



Ål kommune

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Dykkar ref.

Vår ref.
14/01961-2

Dato
12.12.2014

Høringsuttale til Akuttutvalgets delrapport fra kommunene i Hallingdal

Legevaktrådet i Hallingdal gir med dette uttale på vegne av de seks Hallingdalkommunene Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol.

1. Hovedpunkter

Prioriterte tiltak:

Denne høringsinstansen vil peke på følgende prioriterte tiltak (i rekkefølge tilsvarende høringsnotatets kapitler):

- Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og operativ plan for akuttmedisinske tiltak utenfor sykehus (se merknad til kap. 6.4).
- Ulike journalsystemer må integreres i et felles system, slik at de ulike leddene i akuttkjeden kan videreformidle helseopplysninger (se merknad til kap. 6.6).
- Det må snarlig innføres responstider for utrykning (se merknad til kap. 6.7)..
- Det må innføres minimumskrav til trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer (se merknad til kap. 6.9)
- Det må innføres en minimumsbemanning på legevakt med lege og medarbeider (se merknad til kap. 6.10.8)

Tiltak denne høringsinstansen er uenig i:

- Det bør ikke tallfestes et omfang av legedeltakelse ved utrykning eller omfang av sykebesøk fra legevakt (se merknad til kap. 6.10.4)
- Det bør ikke tallfestes et nasjonalt krav om reisetid til legevakt. Reisetid er et servicetilbud som bør utformes som en tilrådning, krav bør knyttes til utrykningstiden (se merknad til kap. 6.10.9).

Tiltak som ikke omtales tilstrekkelig i høringsnotatet:

- Legevakttjenesten som en trygghetsbase (se merknad til kap. 6.10.2)
- Den akuttmedisinske kjede innen psykisk helse og rus må styrkes i alle ledd. Særlig vil denne høringsinstansen peke på behovet for lokale kriseplasser (se merknad til kap. 6.10.5)

2. Utfyllende kommentarer

Nedenfor følger denne høringsinstansens kommentarer til tiltak som er foreslått i kap. 6 og 7. De forslag som ikke er kommentert, støttes av denne høringsinstansen.

Kap.6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser

- Denne høringsinstansen er enig i intensjonen som ligger i forslaget, men mener forslaget bør konkretiseres ytterligere. Det bør utarbeides felles planmal med tilhørende planforutsetninger og plankrav. Det bør ligge krav om felles planutvalg med likeverdig representasjon der helseforetaket blir pålagt sekretærfunksjonen. ROS-analyse bør inngå i mandatet. Det bør også settes en felles frist på landsplan for når arbeidet skal ferdigstilles.

Kap. 6.5.1 Akuttmedisinske tjenester i kommunen

- Denne høringsinstansen er enig i intensjonen som ligger i forslaget, men mener at en skal være forsiktig med å uttrykke at de akuttmedisinske tjenestene skal «samles», enten det er snakk om samling under en ledelse eller samlokalisering. Dette er helt avhengig av kommunestørrelse, kommuneorganisering og geografi. Mange kommuner samarbeider om legevakt lokalisert i nabokommunen eller enda lengre vekk. Vi mener heller at koordinering og samordning bør løftes fram. Vi støtter derfor forslaget om lokale samarbeidsorgan for kommunale akuttmedisinske tjenester. Vi mener rapporten i for stor grad har vektlagt mulighetene som ligger i den horisontale akse.
- Denne høringsinstansen støtter at det innføres en norm for medisinskfaglig ledelse av legevakt. Et slikt krav vil gi økonomiske konsekvenser for kommunene. Dette må ivaretas gjennom rammetilskuddet.
- Det bør i sentrale dokument utvises forsiktighet med å blande kommuneoverlegens roller som rådgiver og administrator. Kommunene må stå fritt i organisere det administrative arbeidet (som koordinering og kvalitetssikring) som de vil, men kommuneoverlegens rådgivende funksjon er lovpålagt.

Kap. 6.5.2 Ledelse og samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

- Tiltakene må samordnes med tiltak under kap. 6.4. Plan for prehospitale tjenester må inngå i det felles planverket for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som kommuner og helseforetak har et felles ansvar for. En regional plan må bygge på disse lokale planene.

Kap. 6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

- Denne høringsinstansen vil spesielt understreke behovet for å samordne journalsystemene slik at helseopplysninger kan viderefremmes på tvers av organisatoriske grenser. Dette er et problem som daglig setter pasientsikkerheten i fare. I dag må helseopplysninger ved en sykehusinnleggelse overføres manuelt fra et prehospitalt journalsystem til et kommunalt, noen ganger også mellom to ulike journalsystemer i kommunen, deretter tilbake til et prehospitalt og igjen til et nytt journalsystem på sykehuset. Dette er ineffektivt og faren for misforståelser, feiltolkning, feilskrivning og forglemmelser er stor. Dette tiltaket må ha svært høy prioritet.

Kap. 6.7 Responstider

- Det er krav til responstid / utrykningstid som bør være bestemmende for lokalisering av ambulansestasjoner og legevakter. Disse kan gjerne differensieres i ulike deler av landet, men kravene bør innføres raskt. Vi mener ikke at dette spørsmålet skal skyves ut for videre utredning. Krav om responstider må følges med et krav om flåtestyring, slik at ambulansene i en region til en hver tid har så stor dekningsgrad i regionen som mulig.

Kap. 6.9 Bedre samhandling

- Denne høringsinstansen vil understreke verdien av trening og øvelser på tvers av nødetatene. I dag er dette arbeidet i stor grad avhengig av ildsjeler. Vi er enig i at det innføres et minimumskrav til trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer.

Kap. 6.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene

- Tiltakene må samordnes med tiltak under kap. 6.4. Plan for ø-hjelptilbudet i kommunen må inngå i det felles planverket for akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus som kommuner og helseforetak har et felles ansvar for. Den kommunale delen av planen må bygges opp etter en felles planmal med tilhørende planforutsetninger og plankrav.

Kap. 6.10.2 Vurdering av legevaktjenesten

- Vi forstår bakgrunnen for at utvalget vil vektlegge krav som bidrar til å målrette tjenesten mot de pasienter som har størst behov for akutt medisinsk hjelp og er i utgangspunktet enig i at terskelen for å benytte legevakten skal bli høyere og at legevaktens funksjon skal begrenses til tilstander som ikke kan vente til første virkedag. Denne høringsinstansen vil imidlertid advare mot å ensrette legevakten til en blålysarena. Rød-respons utgjør bare 2,5 % av legevaktens virksomhet. Selv om noen av de pasienter som rubiseres under grønn respons, kunne kanaliseres til fastlegen dagen etter, så er det likevel slik at det store flertallet av de som bruker legevakten først og fremst trenger legevakten som en trygghetsbase. En engstelig mor med et febersykt barn er i egne øyne en rød respons, en pasient med en skade som får beskjed om at det ikke foreligger behov for sykehusbehandling, gis en helsegevinst gjennom den avklaring som gis. Ingen av disse pasientene kommer inn under kategorien «størst behov for akutt medisinsk hjelp». Men hjelpen som gis, er hensiktsmessig, nyttig og betryggende for de det gjelder. Vi savner vektleggingen av legevakta som en lokal trygghetsbase.

Kap. 6.10.3 Fast lønn

Denne høringsinstansen kan støtte intensjonen som ligger i at fast lønn kan medvirke til at terskelen for hvilke pasienter som behandles av legevaktlege, kan bli høyere. Samtidig vil vi påpeke at det finnes en rekke legevakter i landet der pågangen er svært varierende og neppe vil kunne avlønnes med fastlønn. Når Geilo (Hol kommune) som i normale tider har en lege på vakt sammen med nabokommunen, i de mest travle ukene har behov for tre leger samtidig på vakt i egen kommune der samtlige jobber intense vakter, så ville en ikke få tak i leger til slike jobber på fastlønn. Hvis slike behov skulle dekkes med fastlønn, ville det bli uforholdsmessig dyrt for kommunene. Avlønningssystemene må derfor være fleksible og tilpasset de ulike utfordringer rundt om i landet.

Kap. 6.10.4 Krav til økt omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt

- Denne høringsinstansen er positiv til at legen inngår i varsling ved rød respons og at legen kan medvirke i en vurdering av hvilke ressurser som bør rykke ut. Vi mener imidlertid at en skal være forsiktig med å tallfeste en målsetting om legedeltagelse ved rød respons-utrykning. Både samtidigetskonflikter og arbeidsmengde på stedlig legevakt kan mange steder gjøre det uforsvarlig at lege rykker ut. Mange steder er avstandene så store at legen vil kunne bli borte i et par timer. Erfaringsmessig er det også mange rød respons – utrykninger som avklares som ikke rød respons når ambulansepersonalet er framme. Hvis en slik tallfesting av legedeltagelse ved rød respons-utrykning fastholdes, vil dette kreve betydelig styrking av legeberedskapen i legevaktene i distrikts-Norge i form av bakvakt eller to leger på vakt. Det er usikkert om det er faglig grunnlag for en slik styrking og det er tvilsomt om det er en positiv kost-nytte-effekt. En slik beredskapsstyrking forutsetter økte overføringer fra staten til kommunene.
- På samme måte vil en tallfestet norm for sykebesøk fra legevakt gi store utfordringer for små legevakter som dekker store geografiske områder. Som eksempel vil et sykebesøk fra nattlegevaktbasen i Hallingdal til ytterpunktet i legevaktområdet medføre at legen er borte fra basen i 3 timer. Det meste av denne tiden vil legen være passiv under transport. Vi mener dette ikke er den beste måten å utnytte legekompentansen. Selvsagt skal sykebesøk foretas nå dette er medisinsk indisert, men indikasjonen må alltid avveies mot legens fravær og mot andre presserende arbeidsoppgaver. Det er i liten grad i rapporten pekt på at en sentralisering av pasientbehandlingen til legevaktlokalene, utgjør en kvalitetsmessig styrking med tilgang til diagnostisk utstyr, journalopplysninger og gode undersøkelsesbetingelser. Vi mener tallfestet krav til sykebesøk er u hensiktsmessig å knytte opp mot legevakt, et slikt krav kan heller knyttes til fastlegene i vanlig arbeidstid.

Kap. 6.10.5 Bedre tilbud til psykisk syke og personer med rusproblemer

- Denne høringsinstansen mener at hele den akuttmedisinske kjede innen psykisk helse og rus må styrkes. Fremdeles opplever vaktleger at de bruker uforholdsmessig mye tid på å finne hensiktsmessige tilbud til disse pasientgruppene og nærmest må krangle pasientene inn. Både tredjelinjen, andrelinjen og lokale tilbud må styrkes. Et viktig tilbud som ikke står oppført, er tilgjengeligheten til kriseplasser for personer i livskriser eller med psykiske lidelser der det ikke er indikasjon for innleggelse på DPS eller annen psykiatrisk avdeling. Det er et stort behov for at slike kriseplasser etableres som en del av kommunale ø-hjelposter, men der det sikres oppfølging eller veiledning fra kompetent personell i vaktberedskap.

Kap. 6.10.8 Behov for økt rekruttering.

- Forslaget om at legevaktarbeid skal inngå i ordinær arbeidstid og gi legene en normalisert arbeidstid, er et forslag med store økonomiske konsekvenser. Vi kan ikke se at dette forslaget er videre behandlet i kap. 7. Forslaget synes urealistisk uten at det følges med en beregning av hva et slikt tiltak vil koste norske kommuner. Forslaget er dessuten av en slik art at dette må utredes i et samarbeid med legeforeningen. Flesteparten av fastlegene er i dag i privat praksis og dette skal da kombineres med vaktarbeid på fastlønn innenfor normert arbeidstid. For Hallingdal ville tiltaket trolig ha medført en økning av antall fastleger/legevaktleger med 20 %.
- Det foreslås større bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaksordninger. Dette er et forslag som henger i luften uten en samtidig angivelse av normer for bemanning og normer for når legevakter bør etablere bakvaksordninger. Også dette forslaget har store økonomiske konsekvenser for kommunene uten at dette hverken er nevnt eller vurdert.
- Det foreslås en tilrådning om at det ved legevakten bør være en minimumsbemanning på to personer. Vi mener at denne tilrådingen ikke er tilstrekkelig klar. Denne høringsinstansen mener at det bør defineres en grunnplattform for norsk legevakt. I denne grunnplattformen må det innføres et krav om at legevakt skal ha sin virksomhet tilknyttet definerte legevaktlokaler og at slike legevaktlokaler skal ha personell tilstede. Samtidig mener vi det bør være rom for lokale tilpasninger. Vi mener også at lege i legevakt enten bør ha tilstedeplikt i legevaktlokalene (noe som krever fastlønn) eller at det bør settes et krav til maksimum tid for utrykning fra der legen befinner seg til legevaktlokaler. Kostnadene med en slik kravspesifikasjon for norske legevakter må utredes og kommunene må få overført rammer som kan ivareta slike kostnader.
- Denne høringsinstansen støtter intensjonen i forslaget om at lege skal ha med støttepersonell på utrykning og sykebesøk og at dette skal skje i uniformert kjøretøy. Vi mener imidlertid kostnaden med dette er stor og finner ikke at dette er tilstrekkelig utredet i kap. 7. Ved små legevakter vil utrykning / sykebesøk av lege og støttepersonell kreve at begge yrkesgrupper har bakvakter eller dobbel bemanning. Kostnaden med dette er meget stor og er ikke beregnet.
- Det er heller ikke nevnt i rapporten at det for lege er en umulighet å kjøre utrykning med uniformert kjøretøy uten å kunne ha tilgang til blålys og sirener. Vaktleger er de eneste av nøkkelpersonellet i store skadesituasjoner eller akuttsituasjoner som ikke har anledning til å bruke blålys på eget uniformert kjøretøy for å komme trygt fram. Vi kan ikke se at dette er berørt i rapporten. Dette samsvarer dårlig med rapportens vektlegging av legens betydning på skadested eller åsted. Et utrykningskrav i uniformert blålys-bil vil utløse et stort utdanningsbehov på utvidet førerkort.
- Kreativ tenkning er ikke mangelvare i kommunene, men utvalgets forslag synes ikke fundert i hverdagen i norske kommuner. Det synes urealistisk å foreslå å knytte hjemmesykepleiens personale opp til legevaktberedskap. Hjemmesykepleien har hverken på dag, kveld eller natt ledig tid til å kunne inngå i vaktarbeid eller vaktberedskap på legevakt. Det er ikke mulig å utebli fra oppsatte arbeidsoppdrag fordi en må rykke ut sammen med lege på sykebesøk.

Kap. 6.10.9 Nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne

- Denne høringsinstansen er uenig i fastsetting av et nasjonalt krav om at 90 % av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon. Maksimal reisetid til legevakt er først og fremst et krav som omhandler en service til befolkningen, medisinsk-faglig vil krav til utrykningstid være langt viktigere. Vi mener at et servicekrav ikke bør tallfestes så bastant som rapporten foreslår. Det hadde vært bedre å fastsette utrykningstid som et krav og reisetid til legevakt som en tilrådning.

- Reisetid som servicetilbud til befolkningen kan heller ikke ses adskilt fra ventetid på legevakten. Hallingdal opplever ofte turister som foretrekker å kjøre fra Oslo til legevakt i Hallingdal og vite at de straks kommer inn til lege, fremfor å sitte i timevis og vente på legevakten i Oslo.
- Et slikt krav om reisetid ville for Hallingdal være en utfordring. Vi har basert dagens planlegging på 60 minutters reisetid. Et krav på 50 minutter ville også oppfylles med dagens ordning. For en av kommunene, Flå med 1000 innbyggere, vil ikke noen av de vaktstasjoner som har vært mest realistiske fram til i dag, nås innenfor 40 minutter.
- De siste årene har vi hatt felles nattlegevakt i Hallingdal. Dette har fungert bra med en lege på vakt. Situasjoner der ytterligere en lege hadde vært ønskelig, kan telles på en hånd. Men denne ordningen tilfredsstillende ikke et nasjonalt krav på 40 minutter med dagens lokalisering og ville ikke med noen form for lokalisering av en legevakt tilfredsstillende kravet. Vi ber om at det blir vurdert et lempeligere krav for nattlegevakt, f.eks at en på natt sier at kravet er at 95 % av befolkningen skal nås innenfor 60 min. Alternativt, som bemerket ovenfor, at kravet gjøres om til en tilrådning.
- Det nasjonale kravet forholder seg kun til faste innbyggere. Hallingdals problem er at i turistsesongen vil de prosentene som har lengst vei til legevaktstasjon øke betraktelig. Området får i turistsesongen en mangedobling av antall personer i området og denne økningen kommer hovedsakelig i randsonene i legevaktdistriktene. Dette gir utfordringer og betydelig merkostnader for organisering av legetjenester.

Kap. 6.10.10

- Punktet om kompetansestyrking av legevakt støttes fullt ut, men vi mener konklusjonen blir for vag. Vi viser her til forslaget til akuttmedisinforskrift som ivaretar dette punktet på en bedre måte.

Kap. 6.11.1

- Det savnes i dette kapitlet krav til utrykningstid, se merknader til kap. 6.7 og kap. 6.10.9. En videreføring og styrking av spesialisthelsetjenestens ansvar for å opprettholde en god og tilstrekkelig ambulansetjeneste i distriktene, er avhengig av at det på nasjonalt nivå settes krav til responstid / utrykningstid. Distriktene står under et konstant press om nedskjæring av ambulanser og nedleggelse av ambulansestasjoner som kun er økonomisk fundert. Det må derfor settes faglige krav som kan bestemme hvor ambulansene skal plasseres i distrikts-Norge.

Kap. 6.11.2

- Det savnes i dette kapitlet en drøfting av samarbeid mellom nødetane ute i feltarbeidet, herunder ordningen first responder. For denne høringsinstansen er det viktig å få understreket at first responder alltid må være et supplement til helsetjenesten, aldri en erstatning.

Kap. 7

- Som utvalget selv sier, så er beregningene på kostnadskonsekvenser av forslagene mangelfulle. Problemet er også at kostnadene vil slå svært ulikt ut for ulike kommuner. Det foreslås at det beregnes en basisutgift for norske kommuner, og at kommuner som får merutgifter utover dette som en følge av nasjonale krav, får dekket sin merkostnad. Dette vil i stor grad være distriktskommuner som må ivareta beredskapen til en spredt befolkning. Det må være et nasjonalt anliggende å ta merkostnaden med landets spredte bosetning.

På vegne av Legevaktrådet i Hallingdal

Rune Rindal

(sign)

Legevaktsjef

Øystein Lappegard

(sign)

Kommuneoverlege

Dokumentet er elektronisk signert