

Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Innledning

NSDM takker for muligheten til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester. Våre innspill tar utgangspunkt i at det skal finnes gode, trygge akuttmedisinske tjenester i hele landet. Store ulikheter i geografi, klima, transportmuligheter, demografi og bosettingsmønster innebærer at likeverdige tjenester krever ulike løsninger. Stort er ikke alltid bedre enn smått, sentralt er ikke alltid bedre enn lokalt. Samlokalisering kan være ønskelig og hensiktsmessig, men ikke alltid og overalt. Anbefalinger, rammer, virkemidler og eventuelle forskrifter må gi rom for fleksibilitet og lokal tilpassing.

«Rural proofing» er en tilnæringsmåte som brukes i EU for å sikre at distriktperspektivet ivaretas i alt utviklingsarbeid, se https://rural-vision.europa.eu/action-plan/cross-cutting/rural-proofing_en, oppsummert i 4 punkter:

1. Hva er direkte og indirekte virkninger av tiltakene/politikken i ulike distriktsområder?
2. Hva er omfanget av disse virkningene?
3. Hva skal til for å skreddersy tiltakene/politikken til ulike distriktsområder?
4. Hvordan har innførte tiltak/politikk påvirket ulike distriktsområder, og hvordan kan de bli ytterligere tilpasset?

Vi mener at stortingsmeldingen må ta høyde for ulike områders behov. Det som kan virke som en god løsning sett fra sykehusperspektiv eller by-perspektiv, kan være et dårlig tiltak i et distriktsområde. Det som kan være en god løsning i ett distriktsområde kan være en dårlig løsning i et annet.

Det er et tankekors at sentralisering av legevakt, ambulansestasjoner og sykehus fører helsepersonell og adekvat akutt hjelp bort fra pasientene som trenger det mest.

Felles virkelighetsforståelse må skapes i respektfullt samarbeid for å komme fram til de best tilpassede tiltakene. Dette gjelder mellom sykehus og kommuner, mellom kommuner og internt i kommunene. Helsefelleskapet kan bli en arena for utvikling av en god og lokaltilpasset akuttmedisinsk tjeneste.

Forskning

Legevakt og prehospital akuttmedisin er fortsatt et forskningssvakt område. Kunnskapsbasert praksis og organisering krever forskning der det gjelder. Vi trenger både klinisk forskning og helsetjenesteforskning for å belyse og utvikle denne viktige delen av helsetjenesten. Planlegging og finansiering av endringsprosjekter bør alltid inneholde følgeforskning.

Det bør lages en nasjonal forskningsstrategi for akuttmedisin utenfor sykehus som omtaler både tema, forskningssamarbeid og finansiering. Det er behov for praksisnær kunnskap der løsningene utvikles.

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

Det er mye som fungerer bra, kommunene har i stor grad tilpasset seg gjennom mange år. I fortsettelsen må kommunene gjøres i stand til faglig og kapasitetsmessig å utnytte sitt eget potensiale med lokale løsninger. De fagfolkene som er der må brukes optimalt. Tjenestene er personalintensive, og kan i liten grad erstattes av digitale løsninger, men mye kan gjøres digitalt for å understøtte menneskene, og bidra til kvalitet.

Demografi:

Befolkning blir eldre, særlig i mange distriktsområder. Flere syke bor hjemme. Mer behandling skjer i hjemmet eller i kommunale institusjoner som KAD, sykehjem og sykestuer.

Endringer i helsevesenet:

Økt mulighet for behandling. Fragmentering og spesialisering av helsetjenesten. Sentralisering (sykehus, legevakt, ambulanse). De forskjellige tjenestene som ser pasienter når de blir akutt syke samhandler ofte dårlig (hjemmesykepleie, trygghetsalarm, psykiatriske tjenester, fastlege, legevakt, AMK og ambulanse).

Bemanning:

Utføring med bemanning i helsevesenet. Arbeidstakere vil ikke jobbe ubekvemme tider, som gjør at mye vakt må finne andre løsninger enn sentralt. Forventning om balanse mellom jobb og fritid. Mer fokus på rettigheter som arbeidstaker. Det er viktig å erkjenne at god/riktig bruk av akuttmedisinske tjenester forutsetter at det er en velfungerende «ikke akutt» tjeneste lokalt. Vi ser at mangel på helsepersonell (som sykepleier og lege på sykehjem eller fastlegekontor) fører til at legevakt blir brukt som igjen kan føre til involvering av AMK og ambulanse og så innleggelse for noe som best hadde blitt behandlet lokalt.

Forventninger i samfunnet:

Befolkningen vil ha rask avklaring 24/7. Forventning i samfunnet (befolkning, myndigheter, fagmiljøer). Mindre rom for å gjøre feil (myndigheter, tilsyn, media, befolkning og fagmiljø). Mindre rom for å begrense utredning og behandling.

Krise/ beredskap (krig, naturkatastrofe)

Vi vil få økt fokus på krise og beredskap fremover. Det vil derfor bli en utfordring å prioritere penger til helse opp mot andre oppgaver. Samtidig kan man argumentere for at gode lokale helsetjenester, inkludert akuttmedisinske, er en forutsetning for at vi kan ha et forsvar, befolkning og næringsliv i hele landet.

Mangel på kunnskap

Generelt er for lite kunnskap om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det vi kanskje vet mest om er en liten del av tjenesten, de kritisk syke og de som fraktes med helikopter. Vi vet for lite om hva som må gjøres, med hvem og når det må gjøres. Det er derfor vanskelig å prioritere ressurser basert på kunnskap. Det er utfordrende å få finansiert prehospitall forskning, altså forskning i primærhelsetjenesten og i overgangen mellom første- og andrelinjetjenesten.

2 Hvilke tiltak er aktuelle, herunder spesielt hvordan nye samarbeids- og arbeidsformer og teknologisk utvikling kan bidra til et faglig godt og bærekraftig akuttmedisinsk tilbud i hele landet?

og

3 Er det pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Basis for riktig bruk av akutt-tjenester er en velfungerende helsetjeneste på dagtid

Det meste som skjer, skjer på dagtid, og det er avgjørende at det er godt arbeidsmiljø på dagtid. Akuttmedisin er en liten, men viktig del av allmennmedisinen også på dagtid. Legevakt skal ikke være fastlegevikar, men kun håndtere ting som ikke kan vente til neste dag. Det betyr at dagtidstjenestene må ha kapasitet nok til å håndtere alle henvendelser på dagtid, også akutte og haste- hendelser, og ikke forskyve dem til kveldstid.

Målet må være å få mest helse ut av de ressursene man har lokalt, og tidlig identifisere de som må til et høyere omsorgsnivå. Det krever at man samhandler godt, noe som forutsetter at man kjenner hverandre (muligheter og begrensinger), prater samme språk og har et felles mål. For at dette skal lykkes må helsepersonell ønske å jobbe i front, der folk bor (med andre ord må vi ha fastleger, hjemmesykepleier etc)

Rekruttere og beholde helsepersonell

Forskning viser at helsepersonell som får mulighet til å jobbe godt faglig, gi god helsehjelp og bygge relevant kompetanse, i større grad blir værende (jfr Rammeverket Recruit & Retain). Dette gjelder leger, sykepleiere og annet nøkkelpersonell. I distriktskommuner dekker legene alle tjenester og gjør ofte et bredere spekter av prosedyrer enn det som er vanlig i byene. Det samme gjelder sykepleierne og annet helsepersonell. Dette er vinn-vinn for pasienter og for sykehus, men det kan gi økte kostnader for kommunen. Det er nødvendig å skape rammer som gjør det mulig og ønskelig å utvikle slike tjenester gjennom tid til faglig oppdatering og kompetansebygging, infrastruktur for samarbeid og kunnskapsoverføring mellom første- og andrelinjetjenesten, og gjerne felles forskningsprosjekter hvis det er interesse for det. Dette vil også bli gode undervisnings- og praksisarenaer for studenter, LIS1, ALIS og andre helsepersonellutdanninger i samarbeid med universitet og høyskoler. Dette vil bidra til rekruttering, og til at erfarne helsepersonell blir værende.

Rotasjonsordninger

Mange kommuner som har måttet bruke mange og dyre vikarer i både lege- og sykepleiertjenestene har etablert rotasjonsordninger av ulike slag. Noen av disse dekker kun legevakt, andre dekker andre tjenester. Disse ordningene regnes ikke som like bra som fastboende helsepersonell, men likevel langt bedre enn

vikarstafetter. Fast rotasjonspersonell blir kjent med kommunen og folkene, og kan delta i fagutvikling, samtrening og kvalitetsarbeid.

Det finnes også ordninger der kommuner samarbeider om legetjenestene (Astafjordlegen), og der legetjenesten samles i et stort legesenter med utekontordager (Senjalegen). På Island finnes en ordning som foreløpig ikke er etablert i Norge: et stort legesenter i byen har avtale om å dekke hele eller deler av legetjenesten i en liten distriktskommune ved at legene fra bysenteret bytter på å være på distriktskontoret i 1-2 uker hver.

Organisering av legevakt i distrikt

Lokale forhold er avgjørende for hvordan legevakt og akuttmedisin utenfor sykehus bør organiseres. Det vil være fordeler og ulemper med ulike løsninger, og ROS-analyser er nødvendige deler av beslutningsgrunnlaget. I distriktsområder er det mulig med ulike løsninger:

- Lokal legevakt med base i fastlegekontoret, gjerne samlokalisert med andre helsetjenester (hjemmesykepleie, fysio/ergo, sykehjem, psyk/rustjeneste osv). Ambulansestasjon kan også gjerne samlokaliseres her. Dette er aktuelt i distriktskommuner der geografien gjør interkommunal legevakt vanskelig, eller der legene/kommunen vurderer at lokal legevakt er mer overkommelig enn en interkommunal legevakt langt unna, til tross for hyppigere vaktbelastning. Fordeler med lokal legevakt er god oversikt over pasientene, det meste kan med god planlegging kanaliseres til – og håndteres på – dagtid, god kjennskap til lokale forhold, muligheter og begrensinger blant fagfolkene og andre hjelpere som gjør at man kan finne fleksible løsninger for å håndtere mange helseproblemer lokalt enten hjemme eller på sykestua/sykehjemmet. Ulemper med lokal legevakt kan være hyppig vaktbelastning. Noen kommuner løser dette med rotasjonsordninger for leger som dekker legevaktene hele eller deler av tiden (f.eks. Luster, Lyngen). Andre kommuner løser det med å ansette ekstra leger som gir levelig arbeidsbelastning (f.eks. Gildeskål, Nordkapp).
- Interkommunalt legevaktssamarbeid mellom to eller flere kommuner i rimelig nærhet er en god løsning mange steder. Dette gir lavere vaktbelastning og større fagmiljø for leger og sykepleiere. Samlokalisering med lokalsykehuset kan være gunstig. Lengre reisevei for deler av befolkningen kan føre til underforbruk av legevakt. Avstand til ytterkantene vil kunne kreve bakvaksordninger. Bruk av videokonsultasjoner i samarbeid med lokalsykepleier kan være en mellomløsning (jfr Legevaktspiloten). Ambulansetjenesten vil få mer å gjøre fordi pasienter må hentes inn til legevakta. ROS-analyser er nødvendig å gjennomføre både før etablering og underveis.
- Utvidet prosedyrekompetanse på lokale legevakter med lang avstand til sykehus kan være hensiktsmessig, jfr bruddbehandling på Bykle legevakt (Dagens Medisin 140224). Andre prosedyrer som kan gjøres er f.eks. blodtransfusjon, avansert akuttmedisin og stabilisering lokalt osv. Dette krever planlagt og målrettet trening, engasjerte leger og sykepleiere, godt samarbeid mellom legevakt og sykehus, med åpen mulighet til å sende pasientene dersom legen vurderer det nødvendig. Slike ordninger må aldri pålegges fra sykehusets side, men utvikles på bakgrunn av lokale legers og kommuners ønske.
- Utplassering av røntgenapparat bør vurderes der det er langt til sykehus dersom det er interesse for dette i lokal helsetjeneste. Mobil CT for avklaring av hjerneslag er en tjeneste som må vurderes i nært samarbeid mellom sykehus og kommuner, og ansvarsforhold må avklares tydelig. Sykehus kan ikke ensidig pålegge lokal legetjeneste å ta ansvar for pasienter utover vanlig kompetansenivå.

Lønn på legevakt

Legevakt er en beredskapsordning der kun det som ikke kan vente til neste dag skal håndteres. Det er derfor kontraproduktivt å ha stykkprisfinansiering av legevakt enten det er legen selv eller kommunen som får inntekten. Finansiering av legevakt må gjenspeile at dette er beredskap, jfr Steinar Hunskaars artikkel i Tidsskriftet Michael 22:2 (referert i Ukoms ferske rapport om «Gjentatte henvendelser til legevakt»): «Ingen andre beredskapsorganisasjonar har i dag aktivitetsbasert løn, ikkje sjukepleiarar, ikkje politi, brannfolk eller ambulansarbeidarar, og slett ikkje legar i akuttmottak på sjukehus.»

Utvidet akuttkjede og nettverk

Førstelinjen må styrkes. Det må være generalister med vurderingskompetanse, informasjon, støtte og beslutningsmyndighet i front både i førstelinjen og i sykehusene. De som møter pasienten i samfunnet, må jobbe tettere sammen i nettverk. Dette nettverket vil kunne bestå av hjemmetjenester, trygghetsalarm, fastleger, legevakt, AMK og ambulansen.

Hjemmesykepleie og sykehjem er viktige aktører i akuttkjeden som tradisjonelt ikke er organisert eller trent til å håndtere akutte hendelser. Hjemmesykepleien bør organiseres og bemannes slik at de kan rykke ut og følge opp pasienter hjemme i samarbeid med legevaktlegen (jfr Lillehammer-prosjekt). Regelmessig simuleringstrening med realistiske scenarier bør innføres som en obligatorisk del av driften.

Akuttpsykiatri og rus

Gode tjenester på dagtid og nært samarbeid mellom nivåene og aktørene kan forebygge mange akutte forverringer, men noen ganger oppstår behov for akuttinnleggelse i psykiatriske institusjoner. Med lange avstander og behov for enten bil- eller lufttransport er det fortsatt svært utfordrende for lokal legevakt å få nødvendig bistand. Bedre samarbeid mellom legevakt, AMK, politi og psykiatri er nødvendig.

Ambulansetjenesten

Bil- og båtambulansene er avgjørende for gode akutt-tjenester i distrikt. Ambulansestasjonene bør være så desentralisert som mulig. Kompetanse kan beholdes ved hospitering og trening. Samtrening med kommunalt personell må legges inn i arbeidsplanen, jfr Vadsø-modellen. Sambruk av ambulanspersonell jfr Røros-modellen bør videreutvikles.

Ikke glem ambulansebåtene!

Luftambulansen er også viktig infrastruktur – helikopter i større grad enn ambulansfly.

God samhandling er avgjørende

Det må settes av tid til at fagfolk og ledere møtes på tvers av nivåer. ET godt eksempel er Indre Sogn som har et akutt-samhandlingsforum der det sitter representanter for samtlige legevakter, LVS, AMK, IKL, bruker, ambulans osv i samme rom. Dette bidrar til en felles forståelse f.eks. ved nye medisiner i ambulansen (ketamin, fentanyl), samarbeidsproblemer og misforståelser kan løses opp i, konstruktive løsninger kommer fram. De møtes fire ggr pr år fysisk. Informasjon om det som tas opp på møtet deles deretter med leger og personell på lokal legevakt.

Samtrening, samtrening, samtrening

Det finnes mange modeller for samtrening, og ingen unnskyldninger for at kommuner og sykehus ikke legger dette inn i årshjul og månedshjul for alle som jobber i akuttkjeden. Vi nevner FørsteBEST, Akuttkjeden i Telemark, samtreningensordningene i Alta og Vadsø, Trygg akuttmedisin-prosjektet osv.

Vennlig hilsen

Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway

www.nsdm.no

Phone: +47 91622312

