

Helse Midt-Norge
v/ styreleder Kolbjørn Almlid
Postboks 464
7501 Stjørdal

HELSE	MIDT-NORGE
Saksdok.:	2010/67-38
Mottatt:	26 APR. 2010
Saksbeh.:	BR1 Unnt.off.:
Arkiv:	

Bergen 22.04.10

Høring – Strategi 2020 – Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge

Viser til brev av 04.03.2010 der det bes om høringssvar fra bl.a. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Vedlagt følger kommentarer og innspill. Våre kommentarer er spesielt rettet mot den prehospital delen av behandlingsskjeden og felles akuttmottak (FAM).

Til strategidokumentet pkt 4.1 s. 24-25:

"Samarbeidet med lokal legevakt er sentralt i de prehospitalene tjenestene."

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Forskrift 18. mars 2005 nr. 252) definerer nærmere hvilke krav som stilles til legevaktordningen. Forskriften legger i tillegg føringer for samhandling mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Riksrevisjonen har i Dokument nr. 3:9 (2005–2006) til Stortinget gitt resultatet av sine undersøkelser og vurderinger av de prehospitalene tjenestene. Det er forventninger til at de fleste pasienter blir vurdert av vaktlege på hendelsesstedet, selv om ambulanspersonellet kan konferere med legen på helseradionettet eller telefon. En studie av akuttmedisinske hendelser fra en norsk kommune viser at kompetanse i diagnostikk og i å vurdere og sammenholde tilgjengelige medisinske opplysninger er en like vesentlig funksjon på et akuttmedisinsk hendelsessted som kompetanse i utføring av tekniske prosedyrer (Rørtveit 2009).

Samarbeidet med lokal legevakt har særlig utfordringer knyttet til kommunikasjon og informasjon, som ved bruk av helseradio, digital meldingsutveksling og det nye nødnettet samt mangel på vurderinger på hendelsesstedet.

Nklm mener at legevakten og legevaktlegen bør være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulanse, slik at de kan delta i kommunikasjon, motta/sende digitale meldinger og kartposisjoner når de samhandler ved aksjoner i kommunen. AMK skal alltid varsle legevakt og legevaktlege ved akuttmedisinske hendelser, fortrinnsvis ved felles lege-ambulanse-alarm til ambulanse, legevakt og vaktlege. Nklm mener at samlokalisering av ambulanse og vaktlege, slik at de kan rykke ut sammen og få foretatt den diagnostiske vurderingen, er en forutsetning for god samhandling.

Til kap 4.7 Tjenester i samhandling med kommunene

Felles akuttmottak (FAM)

og s. 33:

"Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM."

"FAM er kommunal legevaktstjeneste samlokalisert med spesialisthelsetjenester og prehospitale tjenester. Legevaktstjenesten er samlokalisert i sykehuset og de ansatte i FAMet har tilgang støttetjenester og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM."

Nklm har erfart at definisjonen av FAM har ulik definisjon avhengig av hvilket miljø FAM har blitt omtalt i, for eksempel:

- a) Felles akuttmedisinsk mottak der sykehusfunksjoner som kirurgi, medisin, barn og gynekologi er integrert i akuttmottaket.
- b) En kommunal legevakt som er *kun samlokalisert* i sykehus, men *ikke integrert i sykehusorganisasjonen*, for eksempel leier lokaler i sykehuset (jfr. Høringsdokumentet). Sykepleier og annet helsepersonell er ansatt i kommunen, og legen er ansatt eller har avtale med kommunen. Eksempel: Skien interkommunale legevakt.
- c) Et felles akuttmedisinsk mottak der legevakt er integrert i sykehuset sitt akuttmottak. Dette innebærer at sykepleiere og annet personell er ansatt i helseforetaket, mens legene i vakt er selvstendige aktører med kommunal arbeidsavtale. Eksempel: Asker og Bærum legevakt.

Nklm vil presisere definisjonen av FAM ut fra Helsedirektoratets "Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger" IS-13/2003 (jfr definisjon c): Et FAM skal ifølge denne definisjonen være organisert inn i akuttmottaket.

Nklm registrerer at det ikke finnes dokumentert evaluering av legevakt i en FAM-modell. Det er mange uavklarte juridiske forhold for eventuelle integrerte modeller på tvers av tjenestenivåene i Norge. Utfra litteraturen er det grunn til å være skeptisk til nytteeffektene av FAM. En kan lett få økt ressursbruk uten nyttig helseeffekt, ved at ordningen kan tilsløre LEON-prinsippet: Primærhelsetjenesten skal bruke lite ressurser på de mange og sortere ut de sykeste, og sykehusene skal bruke sine mer avanserte ressurser på en selektert gruppe med større behov og større helseeffekt av ressursbruken.

I juli 2008 publiserte det engelske parlamentet rapporten "Inquiry report on GP Access & Health Improvement in Primary Care" der effektivisering av legevakt, akuttmedisin og "out-of-hours care" blir diskutert. Der blir erfaringene med A&E departments (accident and emergency departments) oppsummert slik: "A&E departments were not the right environment for primary care services, one potential problem was with new rotations of trainee doctors who tend to overestimate risk, and consequently over order diagnostic tests, unnecessarily driving up costs and patient time."

Nklm mener at FAM (jfr. def. c) ikke bør være modell for organisering av legevakt i kommuner med sykehus. Nklm vil derimot anbefale samlokalisering av

ambulansestasjoner og legevakt, gjerne *lokalisert* til sykehus der slike finnes, og ellers samlokalisering mellom ambulanse, legevakt og kommunale tjenester som brannvern, sykehjem og base for hjemmesykepleien.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår
forskningsleder

Saksbehandlere:
Elisabeth Holm Hansen
Tone Morken

Referanser:

Rørtveit S, Hunskår S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738-42.

Hunskår, S....er hjelpt nærast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009

For informasjon om Nklm og dets mandat og virkeområde, henviser vi til våre nettsider www.legevaktmedisin.no.