



## SAKSFRAMLEGG

Saksnr. 2014/2042	Løpenr. 10253/2014	Klassering G00
Sakshandsamar:	Ottar Grimstad, Sektor for velferd	

**Utvalsaksnr**   **Utval**  
                  **Levekårsutvalet**  
                  **Formannskapet**

**Møtedato**  
**25.11.2014**  
**01.12.2014**

### **AKUTTUTVALET SIN DELRAPPORT - HØYRING**

*/ 2014/2042*

#### **Tilråding frå rådmannen:**

Hareid formannskap slutter seg til merknadane i saksutgreiinga

*Utskrift til: sakshandsamar for ekspedering*

## Vedlegg:

Nr.	Namn	
1	Høringsbrev	05.11.2014
2	Akuttutvalgets delrapport 311014	05.11.2014

### Samandrag av saka:

Det er nedsett eit utval for å gjennomgå akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Utvalet har frist til desember 2015, men departementet har bedt om delrapportar som grunnlagsmateriale for Stortingsmelding om primærhelsetjenesten, og Nasjonal helse- og sjukehusplan som regjeringa vil legge fram våren 2015. Departementet har bedt om kommentarar til utgreiinga med frist 16. desember 2014. Utvalet har mange gode forslag, men forslaga vil for kommunane sitt vedkomande krevje vesentleg auka kostnader og fleire legestillingar. Framlegg til maksimal køyretid til legevaktstasjon, vil også medføre at vi ikkje lenger vil kunne samarbeide med Volda sjukehus om nattlegevakt.

### Saksopplysningar:

Ei oversikt over utvalet sine forslag finn ein på sidene 93 til 111 i delrapporten. Blant svært mange forslag frå utvalet, nemner vi nokre hovudpunkt:

- Helseforetak og kommunar må planlegge akuttmedisinske tenester i fellesskap, og utarbeide ein forpliktande og operativ plan for akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Ved endringar i tenestene skal det vere gjensidig konsultasjonsplikt.
- Det bør blir eit nasjonalt krav om at 90% av befolkninga skal ha maksimalt 40 minutt køyretid til næraste legevaktstasjon, og 95% maksimalt 60 minutt.
- For å betre prioritering av arbeidsinnsatsen til lege på vakt, bør lege i legevakt i større utstrekning få fast lønn, og ikkje betaling per pasient slik som no. Betaling per pasient gir også høgare inntekter til dei som har vakt i sentrale strøk, i forhold til gravgrendte strøk med høg vaktbelastning, og vil vere uheldig med omsyn til rekruttering av legar. Legevakt bør bli ein del av legane sine arbeidsplanar, og ikkje vere tilleggsarbeid, som no.
- Legevaktlegen bør ha elektronisk tilgang til fastlegane sine timelister, og kunne gi pasientar som kan vente, time der.
- Legar som køyrer legevakt bør vere spesialistar i allmenmedisin eller under utdanning til dette. Ein må satse sterkare på kompetanseheving i legevakttenesta. Dette gjeld også psykiatriske sjukdommar og rusproblematikk.
- Legevakt bør i større grad delta i utrykning i lag med ambulanse ved skader og alvorleg sjukdom. Ein foreslår eit nasjonalt mål på 75% deltaking ved «rød respons» (hasteutrykning).
- Legevakt bør i større utstrekning dra på sjukebesøk, særleg til sjukeheimar og skrøpelege heimebuande. Ein foreslår eit måltal på 20-40 sjukebesøk per 1000 innbyggjarar per år.
- Ingen legevakt skal vere einmannsbetjent med lege aleine. Det skal alltid vere hjelpepersonell både på legevaktstasjonen og ved sjukebesøk. Eit krav om to legar på vakt av omsyn til fagmiljø, tryggleik og muligheit for å dra på sjukebesøk, er nemnt, men ikkje fremja av omsyn til usikkerheit om økonomiske konsekvensar.
- Alle distrikt skal ha ein uniformert legevaktbil med hjelpepersonell til bruk ved sjukebesøk.
- Legevakt bør bli lokalisert i lag med andre kommunale ø.hj. tenester som til dømes base for heimebaserte tenester eller kommunale ø.hj. døgnplassar. Det

må bli etablert samarbeidsfora for dei forskjellige ø.hj. tenestene i kommunane (og interkommunalt).

- Legevakter bør ha legevaktsjef i minst 20% stilling. Det må satsast sterkare på opplæring av legevaktlegar, kvalitetsarbeid og forsvarleg avvikshandtering.
- Ein rekner med at tiltaka vil utløyse behov for auka legeressursar i kommunane, og rår departementet til å starte eit utgreiingsarbeid med sikte på evaluering og justering av fastlegeordninga slik at det støtter oppunder utvalet sine forslag.
- Ein rår ikkje til felles akuttmottak i samarbeid mellom kommunar og helseforetak.

### **Vurdering og konklusjon:**

Det er eit sterkt behov for auka fokus på legevakttenesta. Legevakt er den delen av primærhelsetenesta som får mest klager. I ein situasjon med auka brutalitet i rusmiljøa, har vi framleis legevaktlegar med ettertrakta rusmiddel i legekoffert og på legekontor, aleine på vakt utan hjelpepersonell og med mangelfulle tryggingstiltak. Det er derfor svært bra at det blir lagt opp til ei auka satsing på legevakttenesta. Denne satsinga vil koste betydelege beløp. Ein må følge opp dette med ressursar til kommunane for å kunne makte oppgåva.

Vi har felles nattlegevakt for Hareid, Ulstein, Herøy, Sande, Ørsta og Volda frå klokka 22 til 08 lokalisert i mottaksavdelinga ved Volda sjukehus. Sjukepleiarane i mottaksavdelinga har ansvar for legevakttelefon og hjelpefunksjonar ved legevakt, i tillegg til mottaksfunksjonane til sjukehuset. Det er også mogleg for legevaktlegen å ha ein pasient liggande til observasjon ei tid utan å legge vedkomande inn. Erfaringane med denne ordninga er svært gode. Det er lite klager, og ei evaluering gjennomført eit år etter ordninga starta, ga svært positive svar. Ut frå våre røymsler, er motstanden frå utvalet mot samarbeid med sjukehus om akuttmottak og legevaktsentral dårleg fundert og grunnitt.

I følgje Google maps, går grensa for 40 minutt reisetid til sjukehuset i Volda omtrent på Rise i Hareid, Leikongeidet og Stokksund i Herøy. Eit krav om maksimalt 40 minutt reisetid til legevaktstasjon for 90% av befolkninga, vil medføre at samarbeidet om nattlegevakt må bli avvikla i si noverande form. Utvalet har ikkje gitt gode grunnar for kvifor grensa skal settast akkurat på 40 minutt for 90% av innbyggjarane.

Det viktigste tiltaket for å sikre tryggleik og rekruttering på legevakt, vil vere krav om at det alltid skal vere hjelpepersonell tilgjengeleg for lege i vakt. Dette kravet bør sikrast i forskrift, og kommunane må få økonomiske ressursar slik at dei kan imøtekome kravet.

For dei aller fleste pasientar er det gunstig at undersøking og behandling skjer på eit legekontor der utstyr og andre vilkår for undersøking og behandling er optimale. Det er likevel bra at utvalet presiserer at legevakta må bli organisert slik at det blir gjennomført nødvendige sjukebesøk. Det ofte svært uheldig for ein sjukeheimspasient å bli transportert til legevaktbase eller sjukehus. Det kan i tillegg til den kliniske undersøkinga, vere behov for viktige samtalar med pleiepersonale og pårørande for å avgjere kva som er rett intensitet av behandling også ut frå etiske perspektiv. Det same kan gjelde heimebuande med alvorleg sjukdom som langkomen kreft. Likevel synes eit måltal for sjukebesøk, slik utvalet har foreslått, som svært tilfeldig. Behovet for sjukebesøk frå legevakt til sjukeheim eller til svært dårlege heimebuande, vil kunne variere svært mykje ut frå kva avtalar sjukeheimen har med sjukeheimslegen, eller i kva utstrekning fastlegen stiller opp.

Folkehelse konsekvensar:

Betre organisering av prehospitale tenester og legevakt, vil vere gunstig for folkehelsa.

Miljøkonsekvensar:

Ingen

Økonomiske konsekvensar:

Det er ikkje lett å berekne konkrete økonomiske konsekvensar for Hareid av utvalet sine forslag, men det vil fort dreie seg om mange hundrede tusen kroner. Det må kome statleg finansiering av tiltaka.

Beredskapsmessige konsekvensar:

Tiltaka vil styrke beredskapen. Særleg for forhold til alvorlege ulukker og liknande, er det viktig med forslaga om å styrke felles planlegging mellom helseforetak og kommuner.

Hareid, 12.11.2014

Bent Arild Grytten  
rådmann

Ottar Grimstad  
Kommuneoverlege