

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
23/5159 - 4

Saksbeh.:

Marthe Westgaard Andresen, 924 04
906

Dato:

04.03.2024

Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

Vi viser til brev datert 21.11.23 med invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester som et forarbeid til meldingsarbeidet.

Det etterspørres innspill knyttet til følgende:

1. Hva er de viktigste utfordringene vi bør omtale i meldingen?
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?
3. Er det pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Under følger Oslo kommunes innspill i noen aktuelle kulepunkter. De akuttmedisinske tjenestene har vært involvert i innhenting av innspillene.

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

- Endring i tjenestebehov og oppgaver som følge av demografisk utvikling:
 - Flere eldre med skrøpeligheit
 - Flere med demensdiagnose
 - Flere syke hjemmeboende
- Oppgaveforskyvning fra sykehus til kommuner:
 - Flere komplekse akuttmedisinske problemstillinger må håndteres av kommunen
 - Flere pasienter som blir gående i gjentakende dans mellom fastlege, legevakt, akuttmottak, korttidsopphold ved sykehus og forsterket eldreomsorg
 - Økt behov for å rasere komme til riktig tilbud uten å måtte innom mange forskjellige instanser
- Forskjellig demografi og geografi – det trengs forskjellige løsninger rundt om i landet.
- Storbyutfordringer:
 - Mange med behov for akutt hjelp har ikke folkeregistrert adresse i kommunen
 - Mange har utfordringer knyttet til rus/psykiatri og dermed utfordringer med å nyttiggjøre seg tilbud.
- Digitale utviklingsløp må prioriteres slik at informasjonsutveksling i samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden kan løpe mest mulig sømløst og ikke generer behov for mer helseressurser (ref overtriage).

- Dagens finansieringsmodell er krevende for den kommunale legevakten/delen av den akuttmedisinske kjeden. Kun legearbeid som gir inntekter via HELFO-arbeidet. Må se på andre finansieringsmodeller, f.eks. rammefinansiering.
- Mangel på kvalifisert personale
 - Hvordan sikre tilstrekkelig kompetanse og hindre kannibalisering i fagmiljøet
 - Hvordan sikre kompetanse/nok opplæring og oppgaveløsning på lavest mulig tjenestenivå.

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?

- Styrke samarbeid Legevaktsentral og akuttmottak/AMK
- Utvikle enda bedre registerdata for å kunne utvikle tjenestene godt. Inkludere fastlegers ø-hjelpstimer, private legers ø-hjelpstimer og private legevakter som ikke rapporterer.
- Utdanning/kompetanseløp for sykepleiere innen akuttmedisin som også styrker ønske om å bli i kommunen. Viktig at tjeneste i kommunen blir tellende praksis inn mot spesialisering. Kommunen opplever at mange slutter for å starte på sykehus som gir tellende praksis inn mot spesialisering.
- Vurdere legespesialisering som treffer kommunehelsetjenesten utenfor fastlegetjenesten bedre: f.eks. legevaktsmedisin og sykehjemsmedisin
- Lage utdanningsløp ALIS i kommunen som bidrar til å beholde kompetanse i legevakt. Løp som gjør at du hele tiden har deltidsstilling på legevakt i spesialiseringsforløpet. Da behov for stillinger som sees som attraktive på legevakt etter spesialisering.

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

- Rusobservasjon på legevakt – kostnadseffektivt.
 - Oslo kommune har utført kost-nytteanalyser som viser kostnadsbesparing både på observasjonspost og rusobservasjon på legevakt
- Ny organisering på Oslo kommunale legevakt med fastleger og legevaktleger på samme arbeidsteam, lege på legevaktsentralen og lege i mottak– sette kompetanse i front for å hjelpe sorteringer
- Mulighet for telefonkonsultasjon/Videokonsultasjon med lege på legevaktsentral/legevakt for å vurdere pasienter sykepleier ellers hadde bedt komme ned.
- Kjernejournal – dokumentdeling/pasientens prøvesvar. Gjør informasjonen lettere tilgjengelig og reduserer behovet for konferering som ofte kan være tidkrevende. Behov for oversikt over pasientens timeavtaler fremover i tid. Men finnes mer informasjon som hadde vært nyttig at var delt i kjernejournal.
- Det har vært jobbet sammen med prehospitalet og Sykehjemsetaten i Oslo ift. å få behandlingsavklaring inn i kjernejournal for sykehjemspasientene.
- Arbeid med å få digitale løsninger til å snakke bedre sammen, f.eks. journalsystem Legevaktsentralen og Legevakt og Legevaktsentral og AMK. Sende ut sms/info til pasienter som gjør de mer selvhjulpne ved oppmøte legevakt. Løsninger som “dytter over” noe arbeid på pasientene. Selvregistrering/prejournal mm før legetime. Kan også bidra i kvalitetssikring av informasjon.
- Samle kompetanseløp/kurs for legevakter i et større område. Feks felles grunnopplæring for AMK og legevaktsentral. Vært et prosjekt på dette i regi av Kokom som nå er overført til linjen.
- Søkt om midler til digitalt utviklingsprosjekt SiO/Oslo kommune/norsk helsenett – utvikling av selvtriageringsløsning på helsenorge.no for å vurdere om behovet best dekkes av fastlege eller legevakt - å treffe helsehjelp på riktig nivå. Vil kunne gi prejournal inn til legesenteret samt sortere til riktig type konsultasjon/evt råd. Obs overtriage og konsekvenser av dette.
- Søkt om midler til felles legeressurs ambulanse og legevakt. Lege og paramedic. Rykke ut på akutte oppdrag fra LVS som ellers måtte gått til AMK.

Vennlig hilsen

Svein Lyngroth
kommunaldirektør

Heidi Engelund
seksjonssjef