



Deres ref.: EBV **Vår ref.:** **Saksbehandlers tlf.nr.:** 95799475 **Arkiv:** **Dato:** 14.12.2014

Høringsuttalelse på Akuttutvalgets delrapport fra Helse og omsorgsledere i Indre Namdal

Økonomisk –administrative konsekvenser for kommune:

I delrapporten vises det til at utvalget i sitt mandat skal utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av tiltakene. Man har ikke gjort en fullstendig økonomisk vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene basert på at dette ikke har vært mulig å gjennomføre innen gitt tidsramme. Rapporten viser til en overordnet vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av de viktigste tiltakene:

Maksimal reisetid for innbyggerne i hvert legevakt-distrikt:

Et nasjonalt krav om at 90/95 pst. Av befolkningen skal ha en maksimal reisetid til nærmeste legevaktstasjon på 40/60 minutter, innebærer at legevaktberedskapen må styrkes. For de kommuner som har interkommunalt samarbeid vises det til muligheter for å opprette ny tilleggsstasjon / legevaktstasjon nærmere kravet slik at reisetidskravet kan innfris.

Uniformert legevaktbil med støttepersonell:

Noen legevakter har pr i dag legevaktbil. For legevakter som ikke har dette pr i dag er det et nytt tiltak. Ved utrykning og sykebesøk skal lege og støttepersonell dra sammen. Det er anslått årlige driftskostnader til bil på om lag 500 000 til dekning av drift og avskrivninger.

Fastlønn:

Utvalget mener at det er mange grunner til at det bør stimuleres til økt bruk av fastlønn i legevakt. Foreslår å igangsette arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningen av fastlønn i legevakt. Ingen nærmere vurdering er gjort.

Ledelse på kommunalt nivå:

Utvalget foreslår at kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes, spesielt med tanke på koordinator funksjonen innen den akuttmedisinske kjede. Utvalget anbefaler at det bør være en medisinsk-faglig legevaktleder i minst 20 pst.

Stilling. På mindre steder har kommuneoverlegen dette ansvaret, men på større steder vil det være behov for egen legevaksleder med ansvar for fagutvikling, kvalitetsarbeid og kompetanse. Eksisterende nasjonale programmer for ledelse utvides og skal gjelde ledere i den akuttmedisinske kjede. Kostnader til dette bør kunne dekkes av allerede avsatte midler til fagutvikling og ledelse i kommunene. Andre forslag:

Samarbeidsavtaler og krav om samtrening mellom personell i ambulansetjeneste og kommunehelsetjeneste er allerede et lovpålagt krav. Det er sprik mellom kommuner og foretak i hvilken grad dette gjennomføres. Utgiftene til samtrening må dekkes innenfor kommunens og foretakets ordinære drift. Beregning av frikjøp av fastleger er ikke gjort. Dette er en utgift noen kommuner allerede har pr i dag, men vil øke hvis fastleger i større grad deltar. Akuttutvalget mener at det må stilles krav til at alle leger i legevakt enten er spesialister i allmennmedisin eller under utdanning.

Vurdering av rapporten:

Akuttutvalget har gjennomført et arbeid av stor viktighet. Den berører tjenester, som skal være tilgjengelige og operative når innbyggere har behov for medisinsk hjelp. Det oppleves som viktig og korrekt å vurdere samt komme med forslag til bedre tiltak vedrørende akutt medisin nettopp for å oppfylle målsetting om et likeverdig tjenestetilbud til alle landets innbyggere. Rapporten er omfattende med tanke på berørte tema.

For kommunene vil det å gjennomføre forslagene i utvalgets rapport naturligvis by på utfordringer, fordi det vil være en endring av nåværende situasjon. Så lenge endringene oppleves som hensiktsmessig både faglig og økonomisk er endringene positive! Det vil være ulike utfordringer og nivå på utfordringene alt ettersom hvilken kommune man tilhører. Dette ut i fra at tiltakene berører områder som er veldig forskjellig fra kommune til kommune, geografi og innbyggertall.

Vedrørende forslag om maksimal reisetid til legevakt, så byr dette på en utfordring både økonomisk og resursmessig. Våre kommuner har pr i dag interkommunal legevakt. Legevakten for Indre Namdal og Legevaktordningen i Namdalen (LINA) der begge er samarbeid som har fungert over lengre tid. Legevakten for Indre Namdal er et legevaktsamarbeid mellom kommunene Lierne, Grong, Røyrvik, Høylandet og Namsskogan. Legevakten er lokalisert i Grong Kommune fra kl. 15.30 – 23.00 alle dager. Total areal på disse kommunene er: 7854 km². Totalt antall innbyggere i kommunene er 6660. Etter kl. 23.00 frem til kl. 8.00 alle dager inntreer samarbeide med legevakt LINA. Legevakt for Indre Namdal er her bakvakt for det større legevaktsamarbeid, LINA. LINA dekker tjenester for 15 kommuner, lokalisert i Namsos kommune. For innbyggere i Indre Namdal vil det ikke med dagens ordning være slik at man har kun 40 minutters reiseavstand til legevakten. På kveld / natt vil det være ytterligere større reiseavstand.

Med tanke på at våre kommuner har få innbyggere er det også hensiktsmessig å samarbeide om legevakt. Legevakten har vaktbelastningen klasse 1. For å kunne etterleve akuttutvalgets krav vedrørende tid for legevakt, vil det medføre opprettelse av tilleggsstasjoner i flere av våre kommuner. Dette vil bli en stor kostnad for kommunene. Med utgangspunkt i kommunenes innbyggertall vil tilbudet være sterkt ressurs krevende og ikke i samsvar i forhold til det generelle behovet i befolkningen for å oppsøke legevakt. Det er helt klart at det er til det beste at det er kort reisetid til nærmeste legevakt, men uttrykker skepsis i forhold til bruk av ressurser hvis dette skulle bli aktuelt. Ved opprettelse av tilleggsstasjoner vil det også for ansatte på legevakt være redusert antall henvendelser. Det er et spørsmål om det av den grunn vil være attraktivt å gå i legevakt der som antall henvendelser vil være lavt?

Forslaget om legevaktsbil med støttepersonell virker hensiktsmessig for mange kommuner. Det er en sikkerhet og en stor ressurs å kunne arbeide i et fellesskap. For små kommuner som skal dekke store areal med få innbyggere, og der innbyggerne er spredt bosatt ønsker vi å uttrykke om det er like hensiktsmessig? Legevakten for Indre Namdals kommunene er plassert geografisk i midtpunktet av kommunene. Det oppleves mest hensiktsmessig for å kunne ha en velfungerende legevakt med mest mulig likhet av tilbud, tidsaspekt og reiseavstand, at pasientene oppsøker legevakt.

Et eksempel:

En innbygger med bosted Sørli, sentrum, har behov for legevakt. Reiseavstand til legevakt Indre Namdal (Grong) er i dag 1 t og 30 minutter, hvor legene som i dag betjener ordningen går 7-delt vaktturnus. Hvis samme innbygger har behov for legevakt etter kl. 23.00-08.00 vil reisetid til legevakt LINA være 2t og 30 minutter (Namsos). Med en organisering i henhold til akuttutvalgets delrapport, vil man med foreslått organisering passere 3 legevaktdistrikt hvis man ser for seg områder i fht foreslåtte reisetidskrav. Hvordan kan små kommuner/ områder med store geografiske avstander bemanne egen legevakt med lege med spesialistutdanning samt annet helsepersonell kontinuerlig i en slik struktur som forslått? Avstandene i distriktet vil medføre med forslått organisering, mange små legevaktenheter som skal bemannes med lege, hjelpepersonell og nå også sjåfør med godkjent utrykningsutdanning. Distriktene har lavt innbyggertall, og vil ikke kunne fylle opp lister til alle legene som vil trenge i en kommune, for å dekke flere egne legevakter i en kommune. Flere legevaktsteder, vil medføre lavt antall oppdrag/henvendelser på vakt, noe som både har faglige, økonomiske konsekvenser, og som også vil gjøre det mindre attraktivt å ta på seg vakter i disse distriktene.

Jmf SFS 2305 med legers rett til 8 timers arbeidsfri dagen etter legevakt, vil også legen som har vært på vakt og tatt i mot denne pasienten også kunne ha arbeidsfri påfølgende dag. Dette gir ringvirkninger og en sårbarhet ifht bemanning dagtid. Som distriktskommune ser en vanskelig for seg at akuttutvalgets forslag lar seg gjennomføre slik det i rapporten foreligger. En vil i

små kommuner, med store avstander ikke ha økonomisk evne til å ta kostnaden med en slik organisering. Distriktene vil heller ikke kunne bemanne en slik ordning grunnet mangel på tilgang på kompetent kompetanse, det være seg leger, hjelpepersonell og personer for godkjent utrykning, som vil kreves for å bemanne en slik organisering. Hvordan skal kommunene rekruttere legeressurs til en tjeneste der det er få/ingen henvendelser i løpet av en uke og der man faglig ikke får utviklet seg i forhold til konsultasjonserfaring?

Forslag om at kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes er også et godt tiltak. Anbefalingen om at legevakt bør ha leder i minst 20 pst stilling, bør også vurderes ifht hvilken kommune / for hvilke kommuner dette gjelder. Det er hensiktsmessig for alle kommuner at det er definert medisinsk-faglig ansvar, men fordelingen må være ut i fra størrelse og behov.

Forslag om krav til at ansatte i legevakt skal være spesialister i allmenntillegisin er ønskelig, dette for å kunne ha god kompetanse i tjenesten. For utkantskommuner vil det kanskje være vanskelig å etterleve dette kravet med tanke på å få rekruttert ansatte med spesialistutdanning.

Oppsummering:

Delrapporten fra Akuttutvalget er omfattende. Anbefalingene er faglig sterkt ønskelig for å få til et likeverdig tjeneste tilbud for innbyggere. Kostnadene med anbefalingene vil for kommunene være store og tilnærmet urealistisk på flere områder, og det settes et stort spørsmålstegn i fht bruk av ressurser for mange små kommuner.

På vegne av Helse og omsorgssjefer for kommunene Grong, Lierne, Røyrvik, Namsskogan og Høylandet i Indre Namdal.

Edith Bruvoll Valfridsson

Edith Bruvoll Valfridsson
Helse og omsorgssjef, Lierne Kommune