

INNSPILL TIL STORTINGSMELDING OM AKUTTMEDISINSKE TJENESTER

Helse Stavanger, Prehospital klinikk 20. 02. 24

Innhold

.....	2
Oppsummering.....	2
Bakgrunn	2
Beskrivelse av prehospitaltjenester ved SUS.....	3
Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede	4
Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger	4
.....	5
Samhandling og samarbeid	5
Kapasitet.....	5
Kompetanse.....	6
Rekruttering.....	6
Prioritering i den akuttmedisinske kjeden.....	7
Geografiske forhold og infrastruktur	7
Responstid	8
Behov for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister.....	8
Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system.....	8
Hvordan opprettholde et godt tjenestetilbud med kort responstid i den akuttmedisinske kjeden?..	9
Digitalisering.....	10
Oppgaver på tvers for å opprettholde beredskap	10
Sammendrag	11

Oppsummering

Helse Stavanger sitt innspill til stortingsmeldingen om Prehospitale tjenester peker på behovet for forbedringer i organisering, arbeidsprosesser og informasjonsflyt. Vi ønsker å fremheve viktigheten av å gripe mulighetene som digitaliseringen gir for å forbedre samarbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten og betydningen av å utvikle og utnytte digitale tjenester. Bedre integrasjon av pasientjournalssystem, implemenetering av kliniske verktøy, bruk av beslutningsstøtteverktøy og utforskning av alterative flåtestyringsverktøy kan bidra til å møte utfordringene i prehospitale tjenester og sikre bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene og gi en sømløs akuttmedisinsk kjede.

Endringene i demografi og økt behov for behandling i kommunehelsetjenesten vil påvirke prehospitale tjenester på flere måter, disse er løftet fram i felles innspill fra Helse Vest og framheves også i dette innspillet fra Helse Stavanger. Vi ser fram til å bidra videre i arbeidet med å utvikle de prehospitale tjenestene for å møte fremtidens utfordringer.

Bakgrunn

I Hurdalsplattformen har regjeringen lovet en ny stortingsmelding om prehospitale tjenester, ledet av Helse- og Omsorgsdepartementet. Arbeidet begynner tidlig i 2024, og Helsedirektoratet er bedt om å utrede både medisinske og økonomiske konsekvenser av å fastsette responstider for ambulansetjenesten. Departementet ber om innspill fra de regionale helseforetakene innen 20. desember 2023, med fokus på å adressere utfordringer i den akuttmedisinske kjeden og forbedre samarbeidet mellom sykehus og kommune. De ønsker også forslag til standardiserte parametere for aktivitet og drift i akuttmottak, samt hvordan ambulansepersonell best kan støtte kommunehelsetjenesten.

Oppsummering av relevant bakgrunnsdokumentasjon Det har vært publisert en rekke NOU'er fra ulike departement som påvirker hvordan man tenker 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. Helsepersonellkommissjonen 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 Totalberedskapskommissjonens 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 SUS 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 opptaksområde.

Flere viktige offentlige rapporter har formet diskusjonen om den akuttmedisinske kjeden i Norge. Blant disse er NOU 2015:17 "Først og fremst", som skisserer strategier for bedre håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Ekspertutvalgets rapport "Gjennomgang av allmennelegetjenesten" fra april 2023 og Helsepersonellkommissjonens NOU 2023:4 "Tid for handling" har også bidratt til å sette fokus på problemstillinger knyttet til akuttmedisinsk beredskap og tilgangen på kvalifisert helsepersonell. Totalberedskapskommissjonens NOU 2023:17 "Nå er det alvor" berører også dette temaet. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 introduserte konseptet med helsefelleskap, som skulle bidra til bedre samhandling mellom helseforetak og kommuner for å levere mer helhetlige helsetjenester. Veiledere fra Helsedirektoratet, som omhandler akutthjelpere og førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv", gir også retningslinjer og strategier for bedre akuttomsorg og førstehjelpstiltak i befolkningen. SUS har vært aktivt involvert i disse initiativene, og deres bidrag har vært med på å belyse både generelle og spesifikke utfordringer i den akuttmedisinske kjeden i deres opptaksområde.

I rapporten "Forslag til mål bilde for de akuttmedisinske tjenester" fra Helsedirektoratet, publisert i juni 2023, defineres den akuttmedisinske kjeden som en "kontinuerlig serie av tiltak for å sikre umiddelbar medisinsk hjelp ved ulykker, akutte sykdommer eller andre nødsituasjoner". Dette involverer en betydelig grad av kompleksitet og krever samarbeid mellom flere aktører for å ivareta behovene til akutt syke og skadde pasienter, spesielt i urbane områder

Beskrivelse av prehospitale tjenester ved SUS

Prehospital klinikk er en viktig del av helseforetaket og regionens beredskap og innbefatter AMK sentral, ambulanse, luftambulanse og pasientreiser. I tillegg er RAKOS (Regional Akuttmedisinsk Kompetansesenter) del av klinikken.

Opptaksområdet for ambulansetjenesten er Sør-Rogaland med om lag 380 000 innbyggere og strekker seg fra Hjelmeland i Nord til Sokndal og Lund i Sør. Regionen er spredt og består både av storby og også svært spredtbygde områder.

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

Helsefelleskapet Sør- Rogaland ble etablert i 2019, og det er pågående arbeid med å få etablert Akuttkjede-prosjekt etter samme mal som tjenestemodellgruppene. Det er krevende å sørge for enhetlig tilnærming til bruk og samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsefelleskapet, og kommunene i samhandlingen har ulik størrelse og organisering.

Framskrivningene Sintef har gjennomført for Helsefelleskapet i 2021 viser et scenario fram mot 2035, med over 2200 (83%) flere brukere av institusjonstjenester og 4800 (43%) flere brukere av hjemmetjenester. Vekst i kommunale akutte døgnopphold beregnes til 50% pr. innbygger

Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede

Hovedspørsmålet i bestillingen er å beskrive hovedutfordringer i den akuttmedisinske kjeden.

Utfordringene i den akuttmedisinske kjeden er sammensatte og består av flere faktorer. Vår felles opplevelse i Helse Vest er at hovedutfordringen er kapasitetsutfordringer både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og utfordringer knyttet til **samhandling og samarbeid mellom tjenestene**.

Det er også utfordringer knyttet til kompetanse, rekruttering, prioritering og responstid, og disse må sees i lys av den todelte organisatoriske strukturen i kjeden.

Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger

Framskrivninger for prehospitaler tjenester indikerer at det vil komme gjentatte og mer komplekse pasienter, mer avansert teknologi og at det vil bli stilt større krav til samhandling med primærhelsetjenesten i årene som kommer. For å sikre at pasienter får rett behandling til rett tid på rett sted, at teknologien blir benyttet fullt ut, og at dette skjer i god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, vil det bli stilt høyere krav til samhandling. SUS er ett av Norges største akutt sykehus og ett av seks universitetssykehus og ligger i en region preget av vekst og behov for nytenkning. Sykehuset betjener en befolkning på omtrent 380 000 mennesker i Sør-Rogaland, hvor andelen eldre over 65 år forventes å øke betydelig i årene som kommer. Dette medfører endringer i befolkningssammensetningen, økende behov for spesialiserte helsetjenester og utfordringer knyttet til hjemmebehandling og prehospitaler tjenester.

Prehospital klinikk har opplevd økt oppdragsmengde de siste årene, delvis som følge av endringer i befolkningssammensetningen og behovet for helsetjenester. Befolkningens forventninger til helsetjenester endres også.

SUS har ambisjoner om å styrke og utvide hjemmebehandlingstilbudet for å avlaste sykehusets kapasitet og gi pasienter bedre omsorg i hjemmet. Dette krever tydelige ansvarsavklaringer mellom helsetjenestenivåene og samarbeid med andre aktører i helsesektoren. Samtidig er det viktig å lære av feil og kontinuerlig forbedre tjenestene, selv om en nullvisjon for feilvurderinger og uheldige utfall i de akuttmedisinske tjenestene kanskje er urealistisk. En åpen dialog om styring og praksis er avgjørende for å opprettholde tilliten fra tilsynsmyndigheter, media og politisk nivå.

([Helseatlas – eldre](#), [SINTEF framskrivninger](#), [sammendrag fra SAMDATA](#)).

Tabell 64 Endring i befolkning fram mot 2035

Endring	0-5 år	6-15 år	16-19 år	20-24 år	25-29 år	30-49 år	50-59 år	60-66 år	67-69 år	70-79 år	80 år ->	SUM
Sum Norge	3,4 %	-9,3 %	-2,0 %	-0,8 %	-3,3 %	3,8 %	-2,9 %	17,9 %	22,2 %	19,7 %	75,7 %	6,5 %
Helse Nord	2,8 %	-12,4 %	-11,7 %	-12,6 %	-13,2 %	4,5 %	-18,2 %	8,1 %	12,2 %	12,9 %	73,4 %	1,1 %
Helse Midt	3,3 %	-10,3 %	-3,6 %	-6,3 %	-4,8 %	5,8 %	-6,7 %	12,5 %	14,0 %	15,0 %	73,5 %	5,0 %
Helse Vest	-0,8 %	-13,3 %	-0,6 %	-0,4 %	-1,2 %	0,3 %	0,8 %	17,2 %	21,1 %	25,0 %	74,0 %	5,4 %
Helse Sør-Øst	5,1 %	-7,1 %	-0,7 %	2,5 %	-2,2 %	4,5 %	-0,8 %	21,1 %	26,6 %	20,2 %	77,3 %	8,1 %

Tabell 65 Endring i antall oppdrag fram mot 2035

	2021			2035			Økning		
	Akutt	Haste	Vanlig	Akutt	Haste	Vanlig	Akutt	Haste	Vanlig
Sum Norge	306 243	280 501	177 413	371 048	358 455	244 365	21 %	28 %	38 %
Helse Nord	28 616	35 087	22 513	32 778	42 948	29 811	15 %	22 %	32 %
Helse Midt	31 258	39 241	29 459	36 896	49 203	39 684	18 %	25 %	35 %
Helse Vest	50 482	55 623	31 382	61 064	71 448	43 522	21 %	28 %	39 %
Helse Sør-Øst	195 887	150 550	94 059	240 310	194 856	131 348	23 %	29 %	40 %

Samhandling og samarbeid

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når det gjelder akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, står overfor utfordringer. Planleggingen og koordineringen av samarbeidet mellom disse aktørene er ikke tilstrekkelig forberedt eller klart definert før og under håndteringen av akutte situasjoner. Forskjellige typer oppdrag krever ulike nivåer av samarbeid mellom aktørene, og dette kan være en kompleks oppgave. Spesialisthelsetjenesten møter spesielle utfordringer med å samhandle med flere kommuner som har forskjellige strukturer og organisasjoner, noe som kan gjøre samarbeidet mer utfordrende og mindre effektivt.

De siste 20 – 30 årene har legevaktstriktenne blitt større, men færre. Sentraliserte legevakter fører til lengre reisevei og det gjøres færre legebepok i hjemmet av legevaktslege eller fastlege. Det økte presset på legevaktene har også medført at pasientene ofte må forflyttes til legevakten for å få legetilsyn. Ambulansse blir brukt til flere av disse pasientforflytningene. Etter AMK-ene i Helse Vest sin vurdering er det utfordringer med manglende utrykning og hjemmebesok av fastleger og legevaktsleger, som dermed fører til at ambulansse må ta disse vurderingsoppdragene.

Utfordringer oppstår grunnet lov- og avtaleverk som definerer et delt ansvar for både primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som resulterer i ulik organisering og tilnærming til oppgaveløsning mellom kommuner og helseforetak. Finansieringsordninger utgjør en hindring for samarbeid, da det mangler insentiver for tett koordinering. Dessuten eksisterer det ingen finansieringsordninger som oppmuntrer til effektiv samhandling i helsefelleskapene.

AMK-sentralene mottar et betydelig antall henvendelser som egentlig burde blitt håndtert av kommunale legevaktsentraler, legevakter og fastleger. Samarbeidet mellom legevakter/legevaktsentraler og AMK preges av utfordringer. Effektiv ressursbruk krever godt samarbeid og tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom AMK-sentralene, ambulanssetjenesten og legevaktene. Dette er imidlertid utfordrende da koordinering og styring av ressursene tilhører to ulike ansvarsnivåer med forskjellig prioritering av økonomi og ressurser, både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kapasitet

Høy utnyttelse av ressurser i både pre- og inospital tjeneste fører til kapasitetsutfordringer, delvis på grunn av økt oppdragsvekst. Dette skyldes flere faktorer, inkludert en aldrende befolkning, økt skrøpeligheit, komplekse sykdomsbilder og økte forventninger blant publikum. Å møte morgendagens utfordringer og etablere ordninger for å unngå unødvendig forflytning til legevakt og sykehus er en utfordring.

Spørsmålet om dimensjonering av beredskapen er avgjørende og krever nøye vurdering av hvordan kompetanse, ressurser og kapasitet best kan utnyttes for å håndtere henvendelser og oppgaver effektivt.

Helsedirektoratets tall viser en betydelig økning i besvarte anrop til AMK-sentralene siden 2018. Antallet ambulansseoppdrag har også økt i alle helseforetak i Helse Vest siden 2018, med for eksempel Antall forflytningsoppdrag har også økt betydelig. Rapportene fra Helse Vest indikerer en økning i

antall pasienter som kommer til akuttmottakene, som for eksempel en økning på 20,4% ved Helse Stavanger fra september 2018 til september 2023.

Det er også en økning i oppdragsmengden knyttet til rus- og psykiatrispasienter, spesielt i storbyområder, hvor disse pasientgruppene utgjør en større andel av oppdragene sammenlignet med tidligere år. Økt kunnskap hos befolkningen om hvor en skal henvende seg med ulike problemstillinger, for å øke forståelsen om arbeidsoppgavene til de ulike etatene og at akuttressursene er en begrenset ressurs som også ivaretar beredskap.

Kompetanse

Det er utfordringer knyttet til ulikt kompetanse- og utdanningsnivå i ambulansetjenesten, spesielt med tanke på å beholde og utvikle tilstrekkelig faglig kapasitet. I Helse Vest skal det i 2024 igangsettes et prosjekt for bærekraftig kompetanseutvikling innen ambulansetjenesten, med mål om å beskrive en langsiktig strategi for kompetanseutvikling og behovsanalyse.

Desentraliserte ambulansetjenester i griskrendte strøk har lavere oppdragsgrunnlag og erfaring enn storbytjenester. For å sikre kompetanse og erfaring i hele tjenesten, har de fleste foretakene innført rotasjonsordninger mellom høy- og lav-volum stasjoner.

Det er nødvendig med felles kompetanseplaner og enighet om kompetanseutvikling for å oppnå likt akuttmedisinsk kompetansenivå. Dagens grunnutdanning dekker ikke alle krav og behov for ambulansetjenesten, og det kreves kontinuerlig intern opplæring.

For å møte fremtidens utfordringer trengs økt utdanningsnivå og kontinuerlig kompetanseutvikling, spesielt med tanke på å ta i bruk nye teknologiske løsninger. Dette vil redusere belastningen på tjenesten og øke tryggheten for personellet.

Kontinuerlig kompetanseutvikling krever økonomiske ressurser og prioritering. Ambulansetjenestene bruker årsplaner for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse, med hensyn til nasjonale krav og fravær.

Rekruttering

I Helse Stavanger har vi så langt hatt god tilgang på og rekruttering av kvalifisert personell til prehospitaltjenester, man ser med bekymring på rapportering fra andre tjenester i Helse Vest som står de overfor økende vanskeligheter med å beholde og tiltrekke seg kvalifisert personell. Denne bekymringen adresseres også av Helsepersonellkommisjonen (2023). En hovedutfordring er den begrensede tilgangen til utdanningsplasser og høye opptakskrav ved få utdanningsinstitusjoner for ambulansesfag og videreutdanning innen paramedisin. Dette begrenser tilgjengeligheten for potensielle studenter. Ambulansesfagarbeidere utgjør hoveddelen av tjenesten i Helse Stavanger, spesielt i desentraliserte områder, og behovet for økt utdanningskapasitet for dem er på agendaen.

En annen utfordring er at noen ambulansesarbeidere søker seg til andre stillinger etter å ha fullført høyere utdanning, noe som understreker behovet for et strukturert overgangsprogram for de som ønsker å videreutdanne seg, for å opprettholde stabiliteten i yrket. Urbaniseringen gjør det vanskelig å holde på personell i distriktene, da mange forlater dem for å ta utdanning i byene og ikke vender tilbake. En løsning kan være desentraliserte utdanningsprogrammer eller deltidsstudier som tillater kombinasjon med jobb, slik at folk kan bli i distriktene. Rotasjonsordninger mellom høy- og lav-volum ambulansestasjoner, kan være et middel for å beholde og rekruttere personell. Disse ordningene kan bidra til et mer robust fagmiljø og være mer attraktive for rekruttering, samtidig som de kan sikre en mer likeverdig fordeling av kompetanse og behandling. Slike ordninger krever imidlertid attraktive arbeidstidsordninger som tar hensyn til belastningen ved de ulike stasjonene.

Tilgang på kvalifisert personell står overfor utfordringer som følge av befolkningsutviklingen, konkurranse om arbeidskraft, arbeidsforhold og arbeidsmiljø og utfordringer med utdanningskapasitet. Helsepersonellkommisjonen konkluderte med at færre ansatte må levere mer helsetjenester i fremtiden, enten gjennom betydelig effektivisering eller justering av prioriteringer. Dette kan påvirke muligheten for å gi god behandling til alle og resultere i økt belastning på andre deler av helsevesenet.

Medieoppslag om mangel på personell og kapasitet kan føre til lavere tillit til helsetjenesten og gjøre den mindre attraktiv som arbeidsplass. Det er derfor viktig å sikre rekruttering og beholde erfarne medarbeidere ved å tilby tjenester som samsvarer med deres verdier og preferanser, samtidig som overbehandling reduseres.

Mangel på sykehjemsleger og ressurser i den kommunale helsetjenesten kan føre til unødige innleggelse og begrenset tilgjengelighet på viktige tilbud utenfor vanlig arbeidstid. Fremtidig mangel på paramedisinere kan også utfordre ambulansetjenestens behov og skape lokale debatter om kompetanse, erfaring og utrykningstid. Disse temaene er politisert og engasjerer både lokalsamfunn og helsepersonell.

Prioritering i den akuttmedisinske kjeden

Prioritering innebærer å ta bevisste beslutninger om hva som skal gjøres først og hva som kan vente. I den akuttmedisinske kjeden må prioriteringene være i tråd med de grunnleggende verdiene i norsk helsetjeneste, samt de tre kriteriene for prioritering: nytte, ressurser og alvorlighet.

På grunn av økende kapasitetsutfordringer blir det stadig viktigere å prioritere i den akuttmedisinske kjeden. En utfordring knyttet til dette er bruken av medisinske indekser som beslutningsstøtteverktøy i AMK- og legevaktssentralene, beslutningsstøtteverktøy og mer avanserte IKT-baserte verktøy vil kunne gi operatørene større mulighet til å bruke sin faglige kunnskap og erfaring, noe som vil bidra til mer presise prioriteringer og bedre ressursutnyttelse.

Prioritering av ressurser til en pasient eller et sted kan føre til redusert tilgjengelighet og kapasitet for neste pasient eller hendelse i området. Å forvente full tilgjengelighet av ressurser for alle i akutt nød vil kreve en svært høy beredskap og store kostnader. Det er derfor viktig å ha klare prioriteringskriterier for både helsepersonell og pasienter i akutte situasjoner.

En annen utfordring med prioritering er knyttet til bruk av ressurser til pasientforflytning. Ambulanse brukes ofte til å flytte pasienter fra hjemmet eller institusjoner til legevakten, selv om andre alternativer som legebekyk eller annen transport kunne vært mer hensiktsmessig. Dette fører til unødvendig belastning på AMK og ambulansetjenesten, og det er behov for bedre rutiner for å sikre effektiv ressursbruk.

Geografiske forhold og infrastruktur

Geografiske forhold og ulikheter i befolkningstetthet utgjør utfordringer i den akuttmedisinske kjeden. I mange områder blir legevaktstjenestene sentralisert til færre og større enheter, noe som resulterer i lengre reiseavstander for pasienter og færre hjemmebesyk av leger. Dette øker antall oppdrag for ambulansetjenesten og fører til lengre kjøretid for ambulanspersonell som opererer i områder med spredt bosetning. Ambulanse kan derfor være borte fra sitt primærområde over lengre perioder, noe som utfordrer beredskapen i lokalsamfunnene.

Sentralisering av legevaktene har også ført til at ambulansetjenesten får flere oppdrag med vurderinger i distriktene. Det er avgjørende med et godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder omstrukturering av det kommunale legevakttilbudet.

Responstid

Forskriftsfesting av nåværende responstidsmål i ambulansetjenesten ville kreve betydelige investeringer i infrastruktur og økt bruk av helsepersonell, med store ressursbindinger i fremtiden. Mens responstidsmål gir befolkningen en indikasjon på hvor raskt de kan forvente hjelp ved akutte tilfeller, gir det ikke et komplett bilde av tjenestens evne til å redde liv og helse. Vi har sammen med de andre prehospitale tjenestene i Helse Vest argumentert mot å forskriftsfeste responstid.

En velfungerende akuttmedisinsk kjede avhenger imidlertid av mer enn bare raske responstider i ambulansetjenesten. Vitenskapelig dokumentasjon støtter opp om at hjelp fra innringer og førstehjelpsrespondenter bidrar til bedre overlevelsesmuligheter for pasientene. Tryggheten og forutsigbarheten befolkningen opplever med tanke på akutt hjelp er også av stor verdi, og en tilgjengelig og kompetent akuttmedisinsk tjeneste er avgjørende for likeverdige helsetjenester i hele landet.

Med tanke på kommende demografiske endringer, teknologisk utvikling og utfordringer knyttet til helsepersonellmangel, mener vi at det ikke er hensiktsmessig å forskriftsfeste responstidsmål. I stedet bør det jobbes med å utvikle et bredere sett med kvalitetsindikatorer som bedre reflekterer pasientenes behov og medisinsk behandling i akuttmedisinske forløp. En revurdering av nødmeldetjenesten, spesielt med tanke på kapasitet og beslutningsstøtteverktøy, bør også prioriteres.

Helse Vest ser ingen faglig begrunnelse for å ha differensierte responstidsmål i tettbygde og grisgrendte områder. Lengre responstider i distriktene bør ikke være en målsetning, men heller en konsekvens av tilgjengelige ressurser.

Behov for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister

I dag eksisterer det ikke et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister innenfor prehospital tjeneste. Slike kvalitetsregister ville ha gitt informasjon om behandlingskvalitet som kan bidra til å forbedre helsetjenesten. Det er nødvendig å komme videre i arbeidet med å utvikle kvalitetsregister innenfor prehospital tjeneste og akuttmottak.

Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system

I likhet med øvrig helsetjeneste må også prehospitale tjenester i møte med økende behov og uendret kapasitet inn i et prioriteringsarbeid. Tilgjengelige data gjør det mulig å jobbe strukturert med forbedringer, men teknologiske utfordringer og tilgang til data er hovedhindringene. Økt spesifisitet i prioriteringene er nødvendig for å unngå unødvendige transporter, undersøkelser og behandling, men kan føre til forsinket helsehjelp og redusert tilfredshet med helsetilbudet. Forsvarligheten av slike endringer avhenger av nøye oppfølging av de som triages til lavere hastegrad eller enklere omsorgsnivå, både med medisinske sikkerhetsmål og brukeropplevelse.

Det er betydelige juridiske og praktiske hindringer knyttet til bruk av data systematisk for forbedringsarbeid i prehospitale tjenester:

- Data er ikke tilgjengelige etter åpne og beskrevne standarder.
- Data lar seg ikke koble uten betydelig manuell innsats, noe som begrenser automatisering av datakobling og analyse.
- Utviklingen av indikatorer for pasientforløp hemmes av prosesser for vurdering av personvern og taushetsplikt, spesielt ved overganger mellom ulike virksomheter.
- Det mangler dedikerte ressurser til analyse av drifts- og kvalitetsdata i tjenestene.

- Eksisterende kvalitetsindikatorer fokuserer på tidsintervaller og resultat påvist tilstand, men mangler oversikt over de som mistenkes for alvorlig tilstand uten å få bekreftet det
- Ulempene ved manglende oversikt inkluderer økte kostnader, unødvendige undersøkelser og transport, risiko for bivirkninger og uhell, samt utfordringer med mannskapets empatiske belastning. Spesialisering og funksjonsfordeling mellom sykehus øker behovet for transport, og det trengs trolig tilleggsressurser for forsvarlig overvåkning og behandling underveis.

Mangelen på tilgjengelige data begrenser muligheten til å modellere endringer i behovet, noe som påvirker logistikken for ambulanseoppdrag. Deling av kliniske opplysninger, inkludert behandlingsplaner og viktige beslutninger, er avgjørende for å sikre god helsehjelp i akuttfasen. Uten tilstrekkelig tilgang til disse opplysningene kan pasienter få dårligere behandling og risikofaktorer kan gå ubemerket. Dette kan også føre til unødvendige transporter og undersøkelser. Deling av data muliggjør også læring og forbedring etter hendelser og uhell, men begrensninger i tilgang til informasjon og kommunikasjonsteknologi hindrer effektiv samhandling. Til tross for lovhjemmel for tilbakemelding fra journaler, er tilgangen til disse opplysningene ofte begrenset av teknologiske og juridiske barrierer. Det er behov for bedre teknologistøttet anvendelse for å oppfylle lovgivers intensjon om individuell tilbakemelding for å styrke erfaring og kompetanse.

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.

For å opprettholde et godt tjenestetilbud med kort responstid i den akuttmedisinske kjeden, er det flere tiltak som kan være viktige:

1. Effektiv kommunikasjon og samarbeid: Gode kommunikasjonssystemer og samarbeidsrutiner mellom ulike aktører i den akuttmedisinske kjeden, som AMK-sentralen, ambulansepersonell, legevakt, sykehus og eventuelt andre nødetater, er avgjørende for å sikre rask respons og koordinert innsats.
2. Prioritering og triage: Implementering av effektive triagesystemer og klare retningslinjer for prioritering av pasienter basert på alvorlighetsgrad er nødvendig for å sikre at ressursene brukes på en optimal måte og at de mest kritiske tilfellene får rask behandling.
3. Opplæring og kompetanse: Kontinuerlig opplæring og faglig utvikling av helsepersonell innenfor akuttmedisin er avgjørende for å sikre at de har nødvendig kompetanse og ferdigheter til å håndtere akutte situasjoner effektivt og trygt.
4. Utnyttelse av teknologi: Implementering og riktig bruk av teknologiske løsninger (telemedisin, elektroniske pasientjournaler og GPS-sporing av ambulanser) kan bidra til å optimalisere ressursbruken og redusere responstiden ved å gi raskere og mer nøyaktig informasjonsoverføring.
5. Kontinuerlig evaluering og forbedring: Systematisk evaluering av tjenestene, inkludert analyse av responstider, pasientutfall og arbeidsprosesser, er viktig for å identifisere eventuelle svakheter og implementere nødvendige forbedringstiltak for å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene.

Digitalisering

Digitalisering og innovasjon åpner nye dører i akuttmedisinen. Med et nasjonalt system for elektronisk pasientjournal for ambulansetjenesten og forventninger om oppgradering av IKT i AMK, ser vi potensialet for bedre datafangst og utvikling. Datasikkerhet og 5G-nettets raske kommunikasjon gir muligheter for sikre og avanserte datatjenester utenfor sykehusene, inkludert tekst, lyd, video og data fra medisinsk utstyr.

Digitaliseringen av det prehospitale området åpner for nye muligheter for forbedret og mer effektivt samarbeid. For å realisere dette potensialet er det viktig å følge opp med tilsvarende forbedringer av organisering, arbeidsprosesser og informasjonsflyt.

For å møte de utfordringene som prehospital tjeneste står overfor, og for å kunne tilby et godt tjenestenivå, er det nødvendig å utvikle og utnytte digitale tjenester som:

- Forbedret integrering mellom elektroniske pasientjournaler i ambulanser og sykehus.
- Implementering av kliniske verktøy for diagnostikk.
- Bruk av IKT-baserte beslutningsstøtteverktøy.
- Utforsking av alternative metoder for dynamisk styring av kjøretøyflåten.

Den digitale samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stort sett basert på elektronisk meldingsutveksling. For digital samhandling må de prehospitale tjenestene benytte de samme løsningene for digital samhandling som etableres generelt

Oppgaver på tvers for å opprettholde beredskap

Beredskap i ambulansetjenesten er komplekst, spesielt når det gjelder ressursutnyttelse og samarbeid med kommunene på ulike forvaltningsnivå. Oppdragsmengden varierer betydelig mellom byer og distrikter, noe som påvirker beredskapstiden. I tillegg til å håndtere akutte oppdrag, kan det enkelte steder være aktuelt for ambulansepersonell å bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med andre oppgaver. Det har vært vellykkede forsøk, som Rørosmodellen og Telemarkmodellen, hvor ambulansepersonell har bidratt til kommunale oppgaver og der kommunene er mer involvert i den akuttmedisinske beredskapen. Forskning har også vist verdien av samtrening og scenariotrening i akuttmedisinske ferdigheter. Disse initiativene understreker viktigheten av samarbeid for pasientens beste, men viser også at ulike situasjoner kan kreve forskjellig tilnærming. Implementering av slike initiativer i vårt område være uforutsigbart og kreve tilpasning og testing på liten skala før full utrulling. Rammer for slike tester må etableres gjennom felles forståelse mellom aktørene, slik det gjøres i helsefelleskapene. Når det gjelder beredskap, opplever vi at selv om ambulanseressursene er opptatt det meste av tiden, kan betydelige ressurser raskt mobiliseres ved akutte behov. Imidlertid trues beredskapen hvis ambulanseressursene blir bundet opp over lengre tid på ett oppdrag. Dette kan skje hvis det er uklarhet om hvor pasienten skal transporteres eller ventetid for vurdering fra primærhelsetjenesten. I vårt område bidrar spesialisthelsetjenesten allerede mye til oppgaver som kunne vært løst med bedre ressurser til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer ambulansetransport til legevaktssentral, hvor konsultasjon med sykehjemslege eller mobil legevaktslege kunne vært en bedre løsning, samt utrykning med ambulanse for allmennmedisinske problemstillinger på grunn av manglende kapasitet eller organisering i hjemmetjenestene og legevakt.

De bør også i fremtiden vurderes alternative tilnærminger for å sikre et godt alment helsevesen. Det er ikke alltid nødvendig med ambulanser for å håndtere situasjonen. Andre eksempler som first responder-team sammen med kommunale legevakter, kan også bidra til å sikre et effektivt akuttmedisinsk tilbud.

Sammendrag

Det akuttmedisinske systemet i Norge kan best beskrives som en helhetlig struktur som tar sikte på å sikre at pasienten opplever en kontinuerlig behandlingsprosess med jevne overganger mellom de ulike aktørene. Dette systemet involverer et bredt spekter av aktører på forskjellige forvaltningsnivåer og organisasjoner, og det er et komplekst og tilpasningsdyktig system. Endringer et sted i systemet kan ha uforutsette konsekvenser andre steder. Dette åpner opp for mange muligheter for forbedring, og understreker behovet for systematisk arbeid med datadrevet utvikling på tvers av organisasjonene.

1. Økt etterspørsel og press på prehospitaltressurser: Med flere eldre og flere pasienter med kroniske sykdommer som trenger omsorg, er det sannsynlig at den store økningen i antall nødsamtaler og behov for ambulansetransport fortsetter. Dette medfører økt press på prehospitaltressurser og lengre ventetider for pasienter som trenger akuttmedisinsk hjelp.
2. Behov for spesialisert opplæring og utstyr: Økningen i antall eldre pasienter og pasienter med komplekse medisinske tilstander kan kreve mer spesialisert opplæring og utstyr for ambulansespersonell. Dette kan inkludere opplæring i geriatrisk omsorg, håndtering av kroniske sykdommer og avansert medisinsk utstyr for å håndtere akutte medisinske tilstander.
3. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten: Med økt behov for overføring av pasienter til og fra sykehus og kommunehelsetjenesten, er det viktig at prehospitaltressurser samhandler godt med andre deler av helsetjenesten. Dette kan inkludere bedre informasjonsdeling, samarbeid om pasientbehandling og koordinering av omsorgsoverganger.
4. Fokus på forebygging og tidlig intervensjon: For å møte den økende etterspørselen etter prehospitaltressurser, er det nødvendig med større fokus på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon for å redusere behovet for akutt medisinsk hjelp. Dette kan inkludere tiltak som økt tilgjengelighet av helsetjenester i lokalsamfunn, opplæring i førstehjelp og hjerte-lungeredning, samt bedre tilgang til telemedisin for å gi råd og veiledning til pasienter hjemmefra.

Samlet sett vil endringene i demografi og behovet for økt behandling i kommunehelsetjenesten kreve tilpasninger og innovasjon innenfor prehospitaltressurser for å sikre at pasientene får riktig omsorg på rett tid og sted. Dette kan kreve investeringer i opplæring, utstyr og samarbeid på tvers av helsetjenesten.

Helsefelleskapene er beskrevet som verktøy for bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene, men det er fortsatt utfordringer med samarbeid på tvers av sektorer. Politiske tiltak, organisatoriske endringer og kulturelle skift som fremmer mer integrert tilnærming til helsetjenesten er nødvendig for å få fremgang. Eksempler på tiltak kan være felles IT infrastruktur og endring i insentivstrukturer for å belønne samarbeid og kvalitet i tjenestene.