



Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

**Deres referanse**  
13/4124

**Vår referanse**  
2015/20830-6-57899/2016-ANNNIT

**Klassering**  
G00

**Dato**  
29.03.2016

**Høringsuttalelse fra Fredrikstad kommune: NOU 2015:17 Først og fremst Et  
helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor  
sykehus**

Vi viser til høringsbrev datert desember 2015 med høringsfrist 21.3.2016. På grunn av sykdom og påske har vi ikke hatt mulighet til å sende inn uttalelsen innen fristen.

Vedlagt følger Fredrikstad kommunes høringsuttalelse vedtatt i helse- og velferdsutvalget 16.3.2016 sak 17.

Med hilsen

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur*

Anne Kristine Nitter  
kommuneoverlege

**Seksjon for helse og velferd**

Besøksadresse: Nygaardsgata 16, 1602 Fredrikstad  
E-postadresse: postmottak@fredrikstad.kommune.no  
Telefon: 69 30 60 00 Org.nr: 940039541

Postadresse: Postboks 1405, 1602 FREDRIKSTAD  
Webadresse: www.fredrikstad.kommune.no  
Tlf. saksbeh.: 69 30 61 36 Bankkonto: 5122 05 77000

### **Fredrikstad kommunes høringsuttalelse:**

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

Utredningen representerer en meget grundig gjennomgang av hele den prehospitale akuttmedisinske kjeden, både på overordnet nivå og virksomhetsnivå.

Fredrikstad kommune stiller seg bak utvalgets fremstilling av hovedutfordringene i dagens tilbud. Dette gjelder særlig behovet for økt samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også internt i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at det tilrettelegges for utvikling av robuste legevaktsentraler, med høy kompetanse og evne til fleksibilitet i tjenestetilbudet.

### ***Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap, strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp, ambulansetjenesten og psykisk helse og rus***

Når det gjelder utvalgets vurderinger og forslag til tiltak innenfor områdene frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap, strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp, ambulansetjenesten og psykisk helse og rus, stiller Fredrikstad kommune seg støttende til disse.

Når det gjelder psykisk helse og rus, anser kommunen det som spesielt viktig å fokusere på kompetanseoverføring og økt rådgivning fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. I tillegg bør alternative løsninger til innleggelse styrkes, eksempelvis i form av økt tilgjengelighet på polikliniske ø-hjelpstimer og ambulante team.

### ***Kvalitet og pasientsikkerhet***

Fredrikstad kommune finner de påpekte manglene i de prehospitale tjenestene svært bekymringsfulle, og støtter utvalgets foreslåtte tiltak. Kommunen vil særlig fremheve behovet for elektronisk journal i alle ledd, og mulighet for kommunikasjon mellom de ulike journalsystemene.

Samtidig med utviklingen av tekniske løsninger, må det også gjennomføres nødvendige juridiske tilpasninger. Gjennom lov og forskrift er det per i dag lagt opp til en meget restriktiv linje, der overføring av journalopplysninger mellom kommune og helseforetak er underlagt svært strenge regler. Dette medfører store utfordringer i samhandlingen, og er spesielt kritisk når det gjelder håndtering av akutt syke pasienter der det er behov for rask og presis tilgang til informasjon. For å sikre forsvarlig behandling, er det derfor viktig at man finner en hensiktsmessig måte å ivareta pasientens rettigheter og selvbestemmelse på, samtidig som det legges til rette for nødvendig informasjonsutveksling mellom samarbeidende instanser.

### ***Medisinsk nødmeldetjeneste***

Kommunen er enig i utfordringsbildet som er skildret i rapporten og anser opprettelse av legevaktsnettverk som et godt tiltak. Etablert samarbeid mellom flere legevakter vil kunne utjevne ulik belastning mellom operatørene og gi kortere køer. Samtidig vil man få en bedret mulighet til utvikling av spesialkompetanse, som de øvrige legevaktsentralene kan dra veksler på.

Det er lite som tilsier at vurdering og rådgivning må skje fra legevakt i egen kommune. Unntak er situasjoner der journalopplysninger og kjennskap til pasienten er vesentlige for vurderingen. Ordningen må derfor inneholde en mulighet for ruting til det nivå der pasienten best kan ivaretas. Dette gjelder også ved behov for oppmøte eller sykebesøk, der legevaktene har, og kommer til å ha, forskjellige rutiner og ressurser for diagnostikk, behandling og arbeid utenfor legevakten.

Tilgang til sykepleiere med akuttpsykiatrisk kompetanse er viktig. For små og mellomstore legevakter vil dette være svært ressurskrevende, slik at et samarbeid mellom flere legevaktsentraler og akutteam/DPS innenfor en region fremstår som en hensiktsmessig løsning.

Når det gjelder utvikling av nasjonale telefontjenester innenfor psykiatri og rus, stiller Fredrikstad kommune seg mer avventende til dette. Flertallet av pasientene dette handler om har en kompleks og kjent historikk, og kunnskap og erfaringer som finnes hos legevakt og helseforetaket/DPS vil være av stor betydning for å kunne hjelpe pasienten innenfor rett omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Ordningen vil derfor måtte inneholde utstrakte samarbeidsmuligheter med de lokale/regionale helsetjenestene. Det anbefales derfor i første omgang å stille krav til en hensiktsmessig organisering og tilgjengelighet av regionale løsninger.

### **Øyeblikkelig-hjelp-tilbudet i kommunene**

Fredrikstad kommune er enig i mange av forslagene som er fremsatt av utvalget. Det er spesielt viktig å legge til rette for økt samarbeid mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene som yter øyeblikkelig hjelp (fastlege, legevakt, akuttavdeling/KAD-senger). Dette gjelder også mellom tjenestene som har døgnbaserte tilbud.

Fredrikstad kommune og flere andre kommuner har for tiden fokus på velferdsteknologi for å styrke ulike tjenester. Vi mener at denne teknologien vil være et viktig hjelpemiddel for å styrke ø-hjelpsarbeidet. Vi anbefaler derfor at velferdsteknologi innarbeides og vurderes i det videre arbeidet med å effektivisere kommunenes ø-hjelpstiltak.

Når det gjelder forslag om etablering av ø-hjelpteam, kan det være mulig å oppnå mye av det samme med en praktisk tilnærming som ikke nødvendigvis krever en så høy formaliseringsgrad og statlige føringer som utvalget antyder. Det er naturlig at den aktuelle hjemmesykepleieren og legevaktlegen ser sammen på en bruker/pasient med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette skjer mange steder allerede i dag. Samtidig er for eksempel Fredrikstad kommune nå i ferd med å etablere en ny trygghetspatrulje i hjemmesykepleien for oppfølgingen av utløste trygghetsalarmer og andre akutte hendelser, som skal rykke ut på tvers av virksomheter og team, og som ved behov kan suppleres med legevaktlege eller annen kommunal lege. Ø-hjelpteam kan tenkes organisert både som fast team sammen med hjemmesykepleien, og i form av et ordinært utrykningsteam fra legevakten, med lege og legevaktsykepleier.

Slik utvalget påpeker, er det, til tross for at fastlegene har ansvar for ø-hjelp på dagtid på lik linje med det legevaktene har på kveld, helg og natt, ulike krav til triageringskompetanse. Årsaken til dette kan være å finne i normaltariffen, der det bare er leger som kan utløse refusjoner og egenandeler. Mangelfull vurderingskompetanse kan føre til at pasienter som ikke trenger ø-hjelpvurdering likevel defineres som dette. Dermed overskrides fastlegens kapasitet for å ta imot øyeblikkelig hjelp og pasientene henvises til legevakten.

Fredrikstad kommune er således enig i at fastlegens mottak av ø-hjelpspasienter bør følges, men mener det er knyttet usikkerhet til hvilke virkemidler som bør benyttes for å øke fastlegenes andel av ø-hjelpvurderinger. I tillegg til en økning av antall ø-hjelpkonsultasjoner hos fastlegene, kan man for eksempel også tenke seg en ordning der fastlegekontorene i større grad samarbeider med legevakten om triagering og rådgivning. Økt trening og bedret kompetanse hos personalet som betjener denne funksjonen vil dermed kunne bidra til færre pasienter som søker ø-hjelp hos både fastleger og legevakt.

Det er i dag mange legevakter som bruker fast lønn og har fast ansatt personal. De lokale erfaringene er at dette er gode løsninger, både når det gjelder kvalitet, arbeidsmiljø og kommunenes økonomi. Fredrikstad kommune mener derfor at denne omleggingen i stor grad stimulerer seg selv, uten at man trenger nasjonale føringer eller særskilt tilrettelegging.

Det er videre et helt vanlig prinsipp at fast ansatt personell har fast lønn. I mange tilfeller ønsker imidlertid ikke fastleger fast ansettelse og rammefinansiering. I legevakter der man har en viss andel fast ansatte og en viss andel fastleger, vil det dermed kunne bli vanskelig å forsvare to ulike avlønningssystemer. I den grad det derfor skal legges føringer, må disse ta hensyn til denne utfordringen.

En mulighet kan være en statlig omgjøring av godgjøringsprinsippene for fastlegenes deltakelse i den akuttmedisinske kjeden, fra aktivitetsbasert til fastlønn. Samtidig fremgår det av fastlegeforskriften (§13) at det er kommunen som avgjør hvordan man organiserer legevaktstjenesten og hvorvidt man vil ansette leger (inklusive fastleger på timelønn eller i deltidsstilling) eller ha privat næringsdrivende leger. I det første tilfellet tar kommunen egenandeler og refusjoner til finansiering av virksomheten, mens i siste tar legen inntektene. Gjennom valg av organisasjonsform, har altså kommunen muligheter til å omgå takstfinansieringen.

Det er riktig at behovet for sykebesøk er større enn den ambulerende virksomheten som utføres i dag. Fredrikstad kommune mener imidlertid at det i sterkere grad må legges føringer for at fastlegene ivaretar en større andel av dette arbeidet på dagtid. Mange sykebesøk fra legevakt skjer kvelder og helger til eldre pasienter som har fallert over tid og der man gradvis har passert grensen for hva som er holdbar og forsvarlig omsorg i hjemmet, snarere enn at det oppstår en akutt situasjon som trenger øyeblikkelig hjelp. Det er her viktig å være konsekvent i fortolkningen av ø-hjelpsbegrepet og hva som er legevaktens oppdrag.

Det vil fortsatt være mange og større behov for utrykninger og sykebesøk enn det som utføres i dag, men kommunen har innvendinger mot å etablere en nasjonal fastlagt norm for dette, slik det er foreslått. Behovet for sykebesøk vil variere mellom de ulike legevaktsdistriktene, avhengig av hvordan man organiserer hjemmesykepleien og hvilke medisinske beredskapsressurser som finnes der, hvilke alternative «first responders» og hjelperessurser som finnes (f. eks. kvelds åpne legekantor), avstand til og fordeling av befolkningen i et distrikt, og tilgjengelighet og kvalitet på kommunale institusjonsplasser herunder akuttavdeling/KAD-senger.

Kommunen støtter utvalgets formening om at legevaktarbeid ikke lenger skal være uregulert arbeidstid, men skal innarbeides i en forutsigbar vakt- og tjenesteplan med oversikt over samlet arbeidstid. Fredrikstad har innført en ordning der fastleger som deltar i legevaktordningen slipper øvrige kommunale oppgaver (bistillinger). Vår erfaring er at de fleste leger likevel velger å fortsette med normale arbeidsdager.

I forslaget knyttet til styrket rekruttering i legevakt foreslår utvalget at legevakt bør telle i resertifiseringen for spesialiteten i allmenntilleggsmedisin. Dette er viktig, og vil kunne bedre rekrutteringen av ferdige spesialister til legevaksarbeid. Det løser imidlertid ikke utfordringene rundt den store andelen leger som ikke allerede er spesialister eller arbeider som fastleger.

Per i dag kan legevakter bli godkjent som utdanningsinstitusjon for 2 års tellende tjeneste i allmenntilleggsmedisin. Dette er bare aktuelt for større legevakter, med stort antall pasienter, daglegefunksjon, veiledning etc. Det er også mulig å opprette kommunale fastlegehjemler i nær tilknytning til legevaktvirksomheten, og dermed få mulighet til spesialisering i en kombinert stilling. I praksis er det likevel en rekke utfordringer knyttet til denne konstruksjonen. For leger på akuttavdelinger er situasjonen enda vanskeligere, da det per i dag ikke finnes noen ordninger som sørger for at legen får godkjent sin tjeneste som tellende til spesialitet. Dette byr på store rekrutteringsutfordringer for kommunene og på betydelige utfordringer når det gjelder å sikre tilstrekkelig kontinuitet og kompetanse i disse virksomhetene. Det største problemet med rekruttering av faste leger til legevaktstjenesten er således manglende mulighet til spesialisering og karriereutvikling. Dette fører til at

stillinger ved legevakt og institusjoner blir en mellomstasjon for unge leger, i påvente av spesialisering på andre arbeidsplasser.

Fredrikstad kommune mener det må prioriteres å lage utdanningsløp innen eksisterende eller ny spesialitet. Det er ikke en selvfølgelighet at dette er allmenntjenestemedisin. Muligheter for å gjøre hele eller store deler av et spesialiseringsløp i kommunal tjeneste, er avgjørende for å få legekontinuitet. Det vil også være viktig for å nå målene om en høykompetent akuttmedisinsk kjede, i tråd med det Akuttutvalgets utredning ser for seg.