



Helse og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

<i>Saksnr</i>	<i>Løpenr.</i>	<i>Saksansvarleg</i>	<i>Arkiv</i>	<i>Dato</i>
2014/2383	14241/2014	ARNGOT	G00	27.11.2014

Melding om vedtak i Ørsta formannskap 25.11.2014, sak 120/14

**AKUTTUTVALET SIN DELRAPPORT - HØYRING**

**Saksprotokoll i Ørsta formannskap - 25.11.2014**

**VEDTAK:**

1. Ørsta formannskap sluttar seg til dei konklusjonar og merknadar som kjem fram i saksutgreiinga.
2. Ørsta formannskap viser til gode erfaringar med samarbeidet mellom kommunane på Søre Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal om å lokalisere legevaktsentral og nattlegevakt til eit felles akuttmttak i lokalsjukehuset. Dette gjer det muleg å dra nytte av felles ressursar og felles kompetanse og styrkar grunnlaget for akuttfunksjonar ved lokalsjukehuset.
3. Ørsta formannskap vil bygge på dette fundamentet ved den positive vidareutvikling av legevaktenestene og dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehuset som rapporten omtalar.
4. Ørsta formannskap gjer klart at ei så stor standardheving ikkje er muleg å oppnå utan sterk statleg medfinansiering.

**Handsaminga(9 r.f.)**

**Rådmannen si tilråding vart vedteken med 9 mot 0 røyster**

Rett utskrift

*Inger Johanne E. Løeng*  
Inger Johanne E. Løeng  
Politisk sekretær



ØRSTA KOMMUNE

## SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar: Arne Gotteberg

Arkivsak: 2014/2383

Løpenr.: 13849/2014

**Utvalsaksnr.**

**Utval**

**Møtedato**

Ørsta formannskap

Saka gjeld: **AKUTTUTVALET SIN DELRAPPORT – HØYRING - HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET**

### TILRÅDING TIL VEDTAK:

1. Ørsta formannskap sluttar seg til dei konklusjonar og merknadar som kjem fram i saksutgreiinga.
2. Ørsta formannskap viser til gode erfaringar med samarbeidet mellom kommunane på Søre Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal om å lokalisere legevaktsentral og nattlegevakt til eit felles akuttmottak i lokalsjukehuset. Dette gjer det muleg å dra nytte av felles ressursar og felles kompetanse og styrkar grunnlaget for akuttfunksjonar ved lokalsjukehuset.
3. Ørsta formannskap vil bygge på dette fundamentet ved den positive vidareutvikling av legevaktenestene og dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehuset som rapporten omtalar.
4. Ørsta formannskap gjer klart at ei så stor standardheving ikkje er muleg å oppnå utan sterk statleg medfinansiering.

**Saksvedlegg:**

Høring – Akuttutvalgets delrapport d.s. 04.11.2014

**Uprenta saksvedlegg:**

Link til - Akuttutvalgets delrapport til Helse og omsorgsdepartementet 31. oktober 2014:  
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Akuttutvalgetsdelrapport.pdf>

**Samandrag av saka:**

Det er nedsett eit utval for å gjennomgå akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Utvalet har frist til desember 2015, men departementet har bedt om delrapportar som skal vere ein del av grunnlagsmateriale for Stortingsmelding om primærhelsetjenesten, og Nasjonal helse- og sjukehusplan som regjeringa vil legge fram våren 2015. Departementet har bedt om kommentarar til utgreiinga med frist 16. desember 2014. Utvalet har mange gode og ambisiøse forslag, men forslaga vil for kommunane sitt vedkomande krevje vesentleg auka kostnader og fleire legestillingar. Framlegg til maksimal køyretid til legevaktstasjon, vil også medføre at kommunar i ytre strøk ikkje lenger vil kunne nytte den etablerte nattlegevaktordninga ved Volda sjukehus. Denne delen av utgreiinga vil vere ein trussel mot det velfungerande felles akuttmottaket (FAM) vi saman med Helseføretaket har bygd opp ved Volda Sjukehus og indirekte ein svekking av akuttfunksjonar ved Volda Sjukehus. Det er viktig å sei ifrå om at slike utilsikta konsekvensar er unødvendige og uakseptable i ei utgreiing som elles har mange gode målsettingar.

**Saksopplysningar:**

Blant svært mange forslag frå utvalet, nemner vi nokre hovudpunkt:

- Helseføretak og kommunar må planlegge akuttmedisinske tenester i fellesskap, og utarbeide ein forpliktande og operativ plan for akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Ved endringar i tenestene skal det vere gjensidig konsultasjonsplikt.
- I kommunane bør ein samle flest muleg av dei ulike ø-hjelptilboda, herunder legevakt, slik at desse i større grad står fram som ei teneste, med ei felles leing.
- Det bør blir eit nasjonalt krav om at 90% av befolkninga skal ha maksimalt 40 minutt køyretid til næraste legevaktstasjon, og 95% maksimalt 60 minutt køyretid.
- For å betre prioritering av arbeidsinnsatsen til lege på vakt, bør lege i legevakt i større utstrekning få fast lønn, og ikkje betaling per pasient slik som no. Betaling per pasient gir også høgare inntekter til dei som har vakt i sentrale strøk, i forhold til gravgrendte strøk med høg vaktbelastning, og vil vere uheldig med omsyn til rekruttering av legar. Legevakt bør bli ein del av legane sine arbeidsplanar, og ikkje vere tilleggsarbeid, som no.
- Legevaktlegen bør ha tilgang til fastlegane sine timelister, og kunne gi pasientar som kan vente, time der.
- Legar som køyrer legevakt bør vere spesialistar i allmenmedisin eller under utdanning til dette. Ein må satse sterkare på kompetanscheving i legevakttenesta. Dette gjeld også psykiatriske sjukdommar og rusproblematikk.
- Legevakt bør i større grad delta i utrykking i lag med ambulanse ved skader og alvorleg sjukdom. Ein foreslår eit nasjonalt mål på 75% deltaking ved «rød respons» (hasteutrykning).

- Legevakt bør i større utstrekning dra på sjukebesøk, særleg til sjukeheimar og skrøpelege heimebuande. Ein foreslår eit måltal på 20-40 sjukebesøk per 1000 innbyggjarar per år.
- Ingen legevakt skal vere einmannsbetjent med lege aleine. Det skal alltid vere hjelpepersonell både på legevaktstasjonen og ved sjukebesøk. Eit krav om to legar på vakt av omsyn til fagmiljø, tryggleik og muligheit for å dra på sjukebesøk er nemnt, men ikkje fremja av omsyn til usikkerheit om økonomiske konsekvensar.
- Alle distrikt skal ha ein uniformert legevaktbil med hjelpepersonell til bruk ved sjukebesøk.
- Legevakt bør bli lokalisert i lag med andre kommunale ø.hj. tenester som til dømes base for heimebaserte tenester eller kommunale ø.hj. døgnplassar. Det må bli etablert samarbeidsfora for dei forskjellige ø.hj. tenestene i kommunane (og interkommunalt).
- Legevakter bør ha legevaktsjef i minst 20% stilling. Det må satsast sterkare på opplæring av legevaktlegar, kvalitetsarbeid og forsvarleg avvikshandtering.
- Ein reknar med at tiltaka vil utløyse behov for auka legeressursar i kommunane, og rår departementet til å starte eit utgreiingsarbeid med sikte på evaluering og justering av fastlegeordninga slik at det støtter oppunder utvalet sine forslag.
- Ein rår ikkje til felles akuttmottak i samarbeid mellom kommunar og helseføretak.

### **Vurdering:**

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

Vi har i 12 år hatt ein felles legevaktsentral for samtlege 7 kommunar på Søre Sunnmøre lokalisert til akuttmottaket ved Volda Sjukehus.

### **Grunna**

- gode røynsler med felles legevaktsentral
- nytt fastlandssamband (Eiksundsambandet) til øyane i sør vest
- at dette er eit svært godt fastlandesamband med sterkt redusert reisetid
- kraftige nasjonale føringar på at, der det låg til rette for det burde kommunane samlokalisere sine legevaktfunksjonar til akuttmottaket i velfungerande lokalsjukehus. Det var argumentert sterkt for at sjukehuset og kommunane kunne dra nytte av felles ressursar og felles kompetanse på å etablere såkalla Felles Akuttmottak (FAM)

På bakgrunn m.a. av dette blei dei etablert felles nattlegevakt for Hareid, Ulstein, Herøy, Sande, Ørsta og Volda frå kl. 22 til kl. 08 lokalisert med legevaktsentralen i mottaksavdelinga ved Volda sjukehus. Vi oppnådde dermed ei fagleg medisinsk og tverrfagleg styrking i det mest avanserte helsefag-miljøet vi har i regionen, og i den mest sårbare tida av døgnet reduserte vi farane ved at ein lege aleine skulle møte truande og utfordrande situasjonar.

Sjukepleiarane i mottaksavdelinga har ansvar for legevakttelefon og hjelpefunksjonar ved legevakt, i tillegg til mottaksfunksjonane til sjukehuset. Det er også mogleg for legevaktlegen å ha ein pasient liggande til observasjon ei tid utan å legge vedkomande inn. Ein kan søke

hjelp og rådgjeving frå legar og anna personell ved sjukehuset. Erfaringane med denne ordninga er svært gode. Det er lite klager, og ei evaluering gjennomført eit år etter ordninga starta, ga svært positive svar. Ut frå våre røynsler, er motstanden frå utvalet mot samarbeid med sjukehus om akuttmottak og legevaktsentral svært dårleg fundert og grunnfitt.

I følgje Google maps, går grensa for 40 minutt reisetid til sjukehuset i Volda omtrent på Rise i Hareid, Leikongeidet og Stokksund i Herøy. Eit slikt krav ville medført at nokre av kommunane i ytre strom må avvike samarbeidet om nattlegevakt i si noverande form. Det vil vere ein trussel mot det Felles Akuttmottaket (FAM) vi har bygd opp ved Volda Sjukehus og indirekte ein trussel for Volda Sjukehus som eit velfungerande lokalsjukehus med gode akuttfunksjonar. Over tid har vi sett kor sårbart desse ting er, og kan på ingen måte gå inn på ei utvikling som kan undergrave akuttfunksjonar ved eit så godt lokalsjukehus. Utvalet har ikkje gitt gode grunnar for kvifor grensa skal settast akkurat på 40 minutt for 90% av innbyggjarane,

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

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

Vi har nyleg fått nytt vegsamband til Nordfjord som gjer det aktuelt å drøfte legevaktsamarbeid dit. Vi har vedteke nye samarbeidsavtalar mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF om felles drift av legevaktsentral, felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og Nødnett Helse lokalisert til akuttmottaket ved lokalsjukehuset vårt

Kommuncoverlegen har snarare tankar om å vidareutvikle og kvalitetssikre enno betre den ordninga vi har gode røynsler med, enn å bygge ned dette med tanke på tenester i kvar kommune.

Vidareutviklinga bør skje ved å:

- Invitere med fleire kommunar i fellesordninga og utvide opningstida for felles legevaktordning lokalisert til sjukehuset.
- Auke personellressursen tilfredsstillande (slik rapporten omtalar) til å løyse og kvalitetssikre god handtering av nye oppgåver, m.a ved at det blir to legar på vakt. Ein til å ta hand om dei pasientane som kjem til legevakta. Ein, som i større grad enn no og slik utvalet ber om, kan dra ut på sjukebesøk. (Event ein lege i vakt og ein i beredskap)
- Nye funksjonar som rapporten listar opp, kan leggest til den etablerte legevaktsentralen.

- Ordninga med kommunale observasjonssengar lokalisert til akuttmottaket kan vidareutviklast.
- Legevakttenesta får uniformert legevaktbil med hjelpepersonell til bruk ved sjukebesøk.
- Legevakta skal ha legevaktsjef i minst 20% stilling. Det skal satsast sterkt på opplæring av legevaktlegar og anna legevaktspersonell, kvalitetsarbeid og avvikshandtering.

#### **Helse og miljøkonsekvensar:**

Betre organisering av prehospitale tenester og legevakt, vil vere gunstig for folkehelsa. Det vil bli oppfatta positivt for folkehelse, trivsel og samhandling at sjukebesøk til særlege pasientgrupper igjen og i større grad enn no skal bli vanlegare praksis.

#### **Økonomiske konsekvensar:**

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

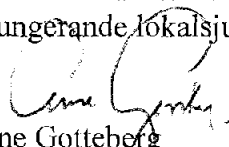
#### **Beredskapsmessige konsekvensar:**

Nokre av tiltaka i rapporten vil styrke beredskapen og gjere legevakttenesta meir velfungerande og robuste. Særleg for forhold til alvorlege ulukker og liknande, er det viktig med forslaga om å styrke felles planlegging og samhandling mellom helseføretak og kommunar. Tiltak som kan svekke det felles akuttmottaket og nattlegevakta ved Volda sjukehus vil kunne ha negative beredskapsmessige konsekvensar for distriktet fordi det vil kunne svekke lokalsjukehuset sine akutfunksjonar.

#### **Konklusjon:**

Delrapporten har mange positive forslag som vil kunne styrke legevakttenestene for befolkninga i distrikta og betre samhandling mellom kommunar og helseføretak. Forslaga vil påføre kommunane meirutgifter. Det må kome statleg finansiering av tiltaka. Ut frå våre røynsler, er motstanden frå utvalet mot samarbeid med sjukehus om akuttmottak og legevaktsentral svært dårleg fundert og grunnlagt. Det er viktig for oss å slå ring rundt lokalsjukehuset. Difor ønskjer vi å bygge den vidare tenesteutvikling på det gode vi har etablert. Vi ønsker å bygge inn mange av dei element utvalet foreslår i vidareutvikling av den samhandlinga vi har hatt om felles akutfunksjonar ved eit velfungerande lokalsjukehus.

Wenche Solheim  
Rådmann



Arne Gotteberg  
Kommuncoverlege

#### **Utskrift til:**

Helse og omsorgsdepartementet, Postboks 8011 Dep. 0030 Oslo