilrådd i NOU 1998:9. Helsedirektoratet har i sitt framlegg sagt at ambulansetenesta bør organiserast og lokalisert slik at utrykkingstida minimaliserast. Det er ein relativt uforpliktande formulering som vanskeleg kan etterprøvast og nyttast i drøftingar med HFT. Alt vert subjektivt same kva folket i ein kommune meiner.

§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.:

Forskrifta har krav om at lege som skal ha legevakt, uten kvalifisert bakvakt må anten vera:

- a) Spesialist allmenntmedisin
- b) Allmenntlege som har gjennomgått tre års veileda teneste for å få adgang til å praktisere som allmenntlege med rett til trygderefusjon
- c) Lege med spesialgodkjenning i fagene indermedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anestesilogi, eller
- d) Lege i utdanningsstilling som har gjennomført tre års veiledet teneste.

I tillegg skal lege i vakt ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshandtering og etter bokstav b til d ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshandtering.

Kommunane har plikt til å etablere bakvaktordningar for lege i vakt som ikkje fyller krava i første og andre ledd. Kompetansekrava i første og andre ledd gjeld tilsvarande for legar som skal ha bakvakt. Fylkesmannen har høve til å gje dispensasjon, men denne retten er sterkt avgrensa og ein kan neppe basere seg på at ein får dispensasjon slik denne retten er omtala. Dette inneber at turnuslegar og andre nyutdanna legar ikkje kan gå sjølvstendige vakter utan bakvakt. Det er og sagt i forskrifta at også bakvakt har uttrykkingsplikt, noko som sterkt geografisk avgrensar bruken av slike legar. Det er vidare sagt at 30% av legane som går i legevakt i dag ikkje fyller dei nye kompetanse-krava og vil krevje bakvakt. På årsbasis er det anslått til 41 mill. kroner, ein kostnad som vil falle på kommunane, ettersom dei er ansvarleg for legevakt.

Det er fleire dokument nemnde i høyringsframlegget som støttar kravet til auka kompetanse i legevaktarbeidet. Og det er sikkert trong for i større vakt-distrikt, men ein må her klart skilje mellom tettstader og mindre legevakt-distrikt der ein i dag knapt har nok legar til å dekkje legevakt utan bruk av turnuslegar. Etter vår vurdering er dette å sniksentralisere legevakta med følgjande lengre reiseavstand for pasientane. Det kan vi ikkje akseptere. Vi tvilar og på om vi kan drive det planlagde vakt-samarbeidet med basis ved Lærdal sjukehus skal vi fylgje dei krav som no vert stilt. Det må vere greitt at turnuslegar tek del i legevakt ved at erfaren lege er tilgjengeleg på telefon. Dette har fungert greitt i mindre distrikt i årevis og bør kunne fungere framover. Det er ikkje fullgodt argument at det vert peika på klager på legevakttenesta, utan at ein kvalifiserer også geografisk. Ein bør heller ta tak i akuttmedisinopplæringa for turnuskandidatar dersom ein meiner denne er for dårleg både i grunnutdanninga og i sjukehus-tenesta.

Vi har no vanskar med på skaffe nok kvalifiserte legar til ledige heimlar i distrikta. Auka krav til vaktberdeskap veit vi er negativt for rekruttering, spesielt av kvinnelege legar. Dei nye forskrifts-krava vil ikkje lette den alt vanskelege situasjonen. Det kan faktisk ende opp med dårlegare legedekning i distrikta, større avstand til dei akuttmedisinske tenestene og dyrare legevaktteneste i distrikta. Spørsmålet vert då om dei nye krava vil føre til dårlegare akutt-medisinske tenester for store deler av distrikts-Noreg.

Forskrifta er etter vår vurdering eit nytt sentraliseringsframstøyt og svært negativt for distrikta som vi ikkje kan støtte. Den bør avvisast i si noverande form.

Med helsing


Eli Johanne Ohnstad
politisk sekretær

Kopi til:

KS Sogn og Fjordane
Sogn Regionråd v/ Karina
Nerland

Langebruvegen 19

6800 FØRDE