



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Saksbehandler, innvalgstelefon
Thea M.L. Belseth,

Innspill til stortidsmelding om akuttmedisinske tjenester

Statsforvalteren i Oslo og Viken viser til invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester. Vårt innspill er basert på erfaringer fra vårt tilsynsarbeid (hendelsesbasert og planlagt/forebyggende), arbeid med veiledning og rådgivning, og dialog med kommunene og helseforetakene.

Vi hadde planlagt/forebyggende tilsyn med AMK OUS i 2022, og har pågående planlagt/forebyggende tilsyn med utvalgte legevaktsentraler i 2023/24. Det ble påvist lovbrudd i alle tilsyn. Tilsynene avdekket blant annet brudd på forskriftsfestede svartider på telefon, utfordringer med lang ventetid ved fysisk oppmøte på legevakt, og manglende vurdering i ventetiden. Videre avdekket tilsynene utfordringer med samhandling mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden. AMK-tilsynet viste også at ambulanser blir brukt til andre type transportoppdrag enn i akuttmedisinske kjede, noe som påvirker deres tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp.

Stortingsmeldingen bør særlig se på utfordringer knyttet til risiko for uønskede hendelser ved overganger mellom ulike behandlingsnivåer. Det kan være forsinket behandling som følge av uklarhet rundt hvem som skal ha ansvaret for pasienten ved behov for innleggelse på sykehus. Dette gjelder særlig der ulike funksjoner og avdelinger er lokalisert på ulike sykehus i det aktuelle nedslagsfeltet, men det kan også være problemstillinger rundt geografisk tilhørighet. Primærhelsetjenesten og AMK opplever i en del tilfeller å bli avvist når de henvender seg til sykehus for å legge inn pasienter, og møtes med anmodning om å kontakte andre sykehus for innleggelse eller ved å vise til et lavere behandlingsnivå. Disse problemstillingene synes å forsterkes ved kapasitetsutfordringer på sykehusene.

Stortingsmeldingen bør også se på hvordan man kan redusere ventetid i den akuttmedisinske kjeden. Tidlig undersøkelse og behandling på rett nivå kan ha prognostisk betydning og være livreddende. Det har vært flere alvorlige hendelser knyttet til ventetid og manglende oppdaterte vurderinger og oppfølging i ventetiden, både i hjemmet (evt. med hjemmetjeneste/ på sykehjem), på legevakt og i akuttmottak. Systematisk triagering vil kunne gi en mer treffsikker sortering av pasientene og forebygge uønskede hendelser, men det kan ikke kompensere for situasjoner der det er reell mangel på ressurser og kompetanse.



Videre bør Stortingsmeldingen se på utfordringer knyttet til at ustabil og mangelfull dekning av fastlegestillinger, og derav påfølgende utfordringer med å dekke opp legevakter hvor allmennt medisinsk kompetanse kreves. I tillegg er ansvarsfordelingen og ivaretagelsen av akuttmedisinske pasienter på dagtid ikke forsvarlig nok regulert mange steder. Den ansatte ved et fastlegekontor som betjener telefoner på dagtid kan ofte mangle tilstrekkelig akuttmedisinsk kompetanse. Det er også ulike rammebetingelser for daglegevakt på fastlegekontorer og for sentraliserte legevakter, blant annet når det gjelder tilgjengelighet og utstyr.

Rekrutteringsutfordringene får også betydning for øvrige kommunale tjenester som hjemmetjenesten og sykehjem, der bemanningsutfordringer og derav utilstrekkelig kompetent personell kan medføre mangelfull kartleggingskompetanse og sviktende oppfølging ved akutt sykdom. Dette vil gi økt belastning på andre ledd i den akuttmedisinske kjeden da man hyppigere vil måtte tilkalle legevakt eller AMK. Det er viktig med en bevissthet rundt at hjemmetjenesten også er et ledd i den akuttmedisinske kjede. En målrettet akuttmedisinsk kompetanseheving av personell i hjemmetjeneste og sykehjem, med ansvarspersoner som har direkte tilgang til støtte fra konferering med lege i legevakt ville kunne løfte kvaliteten av den akuttmedisinske tjeneste.

Med strategisk rett kompetanse på alle nivåer øker muligheten for rett behandling på rett nivå, og dermed redusert belastning i andre ledd i den akuttmedisinske kjeden. Suboptimal behandling i starten av den akuttmedisinske kjeden vil få betydning for behandlingsresultatet, andre ledd i kjeden og eventuelt liggetid på sykehusene.

Statsforvalteren i Oslo og Viken støtter behovet for å ta i bruk ny teknologi. Digitalisering av tjenestene gir både gevinster og utfordringer i den akuttmedisinske kjeden. Gevinstene og utfordringene bør omtales i Stortingsmeldingen. Videre er det per i dag for lite styringsdata som belyser både hvert enkelt ledd og helheten i den akuttmedisinske kjeden, og dermed for liten oversikt over risikoområder.

Den akuttmedisinske kjeden har grensesnitt mot andre nødetater og kan påvirkes av deres tjenesteutøvelse. Politiet bistår særlig i saker knyttet til rus og psykiatri. Brannvesenet er først responder og ofte først fremme ved akutt sykdomstilfeller i hjemmene, og bidrar ved brann og ulykker. I tillegg utgjør frivillige en viktig del av akuttberedskapen i Norge. Vi fører ikke tilsyn med disse instanser og kommenterer ikke deres arbeid nærmere, men bemerker likevel viktigheten av gode samhandlingsrutiner og veldefinert ansvarsfordeling.

Aktuelle tiltak

Etter Statsforvalterens vurdering vil godt og gjensidig formelt samarbeid forankret i avtaler, god samhandling og felles situasjonsforståelse være en viktig forutsetning for en godt fungerende akuttmedisinsk kjede. For å oppnå dette, bør den akuttmedisinske kjeden være et eget samarbeidspunkt i helsefelleskapene hvor helseforetak og kommune kan inngå et gjensidig og forpliktende samarbeid om sentrale områder og spesielle utfordringer.

Kvalitetsindikatorer som belyser alle ledd i den akuttmedisinske kjeden, og bedre styringsdata, vil gi et egnet grunnlag for å arbeide med risikoområder på tvers av forvaltningsnivåene.

Alle ledd i den akuttmedisinske kjeden må ha en kontinuitetsplan/beredskapsplan som ivaretar funksjoner under krise. Hendelser kan treffe leddene i den akuttmedisinske tjenesten ulikt, og kommunenes og helseforetakenes beredskaps- og kontinuitetsplaner må derfor være samkjørte. De må beskrive hvordan man samhandler når det oppstår en alvorlig situasjon også i et annet forvaltningsnivå eller i en nærliggende kommune.



Ny teknologi gir nye muligheter, men må bidra til å løse de faktiske utfordringene og gi økt kvalitet i tjenesten. Teknologien må være brukervennlig og helsepersonellet må ha nødvendig kompetanse om bruk av teknologien.

En stadig eldre og sykere befolkning utenfor sykehus, kombinert med økende utrednings- og behandlingsmuligheter, gjør det nødvendig å gjøre prioriteringer av hvem som skal gis hvilket behandlingsnivå. Eventuelle begrensninger i behandlingsnivå, både i forhold til hva slags behandling som skal gis og hvor pasientene skal behandles ved akutt sykdom, bør det være tydelige avtaler på. En strengere prioritering for hvem som skal innlegges på sykehusene, krever økt kompetanse og beslutningsstøtte prehospitalt. Ambulerende team og utlokaliserte poliklinikker med helsepersonell ansatt i kommuner og/ eller sykehus kan bidra til å muliggjøre forsvarlig behandling utenfor sykehus.

Det bør også arbeides videre med oppgavedeling mellom ulike profesjoner. Vi vurderer at det kan ligge en gevinst i at ulike grupper bistår hverandre i den akuttmedisinske kjeden, og at man finner nye samarbeidsformer.

Rett kompetanse på alle nivåer øker sannsynligheten for rett behandling på rett nivå. Vi støtter nye utdanningsmuligheter og kompetansekrav i alle ledd av tjenesten. Kommunenes og helseforetakenes ansvar for å legge til rette for etter- og videreutdanninger bør vektlegges.

Med hilsen

Anne Hilde Crowo
fylkeslege/avdelingsdirektør
Helseavdelingen

Thea M.L. Belseth
assisterende avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent