



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 14/5106

Dato: 21.11.2014

Høring – Akuttutvalgets delrapport

Legeforeningen takker for å få mulighet til å gi innspill på Akuttutvalgets delrapport. Innspill er hentet fra Legeforeningens foreningsledd og er behandlet i sentralstyret 5. desember 2014.

Legeforeningen mener rapporten gir en god og presis beskrivelse av utfordringene i den akuttmedisinske kjede. Legeforeningen deler særlig utvalgets bekymring for at legevaktjenesten er i ferd med å bli en marginalisert tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Legeforeningen synes utvalget har laget en svært god og grundig rapport som angir riktig retning for utvikling av akuttjenesten utenfor sykehus. Legeforeningen støtter i all hovedsak de tiltak som foreslås. For at tiltakene skal kunne realiseres, kommer man ikke utenom en betydelig styrking ressursmessig. Legeforeningen jobber for tiden med å utarbeide en rapport med mål og tiltak for en bedre legevaktjeneste. Denne ferdigstilles tidlig 2015.

Legeforeningen har følgende kommentarer til utvalgets anbefalinger og tiltak:

Nasjonal strategi og felles planlegging: Legeforeningen støtter forslaget om en nasjonal strategi for en styrket akuttjeneste utenfor sykehus. Legeforeningen har lenge etterlyst at nasjonale helsemyndigheter i større grad må legge føringer for de kommunale akuttjenestene. En slik strategi må tydeliggjøre kommunes ansvar og forpliktelser. Kommunen har som øverste forvalter det endelige ansvaret for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Legeforeningen mener dette langt fra er godt nok ivarettatt i dag. Samtidig er det viktig at nasjonale føringer ivaretar muligheter for lokale løsninger.

Legeforeningen støtter Akuttutvalget i at Helse- og omsorgsdepartementet gir oppmerksomhet til og øver påtrykk for at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske kjedene. Akuttmedisin utenfor sykehus er en av få oppgaver i norsk helsevesen som løses ved samarbeid mellom personell og ressurser både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Effekten av et slikt samarbeid må være mer kunnskap hos helseforetakene om lokale behov og ressurser, bedre utnyttning av det kommunale/interkommunale akutt-tilbudet og ressursbruk som er bedre tilpasset lokale behov.

Til forslaget om at samhandlingsavtalene må revitaliseres og utvikles, erfarer Legeforeningen at disse avtalene har begrenset med legitimitet fagmiljøene og ikke oppleves relevante for det kliniske arbeidet. Strukturen rundt avtaleinngåelsen har vært juridisk og liten grad involvert fagmiljøene. Legeforeningen mener det er et behov for et sterkere samarbeid mellom legevakt og helseforetak, men at dette arbeidet må gjøres nedenfra, i tett samarbeid med fagmiljøene. Legevaktene har i dag, som Akuttutvalget også påpeker, begrenset med ressurser til administrering og ledelse. En styrket ledelse i legevaktene er en viktig forutsetning for at man skal kunne arbeide godt med strukturspørsmål i prehospital akuttmedisin.

Legeforeningen støtter utvalget at kommuner og helseforetak må gjennomføre risiko- og

sårbarhetsanalyser med jevne mellomrom. Det er særlig viktig for å sikre at legevakttilbudet er dimensjonert ut i fra de reelle behovene, og at problemområder identifiseres og løses. I en ROS-analyse av legevaktene, bør blant annet følgende forhold gjennomgås: legeberedskap, legebemanning, sykepleierbemanning, sikkerhet for ansatte og pasienter, kvalitet på legevakttilbudet, responstid, rekruttering, kompetanse, øvrige kommunale tjenester og samarbeid med fastlegene.

Legeforeningen støtter utvalgets forslag om at kommunene må utarbeide en akuttmedisinsk plan. Denne planen må ikke forveksles med samhandlingsavtalene, og må springe ut fra kommunene. Planen må ta utgangspunkt i utført en risiko- og sårbarhetsanalyse. En plan for akuttjenesten må blant annet inneholde:

- En tydelig beskrivelse av hva legevakt skal levere av tjenester. Legevaktens faglige innhold må ses i sammenheng med fastlegeordningen, spesialisthelsetjenesten, det øvrige kommunale helsetilbudet og lokale forhold og behov.
- Krav til utstyr på legevakten. Vurderingen må ta utgangspunkt i avstand til nærmeste sykehus og det øvrige helsetilbudet i kommunen/nabokommunene
- Beskrive tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike instanser i den akuttmedisinske kjede: ambulansetjenesten, legevakt, fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- Beskrive kompetansekrav og hvordan kommunen skal oppnå stabil vaktdekning (bemanningsplan, avlønning mv.)
- En beskrivelse av legevaktens rutiner for opplæring, sikkerhetstiltak, behandlingsprosedyrer og akuttmedisinske øvelser
- Planen må brukes som et verktøy i kvalitetssikringsarbeid

For å sikre god forankring av planene, må kommunene invitere berørte parter (ambulansetjenesten, sykehus, legevaktleger, sykepleiere og fastleger) til å bidra i prosessen. Sentrale målsettinger for akuttjenesten må defineres og det må være en felles forståelse hos helsepersonellet hva de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede skal levere av tjenester. Kommuneoverlegen må gis et overordnet ansvar for oppfølging av planen i tett samarbeid med legevaktoverlegen. Den må være gjenstand for diskusjon og forankres i partssammensatte utvalg, som Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalget (ALU). Planen må evalueres jevnlig og oppdateres ved behov.

Medisinskfaglig ledelse i kommunene og ledelse på legevakt: Det er bra at Akuttutvalget løfter behovet for en styrket kommuneoverlege. Legeforeningen mener det er et stort behov for å styrke medisinsk faglig ledelse i kommunene. Kommuneoverlegen bør ha en sentral rolle i planlegging, etablering og drift av de kommunale akuttjenestene. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan medisinskfaglig kompetanse benyttes i kommunene i dag. Kommuneoverlegene jobber mange steder i en uavklart ansvarslinje i små stillingsbrøker. Det er viktig at kommunens politiske og administrative ledelse har et godt beslutningsgrunnlag for å gjøre nødvendige prioriteringer i planlegging av de kommunale akuttjenestene. En styrket kommuneoverlege er et viktig grep for å heve kommunenes medisinskfaglig kompetanse. Legeforeningen støtter akuttutvalget i at kommuneoverlegen må få ansvar for å koordinere og kvalitetssikre de offentlige allmennlegeoppgavene. Å styrke kommuneoverlegens helhetlige lederfunksjon vil også hjelpe kommuner å fjerne «tette skott» mellom tjenestene.

For at det medisinske grunnlaget skal ivaretas i kommunenes planlegging, må kommuneoverlegen involveres i beslutninger som har konsekvenser for legevakten og det

øvrigt allmennlegearbeidet. Dette kan kun oppnås ved klare styringslinjer og mandat for kommuneoverlegen, og forutsetter stillingsstørrelser som står i forhold til oppgavene.

Utvalget foreslår etablering av egne tverrfaglige akuttmedisinske team i kommunene, felles akuttmedisinsk ledelse og opprettelse av egne samarbeidsorgan. Tanken om relasjonsbygging og samhandling er god, men Legeforeningen mener det er unødvendig å bygge opp nye kommunale strukturer for å få til dette. Dette må gjøres enklest mulig: Vektlegging av regelmessig trening, klare avtaler og en styrket ledelse.

Legeforeningen deler Akuttutvalgets bekymring over at det settes av for lite ressurser til faglig og administrativ ledelse i legevakt. Legeforeningen mener det er på høy tid at å legge bak seg restene av en tradisjon der legevakten er den enkeltes leges ansvar, mens kommunen kun skal administrere ordningen. Ressurser til medisinsk faglig ledelse er en helt nødvendig forutsetning for at man skal kunne ivareta god kompetanse og vektlegge fagutvikling og kvalitetsarbeid på legevakten. Legeforeningen mener en løsning på dette er å ansette legevaktoverleger i alle legevaktdistrikt.

Utvalget foreslår at alle legevaktdistrikt, uansett størrelse, skal ha en medisinsk faglig legevaktleder i minst 20 % stilling, og at legevakt med et befolkningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjør minst 50 %. Legeforeningen mener hovedutfordring i dag er at personer med faglig og administrativt ansvar ofte har for små stillingsbrøker. Stillingene er underdimensjonert sett i forhold til de oppgaver som skal utføres. Flere legevaktdistrikt har behov for en legevaktsleder i betydelige større stillingsprosent enn 20 og 50 %. Her kunne utvalget med fordel vært mer ambisiøse i sine anbefalinger.

Bedre tilgjengelighet hos fastlegene og kveldsåpne fastlegekontorer: Akuttutvalget påpeker at mange konsultasjoner på legevakt med fordel kunne vært foretatt av fastlegen.

Legeforeningen er enig i dette. Fastlegeordningen er presset. Fastlegene har i dag svært liten kapasitet til å utføre flere oppgaver. Mange av de tiltakene akuttutvalget foreslår (sykebesøk, utrykning, økt tilgjengelighet, responstid og regulert arbeidstid) vil innebære en betydelig økning av antall leger i kommunene. Med dagens legeressurser vil det for flere kommuner være umulig å imøtekomme disse kravene. Legeforeningen 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 realiseres. Legeforeningen ønsker å bidra i dette arbeidet.

Behovet for kveldsåpne fastlegekontorer mener Legeforeningen, i likhet med Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin, vil ha begrenset betydning for pågangen på legevakt. Beregninger gjort i Stavanger viser at legevakten behandler kun 1/3 pasient per fastlege per kveld. Nklms analyser av influensarelaterte konsultasjoner hos fastlegene under svineinfluensaepidemien i 2009 bekrefter dette. Selv om den samlede kapasiteten i fastlegeordningen økte betraktelig i denne perioden (fastlegene hadde 125 000 influensarelaterte konsultasjoner under epidemien, legevaktene hadde kun 22 000), hadde hvert fastlegekontor i snitt kun to ekstra pasienter hver dag. Kveldsåpne legekontorer vil føre til at fastlegearbeidet flyttes fra dagtid til ettermiddag/kveld, samtidig som fastlegen blir mindre tilgjengelig for sine listepasienter. Legeforeningen vil advare mot endringer som uthuler fastlegens listeansvar

Kompetanse hos legevaktvaktlegene: Legeforeningen deler akuttutvalgets bekymring for at kompetansen i legevakt enkelte steder ikke er god nok. Legeforeningen mener dette må løses ved at kommunene tilrettelegger for gode arbeidsforhold slik at kompetente leger kan dekke

dette fagfeltet på en god måte. Vi mener den variable kvaliteten og populariteten legevaktstjeneste har blant legene i stor grad skyldes den «påleggstilnærmingen» det har vært tradisjon for på dette området. Utredningen forsterker denne tilnærmingen ved forslagene til obligatorisk vaktstjeneste for å opprettholde spesialiteten. Etter vår oppfatning blir både arbeidsmiljø og kvalitet best om det tilrettelegges for at legevakt er en arbeidsoppgave man ønsker å gå inn i. Kommunen som arbeidsgiver har ikke samme insentiv for å rekruttere og beholde leger i legevaktstjenesten som man ville hatt om deltakelse var frivillig. Vi har samtidig forståelse for at det vil kunne være krevende å foreta en full omlegging til frivillighet. Krav bør imidlertid være unntaket, ikke hovedregelen. Etter vår vurdering har man i den politikken som hittil er ført ikke tatt tilstrekkelig hensyn til behovet for ovennevnte hensyn og til behovet for at fastlegene er tilgjengelige for sine listepasienter.

Legeforeningen støtter Akuttutvalgets anbefaling om at legevaktene i størst mulig grad bør dekkes av allmennleger. I mange legevaktdistrikter vil også andre leger delta i vaktordningen. Legeforeningen mener god kompetanse ikke utelukkende kan knyttes til legens spesialitet. Forutsetningene må heller være at vaktlegene inngår i den normale vaktordningen, har tilstrekkelig antall vakter og deltar i driftsmøter, trening og opplæring. Leger fra andre spesialiteter må ha fullført opplæringsprogram og hatt regelmessige vakter med veiledning før de kan jobbe selvstendige i vakt. Motsatt bør det også stilles krav om at de allmennleger som deltar i vaktordningen tar vakter jevnlig, slik at de føler seg trygge på legevaktens rutiner og øvrig drift. Det vil i sentrale strøk innebære at ikke alle leger skal ha vakt, men at tilstrekkelig antall og godt opplærte allmennleger i hovedsak skal dekke legevaktene.

Legeforeningen er mot at legevakt skal være obligatorisk for etterutdanning for spesialiteten allmennmedisin. Kompetanseutfordring i legevakt kan hverken løses med å stille krav til et enkelt kurs eller ved å gjøre legevakt obligatorisk i et spesialiseringssløp. God kompetanse sikres med god organisering som tilrettelegger for god fagutøvelse. Da vil legevaktene evne å tiltrekke flinke fagfolk. [En nærmere redegjørelse av Legeforeningen syn på kompetansekrav til legevaktleger finnes i Legeforeningens høringsuttalelse til ny akuttmedisinforskift.](#)

Kommunale akutte døgnplasser (KAD): Legeforeningen erfarer at de kommunale akutte døgnplassene fungerer i varierende grad i dag. Et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgnopphold krever blant annet at personellet har observasjons-, vurderings- og behandlingskompetanse. Flere kommuner har samordnet KAD og legevakt, uten at bemanningen er avklart. I flere kommuner har allerede dårlig organiserte legevakter med begrenset bemanning fått ansvar for pasienter innlagt på KAD. Det svekker både legevaktens beredskap og KAD-pasientenes medisinske oppfølging. Legeforeningen savner flere forslag til tiltak og en nærmere beskrivelse av forutsetninger for hvordan KAD best bør organiseres slik at pasientene sikres et godt faglig tilbud. [I Legeforeningens veileder for KAD gis det en rekke anbefalinger som vil være til hjelp for både helsepersonell og beslutningstakere.](#)

Fastlønn og arbeidstid: Motforestillingene som fremkommer mot dagens aktivitetsbaserte finansiering er i stor grad mytebasert og ikke kunnskapsbasert. Avtalepartene bør løpende vurdere hvorvidt man har hensiktsmessige godtgjøringsmodeller for det arbeidet som skal gjøres. Organisering og aktivitetsnivå vil være blant faktorene som er bestemmende for dette. I dag er det betydelig variasjon i både organisering og aktivitetsnivå ved landets legevakter. Dette har ført til et komplisert og omfattende avtaleverk for å romme de ulike løsningene. Godtgjøring og godtgjøringsform kan heller ikke vurderes isolert fra arbeidstids- og vernebestemmelser, og andre typer arbeidstakerrettigheter. Det er naturlig at avtalepartene, Legeforeningen og KS, følger opp eventuelle nye rammer for legevaktorganiseringen med å

vurdere behov for endringer i godtgjøringsform. På flere legevakter vil det være naturlig at folketrygden fortsatt gir refusjon for aktivitet slik den også gjør for fastlegens arbeid på dagtid. Noe annet ville kunne føre til uforutsigbare vridningseffekter.

Legeforeningen deler utvalgets vurderinger av viktigheten av en mer ordnet arbeidstid på legevakt. Vi erfarer at arbeidstidsbelastningen ved en del legevaktordninger er belastende og hindrer rekruttering. Ved siste avtalerevisjon ble det foretatt en del justeringer som bidro til bedret arbeidstidsvern. Det er behov for ytterligere utvikling av dette. Vurderingen av arbeidstid på legevakt må også ses i sammenheng med behovet for tilgjengelighet i praksis. Alle tiltak som medfører at fastlegen er borte fra praksis, gjør fastlegen mindre tilgjengelig for sine listepasienter. Dette må det tas hensyn til.

Telefon som førstekontakt: Legeforeningen deler Akuttutvalgets oppfatning om at telefon bør være den viktigste kontaktmåten inn mot legevakt, og at det bør utvikles systemer der pasienter kan settes opp til avtalt tid på legevakt for å unngå ventetid. Utvalget går ikke nærmere inn i kompetanse eller organisering av telefonkontakten i legevaktene. Legeforeningen mener at telefontjenesten må bemannes av kompetent helsepersonell med kontinuerlig tilgang på legeveiledning. Legeforeningen støtter Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) forslag om minstekrav til kompetanse hos personellet i legevaktsentralen: Helsefaglig utdanning på bachelornivå, klinisk praksis og spesifisert opplæringsprogram. Opplæringsprogram må sørge for at personellet også har god kunnskap om lokalgeografi, logistikk og den lokale helsetjenesten. Det er også nødvendig å utvikle bedre faglige støtteverktøy for telefonrådgivning.

Prioritering av pasienter i legevakt: Akuttutvalget mener legevaktene i fremtiden i større grad må prioritere de sykeste pasientene. Legeforeningen er enig i dette. Samtidig står legevakten i en særstilling som en trygghetsskapende institusjon. Legeforeningen mener legevakten må være tilgjengelig for de som er engstelige for sin egen eller sine nærmestes helse, selv om tilstanden medisinsk sett er ufarlig. Folks opplevelse av sykdom og skade er ulik, og det er viktig at pasientenes behov respekteres. Legevaktene må organiseres slik at ulike behov møtes med rett tiltak. For noen innebærer det en legekonsultasjon, for andre vil det være tilstrekkelig med et medisinsk råd over telefon. Andre trenger informasjon om at fastlegen er best kontaktpunkt, og må tilbys hjelp til å bestille time hos fastlegen neste dag. Mange pasienter som i dag oppsøker legevakten ville fått bedre behandling og oppfølging hos fastlegen.

Legevaktene må ha gode rutiner for prioritering av pasienter og sørge for forsvarlig håndtering av tilstander som haster. Innføring av bedre systemer for vurdering av hastegrad for hver pasient er et tiltak som må vurderes. Ifølge utvalget bør forsøk med triage i legevakt iverksettes, utredes og evalueres. Dette samsvarer i stor grad med Legeforeningens politikk. Legeforeningen mener at brukerundersøkelser og kartlegging av kontaktrate må avdekke om det er behov for etablering av triage-funksjon. I tillegg mener Legeforeningen at legevaktoverlegen, i samarbeid med helsepersonell og legevaktlegene, har ansvar for lokal tilpasning av sorteringskriterier. Det organisatoriske ansvarsforholdet for implementering av triage-system er ikke nærmere utredet av utvalget.

Sentralisering og maksimal reisetid: Et tydelig signal fra utvalget er å gå imot ytterligere sentralisering av det akuttmedisinske tilbudet. Legeforeningen deler utvalgets vurdering av at

avstand til legevakt ser ut til å være en kritisk faktor. Vi ber imidlertid om at det blir gjort en konsekvensutredning av forslaget om et desentralisert legevakttilbud når det gjelder behov for legeressurser, sett i sammenheng med kompetansekrav til legevaktsleger, krav om bakvakt/dobbelt tilstedevakt, utrykning og sykebesøk. Vi tror det er få allmennleger som ønsker hyppigere legevakt enn i dag. Vi har grunn til å tro at disse kravene samlet sett vil øke vaktbelastningen betraktelig, og spesielt der hvor vaktbelastningen i dag allerede er høy. Større vaktbelastning vil kunne true rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen og gi mindre tilgjengelighet på dagtid. For å unngå dette vil det være behov for en sterk opprustning av fastlegeordningen, spesielt i distriktene. Oppretting av egne, fastlønnede legevaktstillinger vil på noen steder kunne være et alternativ.

Legeforeningen mener at i beslutninger om sentralisering/desentralisering, og kravene om maksimal reisetid, må springe ut fra medisinsk faglige premisser og krav til god kvalitet. Flere steder vil man ikke kunne gi et forsvarlig legevakttilbud uten at tjenesten sentraliseres. Sentralisering er imidlertid ikke ensbetydende med en bedre legevaktjeneste. Det finnes flere små legevakter som har laget gode systemer som ivaretar kompetanse og bemanning, til tross for at de er små. Det må ikke skapes en falsk trygghet for befolkningen ved at sentralisering skjer på feil premisser. Motsatt må man ikke gi befolkningen en falsk trygghet ved å tviholde på lokale legevaktstasjoner som ikke er i stand til å gi forsvarlig legehjelp og ivareta beredskapen. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisins modeller for ulik organisering avhengig av geografi og sentralitet bør videreutvikles, også med tanke på bemanning og kvalitet.

Utrykning og sykebesøk: Legeforeningen er enig at omfanget av sykebesøk og utrykning med lege i dag er for lav. Flere sykebesøk og lege med på utrykning kan bidra til bedre avklaring av pasientenes tilstand. Legeforeningen mener imidlertid det er viktig å se på årsakene til hvorfor det utføres få sykebesøk og utrykninger fra legevakten. En årsaksfaktor kan være en historisk restriktiv tilnærming fra trygdens (HELFO) side med å godkjenne sykebesøktakster. Det var en tid flere tilbakekrevingsaker på grunn av en påstått for høy frekvens av sykebesøk. Det er først i den senere tid (Samhandlingsreformen) at sykebesøk har blitt ansett som en konsultasjonsform man ønsker mer av. Som det påpekes i rapporten er ikke bildet entydig på at sykebesøk fører til kvalitetsheving. I en del tilfeller vil det ha så store fordeler å kunne gjennomføre konsultasjonen på en legevaktstasjon med personell/ utstyr tilgjengelig at dette tilsier en lavere terskel for å bringe selv pasienter som hittil har vært ansett for å være i målgruppen for hjemmebesøk. Til dette er beredskapen på norske legevakter i dag for dårlig. 80 % av dagens legevakter har kun én lege på vakt på kveld, natt og helg¹. Kun en av fem har organisert bakvakt for vaktlegen.

Det må foreligge en reell praktisk mulighet for utrykning i alle legevaktdistrikter. Det er flere steder gjort forsøk med at AMK skal varsle legevaktlege ved akutte hendelser. Legeforeningen erfarer at dette setter vaktleger og helsepersonell i samtidighetskonflikter på grunn av bemanningsproblemer. For legevakter med kun én tilstedeværende lege på vakt vil utrykning bety at legevakten er uten lege, noe som kan være risikofylt dersom det oppstår behov for annen akutt hjelp mens legen er borte. Det kan også være lite hensiktsmessig at leger deltar på utrykning når andre nødetater er på ulykkesstedet.

Økt bruk av sykebesøk fra pasienters fastlege vil forebygge behovet for sykebesøk av legevaktlege. Fastlegen kjenner pasientens sykdomshistorie og har bedre forutsetninger for å vurdere pasientens helsetilstand. Legeforeningen tror ikke det er rett å sette et konkret mål for hvor mange sykebesøk det skal være fra legevakten per 1000 innbyggere. Behovet for

hjemmebesøk og sykebesøk ved for eksempel sykehjem vil variere, og må ses i sammenheng med organisering av sykehjemslegearbeidet. Legeforeningen mener det er viktig at det er legens selvstendige vurdering som ligger til grunn for om legen skal rykke ut eller ikke, og om sykebesøk er nødvendig. Å tallfeste mål for uttrykninger og sykehjemsbesøk vil overstyre legens faglige skjønn og vurderinger.

Legeforeningen mener legevaktene må organiseres slik at en lege er frigjort til å være i beredskap for de pasientene som virkelig har behov for legehjelp, enten det er på legevaktstasjonen, utrykning og/eller sykebesøk. Hovedregelen for alle legevakter bør være minimum to leger på vakt. Med dagens legebemanning vil det i flere kommuner være umulig å sikre en forsvarlig legevakttjeneste dersom legevaktlegen også skal pålegges sykebesøk og utrykning. Legeforeningen etterlyser at kravet om mer sykebesøk og utrykning møtes med fastsatte rettigheter for legevaktansatte.

For å ivareta tryggheten for legevaktsleger er det viktig at de defineres som ansatte i kommunen når de er på vakt. Vaktleger må være dekket av kommunale forsikringsordninger (eksempelvis ulykkesforsikring og yrkesskadeforsikring). Dette gjelder særlig for leger som er med på utrykning.

Psykisk helse og rus: Legeforeningen stiller seg bak utvalgets anbefalinger til styrking og forbedring av akutttilbudet til mennesker med psykiske helseplager og rusrelaterte lidelser. Tilbudet til den de nevnte pasientgruppene varierer i for stor grad i ulike deler av landet. Det er bra at denne pasientgruppen vies mye oppmerksomhet i rapporten. Legeforeningen er også enig i vurderingen at akutt ambulante team ikke har fungert ut i fra forventningene. De har ikke vært tilgjengelige utover vanlig arbeidsdag og det er i mange tilfeller stilt spørsmål ved om disse teamene er bygd opp med tilstrekkelig kompetanse.

Målet må alltid være å gi behandling på laveste effektive nivå og hindre fragmenterte og oppstykkede tjenester. Akuttutvalget foreslår også utvidete åpningstider i distriktpspsykiatriske sentre og utvidet telefontid med rom for veiledning mot legevakttjenesten. Etter Legeforeningens mening bør det sikres en vaktordning på DPS-nivå som gjør at pasienter med behov for innleggelse på DPS på kveld, natt og i helg kan legges direkte inn fra legevakt. På noen steder må pasienter som trenger frivillig innleggelse på DPS en lørdag i dag vente på akuttpost på psykiatrisk sykehus til kontortid mandag for å komme til rett nivå. Dette er tegn på dårlig ressursutnyttelse og samarbeid.

Tilsyn: Legeforeningen mener det er bra at tilsynsfunksjonen nevnes. I denne sammenheng må det også stilles krav til virksomhetens egne fortløpende internkontrollsystem og kvalitetssikringsarbeid. Det er ikke primært ytre etater som skal kontrollere at tjenesten fungerer, virksomheten har selv et ansvar for å følge med.

Legeforeningen vil understreke at det er viktig tilsynet fokuserer på legevakt som system. Til nå har tilsynsaktiviteten i stor grad vært rettet mot den enkelte legevaktslege. Hvis legene skal gjøre riktige prioriteringer i legevakten, må systemet legge til rette for det. Lærings- og forbedringsarbeid må bli en integrert del av driften ved legevaktene og være en del av legevaktoverlegens ansvarsområde. Et arbeidsmiljø preget av trivsel har god kultur for læring, og ledelsen har ansvar for at et godt arbeidsmiljø utvikles og opprettholdes. Kommunene bør i fremtiden bruke Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) som ressurscenter for utvikling og støtte.

Kunnskap og kvalitet: For å styrke forskning- og fagutvikling for hele den akutt medisinske kjeden foreslår utvalget mer offentlig finansiert forskning gjennom et nasjonalt kraftsenter som bygger på de eksisterende miljøene Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin m fl. Det foreslås nasjonale kvalitetsmål, indikatorer og kodeverk som muliggjør datauttrekk og revidering/digitalisering av Medisinsk Indeks. Utvalget foreslår at arbeid med kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet bør inngå i tjenestens daglige virksomhet, at meldeordningen for uønskede hendelser skal gjelde også for primærhelsetjenesten og et mer ensartet nivå på utstyr og teknologi i legevakt. Legeforeningen støtter alle disse forslagene, men vi mener at følgende tiltak på utvalgets liste vil ha størst betydning for pasientsikkerheten i prehospitaltjenester: Innføring av elektronisk pasientjournal prehospitalt med integrering av ulike journalsystemer i et felles system, og en tilgjengelig kjernejournal. Vi ber om at dette tiltaket prioriteres.

Nasjonalt fagmiljø og økt forskning: Utvalget foreslår en tettere organisatorisk tilknytning mellom NKLM, NAKOS og KOKOM. Legeforeningen kan ikke se gode argumenter for dette. NKLM ble i sin tid opprettet for å øke kompetansen om prehospital akuttmedisin med hovedvekt på legevakt. Dette har vist seg produktivt. Det er ingen ting som tilsier at samarbeidet mellom miljøene i dag ikke fungerer. Vi ser ingen grunn til å endre noe som fungerer godt.

Hjertestans og hjerneslag: Det er bra at hjerneslag og hjertestans blir omtalt særskilt. Kardiologiske problemstillinger og hjerneslag representerer ofte en betydelig akuttmedisinsk utfordring, både med tanke på diagnose og behandling. I mange situasjoner er rask diagnose og behandling avgjørende for om pasienten overlever og for deres videre livskvalitet. I disse situasjonene er helsepersonellens kompetanse sentral og pasientene må ofte transporteres så raskt som mulig til nærmeste behandlingssted. Akuttkjeden avhenger derfor av godt fungerende planer og smidighet i alle ledd. Behandling må startes lokalt og transport til behandlingssenter må iverksettes raskt. Evaluering og justering av planene må være en kontinuerlig prosess da tid til behandling og transport videre i sykehus er avgjørende faktorer.

Slagbehandlingen har behov for omfattende forbedringer fordi en stor andel av pasientene kommer for sent for effektiv akuttbehandling og det er stor forskjell på behandlingen. En forutsetning for at foreslåtte endringer i den prehospitaltjenestekjeden kan få tilstrekkelig effekt er at slagbehandlingen omorganiseres flere steder i landet. I flere av de større byene bør slagbehandlingen sentraliseres.

Trygghet og sikkerhet: Utvalget har gjort en fortjenestefull innsats for å beskrive det særskilte risikobildet som gjør seg gjeldende på legevakt. Vi får i økende grad henvendelser fra medlemmer som beskriver utrygge situasjoner i legevaktarbeidet. Det er behov for en rekke tiltak for å styrke tryggheten til både ansatte og medpasienter. Et grunnleggende krav er å slippe å opptre alene, enten det er vakt eller sykebesøk. Uniformert kjøretøy med nødvendig utrustning er også svært viktig å få på plass.

Manglende vurderinger av utfordringer i dagberedskap: Legeforeningen mener det mangler nødvendige beskrivelser av behovet for allmennt medisinske beredskapsfunksjoner på dagtid. En del kommuner har sett et slikt behov og etablert en daglegevaktordning. Samtidig erfarer vi at mange kommuner «slipper tak» i det ansvar de har for ø-hjelpstilbudet til sin befolkning. Fastlegene har kun ansvar for tilbudet til egen listepopulasjon (herunder

tilrettelegging for øyeblikkelig hjelp). Skal det etableres en beredskapsordning på dagtid for de som ikke står på fastlegenes lister (eks tilreisende, pendlere mv) må dette organiseres særskilt av kommunen og nedfelles i avtaler. Det samme gjelder om en av legene i kommunen skal være i beredskap på dagtid for tilgjengelighet i nødnett og for eventuell utrykning. Vi erfarer at det er svært ulik praksis i AMKs bruk av og forventninger til nødnett overfor fastlegene. Om beredskapsordninger skal realiseres må det ryddes tid til dette og naturligvis settes i system med godtgjøring mv. Slik beredskapstankegang virker fremmed mange steder. Kommunene det gjelder (i hovedsak små og mellomstore) viser til manglende nasjonale krav og kvier seg for å organisere og finansiere. Resultatet er manglende beredskap og ansvarsuklarhet.

Med hilsen
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær



Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Sara Underland Mjelva

¹ Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research helse, 2014