

# Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

## Bakgrunn

Først vil vi takke for muligheten for å komme med innspill til ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, og håper det vil være mulighet for kommunene å bli aktivt involvert i det videre arbeidet.

Dette er et felles innspill på vegne av kommunene: Holtålen, Trondheim, Skaun, Tydal, Heim, Malvik, Leka, Frosta, Surnadal, Stjørdal, Meråker, Steinkjer, Overhalla, Høylandet, Bindal, Verdal, Midtre Gauldal, Selbu, Hitra, Frøya, Levanger, Røros, Indre Fosen, Grong, Snåsa, Namsos, Melhus, Orkland, Åfjord og Inderøy og oversender med dette innspill til den kommende stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester.

## Utfordringsbildet

I framtida vil flere trenge helsehjelp uten at tilgangen på folk og penger øker tilsvarende. Kabalen går rett og slett ikke opp. Derfor må vi tenke nytt og gjøre ting annerledes enn i dag.

I morgendagens helsetjenester må kommunen prioritere å bistå dem som trenger det mest. Sammen med innbyggerne må vi finne nye, gode løsninger på en rekke samfunnsområder. For å lykkes med dette så vil vi spesielt trekke frem disse forholdene:

- Vi må bruke de folkene vi har, på en bedre måte, aktivere de som står utenfor arbeid og tenke på eldre som en ressurs.
- Vi må ta vare på vår egen helse og planlegge hvor og hvordan vi skal kunne bo lengst mulig hjemme.
- Vi må ta vare på hverandre og finne nye, gode løsninger for å gi innbyggerne mulighet til selv å mestre livene sine.
- Vi må leve livene våre litt annerledes enn i dag og ha et enda mere bevisst forhold til aktivitet, kosthold og sosiale forhold. Vi må skape en kultur som fremmer tilhørighet og forhindrer ensomhet.

Selv om morgendagen er avhengig av at vi dreier innsatsen inn mot mere helsefremmende og forebyggende helsearbeid, må vi ha beredskap og akuttmedisinske tjenester for å sikre liv og helse når det oppstår akutt sykdom, kriser, ulykker og uforutsette hendelser.

Kommunene har vist å ha stor evne til omstilling og mobilisering når det oppstår usituasjoner, det nyeste eksemplet på dette er pandemihåndteringen av covid-19 hvor gjennomføringen av TISK strategien var helt avhengig av at kommunene gjennomførte stor skala av testing, isolasjon, smittesporing og massevaksinasjon.

Det er viktig at man sikrer en finansieringsordning som ivaretar ulikheter mellom kommunene, men også at man tar hensyn til at det er krevende å rekruttere fagpersoner innenfor helse- og omsorg i kommunalsektor. Det er en sammenheng mellom kommunenes generelle utfordringer i allmennelegetjenesten og utfordringer i de akuttmedisinske tjenestene. Legekompetansen er en nøkkelfaktor. Tilgang på legekompetanse må økes. Dette berører både utdanningskapasitet, utdanningsløp og rammebetingelser for å utøve legegjerningen.

I denne innspillsrunden har vi valgt å ikke trekke inn samarbeid med frivillige organisasjoner og hvordan denne ressursen bør sees inn i akuttmedisinskjede, men dette er også noe som bør sees ytterligere på. I NOU 2015:17 "Først og fremst" så foreslå utvalget konkrete forslag, som bør vurderes på nytt.

Til den nye stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester har vi valgt å gi innspill på fire hovedområder:

- Beredskapsordningene må sees i sammenheng.
- Finansieringsordninger som motiverer til samhandling på tvers av nivåene.
- Nødvendige pasientopplysninger på være tilgjengelig elektronisk.
- Kompetansekrav må ikke hindre rekruttering.

## Beredskapsordninger

Målet på responstid for ambulanse er at 90% av oppdragene (ambulanse) skal være på hendelsestedet innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk, og dette bygger på anbefalinger fra NOU:1998 "Hvis det haster". Dette er anbefalinger som ikke har en klar medisinskfaglig begrunnelse, men tar utgangspunkt i erfaringer fra andre nasjoner og nasjonale kartlegginger på responstid.

Flere kommuner sier at det å rekruttere fagfolk er krevende, og nye lovkrav på responstider vil kunne gi enda større vanskeligheter med å sikre forsvarlige og effektive tjenester. Det er en sammenheng mellom kommunenes generelle utfordringer i allmennelegetjenesten og utfordringer i de akuttmedisinske tjenestene. Legekompetansen er en nøkkelfaktor, og tilgang på legekompetanse må økes. Dette berører både utdanningskapasitet, utdanningsløp og rammebetingelser for å utøve legegjerningen

Samtidig må man se på fordelingen av personell mellom kommunale beredskapsordninger og løpende drift, hva som er den riktige fordelingen her er det pr i dag manglende kunnskap om. I et akuttmedisinsk pasientforløp er det også overlappende oppgaver og roller mellom kommunene og helseforetakene, og det bør ryddes i dette.

Det er ulikheter mellom norske kommuner, både når det gjelder bla sentralitet, geografi, antall innbyggere, tilgang på fagfolk og nærhet til spesialiserte tjenester. Som prinsipp skal alle innbyggerne i Norge ha likeverdige tjenester. Det betyr også at man må vektlegge lokale forhold ved valg av modell.

Tjenesteinnovasjon kan være en metode for både å avdekke hvilket handlingsrom man har mellom helseforetak og kommuner, og hvordan man kan ta det i bruk. Helsefelleskapene kan være en arena for å utvikle mer effektive innovasjonssystem for prioriterte innsatsområder som ivaretar behovene på begge nivå, og i større grad behovene i kommunene.

## Innspill:

- Vi må søke å finne løsninger som gir et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. Det bør vurderes om legevakt på natt i distrikter med lite aktivitet kan overtas av sykehusene.
- Hvordan kan bruk av teknologiske løsninger som "videolegevakt" ol. tas i bruk både for å gjennomføre konsultasjoner og bidra til beslutningsstøtte i langt større grad enn hva det er i dag?

- Helsefelleskapene kan være en arena for å se på effektiv ressursutnyttelse og finne gode modeller som ivaretar de lokale utfordringene.
- Gitt krevende personallutfordringer må det være tiltak som reduserer passiv tid i beredskap.
- Ambulansetjenesten må utvikles i tråd med utfordringene, og hvordan kan man utnytte ressursene og kompetansen hos bla brannvesen?
- Det bør være medisinskfaglige vurderinger som ligger til grunn for fastsettelse av responstider og reiseavstand til f.eks legevakt. Dersom reiseavstand og responstid skal fastsettes, bør dette vurderes for en samlet akuttmedisinsk tjeneste, ikke for de enkelte deltjenestene.
- Tjenesteinnovasjon kan være en metode for både å avdekke hvilken handlingsrom man har mellom helseforetak og kommuner, og hvordan man ta det i bruk. Inderøy kommune har jobbet noe erfaring med dette. Kommunene i indre Namdal har startet et prosjekt med felles legetjeneste. Helse Nord-Trøndelag HF og Røyrvik kommune har samarbeidet om forsterket akuttgjelder, og helseforetaket har en forsøksordning med akuttbil i Inderøy og Steinkjer.

## Finansieringsordninger

Dagens finansiering av helsevesenet kan være til hinder for utvikling og utprøving av nye måter å samarbeide på. Sykehusutvalget foreslår bla helsefelleskapene får en pott som de kan disponere når de er enige om om tiltakene, dette vil kunne være viktig for å finne nye måter å organisere tjenestene på.

Her vil vi trekke frem det arbeidet som kommunene og Helse Nord Trøndelag HF har gjort i fellesskap med å beskrive et helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem. Dette startet om et prosjekt i Helse Nord-Trøndelag HF (FAM 1), men man ble fort klar over at dette involverer både helseforetaket og kommunene slik at et samarbeid ble inngått.

Beredskap har en kostnad, og den varierer mellom kommunene. Dette skyldes nok både ulikheter når det gjelder kostandseffektivitet, men variasjonen har nok også et element av stordriftsfordeler. Små kommuner med egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner, har i gjennomsnitt kostnader per innbygger som er flere ganger høyere enn i større kommuner og i kommuner som samarbeider med andre om legevakt (Oslo Economics og Høverstad FOU-prosjekt nr 184007 for KS i 2019).

## Innspill

- Finansieringen av legevakt, men også den øvrige akuttmedisinske kjeden må gjennomgås for å sikre en bærekraftig beredskap i hele landet.
- Det må være handlingsrom slik at kommunene og helseforetakene i fellesskap kan organisere en tjeneste som er tilpasset lokale forhold.

## Pasientopplysninger

I en akuttsituasjon kan tilgangen på nødvendige helseopplysninger være av avgjørende betydning, og man må et system hvor helsepersonell har sikker og enkel tilgang til pasientopplysninger når behovet er der.

## Innspill

- Nødvendige helseopplysninger må være tilgjengelig elektronisk i hele den akuttmedisinske kjeden.

## Kompetanse

Kompetansen til å identifisere, vurdere, ivareta og samarbeide om pasienter er viktig. Man må sikre at personellet er sikres nødvendig trening i å utføre sine egne oppgaver, men også samhandling og samarbeid med andre aktører er viktig å vurdere hvordan man skal formalisere. Samtidig må man også sikre at man har kompetanse på en stadig aldrende befolkning og flere med kroniske og sammensatte sykdommer.

Det er et grunnleggende prinsipp å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre forsvarlige tjenester. Samtidig vet man at kompetansekrav kan gi uheldige ringvirkninger med at kravene gjør det svært vanskelig med å rekruttere fastleger som fyller kompetansekravene.

Det økte kompetansekravet i akuttmedisinforskriften forsterket utfordringene for kommuner med hensyn til bl.a. vaktbelastning for leger som har vaktkompetanse. Dette var spesielt merkbart i distriktene.

Fastlegene er viktig for drift av legevaktene i Norge, ikke minst i distriktene. Samtidig er det grunn til bekymring, når det går med mange legeressurser til å bemanne vaktordninger med svært liten aktivitet.

## Innspill

- Kompetansekrav må ikke være så rigide at de forhindrer rekruttering.
- Det må åpnes for at andre leger enn allmennleger kan delta i legevakt.
- Det bør vurderes om annet autorisert helsefagpersonell kan inngå i legevakt, og hvilke kompetansekrav som må stilles.
- Det er behov for mere kunnskap om de samfunnsøkonomiske konsekvensene av dagens kompetansekrav.

Trondheim, 15.februar 2024