

Høringsuttalelse Akuttutvalget - Delrapporten til nasjonal helse- og sykehusplan samt Primærhelsemeldinga

Saksbeh: Fungerende administrerende direktør i denne saken Per Christian Juvkam

BAKGRUNN

Regjeringen oppnevnte høsten 2013 Akuttutvalget. Utvalget har fått som mandat mellom annet å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Se for øvrig høringsbrev. Akuttutvalget utarbeider den første NOU om akuttmedisinske tjenester siden NOU 98:9. Utvalget er bedt om å levere delinnstillinger som underkastes offentlig høring. Delinnstilling kommer fra et enstemmig utvalg. Det forventes at delinnstillingene samlet vil utgjøre en NOU

Helse og Omsorgsdepartementet har 4.11.2014 sendt Akuttutvalget - Delrapporten til nasjonal helse- og sykehusplan samt Primærhelsemeldinga på høring, med høringsfrist 16.12.2014. Se

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2014/Horing---Akuttutvalgets-delrapport.html?id=773907>.

Ambulanse Midt-Norge har behandlet delinnstillingen i styresak 57/14, og i ledermøte 08.12.14.

SENTRALE ELEMENTER I DELINNSTILLINGEN FRA AKUTTUTVALGET

Delinnstillingen er omfattende, og gir i hovedsak en dekkende beskrivelse av dagens situasjon.

AMN slutter seg til utvalgets vektlegging av verdiane trygghet og nærhet, balansert mot kvalitet i utøvelse, forutsigbarhet i grensesnittet mellom befolkning og helsetjeneste, og stabilitet og koordinering i organisering og endringsprosesser.

Det akuttmedisinske nettverket

Primærhelsetjeneste, sykehusberedskap og prehospitaler tjenester **må sees i sammenheng**, også når tjenestene planlegges. Det foreligger erfaring for at endring i innhold i sykehusene og legevakt ikke i nødvendig grad har medført analyser av endret behov for kapasitet og kompetanse i prehospital tjeneste. Det ventes endringer i sykehuspolitikken, for eksempel i forhold til akuttkirurgi og akuttmottak. I endringsprosesser må det tenkes helhetlig, og tas

høyde for økt behov for pasienttransport – fra hjem til hjem. Det er problematisk for en god akuttberedskap i kommunene at fastleger og legevakt i så stor grad er basert på enkeltmannsforetak. Viktigheten av en »sammenhengende kjede» er påpekt i rapportens kap 4.6, og kan med fordel gjøres enda tydeligere.

IKT

En ferdig NOU bør tydeliggjøre behovet for fortløpende dokumentasjon i pasientforløp, ved at de særlige utfordringer som ligger i manglende IKT-modenhet og behovet for mobile løsninger drøftes som eget kapittel. Ambulansetjenesten har et særlig behov for mobil tilgang til Helsenett.

AMN mener at **datagrunnlag** helt nødvendig første prioritet. Dokumentasjon må tilfredsstillende krav til pasientjournal, samhandling, kvalitetssikring og datagrunnlag for planlegging. Endringer må være forankret i et godt datagrunnlag for kvantitative og kvalitative analyser. AMN mener kravspesifisering og anskaffelse av prehospital EPJ må skje i samarbeid mellom regionale helseforetak, at prosessen bør forseres, og at dette bør kunne skje i forkant av de omfattende endringer som vil følge av m.a. St.mld. 9. (2012-1013).

Et godt IKT-system (sett fra prehospitale tjenesters synsvinkel) inkluderer (ikke uttømmende)

- Felles pasientjournal for alle som yter helsehjelp (inkludert pasienten selv)
 - o Tilgangskontroll, visning av informasjon og skrivemulighet tilpasset den enkelte helsehjelper i det akuttmedisinske nettverket (minst legevaktlege, legevakt/AMK-sentral, ambulansetjeneste, akuttmottak, sykehus-EPJ)
- Strukturert EPJ for ambulansetjenesten/luftambulansetjenesten med
 - o Kommunikasjon med felles pasientjournal
 - Dvs (utvalgt) informasjon fra tidligere sykehistorie om pasient tilgjengelig under oppdrag
 - EPJ som fortløpende synkroniseres med akuttmottak og sykehusEPJ
 - Integrert kontekstsensitiv beslutningsstøtte
 - Integrert med MTU (f eks multifunksjonsmonitor)
- Kontrollromsløsning AMK med integrert logistikkverktøy, beslutningsstøtte i forhold til telefontriage og veiledning, logistikkverktøy (data-assistert ressursvalg)

Legevakt

Generell samfunnsutvikling, med sterkere befolkningskonsentrasjon og reduksjon av innbyggertall i distrikter gir særlige utfordringer i forhold til kommunenes evne til å yte helsetjeneste døgnet igjennom for den som oppholder seg i kommunen. Dette krever nye modeller og ny tenkning i forhold til grensesnitt primærhelsetjeneste-ambulansetjeneste-sykehusforetak.

Utvalget mener tilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene må styrkes, både for somatikk og psykiatri og at fastlegene bør integreres sterkere i den samlede helsetjenestestruktur. For legevakt er det et uensartet bilde, men det dominerende trekket er en utvikling som er kommet langt i retning av interkommunale legevakter med lite mobile leger, og ofte lite ressurser. Legevaktlege er mange steder fraværende i akuttsituasjoner.

Legevakt har sluppet unna nærmest «alle» krav, f eks i forhold til krav om avstand/reisetider/ mobilitet. Dette er ikke en ønsket utvikling sett fra ambulansetjenesten.

Helsetjenesten er ved et veiskille her. Utvalget setter som målsetting at lege skal være tilstede i 75% av akutte situasjoner, og at reisetid skal legevakt skal begrenses til 40-60 minutter. Dette er et positivt og ambisiøst mål. **AMN mener det er et mål som kan bli meget vanskelig å nå.**

Kvalifiserte legers nærvær i akutte situasjoner er viktig for kvaliteten i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Sentralisering av legevakt har gitt økt press på ambulansetjenesten. Avstander på opp til 16-17 mil (e g Namdalen) har ført til at ambulansetjenesten er legenes «øyne og ører», og at pasienter må ivaretas av ambulansen i langvarige prehospitale akutte forløp. Ambulansepersonell er ikke godt nok utdannet til å ivareta slike oppgaver. Tilgjengelighet av lege i «felt» utgjør et vesentlig premiss i forhold til kompetansekrav (kunnskap og vurderingskompetanse) for ambulansespersonell.

Lege tilgjengelig ute for å vurdere gir økt mulighet for å unngå unødvendige innleggelser. Dette blir det et økende behov for, med flere pasienter med sammensatte lidelser. Videostøtte og andre telemedisinske løsninger kan bare delvis kompensere for dette.

Nødmeldetjenesten

Medisinsk nødmeldetjeneste er et viktig, integrerende element i det akuttmedisinske nettverket. AMK-sentralene styrer bruk av og kostnader i ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten/luftambulansetjenesten har ikke tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger. Dette er sammen med oppdragsinformasjon fra AMK-sentral nødvendig for å kunne ivareta god oppdragshåndtering og pasientsikkerhet.

Nødmeldetjenesten synes å ha hatt en lav utviklingstakt de senere årene, men utvalget bruker lite av delinnstillingen på å gå nærmere inn i viktige forhold knyttet til tjenesten. Dette gjelder for eksempel

- Et behov for å formalisere og standardisere operatørutdanning, med langt sterkere satsing på seleksjon, utdanning, oppfølging og profesjonalisering av operatørrollen
- Manglende utvikling av egnet kontrollromsløsning, manglende implementering av logistiske optimaliseringsverktøy, og manglende utvikling av et integrert medisinsk prioriteringssystem/beslutningsstøtte, fortrinnsvis Norsk indeks for medisinsk nødhjelp
- Evne til å møte spesielle gruppers behov (særlig gjelder dette, fremmedspråklige/fremmedkulturelle, men også andre grupper, som døve)
- Evne til å holde tritt med kommunikasjonsteknologisk utvikling i samfunnet, for eksempel nye kommunikasjonsveier som billedtjenester og sosiale medier, bruk av strømmeteknologi for videosamband med hendelsessted, utrykningsressurser og ressurser i sykehus.

For en forholdsvis liten, men viktig del av virksomheten er styrket tverretatlig samarbeid vesentlig. Det registreres med tilfredshet at arbeidet med felles nødnummer og felles nødsentraler synes å være lagt bort.

Se også IKT.

Ambulansetjenesten

Økt avstand mellom sykehus/sykehusfunksjoner gir økte behov, og behov for økt kompetanse for de som skal utføre arbeidet. Utvikling både i primærhelsetjenesten og i sykehusstruktur har vesentlig betydning for dimensjonering og kompetansebehov i ambulansetjenesten. Nye modeller for samarbeid med kommunene om akuttmedisinsk beredskap er påkrevet, og dette må inkludere kombinasjoner av tradisjonelle ambulansearbeidsoppgaver med arbeid som kommunene har ansvar for, som bistand på legekantor og legevakt, arbeid knyttet til kommunale akutte døgnplasser, og samarbeid med hjemmebasert omsorg, både for å kunne utnytte ellers passiv beredskapstid, og for å gi volumtrening i relevant helsefaglig arbeid, ikke minst i forhold til vurderingskompetanse.

Utvalgets framstilling er dekkende, med mange gode forslag som støttes. Dette gjelder mellom annet behov for differensiering og kompetanseutvikling med styrket fagbrev og bachelor i prehospitalt arbeid (bachelor paramedic/community paramedic). Behovet for styrket utdanning antas å bli omfattende dersom utviklingen i legevakt ikke endres drastisk.

Utvalget peker på behovet for flere spesialiserte ressurser basert på utrykningsenheter fra sykehus. Det er sannsynlig at dette ikke vil kunne etableres ved mindre sykehus uten vesentlige merkostnader.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er et viktig virkemiddel for å yte likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Betydningen av dette kan øke med endret demografi, og en må ha mange kort å spille under én felles paraply.

Utvalget foreslår to vesentlige prinsipper: Luftambulansetjenesten en integrert del av helseforetakenes ambulansetjeneste, og forslag om å utrede offentlig drift av den operative tjenesten som i dag er konkurranseutsatt.

Vi vil peke på at luftambulansetjenesten allerede er en integrert del av den helsefaglige driften de fleste steder, og en viktig støttespiller i utvikling av ambulans- og nødmeldetjeneste. Utvalget drøfter ikke dette nærmere. AMN støtter at en utreder offentlig drift av også den operative delen av luftambulansetjenesten (i statlig regi).

Organisasjon og samhandling

Utvalget foreslår virkemidler for å styrke organisering ved styrket ledelsesmessig forankring på høyt nivå, og mer bevisst satsing på lederutvikling. Utvalget peker på behovet for mer samordnet planlegging mellom kommuner og helseforetak, styrket samøving, og nytenking i forhold til utnytting av personell. AMN mener at det i for liten grad er sørget for samordning av akuttmedisinsk tjeneste i kommune og helseforetak, og støtter utvalgets påpekninger.

Kvalitet

Utvalget peker på behov for kvalitetsheving, blant annet gjennom styrket offentlig finansiert forskning. AMN støtter dette.

Utvalget foreslår at det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer. Vi vil her påpeke at responstidskrav ikke bør stilles uten at en samtidig stiller krav til prosess og utkomme på definerte områder som traume, akutt coronarsykdom eller slag. En bør vurdere å ta inn flere prehospitale parametere i nasjonale kvalitetsregistre f eks for hjerteinfarkt og hjerneslag.

Utvalget har en ny og viktig tilnærming til responstidsbegrepet og responstidskrav, gjennom å peke på at ulike ressurser i det akuttmedisinske nettverket kan være avgjørende for å gi hjelp innen tilstandens tidsvindu. Utvalget gjør viktige påpekninger i forhold til nasjonale mål og tiltak for IKT-området, og foreslår tiltak som gjør at nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Vi støtter dette, men mener dette må gjøres enda tydeligere, jamfør punktet om IKT.

ooo0ooo