



## Saksframlegg

### Akuttutvalgets delrapport - hørings svar

Utv.saknr	Utvalg	Møtedato
	Tjenesteutvalget	

#### Rådmannens forslag til vedtak:

1. Tjenesteutvalget slutter seg til vurderingene i saken, og de avgis som høringsuttalelse for Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Søgne kommune stiller seg positiv til at akuttmedisin og spesielt legevaktmedisin nå blir løftet fram og at sammenhengende tjenester, kvalitet og organisering står sentralt i det videre arbeidet med primærhelsemeldingen og sykehusmeldingen.
3. En styrking av legevaktmedisinen er en nødvendig del av Samhandlingsreformen, og vi forutsetter at de økte utgiftene kompenseres fra Staten.

#### Bakgrunn for saken:

Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt et utvalg under ledelse av Fylkesmann Ann Kristin Olsen som innen desember 2015 skal avgi en innstilling som omhandler hele den akuttmedisinske virksomheten i Norge. I løpet av 2015 skal departementet legge fram en primærhelsemelding og en sykehusmelding, og akuttmedisinske tjenester vil være en viktig del av disse meldingene da de omfatter både det kommunale nivået og spesialisthelsetjenesten. Derfor har Akuttmedisinutvalget forsert arbeidet og lagt fram en delrapport som i det vesentlige behandler legevaktens organisering, innhold og arbeidsform. Høringsfristen er 16. desember. Rapporten har i liten grad behandlet akutte tjenester til mennesker med rus- og psykiske lidelser, AMK-sentralene og legevaktsentralenes funksjon.

De viktigste punktene er:

- En tydelig nasjonal strategi som skal sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak, bedre samarbeid, styrke ledelsen, innføre nasjonale kvalitetsmål, heve utdanningsnivået og kompetansen til personalet. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunene hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene er representert. Kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes.
- Responstider bør innføres som en del av nasjonale kvalitetsmål for hele den akuttmedisinske kjeden.
- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt.
- Det bør innføres nasjonale krav til dimensjonering og kvalitet i legevakttjenesten.
- Det bør innføres et nasjonalt krav til at 95 % av befolkningen skal ha maksimalt 60 minutters reisevei til legevaktlokalene.

- Fastlønn bør tas i bruk i større grad, virkningen av fastlønn bør analyseres nærmere.
- Det bør stimuleres til økt bruk av sykebesøk og at legevaktlege deltar i utrykninger med ambulanse.
- Fastlegenes tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp bør bedres og legevakten bør kunne bestille time hos pasientenes fastlege.
- Utvalget foreslår tiltak for bedre kompetanseheving og tilgjengelighet i legevakt for pasienter med rus- og/eller psykiske problemer.

**Viktige momenter og bakgrunnstall fra rapporten som belyser bruk av legevaktstjenester (med Søgnes kommentarer i kursiv):**

- Om lag 73 pst. av aktiviteten ved legevakt klassifiseres hvert år i laveste hastegrad (grønn), 24,5 pst. i mellomste hastegrad (gul) og 2,5 pst. i høyeste hastegrad (rød). Disse andelene har vært stabile over tid.
  - Målt i rater per innbygger, anslås det at blant de om lag 360 pasientkontaktene som legevaktene i snitt har per 1000 innbyggere per år, er det 9,1 røde kontakter, 88,1 gule kontakter og 262,2 grønne kontakter.
  - Dagens finansiering og avlønning av legevaktstjeneste bidrar til høy produksjon i form av antall kontakter og konsultasjoner. Kommunene har i dag ikke hånd om en vesentlig innteksstrøm fra staten til legevaktstjenesten og dette svekker kommunenes styringsmuligheter. Statlige refusjoner utbetales direkte til legevaktlegene.
  - *Uttalelse: Lokale tall for Søgne med tanke på hastegrad har vi ikke, men vi antar at vår praksis likner landsgjennomsnittet. Bruken med tanke på hastegrad viser at det er behov for bedre trianglering («siling») og at mange av pasientene kunne blitt håndtert hos fastlegen neste dag. Dette kan spissformuleres til at legevakt med stort innslag av «grønne pasienter» er en kveldsåpen «drop-in allmennpraksis» der de som henvender seg møter kjente aktører med tilgang til all relevant journalinformasjon. Dette er et meget godt tilbud til pasientene, men det blir feil å kalle dette for legevaktsarbeid. En praksis som beskrevet over vil leger, pasienter og kommune være fornøyd med. Men hva med Helfo? Er de fornøyd med å dekke vesentlige deler av merkostnadene med "kveldsåpne legekantor"?*
- Det er grunn til å tro at prioritering mellom pasienter og pasientgrupper påvirkes av de økonomiske insentivene som følger av dagens avlønningsmønster og finansiering slik at både psykisk syke og ruspasienter nedprioriteres i dagens legevaktstjeneste.
  - *Uttalelse: Viser til kommentarene i punktet over.*
- Etter utvalgets mening bør fastlegene øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp. Det er ingen tvil om at det mange steder er for liten kapasitet i fastlegeordningen og at legevakten opplever pågang tidlig på ettermiddagen av pasienter som burde ha kommet til fastlegekontoret.
  - *Uttalelse: En vesentlig andel av de «grønne» henvendelsene på legevakt kan ved en bedre organisering på fastlegekontorene ivaretas av fastlegen. Da flyttes arbeidet der det hører hjemme.*
- Nklm har utført ulike studier i løpet av 2013 og 2014 av hva som påvirker etterspørselen etter legevaktstjenester. Disse studiene tyder på at reisevei er en avgjørende faktor for hvordan innbyggerne bruker legevakten og at disse ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsratene ikke kan forklares med medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold.
  - Raten for konsultasjoner med lege halveres etter 43 km (Arendal legevaktsdistrikt 2013 undersøkt av Raknes og Hunskår)

- En reiseavstand på 50 km medførte om lag 50 pst. nedgang i antall konsultasjoner, telefonkonsultasjoner og sykebesøk på legevakt (315 kommuner undersøkt i 2014 av Raknes, Morken, Hunskår)
- *Uttalelse: En lokal og nær legevakt er et gode for befolkningen, men det er ingen tvil om at det øker bruken av legevakt, uten at det er vist at dette gir noen helsegevinst.*
- *Uttalelse: Når det gjelder pris på legevakt er det et interessant regnestykke. Det er omtrent «gratis» for kommunene å ha lege i vakt, da legen stort sett lønnes over normaltariffen. Men sykepleierne er på ingen måte gratis. Og HELFO (les: befolkningen) sitter igjen med regningen. Og her er vi ved noe av kjernen. Hvis en skulle tenke seg at vi skulle være mer "service-innstilte" og ta alle de grønne henvendelsene som vi tar i dag, kanskje til og med flere, vil det kreve økt antall både leger og sykepleiere. Legene får vi "gratis" på kveldstid, mens sykepleierne er en betydelig utgift på legevakt. Så økt antall pasienter på legevakten utover det en lege greit kan ta unna, vil faktisk føre til en dyrere legevakt for kommunen.*
- *Uttalelse: Punktet over viser at kommunene bare i liten grad har økonomiske insentiv til å redusere sin «overforbruk» av legevaktstjenester i form av «grønne henvendelser»*

### **Saksutredning:**

Høringsnotatet er på 124 sider og det har følgende kapitler:

- Status, utviklingstrekk og felles utfordringer
- Kommunens øyeblikkelig- hjelp-tilbud
- Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten
- Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten i andre land
- Utvalgets vurderinger og forslag

Vi konsentrerer oss om de forslagene som har størst interesse for kommunes helsetjenester. Under gjengis sentrale forslag med kapittelnummer og med uttalelse fra Søgne kommune:

### **6.5: Ledelse**

Utvalget anbefaler at man styrker ledelsen og samler flere av de ulike akuttmedisinske tjenestene i kommunene, slik at de fremstår i større grad som én tjeneste. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunen er representert. I ethvert legevaktdistrikt uansett størrelse foreslås det nå at det skal være en medisinsk-faglig legevaktsleder i minst 20 % stilling. Store legevakter bør ha minst 50 %. Kommuneoverlegens rolle må utvides, spesielt funksjonen som koordinator for fastleger, kommunale «øyeblikkelig hjelp»-tilbud og omsorgstjenester. Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. (Dette er ikke godt nok ivare tatt på Kristiansand interkommunale legevakt i dag).

*Uttalelse: Forslaget støttes, særlig er det viktig at større legevakter har medisinsk faglig ansvarlig lege i minst 50 % stilling.*

### **6.6: Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning.**

Her har utvalget en rekke forslag til standardisering, melderutiner, forsknings- og kvalitetsprosjekter.

*Uttalelse: Forslaget støttes. Det er naturlig og ønskelig at flere kommuner og særlig legevaktene skal bidra med forskning og fagutvikling for å øke kvaliteten og kompetansen i primærhelsetjenesten generelt, og legevaktstjenesten spesielt, men da er det nødvendig med økte*

ressurser til kommunene som er øremerket forskning. Fagutvikling og forskning vil igjen være et argument for interkommunale legevakter, da det krever større og mer robuste fagmiljø.

### **6.10: Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene**

Det horisontale samarbeidet mellom de kommunale tjenestene med døgnerberedskap (legevakt, hjemmesykepleien, ØHD-avdelingen) bedres og utvikles ut fra nye ideer og lokale behov. Alle kommuner må ha en plan for sitt «øyeblikkelig hjelp»-tilbud. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester. Det bør etableres tverrfaglige akuttmedisinske team i kommunene

*Uttalelse: Forslaget støttes. Se under for mer utfyllende uttalelser.*

#### **Vurdering av legevakttjenesten**

Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav til legevakttjenesten.

*Uttalelse: Forslaget støttes. Søgne kommune ser positivt på innføring av nasjonale krav, da det vil øke kompetansen i legevakttjenesten, og bidra til mer systematisk arbeid med kvalitetsheving.*

#### **Større bruk av fast lønn i legevakt**

I dag er mesteparten av finansieringen av legevakt stykkprisbetaling. Dette dreier virksomheten mot høy aktivitet, men det kan gå på bekostning av prioriteringen av sykebesøk og utrykning i ambulanse og føre til nedprioritering av pasientene, og spesielt de tidkrevende rus- og psykiatrispasientene. Fordi innteksstrømmen går direkte fra staten til legene, har kommunene små styringsmuligheter. Utvalget foreslår at fastlønn i større grad tas i bruk i legevakt. Utvalget foreslår også at legevaktarbeid ikke lenger skal være uregulert arbeidstid, men skal innarbeides i en forutsigbar vakt- og tjenesteplan med oversikt over samlet arbeidstid.

*Uttalelse: Forslaget støttes og anses som viktig, men forutsetter at kommunen får overført de midlene som i dag går til stykkprisrefusjon for legevaktlegene. Dette vil være en sak for forhandlinger. Fastlønnen legevakt som er innarbeidet i legens ordinære arbeidstid ser vi på som et viktig tiltak for å oppnå både gode arbeidsvilkår, god fagutvikling og god pasientsortering og pasientbehandling. Det vil imidlertid kreve flere fastleger da flere leger med et slikt system «bare» vil jobbe 100% stilling.*

#### **Styrking av fastlegeordningen**

En stor del av forslagene som går på kvalitet og stabilitet i legevakten, krever en betydelig økning i antall fastleger. Dette er også en forutsetning for å gjennomføre Samhandlingsreformen.

*Uttalelse: Søgne kommune forventer at dette vil bli en svært viktig del av den kommende primærhelsemeldingen. Med økte krav til fastlegene, oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, og omorganisering av legevakttjenesten til en mer «allmennmedisinsk nødetat» vil det være et stort behov for en betydelig økning i antall fastleger.*

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

Utvalget foreslår et knippe av virkemidler, bl.a. utvidede åpningstider i distriktpsykiatriske sentre (DPS), etablering av samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten, tilgjengelig psykiatrisk kompetanse på legevakt, økt kompetanse for vurdering av selvmordsrisiko, opplæringsprogram i personlig sikkerhet for personalet, akuttpsykiatri som en del av opplæringen i akuttmedisin, og opprettelse av observasjonsposter for ruspasienter.

*Uttalelse: Forslaget støttes. For Søgne kommune med 11 000 innbyggere, som har legevaktsamarbeid med Songdalen kommune med ca. 6000 innbyggere, vil det være krevende å innfri alt dette, spesielt observasjonsposter for ruspasienter. Større interkommunale løsninger bør vurderes. Ruspasientene bør få egne lokaler som er tilpasset deres behov, og skjermet fra andre pasienter, for eksempel i ØHD. Dette er likevel ikke til hinder for at observasjonsposten kan samlokaliseres med f.eks. ØHD med tanke på ressursbruk, men lokalene må være fysisk adskilt. Dette vil være vanskelig å få til slik vi er organisert i Søgne nå.*

### **Økt tilgjengelighet hos fastlegene**

Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp. Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av «øyeblikkelig hjelp»-pasienter registreres. Legevakt må gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.

*Uttalelse: Forslaget støttes. Foreslåtte organisatoriske endringer i legevakttjenesten er ikke mulig å gjennomføre uten nært samarbeid med, og økt tilgjengelighet hos fastlegene. Forslaget om at legevakten får mulighet til å bruke et gitt antall ØH-timer hos fastlegekontoret neste dag støttes særlig. Kveldsåpne fastlegekontor vil kunne avlaste legevakta betydelig, og bør utredes.*

### **Telefon som viktigste kontaktmåte og fastlegging av hastegrad**

Utvalget mener at triage (system for systematisk fastsettelse av hastegrad) bør vurderes innført, og at telefon bør være den viktigste kontaktmåten inn mot legevakt.

*Uttalelse: Forslaget støttes.*

### **Rekruttering: Samordnede tiltak**

En rekke tiltak foreslås: Utvidet bruk av fastlønn, regulert arbeidstid, trygghet og sikkerhet, noe som medfører at lege aldri opptrer alene, heller ikke i sykebesøk. Uniformert legevaktbil med støttepersonell er etter utvalgets syn det tiltaket som raskest og mest effektivt vil heve trygghetsfølelsen på legevakt, og dette må stilles som et krav til alle legevakter. Det bør legges vekt på at legevaktlege i sykebesøk eller utrykning ikke må reise alene, men har med seg støttepersonell som kan bistå i akuttmedisinske situasjoner. Bilen må være utrustet med nødvendig medisinsk utstyr og kommunikasjonssamband med legevaktsentral, AMK-sentral og ambulanspersonell.

*Uttalelse: Skal disse krav innfris, spesielt punktet med uniformert bil med støttepersonell, så mener vi av ressurs hensyn forutsetningen må være at legevaktsdistriktene er store nok til å forsvare ressursbruken. For Søgnes del som har legevakt sammen med Songdalen (totalt ca. 17 000 mennesker) mener vi denne forutsetningen ikke er innfridd.*

### **Lang reisetid for innbyggerne**

Bruken av legevakt er direkte avhengig av avstanden til legevaktlokalet, det gjelder også de mer alvorlige tilstandene. Utvalget foreslår en maksimal reisetid til legevaktlokalene, 95 % av befolkningen skal ha maksimalt 60 minutters reisetid.

*Uttalelse: Forslaget bør utredes nærmere. Det bør fra Akuttutvalget skisseres ulike modeller for lokale bakvaksordninger, basert på vurderinger om faglighet og forsvarlighet.*

### **Fastleger i legevakt**

Andelen fastleger som driver legevakt er stadig synkende, og utvalget forslår at det må etableres en godt ledet og organisert legevaktstjeneste som øker andel av fastleger og andelen spesialister i allmennmedisin til legevaktarbeid.

*Uttalelse: Forslaget støttes, det er helt nødvendig å heve kvaliteten på legevakt ved å legge til rette for større deltakelse av fastleger og spesialister i allmennmedisin (selv om dette ikke er et problem i Søgne, vikarer brukes aldri i legevakt).*

#### **Avsluttende kommentarer:**

Dersom forslagene skal gjennomføres, vil dette bety betydelig økte kostnader for kommunene til drift av legevakt. Men befolkningens behov for akuttmedisinske tjenester, ikke minst sykebesøk, vil øke i takt med aldersutviklingen, så det er helt nødvendig å satse på en god og effektiv legevaktstjeneste. Det må være en forutsetning at sentrale myndigheter ser behovet for denne utviklingen, ikke minst fordi det vil være viktig for å forebygge unødvendige innleggelse. En mer effektiv legevakt vil bidra til enda mer presis sortering av pasientene og dermed gi besparelser, men disse vil komme spesialisthelsetjenesten til gode.

#### **Enhetsleders merknader:**

Problemene som er behandlet i forslaget er i større eller mindre grad kjent over hele landet, det gjelder både kapasitet, kvalitet, tilgjengelighet og «overforbruk» av legevakt. I forhold til de øvrige delene av helsetjenesten har legevakt fått liten oppmerksomhet. Det er behov for en heving av både kvaliteten på kommunalt legevaktarbeid og ikke minst samhandlingen med de øvrige akuttmedisinske tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for (ambulansetjenesten og AMK-sentralen). Spesielt krevende er det å gi pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser et godt og trygt tilbud om akutt-tjenester. Videre er det stort behov for avgrensning av hva som er legevaktsarbeid og hva som er kveldsåpen «drop-in allmennpraksis». Slik bruken i dag er blitt av legevaktstjenester er det på høy tid å diskutere utvidede åpningstider hos fastlegene.

Et kvalitetsløft for legevaktmedisin vil koste penger. Dersom Akuttutvalgets forslag skal gjennomføres, og dersom kommunene skal klare å oppfylle de nye kravene som Akuttforskriften legger opp til, må det tilføres midler. Dette vil være et sentralt element for å få Samhandlingsreformen til å fungere slik man ønsker, og det forutsettes at Staten tilfører nødvendige midler til å oppfylle kravene.

#### **Rådmannens merknader:**

Politisk vedtak vil bli ettersendt.