

Innspill til
Stortingsmelding om
akuttmedisinske
tjenester

Oktober 2023

Leder av arbeidsgruppen: Jo Kramer-Johansen

26.10.2023

Innhold

0.0	Oppsummering	2
1.0	Beskrivelse av oppdrag og prosess i OUS	4
1.1	Oppsummering av relevant bakgrunnsdokumentasjon	5
1.2	Avgrensinger og definisjoner	6
1.3	Beskrivelse av prehospital tjenester i Prehospital klinikk, OUS	7
2.0	Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede	8
2.1	Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system.....	9
2.2	Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger.....	11
2.3	Tilgang på kvalifisert personell	12
3.0	Hvordan opprettholde et godt tjenestetilbud med kort responstid i den akuttmedisinske kjeden? 14	
3.1	Data og kunnskap gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre og hva vi kan gjøre mindre av	14
3.2	Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturene som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system uten å kompromisse på pasientsikkerhet	17
3.3	Sikre rekruttering og øke sannsynligheten for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene.....	17
4.0	Momenter for å bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse	17
5.0	Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak	18
6.0	Utnyttelse av eventuell beredskapstid i ambulansetjenesten for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	18

0.0 Oppsummering

Som del av tilleggsproposisjonen om revidert nasjonalbudsjett ble det gitt flere tilleggsoppdrag til de regionale helseforetakene (brev fra HOD datert 23/6-2023), behandlet i styremøte for OUS 31/8-2023 (sak 72/2023). Ett av oppdragene beskriver behovet for innspill til planlagt stortingsmelding om det prehospitalt området. En arbeidsgruppe opprettet av Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling har jobbet fram det vedlagte notat som oversendes HSØ innen fristen 10/11-2023. Våre innspill beskriver viktige momenter som må drøftes i stortingsmelding, og vi ser fram til videre dialog med HOD i arbeidet med stortingsmeldingen.

Sammendrag

Overordnet må den akuttmedisinske kjede snarere beskrives som et **akuttmedisinsk system** som har som **mål** at pasienten opplever et sammenhengende forløp med sømløse overganger mellom aktørene. Det akuttmedisinske system har et mangfold av aktører på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjoner, og er et komplekst, adaptivt system hvor endringer ett sted, fører til konsekvenser som ikke lett lar seg forutse i detalj. Dette bør gi mange muligheter for å drive forbedringsarbeid, og demonstrerer behovet for systematisk arbeid med datadrevet utvikling på tvers av organisasjonene.

Arbeidsgruppen har beskrevet hovedutfordringer for det akuttmedisinske system med 3 overskrifter:

- 1) Mangel på kunnskap og data fra en oppstykket akuttmedisinsk kjede
- 2) Befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger endrer seg. De politiske føringene er at folk skal bo hjemme lenger med sine tilstander og det planlegges for overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten.
- 3) Tilgangen til kvalifisert personell endrer seg

Løsningsforslagene for å opprettholde en god tjeneste med kort responstid er oppsummert i følgende overskrifter:

- 1) Data og kunnskap som gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre, og hva vi kan gjøre mindre av. Dette kan bremse aktivitetsveksten og ressursbruken.
 - a. Digitalisering og innovasjon gir nye muligheter.

- b. Behov for juridiske og datatekniske avklaringer.
 - c. Ressursbehov for å komme i gang (pukkelkostnad).
 - d. Felles forståelse gir bedre utgangspunkt for samhandling mellom aktørene i det akuttmedisinske system og bidrar til å avklare ansvarsforhold. Helsefelleskapene er sentrale for å fremme felles forståelse og avklaring av ansvars- og oppgavefordeling.
- 2) Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturer som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system, uten å kompromisere på pasientsikkerhet.
- a. Styrke sosiale nettverk.
 - b. Bevare tilgang på fastleger og at de fortsetter å bidra i øyeblikkelig-hjelp-vurderinger og til sortering til riktig behandlings- og omsorgsnivå.
 - c. Profesjonalisering av legevaktsbiler tilpasset de lokale forholdene
 - d. Kompenserende tiltak for å motvirke økt behov for akuttmedisinske tjenester ved endringer i helsetjenestenes organisering inkluderer teknologisk støttet informasjonsdeling og beslutningsstøtte.
- 3) Vi må sikre at det fortsatt er attraktivt å arbeide i den akuttmedisinske kjeden. Hovedtiltaket er at ansatte må kunne utøve sine fag i tråd med profesjonelle verdier og preferanser.

I tillegg inneholder notatet spesifikke innspill på de tre kulepunktene:

- Bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse – det er fortsatt uutnyttet potensiale for å inkludere akuttmedisin og beredskap i helsefelleskapenes porteføljer, men OUS har særskilte utfordringer fordi våre prehospitaltjenester samhandler med flere sykehus, mange kommuner og legevaktsdistrikt.
- Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak – forslag og erfaringer fra akuttmottak OUS
- Vurdering av evt. utnyttelse av beredskapstid hos ambulanspersonell for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – dette virker lite aktuelt i våre områder, men illustrerer én av flere mulige måter å samhandle på tvers av forvaltningsnivåer.

1.0 Beskrivelse av oppdrag og prosess i OUS

I Hurdalsplattformen beskriver nåværende regjering at de vil legge fram en ny stortingsmelding om prehospitaltjenester. Oppdraget med å utarbeide stortingsmeldingen er lagt til Helse- og Omsorgsdepartementet ved KommuneHelseavdelingen, og arbeidet starter rett over nyttår 2024. I forkant av arbeidet har HOD gitt oppdrag til Helsedirektoratet om blant annet å beskrive et mål bilde for de akuttmedisinske tjenestene og utredning av medisinske og økonomiske konsekvenser av å forskriftsfeste ambulansenes responstid.

Som et tillegg til oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett (brev til HSØ fra HOD datert 23/6) ber HOD om innspill til ny stortingsmelding fra RHF'ene innen 20/12-2023:

«Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om de akuttmedisinske tjenestene. Helse – og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen. Innspillene bør peke på hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes. Det bes i tillegg om at innspill belyser følgende:

- Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene
- Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)
- En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Helse Sør-Øst videresendte denne delen av oppdraget til de underliggende helseforetak med intern frist for innspill 10/11-2023. OUS behandlet dette i styremøtet 31/8-2023 og ba administrerende direktør følge opp tilleggskildene (styresak 72/2023). En arbeidsgruppe ble etablert av Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling. I arbeidsgruppen var det i tillegg representanter fra Akuttmottak og Prehospital klinikk. Arbeidet ble ledet av Jo Kramer-Johansen fra Forsknings- og kvalitetsforbedringsavdelingen i Prehospital klinikk.

Arbeidet har bestått av arbeidsgruppemøter på Teams med etablering og deling av dokumenter i eget filområde. Det ble gjennomført et seminar i en utvidet ledergruppe i Prehospital klinikk for å innhente erfaringer og ideer rundt temaene.

1.1 Oppsummering av relevant bakgrunnsdokumentasjon

Det har vært publisert en rekke NOU'er fra ulike departement som påvirker hvordan man tenker den 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.

Helsepersonellkomisjonen 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 Totalberedskapskomisjonens 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 OUS 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 område av landet.

Den akuttmedisinske kjeden



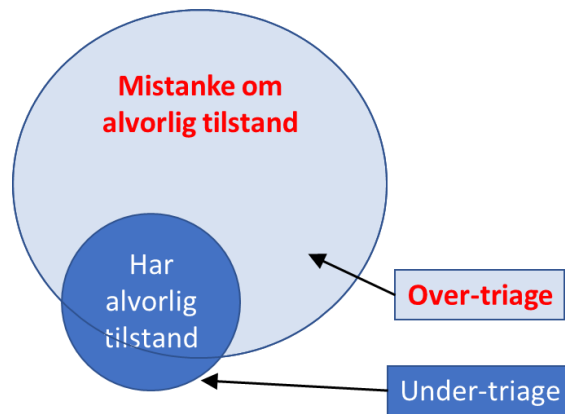
Figur 1 Viser et aktørkart for det akuttmedisinske system. Fra «Forslag til mål bilde for de akuttmedisinske tjenestene», Helsedirektoratet, juni 2023.

1.2 Avgrensinger og definisjoner

I «Forslag til mål bilde for de akuttmedisinske tjenester» (Helsedirektoratet, juni 2023) beskrives en akuttmedisinsk kjede som en «sammenhengende rekke av tiltak for å sikre øyeblikkelig helsehjelp ved ulykker, akutt oppstått sykdom eller andre akutte situasjoner». (Figur 1) Det er stor kompleksitet og mange aktører som må involveres i samhandling rundt den akutt syke og skadde pasienten. Dette er særlig tydelig for storbyområder. Vi kommenterer særskilt på hvordan dette målbildet snarere må forstås som et komplekst, adaptivt system i avsnitt 2.0

Det er også behov for å justere beskrivelsen av hva som starter pasientens kontakt med kjeden: Vi mener den starter med innringers (pasient, pårørende, annet helsepersonell eller tilfeldig forbipasserende) OPPLEVELSE av at det har skjedd noe akutt med pasienten som TRENGER HELSEHJELP RASKT. Å inkludere innringer og pasients opplevelse av akutt medisinsk problem i definisjonen åpner for strategisk arbeid med tjenestenes opplevde aktivitetsøkning – både i nødmedesentralene, ambulanse og legevakter. Oftest vil opplevelsen av at det har skjedd noe akutt som medfører behov for helsehjelp, være riktig, men forståelsen av *hvilken hjelp* og *graden av hast* kan vi ofte bare vurdere presist i ettertid. Ved å utvide definisjonen i denne retningen, kan vi følge målinger av over- og under-triage (Figur 2). Da kan vi:

- Forbedre befolkningens helsekompetanse om hva som skal gjøres i akutte situasjoner inkludert riktig varsling og førstehjelp, men også øke kunnskapen som bedrer evnen til egenomsorg og reduserer engstelse ved endringer i helsetilstand.
- Forbedre telefonvurderinger i AMK og Legevaktssentraler (LVS) for å redusere unødige ambulansetrykninger, legevaktssamtaler og transporter til legevakt og akuttmottak.



Figur 2 Illustrerer fenomenene «under-triage» og «over-triage».

Under-triage er når pasientene som har en alvorlig tilstand, ikke gjenkjennes eller behandles til rett tid. Dette er et pasientsikkerhetsproblem. Sensitiviteten i systemet er andelen korrekt gjenkjent av alle som har en tilstand. «Over-triage» er når våre prioriteringssystemer fører til utrykning, undersøkelser og eventuelt behandling av pasienter som ikke har en alvorlig tilstand. Over-triage skyldes våre systemers lave evne til å gjenkjenne de som ikke har en alvorlig tilstand. Akuttmedisinens natur gjør at det alltid skal være noe over-triage. Imidlertid fører for høy over-triage til ressursmangel og redusert beredskap. I tillegg koster det mye og kan påvirke personellens motivasjon og opplevelse av mening i jobben.

1.3 Beskrivelse av prehospital tjenester i Prehospital klinikk, OUS

Prehospital klinikk er en viktig del av helseforetaket og regionens beredskap og innbefatter AMK sentral, ambulanse, luftambulanse og pasientreiser. I tillegg er NAKOS (Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin) del av klinikken. Opptaksområdet for ambulansetjenesten er Oslo, tidligere Akershus, og deler av Innlandet (Kongsvinger med Glåmdalen). AMK har i tillegg også ansvar for Østfold, nye Asker kommune samt regionale oppgaver med koordinering av luftambulanse (AMK LA) og å være helseregionens koordinerende AMK ved ekstraordinære hendelser. Områdene er i hovedsak byområder, men omfatter også mere spredtbygde områder, særlig deler av Romerike og Kongsvingerområdet.

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 OUS. Totalt samhandler prehospital klinikk med og har et akuttmedisinsk ansvar for: **innbyggere i 40 kommuner, 10 sykehus med akuttmottaksfunksjon, 16 legevaktsmottak og legevaktsentraler, 3 politidistrikt, brann- og redningstjenester i de 40 kommunene, en rekke frivillige organisasjoner og ca. 950 fastleger.**

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

Prehospital klinikk har geografisk tilhørighet til 4 ulike helsefelleskap, men organisatorisk tilhørighet til Helsefelleskap Oslo, hvor prehospital og akuttmedisin er organisatorisk plassert innunder lokalt samarbeidsutvalg OUS (Figur 3). Det etableres også helsefelleskap rundt Akershus universitetssykehus HF (inkludert Kongsvinger sykehus), Sykehuset Østfold HF og Bærum Sykehus (Vestre Viken HF). Det er meget krevende å sørge for enhetlig tilnærming til bruk og samhandling mellom forvaltningsnivåene på tvers av 4 ulike helsefelleskap som de prehospitaltjenestene ved OUS forholder seg til. Ulik tilnærming kan være hensiktsmessig basert på for eksempel geografi og beredskap og befolkningsprofil i et område.



Figur 3 Modell for Helsefelleskap Oslo

2.0 Hovedutfordringer for den akuttmedisinske kjede

Hovedspørsmålet i bestillingen er å beskrive hovedutfordringer i den akuttmedisinske kjeden. For å besvare dette, må vi først kommentere på vår påstand om at dette snarere er et akuttmedisinsk system som har som FORMÅL å få til en god og sammenhengende akuttmedisinsk behandlingkjede tilpasset behovene til den enkelte pasient som OPPLEVER å ha behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Målbildet beskriver et sammensatt system med mange aktører som alle kan bidra til pasientens forløp. For pasienten vil det være mange mulige forløp gjennom systemet som involverer ulike aktører, og som kan ende på ulike steder (fra å bli hjemme i egenomsorg, via legevaktskonsultasjon til innleggelse i spesialisert akuttsykehus). Selv om mange aktører bidrar til pasientforløpet, skal den akuttmedisinske kjeden være sammenhengende og helhetlig.

Kompleksiteten i det akuttmedisinske system tilsier at endringer som gjennomføres ett sted (med de beste intensjoner), kan påvirke arbeidsmåter, arbeidsbelastning og effektivitet i andre deler av systemet. Det er behov for en systemtenkning rundt det akuttmedisinske system:

- 1) Sammenhengende i systemet lar seg ikke fullt ut forutse eller beskrive selv om dybdekunnskap hjelper oss å lage teorier og prediksjoner.

- 2) Erkjennelsen av at dette er et komplekst system, tilsier at utprøving av forbedringsideer bør skje i rammeverket av forbedringsteori med hyppig evaluering og revisjoner etter «forbedringsmodellen».¹
- 3) Utgangspunktet for forbedring er at det etableres overordnede MÅL for effekt (effekt mål) og sikkerhet (balanssmål) som dekker den relevante populasjonen. Målene må være omforente og i tråd med brukere og ansattes verdier og preferanser. I forbedringsarbeidet vil det alltid ha verdi å følge MÅL for faktisk aktiviteter (prosesssmål) både som indikatorer for gjennomføring av endringer og som selvstendige mål i mer avgrensede forbedringsprosjekter.

Sentralt i det akuttmedisinske system står pasienten og pasientens behov. Det er imidlertid pasientens OPPLEVELSE av nytte og service som vil være avgjørende for fortsatt offentlig legitimitet som hovedleverandør av akuttmedisinske helsetjenester. Vi ser et fremvoksende marked for helprivate løsninger for legekonsultasjoner og poliklinikker for øyeblikkelig hjelp. I stedet for å klage over at disse «skummer fløten» ved at de kan ta unna enklere henvendelser og allikevel alltid ha det offentlige systemet som sikkerhetsnett og back-up, må vi se på hvilke behov disse tjenestene fyller for pasientene og deres pårørende. Fremveksten av slike tilbud er mer et symptom på at vår offentlige tjeneste ikke møter de opplevde behovene, enn det er et moralsk eller medisinsk problem.

For store deler av det akuttmedisinske system er finansiering av tjenestene ramme-baserte. Samtidig har tjenestene i liten grad mulighet til å påvirke tilstrømningen eller behovet for tjenester.

2.1 Mangel på kunnskap og data fra det akuttmedisinske system.

Arbeidet med forbedring av akuttmedisinske tjenester har til nå vært preget av å forbedre resultatene for de som har en alvorlig tilstand – både ved å øke gjenkjennelse og ved å forbedre behandling. Når vi nå står i en situasjon med økende behov, men uendret kapasitet, må vi prioritere. Da vil noen innringere/pasienter ikke motta den ambulansen eller konsultasjonen som de hadde forventet. Forbedret spesifisitet i prioriteringene er nøkkelen for å unngå unødige transporter, undersøkelser og behandling, men det innebærer en risiko for forsinket helsehjelp og redusert tilfredshet med helsetilbudet. Selv om vurderingene kan være riktig både medisinsk og med tanke på ressursbruk, vil forsvarlighet ved slike endringer være avhengig av at vi aktivt følger med på hvordan det går med de som triageres til lavere hastegrad eller enklere omsorgsnivå, både med medisinske sikkerhetsmål og brukeropplevelse.

¹ Se for eksempel om forbedringsarbeid på nettsidene til «[I trygge hender](#)» eller [Helsedirektoratets veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

Vi tror dette innebærer et nødvendig skifte i tenkningen om akuttmedisinske tjenester.

På tross av gode kvalitetsregistre, er det for lite tilgang på data for å måle og følge omfang, kvalitet og resultater på tjenestene – både generelt og for interessante pasientgrupper. Det finnes etter hvert mange elektroniske systemer for virksomhetsdata og dokumentasjon, men det er viktige juridiske og praktiske hindringer for å bruke disse systematisk for forbedringsarbeid:

- Data er ikke tilgjengelige etter åpne og beskrevne standarder
- Data lar seg ikke koble uten betydelig manuell innsats. Manuelle metoder kan være hensiktsmessig i en utprøving, men for varig drift må det være mulig å automatisere datakobling og analyse.
- God utvikling av indikatorer for pasientforløp begrenses av tungvinte prosesser for vurderinger av personvern og unntak for taushetsplikt når pasientforløpene inkluderer flere virksomheter. Dette er paradoksalt når det er nettopp her vi virkelig trenger gode indikatorer for å sikre sammenhengende og sømløse behandlingsoverganger.
- Det settes ikke av dedikerte ressurser til analyse av drifts- og kvalitetsdata i tjenestene.

Eksisterende kvalitetsindikatorer måler tidsintervaller og resultater for den gruppen som ender med å ha fått påvist en tilstand, men vi har ikke noen gode oversikter over ulempene og kostnadene for alle de som vi på ett tidspunkt mistenkte for å ha en alvorlig tilstand. Ulempene ved at vi har for liten oversikt over når det kunne vært like riktig å *ikke* rykke ut, er:

- Økende kostnader i helsetjenesten, eller redusert kapasitet for andre grupper med større behov
- Unødig undersøkelser og transport, inkludert unødig engstelse
- Risiko for bivirkninger og uhell ved undersøkelser og transport
- Empatislitasje hos egne mannskaper når de settes til oppgaver som ikke sammenfaller med egne verdier og forventinger til jobben

Effekten av spesialisering og funksjonsfordeling mellom sykehus øker behovet for transport mellom sykehus. Trolig øker også behovet for transport med tilleggsressurser (utover ambulanspersonell) for forsvarlig overvåkning og behandlingsmuligheter underveis. Vi har for lite data til å kunne modellere endringer i behovet i forkant av organisatoriske endringer i helsetilbudene. Dette begrenser oss i logistikk for tettere stabling av ambulanseoppdrag.

Andre momenter knyttet til deling av data:

Deling av kliniske opplysninger som for eksempel inkluderer behandlingsplaner, tverrfaglige planer og beslutninger om åpen retur til spesialistavdeling ved behov, gjør at mange pasienter kan få dårligere helsehjelp fordi viktige opplysninger og risikofaktorer ikke er tilgjengelige i akuttfasen. Videre kan det føre

til overbehandling fordi gode planer om behandlingsbegrensninger og palliative forløp er ukjente for AMK, LVS, ambulanspersonell og legevakslege. I tillegg til de medisinske konsekvensene kan det også føre til unødig og slitsomme transporter og undersøkelser for de svakeste pasientene.

Deling av data handler også om å involvere hverandre i arbeidet med forbedringsforslag etter uheldige hendelser og nesten-uhell (avvik). En høy andel av meldingene i sykehusets forbedringssystem Achilles fra ansatte i Prehospital klinikk handler om opplevde forbedringmuligheter hos våre samarbeidspartnere i andre organisasjoner enn vår egen. I klagesaker og tilsynssaker er også ofte flere deler av det akuttmedisinske system involvert i pasientforløpet og gjenstand for oppfølging fra tilsynsmyndighetene. Vi ønsker oss endring i saksbehandling, policy og kommunikasjonsteknologi som i større grad får fram bedre samhandling og samarbeid som mulige forbedringstiltak.

Også innad i spesialisthelsetjenesten oppleves det underlige begrensninger for effektiv deling av opplysninger. Løfter om integrering og kommunikasjon mellom ulike systemer viser seg ofte å ha høye kostnader som bremser implementering av systemenes fulle potensiale. Ett eksempel er at mange steder må elektronisk ambulansjournal fortsatt skrives ut og scannes til sykehusets journal.

Tilgang på opplysninger fra journal for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp for egen læring ble innført som hjemmel for unntak fra taushetsplikt i helsepersonelloven (§29d), men er en fiktiv mulighet så lenge den som trenger slik tilbakemelding ikke har direkte tilgang til journalsystemer, og de som skal utlevere opplysningene, må forholde seg til egne begrensninger for tilgang til journal og en rekke krav og betingelser i loven. Dette er kanskje en detalj, og det at lovhjemmelen finnes, er en viktig anerkjennelse av behovet for individuell tilbakemelding for å bygge erfaring og kompetanse. Det skal trolig ikke så mye til å få til en teknologistøttet anvendelse som kan oppfylle lovgivers intensjon.

2.2 Endringer i befolkningens størrelse, sammensetning, behov og forventinger

Befolkningen i tettbygde strøk øker, og også i storbyene vil andelen eldre i befolkningen øke. Med økt alder følger økt andel med kroniske sykdommer og tilstander som påvirker risikoen for akutte forverringer og reduserer tåleevnen for ytre påkjenninger og sykdom.

KOSTRA rapportene til kommunene og Framskrivningsverktøyene til SSB beskriver ulike utfordringer rundt hvem som trenger akuttmedisinske tjenester fremover. Bare i Oslo viser befolkningsframskrivningen Oslo 2023-2050 at det forventes det at befolkningen vil vokse med 100 000 innbyggere i perioden, gitt forutsetningene i årets framskrivning. Den sterkeste veksten forventes blant de over 80 år, med en dobling

fra 2023 til 2043.² Prehospital klinikk har hatt en økt oppdragsmengde siste årene som virker å være utover det som bare skyldes økning i befolkningen.

Befolkningens sammensetning endrer seg: Storbyene har større andel tilflyttere og innvandrere med mindre sosiale og familiære nettverk. Gode nettverk gir bedre helse både fordi helsekompetanse deles i nettverket, og fordi pasienter og pårørende kan trygges på vanlige og ufarlige tilstander uten at det involverer helsetjenestene.

Befolkningens behov endrer seg: Antallet som er under behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, men som allikevel ikke er inne på sykehusområdet, øker. Dette fører til økt antall pasienter hvor ambulanse og legevakt må ha god kunnskap til eksisterende behandling og plan ved forverring.

- Ulike løsninger med hjemmesykehus medfører behov for mer helsetjenester utenfor sykehus og også behov for fysisk vurderinger og transport ved forverringer i tilstanden.
- For de prehospitaltjenestene ved OUS kompliseres dette av at utvikling av ordninger for hjemmesykehus kan skje fra flere ulike helseforetak i vårt geografiske område.
- OUS utviklingsplan 2040 planlegger for en endring av behandlingsforløpene til hjemmebehandling med ambisjon om at 30 % av pasientene som i dag behandles i sykehuset skal behandles i hjemmet i år 2030.³ Andel av behandlingene som skjer i hjemmet, er så langt i rute mot ambisjonen. Det er viktig å avklare ansvarsovergang mellom nivåene for at dette ikke skal resultere i en stor økning i bruk av prehospitaltjenester.

Befolkningens forventninger endrer seg: Det oppleves som en økende medikalisering av dagliglivets plager og påkjenninger, og dette treffer nok primærhelsetjenesten i sterkere grad enn spesialisthelsetjenesten. Det er krevende å snu slike langsiktige trender i befolkningen, men vi kan i hvert fall sørge for at vi har omforent forståelse av hva som er forsvarlig helsehjelp med tilsynsmyndigheter, media og politisk nivå. En null-visjon for feilvurderinger og uheldige utfall i de akuttmedisinske tjenestene er urealistisk, men vi må selvsagt ha åpenhet om hvordan vi styrer tjenesten basert på at vi følger med på feilene og lærer av dem.

2.3 Tilgang på kvalifisert personell

Tilgang på kvalifisert personell fremover er truet av befolkningsutviklingen og manglende politisk vilje til å fortsette økningen i antall helsepersonell. Konklusjonen fra Helsepersonellkommissjonen var at færre

² [Befolkningsframskrivingen for Oslo 2023–2050 - Oslo kommune.](#)

³ [Utviklingsplan for OUS](#), s.28

ansatte må levere mer helsetjenester i fremtiden. Da må det enten effektiviseres i betydelig grad, eller prioriteringen av hva som skal utføres av helsetjenester, må justeres.

Mangel på kvalifisert personell i det akuttmedisinske systemet vil påvirke muligheten for å gi god behandling til alle. Systemet må sees i sammenheng, og manglende personell og kapasitet ett sted fører til økt tilstrømning andre steder i systemet. Medieoppslag eller debatt om mangel på personell og kapasitet fører til lavere tillit til at man får hjelp som pasient når man trenger det og gjør at tjenestene fremstår som mindre attraktive arbeidsplasser. Det er et behov for å sikre rekruttering og øke sannsynlighet for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene. Derfor blir det viktig å utvikle tjenester hvor den behandlingen og hjelpen som tilbys, korresponderer med de ansattes verdier og preferanser. Dette inkluderer at det som oppfattes som overbehandling reduseres, men også at det er lett for de ansatte å finne meningsfulle tiltak for innringere/pasienter.

Mangel på sykepleiere til AMK og LVS: Dagens hovedutfordring for akuttmedisinske tjenester er bemanning i AMK. Sviktende rekruttering og høy andel som slutter etter kort tid, skaper utfordringer med å opprettholde høy kompetanse og gjør det krevende å finne ressurser til å utvikle tjenesten.

Fastlegemangel: Det er mangel på fastleger også i det geografiske området som dekkes av AMK- og Ambulanseavdelingene ved OUS. Mangel på kontinuitet i fastlegeforholdet, er assosiert med økt forbruk av akuttmedisinske tjenester.⁴ Manglende kontinuitet forsterker og kommer i tillegg til oppstykket ansvar for akuttmedisinske tjenester og beredskap mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Mangel på fastleger gjør også at det blir færre tilgjengelige leger for legevaksarbeid. For å opprettholde akseptable arbeidsforhold for legene og ha en bærekraftig økonomi, samarbeider ofte flere kommuner om legevaksordninger. Dette gir lengre reisevei og ofte mindre muligheter for hjemmebesøk. Behovet for transporter med ambulanse til legevakt kan endres betydelig med slike endringer i kommunene.

Mange legevakter har økt sin innsats med utrykninger av legevakslege med dedikerte leger og tilhørende utstyr og transportmidler. Tjenesteuttrykket for legevakslegene preges fortsatt av stor variasjon både mellom legevaktsdistrikter og mellom enkeltleger.

Mangel på sykehjemsleger: I kommunene og bydelene er det svært varierende kapasitet og kompetanse i de kommunale institusjonene. Det er behov for at sykehjem, helsehus og kommunale akutte døgntilbud har en bemanning som kan håndtere de pasientene som bor der. Akuttmedisinske tilstander kommer hele døgnet og alle ukedager. Manglende forhåndsavklaringer og tilgang til behandlingsplaner fører til unødige

⁴ Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, H. Sandvik, Ø. Hetlevik, J. Blinkenberg and S. Hunskaar, British Journal of General Practice, 2022, DOI: 10.3399/bjgp.2021.0340

oppdrag med ambulanse der god kompetanse innen allmenmedisin og sykehjemsmedisin ville vært langt bedre for pasientene.

Mangel på ressurser i den kommunale helsetjenesten: Dette inkluderer både sykepleiere og helsefagarbeidere, og får konsekvenser i form av unødige innleggelse ved at det ikke er kapasitet for raske tilpasninger for forsterket tilsyn av pasientene hjemme eller på kommunale institusjoner. En del viktige kommunale tilbud har begrenset tilgjengelighet på kveld, natt, helger og i høytidsperioder. Dette kan gjelde sosial vaktjeneste, lindrende enheter for palliasjon eller koordinatorene for plass på helsehus og andre kommunale institusjoner.

Mangel på paramedisinere som bemanner ambulansene: I fremtiden frykter vi at bachelor paramedisin vil være en svært attraktiv personellgruppe for legevaktene og akuttmottakene, og at utdanningskapasiteten ikke fyller ambulansetjenestens behov.

Lokale forhold kan føre til betente diskusjoner: Det er usikkerhet om hvor den optimale balansen er, mellom kompetanse, erfaring og nærhet (utrykningstid). Dette temaet er i høy grad politisert, og argumentasjonen skaper stort engasjement i lokalmiljøer og blant eget personell.

3.0 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 kapitlet vil derfor måtte testes og innføres under kontinuerlig evaluering.

3.1 Data og kunnskap gir bedre forståelse av hva vi kan gjøre bedre og hva vi kan gjøre mindre av

Digitalisering og innovasjon gir nye muligheter

Alle landets ambulansetjenester tar i bruk felles løsning for elektronisk pasientjournal og vi venter på innføring av ny IKT i AMK som vi forventer at ville bygge på en mer oppdatert datateknisk plattform som gir bedre muligheter for utvikling og datafangst. Datasikkerheten ved skyløsninger og rask kommunikasjon via 5G-nettet gir muligheter for tilgang til avanserte og sikre datatjenester utenfor sykehusbyggene. Dette inkluderer tekst, lyd, video og data fra medisinsk teknisk utstyr. Det trengs en innsats for å etablere hvordan vi kan beskrive pasientforløpene og resultatene for pasientene også der pasientforløpet inkluderer flere organisatoriske enheter i helsetjenesten og der det ikke endre med sykehusinnleggelse.

Data om pasientforløp vil gi oss nødvendig kunnskap til forbedring. Det er behov for å differensiere hvilke hendelser eller tilstander hvor det er størst behov for kort responstid. Prioriteringsforskriften⁵ lister opp kriteriene:

- Medisinsk nytte (overlevelse, redusert funksjonstap, smerter og ubehag)
- Alvorlighet (gradering av risiko og funksjonstap)
- Rimelig forhold mellom kostnad og nytte

Det er behov for å gjenkjenne og raskt sende ressurser til det mest akutte slik det er beskrevet i dagens beslutningsstøtteverktøy i AMK og LVS, og samtidig gjøre det mulig å bruke mer tid på telefon for å finne den beste løsningen for de tilfellene hvor det ikke haster så mye!

- Behov for erfarne bakvakter inkludert tilstedeværende leger i AMK
- Behov for å prøve ut andre ordninger for samarbeid med LVS. Noen ideer som har vært forsøkt ulike steder i Norge og utlandet: samlokalisering, ett felles nødnummer med lik førstelinjeutspørring, dele på tilgang til erfarne bakvakter (for psykiatri, pediatri, sykehjemsmedisin, generell indremedisin/geriatri)
- Behov for å styrke samarbeid mellom LVS, AMK og fastlegenes sentralbord/ekspedisjon for å gjøre øyeblikkelig hjelp konsultasjoner hos fastlegene til en mer forutsigbar mulighet for pasientene

For pasienter med kroniske tilstander og sykdommer hvor det er lagt behandlingsplaner, må planene være tilgjengelige døgnet rundt for de akuttmedisinske aktørene. Teknologiske løsninger for dokumentdeling gjennom for eksempel Kjernejournal kan redusere risiko for forsinket opptrapping ved forverring av tilstanden og sørge for konsistent håndtering basert på planene som er lagt. Teknologisk innovasjon kan hjelpe med å sammenfatte medisinsk informasjon fra mange kilder ved henvendelser for å gjenkjenne økt risiko og behov for spesielle tiltak.

Det er mulig å effektivisere i ambulansetjenesten ved å ta i bruk logistikkverktøy for å optimalisere transporter og plassering av ledige ressurser basert på historiske data og prediksjoner. Automatisering av oppdragstildeling kan frigjøre kapasitet for ressurskoordinatorer i AMK.

Skaffe ny kunnskap og utnytte eksisterende kunnskap og data for utvikling og drift krever ressurser

Datadrevet utvikling av tjenestene må bygge på systematisk arbeid med målsetninger som kan måles og balanseres med et sett indikatorer for kvalitet og sikkerhet. Vi anser det som viktig å sette av interne og nasjonale ressurser som evner å samarbeide om utvikling på tvers av leddene i kjeden. Data fra brukerne

⁵ Lovdata, [Prioriteringsforskriften](#), § 2a

om hva de ønsker, og hva de erfarer i kontakt med det akuttmedisinske system er viktige referanser i utviklingsarbeidet. Anbefalinger om å styrke nasjonale kompetansemiljøer har gått igjen i flere utredninger og NOU'er, og dette behovet er fortsatt til stede!

Felles forståelse bidrar til avklaring av ansvar og forbedringer

Kunnskap om pasientforløp og risiko for uheldige utfall må være åpent tilgjengelig. Tilsynsmyndigheter og politisk nivå må ha et realistisk bilde av hva som kan og ikke kan løses i det akuttmedisinske system – inkludert hva som er akseptabel risiko og tjenestenivå.

Det er behov for å avklare forventningene om hva som er et godt (og forsvarlig) tjenestetilbud ved akutte hendelser. Noen ideer til hva som bør utredes videre:

- Vil det noen gang være «AKUTT» når pasienten er ivaretatt av kompetent helsepersonell for eksempel ved legevakt?
- Vil kort responstid for førsterespondenter og profesjonelle akutthjelpere kunne kompensere beredskapen i områder med lange avstander til legevakt og ambulanse? Alltid – ved noen tilstander?
- Vil forståelsen av hast kunne være ulik i områder med korte avstander og dermed redusere behovet for utrykningskjøring i tett befolkede områder med korte evakueringsaker?

Det er en økende etablering av legevaktsbiler i vårt område. Dette gir allmenntilleggs kompetanse ut til pasientene og kan redusere innleggelser og behov for ambulansetransporter til og fra legevakter. Det er få føringer og krav til slike legevaktsbiler og vi ser at de varierer i tjenesteuttrykk og bemanning fra område til område og til dels fra dag til dag. Disse bilene reverserer en trend med nedgang i legevaktsbesøk, det er en fordel for pasientene og gir økte muligheter for god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er derimot et behov for godt samarbeid og avklaringer mellom AMK, LVS og legevaktslegene om hvilke typer hendelser og oppdrag som egner seg best og hvordan disse ressursene best koordineres. Akuttmedisinforskriften gir noen føringer, men lite konkret om bruken av legevaktslegene som ressurs.

Det er helt nødvendig å finne gode løsninger sammen med kommunene og helsefelleskapsstrukturene med etablering av samarbeidsforum/fagråd som omhandler den akuttmedisinske kjeden, er nødvendig for å utvikle tjenestene sammen. Etablerte helsefelleskaper har til nå i liten grad vært opptatt av akuttmedisin, men dette er i endring.

Oppdaterte oversikter over kommunale tilbud og kontaktpunkter gjøres lettere tilgjengelig for nødmeldetjenestene (113 og 116117). Dette bidrar til å finne andre gode løsninger for pasientene som ikke trenger sykehusinnleggelse, og det bidrar til å involvere kommunale helsetjenester i det akuttmedisinske system.

3.2 Øke befolkningens helsekompetanse og styrke strukturene som kan få pasientene raskere ut av et akuttmedisinsk system uten å kompromisse på pasientsikkerhet

Noen momenter som henger sammen med andre tiltak beskrevet over:

- Styrke sosiale nettverk
- Bedre tilgang på fastleger og øke muligheten for at fastlegene kan være destinasjon for akuttmedisinske forløp uten behov for sykehusinnleggelse
- Profesjonalisering av legevaktsbiler med tanke på tjenesteuttrykk og oppdragsprofil
- Styrket informasjonsdeling og beslutningsstøtte

3.3 Sikre rekruttering og øke sannsynligheten for at erfarne medarbeidere vil fortsette å jobbe i tjenestene

Det er viktig å utvikle tjenester hvor den behandlingen og hjelpen som tilbys, korresponderer med de ansattes verdier og preferanser. Dette inkluderer at det som oppfattes som overbehandling reduseres, men også at det er lett for de ansatte å finne meningsfulle tiltak for innringere/pasienter.

Det er viktig at ansatte har mulighet for faglig utvikling og karriereveier.

- Samarbeid med akademiske institusjoner om videreutdanning, inkludert mulighet for master- og Ph.d.-løp
- Styrke fagstaber og sette krav til formell kompetanse for de som skal jobbe der (masterutdanning)
- Involvere ansatte i utviklingsarbeid også på lavere nivå – bygge team for forbedringsarbeid på tvers av profesjoner og nivåer

4.0 Momenter for å bedre samhandling for beredskap og ressursutnyttelse

Disse momentene er diskutert over. Det er fortsatt utnyttet potensiale for å inkludere mer om akuttmedisin og beredskap i helsefelleskapenes porteføljer. OUS har særskilte utfordringer fordi våre prehospitaltjenester må samhandle med så mange sykehus, kommuner og legevaktsdistrikt. Vi tror dette er en særskilt utfordring for storbyområder som krever ekstra oppmerksomhet. Som et minimum må kompleksiteten erkjennes og ressursene for å bidra i alle slike samhandlingsarenaer må være tilpasset kompleksiteten.

En vesentlig del av det akuttmedisinske system handler om transport – i mange tilfeller skal pasienten til et annet sted for videre undersøkelser og behandling. Ambulansetjenesten har utviklet seg gjennom de

siste 30-40 årene fra en transporttjeneste hvor de vesentlige kompetansekravene var knyttet til utrykningskjøring til dagens høykompetente paramedisinere. Men fortsatt er forflytning av pasienten et viktig element fordi det skal skje trygt og raskt, og til riktig sted. Ambulansetjenestens erfaring med denne logistikken kan også bidra den andre veien; med å flytte spesielt kompetent personell og diagnostiske muligheter ut til pasienten. Dette kan bli enda viktigere fremover i tråd med ambisjonene om større deler av pasientbehandlingen utenfor sykehusene, men det er to viktige forutsetninger:

- En slik utvikling må være basert på data fra pasientforløpene og evidens fra utprøving på effekt, pasienttilfredshet, sikkerhet og kost-nytte
- Ansvar og ressursbehov må forankres og avklares i etablerte helsefelleskap

5.0 Parametere for aktivitet og drift i somatiske akuttmottak

Dette avsnittet må sees i sammenheng med foregående avsnitt om utfordringer og forbedringsideer for den akuttmedisinske kjede knyttet til behovet for gode data for å beskrive pasientforløp og resultater. Data fra akuttmottakene er selvsagt et helt sentralt element her. Det er også helt tilsvarende behov for å styrke kompetanse og forståelse for hvilke pasienter som skal til akuttmottak og hvordan håndteringen best skjer når pasienten er kommet for å sikre effektivitet og gode resultater.

Vi mener det bør etableres et datasett for forløpene helt inn i akuttmottakene. Datasettet bør inkludere:

- Data som etablerer grupper av pasienter etter
 - o Hvor de kommer fra (innleggende instans)
 - o Hvor de havner (avdelingstype evt. poliklinisk, spesialitet)
- Tid fra ankomst mottak til ...
 - o Første tilsyn av sykepleier (triage)
 - o Første tilsyn av lege
 - o Pasienten forlater mottak
- Bemanning per pasient
 - o Annen kapasitet i tilknytning til akuttmottaket (observasjonsenger, radiologi, legespesialister)

6.0 Utnyttelse av eventuell beredskapstid i ambulansetjenesten for oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Vi mener dette temaet bør vurderes bredere i arbeidet med stortingsmeldingen. Det er gjennomført forsøk hvor ambulanspersonell har bidratt inn i kommunale oppgaver (Rørosmodellen) og andre forsøk som involverer kommunenes helsetjenester mer i den akuttmedisinske beredskap (Telemarksmodellen).

Videre har det i flere forskningsprosjekter blitt belyst nytten av samtrening i akuttmedisinske ferdigheter og scenariotrening.

Alle disse forsøkene belyser nytten av samhandling og samarbeid til pasientens beste, men illustrerer også at ulike forutsetninger kan kreve ulik tilnærming. Vi ser mange utfordringer ved å implementere noen av disse i vårt område uten betydelig innsats med modifisering og utprøving. Vi vil igjen peke på diskusjonen om behovet for data-drevet utvikling og betydningen av å kunne prøve ut endringer i egen kontekst og først i liten skala, for å se om det gir forbedring. Rammene for slike utprøvinger må ligge i felles forståelse mellom aktørene, og dette etableres i helsefelleskapene.

Vi vil også knytte en kort kommentar til forståelsen av begrepet beredskap. Vår opplevelse i Oslo-området, er at selv om de fleste ambulanseressursene er opptatt med oppdrag det meste av tiden, gjør summen av ressurser i området at det allikevel raskt kan stables opp betydelige ressurser ved akutte behov. Dette er illustrert gjennom flere hendelser i vårt område de siste årene (Gjerdrum, Pride-skytingen og andre). Det som truer beredskapen, er om ambulanseressursene bindes i et oppdrag i lang tid. Dette kan for eksempel skje dersom det ikke er klart hvor pasienten kan transporteres, eller om det blir ventetid for å få gode vurderinger fra primærhelsetjenesten om pasienten egentlig kan få et bedre tilbud uten innleggelse. Vi opplever i vårt område at uklare ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene gjør at spesialisthelsetjenesten allerede bidrar i stor grad med oppgaver som med fordel kunne vært løst med økte ressurser til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer blant annet ambulansetransport til legevaktssentral fremfor mulighet for konsultasjon med sykehjemslege eller mobil legevaktslege, eller utrykning med ambulanse for å vurdere allmennmedisinske problemstillinger fordi det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller god nok organisering mellom hjemmetjenester, legevakt og andre kommunale tjenester.