



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref:

Vår ref: (må oppgis ved svar)
2008/1707-108/090/ELIMIK Dok:12797/2014

Dato:
08.09.2014

Høringsuttalelse angående forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal - fra Værnesregionen (kommunene Tydal, Meråker, Stjørdal og Selbu)

Generell kommentar

Forslaget ønskes velkommen både fordi det gir en forenkling av regelverket (erstatte flere forskrifter), og mest fordi det stiller konkrete kvalitetskrav til den akuttmedisinske kjeden. Forskriften er et viktig steg i riktig retning for å bedre og sikre kvaliteten på tjenestene.

Samtidig vil endringene kreve økt fokus på ledelse av legevakter. Økte krav til kvalitet og tryggere rekruttering, avtaleinngåelse med veiledere/bakvakt, internkontroll mv vil medføre et behov for mer ressurs til god ledelse. Kostnadene i kommunene vil øke.

§ 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Det er viktig å sikre godt samarbeid mellom etater/organisasjoner og ordinær akuttmedisinsk kjede. Punktet kunne også med fordel ha omfattet ansvarsfordeling mellom arrangører av for eksempel festivaler/store arrangementer og den kommunale akuttberedskap. Kommunene opplever at regelverket er noe uklart når det gjelder hvilken myndighet og hvilket ansvar kommunen har for helsemessig beredskap under større arrangementer, for eksempel når det gjelder dimensjonering av sanitet og plikt til å dekke kostnader til ekstrainnleie på legevakt.

§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv. og § 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Å arbeide ved legevakt er en krevende oppgave, og forskriften vil bidra til å sikre adekvat kompetanse. Vi vet at det er en utvikling der legevakta bemannes i stadig mindre grad av erfarne leger/spesialister. Mye tyder på at erfarne leger gjerne gir fra seg vakter, at vaktarbeid ikke er attraktivt for disse. En turnuslege vil vanligvis ha adskillig flere vakter enn sine 10 obligatoriske i løpet av turnusperioden. I følge forslaget vil også de legene som ikke har fullført 2 års veiledet praksis trenge bakvakt, i tillegg til turnuslegene. Til sammen vil dette utgjøre ca tre av ti leger. Bakvaktskravet vil dermed medføre større vaktbelastning på erfarne leger i distrikt. Dette vil

medføre økte kostnader for kommunene i form av bakvaktslønn, og muligens gjøre allmennlegearbeid i distrikt mindre attraktivt.

Forslaget er litt upresist når det gjelder utrykningstid for bakvakt. Dersom bakvakten ikke har tilstedevakt, er spørsmålet om bakvakt kommer til å bli benyttet særlig mer enn i dag (telefonisk bakvakt for turnusleger). En presisering av hva bakvaksordning innebærer bør altså være med.

For kommunene vil kravet om bakvakt muligens framtvinge sammenslåing av flere legevaktsdistrikt, med flere leger på vakt, muligens opprettes det egne legevaktsstillinger, og det blir større geografisk område med dertil større avstand til legevakt for brukerne. En omlegging vil medføre kostnader for kommunene inntil stordriftsinnsparing muligens inntreffer.

På grunn av legevaksarbeidets allmennmedisinske karakter bør det være et langsiktig mål at det ivaretas av allmennleger. Den foreslåtte inkludering av legespesialiteter i gruppen av leger med oppfylt krav til grunnkompetanse bør derfor representere en overgangsordning inntil situasjonen blir slik at alle legevakter kan ivaretas av allmennleger.

Det vil bli stilt krav om gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Kurs i akuttmedisin vurderes til å være svært relevant. Kurs i volds- og overgrepshåndtering synes å være valgt ut fra noe mer tynt grunnlag. (Menes her håndtering av pasienter som utsettes for vold/overgrep, eller at legevaktspersonell skal læres opp i å håndtere truende situasjoner på legevakt?). Turnusleger og andre uerfarne leger må gjennomføre kursene før de kan starte med å ta vakter. Det er en praktisk utfordring. Finansieringen av kursene må også avklares.

En kjent problemstilling i flere kommuner er at legevakslegene er noe ”på siden” i samhandling med nødetatene på skadested. Det kjøres gjerne øvelser med ambulanse, politi og brann involvert, uten at legevaksleger deltar. Å stille krav til god samhandling på skadested mellom legevakt og de lokale nødetater, gjennom felles kursing/øvelser, kan være en løsning. Her må selvsagt innholdet konkretiseres og finansiering/godtgjøring avklares.

§ 9 Krav til utstyr i kommunal legevakt

Det er nødvendig med en konkretisering av hva som menes med ”legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.”

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

For å sikre tjenestene og møte økte krav til bemanning og kvalitet på legevakt, er distriktskommunene avhengige av samarbeid med hverandre, det vil si at legevaktdistriktene blir stadig større. For å kompensere for de økte avstandene til legevakt for befolkninga, blir det derfor nødvendig at ambulansetjenesten styrkes tilsvarende og parallelt i distriktskommunene. Det kunne med fordel vært beskrevet krav til ambulansetjeneste for å sikre forsvarlig og god ambulansetilgjengelighet i distriktskommuner. Små distriktskommuner er sårbare for endringer i ambulansedriften som gjøres pga økonomiske forhold i helseforetak.

Det kunne med fordel også vært presisert krav til kjøretøy under vanskelige søk og redningsaksjoner som ambulansetjenesten skal ivareta. Hva når personer befinner seg utenfor vei der det er vanskelig tilkomst, for eksempel der scooter eller amfibiekjøretøy er nødvendig?

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulansebiler- og båter

Her har krav til kompetanse i luftambulansetjenesten falt ut. Dette bør forskriftsfestes på lik linje med kompetansekrav i legevakt og ambulansebåt og –bil.

Forslaget om endring av bemanningskrav i ambulansebil støttes.

§13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

I forslaget skal legevaktsentralene oppfylle krav til svar slik at systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder, og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter. Forslaget er ambisiøst og vil nok ved mange legevaktsentraler kreve økt bemanning, og dermed økte kostnader for kommuner. Siden det i de fleste kommuner er fastlegene som ivaretar øyeblikkelig hjelpfunksjon i vanlig kontortid, synes det ulogisk at krav til responstid ikke er lik den på legevakt.

For
Værnesregionen v/kommunene Tydal, Meråker, Stjørdal og Selbu,
Elin Mikalsen
Kommuneoverlege i Selbu
Tlf: 73816700

Dette brevet er godkjent elektronisk i Selbu kommune og har derfor ingen signatur.