

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: 14/4274-

Bergen, 16. desember 2014

Akuttutvalgets delrapport: Høringssvar fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), Uni Research Helse, viser til departementets brev datert 04.11.2014, hvor Akuttutvalgets delrapport om de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus sendes på høring. Nklm anser det som svært viktig og gledelig at det nå settes søkelys på sentrale utfordringer i denne delen av helsetjenesten, og at Departementet ønsker grundig omtale av legevakttjenesten i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

I det følgende vil vi komme med en del innspill til spesifikke momenter i Akuttutvalgets delrapport, både enkelte sentrale betraktninger og noen mindre detaljer. Ettersom Nklm på oppdrag fra Akuttutvalget har levert utredningen "*Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene*" som bidrag til utvalgets arbeid, viser vi til denne for mer omfattende beskrivelser og forslag. Vi viser også til vårt høringssvar for *Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal*, hvor vi gir en grundigere vurdering av flere av momentene som er omtalt nedenfor.

Nklm synes Akuttutvalget presenterer et godt dokument som belyser viktige aspekt ved det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus. Hovedlinjene i rapporten støttes. Utvalget må berømmes for fokuset på tiltak som kan skape en bedre dimensjonering av tjenesten i ulike deler av landet, med høyere kvalitet og sterkere prioritering av dem som trenger tjenesten mest.

Vi støtter Akuttutvalget i at det er nødvendig å innføre ensartede nasjonale krav for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Nklm er spesielt glad for at utvalget løfter frem viktigheten av en tydelig nasjonal strategi med fokus på felles planlegging, samarbeid og samhandling mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene. Vi stiller oss bak deres bekymring over mange utviklingstrekk ved legevakten. Vi registrerer at utvalget legger stor vekt på nødvendigheten av å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakttjenesten, men kunne ønsket oss en enda sterkere konkretisering av mange forhold.

I det følgende kommer spesifikke innspill til enkeltavsnitt i Akuttutvalgets delrapport.

Kapittel 2.1.6 Forventningsgapet, s. 19

Nklm synes det er et viktig perspektiv som kommer frem i dette kapitlet. Vi støtter Akuttutvalget i at det ikke bare er den evidensbaserte innsatsen som skal telle når kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet vurderes, men at også verdighet, likeverdighet

og befolkningens forventninger til akutthjelp må vektlegges. Utvalget skriver:
"Befolkningen har utviklet klare forventninger til at det skal foreligge et tilbud om raskt hjelp og transport hvis en akutt situasjon oppstår."

Nklm mener rask avklaring er et berettiget krav i seg selv, og at dette må oppfylles innen gitte tidskrav over hele landet.

Kapittel 3.2.3 Fastlegenes ø-hjelp-tilbud: ortografisk feil i fjerde avsnitt s. 31

Det er hvert *legekantor* som tar ca. 10 ø-hjelp-pasienter per dag, ikke hver lege.

Kapittel 3.2.6 Bemanning: forvirrende om bakvaktbegrepet i tredje avsnitt s. 34

I rapporten står det: *"Beredskapsbakvakt brukes i legevaktdistrikter som dekker store områder, og der det kan være vanskelig eller praktisk umulig for legevaktlegen å reise fra legevaktkontoret ved hastetilfeller langt unna. Det kan dreie seg om beredskapsbakvakt ut fra store reiseavstander i et legevaktdistrikt, veiledning ved manglende kompetanse hos primærvakten eller reservekapasitet ved stor pågang på legevakten."*

Nklm er enig i at bakvaktordninger bør styrkes i mange legevakter. Men begrepsbruken fremstår noe rotete, og vi tror man bør omtale behov for bakvakt basert på årsaker, med beskrivelse av hvilken funksjon de ulike typer bakvakter har:

1. Veiledningsbakvakt for leger uten selvstendig vaktkompetanse.
2. Beredskapsbakvakt ved stort pasientvolum.
3. Beredskapsbakvakt ved lang reisevei. (Bør ha selvstendig vaktkompetanse.)

Nklm vil her også vise til våre vurderinger i høringsuttalelsen til forslag om revidert akuttmedisinforordning, og ber Departementet legge disse til grunn hvis bakvaktordninger skal omtales i stortingsmeldingen.

Kapittel 3.3.2.2 Om trygg legevakt, andre avsnitt s. 45

Avsnittet omhandler vold mot legevaktpersonell, alenearbeid, legers bekymring for egen sikkerhet, og mulig redusert villighet til å delta i legevakt på grunn av dette. Nklm synes det er viktig at utvalget fokuserer på sikkerhet i legevakt og behov for sikkerhetstiltak og opplæring i sikkerhetstenkning. En del av Nklms forslag til styrket bemanning i legevaktene er begrunnet i slike forhold. Trygg legevakt er et prioritert område ved Nklm, med egne prosjekter som skal utvikle mer kunnskap om forekomst av voldshendelser rettet mot legevaktpersonell, og om hva som påvirker sikkerheten og villighet til å delta i legevakt. Det må utvikles adekvate og lokale sikkerhetstiltak og opplæringsprogram som er tilpasset legevaktpersonell.

Kapittel 5 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten i andre land: utelatelse av legevakt

Nklm synes det er en klar mangel i rapporten at legevakt er utelatt i omtalen av andre lands akuttmedisinske tilbud utenfor sykehus. Utvalget skriver: *"Få andre land har akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som ligner på norsk legevaktjeneste, slike ø-hjelp-tilbud på primærhelsetjenestnivå er derfor ikke omtalt her."*

Selv om oppgavene som ivaretas av vår legevaktjeneste organiseres ulikt fra land til land, er det etter vårt syn viktig å sammenligne hvordan disse pasientene håndteres, og reflektere over hvilken betydning det har for pasientene. Blant annet er det jo et stort og økende problem i mange land uten primærhelsetjeneste med portvaktfunksjon, at

pasienter uten forhåndsortering strømmer til sykehusenes akuttmottak, noe som gir store prioriteringsutfordringer, lange ventetider og overforbruk av sykehusenes diagnostiske apparat.

Det eksisterer flere primærhelsetjenestetilbud i andre land som tilsvarer den norske legevakten. EurOOHnet er et Europeisk forskernettverk hvor representanter fra 12 Europeiske land, deriblant Norge, Danmark, Nederland, Storbritannia, Tyskland og Belgia, forsker på blant annet organisering av legevaktjenesten på tvers av landegrensene. Ref.: <http://www.euroohnet.eu>.

Kapittel 6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser: Behov for konkretisering, andre avsnitt s. 83

Nklm er enig med Akuttutvalget i at kommuner og helseforetak sammen må legge planer for de akuttmedisinske tjenestene. Vi deler inntrykket av at eksisterende samhandlingsavtaler i liten grad fungerer som planleggingsverktøy med betydning for ressursbruk, og stiller oss bak utvalgets forslag om at avtalene trenger å forbedres og konkretiseres.

Som foreslått i vårt hørings svar for *Forslag til ny akuttmedisinforskrift*, mener vi det er helt nødvendig å forskriftsfeste slike ansvarsspesifiseringer på en konkret måte.

Den kommunale legevaktjenesten og helseforetakenes ambulansetjeneste er bærebjelkene i det akuttmedisinske tilbudet. Disse virksomhetene har svært ulike organisering, ulike ressurser, ulike administrative og faglige linjer. Dette krever at helseforetaket og kommunene har gode rutiner for å avklare ansvarsforhold, for eksempel ved innføring av nye prosedyrer og rutiner, som for eksempel "fast track" for innleggelser.

For å sikre nødvendig operativ samhandling og samvirke må det etableres gjensidig forpliktende samarbeidsfora mellom de ulike aktørene. Dersom en aktør endrer rutiner som påvirker områder der kommunen og helseforetaket har felles ansvar, mener vi den ansvarlige for endringen må ha plikt til å informere den andre part. Slik plikt må forskriftsfestes.

Mange steder ser vi at ambulansetjenesten i økende grad arbeider på egen hånd uten involvering av legevaktleger. Noen ganger kan dette være en ønsket utvikling ("fast track", for eksempel ved hjerneslag). Men i de fleste tilfeller er dette ikke en faglig ønsket utvikling. Utviklingen skyldes heller manglende samarbeidsrutiner med legevaktleger eller økende styring fra helseforetaket, slik at ambulansetjenesten ikke føler noen samarbeidsforpliktelse med legevaktlegene. Mange steder gjør store legevakt-distrikter avstandene store, og legevakten «gir opp» å dekke hele distriktet. For få leger på vakt i forhold til oppgavene gjør beredskapen sårbar, og man velger de «nesten friske» framfor de «mulig akutt syke». Dette er en svært uheldig utvikling, og vi mener det vil være riktig og viktig å forskriftsfeste at legevaktordningen og ambulansetjenesten skal samarbeide om håndtering av pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever dette.

Videre er vårt syn at legevaktens akuttmedisinske forpliktelser må tydeliggjøres i stortingsmeldingen. Samhandlingen må sikres ved at ambulanspersonell aktivt skal innhente bistand fra lege i vakt når pasientens tilstand krever det, og at lege i vakt har tilsvarende plikt til å vurdere og besvare henvendelser fra ambulanspersonell, delta i behandlingen og/eller gi medisinskfaglige råd.

I våre kommentarer til ny Akutforskrift anførte vi at videreføring av bestemmelsen om samhandling og trening er viktig og har gode intensjoner, men at det er velkjent at dette er en sovende paragraf i store deler av legevakttjenesten. En av hovedårsakene er, etter Nklms mening, at det mangler nærmere spesifikasjoner og krav til innhold og hyppighet av treningen. Det er helt nødvendig å spesifisere hvilke krav som må oppfylles, for at denne paragrafen skal virke etter intensjonen og få den ønskede effekt. Det må klargjøres at det er virksomhetsledelsen som har ansvar for å sikre at personellet får nødvendig opplæring og trening, herunder regelmessig trening og øvelse i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater. Nærmere omtale av slik lokal akuttmedisinsk trening bør komme i en veileder.

Kapittel 6.5.1 Om styrking av legevaktledelse, tredje kulepunkt s. 86

Akuttutvalget mener at i ethvert legevaktdistrikt uansett størrelse skal det være en medisinsk faglig legevaksleder i minst 20 pst. stilling. Hvis legevakten har et befolkningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjøre minst 50 pst.

Nklm mener vesentlig styrket ledelse er et nødvendig grep for å sikre kvaliteten i legevakten, og stiller oss bak Akuttutvalgets foreslåtte krav om medisinskfaglig leder i alle legevakter. Vi mener imidlertid at en lederstilling på kun 20 % i de minste legevaktdistriktene er for lite til å utføre oppgaven. Manglende faglig styring er en stor svakhet ved mange små legevakter. Mange arbeidsoppgaver er heller ikke proporsjonale med folketallet. I tråd med våre anbefalinger i *Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt* (2009), foreslår vi at enhver legevaktordning som minstekrav skal ha administrativ leder i full stilling, og medisinskfaglig ansvarlig lege (legevaktoverlege) i minst 50 % stilling. Videre foreslår vi at legen skal være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller samfunnsmedisin.

Kapittel 6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning, s. 87

Utvalget skriver: *"Utvalget mener det er behov for mer offentlig finansiert forskning, kunnskap og analyse av kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden. Utvalget mener at det er behov for et nasjonalt fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid for den akuttmedisinske kjeden som helhet."* Nklm er enige i at sterke fagmiljøer er en viktig forutsetning for økt kvalitet i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Vi er enige i at det er stort behov for å styrke forskning i denne delen av helsetjenesten. Sterke fagmiljøer må sikres både i tjenesten selv, gjennom robuste enheter også i legevakttjenesten, og gjennom offentlige forsknings- og kompetansemiljøer som skal støtte opp gjennom FOU-arbeid. Nklm er imidlertid skeptisk til at ETT samlet fagmiljø skal dekke alle deler av FOU-arbeidet for de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

For det første må også dette feltet dekkes gjennom universitetenes og høgskolenes vanlige forskningsinnsatser. Forskning i akuttmedisin dekker hele spekteret fra avansert eksperimentell dyreforskning og annen biomedisinsk grunnforskning, til klinisk forskning og helsetjenesteforskning.

Andre viktige deler av FOU-arbeidet dekkes mer naturlig av ulike kompetansesentre, der forskning bare er en del av arbeidsoppgavene. Også for det akuttmedisinske feltet foreligger det fundamentalt ulike rammer for forskning og evaluering av kvalitet og pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten kontra spesialisthelsetjenesten. Vi minner om at Helsedirektoratet er i gang med å utrede samfunnsoppdraget og organiseringen av de mange kompetansesentrene i primærhelsetjenesten. Statsbudsjettet for 2015 angir oppstart av planlegging av det nye Kommunale Helse- og Omsorgsregisteret (KHOR),

med målsetning å danne grunnlag for forskning og øke kunnskap om kvalitet i primærhelsetjenesten.

HelseOmsorg21-strategien har gitt tydelige råd om å samordne og styrke de primærmedisinske kompetansesentrene. Dette omtales der slik (s. 128): "Det er et viktig mål å styrke pasient- og praksisnær forskning som tar utgangspunkt i klinisk virkelighet og opplevde behov i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. ... Den medisinske virksomheten hos fastleger, sykehjemsleger og legevaktleger har langt større risiko og utvikles raskere enn virksomheten på omsorgssiden. Det er behov for forskning i begge deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men dette behovet er ikke proporsjonalt med antall personer i aktivitet i selve tjenestene. Både når det gjelder allmenntilrettelagt, legevakt og sykehjem er det startet forsknings- og kompetansesentre som bør utbygges til sentral infrastruktur for den kommunale helse- og omsorgstjenesten." Nklm støtter rådene fra HelseOmsorg21-strategien, og tror at en videreutvikling av eksisterende primærmedisinske kompetansesentre, med økt satsing på nasjonal dataregistrering også i primærhelsetjenesten, er den nødvendige veien å gå for å styrke forskning på denne delen av helsetjenesten.

Nklm mener også at Akuttutvalget i noen grad omtaler oppgaver i kompetansesentrene ("myndighet til å utvikle nasjonale strategier") som primært bør ligge hos Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, men der kompetansesentrene selvsagt er sentrale premissleverandører gjennom faglige råd og utredninger, samt gjennom ansvar for nasjonal statistikk og monitorering, samt analyser av slike data.

Akuttutvalget skriver også at en tettere organisatorisk tilknytning bør vurderes mellom Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin (NAKOS), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og eventuelt Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Nklm ser et mulig behov for en sterkere synliggjøring og tydeliggjøring av de ulike sentrenes mandat og grenseflater mot hverandre. Helsedirektoratet bør som oppdragsgiver ha som oppgave å sikre at sentrene samarbeider godt og ikke har overlappende arbeidsoppgaver.

Ambulansetjenesten har ikke et faglig forankringspunkt i form av et kompetansesenter. Departementet bør vurdere om et slikt senter skal utredes med tanke på behov og oppgaver.

Kapittel 6.6 Utvikling av data og kvalitetsindikatorer: om inkludering av primærhelsetjenesten i andre avsnitt s. 88

Utvalget understreker at alle aktørene i den akuttmedisinske behandlingsskjeden må dokumentere og rapportere sin virksomhet og sine resultater, ikke bare de prehospitaltjenestene i spesialisthelsetjenesten. Det er dessverre slik at kommunehelsetjenesten alt for ofte er utelatt i slike prosesser, og prosjekter ofte bestemmes gjennomført i spesialisthelsetjenesten "først". Vi støtter Akuttutvalget i at også primærhelsetjenesten må inkluderes fra starten.

Kapittel 6.6 Program for pasientsikkerhet, s. 89

Utvalget poengterer at Akuttmedisin er preget av utfordrende situasjoner med økt risiko for å gjøre feil, og skriver videre: "*Utvalget mener at pasientsikkerhet i legevaktstjenesten bør gis særskilt oppmerksomhet i dette programmet*", der det vises til det nylig påbegynte femårige programmet for pasientsikkerhet. Nklm gir sin fulle støtte til dette, og kan opplyse at vi nylig har inngått avtale med Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" i Helsedirektoratet i forbindelse med nasjonal kartlegging av

pasientsikkerhetskultur i primærhelsetjenesten (legevakter, fastlegekontor, sykehjem og helsestasjoner).

Kapittel 6.6: Nasjonal faglig standard. Legevaktsentralene utelatt i sjette underkulepunkt s. 89

Vi støtter at det bør utvikles nasjonale faglige standarder for AMK-sentralene, men dette bør selvsagt gjøres for legevaktsentralene i samme prosess.

Kapittel 6.6: Utstyr og teknologi i legevakt, i siste underkulepunkt s. 89

Nklm er enige i at et kvalitetsløft bør omfatte mer ensartet nivå på utstyr og teknologi i legevakt.

Som beskrevet i vårt høringssvar for *Forslag til ny akuttmedisinforskrift*, mener vi at det må spesifiseres nærmere for kommunene hvilket utstyr som bør være tilgjengelig. Dette bør inkludere tilgang til elektronisk journal/kjernejournal og beslutningsstøtteverktøy, elektronisk overvåkingsutstyr og generelt et utstyrsnivå for akutte hendelser på linje med ambulansetjenesten.

Dersom lege i vakt skal ha mulighet til å rykke ut umiddelbart, må en transportordning (bil eller båt) med utstyr og evt. sjåfør være tilgjengelig. I tillegg er uniformering viktig av flere hensyn. Enhetlig bekledning av helsepersonell gir enklere tilgang til hendelsessted, det gir legitimitet, autoritet og er nødvendig som vernebekledning.

Det er helt nødvendig å sikre at legevaktstjenesten og ambulansetjenesten har en felles «utstyrsforståelse». I størst mulig grad bør klinisk akuttmedisinskutstyr være likt i ambulansetjenesten og legevakt, siden det samme personellet skal bruke dette utstyret i akutsituasjoner. IKT-systemer må være tilpasset slik at overføring av data mellom AMK, legevaktsentral, legevakt og ambulanse går raskt og smidig. Man må ikke risikere at bruk av overvåkingsutstyr og overføring av kliniske data (til og fra legevakt, ambulanse og AMK) blir hindret ved at f.eks. legevaktene ikke skifter ut sitt utstyr i takt med resten av den akuttmedisinske kjeden. Her må helseforetakene og legevaktene samarbeide. Det bør lages nasjonal standard for prehospital elektronisk pasientjournal som ivaretar behovet for dataoverføring mellom AMK, legevaktsentral, legevakt og ambulanse. Danmark har kommet langt i utviklingen av prehospital elektronisk pasientjournal, og har nyttige erfaringer med dette.

Kapittel 6.7 Responstider s. 90

Nklm støtter Akuttutvalgets anbefaling om å innføre responstider som en del av nasjonale kvalitetsmål for hele den akuttmedisinske kjeden.

Utvalget skriver avslutningsvis i kapitlet: *”Nklm foreslår at 95 pst. av befolkningen må nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning. Det finnes ingen forskning som tilsier at en grense på 45 minutter er den optimale. Akuttutvalget mener derfor det ikke er hensiktsmessig å fastsette dette som et absolutt krav, men foreslår i stedet at det utarbeides som et responstidsmål. Akuttutvalget mener at det bør utarbeides responstidsmål for lege i utrykning, men det finnes ikke faglig grunnlag på det nåværende tidspunkt for å spesifisere dette kravet. Utvalget vil derfor komme tilbake til denne problemstillingen.”*

Vi forstår utvalgets argumentasjon om manglende evidensgrunnlag som gjør det vanskelig å anbefale en spesifikk tidsgrense, men er likevel kritiske til å bruke dette som begrunnelse for ikke å spesifisere mål for hvor raskt de mest trengende

pasientene skal nås av vurderingskompetent legevaktlege. Som vi skrev i utredningen levert på oppdrag fra Akuttutvalget, har Nklm de siste par årene i flere ulike delprosjekter påvist hvordan legevaktsøkningen faller med avstanden til legevaktstasjonen. Dette utfordrer for det første et uttalt velferds mål i Norge om likeverdige helsetjenester til alle. For det andre er det helsevesenet selv som nå i stor grad induserer en systematisk urettferdighet i tjenestetilbudet gjennom en organisasjonsreform i form av stadig større legevaktdistrikter som ikke innfører kompenserende tiltak i form av oppfylling av responstider, bakvaktsordninger eller flere leger på vakt. Det er ved overgang til store legevaktdistrikter med lange avstander at sykebesøksraten faller sterkest og det er her at utrykningsgraden går ned eller i praksis blir et tilbud bare for nærområdet. Utviklingen er ikke bare en praktisk utfordring, men representerer et etisk problem.

Nklm mener at en nasjonal norm om antall utrykninger fra legevakt, og et definert krav til responstid ved utrykning vil bidra til at legevaktlege i større grad rykker ut der det er mest behov for dennes kompetanse. Tilsvarende tror vi vil gjelde for sykebesøk. Videre forskning på utkomme av slike krav, i tråd med det utvalget har beskrevet i nevnte avsnitt, kan så nyttes til å evt. senere justere målene etter til enhver tid beste evidens.

Kapittel 6.8 Utdanning innen ambulansefaget, s. 91

Nklm støtter at det etableres høgskoleutdanning på bachelornivå innen ambulansefaget. Dette er i tråd med mange tidligere ønsker, og også i tråd med Helsedirektoratets egen utredning fra 2014. Akuttutvalget vil likevel i hovedsak videreføre dagens fireårige fagutdanning som før.

Dette kan bety en framtidig målsetting om bachelornivå som minimumsstandard for nødvendig utdanningsnivå og kompetanse i ambulansetjenesten. De tilsatte i ambulansetjenesten må til en hver tid ha nødvendig kompetanse, og behovene vil øke i fremtiden. Men om dette skal bety at alle skal ha høgskoleutdanning, og evt. at det skal være en spesifikk bachelorutdanning, er vi mer usikre på. Mange steder vil foretakene ønske å ha en gruppe med høyere utdanning enn fagarbeiderne, det kan være sykepleiere, paramedic-utdannede eller de nye med bachelorgrad. Det bør overlates til de ansvarlige for tjenesten å dimensjonere den, utover krav nedfelt i forskrift. Bachelorutdanning som erstatning for fagarbeiderutdanningen kan også bety sentralisering av utdanningen til noen få steder, med derpå følgende rekrutteringsvansker i distriktene.

Kapittel 6.9: "Community paramedic", tredje avsnitt s. 93

Utvalget mener det bør utvikles en modell for community paramedic som prøves ut og evalueres. Nklm synes det er fornuftig å tenke nytt om kompenserende tiltak for å sikre gode helsetjenester også i spredt bebygde områder. Vi slutter oss til at praksis i primærhelsetjenesten og legevakt vil tilføre verdifull pasienterfaring, og stiller oss positive til utprøving og evaluering av en slik rolle.

Hvis Departementet skulle ønske å se nærmere på dette som en del av personalbehovet i primærhelsetjenesten, bør det gjøres en bred og grundig utredning først, gjerne i regi av Helsedirektoratet. Nklm vil være interessert i å delta i et slikt arbeid og eventuell forestå utprøving og evaluering i legevakttjenesten og kommunene.

Kapittel 6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: fast lønn, s. 97

Nklm gir sin tilslutning til at det bør innføres fastlønn også for legevaktarbeid. Som beskrevet i vår rapport levert på oppdrag fra Akuttutvalget, peker vi på at

stykkprisavlønning gir store forskjeller i inntekt for vaktarbeid. Vi vil fremheve at beredskap er lite egnet for stykkpris.

Videre mener vi også at den nye stortingsmeldingen må gå inn for at legevaktarbeid er en del av det offentlige legearbeidet for de legene som ønsker det. Nklm tror at fast avlønning og regulert arbeidstid er viktige tiltak for å øke rekruttering og sikre at legevakten behandler de pasientene som trenger det mest. I forbindelse med forslag til ny fastlegeforskrift skrev Nklm om dette i sin høringsuttalelse. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen står det at det vil vurderes om også legevakt skal inngå i det allmenntilleggs offentlige legearbeid. Den nye fastlegeforskriften videreførte at legevakt skal være overtidsarbeid. Nklm mener dette var en fundamental feilvurdering, og at det er uforståelig at legevakttjenestens sentrale rolle for samhandlingsreformen ikke skal medføre at dette arbeidet opplagt er offentlig allmenntilleggs legearbeid. Unntaket er svært uheldig og vil bety en høy risiko for manglende rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen fremover, og stortingsmeldingen bør nå gå inn for å rette opp dette forholdet.

Kapittel 6.10.4: Legedeltagelse ved utrykning, sjette avsnitt s. 98

Nklm har vist at legedeltagelse ved utrykning medfører færre innleggelser i sykehus ved at pasienter i større grad håndteres på laveste effektive omsorgsnivå. Vi vil påpeke at vurderingskompetanse som bidrar til færre unødvendige innleggelser anses som viktig også der det er kort reisetid til sykehus, og man må ikke legge opp til ordninger der byr på generelt grunnlag *unntas* for plikten til å rykke ut.

Kapittel 6.10.9: Oppdimensjonering av legevakttjenesten, siste avsnitt s. 104

Akuttutvalget skriver at oppdimensjonering av tjenesten i kommunene må skje gjennom krav som er så konkrete at det kan etterprøves om tjenesten oppfyller kravene. Nklm deler denne oppfatningen. Etter vårt syn er det nødvendig at en oppdimensjonering av legevakttjenesten forankres gjennom konkrete bestemmelser i forskrift. Vi tror fastsettelse av detaljerte etterprøvbare krav for befolkningens reisevei til legevakt, responstid ved utrykning, andel utrykninger fra legevakt ved rød respons, andel sykebesøk, ventetid ved sykebesøk og i legevaktlokalet, minst to leger på vakt i legevaktdistriktet, at legevaktarbeid skal være fastlønnet, detaljerte minimumskrav til utstyr, uniformert bil, integrering i kommunikasjonssystemene med øvrige ledd i den akuttmedisinske kjede, elektronisk journalsystem, kompetansekrav, bakvakt, samt omfang av - og fast avlønning ved trening, er avgjørende for å få til et nødvendig kvalitetsløft for legevakttjenesten.

Akuttutvalget har levert et grundig og godt arbeid som peker på sentrale utfordringer og tiltak for å bedre dimensjoneringen av det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus. Vi håper dette viktige dokumentet blir toneangivende i det videre arbeidet med legevaktfeltet i den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår
Forskningsleder, professor

Silje Foldøy Furu
Saksbehandler, allmennlege, forsker