

Høyringsvar – Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringar i forskrift om pasientjournal.

Eg viser til Helse- og omsorgsdepartementet sitt høyringsbrev av 28. mai 2014.

Underskrivne Sverre Rørtveit har skrive dette høyringsvaret. Eg er kommunelege 2 i Austevoll, ansvarleg for den kommunale delen av den prehospitala akuttmedisinen inkludert samarbeidet med ambulansetenesta og Akuttmedisinsk seksjon i Helse Bergen.

Det har ikkje vore tid til å engasjera Austevoll kommune som formell høyringsinstans, derfor er dette høyringsvaret eit personleg høyringsvar frå mi side. Eg vil gå ut frå at høyringsvaret mitt kan vera av verdi for departementet sitt vidare arbeid, fordi eg har langvarig og brei praktisk og akademisk bakgrunn innan utøving av legevaktmedisin i ein mindre distriktskommune, og organisering og samarbeid innan prehospital akuttmedisin. Mine overordna i den kommunale organisasjonen vil bli orientert om dette høyringsvaret.

Eg viser til høyringsvar gjevne frå to “tunge” og spesielt kompetente instansar, nemleg Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), og frå Helsedirektoratet (Hdir). Nklm og Hdir har gjeve mange tilleggsforslag og endringsforslag, der mange av dei fortener støtte. Det gjeld etter mi meining spesielt forslaga deira om

- a) presisering av at kommunal legevakt og regionale helseforetak må samarbeida forpliktande om organiseringa av den prehospitala akuttmedisinen (§4), og at ingen av desse to instansane kan gjera substansielle endringar av organiseringa av arbeidet deira utan drøfting med den andre
- b) at bakvakter skal vera uttrykings-tilgjengelege (§7)
- c) Nklm sitt forslag at “virksomhetsledelsen” skal forpliktast til å leggja til rette for samtrening i akuttmedisinsk samhandling og –trening, og at Hdir skal kunna gje nærare konkrete retningslinjer for innhald og mengde av slik trening.
- d) Nklm og Hdir foreslår at det skal takast inn eit ledd i §4 om at legevaktenesta og ambulansetenesta skal samarbeida om handtering av pasientar når situasjonen krev det, og Nklm foreslår ein merknad om at ambulansetenesta aktivt skal innhenta bistand legevaktenesta når situasjonen krev det, og at legevaktenesta då har plikt til å involvera seg i denne situasjonen.

Eg vil i dette høyringsvaret likevel framheva at det er ei indre motseiing i forslaget til forskrift, og denne motseiinga kjem spesielt til syne når ein tenker seg implementering av forskriftsforslaget i mindre distriktslegevakter.

Utrykkingsplikta (§6)

Det som eg reknar som spesielt positivt i forskriftsforslaget, er presisering av at den kommunale legevaktordninga etter §6 skal yta hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar, mellom anna rykka ut straks når det er naudsynt. Gjennomføring av dette kravet vil aleine medføra ei sterk forbedring av den prehospitala akuttmedisinen i landet, fordi dei kommunale legevaktene mange stader ikkje tek del i akuttmedisinske situasjonar.

Presisering av uttrykkingsplikt vil krevja ei omorganisering og ressursopprusting av mange legevakter, spesielt når det gjeld stillingsressurs for vaktgåande og bakvakthavande legar.

Opplærings- og treningsplikta (§4)

Mi tru og von er at tilpliktinga av trening i prosedyrer og samhandling, vil medføra ei reell heving av den akuttmedisinske kompetansen hos dei legevaktdeltakande legane, i høgare grad enn dei krav til formell kompetanse som vert sett i §7

Kompetansekrav til lege i vakt (§7)

Her er det grunnleggande utgangspunktet at lege som skal ha legevakt aleine, utan bakvakt, skal vera spesialist i allmenntmedisin eller allmenntlege med rett til trygderefusjon, og andre legar enn dei med denne kompetansen, må ha bakvakt som innehar denne kompetansen. Eg held no utanom forskriftsforslaget om at visse sjukehusspesialitetar kan kvalifisera for legevaktkompetanse, fordi dette vert sterkt motsagt av andre høyringsinstansar.

Det er klart at allmenntmedisinrarar med praksis og opplæring innanfor dette faget, er dei som er mest kompetente til å ha legevakt, og det er lett å vera samd i at dette bør vera eit krav.

Indre motseiing i forskriftsforslaget

Samstundes er det her det blir store problem for mange distriktslegevakter, fordi dei, i alle fall slik situasjonen er no, ikkje har nok legar med desse formelle kvalifikasjonane, og det blir urimeleg stor bakvaktbelastning for dei som innehar kvalifikasjonane. Dersom det mange stader vert svært få legar som har formell kompetanse til å ha legevakt, vert uttrykkingsplikta illusorisk. Det er dette som utgjør den indre motseiinga i forskriftsforslaget.

Eg vil altså stilla opp denne **rangordninga** mellom formelle krav, prosedyreopplæring, og uttrykkingsplikt, etter kor viktige dei er:

- 1) Utrykkingsplikt
- 2) Praktisk trening og samandling i akuttmedisinske prosedyrer og beredskap
- 3) Kompetansekrav til spesialitet eller allmenntmedisin med refusjonsrett.

Det er kvaliteten og realkompetansen til legevakta som er viktig. Utrykkingsberedskap vil utgjera eit avgjerande kvalitetshopp. Tilplikting og rundskrivsmessig konkretisering av treningsmengde og – innhald utgjør eit nesten like viktig moment. Det er viktig at ikkje det formelle kompetansekravet vert så dominerande at det kan øydelegga for dei to første momenta, slik det kunne verta situasjonen i ein del små distriktslegevakter.

Handlingsplanen av 2009.

Norge er eit veldig variert land geografisk og demografisk. Det er vanskeleg, kanskje umogeleg, for ei forskrift å leggja rammer som skal passa for alle kommunar, alle legevaktdistrikt, alle legevakter. I Nklm sitt forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt, av 2009 (handlingsplanen) vert det foreslått konsentrasjon av legevaktdistrikt til å betjena populasjonar på 30-100 000 menneske, og ein tenkte seg då at slike sentraliserte legevaktdikstrikt ville vera meir fagleg og kvalitativt robuste enn mindre legevakter. Innanfor slike legevaktdistrikt kan det vera fleire legevaktstasjonar, avhengig av geografi og folkekonsentrasjonar.

Handlingsplanen spesifiserer at ingen lege skal jobba aleine på vakt. Korleis det konkret skal kunna løysast rundt om i landet, har lenge vore eit diskusjonstema med mange spørsmål og få enkle svar. Bakvaktordningar kan vera ein måte å gjera det på. Det er også klart at det er enklare å organisera to-legevakter ved store legevaktstasjonar, medan det kan vera umogeleg ved små legevaktstasjonar.

Det kan godt vera at framtida sine legevaktorganisasjonar vert slik som beskrive i handlingsplanen: Eit stort legevaktdistrikt med mange personellmessige og utstyrmessige ressursar, og innanfor dette legevaktstasjonar for avdelte geografiske område. Fagleg utveksling mellom sentral organisasjon og dei perifere legevaktstasjonane skal då skje. Det er likevel uråd å tenka seg noko anna, med Norge sin faktiske geografi, enn at ein må ha mindre legevaktstasjonar svært mange stader i landet. Desse må også ha fungerande legevakter, med eit vaktkorps av legar.

Det er klart at ei opprusting av legevakt i landet ikkje kan skje utan at fastlegeordninga i landet vert tilført ressursar. Det er også klart at unntaksparagrafen i forskriftsforsalget, §7 ledd fire, naudsynlegvis må verta aktivt brukt over lengre tid, fram til heile legevakt-korpset ved ein legevaktstasjon oppfyller kompetansekrava

Fokus på kva ressursar som trengst for å realisera utrykkingsplikta

Mi meining er at løysinga på dilemmaet er at ein ikkje først og fremst fokuserer på to-legevakter og bakvakter, men på kva for legeressurs som må til ved kvar legevaktstasjon for å kunna realisera målsettinga om mulighet for akuttutrykkingar når det er naudsynt, i tillegg til målsettinga om at sjukebesøk skal kunna ytast til dei som treng det. Når det gjeld omgrepet "Mulighet for akuttutrykking", så må det presiserast at det skal gjelda til alle innbuarane som legevaktstasjonen betjener.

Då kan det vera at den praktiske situasjonen tilseier at ved legevaktstasjonar som betjener opp til 10-15 000 menneske, så er det ikkje behov for meir enn ein lege på vakt, og at legen ikkje naudsynlegvis må ha bakvakt. Dette gjeld dersom geografien/demografien tilseier at legen kan rekka ut til ytterkantane når det er naudsynt. Dersom det er for lang avstand til ytterkantane, kan det vera naudsynt med bakvaktorganisering til dette bruk, eller avtale med nabo-legevakt.

Kommunane har lovfesta plikt til å ha ein helse- og sosialberedskapsplan for større ulukker og katastrofar. I denne skal det beskrivast korleis ekstraordinære ressursar, også legar, skal innkallast, og det er derfor ikkje naudsynt å ta høgde for det ekstraordinære ressursbehovet i planlegginga av den daglege legevaktverksemda.

Konkretiseringa av synspunktet mitt er at

§6 bokstav c) i forskriftsforslaget, " Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, blant annet - -

c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet å rykke ut umiddelbart når det er nødvendig",

skal vera styrande for kommunen si plikt til organisering av legevakt. Derfor foreslår eg ein ny bokstav

"d) Kommunen skal lage en særskilt utredning og ressursplan som beskriver hvordan utrykkingsmuligheten ved akutte situasjoner kan gjennomføres"

Med helsing

Sverre Rørtveit

Kommunelege 2 i Austevoll