



# SEL KOMMUNE

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011, Dep  
0030 OSLO

**Vår ref**  
2013/190/4/G00

**Deres ref:**

**Saksbehandler**  
Vigdis Rotlid Vestad

**Dato**  
30.09.2014

## Høringssvar - forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Vi viser til mottatt høringsnotat med referanse 10/2675, datert 05/2014, på «*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*».

### 1. Innledning

Denne høringsuttalelsen kommer fra et legevaktdistrikt, der 6 kommuner i Nord-Gudbrandsdal (NG) har valgt å samarbeide om legevakta. Disse kommunene er Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja. Legevakta er lokalisert ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS), og legevakta i Nord-Gudbrandsdal har i dagligtale forkortelsen (LVNG). Dette samarbeidet startet 15.01. 2011 og dekker pr. 01.01. 2014 - 19065 innbyggere. I perioder er innbyggertallet betydelig større pga hytter/turisme. Legevakta har 1 lege i vakt fra kl. 16.00 til 08.00 på hverdager og hele døgnet ved helg/høytid. I tillegg har legevakta 1 lege i bakvakt i Lom og Skjåk og 1 lege i bakvakt i Dovre og Lesja i åpningstidene til legevakta. 3 leger i vakt byr på utfordringer hva gjelder rekruttering, og legevaktmodellen er nå i en prosess til ny vurdering.

Kommunene i NG har valgt å legge legevaktsentralen til LVNG. Dette har i 2014 blitt en 24/7 tjeneste etter etablering av nytt nødnett. Kommunene Sør-Fron og Nord-Fron er også knyttet til denne tjenesten. I all hovedsak er legevaktsentralen bemannet av sykepleiere, men vi har hele tiden et problem med rekruttering av sykepleiere eller annet helsepersonell med relevant utdanning til legevaktsentral. I tillegg betjener legevaktsentralen trygghetsalarmer for 8 kommuner og innbrudds-/brann- og strømalarm til offentlige og private aktører. På dagtid er legevaktsentralen bemannet med 1 helsepersonell, i legevaktåpningstidene med 2 helsepersonell.

Vi velger i dette høringssvaret å kommentere forslag til vesentlige endringer i forskrifta, med noen generelle kommentarer til slutt. Kommuneoverlegene i NG og overlegen ved NGLMS har gjennomgått høringsforslaget, og deres innspill til forslaget er vedlagt. Lesja kommune velger å komme med egen høringsuttalelse. Dette høringsinnspillet er laget på vegne av erfaringer fra en felles storlegevakt, med dertil hørende legevaktsentral, på vegne av kommunene i NG.

## 2. Innspill til forslagene

- **Samarbeid med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten (f. eks frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen) om bistand i akutte situasjoner**

Vi ser det som en fordel at legevakta kan inngå avtale utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er en forutsetning at disse aktørene har nødvendig opplæring.

- **Kompetansekrav til personell i legevakt og på ambulansobil**

Vedlagt følger kommuneoverlegene i Nord-Gudbrandsdal (NG) sine kommentarer til utfordringer vedrørende de kompetansekrav for leger i vakt som legges til grunn i forslaget til ny forskrift.

På generelt grunnlag ser vi behov for økt kompetanse i den akuttmedisinske kjeden for helsepersonell både i legevakt og på legevaktsentral. I vårt distrikt er det store avstander både til regional legevakt og til sykehus. E6 går gjennom dalføret og i perioder øker folketallet betydelig p.g.a. hytter/turisme/trafikk. Det er derfor vesentlig for oss å ha en bemannet legevakt som har de kvalifikasjoner som trenges.

Vi deler kommuneoverlegene sin bekymring i forhold til legerekuttering i distriktet dersom forslagene til kompetansekrav skal innfris, og pr. dags dato vil dette ikke være mulig å få til. Distriktene har også rekrutteringsproblemer hva gjelder annet helsepersonell, særlig sykepleiere. Siden NGLMS åpnet i 2011 har vi kontinuerlig hatt 2 til 3 ledige sykepleierstillinger. Vi støtter derfor forslaget om at det ikke kreves egne profesjoner til legevaktsentralen, men kompetansekrav uavhengig av profesjon. Det blir derfor viktig at annet relevant helsepersonell, i tillegg til sykepleiere, også får tilstrekkelig opplæring til å betjene legevaktsentral.

Vaktturnusen på legevakt vil i realiteten kreve flere leger tilsatt ved nytt forslag. Med evt. flere leger i regionen vil det igjen føre til et lavere inntekstgrunnlag for legene, og da kan rekrutteringsproblemet bli enda større.

Hvor skal leger rekrutteres fra som fyller disse kompetansekravene?

Skal vi ha muligheter for å følge opp et slikt kompetansekrav til leger – og kunne betjene legevaktsentral etter de krav som stilles – er det mange område som må styrkes først:

- Det bør legges til rette fra nasjonale myndigheter ulike satsingsområder/incitament for kommuner med rekrutteringsproblemer for leger og annet helsepersonell, både hva gjelder **økonomiske- og kompetansehevede tiltak**. Slike tiltak bør settes i gang så snart forskrifta er gjeldende, og overgangsordninger bør kunne være fleksibel alt etter hva kommunene greier å få på plass i tidsrommet.
- Jf. notatet fra kommuneoverlegene: – det bør gjennomgås på nytt hvilke kompetanse /forutsetninger som kreves til turnusleger/vikarleger/fastleger som ikke oppfyller kompetansekravene - og hvilke bakvaktordninger som må til. Turnusleger er en viktig bidragsyter på legevakt, og skal flere leger bindes opp på disse vaktene i bakvakt, blir det stor vaktbelastning på fastlegene som fyller kompetansekravene - ut i fra dagens fastlegehjemler. Fastleger i distriktet er ofte nyutdannede leger som kommer direkte fra turnustjeneste. Se forslag vedrørende sertifiseringsordninger som nevnes som et alternativt forslag til kompetansekrav i et senere punkt nedenfor.
- Tiltakene bør rettes både til leger i vakt, helsepersonell ved legevaktsentral og ambulansepersonell
- Utdanningsinstitusjonene bør involveres

- Det bør vurderes å utarbeide nærmere faglige retningslinjer, veiledere og standarder for kvalifikasjoner og utførelse av tjenesten
- Vi foreslår at helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden årlig sertifiseres for å sikre at de innehar de kompetansekrav som det stilles krav til - og som er nødvendig for å ivareta sitt arbeid. Kommunene og helseforetakene bør ha en lik/felles tilnærming til utdanning/kompetansekrav, og være rettet direkte til den jobben som skal utføres. Dette gjelder også krav til særskilte kompetansekrav og krav til nødvendig videreutdanning og opplæring, jf. krav til leger.

- **Minst to av personene på en ambulansebil må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy**

Dette forslaget støttes.

- **Svartid for legevaktsentraler og AMK sentraler**

Svartid er avgjørende i den akuttmedisinske kjeden. Vi støtter dette kravet, men ser at for vår del kan det by på utfordringer.

Organisering av helsepersonellet og krav til kompetanse (ref. kompetansekrav) er avgjørende skal kravene til svartid på 80% innen 90 sek. og 95% innen 2 minutter overholdes. En avgjørende faktor for vårt vedkommende som betjener en «liten» legevakt er at personellet ikke har nok mengdetrening. Helsepersonell ved legevakta arbeider i tillegg ved sengeavdelinga for at vi skal i møte komme behovet /kravet for store stillingsstørrelser og drive kostnadseffektivt. Dette bidrar til at noe helsepersonell ved legevaktsentralen ikke har mer enn 1 til 3 vakter i måneden. Så få vakter i måneden ser vi er til hinder for at helsepersonell får nok trygghet i arbeidet – og dette kan gå utover svartiden også. Dersom vi skal ha helsepersonell i 24/7 turnus i store stillingsbrøker bare ved legevaktsentralen blir dette en betydelig større utgift for kommunene.

- **Legevaktsentralene skal ha utstyr for å kunne gjøre lydopptak av viktige samtaler**

Dette forslaget støtter vi. Vår legevaktsentral har allerede slikt utstyr.

- **Tilrettelegging for innføring av et nasjonalt legevaktnummer 116 117**

Dette er helt nødvendig for å profesjonisere legevaktene, og det vil kunne gi en økt trygghet til befolkningen.

- **AMK-sentralene skal som hovedregel sette samtalen over til legevaktsentral når henvendelsen gjelder allmennmedisinske problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten**

Dette mener vi er en riktig retning å gå i den akuttmedisinske kjeden.

Ved vår legevakt avhenger det igjen på om vi til en hver tid har tilstrekkelig kompetanse, og pr. i dag har vi ikke det på alle vakter.

- **AMK sentralene skal umiddelbart iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater**

Dette forslaget støtter vi.

- **AMK sentralene har et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde**

Dette forslaget støtter vi.

- **AMK sentralene har beredskap for nødvendig tolketjeneste**

Hvordan en slik organisering skal tilrettelegges blir nok en utfordring for AMK-sentralene når minuttene teller.

### **3. Generelle kommentarer**

Som nevnt har vi en felles storlegevakt der 6 relativt små kommuner samarbeider i et stort geografisk område. Det er lange avstander til legevakta for deler av befolkningen, og enda lengre til nærmeste sykehus. Hvilke forsvarlighetskriterier skal legges til grunn med hensyn til organisering av en slik legevakt?

- *når det er lang reisevei til legevakt?*
- *når det er lange avstander til skadested for legevakt?*
- *er det behov for bakvakt lengst fra hovedlegevakta?*
- *hvilke fordeling/antall ambulanser bør det være i et stort geografisk område som vårt?*

Å styrke dette fagområdet i helsetjenesten er viktig. Spørsmålet vi stiller er hvordan nasjonale myndigheter bør løse de utfordringene som spesielt distriktene står ovenfor i form av *avstander, rekruttering, krav til kompetanse og mengdetrening*. Det vil være svært lite ønskelig at resultatet blir legevakter med enda større reisevei for befolkningen.

På vegne av rådmannsutvalget i NG

Med hilsen

Vigdis Rotlid Vestad

daglig leder

*av LVNG fra 15.11.2011 til 01.09. 2014*

Vedlegg:

- 1 Uttale fra kommuneoverlegene i NG