



# Oslo kommune

## Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Dato: 24.12.2014

Deres ref:  
14/4274

Vår ref (saksnr):  
201405005-4

Saksbeh:  
Peter Martin, 23461588

Arkivkode:  
001

### HØRING - AKUTTUTVALGETS DELRAPPORT

Det vises til brev av 04.11.2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet til høringsinstansene og telefonsamtale den 23.12.2014 vedrørende utsatt svarfrist til primo januar 2015. Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til Akuttutvalgets delrapport:

Akuttutvalget har levert en god og omfattende delrapport om akuttjenestene. Oslo kommune er enig i utvalgets vurdering om at det var mest hensiktsmessig å gi en samlet beskrivelse av de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Akuttmedisin er et område der første- og annenlinjetjenesten arbeider tett sammen og der rollene kan variere betydelig utfra avstand til sykehus og de konkrete omstendighetene rundt akuttifellene som skal håndteres. Oslo kommune støtter utvalgets forslag om en tydelig nasjonal strategi for å sikre felles planlegging, styrke ledelse, heve kvalitet og styrke forskning, utdanning og kompetanse. Tjenestene må planlegges og organiseres ut fra betraktninger om tjenestekvalitet og robusthet og i mindre grad ut fra hensyn til forvaltningsnivå og profesjonstilhørighet. I det følgende gir kommunen innspill til utvalgte punkter i kap. 6 "Utvalgets vurderinger og forslag".

#### 6.5 Ledelse

Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet som beskrives, og støtter de fleste anbefalingene. Tiltakene vedrørende strategisk samarbeid med helseforetakene og styrket ledelse i legevakter er særlig viktige. Samorganisering med andre kommunale akuttjenester kan være en hensiktsmessig måte å bygge opp en slagkraftig organisasjon, men her vil det være betydelig variasjon mellom kommuner avhengig blant annet av kommunestørrelsen og avstand til sykehus. Ledelsen må påta seg et betydelig systemansvar og sikre gode strukturer.

De individuelle faglige vurderingene i legevaktjenesten må i større grad den enkelte (fast-)lege innstå for. Dette skillet kan det være nyttig å synliggjøre bedre enn i dag, fordi kommunen med dagens organisering har begrensede muligheter til å påta seg et totalansvar på samme måte som helseforetakene kan gjøre for sine tjenester.

#### 6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

Oslo kommune støtter tiltakene vedrørende kvalitetsutvikling og forskning. Kommunen støtter prinsippet om at det bør innføres rapportering av avvik til Nasjonalt kunnskapssenter for

helsetjenesten. Det er imidlertid avgjørende at dette ikke bare blir enda en instans som skal føre kontroll med virksomheten og som man skal bruke ressurser for å rapportere til. Innføring av en slik ordning må være del av en helhetlig tilnærming til kvalitetsarbeid i akuttjenestene der det primære er å utvikle den interne kvalitetsoppfølgingen. Alvorlige hendelser vil som regel medføre formell kommunikasjon med pasient/pårørende, helsetilsynet i fylket, pasientombud, Norsk pasientskadeerstatning eller en kombinasjon av disse. I tillegg skal involvert personell ivaretas og vurderes, systemperspektivet skal ivaretas og læring sikres og videreformidles. En ny rapporteringsordning må derfor ikke bare legges opp på det eksisterende, men være en del av et koordinert system som sørger for effektivt kvalitets- og oppfølgingsarbeidet uten dobbeltarbeid og involvering av altfor mange ulike instanser.

I dag plikter den enkelte helsearbeider å melde hendelser med (potensiell) pasientskade til helsetilsynet i fylket. Denne meldeplikten bør kunne ivaretas av kommunen som ansvarlig for tjenesten.

### 6.9 Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken

Oslo kommune har rask tilgang på høyspesialiserte tjenester innen akuttkjeden og et godt utviklet sentral legevakt. Behovet for trening og opplæring av fastleger og personell i andre deler av helse- og omsorgstjenestene i kommunene er derfor annerledes i Oslo enn i kommuner med spredt befolkning og større avstand til sykehus. Oslo kommune er imidlertid enig i at flere personellgrupper bør få tilbud om akuttmedisinsk trening og mener st dette er et viktig tiltak. Det er spesielt viktig at helsetjenestene i kommunene har god kjennskap til:

- 1) organisering av tjenestene
- 2) hvilke tilstander som krever rask respons og varsling til rett instans

Samtreningen må primært rettes mot å identifisere hendelser og til å kontakte rett instans til rett tid.

### 6.10.2 Vurdering av legevaktjenesten

I delrapporten pekes det på en tjeneste der det er en utvikling fra bare å behandle dem som trenger det mest til å bli en stasjonær tjeneste med tilbud til pasienter med lav hastegrad. Oslo kommune er langt på vei enig i denne betraktningen, men ser at det er to forhold i sær som påvirker utviklingen.

Et forhold er at det har skjedd en utvikling der kompetanse og spesialisering innen akuttmedisin har ført til at allmennlegenes bidrag begrenses. Moderne akuttmedisin handler om å få personell med høy spesialisert kompetanse og ferdigheter til pasienten så raskt som mulig, eller å få pasienten til et sted der dette er tilgjengelig. Legevakt blir med dette i større grad et tilbud om mer avansert førstehjelp. I tillegg er tid ved kritiske tilstander avgjørende og innsatsen er innrettet mot å etablere så raske forløp som mulig. I slike tilfeller vil veien om legevakt kunne være forsinkende.

Et annet forhold er trenden mot et samfunn med høye krav om service og tilgjengelighet og i tillegg en forventning om lett tilgang til helsetjenester. Dette er med på å forskyve kapasitet mot i større grad å yte tjenester mot mindre prioriterte grupper. Dersom fastlegene hadde hatt noe lengre åpningstid og i større grad hadde avsatt tid til øyeblikkelig hjelptimer, ville det kunne bidra til å synliggjøre at legevakt er for tilstander som virkelig haster.

### 6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn

Fastlønn og ansatte legevaktleger understøtter arbeidet med sosialmedisin, psykiatri, rus og sammensatte/uklare problemstillinger. Dagens aktivitetslønn ivaretar slikt arbeidet dårlig, noe som også gjelder for språk- og kulturutfordringene som man opplever ved legevakten i en storby. Dette dreier seg om ivaretagelse av sentrale legevaktoppgaver og vår erfaring er at normaltariiffen er lite egnet for dette, uavhengig av hvorvidt inntektene tilfaller kommunen som arbeidsgiver, eller den enkelte fastlege som næringsdrivende. Oslo kommune støtter forslaget om å øke bruken av fastansatte leger, men også fastlegenes rolle i en stor kommune vil kunne styrkes ved at en begrenset andel av fastlegene deltar i legevakt etter avtale og timebetaling.

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

Legevakten i Oslo utfører omkring 25 % av alle sykebesøk i Norge, og er innenfor utvalgets anbefalte nivå på 20-40 besøk per tusen innbyggere. Oslo kommune er enig i at sykebesøk bør utføres i større grad enn i dag. Dette gjelder ikke bare røde og gule responser, men også grønne.

Oslo kommune er usikker på om det anbefalte nivået vil treffe behovet riktig i alle kommuner. Rød respons løses ofte godt av trente paramedics uten legevaktlege. I Oslo benyttes ofte anestesilege fra helseforetakene. Behovet for allmennlegekompetanse er ofte større ved lavere hastegrader. Erfaringsmessig kan mange slike besøk løses best ved hjemmebesøk av fastlegen som kjenner pasienten fra tidligere. Å stimulere til økning av fastlegebesøk er således viktig.

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

Oslo kommune er enig i at rus og psykisk helse er et sårbart område som trenger satsing. Kommunen støtter tiltak vedrørende selvmordsvurderinger, tvangsbruk, egensikkerhet og oversikt over samarbeidspartnere og rutiner. I dette arbeidet er det viktig å ha et tett samarbeid mellom legevakttjenesten og samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten. I dag er det utfordrende at forskjellige geografiske områder organiseres forskjellig og til dels er det også betydelig variasjon i tilbudet. DPS'ene definerer sine oppgaver forskjellig, tilbudet fremstår dels som uoversiktlig og lite koordinert enkelte steder. Det er kommunens vurdering at legevakttjenesten bør forsterkes der det er mulig med psykiaterkompetanse. Dette ville gi gjensidig forståelse og heve kompetansen i begge tjenester. Rusakutt-tilbud mangler mange steder i landet.

Behovet for å prioritere de sykeste, også innen rus og psykiatri er viktig. Oslo kommune mener det er et klart behov for økt kompetanse innen disse områdene. Akuttutvalget påpeker selv at dette i liten grad er omtalt i rapporten og at det er behov for å komme nærmere tilbake til det i den offentlige utredningen. Oslo kommune mener dette er arbeid som bør prioriteres.

#### 6.10.7 Bedre prioritering i legevakt: Telefon som viktigste kontaktmåte og fastsetting av hastegrad

Det pekes på manglende utvikling av medisinsk indeks og behovet for verktøy til medisinsk beslutningsstøtte. Utvalget foreslår at medisinsk indeks må valideres, deretter revideres og fullt ut digitaliseres.

Oslo kommune er enig i utvalgets vurdering om at det er behov for digital beslutningsstøtte i alle ledd i den akuttmedisinske kjeden, herunder også telefontriage. Akuttutvalget peker primært mot de behov AMK-sentralene har, men også legevakt mottar et betydelig volum akuttmedisinske henvendelser slik at valg av verktøy må sees i forhold til begge tjenesters behov.

Medisinsk indeks er et av flere verktøy for triage i den akuttmedisinske kjede og Oslo kommune anbefaler at det gjøres en helhetlig tilnærming der de forskjellige verktøy vurderes. Legevakten i Oslo bruker, som en av flere legevakter og akuttmottak i Norge, Manchester Triage Scale (MTS). Dette triageringsverktøyet har utviklet moduler for både prehospital triage og telefontriage. MTS plattformen vil kunne være en egnet plattform for helhetlig triage i Norge. MTS er validert og vedlikeholdes gjennom et stort internasjonalt miljø, noe som sikrer kontinuerlig utvikling og høy grad av kvalitet.

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

Styrking av kommuneoverlegefunksjonen (6.5.1) blant annet overfor fastlegene er et virkemiddel for å bedre fastlegenes deltagelse og kompetanse i legevakt. Som nevnt ovenfor (pkt 6.10.3) mener Oslo kommune at man i store kommuner med mange fastleger ikke nødvendigvis må kreve at alle fastleger deltar i legevakt. Dette innebærer at en andel av fastlegene, som får tilleggsopplæring og også vil få mer erfaring, deltar i legevakt. En slik ordning er imidlertid per i dag ikke avtalefestet.

Oslo kommune støtter for øvrig utvalgets forslag til kompetansekrav.

Oslo kommune støtter innretningen og de aller fleste forslag i akuttutvalgets delrapport. Det er imidlertid viktig at det rettes tilstrekkelig oppmerksomhet i den videre prosessen mot de områdene som utvalget selv påpeker er lite omtalt i rapporten. Dette gjelder særlig psykiatri og rus. Konkrete tiltak for å håndtere utfordringene knyttet til utvikling av en sammenhengende og effektiv tjeneste på tvers av forvaltningsnivåene er nødvendig i det videre arbeid.

Med vennlig hilsen

Endre Sandvik  
kommunaldirektør

Åse Snåre  
helsesjef

**Godkjent og ekspedert elektronisk**