



Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse: 14/00945-3  
Arkivkode: 065 G  
Saksbehandler: [Click here to enter text.](#)  
Deres referanse: 14/4274  
Dato: 09.12.2014

## KS hørings svar på Akuttutvalgets delrapport

KS viser til brev datert 04.11.2014 vedrørende innspill til Akuttutvalgets delrapport. Nedenfor følger KS hørings svar.

Fremtidens kommunehelsetjeneste vil med stor sannsynlighet være annerledes enn den helsetjenesten vi ser i dag. Endret demografi, endringer i spesialisthelsetjenestens sitt tilbud, endringer i kommunestruktur og endringer som følge av føringer i samhandlingsreformen vil medføre nye og utvidede oppgaver for kommunene.

Fremtidens brukere av helse- og omsorgstjenester vil ha større forventninger til valgfrihet, kvalitet og service enn det dagens brukere har. Statsråden har lansert «Pasientens helsetjeneste» som begrep, noe som legger sterke føringer for hvordan kommuner og helseforetak i fremtiden skal organisere sine tjenester rundt pasienten.

Kommunehelsetjenesten er bærebjelken i helsetjenestene i Norge og skal være det i fremtiden. Det er i kommunene brukerne og pasientene bor, og utviklingen i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid og mer spesialisering viser behovet for en helhetlig, koordinert og robust kommunehelsetjeneste. KS er derfor av den oppfatning at de forslag akuttutvalget fremmer må støtte oppunder dette.

Akuttutvalget sin rapport fremhever en rekke tiltak som etter utvalgets oppfatning vil bidra til å bedre kvaliteten i den pre-hospitale tjenesten. Mange av tiltakene som foreslås er gode og vil kunne bidra til en bedre pre-hospital tjeneste for befolkningen. KS vil allikevel understreke at en av de store utfordringene i fremtidens helsetjenester vil være mangelen på kvalifisert personell og fagkompetanse. Tiltak som foreslås av akuttutvalget for å bedre kvaliteten i de pre-hospitale tjenestene må derfor sees opp imot «konkurrerende» tiltak for å bedre kvaliteten i de øvrige helse- og omsorgstjenestene både i kommuner og helseforetak. Grunnet omfanget av tiltakene som foreslås, og da særlig sett i lys av bemanningsbehovet i kommunene, er det etter KS oppfatning grunnlag for å etterspørre realismen i utvalgets samlede anbefalinger.

I rapporten anbefales både målsettinger som skal være ledetråder for kommuner og foretak, og krav og normeringer i kraft av rettsregler. KS vil understreke at dersom det er rettsregler som skal

oppstilles, bør det i rapporten også tydeliggjøres det grunnleggende prinsipp om at nye kommunale oppgaver eller krav skal fullfinansieres.

KS vil videre påpeke at dersom nye mål og krav skal formuleres gjennom rettsregler så må det i større grad fremkomme en mer balansert fremstilling av mulige negative sider av rettsliggjøringen. Innføring av nye krav/mål vil kunne ha en uønsket prioriteringseffekt slik at andre områder innenfor helsetjenesten blir skadelidende. Det er også grunn til å tro at nye regler og mål gir grunnlag for økt byråkratisering gjennom økt kontroll og tilsynsaktivitet, noe som ikke nødvendigvis er til det beste for brukeren.

Det er viktig at sentrale myndigheter gjør en helhetlig prioritering av hvilke tiltak som bør implementeres, og KS er av den oppfatning av følgende kriterier må ligge til grunn for denne prioriteringen:

#### Bærekraftige løsninger

De løsninger som velges må være bærekraftige over tid og bygge på eksisterende ordninger. Videreutvikling av kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester (fastleger, hjemmesykepleie mv) bør være grunnlaget for hvordan kommunehelsetjenesten ønskes endret for å imøtekomme fremtidens behov for pre-hospitale tjenester.

#### Riktig ressursbruk

Rett bruk av personell på rett sted vil være avgjørende for å sikre helhetlige og gode helse- og omsorgstjenester i tiden fremover. Endret ansvars- og oppgavefordeling mellom helsepersonell innad i forvaltningsnivåer og på tvers av disse, bruk av innovasjon og teknologi for å støtte oppunder god tjenesteproduksjon mv vil være viktige virkemidler.

KS vil herunder understreke at kommunenes styrke i tjenesteytingen er å finne fleksible løsninger innenfor egen organisasjon forankret i lokale løsninger, og at de tiltak utvalget foreslår bør understøtte dette. Lokale avtaler med helseforetakene vil støtte oppunder dette og bør tillegges betydelig vekt ved tjenesteutforming. Behovet for lokal samordning og fleksible løsninger må veies opp imot utvalgets anbefalinger av sentrale standarder.

#### Kost – nytte

Faglige utvalg som akuttutvalget har det privilegiet og mandat til å kunne komme med gode tiltak som bidrar til å sikre god kvalitet og gode tjenester. Dette har utvalget etter KS vurdering løst på en god måte, men KS vil understreke at de tiltak som utvalget foreslår i større grad må inneha en kost – nytte vurdering.

Ved mange av de tiltakene som foreslås mangler beskrivelse av effektene, og særlig gjelder dette effekt på brukernivå. Ved tiltak som er kostnadsberegnet til flere hundre millioner må vurdering av kost-nytte i større grad fremkomme, og dersom kost-nytte er usikker og uklar bør tiltaket utredes ytterligere før det vurderes innført.

#### **Behov for konkrete innspill fra HOD**

I henhold til oversendelsesbrevet fra departementet ønskes særlig innspill på følgende:

1. Hvilken effekt kan de ulike tiltakene forventes å ha?
2. Hvilke forutsetninger må på plass for at de skal kunne gjennomføres?
3. Hvilke tiltak bør gis høyest prioritet?
4. Bør andre tiltak enn de som er omtalt vurderes?

Vedrørende punkt 1 og 2 ønsker KS å omtale disse i høringssvaret nedenfor hvor punktene i utvalgets rapport (kap. 6 og 7) gjennomgås.

Når det gjelder punkt 3 så er KS av den oppfatning at tiltak som relativt lett kan gjennomføres uten at det krever store endringer i tjenestestruktur, personellsammensetning eller økonomi bør prioriteres. Eksempelvis bør tiltak som fremmer bedret samhandling mellom forvaltningsnivåer ha stor effekt for tjenestene uten at kostnad og risiko oppleves som spesielt høy.

KS har gitt innspill i til utvalgets arbeid underveis i prosessen og har ikke konkrete forslag til tiltak under punkt 4.

### **Overordnet om rapporten**

KS synes at rapporten gir et godt bilde av de utfordringene tjenestene står ovenfor både i dag og i tiden fremover. Rapporten balanserer på en god måte forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

KS mener allikevel at rapporten i for stor grad er negativ til den kommunale legevakten. Selv om det mange steder i Norge gjøres endringer i legevaktdistriktene, er KS oppfatning at befolkningens opplevelse av legevakt generelt er god. Hvis vi sammenligner den nasjonale utviklingen i forhold til andre land hvor legevakt i betydelig grad av frakoblet den akuttmedisinske kjede, kan vi konkludere med at vi har en velfungerende legevakt som i stor grad støtter oppunder befolkningens, kommunenes og helseforetakenes behov for legetjenester innenfor den akuttmedisinske kjede. Dette bør tillegges vekt i utvalgets rapport.

### **Konkrete innspill til rapportens kapittel 6 – Utvalgets vurderinger og forslag**

#### 6.3 Nasjonal strategi for styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

KS stiller seg positiv til at utvalget foreslår å utarbeide en nasjonal strategi for den pre-hospitale tjenesten, og ser behovet for en samordnet plan for hvordan tjenestene skal utvikles.

KS ber om at arbeidet med denne planen må forankres i eksisterende avtaler mellom departementet og KS (eksempelvis Kvalitetsavtalen).

#### 6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser

KS ser viktigheten av at samarbeidsavtalene videreutvikles og bidrar til å styrke samarbeidet mellom helseforetak og kommuner, og stiller seg bak utvalgets forslag om at departementet må bidra til at disse revitaliseres og videreutvikles.

KS er videre av den oppfatning at felles planlegging mellom helseforetak og kommuner må bygge på det praksisnære og lokale for i fellesskap finne gode løsninger. Dette bør understøttes av eventuelle sentrale og regionale føringer.

## 6.5 Ledelse

Ledelse er et viktig element for å sikre gode tjenester, og KS deler utvalget sitt syn om at ledelsesprogrammer som skal bedre samhandling mellom kommuner og foretak må omfatte ledere i begge forvaltningsnivåer. KS er usikker på om det pr i dag er gode nasjonale programmer som ivaretar dette, og vil samtidig understreke viktigheten av at ledelsesprogrammer forankres lokalt hvor ledere til vanlig jobber og samhandler.

KS mener at det er behov for en utvidet satsing generelt på ledelsesutvikling i helsesektoren, og ønsker å være en del av denne utviklingen fremover.

### 6.5.1 Akuttmedisinske tjenester i kommunene

KS vil understreke at det i mange kommuner er en velfungerende helhetlig ledelse som omfatter både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og legevakt. I mange kommuner og områder så fungerer dette godt, mens det i andre kommuner og områder er mer mangelfullt. Rapporten beskivelse bør hensynta denne variasjonen.

Akuttutvalget foreslår at det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert. Det er uklart for KS om det her menes nye medvirkningsorganer eller om det er mangel på helhetlig ledelse. KS vil understreke at ansatte/fastleger skal medvirke og gi faglige innspill, men at det er kommunen som er beslutningsorganet.

I kommunene er det allerede to typer medvirkningsorganer hvor akuttmedisinske problemstillinger kan tas opp:

- Privatpraktiserende leger medvirker via lokalt samarbeidsutvalg som er regulert i rammeavtalen. Det kan opprettes felles samarbeidsutvalg for flere kommuner, og hvis det er interkommunal legevaktordning skal det avholdes felles samarbeidsutvalgsmøter minst en gang per år. I LSU kan berørte samarbeidspartnere delta som observatører ved behov.
- Ansatte leger medvirker via tillitsvalgtapparatet. Forholdet er regulert i Hovedavtalen.

KS er av den oppfatning at det bør være en medisinskfaglig legevaktsleder på legevaktene, men mener at det ikke bør være en normering av størrelse på denne. KS er av den oppfatning at denne størrelsen må sees opp imot hva som er de faktiske oppgavene som skal utføres, og vil blant annet avhenge av legevaktens og kommunenes øvrige organisering og tjenester. Størrelse på legevaktsleder bør således vurderes og besluttes lokalt.

KS stiller seg spørrende til hva utvalget mener med at kommuneoverlegerollen må utvides. KS vurdering er at kommuneoverlegerollen er viktig for utvikling av legevaktstjenester, men at dennes rolle er godt definert og i tråd med kommunenes behov. KS ser derimot at kan være behov for en videreutvikling av rollen i tråd med det som fremheves i punktet, men at denne utviklingen må være forankret i lokale forhold.

### 6.5.2 Ledelse og samordning i pre-hospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

KS vil understreke at avtaleparter omhandlende de pre-hospitale tjenestene er kommuner og helseforetak. Dersom det er ønskelig at de regionale helseforetakene skal få en tydeligere og utvidet rolle i å planlegge sin operative virksomhet, må avtalene mellom helseforetak og kommuner være styrende for hvordan denne planleggingen foregår. Om ikke så vil etter KS vurdering avtaleinstituttet undergraves ved at sentrale føringer er forhåndsbestemt og definert av det regionale nivået.

KS er videre positive til at det etableres et faglig nasjonalt råd som skal ivareta en samordning av tjenestene. Det er herunder viktig at likeverdighet mellom helseforetak og kommuner ivaretas i dette rådet og at KS har en rolle ved oppnevning av kandidater.

### 6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

KS er positive til at det utvikles kvalitetsmål innenfor den pre-hospitale tjenesten for å bidra til god kvalitet i tjenestene. KS vil allikevel understreke viktigheten av at disse kvalitetsmålene faktisk bidrar til å måle kvalitet i tjenestene til det beste for brukerne. Utvikling av mål må derfor være en prosess hvor både kommuner, helseforetak og brukere er involvert.

Videre vil KS påpeke at kvalitet i de pre-hospitale tjenestene avhenger av samspillet mellom aktørene, og at utvikling av kvalitetsmål må hensynta dette.

### 6.7 Responstider

KS er usikker på hvorvidt det er fornuftig å sette krav/mål til responstid. Ulike rammebetingelser i kommunene (demografi, geografi, topografi og infrastruktur) gjør det krevende å skulle bruke krav/mål for responstid som gode virkemidler for å sikre beredskap. Trolig er felles planlegging, risikoanalyser mv (ref punkt ovenfor) vel så gode virkemidler som krav til responstider, samtidig som det gir en mer fornuftig ressursutnyttelse og bedret kost – nytte funksjon.

Dersom utvalget velger å gå for mål/krav til responstider, er KS av den oppfatning at utvalgets syn om at responstider omtales samlet, og ikke er knyttet opp mot en profesjon eller tjeneste, er den eneste fornuftige tilnærmingen. Dette gir kommuner og helseforetak en reell mulighet til å i fellesskap utvikle ressursmessige gode og kvalitetssikre løsninger som sikrer befolkningen trygghet.

KS vurdering er at av de forslag utvalget vurderer er dette vil kunne være et av de mest kostbare tiltakene, så KS vil be om at utvalget i sitt videre arbeid gjør en god kost-nytte vurdering av eventuelle mål/krav til responstider. Herunder må utvalget også se på hvordan dette påvirker bemanningsbehovet i kommunene.

### 6.9 Bedre samhandling og nytenking rundt personellbruken

Samordning og samtrening er viktig for å utvikle gode tjenester og godt operativt samspill hos brukeren. Dette vil også bidra til å utvikle gode akuttmedisinske team hvor kommuner og helseforetak i fellesskap kan bidra til kvalitetssikker ressursutnyttelse.

KS vil understreke at disse tiltakene vil medføre kostnader for kommuner og helseforetak, og at det således må kostnadsberegnes og kompenseres.

#### 6.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene

KS er positive til at akuttutvalget påpeker viktigheten av å se på akuttmedisinske team. Mange kommuner har god erfaring med å jobbe med dette, og det er viktig at kommunene i samarbeid med helseforetakene gis anledning til å organisere sin tjeneste utfra lokale forhold.

Utvikling av godt planverk er viktig, men KS mener at en egen plan for kommunenes ø-hjelpstilbud trolig vil virke mer fragmenterende enn samlende. KS vil derfor understreke viktigheten av at kommunens ø-hjelpstilbud sees i sammenheng med kommunens samlede helse- og omsorgstjenester og således fremgår i kommunenes øvrige planverk.

#### 6.10.2 Vurdering av legevaktstjenesten

KS er positive til at det utformes veiledere og retningslinjer for legevaktstjenesten, men vil understreke viktigheten av at dette må gjøres i samarbeid med kommunene og KS.

#### 6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn

KS mener at fastlønn kan føre til bedre kvalitet på legevakten fordi det gir insentiv til å jobbe på en annen måte. KS vil allikevel understreke at lønn på legevakt er tariffregulert, og at det i dagens tariffavtale bare kan utbetales timelønn for interkommunal legevakt med tilstedeplikt i perioden 23-08. Betalingsordninger som er i strid med tariffavtalen er ulovlig/tariffstridig.

For øvrig er det i grunn til å tro at fastlønn vil medføre store merkostnader for kommunene, og det vil være nødvendig at dette kostnadsberegnes og vurderes utfra en kost nytte funksjon.

#### 6.10.4 Bedre prioritering i legevakt: Krav til økt omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt

KS er positive til at legevaktsleger deltar i utrykning og ved sykebesøk, men mener at det må være legens selvstendige vurdering som ligger til grunn for hvorvidt legen skal rykke ut eller ikke. Det vil være urimelig å sette kvalitetsmål på standarder som vil overstyre legens faglige skjønn og vurderinger.

Videre bes det om at dersom det settes konkrete kvalitetsmål så må dette faglig begrunnes og vurderes opp imot en kost-nytte funksjon..

#### 6.10.5. Bedre prioritering i legevakt: Bedre tilbud til psykisk syke og personer med rusproblemer

KS vil påpeke viktigheten at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt støtter oppunder legevaktens behov for kompetanse, og at spesialisthelsetjenesten bygger opp sin veiledningstjeneste og sine helsetjenester slik at den kan bidra til en god pre-hospital tjeneste.

Det er også fra KS ståsted en utfordring at DPS er ulikt organisert i sin form, noe som gir ulikt tilbud til ulike kommuner.

#### 6.10.6 Bedre prioritering i legevakt: Økt tilgjengelighet hos fastlegene

KS er positive til at legevaktslegen skal kunne bestille time til pasienten hos sin fastlege for å unngå innleggelser eller for å sikre riktig oppfølging. Dette vil innebære en omlegging av fastlegens timebok

slik at denne er tilgjengelig for legevaktslegen, noe som vil medføre behov for utvikling av IKT løsninger.

#### 6.10.8 Behov for økt rekruttering: Samordnede tiltak

Utvalget anbefaler at kommunene i større grad legger til rette for at legevaktsarbeid planlegges og gjennomføres innenfor ordinær arbeidstid. KS vil understreke at dette er forhold som reguleres av tariffavtale (SFS 2305) mellom KS og legeföreningen.

KS og Legeföreningen har avtalt at arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven kap. 10 ikke gjelder i forbindelse med legevakt. Dette er en forutsetning for legevaktsordningen, særlig hvis legevakta fortsatt i hovedsak skal ivaretas av fastlegene. Avtalen har imidlertid flere vernebestemmelser for å sørge for forsvarlige ordninger. Eksempelvis har lege som har hatt utrykning fra beredskapsvakt etter kl. 23 foregående dag eller har hatt vakt med tilstedeplikt, rett til 8 timer arbeidsfri dag etter legevakt. I tillegg er det krav til antall leger i vaktordningen og begrensning på de enkelte vaktens lengde ut fra hvor belastende vakta anses.

Det er også viktig å være oppmerksom på at i mange kommuner er det hensiktsmessig at legevakta i hele eller deler av tiden er organisert som beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet, såkalt hjemmevakt. Dette var opprinnelig hovedmodellen for legevakt og har alltid vært lagt til grunn i tariffavtalen. I den forbindelse nevnes at beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet verken anses som arbeidstid eller fritid i arbeidsmiljøloven

Forslaget som akuttutvalget fremmer griper inn i tariffavtalen. Dersom utvalget ønsker å utrede dette ytterligere vil det være helt essensielt å se dette i sammenheng med behov for antall leger, kostnader og næringsgrunnlaget i fastlegeordningen. Forslag til tiltak vil etter KS vurdering medføre et betydelig behov for antall leger og vil innenfor dagens system ikke være realistisk å gjennomføre.

KS ser behovet for å sikre legevaktens trygghet, og ser utfordringer ved at legene er alene på vakt enten det er på kontoret eller det er hjemme hos pasienten. Det må allikevel etter KS vurdering være en kost-nytte vurdering av legebemannet utrykningsbil, og KS mener at dette i større grad må sees opp imot den eksisterende ambulansetjenesten eller utvikling av «hvite biler».

Dersom det velges en legebil vil KS understreke at denne ikke bør være utstyrt som utrykningsbil da dette setter store krav til personalet som skal betjene bilen og dermed til støttepersonalet på legevakten. Trolig er kost-nytte funksjonen her minimal mtp hvor få utrykninger mange legevakter har.

#### 6.10.9 Lang reisetid for innbyggerne: Nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne

KS er positive til at det akuttutvalget ønsker å begrense de sentraliseringstendensene som har vært innenfor dagens legevaktstruktur, men er usikker på hvorvidt dimensjonerende krav er rett måte å gjøre dette på. Dette må etter KS oppfatning ha en god kost-nytte vurdering, og må sees nært opp mot utvikling av fastlegeordningen.

KS er også tvilende til de grenser som settes (40 min og 60 min) og etterspør den faglige vurderingen av dette. KS vil herunder understreke at den undersøkelsen det vises til i utvalgets rapport ikke sier noe om hva som er «rett» bruk av legevakt, men utelukkende ser på kontaktmønster opp imot

avstand og reisetid. Med utgangspunkt i at en rekke av henvendelsene til legevakt er grønne responser er det grunn til å etterspørre den faglige begrunnelsen for utvalgets fastsetting av krav. Trolig vil det være mer hensiktsmessig å tilnærme seg problemstillingen utfra et kvalitetsmål i stedet for krav.

Dersom det velges å legge krav til grunn vil KS understreke at midler isolert sett, slik det er kostnadsberegnet i kapittel 7, ikke er tilstrekkelig for å få leger til å dekke opp de stillingene til å oppfylle kravet. Det er grunn til å tro at det ikke er tilstrekkelig antall kvalifiserte leger til å ivareta dette kravet, og det må derfor utarbeides unntaksregler som kan benyttes inntil kommunene har mulighet til å innfri kravet.

#### 6.10.10 Behov for kvalitetsløft: Nye kompetansekrav i legevakt

I KS hørings svar til departementet vedrørende forslag til ny akuttforskrift understreket KS at dersom forslag til nye kompetansekrav til legevakt innføres så vil dette medføre at 20 % av landets legevakter og 20 % av landets kommuner vil måtte sentralisere sitt legevakttilbud for å oppfylle kravene. Tallene er forankret i en questback til landets kommuner og interkommunale legevakter.

KS vil understreke at de kravene som foreligger i forslag til akuttforskrift, og som akuttutvalget støtter oppunder, vil medføre lengre avstand til legevakt og dårligere tilgjengelig legevakttilbud for store deler av befolkningen. Det vil også medføre økt vaktbelastning for en betydelig del av landets fastleger i mindre kommuner.

KS mener derfor at kravene som fremstilles i forslag til forskrift ikke kan innfris før det fra sentralt hold er gjort en styrking av fastlegeordningen (se nedenfor).

#### 6.10.11 Styrking av fastlegeordningen

Mange av de tiltakene akuttutvalget foreslår vil innebære en betydelig økning i antall leger i legevakt. Særlig tenkes det på responstider, ytterligere regulering av arbeidstid utover det som følger av tariffavtalen og dimensjonerende tiltak. Personell konsekvensene av dette er ikke beregnet, men det er grunn til å tro at det trengs et betydelig antall fler leger for å gjennomføre disse tiltakene.

KS har i sitt innspill til ny akuttforskrift vist at kompetansekrav vil medføre ytterligere sentralisering av legevakt, og i hørings svar pekt på behovet for en opptrapping og styring av legetjenesten i kommunene. De tiltakene som akuttutvalget nå foreslår forsterker dette ytterligere.

KS støtter derfor utvalgets forslag om at det initieres et arbeid for å se på hvordan fastlegeordningen må styrkes og videreutvikles slik at de tiltak som foreslås kan løses innenfor de rammer og virkemidler som kommunene innehar. Det er viktig at dette gjøres før andre forslag iverksettes slik at kommunene har det nødvendige virkemiddelapparat til å gjennomføre sentrale føringer.

#### 6.11.3 Ambulansetjenesten

KS er positive til at ambulansetjenesten videreutvikles og sammen med den øvrige pre-hospitale kjeden støtter oppunder befolkningens behov for tjenester. Ambulansetjenesten bør etter KS vurdering styrkes ytterligere slik at den kan støtte oppunder kommunenes legevaktstjenester. Det gjelder både behovet for å frakte legen ut til pasienten, men også generelt samarbeid mellom lege og



ambulanspersonell. Mange steder i Norge er det gode erfaringer med dette samarbeidet, og fra sentralt holdt bør det legges til rette for at dette videreutvikles.

KS mener videre at utvikling av hvite biler bør sees i sammenheng med kommunenes behov for legebil, og at det ressursmessig bør være en kobling disse to tiltakene i sammen,

#### 6.12 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

KS vil støtte utvalgets syn på at det er den helhetlige akuttmedisinske kjede som er viktig for befolkningens tilgang til tjenester, og at denne må ligge til grunn for hvordan kommuner og helseforetak i fellesskap utvikler sine tjenester. Responstider, kvalitetsmål, bruk av personell mv må sees opp imot denne helheten og være en del av en overordnet kost-nytte vurdering.

#### **Konkrete innspill til rapportens kapittel 7 – Økonomiske – administrative konsekvenser**

Generelt vil KS påpeke at mange av de tiltakene utvalget foreslår ikke bare medfører økte kostnader for kommunene, men også medfører et betydelig behov for økt personell og fler leger. Med utgangspunkt i den krevende rekrutteringssituasjonen mange kommuner er i, så vil KS be utvalget om å også utrede behov for personell i sitt videre arbeid.

I kapittel 7 fremkommer ikke utvalgets beregning knyttet opp imot anmodning om forslag til endringer i arbeidstid (kulepunkt 2 side 103). Det er grunn til å tro at dette punktet særlig vil fremtvinge behov for fler leger og økte kostnader, og med de forutsetningene som er gitt i tidligere i høringsvaret vil KS be utvalget om å konkret beregne dette dersom utvalget går ytterligere inn i denne problemstillingen.

I tillegg vil KS særlig kommentere følgende punkter:

##### 7.1.1. Maksimal reisetid for innbyggere i hvert legevaktdistrikt

Når det gjelder kostnader forbundet med innføring av maksimal reisetid, må beregningen ta utgangspunkt i hvor mange nye legevakter som må opprettes og kostnadene per legevakt. Det må gjøres bedre anslag enn det som er gjort i rapporten både når det gjelder kostnader per legevakt og hvor mange nye legevakter det vil være behov for. KS forutsetter at dersom krav til responstider skal innføres må kostnadsberegningene tas gjennom konsultasjonsordningen med KS. Det må også ses på hvordan kompensasjon for utgiftene til flere legevakter skal fordeles kommunene imellom.

I tillegg bør kriteriene for maksimal reisetid forbedres. Det er en svakhet ved kriteriene for responstider at de bare gjelder prosentandeler av innbyggerne innenfor hvert legevaktsdistrikt. Det betyr at innenfor et legevaktsdistrikt med relativt få innbyggere vil et lite antall innbyggere med lang reiseavstand utløse krav om ny legevakt, mens innenfor et legevaktsdistrikt med mange innbyggere vil et langt større antall innbyggere med lang reisevei ikke utløse et tilsvarende krav.

##### 7.1.2 – Uniformert legevaktsbil med støttepersonell

I kapittelet forutsettes det at mange legevaktsdistrikter allerede har tilstrekkelig bemanning til å kunne bemanne opp en legevaktsbil. KS tviler på at dette medfører riktighet, og vil be utvalget utrede dette nærmere. Gitt at det må tilsettes mer personell på legevakt enn det utvalget forutsetter for å bemanne en bil, så må dette være en del av kostnadsberegningen.

KS vil også understreke at dersom det stilles krav til utrykning, noe som det til en viss grad legges føringer for i rapporten hvor det forutsettes deltakelse på «rød respons», så omfatter dette mer opplæring, sertifisering og vedlikehold av personalets kompetanse som skal bemanne legebilen. Dette vil i så fall avstedkomme ytterligere kostnader.

#### 7.1.3 – Fastlønn

KS vil understreke at dette tiltaket vil medføre betydelig økte kostnader for kommunene og må kostnadsberegnes dersom utvalget akter å gå videre inn i dette.

KS vises for øvrig til tidligere formuleringer i høringssvaret hvor det understrekes at godtgjørelse for legevaksarbeid er gjenstand for forhandlinger mellom Legeforeningen og KS.

Mvh

Helge Eide  
Områdedirektør interessepolitikk

Tone Marie Nybø Solheim  
Avd direktør helse og velferd