

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse:
23/00249-29

Deres referanse:

Dato:
19.02.2024

Saksbehandler:
Christel Meyer

Innspill til stortingsmelding om det prehospitale området

Det vises til tilleggsdokumentet av 23. juni til Oppdragsdokument 2023 og Helse og omsorgsdepartementets ønske om innspill til planlagt stortingsmelding om det prehospitale området. Akuttmedisinske tjenester er gjenstand for så vel faglig som politisk interesse. Det prehospitale fagmiljøet i Helse Sør-Øst ønsker stortingsmeldingen velkommen. Det har vært en stor aktivitetsøkning i alle deler av de prehospitale tjenester de siste 20 årene, en øking som er større enn befolkningsøkningen skulle tilsi. Økt ressurstilførsel alene vil ikke være tilstrekkelig for å løse utfordringene innen det prehospitale tjenesteområdet. Tjenesten må driftes effektivt med tanke på ressursbruk og kostnader, og det må legges til rette for god faglig utvikling av tjenestene for å understøtte dette.

I Helse Sør-Øst pågår for tiden et regionalt prosjekt som utreder fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene i helseregionen, slik at befolkningen har trygghet for at de får kompetent og rask hjelp, når de trenger det ved akutt sykdom eller skade. Samtidig er flere IKT-løsninger under utvikling som skal hjelpe til å drive tjenestene enda mer samordnet, riktigere dimensjonert og mer kostnadseffektivt, enn det som gjøres i dag.

Utviklingen av de prehospitale tjenester er forankret både i den regionale – og i helseforetakenes utviklingsplaner.

Helse Sør-Øst RHF har bedt helseforetakene gi innspill til spørsmålene som departementet ber om at besvares. De legges som vedlegg til Helse Sør-Øst RHF sitt innspill til stortingsmeldingen.

Generelt

Det er enighet i fagmiljøet i Helse Sør-Øst at stortingsmeldingen bør gjennomgå lover og forskrifter for å se om de understøtter helsepolitiske målsettinger om helhetlige og sammenhengende tjenester, som også er bærekraftige og ressurseffektive. Nasjonale styringsdokumenter og incentiver bør understøtte målsettingene om god samhandling i den akuttmedisinske kjeden, og innrettes mot fremtidige utfordringer og ønsket utvikling.

Hovedutfordringer

- **Aktivitetsøkning**

Alle deler av de prehospitale tjenestene (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), bilambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og pasientreiser) opplever økt etterspørsel og en aktivitetsøkning som er større enn befolkningsøkningen skulle tilsi. Det er både kvalitets-, kostnads-, og beredskapsmessig gunstig å sørge for at den enkelte pasient får faglig helsehjelp på riktig nivå.

Noe av aktivitetsøkningen er forventet, og legges til grunn for både finansiering og dimensjonering av tjenestene. Befolkningen øker og aldersfordelingen endres fordi befolkningen blir eldre. Den eldre

befolkningen har nesten fem ganger høyere forbruk av helsetjenester enn yngre aldersgrupper, og de har et betydelig høyere forbruk av spesialisthelsetjenestens prehospitale tjenester bør vi ha en kildehenvisning her?

De største hovedutfordringene for de prehospitale tjenester er de forhold som er vanskelig å forutse; befolkningens økende forventninger til tilgang til helsetjenester, og ikke minst tilbudet av helsetjenester i kommunehelsetjenesten. Stortingsmeldingen bør omhandle hvordan ulike tiltak rettet mot befolkningen og i kommunehelsetjenesten kan bidra til å dempe aktivitetsøkningen som ikke er medisinsk begrunnet.

Man bør vurdere å anbefale en nasjonal kampanje som vil lære befolkningen å ringe riktig nummer når en trenger hjelp. Eks den danske tommel-finger regel fra Nord Jylland¹;



Ny teknologi og medisinsk kunnskap, som i større grad vektlegger tidlig diagnostikk og behandling, fører til at mer av tjenestene flyttes ut fra sykehus til de prehospitale tjenester. Utvikling av ambulansesfaget, bedre utdanning og ny teknologi gir økte muligheter for avansert diagnostikk og behandling ute hos pasientene. Både mer sentralisert og differensiert helsetjenesten gjør også at syketransportoppgavene har økt. Helseforetakene har i dag ulike alternativer av syketransport, fra høyspesialiserte akuttambulanser til hvite biler for syketransport til pasienter som har behov for bære uten at det er behov for overvåking eller behandling under transport.

Stortingsmeldingen bør omhandle hvordan helseforetakene legger til rette for ulike alternativer for pasienttransport. Det er viktig at det tilbys transport på riktig nivå til den enkelte pasient slik at belastningen på akuttambulanser begrenses. Det bidrar til å styrke beredskap for akuttoppdrag.

Stortingsmeldingen bør også inkludere syketransport (hvite biler) som en del av de prehospitale tjenester.

- **«Mulig overtriage»**

Det er viktig at befolkningen opplever å få hjelp ved akutte hendelser og behov for øyeblikkelig hjelp, men det rapporteres i alle ledd i kjeden at mange av hendelsene hverken er akutte eller krever øyeblikkelig hjelp. Likevel utløses det «unødvendige» ambulansoppdrag, legevaktoppdrag og besøk på akuttmottak. Årsaken til denne overtriageringen er sammensatt og lite studert/dokumentert.

Det er behov for en gjennomgang av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. I det prehospitale fagmiljøet er det en opplevelse av at indeksen bidrar til overtriage, uten at dette er utredet. Indeksen er ikke validert og kunnskapen om effekten av verktøyet er begrenset. Det bør utredes i hvilken grad bekymring for å gjøre feil i helsetjenesten utløser bruk av unødvendig mye helseressurser, og hvordan leddene i den akuttmedisinske kjeden kan settes bedre i stand til å prioritere slik at helsehjelp utløses på rett nivå. Det er behov for digitale verktøy som gir nødvendig beslutningsstøtte for å vurdere riktig helsehjelp.

Det brukes mange ulike triagesystemer i den akuttmedisinske kjede. Det bør være et mål at man nasjonalt anbefaler et felles system, men hvor det eventuelt kan gjøres lokale tilpasninger uten at det forstyrrer samhandlingen mellom aktørene.

Det er behov for å ytterligere profesjonalisere kommunikasjonsprosessene i de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene. Det må legges til rette for styrket samhandling mellom legevakter og AMK-

¹ [Ring rigtigt - en tommelfingerregel - Region Nordjylland \(rn.dk\)](https://www.rn.dk)

sentraler, samt organisere mottak av 113 telefoner på en slik måte at det mest akutte får rask hjelp, mens de øvrige henvendelsene får en grundig vurdering av hva som er riktig respons. Akuttmottakene bør i slike tilfeller være en naturlig samarbeidspartner både med de medisinske nødmeldesentralene og primærhelsetjenesten.

- **Stor variasjon i tilbudet i kommunehelsetjenesten**

Tilbudet av helsetjenester i kommunene påvirker aktiviteten for de prehospitale tjenester. -Det er variasjon i tilbudet fra kommunale legevakter. Noen har legebemannet bil og/eller trygghetspatrolje som rykker ut og håndterer hendelser både på skadested og ved sykdom, og forhindrer på så måte både sykehusinnleggelse og ambulanseoppdrag. Andre kommuner overlater denne vurderingen til ambulansetjenesten. Allerede i dag er trenden at ambulansetjenesten gjør flere og flere vurderingsoppdrag, eller transporterer pasienten til akuttmottak for å få en medisinsk faglig vurdering. Det skaper utfordringer for tilgjengelig kapasitet og beredskap.

Verken lov eller forskrifter fastsetter nasjonale krav til plassering av legevakten eller maksimale avstander når det gjelder utrykning eller reisetid for pasientene. Sentralisering av tjenestetilbud som ytes i interkommunale, stasjonære legevakter og avvikling av ambulerende legevakter har medvirket til en kraftig økning i bruken av ambulanser, både for å gjøre primærvurderinger av behovet for helsehjelp og for å bringe pasienter til og fra legevakt.

Stortingsmeldingen bør ta utgangspunkt i Akuttmedisinforskriften og bør tydelig beskrive ansvar, oppgaver og finansiering i den akuttmedisinske kjede. Dette gjelder særlig der hvor ambulanse- personell, med mye beredskapstid, utfører kommunale oppgaver. Det bør skapes større forståelse for at akuttmedisinsk kjede er en felles ressurs der alle ledd i kjeden er avhengig av hverandre. Dagens takstsystem belønner volum, ikke kvalitet og gode samarbeidsformer.

- **IKT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre**

Dagens akuttmedisinske kjede understøttes av lokale-, regionale- og nasjonale IKT-løsninger, med begrensede integrasjoner seg imellom, og til andre systemer. I tillegg finnes det noen egne IKT løsninger fra stiftelsen Norsk luftambulans (SNLA).

Det pågår imidlertid flere anskaffelser av nye løsninger med større grad av integrasjon, men få av disse er felles for helseforetakene og kommunene. Flere drifts og forvaltningsaktører, flere nye systemer som ikke er felles for den akuttmedisinske kjede og tettere integrasjon mellom systemene, kan gi en mer kompleks og ikke nødvendigvis mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede.

Det er behov for både IKT- løsninger og personvernordninger som muliggjør aktiv deling av nødvendig og oppdatert pasientdata for de ulike helseaktørene og regionene. Pasienter risikere å få feil helsehjelp fordi viktige opplysninger og risikofaktorer ikke er tilgjengelige i akuttfasen. I tillegg til de medisinske konsekvenser kan det også føre til unødige og slitsomme transporter og undersøkelser.

Elektronisk pasientjournal i ambulansene og ny IKT-løsning i AMK vil etter hvert gi helseforetakene tilgang til data som vil bidra til bedre utvikling av tjenestene. Men ulike drifts- og kvalitetsparametere i kommune- og spesialisthelsetjeneste gir ulik prioritering og innsats. Felles kvalitetsindikatorer og virksomhetsdata vil gi bedre grunnlag for felles utvikling av tjenestene.

Hvordan kan et godt tjenestetilbud med kort responstid opprettholdes

Stortinget har vedtatt å forskriftsfeste responstid for AMK og for ambulansetjenesten, men ikke hvordan forskriftsfesting av responstid skal utformes og innføres. I dag er kravet at AMK skal svare innen 10 sek og da starter tidtaking som avsluttes når ambulans er på stedet. Men dette er ikke et kvalitetsmål som er tilpasset dagens krav om samhandling i den akuttmedisinske kjede, og riktig bruk av ressurser. AMK operatøren skal vurdere hva som er beste respons fra helsetjenesten. Det kan være alt fra intet behov eller hjemmesykepleier, legevakt, akutthjelper, ambulans eller luftambulans. Det er kun ambulansetjenesten som måles på responstid, selv om flere kommuner har etablert legevaktbiler som reiser ut til pasienten. I

arbeidet med stortingsmeldingen bør man vurdere om responstid fortsatt er en hensiktsmessig måleparameter, eller om kriteriene bør endres.

Rett ressurs til rett tid bør ha høyest prioritet. Dette bør vurderes som en del av arbeidet med stortingsmeldingen.

Betydningen av responstid for når ambulansen er fremme hos pasienten for pasientutfallet er heller ikke godt dokumentert. Folkehelseinstituttet analyserte responstid for akutte ambulanseoppdrag i perioden 2017-2021 for å se om responstiden er assosiert med forskjeller i pasientutfall målt som overlevelse. Det var en markant økning i antall utrykninger gjennom hele perioden, og det var gjennomgående lavere overlevelse for pasienter som opplevde kortest responstid. Hvis pasienter som får raskest helsehjelp fra ambulansetjenesten, er sykere enn de andre pasientene, kan det være med på å forklare forskjeller i overlevelse.²

De spesifiserte temaområdene

Helse Sør-Øst har bedt helseforetakene om innspill til de tre underpunktene i tilleggsoppdraget. I det følgende har vi valgt å ta med innspill som er gjennomgående og som også har vært drøftet i vårt regionale utviklingsprosjekt. Alle innspill fra helseforetakene legges ved i sin helhet.

Pkt1 – Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene.

Punktene i spørsmålet over bør være et naturlig samhandlingstema i helsefellesskapene. Helsefellesskapene skal bidra til å skape gode og likeverdige tilbud til befolkningen. Alle helseforetak har fått i oppdrag å gjennomgå de akuttmedisinske tjenester sammen med kommunene, og man har valgt noe ulike løsninger og ulike områder for å bedre samarbeidet.

Det viktigste er at helsefellesskapene sørger for at det er regelmessige dialogmøter på både strategisk og operativt nivå.

Den akuttmedisinske kjeden vil stadig håndtere flere komplekse lidelser og det er enighet om at det er behov for bedre samarbeid og samordning av oppdragsløsning på tvers av forvaltningsnivåene, slik at pasientene får hjelp på riktig nivå. Bedre og enklere konfereringsmulighet mellom ambulansetjeneste, legevakt, akuttmottak og sykehus vil kunne underlette denne samordningen, og samtidig sikre riktig akuttmedisinsk respons. Det hadde også vært en fordel om den akuttmedisinske kjede hadde felles triagesystem, slik at en har samme medisinske kriterier for å bestemme prioritering i behandling av pasienter.

Det er behov for bl.a å få etablert felles virkelighetsforståelse, og forståelse for hverandres kompetanse.

Kombistillinger legevakt og ambulanse/akuttmottak og hospitering på tvers av tjenestene vil kunne gi større forståelse for hverandres kompetanse. Det samme gjelder samtrening og felles øvelser.

Samarbeid med kommunene om oppgaver der hvor ambulansepersonell har mye beredskapstid. Samarbeidet kan gi synergier som både gir bedre akuttmedisinsk kompetanse og beredskap i kommunene samtidig som det sikrer drift av ambulansestasjoner med lav aktivitet (se pkt 3)

Pkt 2 Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt

- **Organiseringen av akuttmottak** er veldig ulik i helseforetakene, noe som per i dag vanskeliggjør sammenlikning på tvers av foretakene. Akuttmottak er en del av den akuttmedisinske kjede og den forestående stortingsmeldingen bør også inkludere dem.

Aktivitet og drift:

- Datasett: antall pasienter pr time gjennom døgnet, hvor kommer de fra (innleggende instans), hvor havner de.
- Pasientflyt – hvor flyttes pasientene etter opphold i akuttmottak
- Andel pasienter ferdig diagnostisert og behandlet i mottak

² [Responstider for ambulanser og pasientutfall - FHI](#)

- Andel pasienter på observasjonspost med innleggelse under 24 timer
- Andel leger med AMM-spesialitet i akuttmottak forklare hva det er (lege med spesialitet i akutt- og mottaksmedisin)

Kvalitet:

- Tid fra ankomst til første tilsyn (triage)
- Tid til pasienten er tilsett av lege innenfor anbefalt tid etter triage
- Tid fra ankomst til oppstart Actilyse ved hjerneslag
- Tid fra ankomst til trombolyse – ev transport til PCI ved hjerteinfarkt/STEMI
- Tid for aktivisering av traumealarm til team er på plass
- Brukerundersøkelser for brukeropplevelse; ventetid, informasjon service osv

Pkt 3 En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansen kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonell kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes erfaringer fra ulike modeller for samarbeid mellom ambulansetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten særlig i rurale områder, eks Røros-modellen. Dessuten brukes ambulansetjenesten ikke sjelden til å utføre vurderingsoppdrag for de kommunale legevaktene. Det er en god tanke at man i områder med både få innbyggere og tilgang på helsefaglig kompetanse, bruker de samlede ressursene til beste for innbyggerne. Ambulansepersoneell i slike områder trenger flere pasientmøter for å opprettholde faglig trening og egenkompetanse. Erfaringer fra «Akuttkjedeprosjektet i Telemark» har også vist at et samarbeid har hatt flere positive synergieffekter; bedre faglighet, mestring, større trivsel på jobben osv).

Erfaringer fra tilsvarende forsøk viser at det fungerer så lenge det er normal arbeidsbelastning på begge sider. Men det blir fort problematisk når aktiviteten øker og ambulansetjenestens beredskapstid reduseres. Akuttambulanser har responstidsforventninger, og må kunne frigjøres fra alternative arbeidsoppgaver umiddelbart ved utalarmering.

I dag er arbeidstidsordningen i ambulansetjenesten basert på det lokale aktivitetsnivået. Stasjoner med lavere aktivitet har gjerne et større innslag av hvilende vakt, og derved også lengre vakter. Dersom man innfører aktiv vakt hele tiden vil det kreve flere årsverk, og derved høyere kostnader. Et tettere samarbeid mellom ambulansetjenesten og aktørene i kommunehelsetjeneste vil kunne være positivt for begge parter.

Lykke til med det videre arbeidet!

Med vennlig hilsen

Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt
administrerende direktør

Christel Meyer
Spesialrådgiver

Vedlegg:

Innspill fra helseforetakene i Helse Sør-Øst

23_00249-29 Innspill til stortingsmelding om det prehospitale området

1073158_609427_0 Terje

**Fagavdelingen**

Helse Sør-Øst RHF

Saksbehandler:
Bjørn Magne Eggen

Attn: Siv Cathrine Høymork

Telefon saksbehandler:
(+47) 913 79 870

Deres ref. Notat 27092023

Vår ref. 2023/2888

Dato 16.11.2023

Innspill fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Stortingsmelding om prehospitaltjenester

Vi viser til bestillingen i OBD og omtalen i fagdirektørmøtet i september i år. Vår tilbakemelding er konsentrert om de særlige utfordringene som er erfart i vårt sykehus.

Hvilke ønsker har vi, hvilke utfordringer ser vi,

som et relativt stort lokalsykehus i indre by øst i Oslo (Sentrum sektor, med 200 000 innbyggere). Hva mener vi er det viktigste å få til; hvilke forventninger har vi?

Deling av informasjon.

De digitale løsningene som etableres, må konfigureres slik at de muliggjør aktiv deling av informasjon og dokumentasjon allerede før, eller senest samtidig som pasienten ankommer akuttmottaket – og det må utarbeides rutiner som sikrer at dette også skjer. Konkret betyr dette at f. eks. EKG, bilder (fra skadested, fra billeddiagnostikk), oppdaterte notater og andre dokumenter fra stasjonær legevakt, legevaktbil, bilambulans, ev. også luftambulans, dermed mottas og kan inkluderes som journaldokumenter også i vår EPJ. Dette vil være en klar kvalitetsforbedring som dessuten vil bedre pasientsikkerheten både under transport og etter ankomst sykehus.

Følge status for ambulanser

I dag har AMK-enhetene oversikt over hvor alle ambulanser i området befinner seg, og gjennom det også informasjon om når pasienten vil ankomme det aktuelle akuttmottaket. Slik informasjon bør kunne deles automatisk med mottaket for bedre planlegging av hvordan mottak skal gjennomføres. Ved kritisk dårlig pasient bør det også være mulig for AMK-enheten som koordinerer denne hendelsen, å etablere trekantsamtale mellom AMK, ambulans og mottakende enhet i sykehus.

En betydelig andel av akuttinnleggelsene i indremedisin, nevrolog, psykisk helsevern og rus gjelder pasienter som allerede har etablerte tilbud fra kommune/bydel. Det bør være like enkelt å få tilgang til denne informasjonen som det er å få vite hvem som er pasientenes fastlege. En akuttinnleggelse av pasient som allerede har tjeneste fra kommune/bydel, bør dessuten kunne varsles automatisk til disse – for bedre planlegging av videre behandlingsopplegg og for optimalisert ressursbruk.

Alternativ til akuttinnleggelse?

Hvilke tiltak kan/bør etableres for å redusere antall pasienter som akuttinnlegges, dvs. ved at det iverksettes lokale tiltak umiddelbart, og med raskt iverksatt oppfølging – som et alternativ til innleggelse? Den oppfølgingen som bl.a. vårt sykehus og bydelene sammen har med FACT-team innen psykisk helsevern, bør utvikles til flere pasientgrupper. For tidlig erkjennelse av klinisk forverring og med umiddelbare tiltak kan gode og systematiske observasjoner av pasienter med alvorlig kronisk sykdom, være nyttig. Samtidig kan pasientene gjennom økt kunnskap om egen helse og sykdom («*Health literacy*») også selv erkjenne forverring tidligere og dermed iverksette tiltak – som kan utsette eller unngå akuttinnleggelser.

For pasienter med kjent sykdom og hyppige akutte forverringer bør det systematisk prøves ut andre tiltak som kan redusere presset på og liggetiden i akuttmottak. Dette er bl.a. KAD-plasser i kommunal regi, observasjonsplasser i sykehus, plasser for opplæring og rehabilitering i direkte forlengelse av en akuttinnleggelse. Også erfaringene med ulike varianter av såkalte hjemmesykehus (i regi av og med bemanning fra spesialisthelsetjenesten), brukerstyrte poliklinikker og ulike FACT-inspirerte tilnærminger bør føre til større utbredelse og aktiv bruk av disse tiltakene. Dette vil trolig redusere frekvensen av forverringer med behov for akuttinnleggelse, og det vil redusere presset på andre døgnenheter i sykehus enn akuttmottakene – dvs. gi mulighet for styrking av akuttmottakene i sykehus.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Jan Petter Odden (e. f.)
fagdirektør, dr. med,

Bjørn Magne Eggen
spesialrådgiver, dr. med.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent



NOTAT – Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2023- august 2023

Til: Helse Sør-Øst RHF
Fra: Sykehuset Innlandet HF – Prehospitale tjenester –
Saksbehandler : divisjonsdirektør Geir Kristoffersen
Dato: 6/11-2023
Sak: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Saksunderlag: Bestilling

3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Behandlingstilbud

Annen oppgave 2023 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Informasjon til øvrige

Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om det prehospitale området. Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen. Innspill bør peke på

hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes. Det bes i tillegg om at innspill belyser følgende:

Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene

Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)

En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helseforetaket skal gi innspill til Helse Sør-Øst RHF innen 10. november 2023.

Innspill fra Sykehuset Innlandet HF

Hovedutfordring

For helseforetakene er den største utfordringen at kommunene i økende grad definerer seg ut av i den akuttmedisinske kjeden og med det ikke bidrar i det felles ansvaret som føringene i *Akuttmedisinforskriften* faktisk beskriver. Sterk sentralisering av legevakter uten at dette kompenseres med avbøtende tiltak, er den utløsende og viktigste årsaken til dette sammen med at hjemmebaserte tjenester i praksis ikke anses som en del av dette tjenestetilbudet. Dette medfører en sterkt økende bruk av ambulansetjeneste til vurderingsoppdrag utenfor definert kompetanseområde og som skaper kapasitetsutfordringer.

De viktigste avbøtende tiltakene vil være at legevaktene med at lege i vakt reelt er mobile og tilgjengelige for befolkningen som skal betjenes. Dernest at hjemmetjenester kan bistå ved kritisk akutte hendelser der løsningen i dag i økende grad er å anmode brann og redningstjeneste om bistand de gangene ambulansetjenesten allerede er rekvirert til andre oppdrag.



Generelle innspill til arbeidet med stortingsmelding om det prehospitalt området.

Det verdsettes at dette arbeidet prioriteres slik at man får en nasjonal ambisjon og standard for hva som forventes av de prehospitalt tjenestene. Foruten omfang av tjenestene, forventede responstider mv, må meldingen beskrivelse hvilke forventninger som skal legges til grunn for personalets kompetanse for å yte de forventede tjenestene til befolkningen.

Perspektivet bør være med utgangspunkt i Akuttmedisinforskriften (Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - Lovdata) slik at både spesialisthelsetjenestens ansvar og kommunenes ansvar i den akuttmedisinske kjede omfattes og tydeliggjøres. I dette ligger også beskrivelse av tettere samarbeid mellom helseforetakenes og kommunenes helseressurser. Dette er særlig sentralt i rurale områder der legevakter er sentralisert i et slikt omfang at legevaktlegen i praksis ikke er tilgjengelig for enkeltkommuners befolkning utover fastlegekontorenes åpningstid på dagtid. Dette har medført en betydelig aktivitetssøkning for ambulansetjenestene både med lengre transporter til legevakt, og også at ambulanspersonalet «presses» inn i vurderingsoppdrag som er utover deres basale funksjons- og kompetansenivå.

Å begrense behovet for å forflytte pasienter «unødig» må det være et bevisst fokus på framover. Det som kan løses på distanse med lokal oppfølging, digitale konsultasjoner eller beslutningsstøtte må understøttes. Særlig gjelder dette eldre pasienter som allerede har en ivaretagelse i kommunal helsetjeneste.

Det er forventet at Pasientreiser i større grad skal være inkludert i den «prehospitalt familien». Det er viktig også for tjenesteområdene i den akuttmedisinske kjede at det tilbys transport på riktig nivå til den enkelte pasient slik at belastningen på akuttambulanser begrenses for å opprettholde tilstrekkelig kapasitet / tilgjengelighet ved neste oppdrag. (Laveste / beste effektive omsorgsnivå: LEON / LEON – prinsippene, jfr Stortingsmelding 9 – 1974-75 - https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059)

Det finnes flere eksempler på gode prosjekter som er gjennomført lokalt som kompenserer for utfordringene beskrevet over. (jfr «Akuttkjeden i Telemark», «Røros-prosjektet», satellitt-legevakter, video som beslutningsstøtte mv mv). Hjemmesykepleiens rolle som en naturlig aktør i den akuttmedisinske kjede må tydeliggjøres. I denne forbindelse må det vektlegges at iverksettelse av tiltak ikke skal kunne holdes igjen begrunnet i mangel på enkeltvedtak om tilbud til aktuell person som innbygger eller tilfeldig oppholder seg i kommunen.

En dreining over til å utvikle samspillet og samarbeidet mellom helseaktørene på kommunal- og helseforetaks-siden, er langt å foretrekke fremfor å belaste Brann- og redningstjenesten i større omfang enn det akutthjelper-funksjonen som brannvesenet bekler, er ment som.

Et slikt samarbeid bør være gjensidig slik at man bistår hverandre med utfyllende kompetanse ut fra lokale forhold og situasjoner. Dette må nedfelles i samarbeidsavtaler. Slike avtaler må baseres på en effekt / helseverdi for den som har behov for tjenesten; enten på bakgrunn av akuttmedisinske behov eller for å kunne tilby helsetjenester på lavest mulig nivå og uten å måtte forflytte pasient til legevakt / akuttmottak der det er mulig. (jfr LEON / BEON-prinsippene).



En økende tendens til å ville fakturere hverandre for tjenester man oppfatter å ikke være primære kjernoppgaver for egen virksomhet, må det blokkeres for. Det skaper kun forskyvning av fokus vekke fra kjerneoppgavene. Det gavner ikke befolkningen og skaper et stort og kostbart byråkrati.

Innspill til spesifiserte temaområder:

1. Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene

Helse- og omsorgstjenesten (hjemmesykepleien) må defineres inn som en del av den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus

Enkeltvedtak kan ikke være en hindring for å bidra.

Det må være en målsetting å tilby «endelig» behandling av pasienter så tidlig som mulig i kjeden inkludert å begrense (unødig) forflytning / transport. Bevissthet om at ambulanser er en begrenset ressurs, og ved bruk svekkes ambulansetilgjengelighet (/beredskap) for resten av befolkningen i den tiden ambulansen er bundet / ute av lokalt område. Bruk av alternativ transportform enn akuttambulanser må alltid vurderes (bli kjørt privat eller tilrettelagt transport i regi av pasientreiser i form av taxi, bårebil mv mv)

KAD / ØHD-plasser må bli en integrert del av tjenesten og dimensjoneres riktig med forsterket helsefaglig kompetanse, bør i større grad inngå i den akuttmedisinske kjede. Det er en større og større andel av pasienten som ferdigbehandles i akuttmottakene og man har behov for innleggelse i et forsterket kommunalt tilbud.

KAD / ØHD-enheter kan også være satellitt-legevakt for egne innbyggere der det er lang avstand til fysisk legevakt. På den måten kan pasienten få gjennomført en digital legevaktskonsultasjon lokalt uten å måtte forflyttes – ofte- langt og vil også kunne være ivaretatt observasjonsmessig over noe tid lokalt eller i påvente av ledig båretransport / ambulanse.

Legevakter bør ha observasjonsplasser i et visst omfang og for en viss tid for å forebygge sykehusinnleggelse / overføring til akuttmottak.

Akuttmottak bør ha funksjon med observasjons – og utrednings- / avklaringsenger for å kunne snu pasienter som ikke er i behov av innleggelse, så raskt som mulig.

Hovedutfordringer i den akuttmedisinske kjede.

Erfaringer fra prosjekter og løpende samarbeid kan beskrives slik:

- Det meste fungerer bra i akutte situasjoner.
- Den akuttmedisinske kjede er i dag avdelt og samarbeidet er begrenset.
 - Hjemmesykepleien reiser ofte ikke ut og tar ikke pasienter som ikke står på hjemmesykepleiens lister/som det ikke er fattet enkeltvedtak på.
 - Legevakt og legevaktbil er mye mindre tilgjengelig for befolkningen ved hendelsessted enn forutsatt i akuttmedisinforskriften



- Ambulansetjenesten kan bli sendt ut på vurderingsoppdrag som den ikke har kompetanse til.
- Pasienter faller mellom flere stoler og det kan tidvis være vanskelig for ambulansetjenesten å få avlevert pasienter.
- Det er økende forventninger fra innbyggerne om servicetjenester fra legevakt.
- Gjengangere av pasienter bruker uforholdsmessig mye ressurser fra mange
- Det er stort kompetansestrekk i den akuttmedisinske kjede. Viktig også å ha fokus på kompetanseoppbygging til ufaglærte som utgjør en stor andel ansatte i kjeden.
 - Det finnes kommuner som ikke har sykepleierkompetanse på vakt i det hele tatt.
 - Det må utvikles en kultur og arbeidsform hvor ambulansetjenesten bistår kommunehelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bistår ambulansetjenesten; «fletting» av arbeidsoppgaver
- Det må skapes større forståelse for at akuttmedisinsk kjede er en felles ressurs som er avhengig av hverandre og som må respektere hverandres kompetanse.
 - Det er uoversiktlig for pasient å få tjenester fra flere instanser og forvaltningsnivåer (eks egenandeler)
 - Takstsystemet belønner volum og ikke kvalitet/gode arbeidsformer
- Det mangler en felles kommunikasjonsplattform for pasient-/journalopplysninger.
 - Prehospitale tjenester har i dag begrenset tilgang til relevant informasjon: Eksempler på dette innfor pasientinformasjon er slik som bruk av kjernejournal; «kriseplaner» som kommunen har skrevet med enkelte pasienter der et tiltak kan være «Ring 113» uten at dette er kjent, mv. Dette kan også være kunnskap om arrangementer, øvelser, etablering av flyktingemottak mv
 - Taushetsplikten kan være til hinder for god samhandling.

Forslag til aktuelle tiltak

Bruk av Helsefellesskapene

Det bør etableres en mer tydelig forventning om det må etableres samhandlingsarenaer innen den akuttmedisinske kjede. Dette kan være med å formalisere oppgang av ansvarslinjer og for å løfte problemstillinger opp hos de forskjellige instanser.

Høste erfaringer fra gjennomførte prosjekter / prosesser fra hele landet som fremmer samspillet i den akuttmedisinske kjede

Det er gjennomført flere verdifulle tiltak de seinere årene som har fremmet samarbeidet i den akuttmedisinske kjede. Erfaringene fra disse bør foredles til en mal /norm for samspill der også utfordringene blir konkretisert og møtt med tiltak.

Det tenkes her særlig på «Akuttkjeden i Telemark», «Røros-prosjektet», forsøk med og etablering av desentraliserte satellitt-legevakter, Lillehammer-prosjektet «Bo Trygt Hjemme med integrerte tjenester» (der en arbeidspakke med en mobil «Trygghetspatrolje» skal bistå i hjemmet) og også digital beslutningsstøtte på ulik måte, mv

Sykehuset Innlandet har også hatt lokale prosjekter med kommuner for å fremme mer integrerte tjenester / jobblidning, mobilt prehospitalt team og bruk hodekamera, som omtales nærmere under.

Plan for kompetansebygging i i hjemmebaserte tjenester

Det må legges en plan for kompetanseoppbygging til de hjemmebaserte tjenester slik at de kan få en bedre vurderingskompetanse. Dette vil bidra til redusert bruk av annen kommunehelsetjeneste som LV og fastlege. En del av de kommunale helseoppgaver kan



gjennomføres av andre enn fastlege og LV. En effekt av dette vil også være mindre bruk av spesialisthelsetjenestenes ambulanseresressurser. Det vil øke tilgjengelig ambulanseberedskap.

En samhandlingsmodell i den akuttmedisinske kjeden må også tjene den kommunale helsetjenesten slik at den bidrar til bedre ressursutnyttelse, styrket kompetanse, og en mer integrert helsetjeneste i distriktene for å avlaste hverandre. Etter at nødvendig innsikt lokalt er oppnådd, må tiltak og opplæring tilpasses lokale behov. Piloteringen bør foregå i en iterativ prosess hvor man fortløpende innhenter tilbakemelding fra involvert helsepersonell og justerer arbeidsprosessene og modellen basert på tilbakemeldingene. Erfaringsvis vil ambulanspersonell ha behov for opplæring i basale ferdigheter i hjemmetjenesten, som generell pleie, sårvurdering og geriatri, mens ansatte i hjemmetjenesten vil ha behov for mer akuttmedisinsk kompetanse og kapasitet. Hjemmetjenesten bør utstyres med «akuttsekker», jfr erfaringer fra «Akuttkjede-prosjektet i Telemark».

Utvikle bedre prehospita digital beslutningsstøtte

Det gjennomføres flere prosjekter innen bruk av videoteknologi for å styrke faglig og logistisk beslutningsstøtte innen den akuttmedisinske kjede. Dette bør videreutvikles og det må særlig vektlegges hvordan digitale kanaler for slik virksomhet kan etableres nasjonalt på en sikker juridisk måte innen informasjonssikkerhet uavhengig av kommersielle leverandører.

Eksempler på slike prosjekter er overføring av levende bilder fra innringers mobiltelefon til AMK-sentraler, akuttmottak og legevakter (Videosamtale med AMK (113) - Vestre Viken HF), bruk av hodekamera i ambulansetjeneste og i kommunale tjenester der spesialister i legevakt eller helseforetak kan gjøre kliniske vurderinger på distanse. (PREVIS - Prehospital Videosupport (previs.no))

Forslag til faktaboks i Stortingsmeldingen:

Boks X.X Bruk av video for bedre beredskap og prehospita behandling

Siden 2019 har Sykehuset Innlandet, i tett samarbeid med Helseinn-nettverket, utviklet og etablert video som verktøy for beslutningsstøtte i prehospitale tjenester. Ved bruk av et stemmestyrt hodekamera får leger mulighet til å se og vurdere pasienter digitalt, og ambulanspersonell får bistand til å gjøre bedre vurderinger i utfordrende eller uavklarte situasjoner. Slik kan pasienter avklares tidligere og få bedre behandling raskere. Dette kan også forhindre unødvendig transport av pasienter hvilket gir både bedre pasientopplevelser og en mer robust beredskap. I prosjekt «Prehospital Video i Samverkan 2 (PreViS2)» som varer til 2026 skal Sykehuset Innlandet utforske hvordan ulike kamerateknologi og annen teknologi kan kombineres for mer avansert beslutningsstøtte. Bruk av video for bedre samhandling mellom interkommunale institusjoner og i sivil-militært samarbeid vil også prioriteres.



Figur X.X Bruk av stemmestyrt hodekamera ved Sykehuset Innlandet. Foto: ??



2. Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak Somatiske akuttmottak - Helsedirektoratet)

Parametere som kan brukes nasjonalt kan være:

- Tid til triage
- Tid til lege inn på stue (etter triagering)
- Liggetid kan være aktuelt men da må man skille mellom ønsket poliklinisk liggetid og de som skal innlegges på sengepost. Riktigere kan derfor være tid fra ferdig i mottak til oppe på sengepost
- Hva gjelder aktivitetstall er det viktig med antall pasienter som legges inn og antall pasienter som behandles ferdig i akuttmottaket og når tid på døgnet de kommer

3. En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette er en ideell tilnærming å tenke seg, særlig i rurale områder med begrenset tilgang til kompetanse og omfang av tjenester: å slå sine begrensede ressurser på begge sider sammen til beste for innbyggerne. I disse områdene vil det også kunne være lav / begrenset gjennomsnittlig aktivitet i ambulansetjenesten, som teoretisk burde gjøre det mulig. Et annet aspekt er at det lave aktivitetsnivået er et hinder / en begrensning for å opprettholde nødvendig faglig trening / egenkompetanse over tid. Flere pasientmøter er derfor ønskelig. Erfaringer fra tilsvarende forsøk er at dette fungerer greit så lenge det er normal arbeidsbelastning på begge sider. Når aktiviteten øker og presset blir større, kommer utfordringer med manglende ressurser på begge sider. Behov for back-up ressurser kan bli større.

I tettbygde /bynære / storby-områder er aktivitetsbildet i ambulansetjenesten helt annerledes med så høy utnyttelsesgrad av ambulansene at restkapasitet til annet virke ikke eksisterer.

Grunnholdningen bør allikevel være en logikk om bistå hverandre, men man må kjenne til og være bevisst visse forutsetninger:

- Akuttambulansene har responstidforventninger til seg, og må kunne frigjøres fra alternative arbeidsoppgaver umiddelbart ved utalarmering.
- Arbeidstidsordninger i ambulansetjenesten er basert på aktivitetsnivå lokalt. Stasjoner med lavere aktivitet har gjerne et tilpasser / større innslag av hvilende vakt med dertil lengre vakter uten at det er uforvarlig pga. belastningen vakt. Vaktlengde på ett helt døgn eller mer er ikke uvanlig ute i distrikt Ved rullering av tariffperioder vil en «forsvarlighetsvurdering» av arbeidstidsordningen ligge til grunn. En slik løsning er ofte ønsket av personellet for å konsentrere arbeidet/ få færre oppmøter, særlig ved lang pendleravstand. For arbeidsgiver medgår det færre timer pr vakt / færre årsverk pr ambulanse.
 - Med et innslag av hvilende vakt i 12 av døgnet 24 timer, vil en ambulanse i kontinuerlig vakt kreve omkring 7 årsverk
 - Med aktiv vakt hele tiden kreves minst 10 årsverk; dvs. mer enn 40 % høyere kostnad.



- Legger man inn flere arbeidsoppgaver vil det medføre at kostnadene i ambulansetjenesten vil øke; enten fordi aktivitet på hvilende vakt har en betydelig merkostnad; eller at man må forskyve innslagstidspunkt for hvilende vakt som medfører økt antall årsverk (aktivitet på hvilende vakt forutsettes dessuten å skulle være begrenset).
 - Denne kostnadsøkningen må legges til grunn ved forventning om større grad av integrerte tjenester.

Et tettere samarbeid mellom aktørene i kommunehelsetjeneste og helseforetak er i prinsippet sterkt å ønske, og vil ha flere positive synergieffekter, jfr erfaringene fra «Akuttkjeden i Telemark». (Bedret faglighet, mestring, større trivsel på jobb, beholde / rekruttere personell mv). Man skal dog ha bevissthet om etablerte «silokulturer» i arbeidsmiljøet som vil utfordre en føring om utvidelse av eget funksjonsområde. Dette er imidlertid kun en ledelsesutfordring som må adresseres.

Vurdering:

Vurderingen av dette punktet er derfor at det bør være mulig å i større grad bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten ute i distrikt der aktiviteten i ambulansetjenesten er begrenset, og at dette vil kunne ha flere positive sider. Sett i sammenheng med at ambulansetjenesten vil ha nytte av bistand fra hjemmesykepleie i gitte situasjoner, vil dette kunne være en gjensidig situasjonsbetinget «jobbglidning». Det er imidlertid en helt klar forutsetning at dette må kompenseres økonomisk fullt ut, jfr beskrivelser over.

Vedlegg:

Tekstutdrag fra lov / forskrift relatert til innspillet.

<p>Akuttmedisinforskriften</p> <p>§ 4. Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.</p> <p>Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.</p> <p>Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.</p> <p>§ 6. Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet</p> <ol style="list-style-type: none">vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelpdiagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste ogytte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig
<p>Kommunehelsetjenesteloven:</p> <p>§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.</p> <p>§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:</p> <p>3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:</p> <ol style="list-style-type: none">legevakt,heldøgns medisinsk akuttberedskap,medisinsk nødmeldetjeneste, ogpsykososial beredskap og oppfølging. <p>§ 5-1. Transport av behandlingspersonell For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.</p>

Innspill fra Sykehuset Telemark HF på punkt 3 i tilleggskdokument til oppdrag og bestilling 2023 – august 2023

Det vises til tilleggskdokument til oppdrag og bestilling 2023 - august 2023 datert 16. august 2023 fra Helse Sør-Øst. I punkt 3 *Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp Behandlingstilbud* har Sykehuset Telemark frist til 10. november med å gi innspill/tilbakemelding på spørsmål knyttet til prehospitalområdet. Under følger Sykehuset Telemarks sitt innspill til faglige vurderinger av hva som er utfordringer og aktuelle tiltak på dette området.

Hovedutfordringene er basert på innsikter etter detaljerte gjennomganger, spørreundersøkelser og konferanser mellom kommuner og sykehus i prosjektet Akuttkjeden i Telemark. Utfordringene er generalisert, og hver av dem ville kunne møtes med ett bredt spekter av virkemidler og tiltak.

I tabellen under fremkommer hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden:

Felles	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tillit og anerkjennelse mellom leddene i den akuttmedisinske kjeden. To forvaltningsnivå med ulik styringslogikk. Til dels kontraproduktiv finansiering/incentivmodell • Standardisering gir gode pasientforløp • Ulike triageringsystem gir ulik hastegradsvurdering • Behandlingsforløpet mangler en sammenhengende elektronisk journal • For mange pasienter sendes direkte til sykehus
Ambulanse	<ul style="list-style-type: none"> • Det er stor variasjon i bruk av ambulanse • Ambulansepersonellet gjør ofte vurderinger og tar avgjørelser uten at legekompentanse er til stede • Ambulanse brukes i for stor grad til transport av pasienter som ikke er akutt syke
Kommunal helsetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Det er for stor variasjon på legevaktene, kompetanse, driftstider og utbyggingskapasitet • Fastleger deltar i liten grad i den akuttmedisinske kjeden • Hjemmesykepleiers rolle er ulik fra kommune til kommune • Det er stor variasjon i bruk av kommunale akutte døgnplasser
Akuttmottak	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottaket er en avansert samhandlingsarena uten klar ansvarsfordeling • Akuttlegens kompetanse, tilgjengelighet, rolle og ansvar er forskjellig i ulike sykehus • Varierende og lite forutsigbar kompetanse i front • Mange elektive oppgaver blir utført i akuttmottaket • Pasientflyt i akuttmottaket er ikke pasientsentrert, herunder varierende bruk av point of care utstyr/undersøkelser (lab/rtg/CT/MR)
Sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Savakt samarbeid somatikk/psykiatri/rus, tid- og ressurskrevende innleggelse for akuttpasienter
Sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for prøvetaking og analyse er i mindre grad tilpasset behovene i en akutt behandlingkjede

Videre følger forslag til tiltak for hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes, samt innspill til hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og retningslinje for somatiske akuttmottak) akuttmottakene.

1. Generelle tiltak

- Utvikle lovverk, forskrifter, veiledere og økonomiske incentiver som reelt understøtter ønskede målsettinger og forventninger til de akutte helsetjenestene. De grunnleggende rammebetingelsene for samarbeid/samarbeid i et to-nivå system er viktigere enn å fastsette parametre, føringer og målsettinger.
- Behov for kraftfulle økonomiske incentiver for å realisere felles mål i en felles helsetjeneste – pengene rår- det må lønne seg å samhandle
- Etablere moderne og brukervennlige informasjonsdelingsløsninger i hele akuttkjeden
- Styrke kompetanseutvikling av allmennleger/generalister, herunder geriatri, psykiatri og rus
- Øke bruk av lov og forskrift i kommunale helsetjenester for felles mål og tiltaksfokus på tvers av forvaltningsnivåene
- Felles Triagesystemer i alle ledd i det akutte forløpet
- De nåværende definisjonene av den «akuttmedisinske kjeden» og «prehospitale tjenester» må revideres for å ivareta fremtidige utfordringer og sannsynlige utviklingstrekk (flere pasienter og tjenestemottakere som skal ivaretas med hjemmet som utgangspunkt) om færre døgnopphold, mer poliklinikk, mer ambulante tjenester og mer «hjemmesykehus»
- Spesialisthelsetjenestene må «tilgjengeliggjøre» kompetanse for konferering og beslutningsstøtte for «alle» som står i en akutt situasjon.

2. Nødmeldetjenesten

- Vurdere 112 konsept ref. Sverige, Danmark, Finland, ref. behov for redusert variasjon, økt robusthet og profesjonalisering av kommunikasjonsprosessene. Bidrar til samlet samfunnssikkerhet med samarbeid på tvers av beredskap og blålysetater
Struktur; 3-5 likeverdige sentraler med redundans i hele Norge
- Enhetlig Triageringssystemer i alle ledd
- Kommunikasjon og logistikk kompetanse, ref. flygeleder
- Topp moderne teknologi

3. Ambulanse

- Kompetanseløft og nasjonale faglige prosedyrer
- Tilgang på vurderingskompetanse – kommune/sykehus- video- avansert samhandlingsteknologi
- Sammenhengende journal – enkel tilgang på pasientinformasjon fra kommuner og sykehus
- Ved ledig beredskapskapasitet utvikle tett samhandling med kommunehelsetjenesten, ref. Rørosmodellen. Beredskapstid for stasjoner nær akuttisykehus benyttes til å forsterke bemanning der, mens stasjoner beliggende langt unna akuttisykehus kan benyttes mot kommunal helsetjeneste.
- Færre ambulansetjenester med større geografiske ansvarsområder- ambulanse organisert på RHF-nivå

4. Legevakt

- Kommunenes ansvar må reguleres mer gjennom lov og forskrift
- Klare kapasitet og kvalitetsindikatorer
- Delte stillinger legevakt/akuttmottak for leger og sykepleiere/annet personell i kommuner med legevakt nær akuttsykehus
- Robust bemanning – større distrikter i tett samarbeid med utrykningskapasitet lokalt
- Drift 24/7 for å avlaste fastlegetjenesten

5. Kommunehelsetjeneste

- Flere og fast ansatte/fastlønnede fastleger med definerte oppgaver både i forbyggende, lokalt behandlende og akutte situasjoner.
- Styrke generell akuttkompetanse i kommunal helsetjeneste(hjemmetjeneste/hjemmesykepleie/helsehus/pleiehjem) for å sikre BEON

6. Akuttmottak

- Etterleve retningslinje for faglige og organisatoriske krav i akuttmottak- samlet organisering og ledelse av fag og pasientflyt
- Definere aktivitets- og driftsparameter, og i tillegg etablere system for å beskrive aktuell bemanning og kompetanse på hver vakt/gjennom døgnet. Lege, sykepleiere og andre.
- Kompetente (AMM) leger i front 24/7

Konkrete KPI'er for responstid og kvalitet i akuttmottak er ikke spesifikt beskrevet, da dette må følge av grundige faglige vurderinger av hva som konkret bidrar til god helseeffekt/samfunnsnytt. For eksempel pågår et betydelig arbeid i Helse Sør-Øst, når det gjelder responstider i ambulansetjenesten. Konklusjonene fra dette arbeidet bør legges til grunn for de videre anbefalingene.

Utarbeidet av
Klinikkisjef Liv Marit Sundstøl

Vår dato
09.11.2023
Deres dato
16.08.2023

Vår referanse
23/01894-20
Deres referanse
23/00249-15

Til

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar
postmottak@helse-sorost.no

Filnavn (Intern sone):
\\sikt.sykehuspartner.no\data\SOHF\Felles\Somatikk\Klinikk Akuttmedisin\2.

Innspill til Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023 - august 2023

Innspill fra Sykehuset Østfold (SØ)

Helsetjenesten står overfor betydelige utfordringer både med hensyn til befolkningens forventninger, vekst i den eldre delen av befolkningen, samtidig som andelen yrkesaktive vil reduseres. Dette utfordringsbildet vil møte både kommune- og spesialisthelsetjenesten og kan ikke løses utelukkende ved kapasitetsvekst, men vil være avhengig av et tett samarbeid og en svært effektiv ressursutnyttelse. Bruk av teknologi og rask diagnostikk nærmere pasient, vil være faktorer som blir avgjørende.

Punkt 1: Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene

Helsefellesskapet - Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Sykehuset Østfold har et velfungerende helsefellesskap der kapasitet og samarbeid i den akuttmedisinske kjede har en naturlig plass. Helsefellesskapet benyttes i stor grad til å følge opp, og delvis planlegge kapasiteten i helsetjenestene i Østfold. God ressursutnyttelse og samarbeid om bruk av ressurser er sentrale temaer i handlingsplanen.

SSU har initiert et arbeid med en gjennomgang av organisering av legevaktstrukturen, med tanke på mer effektiv drift/bedre ressursutnyttelse og samling av kompetanse.

Det er etablert ulike underutvalg som følger opp samhandlingen i den akuttmedisinske kjede:

- Utvalg for akuttmedisin og beredskap (UFAB) er et fast underutvalg av SSU. Utvalgets hovedoppgaver er å samarbeide om felles utfordringer og problemstillinger, redusere dobbeltarbeid og skape gode og sammenhengende tjenester. Utvalget består av representanter fra hvert legevaktsdistrikt, prehospitale tjenester, akuttmottak, akutt psykisk helsevern og AMK (OUS). I 2023 har blant annet UFAB hatt oppdraget med *Gjennomgang av de akuttmedisinske tjenester sammen med kommunene*, jfr Nasjonal helse- og sykehusplan
- Utvalg for kommunale akutt døgnenheter (KAD) er et annet fast underutvalg av SSU. Utvalget ble etablert i 2014, samtidig som våre KAD-enheter. KAD skal forvalte retningslinje

4 i samarbeidsavtalen mellom SØ og kommunene og bidra til å skape gode og likeverdige tilbud. Utvalget består av representanter fra KAD-enhetene, SØ, brukerrepresentant og fastlegerepresentant. Intensjonen med KAD er å gi et tilbud nærmere hjemmet, ved å overføre senger fra sykehusene til kommunene, og skal være en erstatning for en seng i spesialist-helsetjenesten. KAD i Østfold har god kvalitet, men det er utfordrende å fylle plassene med "riktige pasienter". Det er viktig å sikre at KAD ikke er et supplement til, men en reell erstatning for opphold i sykehus. For å øke belegget i KAD er det innført to tiltak; KAD-sløyfe og KAD-direkte.

- Helsefelleskapenes skal ha et hovedfokus på:
 - Pasienter med kroniske sykdommer
 - Eldre og skrøpelige
 - Personer med psykiske lidelser
 - Barn og unge med langvarige behov for helsehjelp

Flere av disse gruppene vil ha stor påvirkning på de akuttmedisinske tjenester. Det er utarbeidet en handlingsplan med konkrete tiltak innen alle disse fire områdene.

Områder med behov for bedre samarbeid mellom sykehuset og kommunene:

Gjengangere/storforbrukere innen psykisk helsevern

- Det bør etableres gode planer/kriseplaner rundt den enkelte pasient, i et samarbeid mellom aktørene. Dette for å gi rett behandling og redusere unødig bruk av ressurser. Det planlegges å utarbeide et sammenhengende pasientforløp for emosjonelt ustabile pasienter i løpet av våren 2024.

Eldre/kronisk syke

- Det bør etableres sammenhengende pasientforløp for utvalgte grupper av kronisk syke/storforbrukere
- Det er etablert et ambulerende KOLS-team som gir et tilbud i hjemmet
- Digital hjemmeoppfølging av skrøpelige eldre og pasienter med hjerte- og lungesykdommer er under arbeid. Dette forutsetter digitale kommunikasjonsløsninger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Prosjekt "Livets slutfase" skal bidra til at eldre og døende får et forutsigbart og godt tilbud nærmere hjemmet.

Teknologi

- Bruk av ulike IKT-systemer er en utfordring for god samhandling. Verktøy som forenkler digital kommunikasjon må utvikles/tas i bruk.
- Det er ønskelig med bedre tekniske løsninger for rask konferanse mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (overføring av data, lyd og bilde).
- Østfold tester ut ulike løsninger som skal bidra til at flere pasienter kan behandles/følges opp hjemme, og færre pasienter trenger innleggelse og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Behov for økt samarbeid og dialog mellom aktørene i kjeden

Mulige tiltak:

- Bedre og enklere konfereringsmuligheter mellom ambulansetjeneste, legevakt og sykehus er av stor betydning for å tilby pasienten behandling på rett nivå
- Kombistillinger legevakt og ambulanse/akuttmottak
- Hospitering på tvers av tjenestene
- Samtrening/felles øvelser. Samarbeide om kompetansehevede tiltak

Legevakt og kommunehelsetjeneste

- Legge til rette for at legevakt kan avklare mer selv (nødvendig utstyr, kompetanse, tilstrekkelig bemanning og legevaktsbil).
- En velfungerende fastlegeordning er av betydning for presset på den akuttmedisinske kjede.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

Økning i andel akuttoppdrag (røde) er en utfordring i store deler av landet. Dette påvirker hele den akuttmedisinske kjeden. Det pågår arbeid både nasjonalt og regionalt for å identifisere mulige løsninger. Økningen i ambulanseoppdrag er størst innen de akutte oppdragene, samtidig som færre av de akutte oppdrag triageres til akutt når ambulansetjenesten er på stedet (overtriage). Bildet er sammensatt og bør utredes nærmere. Se også under punkt 3.

Punkt 2: Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)

- **Parametere kvalitet**
Det er ønskelig med parametere også innenfor kvalitet. Dette kan være *tid til triage, tid til lege, tid til antibiotika* (sepsis), reinnleggelse innen 5 dager, mortalitet (hvor mange dør x dager etter direkte utskrivelse fra akuttmottak)
- **Parametere drift/aktivitet:** Innstrøm (antall pasienter til akuttmottak) per x innbyggere, oppholdstid i akuttmottak
- **Organiseringen av akuttmottak** er veldig ulik i helseforetakene, noe som per i dag vanskeliggjør sammenlikning på tvers av foretakene
- **Felles triagesystem** i hele den akuttmedisinske kjede kan være et tiltak som forenkler kommunikasjon og prioritering.

Punkt 3: 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.

Sykehuset Østfold har p.t. ikke beredskapstid som kan benyttes til oppgaver i andre deler av helsetjenesten. I bynære og tett befolkede områder er utfordringene en kraftig økning i oppdragsmengde, bruk av akutte ambulanser til elektiv transport og en begrenset økning i ambulansekapasiteten. Dette har redusert beredskapstiden betydelig de siste år.

I ambulansetjenester med høy grad av beredskapstid finnes det ulike modeller for samarbeid som muliggjør en bedre ressursutnyttelse. Eksempler kan være:

- Rørosmodellen
- Samverkande sjukvård i Västra Götalandsregionen. Et utvidet samarbeid mellom kommunale tjenester og ambulansetjenesten.

- Kombinasjonsstillinger ambulanse – legevakt – sykehjem. Bachelor paramedisin gir større muligheter for slike kombinasjonsstillinger. Beredskapstiden kan benyttes til å bistå de kommunale tjenestene.

Generelle innspill

Slik den akuttmedisinske kjede fungerer i dag er kapasiteten begrenset i forhold til etterspørselen av tjenester. Vi ser også at mange søker helsehjelp på høyere nivå enn nødvendig. Dette skaper et press på kjeden som ikke sjelden fører til at kjedens aktører også forbruker hverandres tjenester for selv å kunne betjene neste oppdrag. Sett i lys av Helsepersonellkommissjonens rapport om behovet for tjenester, helsepersonell og finansiering av det offentlige, er dette svært bekymringsfullt og krever en endring i hvordan vi organiserer og samhandler i kjeden.

SØ vil her trekke frem fire viktige fokusområder:

1. Befolkningen har forventninger til akuttkjeden som er større enn kapasiteten. SØ mener at forebygging er viktig. I NOU 2015: 17 "Først og fremst" foreslår akuttutvalget en rekke tiltak for å sikre befolkningens kunnskap om førstehjelp. Det foreslås å spisse disse med fokus på opplæring av nødvendig helsehjelp/HLR, førstehjelp og helsetjenestenes organisering. Dette må gjentas på alle trinn i grunnskole og videregående skole.
2. AMK og legevakt er befolkningens kontaktpunkt ved akutte hendelser og behov for øyeblikkelig hjelp. Det er viktig at befolkningen opplever å få hjelp i disse situasjonene, men det rapporteres i alle ledd av kjeden at mange av henvendelsene ikke er akutte eller krever øyeblikkelige hjelp. Likevel utløses det "unødvendige" ambulanseoppdrag, legevaktsoppdrag og, i kjølvannet av dette innleggelse i sykehus. Årsaken til denne overtriagen er sammensatt og lite utforsket/dokumentert, og trenger utredning. SØ vil likevel peke på følgende:
 - a. Bruk av tid som kvalitetsindikator bør utredes. Hvilken konsekvens får *krav om 10 sekunders svartid i AMK*? På hvilken måte påvirker denne indikatoren AMK-sentraler med høy aktivitet og stor publikumspågang? Medvirker dette til overforbruk av ambulansetjenester/andre tjenester fordi man ikke bruker nok tid til å avklare?
 - b. Det er behov for en gjennomgang av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Indeks er ikke validert og kunnskapen rundt effekt av verktøyet er begrenset. I prehospitale miljøer oppleves det at indeks bidrar til overtriage, uten at dette er utredet.
3. Ambulansetjenesten i Norge har de siste 20 årene utviklet seg betydelig med tanke på kompetanse og behandlingsmuligheter. Det bør utredes om ambulansetjeneste i by og bynære strøk bør organiseres med egne avsatte transportenheter som dekker transportbehovet i området. Disse bør koordineres utenfor AMK. Elektiv transport av pasienter med kun behov for bære, utgjør fortsatt en betydelig del av oppdragene for akuttambulanser. Fra et effektiviseringssynspunkt kan dette virke som god organisering, men i by og bynære strøk der ambulansetjenester er under press er dette uheldig. Det mest kompetente personellet med det dyreste utstyret benyttes til ren transport, og er ofte opptatt med elektive oppdrag når behovet for akuttoppdrag oppstår. Dette medfører også at pasienter som er i behov av ren transport blir prioritert ned og ofte må vente lenge.
4. Det bør utredes i hvilken grad bekymring for å gjøre feil i helsetjenesten utløser bruk av unødvendig mye helseressurser, og hvordan leddene i kjeden kan settes i stand til å prioritere

slik at helsetjenestene utløses på rett nivå. Dette krever støtte både fra myndigheter og politikere.

Helse Sør Øst RHF
v/ Kathrine Hofgaard Vaage
Postboks 404
2303 Hamar

Dato: 10.11.2023
Saksbehandler: Anders J. Debes
Direkte telefon:
Vår referanse: 19/05244-51
Deres referanse: 23/00249-15
Klinikk/avdeling: Medisin og helsefag

Svar på styringsbudskap fra tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023 Innspill til fremtidig stortingsmelding på det prehospitalt området fra Vestre Viken HF

Bakgrunn

Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding i 2024 om det prehospitalt området. Helse og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen, og har bedt RHF-ene om dette i et tillegg til Oppdragsdokumentet for 2023, beskrevet i kapittel «Raskere tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp». Helseforetakene er igjen gitt oppdrag om innspill i tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023, formidlet i brev datert 16. august 2023.

Det ønskes innspill på følgende områder:

1. *Hva oppleves som de største hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjede?*
2. *Hvordan kan et godt tjenestetilbud med kort responstid opprettholdes?*
3. *Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene*
4. *Gode parametere for aktivitet og drift av akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jfr Nasjonale faglige retningslinjer for somatiske akuttmottak)*
5. *En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonell kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Saksutredning

Saken er behandlet i brukerutvalget og ungdomsrådet, klinikk for prehospitalt tjenester, de somatiske akuttmottakene og foretaksledelsen i Vestre Viken. Kommunene i helsefelleskapet er orientert om saken og kommet med innspill i Strategisk samarbeidsutvalg 6. november.

Vestre Viken

Vestre Viken vil komme med følgende innspill i saken;

1. **Hva oppleves som de største hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjede?**
 1. **Delt ansvar** mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
 1. **Ulike drifts – og kvalitetsparametere** i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste kan gi ulik prioritering og ulik innsats
 2. **Ulike journalsystemer** som ikke snakker sammen eller kommuniserer
 2. **Ulike triageringsverktøy** og mangelfull bruk av triageringsverktøy
 1. RETTS, Manchester Triage Modell, Legevaktstriage, Norsk Medisinsk Indeks, Legevaktsindeks m fl.
 2. Opplevd overtriage ved bruk av Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp (NMI) – unødig høyt forbruk av ambulansetjenester – trenger en revisjon/validering av NMI
 3. Manglende standardisering generelt i ambulansetjeneste, legevakter og akuttmottak
 3. **Stor variasjon i tilbudet fra legevakter**
 1. noen legevakter har legebemannet bil som rykker ut og håndterer hendelser både på skadested og ved sykdom, og forhindrer både sykehusinnleggelser og ambulansetransporter
 2. Størrelse, bemanning, kompetanse, utstyr varierer fra legevakt til legevakt – og får konsekvenser for både sykehusinnleggelser, bruk av KAD plasser og bruk av ambulansetjeneste
 4. **Variierende akuttmedisinsk kompetanse i ulike ledd i den akuttmedisinske kjede**
 1. Vi nevner spesielt kompetanse på området psykisk helsevern og rus, barn og ungdom
 5. **Manglende samtrening** mellom ulike aktører i den akuttmedisinske kjeden
 6. **Rekruttering** – spesielt i grisgrendte strøk. Sykepleiere, lege og fagarbeidere
 7. **Geografiske områder** – for Vestre Viken HF er det en særskilt utfordring at det ikke er geografisk samsvar mellom aktuell ambulansetjeneste (OUS HF) og helseforetakets opptaksområde.

2. **Hvordan kan et godt tjenestetilbud med kort responstid opprettholdes?**
 1. **Samlokalisering av AMK og LV sentral** – kan gi bedre samordning av oppdragsløsning og valg av riktig ressurs på tvers av forvaltningsnivå
 1. Bedre samordning av oppdragsløsning og valg av riktig ressurs på tvers av forvaltningsnivå
 2. Økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
 3. Økt bruk av video ved nødmeldesentralene (113 og 116 117) for rask og korrekt informasjon, som sikrer riktig akuttmedisinsk respons
 2. **Bedre kvalitet på utdanning av akuttgjelpere** i kommunene – Brann og redning – slik at de kan benyttes i større grad enn i dag.
 1. Satse på å styrke/etablere kommunale akutt team med personell som allerede har en vaktfunksjon – hjemmesykepleier/ brann og redning
 3. **Tydligere finansieringsansvar for akuttgjelpertjenesten i kommunene**
 4. **Differensierte transportløsninger for syketransport** – syketransportbil etc, slik at akuttambulanser ikke benyttes der helsehjelpen ikke haster
 1. Økt bevissthet hos sykehus, fastleger og legevakter - + i befolkningen på rett bruk av ambulanseressurser
 5. **Bedre det mobile tilbudet fra lege i vakt – legevaktsbil** – slik at lege hyppigere blir benyttet
 6. **Aktivitetsstyrt ambulanseberedskap** i turistkommuner etter høy-lavsesong
 7. **Samarbeide med kommunene om oppgaver de ambulanspersonell har mye beredskapstid.** Kommunehelsetjeneste – ambulansetjeneste – kan gi synergier som

Vestre Viken

både gir bedre akuttmedisinsk kompetanse og beredskap i kommunene og samtidig sikrer drift av ambulansestasjoner med lav aktivitet

3. Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene

1. **Legge til rette for «hus – hytte» - stillinger**, hvor en kan dele stillinger mellom ulike samarbeidende aktører – gir økt kunnskap om roller, ansvar og oppgaver – og vil kunne bidra til felles situasjonsforståelse og bedre samhandling
2. **Finansiere pilotprosjekt hvor en kan teste ut nye modeller, samarbeidsformer** etc uten at det går ut over ordinær drift. Etter hvert øremerke midler til drift av tverretatlige driftsmodeller
3. **Regelmessig dialogmøter** på ulike nivå, både strategisk og operativt
4. **Økt bruk av simulering/table-top**, når felles rutiner skal revideres/utarbeides
5. **Vurdere KAD plassene sin rolle i den akuttmedisinske kjede**
Det er i dag store forskjeller på organisering, kompetanse, samhandling med sykehusene og bruk av disse plassene. Bli intensjonen med KAD plassene ivaretatt med dagens ulike løsninger?
6. **Økt mulighet for beslutningsstøtte for AMK/Ambulanse** med AMM lege på video/lyd, for å forebygge unødvendige innleggelser og sikre korrekt nivå (legevakt eller akuttmottak) for pasientene
7. **Felles triagesystem** mellom PHT, legevakt og sykehus i hele HSØ
 1. Tilgjengelig og oppdatert kritisk info for alle parter ved økt bruk av kjernejournal
 2. Felles journalsystemer – lære av erfaringer fra helseplattformen

4. Gode parametere for aktivitet og drift av akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt

A. Aktivitet og drift:

1. **Døgnvariasjon**: Antall pasienter pr time gjennom døgnet – fordelt på **triageringsgrad og problemstilling samt henvisningsform**
2. **Tidslinje** – tid til triagering, tid til legetilsyn for ulike triageringskategorier, tid til lab, total tid i mottak avh. av triageringsgrad
3. **Pasientflyt** – hvor flyttes pasientene etter opphold i akuttmottak?
4. **Andel pasienter ferdig diagnostisert og behandlet i mottak** (liggetid under 5 timer)
5. **Andel pasienter innlagt på observasjonspost med innleggelse under 24 timer**
6. **Andel leger med AMM spesialitet i akuttmottak**

B. Kvalitet:

1. **Andel pas tilsett av lege innenfor anbefalt tidsgrense etter triage.**
2. **Tid fra ankomst til oppstart Actilyse** ved hjerneslag
3. **Tid fra ankomst til trombolyse – evt. transport til PCI** v hjerteinfarkt/STEMI
4. **Tid fra ankomst til oppstart antibiotika** ved sepsis
5. **Tid fra aktivering av traumealarm til team er på plass** v traume
6. **Brukerundersøkelser** for opplevet brukeropplevelser: Ventetid, informasjon, serviceinnstilling

7. Systematisk bruk av etablerte triagering- og scoringsverktøy i pasientvurdering: NEWS2, PEWS, ONEWS, RETTS

5. En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonell kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Ambulanspersonell som har høy grad av beredskap kan bidra med oppgaver som gir merverdi for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppgavene kan være av både forebyggende og akuttmedisinsk karakter rettet mot skoler, barnehager, institusjoner og/eller hjemmebaserte tjenester. Hvilke oppgaver som er aktuelle må avklares i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Gevinster kan være;

- a) Økt fokus og kompetanse rundt forebygging av skade, sykdom og uhell
- b) Økt akuttmedisinsk kompetanse og handlingsberedskap i den kommunale helsetjenesten
- c) Mer variasjon i arbeidshverdagen på ambulansstasjon
- d) Økt samarbeid og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Forutsetning er;

- a) Oppgavene må kunne avsluttes raskt, slik at det ikke går ut over den akuttmedisinske beredskapen
- b) Oppgavene kan ikke være så tidkrevende og omfattende at det går ut over vedlikehold –og treningsoppgaver på ambulansstasjonen eller evnen til å håndtere akutte hendelser på vakttid (etter kl 16)
- c) Oppgavene må være relevante ut fra ambulanspersonellets kompetanse
- d) Det må legges opp til en kompetanseutveksling og samordnet oppgaveløsning som gjør at oppgavene kan ivaretas av kommunehelsetjenesten ved ferier, sykefravær eller andre årsaker til opphør av oppgaveløsning fra ambulansetjenesten sin side
- e) Oppgaveløsningen skal ikke føre til at Helseforetaket blir påført en økt økonomisk belastning.

Vennlig hilsen
Vestre Viken
Anders Johan Debes
Direktør Medisin og Helsefag

Innspill til
Stortingsmelding om
akuttmedisinske
tjenester

Oktober 2023

Leder av arbeidsgruppen: Jo Kramer-Johansen

26.10.2023

Innhold

0.0 Oppsummering.....	2
1.0 Beskrivelse av oppdrag og prosess i OUS.....	4
1.1 Oppsummering av relevant bakgrunnsdokumentasjon.....	5
1.2 Avgrensinger og definisjoner.....	6
1.3 Beskrivelse av prehospital tjenester i Prehospital klinikk, OUS	7
2.0 Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede.....	8
2.1 Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system.....	9
2.2 Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger	11
2.3 Tilgang på kvalifisert personell.....	12
3.0 Hvordan opprettholde et godt tjenestetilbud med kort responstid i den akuttmedisinske kjeden? 14	
3.1 Data og kunnskap gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre og hva vi kan gjøre mindre av	14
3.2 Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturene som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system uten å kompromisse på pasientsikkerhet	17
3.3 Sikre rekruttering og øke sannsynligheten for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene	17
4.0 Momenter for å bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse.....	17
5.0 Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak	18
6.0 Utnyttelse av eventuell beredskapstid i ambulansetjenesten for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	18

0.0 Oppsummering

Som del av tilleggsproposisjonen om revidert nasjonalbudsjett ble det gitt flere tilleggsoppdrag til de regionale helseforetakene (brev fra HOD datert 23/6-2023), behandlet i styremøte for OUS 31/8-2023 (sak 72/2023). Ett av oppdragene beskriver behovet for innspill til planlagt stortingsmelding om det prehospitale området. En arbeidsgruppe opprettet av Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling har jobbet fram det vedlagte notat som oversendes HSØ innen fristen 10/11-2023. Våre innspill beskriver viktige momenter som må drøftes i stortingsmelding, og vi ser fram til videre dialog med HOD i arbeidet med stortingsmeldingen.

Sammendrag

Overordnet må den akuttmedisinske kjede snarere beskrives som et **akuttmedisinsk system** som har som **mål** at pasienten opplever et sammenhengende forløp med sømløse overganger mellom aktørene. Det akuttmedisinske system har et mangfold av aktører på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjoner, og er et komplekst, adaptivt system hvor endringer ett sted, fører til konsekvenser som ikke lett lar seg forutse i detalj. Dette bør gi mange muligheter for å drive forbedringsarbeid, og demonstrerer behovet for systematisk arbeid med datadrevet utvikling på tvers av organisasjonene.

Arbeidsgruppen har beskrevet hovedutfordringer for det akuttmedisinske system med 3 overskrifter:

- 1) Mangel på kunnskap og data fra en oppstykket akuttmedisinsk kjede
- 2) Befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger endrer seg. De politiske føringene er at folk skal bo hjemme lenger med sine tilstander og det planlegges for overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten.
- 3) Tilgangen til kvalifisert personell endrer seg

Løsningsforslagene for å opprettholde en god tjeneste med kort responstid er oppsummert i følgende overskrifter:

- 1) Data og kunnskap som gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre, og hva vi kan gjøre mindre av. Dette kan bremse aktivitetsveksten og ressursbruken.
 - a. Digitalisering og innovasjon gir nye muligheter.

- b. Behov for juridiske og datatekniske avklaringer.
 - c. Ressursbehov for å komme i gang (pukkelkostnad).
 - d. Felles forståelse gir bedre utgangspunkt for samhandling mellom aktørene i det akuttmedisinske system og bidrar til å avklare ansvarsforhold. Helsefellesskapene er sentrale for å fremme felles forståelse og avklaring av ansvars- og oppgavefordeling.
- 2) Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturer som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system, uten å kompromisere på pasientsikkerhet.
- a. Styrke sosiale nettverk.
 - b. Bevare tilgang på fastleger og at de fortsetter å bidra i øyeblikkelig-hjelp-vurderinger og til sortering til riktig behandlings- og omsorgsnivå.
 - c. Profesjonalisering av legevaktsbiler tilpasset de lokale forholdene
 - d. Kompenserende tiltak for å motvirke økt behov for akuttmedisinske tjenester ved endringer i helsetjenestenes organisering inkluderer teknologisk støttet informasjonsdeling og beslutningsstøtte.
- 3) Vi må sikre at det fortsatt er attraktivt å arbeide i den akuttmedisinske kjeden. Hovedtiltaket er at ansatte må kunne utøve sine fag i tråd med profesjonelle verdier og preferanser.

I tillegg inneholder notatet spesifikke innspill på de tre kulepunktene:

- Bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse – det er fortsatt uutnyttet potensiale for å inkludere akuttmedisin og beredskap i helsefellesskapenes porteføljer, men OUS har særskilte utfordringer fordi våre prehospitale tjenester samhandler med flere sykehus, mange kommuner og legevaktsdistrikt.
- Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak – forslag og erfaringer fra akuttmottak OUS
- Vurdering av evt. utnyttelse av beredskapstid hos ambulanspersonell for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – dette virker lite aktuelt i våre områder, men illustrerer én av flere mulige måter å samhandle på tvers av forvaltningsnivåer.

1.0 Beskrivelse av oppdrag og prosess i OUS

I Hurdalsplattformen beskriver nåværende regjering at de vil legge fram en ny stortingsmelding om prehospitaltjenester. Oppdraget med å utarbeide stortingsmeldingen er lagt til Helse- og Omsorgsdepartementet ved Kommunehelseavdelingen, og arbeidet starter rett over nyttår 2024. I forkant av arbeidet har HOD gitt oppdrag til Helsedirektoratet om blant annet å beskrive et målbilde for de akuttmedisinske tjenestene og utredning av medisinske og økonomiske konsekvenser av å forskriftsfeste ambulansenes responstid.

Som et tillegg til oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett (brev til HSØ fra HOD datert 23/6) ber HOD om innspill til ny stortingsmelding fra RHF'ene innen 20/12-2023:

«Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om de akuttmedisinske tjenestene. Helse – og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen. Innspillene bør peke på hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes. Det bes i tillegg om at innspill belyser følgende:

- Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene
- Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)
- 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.»

Helse Sør-Øst videresendte denne delen av oppdraget til de underliggende helseforetak med intern frist for innspill 10/11-2023. OUS behandlet dette i styremøtet 31/8-2023 og ba administrerende direktør følge opp tilleggsdokumentene (styresak 72/2023). En arbeidsgruppe ble etablert av Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling. I arbeidsgruppen var det i tillegg representanter fra Akuttmottak og Prehospital klinikk. Arbeidet ble ledet av Jo Kramer-Johansen fra Forsknings- og kvalitetsforbedringsavdelingen i Prehospital klinikk.

Arbeidet har bestått av arbeidsgruppemøter på Teams med etablering og deling av dokumenter i eget filområde. Det ble gjennomført et seminar i en utvidet ledergruppe i Prehospital klinikk for å innhente erfaringer og ideer rundt temaene.

1.1 Oppsummering av relevant bakgrunnsdokumentasjon

Det har vært publisert en rekke NOU'er fra ulike departement som påvirker hvordan man tenker den rundt den akuttmedisinske kjede fremover. Den viktigste er NOU 2015:17 «Først og fremst» om et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. I denne utredningen oppsummerte en bredt sammensatt arbeidsgruppe både status, utfordringer og forslag til strategier og forbedringer. I den senere tid har det også kommet «Gjennomgang av allmennlegetjenesten» (ekspertutvalgets rapport fra april 2023) som også diskuterer legevaktsordningen.

Helsepersonellkomisjonen leverte sin NOU 2023:4 «Tid for handling» som konkluderer med sterk bekymring for tilgangen til kvalifisert personell til helsetjenestene. Akuttmedisinsk beredskap er også behandlet i Totalberedskapskomisjonens NOU 2023:17 «Nå er det alvor».

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 beskrev opprettelsen av 19 helsefelleskap i Norge. Disse skulle bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Målet var å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere skulle møtes i helsefelleskapene for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger og strukturene skulle tilrettelegge for inngåelse av avtaler og i felleskap finne gode løsninger på tvers av forvaltningsnivåene.

Helsedirektoratet har også jobbet med veileder om akutthjelpere, som prøver å konkretisere krav til opplæring og organisering av frivillige eller offentlige tilleggsressurser ved livstruende sykdom og forventet lang responstid for ambulanse. I den nasjonale førstehjelpsdugnaden «Sammen redder vi liv» (ledet fra Helsedirektoratet) ble det utarbeidet en førstehjelpsstrategi for befolkningen som inkluderte nærmere beskrivelse av de livstruende tilstandene hvor opplæring og innsats fra publikum vil være sentralt for å bedre overlevelse.

I disse arbeidene har OUS bidratt direkte, levert utredningsbidrag eller avgitt høringsvar som har belyst både generelle temaer og ikke minst spesielle forhold som er av betydning for vårt sykehus og vårt område av landet.



Figur 1 Viser et aktørkart for det akuttmedisinske system. Fra «Forslag til målbilde for de akuttmedisinske tjenestene», Helsedirektoratet, juni 2023.

1.2 Avgrensinger og definisjoner

I «Forslag til målbilde for de akuttmedisinske tjenester» (Helsedirektoratet, juni 2023) beskrives en akuttmedisinsk kjede som en «sammenhengende rekke av tiltak for å sikre øyeblikkelig helsehjelp ved ulykker, akutt oppstått sykdom eller andre akutte situasjoner». (Figur 1) Det er stor kompleksitet og mange aktører som må involveres i samhandling rundt den akutt syke og skadde pasienten. Dette er særlig tydelig for storbyområder. Vi kommenterer særskilt på hvordan dette målbildet snarere må forstås som et komplekst, adaptivt system i avsnitt 2.0

Det er også behov for å justere beskrivelsen av hva som starter pasientens kontakt med kjeden: Vi mener den starter med innringers (pasient, pårørende, annet helsepersonell eller tilfeldig forbigående) OPPLEVELSE av at det har skjedd noe akutt med pasienten som TRENGER HELSEHJELP RASKT. Å inkludere innringer og pasients opplevelse av akutt medisinsk problem i definisjonen åpner for strategisk arbeid med tjenestenes opplevde aktivitetsøkning – både i nødmeldesentralene, ambulanse og legevakter. Oftest vil opplevelsen av at det har skjedd noe akutt som medfører behov for helsehjelp, være riktig, men forståelsen av *hvilken hjelp og graden av hast* kan vi ofte bare vurdere presist i ettertid. Ved å utvide definisjonen i denne retningen, kan vi følge målinger av over- og under-triage (Figur 2). Da kan vi:

- Forbedre befolkningens helsekompetanse om hva som skal gjøres i akutte situasjoner inkludert riktig varsling og førstehjelp, men også øke kunnskapen som bedrer evnen til egenomsorg og reduserer engstelse ved endringer i helsetilstand.
- Forbedre telefonvurderinger i AMK og Legevaktssentraler (LVS) for å redusere unødige ambulansetrykninger, legevaktssamtaler og transporter til legevakt og akuttmottak.



Figur 2 Illustrerer fenomenene «under-triage» og «over-triage».

Under-triage er når pasientene som har en alvorlig tilstand, ikke gjenkjennes eller behandles til rett tid.

Dette er et pasientsikkerhetsproblem. Sensitiviteten i systemet er andelen korrekt gjenkjent av alle som har en tilstand. «Over-triage» er når våre prioriteringssystemer fører til utrykning, undersøkelser og eventuelt behandling av pasienter som ikke har en alvorlig tilstand. Over-triage skyldes våre systemers lave evne til å gjenkjenne de som ikke har en alvorlig tilstand. Akuttmedisinens natur gjør at det alltid skal være noe over-triage. Imidlertid fører for høy over-triage til ressursmangel og redusert beredskap. I tillegg koster det mye og kan påvirke personellens motivasjon og opplevelse av mening i jobben.

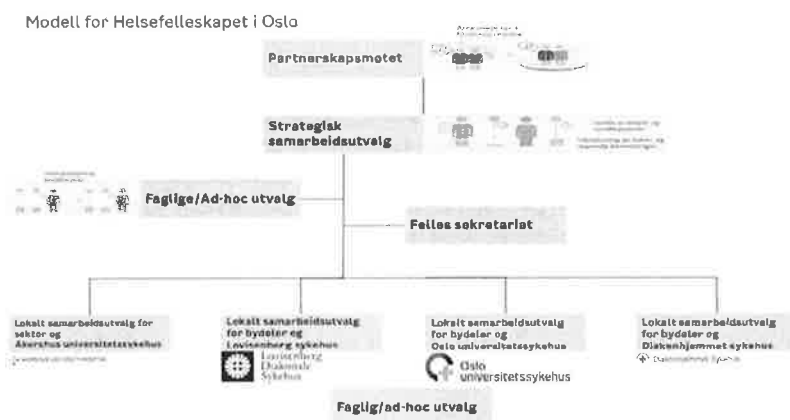
1.3 Beskrivelse av prehospital tjenester i Prehospital klinikk, OUS

Prehospital klinikk er en viktig del av helseforetaket og regionens beredskap og innbefatter AMK sentral, ambulanse, luftambulanse og pasientreiser. I tillegg er NAKOS (Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin) del av klinikken. Opptaksområdet for ambulansetjenesten er Oslo, tidligere Akershus, og deler av Innlandet (Kongsvinger med Glåmdalen). AMK har i tillegg også ansvar for Østfold, nye Asker kommune samt regionale oppgaver med koordinering av luftambulanse (AMK LA) og å være helseregionens koordinerende AMK ved ekstraordinære hendelser. Områdene er i hovedsak byområder, men omfatter også mere spredtbygde områder, særlig deler av Romerike og Kongsvingerområdet.

Klinikken har en omfattende samarbeids- og samhandlingsportefølje mot flere aktører innen primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre nødetater. Dette gjør at klinikken også må forholde seg til planverk, avtaler, prosedyrer og praksis flere steder enn OUS. Totalt samhandler prehospital klinikk med og har et akuttmedisinsk ansvar for: **innbyggere i 40 kommuner, 10 sykehus med akuttmottaksfunksjon, 16 legevaktmottak og legevaktssentraler, 3 politidistrikt, brann- og redningstjenester i de 40 kommunene, en rekke frivillige organisasjoner og ca. 950 fastleger.**

Kommunene i området har ulike folkehelseprofiler og ulike utfordringer knyttet til helse og en aldrende befolkning og derav også ulike behov for akuttmedisinske tjenester.

Prehospital klinikk har geografisk tilhørighet til 4 ulike helsefelleskap, men organisatorisk tilhørighet til Helsefelleskap Oslo, hvor prehospital og akuttmedisin er organisatorisk plassert innunder lokalt samarbeidsutvalg OUS (Figur 3). Det etableres også helsefelleskap rundt Akershus universitetssykehus HF (inkludert Kongsvinger sykehus), Sykehuset Østfold HF og Bærum Sykehus (Vestre Viken HF). Det er meget krevende å sørge for enhetlig tilnærming til bruk og samhandling mellom forvaltningsnivåene på tvers av 4 ulike helsefelleskap som de prehospitaltjenestene ved OUS forholder seg til. Ulik tilnærming kan være hensiktsmessig basert på for eksempel geografi og beredskap og befolkningsprofil i et område.



Figur 3 Modell for Helsefelleskap Oslo

2.0 Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede

Hovedspørsmålet i bestillingen er å beskrive hovedutfordringer i den akuttmedisinske kjeden. For å besvare dette, må vi først kommentere på vår påstand om at dette snarere er et akuttmedisinsk system som har som FORMÅL å få til en god og sammenhengende akuttmedisinsk behandlingkjede tilpasset behovene til den enkelte pasient som OPPLEVER å ha behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Målbildet beskriver et sammensatt system med mange aktører som alle kan bidra til pasientens forløp. For pasienten vil det være mange mulige forløp gjennom systemet som involverer ulike aktører, og som kan ende på ulike steder (fra å bli hjemme i egenomsorg, via legevaktskonsultasjon til innleggelse i spesialisert akutt sykehus). Selv om mange aktører bidrar til pasientforløpet, skal den akuttmedisinske kjeden være sammenhengende og helhetlig.

Kompleksiteten i det akuttmedisinske system tilsier at endringer som gjennomføres ett sted (med de beste intensjoner), kan påvirke arbeidsmåter, arbeidsbelastning og effektivitet i andre deler av systemet. Det er behov for en systemtenkning rundt det akuttmedisinske system:

- 1) Sammenhengende i systemet lar seg ikke fullt ut forutse eller beskrive selv om dybdekunnskap hjelper oss å lage teorier og prediksjoner.

- 2) Erkjennelsen av at dette er et komplekst system, tilsier at utprøving av forbedringsideer bør skje i rammeverket av forbedringsteori med hyppig evaluering og revisjoner etter «forbedringsmodellen».¹
- 3) Utgangspunktet for forbedring er at det etableres overordnede MÅL for effekt (effekt mål) og sikkerhet (balanssmål) som dekker den relevante populasjonen. Målene må være omforente og i tråd med brukere og ansattes verdier og preferanser. I forbedringsarbeidet vil det alltid ha verdi å følge MÅL for faktisk aktiviteter (prosessmål) både som indikatorer for gjennomføring av endringer og som selvstendige mål i mer avgrensede forbedringsprosjekter.

Sentralt i det akuttmedisinske system står pasienten og pasientens behov. Det er imidlertid pasientens OPPLEVELSE av nytte og service som vil være avgjørende for fortsatt offentlig legitimitet som hovedleverandør av akuttmedisinske helsetjenester. Vi ser et fremvoksende marked for helprivate løsninger for legekonsultasjoner og poliklinikker for øyeblikkelig hjelp. I stedet for å klage over at disse «skummer fløten» ved at de kan ta unna enklere henvendelser og allikevel alltid ha det offentlige systemet som sikkerhetsnett og back-up, må vi se på hvilke behov disse tjenestene fyller for pasientene og deres pårørende. Fremveksten av slike tilbud er mer et symptom på at vår offentlige tjeneste ikke møter de opplevde behovene, enn det er et moralsk eller medisinsk problem.

For store deler av det akuttmedisinske system er finansiering av tjenestene ramme-baserte. Samtidig har tjenestene i liten grad mulighet til å påvirke tilstrømningen eller behovet for tjenester.

2.1 Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system.

Arbeidet med forbedring av akuttmedisinske tjenester har til nå vært preget av å forbedre resultatene for de som har en alvorlig tilstand – både ved å øke gjenkjennelse og ved å forbedre behandling. Når vi nå står i en situasjon med økende behov, men uendret kapasitet, må vi prioritere. Da vil noen innringere/pasienter ikke motta den ambulansen eller konsultasjonen som de hadde forventet. Forbedret spesifisitet i prioriteringene er nøkkelen for å unngå unødige transporter, undersøkelser og behandling, men det innebærer en risiko for forsinket helsehjelp og redusert tilfredshet med helsetilbudet. Selv om vurderingene kan være riktig både medisinsk og med tanke på ressursbruk, vil forsvarlighet ved slike endringer være avhengig av at vi aktivt følger med på hvordan det går med de som triageres til lavere hastegrad eller enklere omsorgsnivå, både med medisinske sikkerhetsmål og brukeropplevelse.

¹ Se for eksempel om forbedringsarbeid på nettsidene til «[I trygge hender](#)» eller [Helsedirektoratets veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Vi tror dette innebærer et nødvendig skifte i tenkningen om akuttmedisinske tjenester.

På tross av gode kvalitetsregistre, er det for lite tilgang på data for å måle og følge omfang, kvalitet og resultater på tjenestene – både generelt og for interessante pasientgrupper. Det finnes etter hvert mange elektroniske systemer for virksomhetsdata og dokumentasjon, men det er viktige juridiske og praktiske hindringer for å bruke disse systematisk for forbedringsarbeid:

- Data er ikke tilgjengelige etter åpne og beskrevne standarder
- Data lar seg ikke koble uten betydelig manuell innsats. Manuelle metoder kan være hensiktsmessig i en utprøving, men for varig drift må det være mulig å automatisere datakobling og analyse.
- God utvikling av indikatorer for pasientforløp begrenses av tungvinte prosesser for vurderinger av personvern og unntak for taushetsplikt når pasientforløpene inkluderer flere virksomheter. Dette er paradoksalt når det er nettopp her vi virkelig trenger gode indikatorer for å sikre sammenhengende og sømløse behandlingsoverganger.
- Det settes ikke av dedikerte ressurser til analyse av drifts- og kvalitetsdata i tjenestene.

Eksisterende kvalitetsindikatorer måler tidsintervaller og resultater for den gruppen som ender med å ha fått påvist en tilstand, men vi har ikke noen gode oversikter over ulempene og kostnadene for alle de som vi på ett tidspunkt mistenkte for å ha en alvorlig tilstand. Ulempene ved at vi har for liten oversikt over når det kunne vært like riktig å *ikke* rykke ut, er:

- Økende kostnader i helsetjenesten, eller redusert kapasitet for andre grupper med større behov
- Unødig undersøkelser og transport, inkludert unødig engstelse
- Risiko for bivirkninger og uhell ved undersøkelser og transport
- Empatislitasje hos egne mannskaper når de settes til oppgaver som ikke sammenfaller med egne verdier og forventinger til jobben

Effekten av spesialisering og funksjonsfordeling mellom sykehus øker behovet for transport mellom sykehus. Trolig øker også behovet for transport med tilleggsressurser (utover ambulanspersonell) for forsvarlig overvåkning og behandlingsmuligheter underveis. Vi har for lite data til å kunne modellere endringer i behovet i forkant av organisatoriske endringer i helsetilbudene. Dette begrenser oss i logistikk for tettere stabling av ambulanseoppdrag.

Andre momenter knyttet til deling av data:

Deling av kliniske opplysninger som for eksempel inkluderer behandlingsplaner, tverrfaglige planer og beslutninger om åpen retur til spesialistavdeling ved behov, gjør at mange pasienter kan få dårligere helsehjelp fordi viktige opplysninger og risikofaktorer ikke er tilgjengelige i akuttfasen. Videre kan det føre

til overbehandling fordi gode planer om behandlingsbegrensninger og palliative forløp er ukjente for AMK, LVS, ambulanspersonell og legevaksleleger. I tillegg til de medisinske konsekvensene kan det også føre til unødig og slitsomme transporter og undersøkelser for de svakeste pasientene.

Deling av data handler også om å involvere hverandre i arbeidet med forbedringsforslag etter uheldige hendelser og nesten-uhell (avvik). En høy andel av meldingene i sykehusets forbedringssystem Achilles fra ansatte i Prehospital klinikk handler om opplevde forbedringsmuligheter hos våre samarbeidspartnere i andre organisasjoner enn vår egen. I klagesaker og tilsynssaker er også ofte flere deler av det akuttmedisinske system involvert i pasientforløpet og gjenstand for oppfølging fra tilsynsmyndighetene. Vi ønsker oss endring i saksbehandling, policy og kommunikasjonsteknologi som i større grad får fram bedre samhandling og samarbeid som mulige forbedringstiltak.

Også innad i spesialisthelsetjenesten oppleves det underlige begrensninger for effektiv deling av opplysninger. Løfter om integrering og kommunikasjon mellom ulike systemer viser seg ofte å ha høye kostnader som bremser implementering av systemenes fulle potensiale. Ett eksempel er at mange steder må elektronisk ambulansejournal fortsatt skrives ut og scannes til sykehusets journal.

Tilgang på opplysninger fra journal for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp for egen læring ble innført som hjemmel for unntak fra taushetsplikt i helsepersonelloven (§29d), men er en fiktiv mulighet så lenge den som trenger slik tilbakemelding ikke har direkte tilgang til journalsystemer, og de som skal utlevere opplysningene, må forholde seg til egne begrensninger for tilgang til journal og en rekke krav og betingelser i loven. Dette er kanskje en detalj, og det at lovhjemmelen finnes, er en viktig anerkjennelse av behovet for individuell tilbakemelding for å bygge erfaring og kompetanse. Det skal trolig ikke så mye til å få til en teknologistøttet anvendelse som kan oppfylle lovgivers intensjon.

2.2 Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger

Befolkningen i tettbygde strøk øker, og også i storbyene vil andelen eldre i befolkningen øke. Med økt alder følger økt andel med kroniske sykdommer og tilstander som påvirker risikoen for akutte forverringer og reduserer tåleevnen for ytre påkjenninger og sykdom.

KOSTRA rapportene til kommunene og Framskrivningsverktøyene til SSB beskriver ulike utfordringer rundt hvem som trenger akuttmedisinske tjenester fremover. Bare i Oslo viser befolkningsframskrivingen Oslo 2023-2050 at det forventes det at befolkningen vil vokse med 100 000 innbyggere i perioden, gitt forutsetningene i årets framskriving. Den sterkeste veksten forventes blant de over 80 år, med en dobling

fra 2023 til 2043.² Prehospital klinikk har hatt en økt oppdragsmengde siste årene som virker å være utover det som bare skyldes økning i befolkningen.

Befolkningens sammensetning endrer seg: Storbyene har større andel tilflyttere og innvandrere med mindre sosiale og familiære nettverk. Gode nettverk gir bedre helse både fordi helsekompetanse deles i nettverket, og fordi pasienter og pårørende kan trygges på vanlige og ufarlige tilstander uten at det involverer helsetjenestene.

Befolkningens behov endrer seg: Antallet som er under behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, men som allikevel ikke er inne på sykehusområdet, øker. Dette fører til økt antall pasienter hvor ambulanse og legevakt må ha god kunnskap til eksisterende behandling og plan ved forverring.

- Ulike løsninger med hjemmesykehus medfører behov for mer helsetjenester utenfor sykehus og også behov for fysisk vurderinger og transport ved forverringer i tilstanden.
- For de prehospitalene tjenestene ved OUS kompliseres dette av at utvikling av ordninger for hjemmesykehus kan skje fra flere ulike helseforetak i vårt geografiske område.
- OUS utviklingsplan 2040 planlegger for en endring av behandlingsforløpene til hjemmebehandling med ambisjon om at 30 % av pasientene som i dag behandles i sykehuset skal behandles i hjemmet i år 2030.³ Andel av behandlingene som skjer i hjemmet, er så langt i rute mot ambisjonen. Det er viktig å avklare ansvarsovergang mellom nivåene for at dette ikke skal resultere i en stor økning i bruk av prehospitalene tjenester.

Befolkningens forventninger endrer seg: Det oppleves som en økende medikalisering av dagliglivet plager og påkjenninger, og dette treffer nok primærhelsetjenesten i sterkere grad enn spesialisthelsetjenesten. Det er krevende å snu slike langsiktige trender i befolkningen, men vi kan i hvert fall sørge for at vi har omforent forståelse av hva som er forsvarlig helsehjelp med tilsynsmyndigheter, media og politisk nivå. En null-visjon for feilvurderinger og uheldige utfall i de akuttmedisinske tjenestene er urealistisk, men vi må selvsagt ha åpenhet om hvordan vi styrer tjenesten basert på at vi følger med på feilene og lærer av dem.

2.3 Tilgang på kvalifisert personell

Tilgang på kvalifisert personell fremover er truet av befolkningsutviklingen. Konklusjonen fra Helsepersonellkommissjonen var at færre ansatte må levere mer helsetjenester i fremtiden. Da må det

² [Befolkningsframskrivingen for Oslo 2023–2050 - Oslo kommune.](#)

³ [Utviklingsplan for OUS, s.28](#)

enten effektiviseres i betydelig grad, eller prioriteringen av hva som skal utføres av helsetjenester, må justeres.

Mangel på kvalifisert personell i det akuttmedisinske systemet vil påvirke muligheten for å gi god behandling til alle. Systemet må sees i sammenheng, og manglende personell og kapasitet ett sted fører til økt tilstrømning andre steder i systemet. Medieoppslag eller debatt om mangel på personell og kapasitet fører til lavere tillit til at man får hjelp som pasient når man trenger det og gjør at tjenestene fremstår som mindre attraktive arbeidsplasser. Det er et behov for å sikre rekruttering og øke sannsynlighet for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene. Derfor blir det viktig å utvikle tjenester hvor den behandlingen og hjelpen som tilbys, korresponderer med de ansattes verdier og preferanser. Dette inkluderer at det som oppfattes som overbehandling reduseres, men også at det er lett for de ansatte å finne meningsfulle tiltak for innringere/pasienter.

Mangel på sykepleiere til AMK og LVS: Dagens hovedutfordring for akuttmedisinske tjenester er bemanning i AMK. Sviktende rekruttering og høy andel som slutter etter kort tid, skaper utfordringer med å opprettholde høy kompetanse og gjør det krevende å finne ressurser til å utvikle tjenesten.

Fastlegemangel: Det er mangel på fastleger også i det geografiske området som dekkes av AMK- og Ambulanseavdelingene ved OUS. Mangel på kontinuitet i fastlegeforholdet, er assosiert med økt forbruk av akuttmedisinske tjenester.⁴ Manglende kontinuitet forsterker og kommer i tillegg til oppstykket ansvar for akuttmedisinske tjenester og beredskap mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Mangel på fastleger gjør også at det blir færre tilgjengelige leger for legevaktsarbeid. For å opprettholde akseptable arbeidsforhold for legene og ha en bærekraftig økonomi, samarbeider ofte flere kommuner om legevaktsordninger. Dette gir lengre reisevei og ofte mindre muligheter for hjemmebesøk. Behovet for transporter med ambulanse til legevakt kan endres betydelig med slike endringer i kommunene.

Mange legevakter har økt sin innsats med utrykninger av legevaktslege med dedikerte leger og tilhørende utstyr og transportmidler. Tjenesteuttrykket for legevaktslegene preges fortsatt av stor variasjon både mellom legevaktsdistrikter og mellom enkeltleger.

Mangel på sykehjemsleger: I kommunene og bydelene er det svært varierende kapasitet og kompetanse i de kommunale institusjonene. Det er behov for at sykehjem, helsehus og kommunale akutte døgntilbud har en bemanning som kan håndtere de pasientene som bor der. Akuttmedisinske tilstander kommer hele døgnet og alle ukedager. Manglende forhåndsavklaringer og tilgang til behandlingsplaner fører til unødige

⁴ Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, H. Sandvik, Ø. Hetlevik, J. Blinkenberg and S. Hunskaar, British Journal of General Practice, 2022, DOI: 10.3399/bjgp.2021.0340

oppdrag med ambulanse der god kompetanse innen allmenmedisin og sykehjemsmedisin ville vært langt bedre for pasientene.

Mangel på ressurser i den kommunale helsetjenesten: Dette inkluderer både sykepleiere og helsefagarbeidere, og får konsekvenser i form av unødige innleggelser ved at det ikke er kapasitet for raske tilpasninger for forsterket tilsyn av pasientene hjemme eller på kommunale institusjoner. En del viktige kommunale tilbud har begrenset tilgjengelighet på kveld, natt, helger og i høytidsperioder. Dette kan gjelde sosial vakttjeneste, lindrende enheter for palliasjon eller koordinatorene for plass på helsehus og andre kommunale institusjoner.

Mangel på paramedisinere som bemanner ambulansene: I fremtiden frykter vi at bachelor paramedisin vil være en svært attraktiv personellgruppe for legevaktene og akuttmottakene, og at utdanningskapasiteten ikke fyller ambulansetjenestens behov.

Lokale forhold kan føre til betente diskusjoner: Det er usikkerhet om hvor den optimale balansen er, mellom kompetanse, erfaring og nærhet (utrykningstid). Dette temaet er i høy grad politisert, og argumentasjonen skaper stort engasjement i lokalmiljøer og blant eget personell.

3.0 Hvordan opprettholde et godt tjenestetilbud med kort responstid i den akuttmedisinske kjeden?

Som beskrevet over, vil det være vanskelig å forutse i detalj effekten av enkelttiltak i et komplekst system. Alle endringsforslagene i dette kapittelet vil derfor måtte testes og innføres under kontinuerlig evaluering.

3.1 Data og kunnskap gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre og hva vi kan gjøre mindre av

Digitalisering og innovasjon gir nye muligheter

Alle landets ambulansetjenester tar i bruk felles løsning for elektronisk pasientjournal og vi venter på innføring av ny IKT i AMK som vi forventer at ville bygge på en mer oppdatert datateknisk plattform som gir bedre muligheter for utvikling og datafangst. Datasikkerheten ved skyløsninger og rask kommunikasjon via 5G-nettet gir muligheter for tilgang til avanserte og sikre datatjenester utenfor sykehusbyggene. Dette inkluderer tekst, lyd, video og data fra medisinsk teknisk utstyr. Det trengs en innsats for å etablere hvordan vi kan beskrive pasientforløpene og resultatene for pasientene også der pasientforløpet inkluderer flere organisatoriske enheter i helsetjenesten og der det ikke endre med sykehusinnleggelse.

Data om pasientforløp vil gi oss nødvendig kunnskap til forbedring. Det er behov for å differensiere hvilke hendelser eller tilstander hvor det er størst behov for kort responstid. Prioriteringsforskriften⁵ lister opp kriteriene:

- Medisinsk nytte (overlevelse, redusert funksjonstap, smerter og ubehag)
- Alvorlighet (gradering av risiko og funksjonstap)
- Rimelig forhold mellom kostnad og nytte

Det er behov for å gjenkjenne og raskt sende ressurser til det mest akutte slik det er beskrevet i dagens beslutningsstøtteverktøy i AMK og LVS, og samtidig gjøre det mulig å bruke mer tid på telefon for å finne den beste løsningen for de tilfellene hvor det ikke haster så mye!

- Behov for erfarne bakvakter inkludert tilstedeværende lege i AMK
- Behov for å prøve ut andre ordninger for samarbeid med LVS. Noen ideer som har vært forsøkt ulike steder i Norge og utlandet: samlokalisering, ett felles nødnummer med lik førstelinjeutspørring, dele på tilgang til erfarne bakvakter (for psykiatri, pediatri, sykehjemsmedisin, generell indremedisin/geriatri)
- Behov for å styrke samarbeid mellom LVS, AMK og fastlegenes sentralbord/ekspedisjon for å gjøre øyeblikkelig hjelp konsultasjoner hos fastlegene til en mer forutsigbar mulighet for pasientene

For pasienter med kroniske tilstander og sykdommer hvor det er lagt behandlingsplaner, må planene være tilgjengelige døgnet rundt for de akuttmedisinske aktørene. Teknologiske løsninger for dokumentdeling gjennom for eksempel Kjernejournal kan redusere risiko for forsinket opptrapping ved forverring av tilstanden og sørge for konsistent håndtering basert på planene som er lagt. Teknologisk innovasjon kan hjelpe med å sammenfatte medisinsk informasjon fra mange kilder ved henvendelser for å gjenkjenne økt risiko og behov for spesielle tiltak.

Det er mulig å effektivisere i ambulansetjenesten ved å ta i bruk logistikkverktøy for å optimalisere transporter og plassering av ledige ressurser basert på historiske data og prediksjoner. Automatisering av oppdragstildeling kan frigjøre kapasitet for ressurskoordinatorer i AMK.

Skaffe ny kunnskap og utnytte eksisterende kunnskap og data for utvikling og drift krever ressurser

Datadrevet utvikling av tjenestene må bygge på systematisk arbeid med målsetninger som kan måles og balanseres med et sett indikatorer for kvalitet og sikkerhet. Vi anser det som viktig å sette av interne og nasjonale ressurser som evner å samarbeide om utvikling på tvers av leddene i kjeden. Data fra brukerne

⁵ Lovdata, [Prioriteringsforskriften](#), § 2a

om hva de ønsker, og hva de erfarer i kontakt med det akuttmedisinske system er viktige referanser i utviklingsarbeidet. Anbefalinger om å styrke nasjonale kompetansemiljøer har gått igjen i flere utredninger og NOU'er, og dette behovet er fortsatt til stede!

Felles forståelse bidrar til avklaring av ansvar og forbedringer

Kunnskap om pasientforløp og risiko for uheldige utfall må være åpent tilgjengelig. Tilsynsmyndigheter og politisk nivå må ha et realistisk bilde av hva som kan og ikke kan løses i det akuttmedisinske system – inkludert hva som er akseptabel risiko og tjenestenivå.

Det er behov for å avklare forventningene om hva som er et godt (og forsvarlig) tjenestetilbud ved akutte hendelser. Noen ideer til hva som bør utredes videre:

- Vil det noen gang være «AKUTT» når pasienten er ivaretatt av kompetent helsepersonell for eksempel ved legevakt?
- Vil kort responstid for førsterespondenter og profesjonelle akutthjelpere kunne kompensere beredskapen i områder med lange avstander til legevakt og ambulanse? Alltid – ved noen tilstander?
- Vil forståelsen av hast kunne være ulik i områder med korte avstander og dermed redusere behovet for utrykningskjøring i tett befolkede områder med korte evakueringsakser?

Det er en økende etablering av legevaktsbiler i vårt område. Dette gir allmennmedisinske kompetanse ut til pasientene og kan redusere innleggelse og behov for ambulansetransporter til og fra legevakter. Det er få føringer og krav til slike legevaktsbiler og vi ser at de varierer i tjenesteuttrykk og bemanning fra område til område og til dels fra dag til dag. Disse bilene reverserer en trend med nedgang i legevaktsbesøk, det er en fordel for pasientene og gir økte muligheter for god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er derimot et behov for godt samarbeid og avklaringer mellom AMK, LVS og legevaktslegene om hvilke typer hendelser og oppdrag som egner seg best og hvordan disse ressursene best koordineres. Akuttmedisinforskriften gir noen føringer, men lite konkret om bruken av legevaktslegene som ressurs.

Det er helt nødvendig å finne gode løsninger sammen med kommunene og helsefelleskapsstrukturene med etablering av samarbeidsforum/fagråd som omhandler den akuttmedisinske kjeden, er nødvendig for å utvikle tjenestene sammen. Etablerte helsefelleskap har til nå i liten grad vært opptatt av akuttmedisin, men dette er i endring.

Oppdaterte oversikter over kommunale tilbud og kontaktpunkter gjøres lettere tilgjengelig for nødmeldetjenestene (113 og 116117). Dette bidrar til å finne andre gode løsninger for pasientene som ikke trenger sykehusinnleggelse, og det bidrar til å involvere kommunale helsetjenester i det akuttmedisinske system.

3.2 Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturene som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system uten å kompromisse på pasientsikkerhet

Noen momenter som henger sammen med andre tiltak beskrevet over:

- Styrke sosiale nettverk
- Bedre tilgang på fastleger og øke muligheten for at fastlegene kan være destinasjon for akuttmedisinske forløp uten behov for sykehusinnleggelse
- Profesjonalisering av legevaktsbiler med tanke på tjenesteuttrykk og oppdragsprofil
- Styrket informasjonsdeling og beslutningsstøtte

3.3 Sikre rekruttering og øke sannsynligheten for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene

Det er viktig å utvikle tjenester hvor den behandlingen og hjelpen som tilbys, korresponderer med de ansattes verdier og preferanser. Dette inkluderer at det som oppfattes som overbehandling reduseres, men også at det er lett for de ansatte å finne meningsfulle tiltak for innringere/pasienter.

Det er viktig at ansatte har mulighet for faglig utvikling og karriereveier.

- Samarbeid med akademiske institusjoner om videreutdanning, inkludert mulighet for master- og Ph.d.-løp
- Styrke fagstaber og sette krav til formell kompetanse for de som skal jobbe der (masterutdanning)
- Involvere ansatte i utviklingsarbeid også på lavere nivå – bygge team for forbedringsarbeid på tvers av profesjoner og nivåer

4.0 Momenter for å bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse

Disse momentene er diskutert over. Det er fortsatt utnyttet potensiale for å inkludere mer om akuttmedisin og beredskap i helsefelleskapenes porteføljer. OUS har særskilte utfordringer fordi våre prehospitaltjenester må samhandle med så mange sykehus, kommuner og legevaktsdistrikt. Vi tror dette er en særskilt utfordring for storbyområder som krever ekstra oppmerksomhet. Som et minimum må kompleksiteten erkjennes og ressursene for å bidra i alle slike samhandlingsarenaer må være tilpasset kompleksiteten.

En vesentlig del av det akuttmedisinske system handler om transport – i mange tilfeller skal pasienten til et annet sted for videre undersøkelser og behandling. Ambulansetjenesten har utviklet seg gjennom de

siste 30-40 årene fra en transporttjeneste hvor de vesentlige kompetansekravene var knyttet til utrykningskjøring til dagens høykompetente paramedisinere. Men fortsatt er forflytning av pasienten et viktig element fordi det skal skje trygt og raskt, og til riktig sted. Ambulansetjenestens erfaring med denne logistikken kan også bidra den andre veien; med å flytte spesielt kompetent personell og diagnostiske muligheter ut til pasienten. Dette kan bli enda viktigere fremover i tråd med ambisjonene om større deler av pasientbehandlingen utenfor sykehusene, men det er to viktige forutsetninger:

- En slik utvikling må være basert på data fra pasientforløpene og evidens fra utprøving på effekt, pasienttilfredshet, sikkerhet og kost-nytte
- Ansvar og ressursbehov må forankres og avklares i etablerte helsefelleskap

5.0 Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak

Dette avsnittet må sees i sammenheng med foregående avsnitt om utfordringer og forbedringsideer for den akuttmedisinske kjede knyttet til behovet for gode data for å beskrive pasientforløp og resultater. Data fra akuttmottakene er selvsagt et helt sentralt element her. Det er også helt tilsvarende behov for å styrke kompetanse og forståelse for hvilke pasienter som skal til akuttmottak og hvordan håndteringen best skjer når pasienten er kommet for å sikre effektivitet og gode resultater.

Vi mener det bør etableres et datasett for forløpene helt inn i akuttmottakene. Datasettet bør inkludere:

- Data som etablerer grupper av pasienter etter
 - o Hvor de kommer fra (innleggende instans)
 - o Hvor de havner (avdelingstype evt. poliklinisk, spesialitet)
- Tid fra ankomst mottak til ...
 - o Første tilsyn av sykepleier (triage)
 - o Første tilsyn av lege
 - o Pasienten forlater mottak
- Bemanning per pasient
 - o Annen kapasitet i tilknytning til akuttmottaket (observasjonssenger, radiologi, legespesialister)

6.0 Utnyttelse av eventuell beredskapstid i ambulansetjenesten for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Vi mener dette temaet bør vurderes bredere i arbeidet med stortingsmeldingen. Det er gjennomført forsøk hvor ambulanspersonell har bidratt inn i kommunale oppgaver (Rørosmodellen) og andre forsøk som involverer kommunenes helsetjenester mer i den akuttmedisinske beredskap (Telemarkmodellen).

Videre har det i flere forskningsprosjekter blitt belyst nytten av samtrening i akuttmedisinske ferdigheter og scenariotrening.

Alle disse forsøkene belyser nytten av samhandling og samarbeid til pasientens beste, men illustrerer også at ulike forutsetninger kan kreve ulik tilnærming. Vi ser mange utfordringer ved å implementere noen av disse i vårt område uten betydelig innsats med modifisering og utprøving. Vi vil igjen peke på diskusjonen om behovet for data-drevet utvikling og betydningen av å kunne prøve ut endringer i egen kontekst og først i liten skala, for å se om det gir forbedring. Rammene for slike utprøvinger må ligge i felles forståelse mellom aktørene, og dette etableres i helsefelleskapene.

Vi vil også knytte en kort kommentar til forståelsen av begrepet beredskap. Vår opplevelse i Oslo-området, er at selv om de fleste ambulanseressursene er opptatt med oppdrag det meste av tiden, gjør summen av ressurser i området at det allikevel raskt kan stables opp betydelige ressurser ved akutte behov. Dette er illustrert gjennom flere hendelser i vårt område de siste årene (Gjerdrum, Pride-skytingen og andre). Det som truer beredskapen, er om ambulanseressursene bindes i et oppdrag i lang tid. Dette kan for eksempel skje dersom det ikke er klart hvor pasienten kan transporteres, eller om det blir ventetid for å få gode vurderinger fra primærhelsetjenesten om pasienten egentlig kan få et bedre tilbud uten innleggelse. Vi opplever i vårt område at uklare ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene gjør at spesialisthelsetjenesten allerede bidrar i stor grad med oppgaver som med fordel kunne vært løst med økte ressurser til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer blant annet ambulansetransport til legevaktssentral fremfor mulighet for konsultasjon med sykehjemslege eller mobil legevaktslege, eller utrykning med ambulanse for å vurdere allmennmedisinske problemstillinger fordi det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller god nok organisering mellom hjemmetjenester, legevakt og andre kommunale tjenester.

Administrasjon

HELSE SØR-ØST RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Vår ref.
23/03708-3

Deres ref.

Dato
10.11.2023

Innspill til Stortingsmelding om prehospitalområdet

1. INNLEDNING

Det henvises til «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023 - august 2023» datert 16. august 2023, der helseforetakene skal gi innspill til Helse Sør-Øst RHF innen 10. november 2023 på konkrete spørsmål.

2. INNSPILL FRA SYKEHUSET I VESTFOLD HF

Sykehuset i Vestfold (SiV) har følgende innspill til HSØ knyttet til den kommende Stortingsmeldingen. Innspillene er strukturert i samsvar med de konkrete punktene det ønskes innspill på, samt et punkt hvor SiV spiller inn på ytterligere områder som vurderes relevant for Stortingsmeldingen.

2.1. Hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden

SiV innspill: Utviklingstrekkene i primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene er færre liggedøgn og at en større andel av pasientene ivaretas med eget hjem som utgangspunkt for tjenestene. SiVs erfaring er at denne strategisk vedtatte innrettingen av helsetjenestene, bidrar til at hjemmeboende kan ha behov for helsetjenester uten at disse faller innenfor definisjonene akuttmedisinforskriften. SiV erfarer et økende aktivitetsnivå i de prehospitalene tjenestene og et økende antall henvendelser med forventninger om prehospitalene tjenester, men hverken behov eller forventninger er innenfor hva SiV vurderer å være vårt ansvar i den akuttmedisinske kjeden. Dette kan føre til overbehandling og unødvendige innleggelser.

Utfordringene er dermed knyttet til variasjoner i kapasitet og kompetanse i øvrige deler av helsetjenestene (inkludert fastlegetjenestene), ulike krav til svartid mellom legevaktsentralenes 116177 og AMK-sentralenes 113, samt variasjoner i kapasitet, faglig innretting og kompetanse i øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden, inkludert KAD/ØHD

og forventningen i samfunnet knyttet til helsetjenestene. En forventningsavklaring i befolkningen, samt et nasjonalt fokus på hjelp til selvhjelp og styrking av befolkningens helsekompetanse i «akutte» situasjoner, kan være en aktuelle tiltak.

SiVs vurdering er videre at lover, forskrifter, incentiver og oppfølging av tilsynsmyndighetene, leder til en utvikling som ikke samsvarer med de målsettinger som fremkommer i nasjonale styringsdokumenter og samhandlingsreformen om helhetlige, enhetlige og sammenhengende tjenester, som også er bærekraftige og ressurseffektive. Ulike faglige tilnærminger, prosedyrer, retningslinjer og triagesystem leder til manglende standardiseringer, som igjen negativt påvirker pasientforløp, ressursbruk og mulighet for å benytte ressurser på tvers av ulike helseforetak.

Det er også en utfordring at det er ulike faglige tilnærminger og samordning på tvers av HF og på tvers av kommuner på et tjenesteområde der det er økende behov for enhetlige tilnærminger og tjenester i et beredskapsperspektiv. Tydeliggjøring av ansvar og myndigheter for RHF og Statsforvalter overfor hhv helseforetak og kommuner, vil her kunne være et aktuelt tiltak.

Den største utfordringen etter SiVs vurdering, er derfor uklarheter i ansvar og oppgavedelingen i den akuttmedisinske kjeden, ulike forståelser av hva som er tjenester som inngår i akuttmedisin, og da særlig overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (kommunehelse- og fastlegetjenestene). SiV anerkjenner og respekterer den kommunale autonomien. Gitt utfordringene som fremkommer over, kan det stilles spørsmål om hovedutfordringen er om organisering, ledelse, og styring av den akuttmedisinske kjeden og legetjenestene gjennom to forvaltningsnivå med ulike styringslogikker, er hensiktsmessig.

2.2. Hvordan kan et godt tjenestetilbud med kort responstid opprettholdes

SiV-innspill: SiV erfarer at kravet om kapasitet, beredskap og korte responstider utfordres av de utviklingstrekk som fremkommer i pkt 2.1 over. I tillegg vil dimensjonering og organisering av ambulansetjenester, differensiering av kompetanse og kapasiteten i ambulansetjenestene, luftambulans/anestesibemannede legebiler, pasienttransport og innretting på pasientreiser, påvirke responstider. Videre er ansvar og krav til transport av kommunale tjenestemottakere og innbyggere som er i behov av transport, et område som påvirker responstid og nødvendig beredskap i ambulansetjenestene. Avklart ansvarsfordeling på dette området vil kunne bidra til at de ulike ressursene og kompetansene unyttes riktigere til pasientens og befolkningens beste.

For AMK er det SiVs erfaring og vurdering, at kort responstid og riktige responser påvirkes av kapasitet, kompetanse og krav til legevaktsentralene, legevaktene, fastlegetjenestene og kommunale tjenester. SiVs innspill er, som det fremkommer over, at nasjonale styringsdokumenter og incentiver må understøtte de målsettinger som vil gjelde for samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden.

Det må settes klarere krav og en tydeligere ansvars- og oppgavedeling i den akuttmedisinske kjeden, samt at incentiver til og oppfølging og tilsyn av kapasiteter og

samhandling mellom primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, må understøtte nasjonale styringsdokumenter.

2.3. Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene

SiV innspill: Samme som over, samt at SFVT og RHF må utarbeide omforente krav og føringer til samhandlingsavtalene mellom sykehus (helseforetak) og kommuner til innhold i og oppfølging av vedtatte avtaler. Dette for å sikre enhetlige og helhetlige akuttmedisinske tjenester som muliggjør omfordeling av ressurser på tvers av ansvarsområder ved behov og under kriser.

Videre vil det være viktig å videreutvikle telemedisin, helseteknologi, tilgjengeliggjøring av pasientinformasjon, samt mulighet til å overføre bilde og pasientvitalia i sanntid på tvers av legevakt, fastleger og sykehus. Det forventes at den akuttmedisinske kjeden vil ivareta stadig mer komplekse lidelser, hvilket etter SiVs vurdering krever at tilgjengeliggjøring av legekompeteranser for vurderings-, konfererings- og beslutningsstøtte på tvers av primærhelsetjenester og sykehus vil bli stadig viktigere for å sikre «riktig pasient, riktig tiltak, riktig sted til riktig tid». Gitt økende rekrutteringsutfordringer i både kommuner og sykehus, samt at tilgangen på kompetanse vil synke relativt til behovene i befolkningen, vil det være viktig at det er en helhetlig tilnærming til kompetansesammensetning i den akuttmedisinske kjeden og at særlig spesialisthelsetjenestene tilgjengeliggjør kompetanse for konferering og beslutningsstøtte for «alle» som står i en situasjon hvor det er akutt behov for helsetjenester. En forutsetning for en slik innretning av tjenestene, er et pasientjournalssystem som tillater deling av pasientinformasjon i sanntid til de som skal gi vurderings-, konfererings- og/eller beslutningsstøtte.

2.4. Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)

SiV Innspill:

Gode parametere for drift og aktivitet bør ta utgangspunkt i oppdraget som er gitt og de kvalitetsmål som foreligger gjennom for eksempel «Nasjonalfaglig retningslinje for somatiske akuttmottak».

Måleparametre bør primært omhandle pasientsikkerhet og flyteeffektivitet. I stor grad er forutsetningene for drift av norske akuttmottak avhengig av flere enheter som f.eks. de forskjellige fagsøylene og støttefunksjonene. Flyteeffektivitet i denne sammenhengen handler om å ha nødvendig kapasitet i alle ledd for alle pasientforløp. Når man ikke har et bevisst forhold til kapasitet, vil det oppstå kapasitetsbegrensninger som man ikke forstår. Resultatet er kødannelse. Det er viktig at køen kommer på de riktige stedene i behandlingsskjeden, altså der hvor pasientsikkerheten ikke lider. Flyteeffektivitet må

omhandle de tre kjente årsakene til kødannelse, såkalt «Crowding: Input – Throughput – Output».

Måleparametre på flyteeffektivitet må også ha riktig måleenhet. Antall pasienter pr døgn forklarer ikke kødannelse. Måleenheten må være pr time, for det er fluktasjoner innenfor døgnet som skaper kø. Måleparametre over tid må videre inneholde både gjennomsnitt (50 percentil), 75-percentil og 90-percentil. Bakgrunnen for dette er: Planlegges med gjennomsnittstall for kapasitet vil man oppleve kø 50% av gangene. Planlegges med 75-percentil vil det være kø hver fjerde gang osv.

Pasientsikkerhet:

- Tid til triage
- Tid til første legerespons
- Tid til diagnostisk avklaring
- Tid til stabiliserende behandling

Flyteeffektivitet, elementer som er interessante lokalt viser under. Disse elementene er viktig for å hindre kø:

- Antall ankomne pasienter pr tid
- Kapasitet pr fagområde (lege) pr tid
- Kapasitet totalt pr tid (lege)
- Kapasitet rom pr tid
- Kapasitet på relevante undersøkelser pr tid (Lab, radiologi)
 - o Kapasitet (reell) ut av akuttmottaket pr tid til andre omsorgsnivå

En kommentar når det gjelder input i et akuttmottak: Akuttmottakene er priggitt antallet pasienter som henvises/sendes dit. Et mål på aktivitet og drift kunne vært antallet pasienter som avklares innenfor kort tid (for eksempel 5 timer). Altså, hvor mange klarer akuttmottaket å «snu» slik at kontakten ikke resulterer i en innleggelse videre inn i sykehus. Problemet med en slik parameter er at den lett kan påvirkes med en uønsket utvikling. For eksempel hvis man blir enige med henvisere (legevakter og ambulanse) om å bringe inn for friske pasienter. Da vil denne andelen øke. Dette er en uønsket praksis men ser bra ut kun sett ut fra indikatoren.

2.5. En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

SiV innspill: Når det gjelder beredskapstid i ambulansetjenesten så er det SiV vurdering at dette ikke bare bør inkludere responstider, men også hva som er akseptabel risiko og nødvendig og tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere aktuelle beredskaps- og krisesituasjoner. Antall og andel «ledige» ambulanser som er tilgjengelig for utrykning til enhver tid, er således en indikator som SiV monitorer og som vi vurderer sentral for å innfri akuttmedisinforskriften.

Videre må aktivitetsnivå, responstider og beredskap for ambulansetjenesten både ses i sammenheng med innspillene over og ambulans kapasitet hos legevaktene til å rykke ut. SiV erfarer at aktivitetsnivået øker mer enn hva vi vurderer å være i samsvar med ansvaret til de prehospitale tjenestene, og for høsten 2023 så kjennetegnes situasjonen av lite beredskapstid, høyt aktivitetsnivå og lite mulighetsrom til å ivareta ytterligere oppgaver for den kommunale helse og omsorgstjenesten.

SiV har god erfaring med å ha ansvar for kjøretøy og sjåfører for kommunal legevaktsbil og vi forstår meget godt de utfordringer kommunene har til å innfri nasjonale lov og forskriftskrav. Samtidig er det innenfor SiV opptaksområde korte avstander, hvilket tilsier godt grunnlag for både interkommunale akuttmedisinske tjenester og tettere samhandling i helsefelleskapet. SiV vurderer at behovene for økt samhandling mellom primærhelsetjenestene og sykehuset bør lede til en vurdering på om legevaktsentralenes kommunikasjonsentraler 116117, legebemanningen på legevakt og AMK er hensiktsmessig organisert for fremtidens utfordringer. Det vil også være aktuelt å vurdere om legekompentansen i den anestesibemannede legebilen kan benyttes til konferering, vurderings- og beslutningsstøtte.

2.6. Ytterligere innspill fra SiV

For SiV fremstår det uklart den kommende stortingsmeldingen omhandler «Prehospitale tjenester» eller «Den akuttmedisinske kjeden». Gitt de fremtidige utfordringene, nasjonale føringer og målsettinger for helsetjenestene, anbefaler SiV at stortingsmeldingen omhandler fremtidige akuttmedisinske tjenester i både primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Med fordel bør også grensesnittene til andre helsetjenester, fastlegeordningen, pasientreiser/-transport i både spesialist- og primærhelsetjenestene, og øvrige nødetatstjenester inngå i meldingen.

Et annet moment er at stortingsmeldingen må adressere de akuttmedisinske tjenestene innenfor alle lidelser og målgrupper. Innenfor somatikk vil geriatriske akuttmedisinsk kompetanse og akuttmedisinske tjenester til den eldre delen av befolkningen være særlig viktig fremover, inkludert forhåndsavklaring av behandlingsnivå ved forverring av tilstand. De akuttmedisinske tjenestene innenfor rus, psykiatri vurderes også å være særlig viktige å adressere, og da særlig håndtering av samtykkekompetansevurderinger, tvangsbruk og samhandling med politi.

Det er SiVs vurdering at stortingsmeldingen også bør adressere behovet for at lovverk, forskrifter, veiledere og økonomiske incentiver må tilpasses slik at de understøtter ønskede målsettinger og forventninger for denne delen av helsetjenestene.

For SiV er det ikke klart at de nåværende definisjonene av den «akuttmedisinske kjeden» og «prehospitale tjenester» skal videreføres. Gitt nasjonale målsettinger om bærekraftige, helhetlige og ressurseffektive tjenester i årene fremover, anbefaler SiV at stortingsmeldingen vurderer behovet for revisjon av de gjeldende definisjonene, slik at disse delene av helsetjenestene innrettes mot fremtidige utfordringer og sannsynlige utviklingstrekk med flere pasienter og tjenestemottakere som skal ivaretas med hjemmet som utgangspunkt, færre døgnopphold, mer poliklinikk, mer ambulante

tjenester og mer «hjemmesykehus». Dette er etter SiV vurdering tilsvarende viktig som å fastsette parametere, føringer og målsettinger for samarbeid i det akuttmedisinske utførerleddet.

SiV erfarer at kravene og forventningene til beredskap og den akuttmedisinske kjeden er økende (jfr ny HDIR veileder om samarbeid mellom kommuner og helseforetak). Det anbefales derfor at stortingsmeldingen også adresserer behovet for likhet i samarbeidsavtalene helsefellesskapene for å sikre omforente og helhetlige tilnærminger ifm kriser og beredskapssituasjoner.

Det er også viktig at stortingsmeldingen adresserer forventninger til hvordan myndighetene skal følge at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene har kapasiteter/kompetanse i samsvar med nasjonale styringsdokumenter og fastsatte parametere for å redusere faren for utilsiktede og uønskede ansvar- og oppgaveglidninger og at kravene til tjenestene innfris. SiV vurdering er derfor at tilsyn og oppfølginger av utførerleddet i større grad bør være på systemnivå og at bakenforliggende årsaker til alvorlige uønskede hendelser også inkluderes.

Med vennlig hilsen

Ruth-Anne Rojahn
Administrasjonssjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
SYKEHUSET I VESTFOLD HF, Jon Anders Takvam, Fagdirektør
SYKEHUSET I VESTFOLD HF, Stein Kinserdal, Administrerende direktør
Medisinsk klinikk, Anne Pernille Lysaker, Klinikksjef
Kirurgisk klinikk, Siri Vedeld Hammer, Klinikksjef
Prehospital klinikk, Erik Nordberg, Klinikksjef

