

Høringsuttalelse «akutforskriften»

§2 Virkeområde

Her er det ønskelig å ta med fastlegetjenesten, for å synliggjøre fastlegenes sentrale rolle i kontortiden og øyeblikkelig hjelpsforpliktelsen deres. Dermed vil teksten bli:

«Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som omfatter *fastlege*, kommunal legevakt, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste»

Dette er i overenskomst med argumentasjonen i høringsnotatet side 12.

§7 Kompetansekrav til lege i vakt

Det er positivt at en definerer tydelige kompetansekrav til det å kunne ha selvstendig legevakt, samt at det settes krav til at leger som ikke fyller kompetansekravene må ha en kvalifisert bakvakt. Ved å gjøre dette tydeliggjør en at legevakt krever noe mer enn bare en autorisasjon og en pålegger kommunene å lage systemer for å sikre at kvalifiserte legevaktslege er tilgjengelig enten fysisk eller i bakvakt.

Videre er det positivt at en er tydelig på at legevakt er allmenntjenestemedisin, ved at kvalifikasjon til selvstendig legevakt knyttes til spesialiteten allmenntjenestemedisin. At leger under spesialisering i allmenntjenestemedisin kan ha selvstendige vakter på legevakt etter 3 års veiledet tjeneste er også fornuftig, da sikrer en oppfølging og bakvakt for de minst erfarne allmenntjenestemedisinerne.

Kompetansekravene tydeliggjør at legevaktsarbeid er krevende, at det krever særskilt breddekompetanse og at denne kompetanse er forankret i allmenntjenestemedisin. Det er vi veldig enig i.

MEN: Vi er negative til bokstav c) og d) i høringsforslaget:

Her ønsker en å åpne for at en rekke sykehusspesialiteter (indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi, anestesiologi, samt leger i utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten med gjennomført 3 års veiledning) har en grunnleggende legevaktskompetanse og kan gå selvstendige vakter.

Dette er grensespesialiteter med utdanning knyttet til spesialisthelsetjenesten og som ikke gjennom sitt utdanningsforløp har tilstrekkelig kjennskap til det brede sykdomspanoramaet i allmenntjenestemedisin. De har sin kompetanse innenfor snevrere områder enn allmenntjenestemedisin og kan ikke automatisk forutsettes kompetent til allmenntjenestemedisinsk praksis. Legevaktsmedisin er allmenntjenestemedisin. Andre spesialiteter kan gjerne jobbe på legevakt, men før de oppnår

selvstendig kompetanse bør forskriften kreve at de samlet har jobbet i minst 12 måneder i legevakt/allmenntidisin, med minimum 20 vakter med kvalifisert bakvakt.

Da sikrer en breddekompetanse og oppfølging over den første vaktperioden. Samt at en forsterker signalet om at legevaktsmedisin er en spesialkompetanse en primært erverver seg gjennom spesialiteten allmenntidisin.

Intensjonen i § 7 er slik vi vurderer det god: en bedre og mer tydelig profilert legevakt, med krav til allmenntidisinsk og akuttmedisinsk kompetanse utover grunnleggende legelisen.

Ved å åpne for at andre spesialiteter automatisk innehar allmenntidisinsk kompetansen gjør man ikke bare en feilvurdering, men man utvanner også det tydelige signalet en ønsker å gi gjennom første del av paragrafforslaget, altså bokstav a) og b). Grenspesialitetene har etter vår vurdering altså ikke tilstrekkelig breddekompetanse til automatisk å gis rett til å gå selvstendige legevakter.

Krav til gjennomført akuttkurs er bra, men det bør i tillegg være krav til dokumentert årlig trening på AHLR/akuttmedisinske ferdigheter og at ansvar for å sikre dette legges på ledernivå.

Kurs i volds- og overgrepshåndtering er sannsynligvis også fornuftig, gitt at kursene er praktisk anvendelig og matnyttig. Her bør varslingsplikt ovenfor barnevernet være et sentralt tema.

En bør definere enda tydeligere at bakvakt krever en kvalifisert lege tilgjengelig på helse radionett og som kan rykke ut/bistå på legevakt ved behov.

§ 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Her er formuleringene for rund. For å bemanne enn legevaktssentral og besvare 116 117 bør det være et definert krav til sykepleierfaglig kompetanse, samt 2 års relevant/pasientrettet erfaring. I tillegg til kurs i akuttmedisin samt volds- og overgrepshåndtering.

For at legevakta skal oppfylle kravene etter § 6, krever dette at vurderingene og rådene gjøres av personell med en breddekompetanse som er tilstrekkelig til å møte det panoramaet av henvendelser som er hverdagen på legevakt. Fra det mest banale til det livstruende. Sortering i et blandet landskap krever betydelig kompetanse og etter vår vurdering blir den nærmeste formalkravet som kan knyttes til slike ferdigheter en sykepleierfaglig kompetanse med arbeidserfaring.

Dersom pasienthenvendelsene besvares av personell men manglende breddekompetanse og erfaring, vil sorteringsarbeidet bli skadelidende i form av både over- og undertriagering. Ved

manglende erfaring og breddekompetanse er den ene faren at en ikke får kartlagt pasientens tilstand godt nok. På den ene siden kan overtriagering gjøre at legevaktene fylles med pasienter som ikke har en akutt tilstand som krever vurdering av lege, noe som gjør at beredskapen og kapasiteten brukes på mindre syke pasienter, i stedet for de pasientene som virkelig har bruk for tjenestene. På den andre siden kan manglende breddekompetanse og erfaring medføre en undertriagering ved at helsepersonellet ikke fanger opp de alvorlig syke, men fare for betydelig tidsspill og uheldige pasientforløp.

Sortering på telefon er vanskelig og krever godt utdannet personell, men breddekompetanse og erfaring. Sorteringen er portvokteren inn til legevakt og den viktigste faktoren for at ressursene prioriteres riktig, slik at legevakta gir god og rask hjelp til de pasientene som trenger akutt helsehjelp. Derfor mener vi det bør settes strenge formelle kompetansekrav til helsepersonell som skal motta publikumshenvendelser både på legevakt og AMK.

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

Det er en bekymring i kommunene over de regionale helseforetakenes sitter med for mye styring over ambulansetjenesten knyttet til logistikken rundt fordeling og tilgjengelighet av ambulanserbiler. Kommunene har lite å si i forhold til plassering av ambulansestasjoner/biler og antall. Her ønsker vi en sterkere rolle. Kommunene har en lokal kunnskap og nærhet til legevaktsdistriktet som gjør at vi bør tas med mer aktivt i forhold til hvor og hvor mange ambulanser en har tilgjengelig. I dag kan helseforetakene ganske eneveldig flytte bilbaser, antall biler og tilgjengelighet uten at kommunene sikres innflytelse.

Derfor er det ønskelig at en legger til en bokstav g):

g) å sørge for, i samarbeid med involverte kommuner, at plassering og volum av enheter er forsvarlig ut fra det aktuelle legevaktdistrikt.

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler- og båter

Fra vårt ståsted er det fornuftige vurderinger som ligger til grunn for de utvidete kravene her, mellom annet til at bilene bemannes med minst 2 personer med tilstrekkelig kompetanse, inkludert førerkort med utrykningskompetanse. Dermed sikrer en at den mest helsefaglig kompetente i teamet kan bistå pasienten, mens den andre kjører akutt.

I dag vil ofte situasjonen være motsatt. Når det haster som mest må en enten velge mellom raskest mulig transport eller mest kompetent pasientbehandling, noe som setter ambulanspersonellet i et vanskelig valg og pasienten i et ikke optimalt behandlingsforløp.

I et legevaktperspektiv er det også nyttig med systemer som åpner for å kunne bruke mer enn 2 ambulansarbeidere på samme bil, dersom det oppstår situasjoner der dette er nødvendig av hensyn til både ambulanspersonell og pasient (psykiatrispasienter, alvorlig syke/ustabile pasienter e.l.).

§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

SKAL-kravet i forskriften er etter vår vurdering fornuftig og tydeliggjørende. I praksis er vi noe usikker på hvor lett det er å etterleve svarkravene i bokstav d), men intensjonen med kravet har vi ingen innvendinger på.

Lydlogg for legevakt er nyttig i forhold til kvalitetssikring og gjennomgang av hendelser. Bokstav e) er vi følgelig godt fornøyd med, men håper dette lar seg løse ved sentrale logger tilknyttet nødnettutbyggingen slik antydnet, snarere enn at alle legevaktsentralene investerer i dyrere utstyr enkeltvis.

I notatet s 37 fremgår ønsket om å ha mulighet til å posisjonere innringer til LV-sentral. Det vil være svært ønskelig for vår legevakt sin del.

Bokstav f) er vi ikke fornøyd med. Som anført under kommentar til § 8, mener vi at legevaktsentralene skal bemannes av helsepersonell med sykepleierutdanning og minimum 2 års erfaring. Etter vår erfaring er dette nødvendig for å sikre nødvendig kvalitet på tjenesten, altså for å etterleve de øvrige kravene i § 13.

For å løfte og sikre kvaliteten på norske legevakter har forslaget til ny forskrift brukt spesifiserte kvalitetskrav til leger for å kunne gå selvstendige legevakter. Det samme bør gjøres til det øvrige personellet på legevakt, spesielt siden sortering og håndtering av publikumshenvendelser kritisk for en god tjeneste.

§ 15 Krav til AMK-sentralene

I forhold til bokstav f) mener vi en bør vurdere å spesifisere hvilke type varsling som skal gjøres. Vår erfaring er at både lydkommunikasjon gjennom telefon eller nødnett (ved lege- og ambulansalarmer), samt elektronisk varsling gjennom Locus er ønskelig for å sikre en best mulig samhandling og ressursutnyttelse.

Bokstav l): Denne er for upresis. På samme måte som for legevakter, mener vi at 113-henvendelser må besvares av helsepersonell med sykepleierkompetanse og 2 års erfaring. Ambulansarbeidere har ikke tilstrekkelig breddekompetanse i utdanningen til å sikre en god nok vurdering og sortering av publikumshenvendelser, en vurdering vi mener støttes i den

nylig publiserte rapporten om kompetansekrav i ambulansetjenesten (IS-0425). Krav til sykepleierutdannelse og 2 års erfaring skal sikre en adekvat triagering og respons på pasienthenvendelser.

I forhold til rollen som ambulanseskoordinator mener vi denne godt kan bekles av helsepersonell med ambulansesfaglig bakgrunn som ambulansearbeider eller høyere utdanning, altså at det for denne ikke er nødvendig med sykepleiefaglig kompetanse.

Andre kommentarer:

1) Behov for å forskriftsfeste bakvakt

Legevakt er en nødetat som trenger et kvalitetsløft.. For å sikre nødvendige kvalitetsløft er det nyttig å forskriftsfeste sentrale elementer i utviklinga av en god og robust legevakt, for å sørge for at kommunene gjør de økonomiske prioriteringene som må til.

Ved å tydeliggjøre kompetansekrav til personellet har en startet på denne prosessen. Men økte kompetansekrav bidrar kun til et løft i forhold til å sikre at helsepersonell på jobb i legevakt har god nok kompetanse, forskriftsforslaget sier ingenting om en av de andre hovedutfordringene:

Hvordan sikre tilstrekkelig bemanning?

Forskriften bør definere at legevakt som minimum skal bemannes av lege i vakt og sykepleier, 24/7. Legevaktslegen bør ikke arbeide alene, men ha krav til kvalifisert hjelpepersonell.

Legevakt dekker både befolkningens krav til helsehjelp 130 av ukas 168 timer som eneste legeressurs i kommunene. Samtidig skal legevakta være en beredskapsordning for akutte hendelser. Beredskap koster og det er behov for en økt forståelse for denne tankegangen, i tråd med tankegangen rundt ROS-analyser og internkontroll. Dagens legevaktsordning bærer mange plasser preg av akkurat klare å dekke den «daglige driften», men er i mindre grad dimensjonert i forhold til beredskap ved akutte hendelser og samtidighetskonflikter. Det medfører færre leger med ut med ambulanse ved fellesalarmering og et faglig dårligere tilbud til befolkningen.

Et av de feltene som vi har erfart er vanskelige å få innført, er bakvaktsordning. Vår legevakt dekker 20.000 innbyggere, med fra 16 til 22 mil til nærmeste sykehus og en lege på vakt. Prosessen med å få innført bakvakt har vært tung og omstendelig. «Alle» er enige om at det er en fornuftig ordning, men politisk og administrativt har en inntil nylig blitt møtt med holdninger som « dette må innføres, men innenfor dagens budsjett». Kvalitet koster penger og en kan ikke forbedre kvalitet og øke personellressurser uten å ta inn over seg at det vil bety ekstrakostnader.

For bakvakt tror vi derfor det er nødvendig å spesifisere gjennom forskrift at det IKKE er forsvarlig kun ha en tilgjengelig lege tilknyttet legevakt, men at det er kommunens oppgave å etablere sikkerhetssystemer i form av bakvaktordninger som gjør at en kan sørge for tilgjengelige legeressurser når situasjonen tilsier det. For små legevaktsdistrikter kan dette gjøres gjennom avtaler med nabokommuner, for større legevaktsdistrikter (>10.000 innbyggere? Ut fra vaktklasse etter SFS mtp aktivitet?) må dette gjøres ved å etablere egen bakvaksordning.

Ved å forskriftsfeste både bakvakt og kompetansekrav, sikrer man at forskriften gir et tydelig signal på begge områdene:

At det er viktig å ha både mange nok og gode nok helsepersonell på legevakt. Og at legevakt handler om beredskap.

2) Opplæring , utstyr mm.

I høringsnotatet fremgår at en vil følge opp forskriften med en veileder for legevakt. Her bør en tydeliggjøre og eksemplifisere det opplæringsbehovet som påligger eier av kommunale legevakter. En kan gjerne argumentere med at dette ligger inn under «sørge for» -begrepet og internkontroll, men faktum er likevel at en rekke legevakter i dag er mangelfulle i så henseende. Ved å tydeliggjøre dette i veileder vil en ytterligere styrke kvaliteten i legevakt.

Det samme gjelder i forhold til utstyr, bekledning for utrykningspersonell fra legevakt, tilgjengelige blodprøver mm. Her vil en tydeliggjøring av hva man mener er en god legevakt gjennom veileder, være nyttig for å synliggjøre at intensjonen med legevakt ikke er økonomiske minimumsvarianter.