

Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

1. Hva er de viktigste utfordringene vi bør omtale i meldingen?:

1.1 Demografi

- Betydelig aldring i befolkningen frem mot 2040 og endrede problemstillinger.
- Flere eldre hjemmeboende som medfører utfordringer med responstid. Økt behov for økt kompetanse nærmere pasienten.
- Færre i befolkningen vil i fremtiden være i yrkesaktiv alder

1.2 Rekruttering

- Man opplever rekrutteringsutfordringer av alle fag og både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Det er høyere turnover, spesielt i akuttmottak og AMK-sentralene.
- Ulik arbeidstidsordning: Noen ambulansestasjoner har fortsatt hjemmevakt, men færre og færre ansatte er hjemmeboende nær ambulansestasjonene. Dette gjør det mindre interessant å jobbe ved disse stasjonene, da det blir flere oppmøter per år. Det er større rekrutteringsutfordringer til disse stasjonene på grunn av dette, samt at det er færre oppdrag. Det vil på sikt tvinge seg frem en lik arbeidstidsordning, men dette er ikke klinikkene budsjettert med. Finnmarksykehuset fikk nylig gjennomslag for å få tilført ekstra midler for å opprette flere stillinger for å komme i mål med lik arbeidstidsordning.

1.3 Sentralisering:

- Vanskelig å opprettholde ambulanseberedskap på de små stedene. Befolkningstallene går ned i distriktene, mens det øker i de større byene. Særlig de yngre flytter fra distriktene. Dette får konsekvenser for tilgang på lokalt personell, samt at oppdragsmengden blir så liten at det påvirker både kompetanse og interesse hos ansatte.
- Andre utfordringer i distriktene:
 - Mye beredskapstid uten aktivitet for høyt utdannet personell og mye utstyr/medikamenter
 - Avstandsutfordringer eller samtidighetskonflikter gir varierende tilgjengelighet. Ambulanse ofte et annet sted
 - Ikke likeverdige tjenester

1.4 Kompetanse

- Høyere krav til kompetanse til ambulansepersonell: Pasientbehandling som utføres av ambulansetjenesten blir mer og mer avansert. Dette skyldes både den medisinske

utviklingen, samt at tilgang til leger i distriktene er bygget ned slik at ambulansepersonellet ofte står veldig alene i behandlingssituasjoner.

- Det er færre søkere på ambulansefag, og paramedisin-utdanningen tilbys kun 6 steder i Norge. Det vil etter hvert bli vanskeligere å skaffe personell med riktig kompetanse. Viktig at man bevarer fagutdanningene i tillegg til paramedisin bachelor, og gir mulighet for videreutdanning innen paramedic for fagarbeidere.
- Vanskelig å beholde kompetanse på AMK. AMK-opplæring tar 3-5 mnd, og opplæring tilbys kun to ganger i året.
- Akuttmottakene har blitt mer behandlende, noe som krever økt kompetanse hos personell.

1.5 Miljøutfordringer

- Epidemier/pandemier. Miljøpåvirkede endringer/endringer som medfører katastrofer av ulike arter.

1.6 Samarbeid

- Kommune og spesialisthelsetjenesten må se på sitt samarbeid både taktisk og strategisk med ulike scenarier som grunnlag. I tillegg bør hospitering av helsepersonell være et mål krav mellom de to tjenestene både for å øke kunnskap og kompetanse, men også forståelse for hvordan helsetjenesten fungerer
- Flere kommuner har bygget ned sin akuttberedskap når det gjelder helseressurser. Ambulansetjenesten er flere steder eneste helseressurs, foruten ansatte på sykehjem. Det er sårbart når ambulansen er ute på lange oppdrag.
- For få samkjørte øvelser mellom nødetatene: Ulike etater øver sammen uten sylindertanken. Politi, brann ambulansetjenesten bør øve mer sammen med ulike scenarier. Små til store øvelser.
- Strengt ifht DPI-lovverket. Et hinder for samarbeid.

1.7 Forventninger

- Forventninger og krav knyttet til et komplekst interessent- og interesseperspektiv; ulike forvaltningsnivå, politikk, ressurser (økonomiske, materielle, personellmessige mv.), eiere befolkningen, samfunnet osv.

Kommunehelsetjenesten:

- Økt behov for økt kompetanse i alle ledd, spesielt i første linje med for eksempel Førsterespondenter etter modell fra f.eks Røyrvik. Heve befolkningens kunnskap i livreddende førstehjelp. God lege/fastlegedekning med bred kompetanse.

Legevakt/fastlege:

- Stabilt legevakt/fastlege ordning er viktig for å kunne utnytte ressurser på riktig måte. Legevakt/fastlege med bred og god kompetanse blant både leger og annet helsepersonell er viktig for riktig bruk av alle ledd i kjeden og en forutsetning for “rett

pasient til rett tid på rett plass". Er tilgjengeligheten til dagens legevakt/fastlegeordning korrekt? Styrking av kompetanse 116117 er en forutsetning for god ressursbruk. I tillegg må det ses på hva som brukes av ressurser til rus/psykiatri og om bruk av dagens ressurser er riktig.

- Epikrise må klargjøres så den raskt kan ferdigstilles når pasienten er utskrivningsklar
- Standardisert subakutte forløp er etablert ved Sykehuset Levanger
- Bedre konferansemuligheten for legevakt og fastleger.
- En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulansepersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

2. Hvilke tiltak er aktuelle:

2.1 Nye samarbeidsformer og arbeidsformer

2.1.1 Mer fokus på samarbeid mellom kommune, prehospitale tjenester og akuttmottak

- Ansvarliggjøring, oppfølging og tydeliggjøring av politiske vedtak og lovkrav; f.eks: kommunenes ansvar iht. akuttmedisinforskriften. Det bør være en beredskap i kommunal regi i den enkelte kommune som har ansvar og ivaretar akuttberedskapen når ambulanseressursene er opptatt.
- Krav om at alle sykehjemspasienter har en resuscitering vurdering i dialog med lege og pårørende. Øke kompetanse på sykehjem, for å kunne håndtere pasientene selv.
- Akuttisykepleiere på hjul. Bistå ved sykehjem hvis behov, for å unngå sykehusinnleggelse
- Bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse: muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, kommunal akutt døgnenhet, ambulansetjenesten og akuttmottakene
- Henvisninger fra fastleger etter standardisert mal for å sikre nødvendige opplysninger
- Pasienter som innlegges pga causa sosiale bør få et tilbud om plass på kommunal akutt døgnenhet før vurdering i akuttmottak, slik at det finnes et alternativ til innleggelse hvis pasienten ikke klarer seg selv hjemme.
- Ha et journalsystem som sikrer sømløst pasientforløp mellom omsorgsnivå med lett tilgang til nødvendig informasjon for behandlere på alle nivåer.

2.1.2 Hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes:

- Akuttbiler på tvers av kommune og spesh.tj som kan rykke ut med utstyr og kompetanse, som er raskt hos pasient, men ikke reiser ut av kommunen. Evt. dekker noen få kommuner.
- Akutførstehjelpere: spesialtrenet sykepleier på sykehjem i samarbeid med lokalt brannvesen.
- Benytte hjemmesykepleien til å bistå i akuttmedisinske oppdrag hvis ambulansetjenesten er opptatt. Være tilgjengelig via nødnett og få opplæring via

prehospital tjeneste. Personellet bør gis et kompetanseløft på et nivå som gjør at de kan ivareta en akutt syk/skadd pasienten frem til andre ressurser ankommer. Opplæring i bruk av enkel hjertestarter, akuttmedisinske kurs, bruk av nødnett og medikament kurs. Invitasjon til å delta på lokale fagdager sammen og i regi av ambulansetjenesten gir også kompetanseheving. Ambulansetjenesten kan bidra med forslag til akuttsekker og innhold.

- Riktig transport til riktig pasient til riktig tid: Bevisstgjøring til rekvirenter om når det er behov for ambulanse. Etablere egne enmannsbetjente biler for transport av bårpasienter som ikke har behov for overvåking (hvite biler)
- Økonomiske insentiver som belønner tidlig avklaring og behandling nærme hjemmet og uten sykehusinnleggelse.

2.1.2 Mer fokus på samarbeid mellom nødetatene:

- Samlokalisering av nødetatene
- Flere felles øvelser
- Trippelvarsling ved hjertestans
- Frivillige organisasjoner er en stor bidragsyter i den akuttmedisinske kjeden i dag og bør styrkes som en del av kjeden i økende samhandling mellom politi, brann og helse.
- Akutthjelpere: Lære opp akutthjelpere (brannvesen) i hver kommune. Dette bør være et krav til hver enkelt kommune og være en del av den kommunale beredskapen. Spesialisthelsetjenesten kan bistå med opplæring. Kommunen betaler ressursen. Veileder for akutthjelperordningen bør revideres.

2.2 Kompetanse

- AMM (Legespesialist i akutt- og mottaksmedisin) bør etableres som et krav ved alle akuttmottak og denne bør ha det faglige ansvar i Akuttmottakene. Bedrer logistikken og pasientflyten. Spesialiseringen av leger har fjernet generalisten, derfor er det viktig at AMM løftes frem som viktig for å kunne ivareta gode akuttmottak.
- Akuttsykepleie bør prioriteres som utdanning for personell i akuttmottak. Dagens akuttmottak har ofte høy turnover kanskje spesielt ved små sykehus der rekruttering til andre spesialiteter også har behov for påfyll. Det må defineres klare mål og krav til kompetanse for ansatte i akuttmottak etter en trappetrinnsmodell.
- Jobbglijding i akuttmottak, for å sikre riktig kompetanse på riktig plass. Jobbglijding mellom lege-sykepleier, sykepleier-helsefagarbeider. Se på hvilke arbeidsoppgaver andre yrkesgrupper/personell kan bistå med i akuttmottak, for eksempel portører, renholdspersonell, lab, logistikere mm

2.3.1 Teknologisk utvikling

2.3.2 Teamsmøter

- **Akuttmottak:** Teamsmøter kan brukes i pasientbehandling/med pasientopplysninger monitorering og labsvar
- **Distriktsmedisinske sentre:** Spesialisthelsetjenesten kan bidra med «previsitt» digitalt eller fysisk på kommunale akutt døgnenhet -senger som rådgivende til kommunale helsetjenester

- Samme for kreftpoliklinikk/dialyse/rehabilitering og annet poliklinisk i regi av kommune eller spesialisthelsetjenesten
- Gir mulighet for tidligere hjemreise dersom digital oppfølging etter utskrivelse
- Gode muligheter for desentralisert poliklinikk inkludert digitale konsultasjoner

2.3.2 Videokonferanse

- Ambulanse: Videokonferanse mellom ambulansetjenesten og legevaktslege/lege inhospitalt
- AMK: Videreutvikling av bruk av videokonferanse via 113. AMK-Publikum.
- Videokonsultasjoner til fastleger for enkelte problemstillinger.

2.3.4 Tidlig diagnostisering

Viktig at tanken om tidlig diagnostisering er i fokus, for å tilstrebe riktig bruk av ressurser videre i kjeden. Eksempel:

- Pasientnære analyser- sende inn til lege fra ambulansetjenesten eller fra hjemmesykepleien
- Transportabel CT eller CT i ambulanse

2.4 Parameter

2.4.1 Responstid ambulanse

Flere ressurser bør være med å telle i responstiden. I dag telles bare responstiden med en ambulanse med bære som ankommer en akutt hendelse.

Det er flere aktører som bør vær en del av den akuttmedisinske kjeden, og telle for å få en så god og kort responstid til kvalifisert personell er fremme hos pasienten. I dag telles ikke ressurser som luftambulanse, akuttbil, legebil og legevaktsleger som kommer først til en hendelse. Disse ressursene må bli en del av responstiden når de ankommer først.

Responstiden til ambulansetjenesten må starte når ambulansen «rykker ut» og er fremme hos pasienten. Gjennomsnitt bør benyttes som metode for å måle responstid, da dette er den tiden som en kan forvente, og ikke minst enkelt å forklare til publikum istedenfor median.

2.4.2 Parametere for aktivitet og drift i akuttmottak

Det bør opprettes parameter som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)

- Jfr. akuttmedisinske systemer (Helse Nord Sandnessjøen og Harstad), sjekklister over utstyr og kompetanse i akuttmottak

2.5 Prioritering

- På bakgrunn av skisserte utfordringer, må man i årene fremover i større grad være hardere i prioriteringen av hvilken helsehjelp man skal tilby og hvem som skal få hvilken behandling. Dette bør det legges sentrale føringer for.

3.0 Pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med:

3.1 Akutførstehjelpere:

Dette er en etablert ordning i Røyrvik siden 2018. Akutførstehjelpere er sykepleiere ved sykehjemmet i Røyrvik som rykker ut på akutte hendelser sammen med lokalt brannvesen. De har samme utstyr og medikamentpakke som ambulansetjenesten, og sykepleierne deltar på fagdager og AMLS/PTLS kurs sammen med ambulansetjenesten. Ordningen ble etablert i 2018 da ambulansestasjonen i Røyrvik ble nedlagt på grunn av rekrutteringsutfordringer og liten aktivitet. Sykepleieren lønnes av prehospitaletjeneste og prehospitaletjeneste koster utstyr og opplæring av personell.

3.2 Akuttbil

Akuttbilprosjektet i Inderøy/Steinkjer; et viktig bidrag til utprøving og utvikling av helsetjenester, med dokumentert følgeforskning på området. Akuttbilen er en arena for å sikre empirisk kunnskap, som blant annet kan anvendes når ny den nye stortingsmeldingen skal utformes jf. Hurdalsplattformen 2021-2025.

Prøveordningen var et kompensierende tiltak etter at Leksvikambulansen ble virksomhetsoverført til St. Olavs hospital, og gjennomføres innenfor de foreslåtte organisatoriske, faglige og økonomiske rammer. Annet formål med prosjektet:

- **Tjenesteutvikling mellom Helse Nord-Trøndelag og kommuner:** Akuttbilprosjektet er et samhandlingsprosjekt. Et forsøk på å bruke kompetansen og deler av passiv beredskapstid til aktiv tjenesteyting for å utvikle fremtidens tjenester.
- **Nødvendig erfaringslæring for de prehospitale tjenestene i Helse Nord-Trøndelag:** Akuttbilprosjektet gir god anledning til erfaringslæring ved å trene på håndtering av akutte og hasteoppdrag ved bruk av mindre ressurser.

Foreløpig har man bare prosjektmidler for å drifte dette frem til juni 2024.

3.3 Fremragende akuttmottak;

Forankret i helsefellesskapet i Nord-Trøndelag siden 2019. Prosjektet Fremragende akuttmottak (FAM) er et av de vedtatte målene i foretakets strategiske utviklingsplan. Er nå inne i fase 3 og omfatter både akuttmottak i Namsos og i Levanger. Nordre Trøndelag står ovenfor store samfunnsendringer i årene som kommer. Akuttmottakene i Helse Nord-Trøndelag (HNT) opplever utfordringer innen kapasitet, kompetanse og areal. Dette

utfordringsbildet sett i sammenheng med forventet samfunnsutvikling, underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.