



Den Norske Legeforening,
Att, Sara Underland Mjelva,
P.b. 1152 Sentrum,
0107 Oslo.

Deres ref. 15/6449

Vår ref.:

Dato: 03.10.2019

NOU 2015 17 først og fremst - høringsuttalelse fra LSA

Det vises til brev fra Dnlf av den 22.12.2015 med høringsfrist den 17.02.2016.

Dette er en omfattende utredning som må ses i sammenheng med bl.a. akuttutvalgets innstilling, utvikling av fastlegeordningen, tilgjengelige ressurser i form av økonomi, personell, ledelse osv. i helsetjenesten, slik det i noen grad er beskrevet i kap. 4.

Vi deler mye av utfordringsbildet som er beskrevet i utvalgets mandat, bl.a;

- den uttrykte bekymring for ulik kompetanse i legevaktjenesten og ulik tilgjengelighet til luftambulansetjenester
- endringer i akutfunksjoner ved lokalsykehusene skaper utrygghet, et tema som er ytterligere forsterket etter at utvalget la fram sin innstilling
- behovet for bedre utnyttelse av de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene i den pre-hospitale akuttberedskapen.
- potensialet som ligger i å sette befolkningen bedre i stand til å hjelpe seg selv og hjelpe andre ved akutt sykdom og skade?
- behovet for nasjonale krav for legevakt, bl.a. krav til simulering/trening for faglig oppdatering.

Vi støtter den generelle vurderingen om at det er et behov for et nasjonalt løft for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden for å ivareta befolkningens trygghet ved akutt sykdom og skade. Vi finner imidlertid nærmest fraværende tegn til forslag om å styrke ressursbruken i de aktuelle tjenestene som et virkemiddel for å nå målene.

Vi støtter vurderingen om at delingen av ansvaret for akuttmedisinske tjenester mellom to forvaltningsnivåer skaper utfordringer, og at dette i alle fall i noen grad kan bøtes på de foreslåtte kravene til felles planverk. Her er dokumentet i noen grad klar på at kommuneoverlegefunksjonene må styrkes for å lykkes, noe som tiltredes.

Forslagene om livslang læring i førstehjelp på mange arenaer i samfunnet er gode. De kan ikke erstatte profesjonell helsehjelp, men kan være et verdifullt bidrag. Igjen er imidlertid kostnadene ved å etablere og drive dette høyst sannsynlig undervurdert, med påfølgende fare for ikke å lykkes.

Dokumentet drøfter i flere sammenhenger utfordringene ved at leger langt sjeldnere enn før reiser i sykebesøk og rykker ut ved akutte hendelser. Dette beskrives imidlertid som en utfordring nesten utelukkende knyttet til legevakt. Fastlegenes sykebesøk som en del av sin fastlegepraksis omtales i begrenset grad. Det er viktig å rigge fastlegeordningen slik at den gir rom for sykebesøk til egne pasienter i større grad enn i dag slik at disse pasientene ikke får sitt tilbud fra leger i legevakt som ikke kjenner dem fra tidligere. Dette potensialet savnes i denne utredningen. Ved å bidra til kortere lister og flere fastleger vil flere sykebesøk kunne gjøres av fastlege, og flere leger delta i vakt. Det betinger en vilje til å legge noe mer ressurser i fastlegeordningen slik at kortere listelengde og legevaksarbeid som en del av normal arbeidstid også kan kombineres med fornuftige inntekstvilkår.

Vi støtter således målet om å utnytte legerressursen i legevakt bedre og knytte den nærmere til de sykeste pasientene. Svaret på dette er ikke kun å flytte pasienter over til fastleger på dagtid, men også å sette fastlegene i stand til å håndtere disse pasientene gjennom kortere lister og økte rammer.

Ambisjonen i dokumentet om å at kommunene må i større grad legge til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid, og dermed mer normalisert arbeidstid. Vi er enige i at dette er viktig for å stimulere til rekruttering både til fastlegeordningen og lege- vakt. Det er i denne sammenheng riktig å minne om at det har tatt 30 år for Dnlf å få gehør i KS for at legevakt, fastlønnnet legearbeid og fastlegearbeid som næringsdrivende skal ses i sammenheng og som en total arbeidsbelastning. NOU'en er imidlertid langt fra tilstrekkelig klar på at ovennevnte utfordringer og løsninger krever langt flere fastleger og mer ressurser inn i en svært presset tjeneste. Siste pkt. i kap. 10 må således komme klarere fram som en hovedkonklusjon for å bidra til å lykkes med de mange gode forslagene.

Tilgjengelighet til EPJ, rasjonelle dokumentasjonssystemer og elektronisk samhandling er nevnt som utfordring flere steder i utredningen. Teknologien for å løse disse utfordringen har vi hatt i mange år. Det som savnes er en vilje fra nasjonal helsemyndighet til å ta den i bruk, dvs. finansiering, etablering og drift av løsningene, og derved gi helsetjenesten den elektroniske infrastrukturen som er helt nødvendig for å gi pasientene en bedre og tryggere helsetjeneste. Denne utfordringen må klarere adresseres til rette myndigheter enn hva vi kan lese ut av dokumentet. Dette er utfordringer hele helsetjenesten, ikke kun den akuttmedisinske tjenesten, sliter med daglig.

Forslaget om etablering av ø-hjelpteam i kommunene med forankring i legevakt, der hjemmebaserte tjenester og ø-hjelp døgntilbud inngår er trolig godt, men vi ser større potensiale i å sikre at fastlegene får tidsmessige ressurser til tettere samhandling med øvrige

kommunale tjenester rundt pasienter med behov for akutte og tverrfaglige helsetjenester.

Vi støtter vurderingen av at legevakt er en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Forslaget om nasjonale krav for framtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten er således høyst berettiget.

Det er sannsynlig at presset mot øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus kan avhjelpes noe gjennom større deltakelse av allmennlege i utrykning til akuttmedisinske situasjoner., trolig i større grad ved gul enn ved rød respons. Målet om at både legevakt og fastleger i større grad skal foreta sykebesøk er således fornuftig, men vil ikke ha effekt om det følges av forpliktende virkemidler i form av flere fastleger og flere leger i vakt.

Forslaget om at legevakten skal ha tilgang til uniformert bil med støttepersonell er overmodent. Det at dette ikke er innført som nasjonal standard allerede framstår som et symbol på hvor stemoderlig legevaktstjenesten har blitt håndtert siden innføringen i 1984. Øvelse på samhandling med øvrige nødetater er nevnt flere steder i dokumentet. Dette er en helt sentral del av arbeidet i den akuttmedisinske kjeden som i stor grad har vært forsømt av eierne av legevaktene i over 30 år. Det at legene så langt i hovedsak har vært næringsdrivende er ingen unnskyldning for dette, men det er å håpe at overgang til fast lønn og ordinære ansettelsesforhold kan bedre på dette. Uansett vil kostnadene til begge tiltak bli vesentlige for kommunene. Det å gjøre dette i samarbeid med HF'ene som en del av utvidede og vitaliserte tjenesteavtale 11 er helt naturlig.

Vi støtter vurderingene av at en mer teambasert primærhelsetjeneste bidrar til at primærhelsetjenesten vil arbeide mer forebyggende og gi tettere oppfølging til pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser, men vi savner forslag om å gjøre dette til en realitet gjennom økt ressursbruk.

Vi støtter forslagene om en politikk som tar sikte på å redusere forekomsten av akutt sykdom og skade for derved å redusere samlet ressursbruk i helsetjenesten. Innføringen av Folkehelseloven i 2012 har imidlertid kun i begrenset grad medført økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i samfunnet. Spesielt har det vært vanskelig å sikre helsefremmende tiltak i planprosessene i kommunene. Folkehelselovens intensjoner om helsehensyn i samfunnsplanleggingen må således sikres bedre for at en skal lykkes med akuttutvalgets vurderinger og ambisjoner.

Vi støtter vurderingen av at hjemmebaserte tjenester har et potensiale for å inngå i arbeid også med øyeblikkelig hjelp-pasienter. Dette er imidlertid begrenset til en vurdering ut fra fagkompetanse og kompetanse om pasienter de allerede kjenner. Kapasitetsmessig er dette imidlertid en grov feilvurdering. Hjemmebaserte tjenester har i aktuell ressursituasjon i regelen ikke kapasitet til å påta seg nye oppgaver.

Vi deler utvalgets oppfatning av at den viktigste enkeltfaktoren for å oppnå høy bevissthet om utvikling av kompetanse og for å ta i bruk moderne teknologi og kunnskapsbasert praksis er god ledelse i kommuner og helseforetak på alle nivåer. Vi er bekymret for dette i lys av en kommunestruktur med mange små kommuner. En styrking av kommuneoverlegefunksjonen, slik utvalget foreslår, kan bøte på dette.

Forslaget om økt bruk av frivillige i helsetjenesten støttes. Vi mener at andre deler av tjenestene enn den prehospitale akutthjelpen, slik som f.eks. eldreomsorg og ulike sosiale tjenester har det største potensialet for dette. Oppgavene og kostnadene for kommunene, og

evt. andre aktører, for å sikre forsvarlig, hindre overgrep osv. må ikke bagatelliseres.

Forslaget om å sikre at de ulike journalsystemer integreres i en felles, nasjonal løsning, slik at de ulike leddene i akuttkjeden kan videreformidle helse- opplysninger for å sikre god pasientbehandling er trolig bra for pasienter som skal ha tjenester fra mange aktører i den akuttmedisinske tjenesten. Det store volumet av pasienter som behandles i legevakt i dag har kun kontakt med lege og/eller sykepleier. Disse pasientene vil trolig ha større interesse av at journalopplysningene kun blir en del av legevaktens EPJ, og kun delt med fastlege. Derimot vil vi foreslå økt satsing på kjernejournal ved å sikre at denne er oppdatert med riktig og tilstrekkelig informasjon. Dette kan gjøres ved å sikre finansiering av redaktøransvaret for innholdet.

Vi støtter forslaget om at AMK og legevakt bemannes med sykepleier med psykiatrisk kompetanse, samt at denne for en del benyttes til telefonkonsultasjoner med pasienter, i tett samarbeid med lege i vakt.

Vi deler bekymringene over at legevakten i stor grad benyttes til å undersøke og behandle tilstander som burde vært hos fastlege samme dag eller dagen etter. Dette svekker i betydelig grad mulighetene for at legevaktene kan bli en reell aktør i beredskap generelt og den akuttmedisinske kjeden spesielt. Fastlønn på legevakt og en betydelig styrking av fastlegeordningen er virkemidler som vil sikre endringer i dette bildet. Vår erfaring er at kommuner med god fastlegedekning og godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene (ofte sikret ved en velfungerende kommuneoverlegefunksjon) har klart mindre forbruk av legevaktstjenester enn der det motsatte er tilfelle.

Liksom drift av legevaktbil fungerer best når legen som betjener den ikke samtidig har arbeid på legevakten er vår erfaring at denne sammenhengen er ennå sterkere for ØHD/KAD-tilbudene. Det betyr at når lege i vakt i ØHD/KAD ikke samtidig er en del av vaktplanen i legevakten blir tilliten til tilbudet styrket både blant pasienter og innleggende leger, slik at plassene benyttet mer. Samlokalisering med legevakt er fornuftig, men skjerming av legeressursen for ØHD/KAD har vist seg svært viktig.

Vi støtter forslaget om at legevaktene skal kunne tildele time hos fastlege neste dag. Teknologien finnes, dette er kun et spørsmål om statlig vilje til å finansiere utvikling, etablering og drift av de elektroniske løsningene.

Forslagene om pålagte kvalitetsmål for legevaktene støttes, men det må presiseres at disse målene retter seg mot eier/driver av legevaktene, altså kommunene, og ikke mot helsepersonellet personlig.

Forslagene om at kommuner og HF'er sammen skal komme fram til gode løsninger som sikrer at rett kompetanse settes inn overfor akutt syke og skadde pasienter er godt. Erfaringene fra etablering av KAD/ØHD har imidlertid vist at kommunene i slike sammenhenger ikke har ønsket å sikre tilgjengelighet til kompetanse for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen, mens HF'ene, ofte i samforståelse med faginstansene i kommunene, har ønsket mer konkrete kompetansekrav i tjenesten. Således må kravene til kompetanse og kvalitet være så konkrete at en part ikke kan blokkere for dette, f. eks. slik det er gjort i den nye akuttforskriften. Således bør kravene fastsettes i forskrift, og ikke i retningslinjer eller veiledere.

Utdanning av ambulansepersonell omtales kort. Vi har ikke innvendinger til konklusjonen om at en inntil videre vil fortsette med 4 års utdanning. Vi savner imidlertid en drøfting av samling av ambulanse, brann og redning i samme utdanning og samme tjeneste slik en har gjort med stort helle i noen andre land. Omtale av dette savnes også i kap. 14.

Akutt ambulante team er et godt tilskudd til de akutt tjenestene mange steder. Erfaring viser imidlertid at de stedvis benyttes som et filter mellom legevakt/fastlege og vakthavende psykiater i akutt psykiatrisk institusjon fremfor å støtte opp om ivaretagelse av de pasientene som ikke skal innlegges. Dette er en utvikling som skaper mer problemer enn løsninger for både pasientene og primærlegetjenesten. I tillegg til muligheter for å konferere og legge rett inn i DPS, som alternativ til psykiatrisk klinikk, som f.eks. i Nord Hordaland, er dette viktige tiltak for å bedre tilbudet til en pasientgruppe legevaktene i liten grad er rigget for i dag.

Konklusjon;

LSA støtter de aller fleste forslagene i dokumentet og tenker at de hver for seg, og i sum, vil bidra til et løft for pasientene, legevaktene, den akuttmedisinske tjenesten og primærhelsetjenesten som helhet. Spesielt kvalitetskrav, rendyrking av øyeblikkelig hjelp som oppgave for legevaktene, samhandling og samhandlingstrening mellom nødetatene, fast lønn for leger, kompetansekrav og økte muligheter for arbeid utenfor LV-sentralene er svært gode forslag. Forutsetningene for å lykkes er beskrevet, men langt fra tilstrekkelig vurdert m.h.t. personellmessig kapasitet og økonomi. For å lykkes m.h.t. bemanning i legevaktene, økt mengde sykebesøk og tverrfaglighet i ø.hj.-tilbudet i kommunene, samt ledelse/samfunnsmedisin vil det kreves flere fastleger, kortere lister og bedre/endret økonomisk innretning i fastlegeordningen, samt flere og større samfunnsmedisinske stillinger i kommunene.

Mvh

Kirsten Toft
Leder LSA.

Ole Johan Bakke
Styremedlem LSA