



BREMANGER KOMMUNE
Sakspapir

Styre, råd, utval	Saksnr.	Sakshands.
Formannskapet	082/14	RY

Avgjerd av: Saksansv.: Randi Ytrehus	Arkiv: K2-G20	Arkivsaknr.: 14/1300
---	-------------------------	--------------------------------

Forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Dokumentliste:

Nr.	T.	Dok.dato	Avsender/Mottakar	Tittel
1	I	28.05.2014	Postmottak HOD	Forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Vedlegg : Høyringsbrev, 28.05.2014

Dok.nr	Tittel på vedlegg
86609	Hoeringsbrev.pdf
86610	Hoeringsnotat.pdf

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Formannskapet i Bremanger kommune sender uttalen nedanfor til Helse og omsorgsdepartementet innan fristen 15.09.2014.

.....

04.09.2014 Formannskapet

FSK-082/14 Vedtak:

Formannskapet i Bremanger kommune sender uttalen nedanfor til Helse og omsorgsdepartementet innan fristen 15.09.2014

.....

Aktuelle lover, forskrifter, avtaler m.m.: Høyring – framlegg til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringar i føresegn om pasientjournal.

Saka gjeld: Høyring om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk naudmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og framlegg til endringar i forskrift om pasientjournal.

Saksopplysningar:

Punkta er arbeidd ut i samarbeid med legevaktansvarleg lege i Bremanger kommune. Bremanger kommune uttaler seg særskilt om kva vi vurderer som konsekvensar av endra krav i legevakta.

Bremanger kommune har om lag 4000 innbyggjarar og 4 fastlegeheimlar. Vakta er firedelt – 24/7.

Vurdering/uttale frå Bremanger kommune:

1. Anslag føreteke av legevaktansvarleg lege i Bremanger viser at 95% av problemstillingane som vert handtert i legevakt i vår kommune ikkje er akutte tilfelle (raud eller gul respons). Nasjonalt kompetansesenter er talet 77%. Legevakta har fleire funksjonar enn legevakt skal ha etter lov, føresegner og avtaler i Bremanger kommune. Legevakta fungerer som ei forlenging av fastlegetenesta. For å handtere desse pasientane, har ein ikkje behov for å vere spesialist/jamfør krav i framlegget. Det er behov for å skilje tydlegare mellom utøving av arbeid i legevakt og i fastlegeteneste.
2. Når ein lege vert spesialist/jamfør framlegg til krav, vurderer vi sjansane for at vedkomane ikkje ønskjer å delta i kommunal legevakt som større fordi finansiering etter spesialisering krev «eit større pasientomløp» i dagleg praksis. Då vert små kommuner for små. Refusjonsordning for spesialistar er knytt til tal konsultasjonar, og det blir lite interessant å vere i små eller mellomstor norsk utkantkommune. Dette kan føre til at små og mellomstore kommuner kan få lange periodar med legar som ikkje fyller kompetansekrav for å delta i kommunal legevakt. Å opprette bakvakt som stettar krava, vil ikkje verte lett, og ein konsekvens vert å legge ned lokal legevakt.
3. Dersom kommunar som Bremanger ikkje har legar som fyller kompetansekrava til å delta i legevakta ser vi følgjande konsekvensar:
 - a. Sentralisering av legevakta – fører til større avstand til legeberedskap.

- b. Vi må vurdere ordning med lege i bakvakt som vanskeleg å etablere, noko som fører til at ambulansetenesta vil utgjere ein endå viktigare del av helseberedskapen enn i dag. Kompetansen til ambulansespersonell med «fjernstyring» frå vaktlegar i interkommunale legevakter og spesialisthelsetenesta vil utgjere ein stor del av den lokale akuttmedisinske bereskap. Vi støttar auka kompetansekrav til ambulansespersonell.
 - c. Sentralisering av legevakt vil føre til større vanskar for fastlegar å skaffe legevakar til praksisen sin fordi inntjeninga til vikaren vert redusert dersom ein ikkje også kan få vakter i legevakt. Unnataket er om vikarlegar får mange vakter i interkommunal legevakt dersom vikar fyller krava.
4. Legar i kommunen stiller spørsmål om vidareutdanning som spesialist i allmenntillegmedisin etter 1 års sjukehusutdanning på eit godkjent rehabiliteringssenter som til dømes Hauglandssenteret eller på ei psykiatrisk avdeling gir auka kompetanse i akuttmedisin? Ein stiller spørsmål om krava til spesialisering i framlegget er tenleg i høve målet om å auke kompetansen/kvaliteten i akuttmedisinsk behandling.
5. Ein vil truleg sikre auke i kompetansen og dermed kvaliteten i legevakt ved å krevje årleg kurs i akuttmedisin. Dette kan ein tenkje seg organisert i helseføretaka lokalt. Strukturert og systematisk arbeid med internkontrollarbeid i den einskilde legevakt vil også bidra til auka kvalitet og redusere risiko for avvik.
6. Dersom denne føresegna vert vedteke, må små og mellomstore kommuner som har eiga legevakt gjere vesentlege endringar. Vi vil ikkje kunne oppretthalde eiga legevakt. Dette vil føre til endring i organisering av fastlegetenesta for å unngå at fastlegearbeid vert løyst i legevakt. Vi må vurdere fleire legeheimlar i kommunen.
7. Legevakt vert sentralisert og innbyggjarane får lenger reisetid til legevakt.
8. Den lokale medisinske akuttberedskapen vert svekka, og behovet for ambulansesberedskapen – og deira kompetanse aukar.
9. Overgangsordningane i framlegget er for dårleg presisert/forklart.
10. Interkommunal legevakt vil føre til fleire og lengre ambulansetransportar til den sentraliserte legevakta. Det må til ei kvar tid vere ambulanse innan rimeleg kort responstid. Utan å oppretthalde og styrke denne, risikerer ein å oppnå å flytte beredskapen geografisk sett langt vekk frå pasientar som har behov for tenesta. Det vil derfor vere ei føremon å seie noko konkret om responstid, og ikkje bruke ordet «raskt» utan å konkretisere dette nærare.
11. Fastlegar er pliktig å delta i kommunal legevakt. Mange legar ønskjer ikkje å delta i legevakt, men vert pålagt å gjere det gjennom driftsavtale med kommunen. Ein etablerer/sentraliserer legevakter mellom anna for å lette arbeidet med å rekruttere fastlegar i kommuner, då dette mellom anna fører til færre vakter for den einskilde lege. Ved å innføre kompetansekrava til lege i vakt, oppnår vi truleg ikkje at fastlegar spesialiserer seg i større grad for å fyller krava då dei stort ikkje ønskjer å delta i legevakt –det er eit pålegg. I verste fall kan dette føre til at legar ikkje kan verte pålagt å delta i ei kommunal teneste- legevakt- fordi dei ikkje fyller kompetansekrava, eller at det vert vanskelegare å rekruttere fastlegar til kommunar.
12. Akuttgjeldere/førstehjeldere: Å nytte ulike ordningar for akuttgjeldere/førstehjeldere ute i kommunane i tida fram til helsepersonell kan nå fram til pasienten må ikkje verte eit argument for å sentralisere prehospital teneste yttrelegare. Den må styrkast i distrikta dersom ein vedtek denne føresegna.
13. Varsla krav til legevaktssentral, utstyr og kompetanse, har ført til sentralisering av denne tenesta.
14. Føreslåtte krav til auka krav til innhald i pasientjournal vert støtta.

15. Føreslåtte kompetansekrav til lege i vakt, vert vurdert å føre til vanskar med å rekruttere legar også til sentraliserte legevaktsentralar i distrikta.

Økonomiske konsekvensar av framlegg til ny akuttmedisinforsskrift:

Bakgrunn for utrekning: Budsjett for 2014

Opprette ny fastlegeheimel: Driftstilskot	585 000
Andre tilskot:	20 000
Sekretær – kommunedel:	130 000

Sum/ anslag: 735 000

Vurdere om vi treng lege i bakvakt:

Eksisterande legevaktordning: 2 600 000

Dersom ein vurderer at ein må ha bakvakt i kommunen, vil kostnadene med eksisterande legevaktordning lokalt, truleg halde seg. I tillegg må kommunen delta i finansiering av felles legevakt sentralt. **1 500 000**

Kostnad knytt til pålagde kurs: 100 000

Anslag meirkostnad dersom vi opprettheld lege i bakvakt i Bremanger: 2 335 000

Konklusjon:

Bremanger kommune sender punkta ovanfor som uttale til framlegg til ny akuttmedisinforsskrift og framlegg til endringar i føresegn om pasientjournal.