



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref
2014/709/3/

Deres ref:

Saksbehandler
Therese Gjersøe Hole
61244109

Dato
26.09.2014

Høringsuttalelse fra Lesja kommune vedr. forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i mai 2014 ut forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal på høring.

Forslaget innebærer videre en forenkling ved at de to forskriftene fra 2005 om akuttmedisin utenfor sykehus og forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr er foreslått slått sammen til én ny forskrift

Forskriften generelt

Forskriften fremstår som ideell og ambisiøs uten klare føringer for hvordan den skal gjennomføres og iverksettes i kommune-Norge, spesielt i distriktskommuner. I St.meld.12 (2011-2012) «Stat og kommune – styring og samspel» vektlegges *likhetsprinsippet* i kommunes produksjon av velferdstjenester, likeledes vektlegges *nærhetsprinsippet* i meldingsdelen til kommuneproposisjonen 2015 (Prop 95 S). Samhandlingsreformen skal videre bidra til å styrke tjenestetilbud der folk lever og bor – nærhet til tjenestene. Nye kommunale oppgaver, ansvar og økte myndighetskrav har vist seg at mindre kommuner har problemer med å løse disse oppgavene alene.

Det kunne savnes en ROS analyse og konsekvensutredning i forkant av høringsforslaget. Spesielt konsekvenser for mindre distriktskommuner med lav rekruttering av leger og helsepersonell – og konsekvenser for befolkningen (eldre, kronisk syke eks.) som må reise lenger til legevakt og sykehus.. Kravene i forskriften er tilpasset større tettsteder og byer der en har god tilgang på leger og annet helsepersonell, og pasientgrunnet er såpass stort at leger i vakt kontinuerlig får relevant ferdighetstrening.. Flere distriktskommuner har etter hvert gått sammen om felles legevaksordning, noe som i konsekvens betyr at folk må reise lengre for å få legehjelp utenom ordinær kontortid. Det synliggjøres en trend der både spesialisthelsetjenester og

legevaktstjenester sentraliseres og fjernes fra distriktene der folk fremdeles bor. Dersom kravene i forskriften medfører at legevakter i distriktene ikke kan rekruttere nok leger med rett kompetanse, stilles spørsmålet om hvordan departementet har tenkt å løse dette?

Kompetansekrav til leger - § 7

Det stilles krav til akuttmedisinsk kompetanse, samt kurs i vold- og overgrepshåndtering. I forskriften § 3 pkt b defineres akuttmedisin som «Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold- og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse». Hva slags kompetansekrav stilles for å møte akutt eller forverret psykiatrisk tilstand/sykdom? Mange distriktskommuner sliter generelt med å rekruttere leger. Det er større utfordringer med å rekruttere erfarne leger til distriktstillinger, og en vesentlig årsak synes å være belastende/omfattende og uforutsigbare vaktordninger– spesielt når legeektepar etablerer seg i små distriktskommuner. Økte kompetansekrav til legene kan medføre at små distriktslegevakter kanskje må legges ned fordi man ikke har tilstrekkelig antall leger med den kompetansen som kreves. Turnusleger dekker i dag en stor del av legevaktene i landet, særlig ved distriktslegevakter. På samme måte er mange legevakter, særlig distriktslegevakter, avhengig av vikarer. Veldig mange legevakter i Norge ville måtte legges ned og sentraliseres hadde det ikke vært for deltagelse av turnusleger og vikarer i vaktordningen. Kommunen mener det derfor er helt feil å innføre nye kompetansekrav som nettopp vil øke belastningen på disse erfarne legene og gjøre rekrutteringen av slike leger ennå vanskeligere enn den er i dag.

I utkastet til handlingsplan anbefaler Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) at turnusleger alltid skal ha vakt sammen med annen lege som har nødvendig grunnkompetanse (Nklm 2009 s. 70). Med utgangspunkt i anbefalinger fra Nklm tilrår Helsedirektoratet at en turnuslege ikke skal være alene på vakt, men arbeide sammen med en kollega som har nødvendig grunnkompetanse, fortrinnsvis i aktiv vakt.

Dersom turnusleger tas ut av vaktordningen, vil dette medføre uønsket/uforsvarlig stor vaktbelastning på gjenværende leger. I tillegg vil det også gå ut over ordinært arbeid/arbeidstid for fastlegene ved lokale legekontorer. I vårt vakt-distrikt er flere erfarne leger over 60 år og deltar ikke i aktiv vakt på legevakten.

Det bør videre stilles krav til utdanningsinstitusjonene/medisinske fakultetene om en styrkning av akuttmedisin og legevaktstjenester i legeutdanningen.

Bakvaksordningen – s. 21 i høringsnotatet: «*Vaktleger som ikke oppfyller kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles. Med bakvakt i denne sammenheng menes lege som er tilgjengelig på nødnetradio og som kan rykke ut om nødvendig*». Skal bakvakt rykke ut til pasient lokalt i distriktet eller til legevakten? Hva med store legevakt-distrikt med store avstander?

I begrepet «bakvakt» i legevaktsammenheng ligger også to mulige funksjoner: *kompetansebakvakt og ressurs- og beredskapsvakt.*

Vi ønsker en nærmere presisering og mener det er viktig å skille klart mellom de to forståelsene av bakvaktsbegrepet. Ved å sammenblande og slå sammen ressurs- og kompetansebakvaktsbegrepet, vil en innsnevring av kompetansebegrepet få store ressursmessige konsekvenser.

Vi mener videre at høringsnotatet ikke kan ta tilstrekkelig hensyn til dette når det foreslås at turnuskandidat helst skal tas ut av ordinær vakt- turnus og gå ved siden av kvalifisert lege. Dette kan få katastrofale konsekvenser for ressurs- og beredskapssituasjonen i Distrikts-Norge. Turnuskandidatene er en svært viktig ressurs, enten ved legevakten eller som legevaktens «forlengede arm» som ressurs/beredskapsbakvakt.

Avstander

Mange legevaktsdistrikter har lange avstander og relativt lite pasientgrunnlag sammenliknet med større tettsteder og byer. For lite volum på pasienter og ferdighetstrening/erfaring med ulike akutte tilstander er et argument som benyttes. Dersom forskriften medfører ytterligere sentralisering av legevakt stiller vi spørsmål om hva som anses som forsvarlig reiseavstand til legevakt – når det haster. Spesielt i distrikter der det også er lang avstand til sykehus. I Nord-Gudbrandsdal har man valgt å beholde beredskapsbakvakt av forsvarlighetshensyn grunnet svært lange avstander. Vi mener det er en ansvarsfraskrivelse å overlate til kommunene å skulle definere hva som er akseptabel responstid. Så lenge ikke myndighetene tar ansvar for å definere hva en akseptabel responstid for legevaktstjenesten er, utvikler det seg et tomrom der andre krefter får spillerom, enten det er politiske, økonomiske, eller fagforeningspolitiske. Konsekvensen er at de kan bli ulik forståelse, definisjon og praksis på dette området mellom de ulike legevaktsdistrikter.

Ambulansetjenesten – kap. 3 –§ 10 -11

Innledningsvis i høringsnotatet refereres det til at akuttmedisinske tjenester har gjennomgått betydelig utvikling siden 2005, og at ambulansetjenesten i større grad har blitt sykehusenes forlengede arm. Ambulansetjenesten utfører akuttmedisinske vurderinger og iverksetter/utfører medisinsk behandling.

Forutsetning for riktig behandling med godt resultat er at det initialt blir stilt rett diagnose. Hvem skal stille (rett) diagnose derom det ikke er tilgang på lege eller det ikke er legevakt i distriktet?

Førøvrig stiller Lesja kommune seg positive til forslag om ambulansesamarbeid på tvers av helseforetakene og fylkesgrensene.

Luftambulanse:

Med lengre avstand til legevakt brukes erfaringsmessig luftambulansen i større grad til oppdrag som tidligere ble utført av lokal legevakt. Lokal luftambulanse har gjort erfaringer på dette. Konsekvensen er at dette kan svekke beredskapen for luftambulansen med henblikk på alvorlige ulykker og situasjoner.

Responstid:

Statens helsetilsyn bemerket i sin høringsuttalelse i 2004 at beslutningen om ikke å stille krav til responstid fremstod som lite helsefaglig begrunnet. Begrunnelsen var basert en SINTEF rapport fra 2002 der det ble konkludert med høye kostander ved innføring av responstidskrav. De helsemessige konsekvensene og nyttegevinstene var ikke drøftet eller vurdert (*Jf. NOU – «når det haster» 1998 der det var lagt som en anbefaling fra departementet å ha minimum responstid*).

Høringen sier ikke noe om responstid, men bruker begrepet «raskt». Som utkantkommuner vil vi gjerne vite hva som legges i begrepet «raskt» og hva som anses som forsvarlig responstid.

Krav til forsvarlighet

Både helsepersonelloven § 4 og § 17, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 gir både helsepersonell og virksomheter en plikt til forsvarlighet i tjenesteytingen. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 er en rettslig standard. Det betyr at innholdet i forsvarlighetskravet vil endre seg over tid, i tråd med det som til enhver tid er anerkjent praksis innenfor vedkommende yrkesgruppe. Som sådan vil man aldri kunne lese det konkrete innholdet eller omfanget i plikten rett ut av lovteksten. Imidlertid kan man komme nærmere enn departementets forslag til forsvarlighetsbestemmelse. Her bør man benytte anledningen til å få gjeldende rett inn i lovteksten, i form av bla. de tre elementene kvalitet, i tide og tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet er i gjeldende lover i stor grad knyttet opp mot god faglig praksis. Vi mener at forsvarlighetsbegrepet må utvides til å omfatte tidsaspektet. *Tidsaspektet* er for oss for bor i distriktskommuner helt vesentlig og vil være helt avgjørende i akutte- og alvorlige situasjoner som krever umiddelbar avklaring og intervensjon. Mange utkant- og distriktskommuner har i dag allerede lang reisevei til både sykehus og legevakt. For Lesja kommune / Bjorli vil det si 1,5 – 2 timer til legevakt på Otta og ca. 3 – 3,5 timer til sykehus på Lillehammer. Det er godt dokumentert at rask avklaring og igangsetting av rett behandling er avgjørende for overlevelse og helbred. Forsvarlighetsbegrepet må helt klart nyanseres og knyttes til hva som er forsvarlig responstid og reiseavstand til akuttmedisinsk hjelp. Kan helsepersonell yte forsvarlig helsehjelp hvis det er for lang avstand/tid mellom pasient og de som skal utføre påtrengende nødvendig helsehjelp?

Lesja kommune vil be departementet vurdere en bredere og mer nyansert omtale av forsvarlighetskravet. Vi mener det er nødvendig med en drøfting av hvordan kravet til forsvarlighet kan forstås og anvendes på en mest mulig og hensiktsmessig måte. Vi er oppmerksomme på at her kan det være rom for betydelige meningsforskjeller.

Kort beskrevet går forskjellen ut på om forsvarlighetskravet skal forstås som en grenseverdi på en kvalitets skala, der alt under denne grensen er uforsvarlig og alt over grensen faller utenfor forsvarlighetskravet (bedre enn forsvarlighet). Eller om forsvarlighet er en norm som beskriver god faglig praksis der vesentlige avvik fra god praksis utgjør grensen for uforsvarlighet. Hvordan forsvarlighetskravet beskrives er vesentlig fordi det er dette kravet virksomheter og personell pålegges å overholde. Det blir da betydelig forskjell om bestemmelsen beskriver en grenseverdi mot det ulovlige eller som en norm forankret i bl.a. retningslinjer for god praksis.

Avslutning

Opplevelse av trygghet er viktig for befolkningen – uavhengig av bo- og oppholdssted. Legevaktstjenesten i utkantene er sårbar, både knyttet til avstand og rekrutteringsproblematikken. Nye føringer må sees i en større sammenheng så en ikke risikerer utilsiktede konsekvenser som virker i strid med formålet.

Høringsuttalelsen ble behandlet og godkjent i kommunestyret i Lesja kommune 25.september 2014.

Med hilsen

Steinar Tronhus
Ordfører i Lesja kommune