

# SYS – IKL

Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevaktsamarbeid  
ASKVOLL – BALESTRAND - FJALER – FØRDE – GAULAR  
HYLLESTAD – HØYANGER - NAUSTDAL – JØLSTER

Førde den 15.12.14

**Helse og omsorgsdepartementet**  
V / avdelingsdirektør Cathrine Dammen

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## **HØYRINGSUTTALE TIL AKUTTUTVALET SIN DELRAPPORT PR 31.10.14.**

### **Innleiing**

SYSIKL er geografisk sett eitt av dei større interkommunale legevaktsamarbeida i landet. Området har grisgrendt befolkning, 8 av kommunane har i snitt ca. 2700 innbyggjarar, ein kommune har nær 13.000 innbyggjarar.

Ved etablering av samarbeidet som starta 01.04.2009 låg det til grunn relativt store rekrutteringsproblem med ledige legeheimlar i fleire av kommunane som inngår i samarbeidet. Rekrutteringa vart løyst med korttidsvikarar noko som resulterte i manglande kontinuitet ved legekontora. Dette gjekk utover fastlegefunksjonen, noko som særleg ramma dei kronisk sjuke. Anna viktig konsekvens var manglande legeressurs for medisinskfagleg ansvarleg i kommunanes helseteneste, med negative faglege konsekvensar for dagleg drift og manglande støtte i planarbeid i den kommunale helsetenesta.

### **Bakgrunn**

I delrapporten frå AKUTTUTVALET heiter det m.a.:

*Utvalget har i mandat å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade...*

*Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Akuttutvalget om å foreslå nasjonale krav til legevakt for en styrket legevaktstjeneste. Dette er derfor et hovedinnhold i omtalen av kommunenes øyeblikkelig-hjelpetilbud. Utvalget har lagt vekt på å foreslå innføring av noen få, men høyt prioriterte nasjonale krav som kan få betydning for den framtidige utviklingen av legevaktstjenesten....*

I forkant av delrapporten frå Akuttutvalet kom utkast til ny forskrift for den akuttmedisinske kjede med flg. framlegg til krav for legevakt:

*Sentrale forslag i høringsutkastet til ny akuttmedisinforskrift er blant annet presisering av utrykningsplikt for legevakt ved ulykker og andre akutte tilstander, nye kompetansekrav til legevaktlege, plikt til å etablere bakvaktordninger der lege i vakt ikke oppfyller*

*kompetansekravene, forsterkning av plikten til samhandling og styrket samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenester.*

### **Konkrete planar i SYSIKL som svarar på dei sentrale føringane:**

SYSIKL er pr no drifta med ein lege på vakt på kveldstid og natt i veka og heile døgnet i helg og høgtid. Som styrking har ein tilkallingsvakt laurdag, søndag og høgtidsdagar kl. 10-23:00.

I tillegg har ein sjukepleiar / helsesekretær på vakt på kveldstid i veka og heile døgnet i helg og høgtid.

SYSIKL helsar velkomen fleire av krava i utkastet til forskrift og delrapporten. Erfaringsvis har ein sett at turnuslege/ukjende vikarar åleine på vakt er uheldig. Vidare er utrykkingsfrekvensen som følgje av kun ein lege på vakt svært låg, og akuttfunksjonen i perifere deler av distriktet vert reelt sett ivareteken av ambulansetenesta / luftambulanse. I samband med overtaking av legevaktssentral (LVS) som no har vore drifta av AMK, og etablering av ØHD-plassar, legg våre planar opp til 2 legar på vakt, begge på fast løn. Med dette vil ein ivareta kompetansekravet og ein god opplærings situasjon ved å kombinere ein erfaren, kvalifisert lege med turnuslege / fersk vikar. Ein vil kunne ivareta utrykkingskravet i ein sirkel på 45- 60 minutt reisetid. I ein vidare sirkel vert imøtekøyring til ambulanse eller annan transport eit mogleg tiltak, og i dei ytre distrikt må akutthjelparordning og anna kommunalt helsepersonell ivareta den kommunale delen av ØH hjelpa. Viser til tabell under med befolkning i høve til ulike avstandar frå legevakta.

Vidare kjem ein ikkje unna at ved raude situasjonar, vil luftambulanse vere den aktuelle hjelp uansett storleik på legevaktssamarbeidet. Ein har rikeleg erfaring med at luftambulansen kjem først sjølv i 2 kommunesamarbeid og ved legevakt i enkeltkommunar. Med den geografi og vegsystem vi har, er dette den reelle situasjon.

### **SYSIKL vil kommentere følgjande utfordringar nemnt i rapporten:**

#### **Utfordring 1: avstand til legevakt:**

Pkt 3.3.4 i rapporten:

*Interkommunalt samarbeid om legevakt betyr at legevaktstriktene blir færre og større. Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette. For mange innbyggere har dette ført til økt avstand og reisetid til legevakt...*

Frå samandraget, pkt 1.5.2:

*Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav til at 90 pst. av befolkningen i hvert legevaktstrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon, og 95. pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter. Intensjonen er at kravet skal få betydning for dimensjonering av legevaktstjenesten i et legevaktstrikt, og medføre kortere reisetid for innbyggerne i områder der det i dag er lang reisetid til legevakt.*

Det som uroar leiing, fagråd og styret ved SYSIKL, er dei relativt bastante grenser for reisetid til legevakt. Flg. tabell syner befolkning i forhold til reisetid i SYSIKL:

Innbyggjarar pr 01 01 14		under 40 minutt	under 60 minutt	over 60 minutt
		reisetid	reisetid	reisetid
<b>Førde</b>	<b>12 685</b>	12 685		
<b>Naustdal</b>	<b>2 776</b>	2 776		
<b>Gaular</b>	<b>2 928</b>	2 928		
<b>Jølster</b>	<b>3 070</b>	3 070		
<b>Høyanger</b>	<b>4 183</b>		3 533	650
<b>Balestrand</b>	<b>1 306</b>			1 306
<b>Fjaler</b>	<b>2 853</b>		2 000	853
<b>Hyllestad</b>	<b>1 390</b>			1 390
<b>Askvoll</b>	<b>3 011</b>		2 111	900
	<b>34 202</b>	<b>21459</b>	<b>7644</b>	<b>5099</b>
prosent av samla befolkning:		63	22	15
tilsaman 40 og 60 minutt:			85	

Tabellen syner at SYSIKL ikkje fullt ut innfrir krava til reisetid. Det er likevel ikkje store deler av befolkninga som kjem utanfor. Verst er situasjonen for kommunane Balestrand og Hyllestad der heile befolkninga kjem utanfor 60 minuttsgrensa.

Det er viktig her å sjå på årsaka til at kommunane har gått saman i eit så stort samarbeid. Presentasjonane som vart brukt ved etablering av samarbeidet inneheld aktuell informasjon:

‘Historisk sett’ har Sogn og Fjordane hatt dei størst problema i landet med rekruttering av legar. Dette går fram av følgjande tabell som syner ledige fastlegelister frå åra etter århundreskiftet. På denne tid vart det starta arbeid med å finne årsakene for situasjonen som òg hadde vart framover 1990 åra.

Tispunkt	Del lister uten lege
31.12.2001	19,4
31.12.2002	16,5
03.06.2003	11,5
31.12.2003	9,6
31.12.2004	12,6
30.10.2005	9
31.12.2006	5
01.02.2008	3
Befolkning Sogn & Fj 106 000	
Tot tal lister S % Fj: 100	
Ledig på landsbasis	1,08

Tabellen viser at 20% av legeheimlane i fylket var ledig ved århundreskiftet. I følgje tabellen betrar situasjonen seg utover, men reelt sett vart listene dekkja opp av langtidsvikarar og ikkje faste legar. Ledige lister på landsbasis er om lag ein prosent og situasjonen var verre for Sogn og Fjordane enn Finnmark som nytte godt av statlege stimulerings tiltak.

Det vart gjort forskning på årsakene til rekrutteringsproblema i regi av fylkeslegen i Sogn og Fjordane i samarbeid med dåverande Sosial- og helsedirektoratet. Ein fann flg årsaksfaktorar:

Undersøking v/Shdir og fylkesmannen:

- **Kun 30 har slutta siste 5 åra, altså relativt stabil gruppe - utfordringa er å få nye legar hit.**  
Av dei som har slutta er dei fleste menn med vaktbelastning oftare enn kvart 5.- 6. døgn.
- **Kvinner utgjær >50%** av fastlegar yngre enn 40 år.  
75% av kvinnene har begynt i kommunar med vakt sjeldnare enn kvart 7. døgn.
- **Legane sin tryggleik må vektleggast** av kommunane.  
Det er grunn til å tru at kvinnelege legar kan oppleve dette problemet sterkare mannlege kollegaer.

Samandraget peikar på at kommunar med faste, etablerte legar hadde ein stabil situasjon. Etter kvart fekk ein ei forgubbing i legekorpset og ved avgang var det problem å rekruttere nye legar hit. Undersøkinga viste at vaktbelastninga var viktigaste årsak. Når belastninga vert større enn om lag 7-delt vakt, var dette ei klar utfordring. Lege åleine på uttrykking i distriktet eller på vakt i store kommunale og tomme bygg med tidvis trugande personar stimulerte heller ikkje rekrutteringa.

Men kvifor så stort samarbeidsdistrikt?

Ser ein på mulegheit for oppdeling av legevaktsdistriktet SYSIKL, kan det ut frå geografi tenkast

- eitt distrikt med to kommunar, befolkning på 5490 og til saman 6 legeheimlar
- eitt distrikt med tre kommunar, befolkning på 7250, og til saman 8 legeheimlar
- eitt distrikt med 4 kommunar, befolkning 21450, og til saman 25 legeheimlar

Samanslåing av dei to minste distrikta vil ikkje vere aktuelt då avstand til det største området lokalisert i Førde vil vere mindre. Dessutan er sjukehuset lokalisert her.

Skal ein vurdere realismen i etablering av dei to minste samarbeida, må ein vurdere følgjande:

- med 6-8 legeheimlar, vil ein ut frå nye kvalifikasjonskrav, reglar om fritak frå vakt og rett til permisjon reelt sett få ei vaktbelastning på 4-5 delt, sjølv sagt varierende i periodar. I tillegg kjem kravet om bakvakt, som og må stettast av dei legane kommunen har. Ein vil altså hamne i ein situasjon der legane går vakt eller bakvakt kvart 2. – 3. døger, heile året.
- Ein vil truleg få høve til større grad av uttrykking, men møter problem med tryggleik for ein lege åleine i grisgrendt distrikt. Psykisk utstabilitet og rusproblem er ei utfordring ogso i Sogn og Fjordane.

Med desse tilhøve er ein raskt attende til dei utfordringar som tidlegare har skapt store rekrutteringsproblem og manglande stabilitet i legekorpset i sær i dei små kommunane, som nemnt innleiingsvis. Dette vil vere særleg uheldig sett i lys av samhandlingsreforma med auka trong for medisinskfagleg kompetanse i kommunane.

Det er viktig her å ha in mente at sjølv om legevakt i tid inneber langt den største delen av døgnnet, er dette *berre ein liten del av det kommunale helsetilbodet til befolkninga*. Stabil god helse og omsorgsteneste er ryggrada i det kommunale helsetilbodet, og her er fastlegen og kommuneoverlegen som kjenner dei lokale problemstillingar og utfordringar viktig.

### Vidare om kompensierende tiltak i SYSIKL:

Vår filosofi kring utfordringane med lang reiseavstand til legevakt har vore følgjande:

#### **Raud respons** – når det verkeleg hastar.

Her er god førstehjelp og rask transport til rett hjelpestad det viktige. Luftambulans er den overlegne hjelper i desse tilfella. Ein får legehjelp på staden, ein kan ta pasienten til regionssjukehus eller til sentralsjukehus alt etter tilstand og behov. Som nemnt over, har ein erfaring frå både 2-delte legevaktsdistrikt og 'einkommunedistrikt' at luftambulansen er framme ved pasienten og er reist att innan legevaktlegen er framme. Ei utfordring er pårørande som står att etter katastrofale hendingar, men her må den kommunale helsetenesta vere rette instans i form av sjukepleiartjenester og psykososiale støttegrupper, slik det vert peika på i delrapporten frå Akuttutvalet.

#### **Gul respons** – der tilstand må avklarast raskt.

Dette er den situasjon som kjem dårlegast ut ved lang avstand til lege med lang reise for å få avklara om situasjonen krev rask behandling eller ikkje. Slik situasjonen er pr no, rådgir legevakslegen lokalt hjelpepersonell og ambulans via telefon.

#### **Grøn respons** – kan vente til neste virkedag.

Denne pasientkategori utgjer den absolutt største del av pasientomfanget ved kommunal legevakter. Det er klart ønske at denne gruppa primært nyttar fastlegen på dagtid. Ved dårleg rekruttering og stabilitet i fastlegetenesta, veit ein at eit aukande tal av pasientane ved legevakta vert «grøne». Dermed risikerer ein at allereie hardt pressa legevaktsdistrikt med dårleg legedekning vert endå meir pressa med arbeidsbelastning i vakttid, og en kjem raskt inn i ein vond sirkel.

I tillegg har SYSIKL teke i bruk telemedisin som eit hjelpetiltak for vurdering av situasjonar ved stor avstand.

#### Nedgradering av respons:

Utvalet viser til at bruken av legevakt fell, ikkje berre for dei mindre akutte tilfelle, men òg for raud og gul respons ved lang veg til legevakt.

Dette er sjølvstekt urovekkande. Ein viser likevel til at ein stor grad av raude og gule responsar vert nedgradert når pasienten kjem til legevakt / sjukehus.

Vidare vil ein vise til at ein etter snart 5 års drift, ikkje kan vise til noko tilfelle der pasient ikkje har fått naudsynt helsehjelp grunna lang avstand.

Alternativa til det store samarbeidet SYSIKL har vore drøfta småkommunane imellom med mål om å etablere mindre einingar. Drøftingane og vidare arbeid med alternative ordningar har ikkje ført fram då problemstillingar som oppstår er større enn dei ein har som flg. av lang reiseavstand til legevakt.

### **Utfordring 2 – lite heilskapleg ø-hjelpstilbod i kommunane.**

Rapporten, pkt 3.3.1:

*Dagens ø-hjelp-tilbod i kommunene består av svært mange ulike tjenester, med forankring i ulike deler av kommunenes organisasjon og med nokså ulikt personell. Døgnbaserte hjemmetjenester, sykehjem, base for trygghetsalarm, sosiale vaktteam, barnevernvakt er*

*eksempler på slike tjenester. Legevakt eksisterer ofte på siden av disse tjenestene med lite samarbeid med øvrige tjenester. Utviklingen av nye ø-hjelp døgntilbud representerer i så måte en mulighet for nytenkning og nyorganisering av bredere og mer sammensatte tilbud. Utvikling av et mer helhetlig akuttilbud som retter seg mot pasientens behov for ulike former for akutthjelp er viktig for framtiden. For legevakt vil videreutvikling av tjenesten i en samlokalisering eller samorganisering med de nye kommunale ø-hjelp døgnplassene, være det som peker seg ut som det mest aktuelle.*

Vår historikk er at nær alle kommunane i fylket har kjøpt LVS tenesta frå AMK. Med mange kommunar på lista, vert koordinering av kommunale ØH ressursar relativt krevjande.

Ved at kommunane tek tilbake legevaktssentralen, vil ein få mindre distrikt og nærare kontakt mellom legevakt/ØHD senter og kommunane. Ein legg opp til å ha høve til større grad av koordinering av lokal ØH teneste inkludert akutthjelparordning, noko som òg er teke høgde for ved bestilling av radioterminalar for nytt naudnett der pleie- og omsorgstenesta i kommunane skal ha tilgang.

Vidare tenker ein at fagperson ved legevakta kan ha undervisningsfunksjon i akuttsjukepleie ikkje berre i høve til personellet på legevakt/legevaktssentral, men òg i høve til helsepersonell i kommunane som har ein rolle i ØH tenesta. Dette tenker ein i form av sentrale samlingar og bruk av videobasert undervisning.

Reint organisatorisk kjem ein likevel ikkje bort frå at den kommunale ØH tenesta krev lokalt fokus og organisering. Ein støttar difor Akuttutvalet sine føringar på dette . Vektlegging av det kommunale fokuset på ØH tenesta vil òg vere sentralt i delavtalen om dei akuttmedisinske tenestene i Sogn og Fjordane som er under utarbeiding.

### **Utfordring 3 – psykisk sjuke og pasientar med rusproblem.**

Desse gruppene har erfaringsvis vore ei utfordring med den bemanning vi kan stille.

Våre tiltak her er:

- har utforma dokumentet TETT PÅ som særleg går på samhandling mellom politi og helse. Dokumentet omfattar òg lovverk og retningsliner kring innlegging av psykisk sjuke, og er utforma for å vere ein lettfatteleg og praktisk støtte til vakhavande lege. I arbeidet med delavtale om den akuttmedisinske kjede er det nedsett eiga gruppe som arbeider med akutt handtering av psykisk sjuke og ruspasientar. (Dette i tillegg til eigen avtale om samhandling innan psykisk helse generelt.) I arbeidet vil ein sjå på m.a. grenseoppgangar mellom tilboda
  - Avrusing i politiarrest.
  - Bruk av avrusingsrom i legevakt/ØHD senter
  - Innlegging i medisinsk avdeling der medisinsk sjukdom/svekking er framtreidande.
  - Innlegging i psykiatrisk klinikk der psykisk sjukdom er framtreidande.

I planlegginga av ny legevakt/ØHD senter har vi med eige rom for avrusing. Det sentrale her er likevel samhandlinga i situasjon som krev tid og er annleis enn somatisk akutt situasjon.

### **Uttale til Akuttutvalet i høve delrapport av 31.10.14:**

- SYSIKL helsar velkommen krav til kompetanse- og kvalitetsheving som er lagt fram i rapporten både når det gjeld det samla kommunale ØH tilbodet og krav til kompetanse og drift av legevaktssentralar.

- SYSIKL ber Akuttutvalet å opne for meir fleksibelt pålegg i høve til reiseavstand. Målet bør vere å gi føringar for avstandar, men samtidig opne for å velje løysingar som er optimale sett i forhold til heilskapleg kommunal helseteneste. Norge er ikkje likt utforma når det gjeld geografi og kommunikasjonsmoglegheiter. For klare og konsekvente pålegg kan samla sett slå negativt ut i høve til heilskaplege løysingar og kvalitet for helsetenesta.
- Det er òg viktig at det følgjer økonomiske kompensasjon med krav om mindre distrikt då det vil medføre auka kostnader.

Med vennleg helsing

**> Øystein Furnes** (s.)

- Legevaktssjef-

Tlf. kont.: 57 83 95 80

Tlf.: 905 12 933

E-post: [Oystein.Furnes@forde.kommune.no](mailto:Oystein.Furnes@forde.kommune.no)

**Helge Ulvestad** (s.)

Dagleg leiar, SYS IKL -

Tlf. kont.: 57 83 95 80

Tlf. nr: 971 06 001

E-post: [hul@sys-ikl.no](mailto:hul@sys-ikl.no)

Sunnfjord og ytre Sogn interkommunale legevakt.

Nettside: E-post: <http://www.legevaktsysikl.no>