



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse:
23/24787-2

Deres referanse:
23/4454-

Saksbehandler:
Marita Bakker

Dato:
15.02.2024

Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester fra Follo medisinske senter

Follo medisinske senter ønsker å gi tilbakemelding til akuttmedisinske tjenester utover det som er spørsmålene.

Legevakt

Kompetansekrav

Det bør stilles definerte kompetansekrav til operatører, som f eks Kokoms kompetanseplan, i legevaktsentral samt en overgangsordning og økonomisk refusjonsordning for opparbeidelse av disse slik at man kan sikre kompetanse for operatører i front. Dette er den kanskje mest komplekse og mest utfordrende delen av den kommunale øyeblikkelig hjelp-funksjonen, og bør kvalitetssikres fra nasjonalt nivå. Forskriftskrav til kurs i akuttmedisin og bruk av nødnett kan forsvares i organisasjonen, men er langt på nær nok til å sikre en faglig forsvarlig utførelse hos operatør. Det er utfordrende å oppnå forståelse hos bevilgende politisk styre for tid og ressurser som må til for å sikre kompetansen, når dette ikke er forskriftsfestet. I en trang kommuneøkonomi forsakes utvikling som er nødvendig, men ikke pålagt av myndigheter. Kostnader måles hovedsakelig i bemanningsplaner for pasientnært arbeid og ikke utvikling og kvalitetsarbeid.

Ved å øke operatørers kompetanse vil man med sannsynlighetsovervekt i større grad sikre raskere og riktigere informasjon til innringer, bedre flyt/konferering/oversending av anrop til AMK-sentral, styre legebilressurser mer hensiktsmessig, økt forsvarlighet i behandling og ivaretagelse av pasienter som, etter triage, vurderes til å kunne bli værende hjemme uten legevurdering med råd fra operatør.

Beslutningsstøtteverktøy og elektroniske pasientjournaler

Triageringsverktøy benyttet hos AMK-sentraler bør valideres og samordnes slik at legevakt blir brukt i størst mulig grad. Der lege har størst effekt når det gjelder pasientens prognose og utfall, ressursbruk av prehospitaltjenester, samt tid til frigjøring av disse. Norsk Index som benyttes hos AMK, dekker ikke legevaktenes behov for både triage på 116117 og oppmøte.

Nær og nyskapende

Legevaksleger og ambulanser er ressurser som ofte oppleves som knappe i et helhetsperspektiv, og det er i samfunnets interesser at disse jobber sammen for raskest mulig ressursfrigjøring og forsvarlig pasientbehandling på lavest mulig nivå.

Det bør tilstrebes at informasjonsflyt ved utalarmeringer fra AMK til legevaktsentral og lege gir grunnlag for vurdering. Det arbeides med et nytt hendelssystem for AMK, men legevaktsentralenes behov for informasjon er ikke tatt med. Utalarmering fra AMK til Locusbrett, begrenses av at det kun kan utalmeres til ett Nettbrett. Dette hindrer også god prioritering av oppdrag mellom legevaktsbil og legevaktsentral, mtp lokalisasjon og hastegrad. Pr i dag er det utfordrende å holde både legevaktsbil og legevaktsentral oppdatert over utfyllende informasjon om akuttoppdrag. En kort melding på radio gir ikke tilstrekkelig grunnlag for legevakslege og eller legevaktsentral til å kunne vurdere oppdrag opp mot hverandre. Dette bidrar til at ressursene brukes feil.

Man bør derfor se på muligheten til at AMKs systemer bør i større grad kunne samsnake med legevaktenes EPJ eventuelt fremtidig lifeX, slik at informasjonsutvekslingen i større grad også kan foregå skriftlig og ikke kun over nødnett/legevaktsentral, med tale eller kort melding. En utfordring nå er at formidling av informasjon er for ressurskrevende til at det kan prioriteres fra AMK sin side, da det må gjøres manuelle rutiner.

Kvalitetsindikatorer

Det bør tilstrebes et ensfattet bruk av ord, eks Legevaktsentral (116117) og legevaktslokale, slik at tolkning av regelverk ikke blir utfordrende. SFS2305 beskriver for eksempel at «kommunen kan bestemme at legen skal være tilstede i legevaktsentral» (8.2) hvor det legevaktslokale.

Sfs2305 punkt 9.7 bør endres i interkommunale legevakter hvor ingen leger er tilpliktet, ettersom legevakslegene ikke nødvendigvis jobber i eierkommunene til legevakten.

AMK og legevakt måles på svartid. Utilstrekkelig tilgjengelighet til fastlege, og manglende oppfølging av fastlegeforskriften, fører til en uhensiktsmessig pasienttilstrømning til legevaktsentral og legevakt, med dårlig svartid som et av resultatene. Legevaktsentralens svartid bør vurderes i sammenheng med fastlegedekningen i kommunene den betjener og eventuelt at midler overføres til legevaktsentral. På denne måten vil kommunene også ha høyere intensiver for å legge til rette for flere hjemler og en bedre fastlegedekning.

Nye mulige kvalitetsindikatorer for legevakt:

- Andel leger og hjelpepersonell med akuttkurs.
- Andel nyansatte med introduksjon/"godkjent "opplæring ved legevakt
- Tilgjengelighet av egnet utrykningskjøretøy
- Prosessindikatorer: andel rød respons der lege er varslet, andel rød respons der lege rykker ut, tidsbruk for lege utenfor legevaktslokalet (inkludert responstid, tidsbruk på stedet)
- Antall video-konsultasjoner i legevaktsentral/antall henvendelser
- Hospitering i lokalt akuttmottak for fast ansatte legevaksleger

Helseberedskap

Ved større hendelser og/eller beredskapsheving i et legevaktsdistrikt bør akuttmedisinforskriften åpne for at legevakten som beredskapsorganisasjon i samarbeid med kommuneoverlege og/eller kommuneoverlegens delegerede person/virksomhet kan gjennomføre en ressursallokering av leger og hjelpepersonell innad i legevaktsdistriktet, for å sikre forsvarlig drift og ivaretagelse. Den samme bestemmelsen bør også inneholde momenter om at pasienter vurdert som lavest prioritet i en beredskapshevings situasjon må ivaretas av pasientens fastlege.

Større kommuner bør pålegges å ha et kommunalt fastlegekontor som ivaretar alle tilreisende som oppholder seg i kommunen som har behov for nødvendige helsetjenester utover akutte legetjenester. Legevaktens blir brukt som løsning på dette lovkravet og går utover tilgjengelighet og

pasientsikkerhet for pasienter med behov for akutt hjelp. Fastlegens plikt til akutte timer for sine listepasienter bør styrkes, også i områder der legevakten har døgkontinuerlig drift.

Legevaktbil

I akuttmedisinforskriftens revisjon bør det stilles krav til at legevakt har uniformert legevaktbil tilgjengelig døgkontinuerlig for lege i vakt. Dette bygger opp om intensjonen satt i dagens akuttmedisinforskrift §6 (b) og (c).

Samarbeidende andre tjenester

Stadig flere bor hjemme lengre. Hjemmebaserte tjenester jobber vedtaksbasert opp mot en vurdering av nødvendig helsehjelp. Dette er en allsidig tjeneste som stadig vil få en viktigere del i helsetjenestene våre. Dersom man vurderer hjemmesykepleien som en del av den akuttmedisinske tjenesten, ønsker vi å påpeke forslaget til helsepersonellkommissjonen i «Tid for handling»:
Helsepersonellkommissjonen foreslår at konsekvensene for personellbehovet innføres som krav til utredninger av foreslått politikk på helse- og omsorgsområdet. Tilsynsmyndighetene må vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig, og gjennom tilsynet bidra til riktigprioritering.

Å innlemme hjemmebaserte tjenester i den akuttmedisinske kjede vil skape store endringer for denne tjenesten basert på behovet for beredskap og evt kompetansevedlikeholdelse. Dersom man stiller større krav til akuttmedisinsk kompetanse og samhandlingskompetanse i form av tydelige, standardiserte kommunikasjonsverktøy, må det også tilkomme økonomiske midler for å møte dette behovet. Det bør også for de hjemmebaserte tjenestene være tydelige forventninger og standardiserte retningslinjer på organiseringen av denne tjenesten.

Kravet om samtrening med alle deler av den akuttmedisinske kjeden som er beskrevet i akutforskriften fungerer best hvor tjenestene er samlokalisert, og særlig i mindre legevaktdistrikter hvor trykket på ambulansetjenesten er lavere. I sentrale deler av Norge er samtrening mellom nivåene i helsetjenesten utfordrende på grunn av høyt trykk i tjenesten og svært begrensede midler til dette arbeidet. En legevakt med rundt 200 eller flere ansatte vil ha store utfordringer med å klare å gjennomføre dette. Kravet om samtrening kan erstattes med evaluering av daglig samarbeid, istedenfor trening. Evaluering gir læring og skaper forutsigbarhet, og mulighet for å korrigere samarbeidet der det er nødvendig. Det er likefullt utfordrende å finne en god (elektronisk) kommunikasjonsform, som ikke påvirker daglig drift og svekker pasientens personvern.

Helsepersonell

Offentlige myndigheter vektlegger i stor grad utfordringer med fastleger og legevaktstjenesten i distrikts Norge når nye føringer og problemstillinger tas frem. Avtaleverket for lege i legevakt fungerer i stor grad på at prinsippet om at legevaktslegen er en tilpliktet fastlege og at det er legen som «drifter» legevakten. Hovedvekten av Norges innbyggere sogner til en legevakt av middels eller større størrelse, og uten større utfordringer med tilplikting av fastleger.

Flere legevakter har kun frivillig ansatte leger, enten kommunalt eller som selvstendig næringsdrivende. SFS2305 skiller ikke mellom selvstendig næringsdrivende leger som har legevakt som frivillig bijobb og selvstendignæringsdrivende fastleger i kommunen, når de beskriver privatpraktiserende allmennleger. Dette er uheldig.

Større legevakter er virksomheter med ulike yrkesgrupper og innebærer også økt behov for helsepersonell i form av sykepleiere, paramedisinere, samt annet personell. Legevakt bør i langt mindre grad enn i dag være ensbetydende med «legen» når det beskrives i lov, forskrift og veiledere. og i større grad ta høyde for at det er kommunen som drifter legevakten, ikke legen. Videre det komplekse samspillet som utspiller seg mellom yrkesgrupper inne i legevakten, legevaktsentralen og mellom ulike nivåer i helsetjenesten.

Legens plikt til å være fysisk tilgjengelig i nødnett og vurdere utalarmeringer, også på større legevakter bør entydig forskriftsfestes.

Finansiering

Legevaktstjeneste i seg selv gir liten uttelling for lege i spesialisering og man ser derfor stor andel av leger som frivillig arbeider som selvstendig næringsdrivende ved siden av annen stilling, som fastlege eller innen spesialisthelsetjenesten. Dagens regelverk og Helfo refusjoner innebærer at kommunene selv må bære alle kostnader for personell og kompetansekrav, og at «inntektene» for pasientbehandling i stor grad tilfaller den enkelte lege. Dette gir intensiv for pasientbehandling, men ikke nødvendigvis for de «rette» pasientene. På den annen side vil leger med fastlønn oftere bruke lengre tid, iverksette utredning og tiltak på ikke akutte tilstander, som hører hjemme hos fastlegen. Som et minimum bør operatører på legevaktsentral kunne utløse takst for råd og veiledning, som gjøres på selvstendig grunnlag. Det er den enkelte operatør som er ansvarlig for hjelpen som ytes og kommunen som gjør operatøren i stand til å gjøre denne vurderingen. Det bør avtales «takst» for hva selvstendig næringsdrivende lege som får all inntjening, må betale til kommunen for å benytte hjelpepersonell, lokaler og materiell.

I tillegg til de formelle kompetansekravene som akuttforskriften gir, er det mange områder utover dette som må sikres gjennom kurs og undervisningstid. Helsedirektoratet gir ikke lenger støtte til forskriftskurs og statsforvalter gir ikke lenger støtte til dagskurs og annen undervisning. Stort behov for sykepleiere i tjenesten og trange økonomiske rammer gir utfordring med å sikre en tilfredsstillende opplæring, kompetanse og kvalitetssikring. Legevaktene har ofte et særegent kompetansebehov og det er derfor utfordrende å dra nytte av «stordriftsfordeler» i primærhelsetjenesten i samarbeid med andre virksomheter.

Tilsyn fra statsforvalter viser at det ikke er god sammenheng mellom det myndighetene krever og det tjenesten har mulighet for å oppfylle innenfor dagens rammer. Krav til dokumentasjon og rapportering krever økt bruk av administrative ressurser som kunne vært brukt mer hensiktsmessig til fag og kvalitetsarbeid. Resultatet viser seg i det daglige arbeidet fører til større fokus på fri rygg, enn fri luftvei og en dermed større tilstrømning til legevakt.

Legevaktene har økt produksjon i helger, dette medfører, på tross av større stillinger, behov for helgestillinger. Disse vil ha samme behov og krav til kompetanse, men også en større turnover som øker kostnadene å sikre krav og behov for kompetanse.

Mange større legevakter driftes som IKS eller vertskommunemodell. Overføringer fra staten bør ha øremerkede midler til legevaktstjenesten, og i mindre grad styres lokalpolitisk.

Kriseteam

Legevakt er en del av kommunenes beredskapssystem og per nå er det ingen automatikk i at legevaktene innehar kontaktinformasjon eller myndighet til å utløse kriseteam. Forskriftsfestet rett for en legevakt til å utløse eller direkte kontakte kriseteam. For kriseteam bør det være en omforent instruks om nasjonal responstid fra varslings.

KAD

Beredskap

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold inngår som et ledd i den akuttmedisinske kjede og bør beskrives i den lovpålagte samarbeidsavtalen som omhandler omforent beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt. 11. «Den akuttmedisinske kjeden» er en fellesbetegnelse på samfunnets samlede beredskap for akutte situasjoner, som omfatter både spesialisthelsetjenestens og den kommunale helsetjenestens tiltak. Selv om alle kommuner forplikter å tilby KAD-avdeling, løses dette på svært ulike måter i ulike kommuner. Dette gjør det utfordrende å utnytte den lokale KAD-avdelingen i et beredskapsøyemed.

Manglende føringer

I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er medisinsk nødmeldertjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten nevnt, men ikke Kommunalakutt døgndrift (KAD). I etterkant av innføringen av KAD-avdelinger har det kommet få felles nasjonale føringer for drift, faglig nivå og hvordan KAD skal organiseres. KAD har en tydelig plass i den akuttmedisinske kjeden på lik linje med sykehusenes akuttmottak. Intensjonen bak KAD-avdelingene beror på at en innleggelse i en KAD-avdeling skal erstatte en sykehusinnleggelse som kan ivaretas like godt i kommunal regi. Således bør akuttmedisinforskriften stille tydeligere krav hva gjelder organisering, dimensjonering og faglig innhold samt kvalitetsindikatorer for å faktisk måle bruk og effekten av KAD-avdeling. Mange større legevakter driftes som IKS eller vertskommunemodell. Overføringer fra staten bør ha øremerkede midler til legevaktstjenesten, og i mindre grad styres lokalpolitisk.

Etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser skulle ha betydning både for legevakt- og legevaktssentraler, rusakutttilbud, akuttfunksjonen ved DPS/helseforetak, AMK – sentraler og ambulansetjenesten, ved at flere pasienter som tidligere ble vurdert å ha behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten nå kan behandles i kommunen. Dersom dette skal overholdes bør det utarbeides standardiserte føringer og entydige kriterier for bruk og innleggelse fra helsedirektoratet. Dette vil hjelpe KAD-avdelingene med å sikre pasientflyten og sikre at avlastningen på sykehusene.

Legevaktene legger inn flest pasienter til KAD. For å redusere forbruk av ambulanser og pasienttransport, bør det være en forventning om at kommuner tilknyttet IKS eller vertskommunemodell for legevakt, også samlokaliserer sine KAD senger, fortrinnsvis tilknyttet legevaktlokaler.

Kompetansekrav leger

Det bør også stilles krav til at leger innehar tilsvarende kompetanse som forventes i legevakt samt at det er fordeler å drifte legebemannning med hensyn på at kommunale leger bør inngå i sam-turnus på legevakt og KAD. Slik sikrer man økt bruk og riktigere bruk av KAD-avdeling og dermed videre avlastning av sykehus og øvrig akuttmedisinske kjede hva gjelder vurdering, transport og ivaretagelse.

Med hilsen

Marita Bakker
Virksomhetsleder, Follo medisinske senter

Dokumentet er godkjent elektronisk.