

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 14/4274

Vår ref.: 2013/00193-138/309/
Silseth

Dato: 11.12.2014

HØRING - AKUTTUTVALGETS DELRAPPORT

Sykehuset Innlandet synes at Akuttutvalget har utarbeidet en god rapport som oppsummerer utfordringsbildet og samhandling med primærhelsetjenesten på en god måte.

Når det gjelder de konkrete anbefalingene i rapporten støttes disse.

For en mer konkret tilbakemelding på de enkelte punktene i rapporten viser vi til vedlagte høringsuttalelse utarbeidet av divisjon Prehospitale tjenester.

Med vennlig hilsen



Morten Lang-Ree
administrerende direktør



Toril Kolås
fagdirektør

Vedlegg: Høringsuttalelse fra divisjon Prehospitale tjenester.

Delrapport som innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om primærhelsetjenesten – høringsvar fra divisjon Prehospitale tjenester

1.5 Sammendrag

1.5.1 Felles tiltak for å møte felles utfordringer

Utvalget foreslår en tydelig nasjonal strategi for å møte utfordringene. Innholdet i en nasjonal strategi må sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område, bedre samarbeidet og styrke ledelsen, heve kvaliteten i tjenestene og styrke forskningen, innføre nasjonale kvalitetsmål, heve utdanningsnivået og kompetansen hos personellet. Videre må strategien øke samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og fremme nytenkning om bruken av personell i tjenesten. Utvalget foreslår også at en nasjonal strategi må ta sikte på å styrke ø-hjelpstilbudet i kommunene og de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten.

Kommentar:

Divisjon for prehospitale tjenester anser denne oppsummeringen som meget viktig å gjennomføre i de kommende år. Spesielt viktig er samhandlingen med primærhelsetjenesten.

I helseforetak bør ledere av prehospitale tjenester få en mer framskutt posisjon i egen organisasjon ved at de regionale helseforetakene etablerer strukturer som sikrer bedre samordning på nasjonalt nivå. I kommunene pekes det på behov for at man samler flere av de ulike ø-hjelpstilbudene, slik at de i større grad framstår som én tjeneste, med en felles ledelse. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert, og kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes.

Utvalget foreslår et kvalitetsløft som innebærer at det bygges opp et nasjonalt fagmiljø for analyse, forskning og utvikling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det etableres data, kodeverk, nasjonale kvalitetsmål og nasjonale kvalitetsindikatorer for alle akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er behov for mer offentlig finansiert forskning og en krafisamling av kompetansemiljøene i den akuttmedisinske kjeden. Elektronisk pasientjournal må tas i bruk i ambulansetjenesten og det må legges til rette for elektronisk meldingsutveksling. Utvalget foreslår en ny tilnærming til responstider. Responstider bør innføres som en del av nasjonale kvalitetsmål for hele den akuttmedisinske kjeden. Ledere må følge opp resultater og sette i verk tiltak når målene for responstider ikke nås. Utvalget foreslår at det arbeides videre med å utvikle en standard for prehospitale innsatstider som tar utgangspunkt i at det må settes i verk tiltak innen en gitt tidsfrist, men som åpner for at ulike prehospitale ressurser kan settes inn tidligere enn i dag.

Kommentar:

Formuleringen vedrørende responstider kan virke uklar og lite presis. I en slik rapport bør det gå tydeligere fram utvalgets ønske på dette området.

Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav til at 90 pst. av befolkningen i hvert legevakttdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon, og 95. pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter. Intensjonen er at kravet skal få betydning for dimensjonering av legevaktstjenesten i et legevakttdistrikt, og medføre kortere reisetid for innbyggerne i områder der det i dag er lang reisetid til legevakt. Utvalget foreslår at fastlønn tas i bruk i større grad i legevaktstjenesten for å bidra til endret prioritering i virksomheten og styrke rekrutteringen. Virkningene av fastlønn bør analyseres og utredes nærmere. Mange akuttmedisinske situasjoner er preget av usikkerhet om pasientens tilstand.

Kommentar:

Det er mulig at det i denne sammenhengen også burde sis noen om legers utrykningsplikt, ikke bare på rød respons- også ved vurdering av mulige akuttmedisinske – medisinske tilstander. Det er i dette skjæringspunktet gevinster kan høstes mellom kommunale ressurser og spesialisthelsetjenestens ressurser.

1.5.3 Utvalgets forslag til endringer i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Selv med høyere legetrykning i framtiden, vil ambulanspersonell i mange vanskelige medisinske situasjoner fortsatt være uten legestøtte. Ambulanspersonell med høyskoleutdanning vil bidra til å heve kompetansen i ambulansesfaget vesentlig. Utvalget foreslår at det etableres en nasjonal høyskoleutdanning innen ambulansesfaget på bachelornivå. En slik utdanning vil blant også legge til rette for nytenkning om personell. I Storbritannia er det etablert en ny funksjon for ambulanspersonell (community paramedic) for å redusere gapet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Funksjonen er utviklet for spredt bebygde områder og fullverdig ambulansberedskap kan beholdes på steder der det ellers ikke er virksomhetsmessig grunnlag for det. Utvalget foreslår at en modell for community paramedic tilpasset norske forhold prøves ut.

Med endringer i sykehusstruktur, må det kompenseres med tiltak i den prehospitale tjenesten i spesialisthelsetjenesten. Det er gjort lite analyser om disse sammenhengene. Når det gjøres endringer i helseforetakenes struktur, må de prehospitale tjenestene inkluderes i planleggingen. Utvalget mener det er behov for grundigere utredninger som analyser hvordan endringer i sykehusstruktur og organisering i legevakten påvirker kapasitet i ambulansetjenesten. Myndighetene har i flere år utredet nødmeldetjenesten. Utvalget vil komme nærmere tilbake til AMK-sentralene i endelig NOU, men framhever i denne delrapporten at medisinsk nødnummer 113 må beholdes og at AMK-sentralene må videreutvikle det faglige samarbeidet med de øvrige nødmeldesentralene innen brann og helse.

Kommentarer:

Community paramedic er et spennende konsept som må ses i sammenheng med etablering av Bachelor Paramedic. Sykehuset Innlandet HF har et spesielt fokus på sykehusstruktur og organisering av LV distrikter og de prehospitale tjenestene.

I dag er det anestesisykepleiere som deltar ved røde respons og mange steder også intensivsykepleiere ved overflytting av respiratorpasienter. Dette er en faglig viktig ressurs som fortsatt bør være et bidrag i den prehospitale tjenesten. Dette bør stå i denne delrapporten.

1.5.3 Utvalgets forslag til endringer i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Der det er pasientgrunnlag for det, bør det etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåking og behandling, såkalte "brute biler". Tiltaket kan redusere kostnader, frigjøre akuttberedskap, avlaste den ordinære ambulansetjenesten og gi en bedre tjeneste til en stor pasientgruppe. Utvalget foreslår å utvide ambulansetilbudet til intensivpasienter, smittepasienter og pasienter som trenger avansert behandling under transport. Helseforetakene må ansette personell til slike spesialambulanser.

I planlegging av ambulansetjenester må luftambulansetjenesten være en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Utvalget mener at offentlig drift av den operative tjenesten av luftambulansetjenesten bør utredes og at de regionale helseforetakene i samarbeid bør utarbeide en nasjonal luftambulansplan. Utvalget foreslår en økt innsats for å bedre kunnskapen om hjemmeslag hos helsepersonell. Utvalget mener at prehospital behandling av hjemmeslag må inngå i de nasjonale retningslinjene når disse skal revideres. Det er behov for økt forskning innen hjemmeslag når det gjelder prehospital diagnostikk og nytteverdi av høyspesialiserte behandlinger.

Kommentar:

Geografi vil være avgjørende om det er mulighet til å etablere en differensiert ambulansetjeneste til rene transportoppdrag

Status, utviklingstrekk og felles utfordringer

3.2.2 Nye ø-hjelptilbud i kommunene

Fra 2016 lofstes kommunenes plikt til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Formålet er å gi tjenester nærmere der pasienten bor og utvider plikten kommunene i dag har til at øyeblikkelig hjelp tilbudet også

skal omfatte døgnopphold. Mange kommuner har allerede startet på etableringen av ø-hjelp døgntilbud slik at innfasingen skjer gradvis. Kommunale ø-hjelp døgnopphold er et viktig element i samhandlingsreformen og innebærer en ny oppgave for kommunene ved at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene knyttet til pasientkategorier som tidligere ville blitt lagt inn i sykehus. Mange kommuner har valgt å legge kommunale ø-hjelp døgnopphold til eller i nær tilknytning til legevakt. Andelen av denne modellen synes økende, mens det i starten var en overrøkt av enheter knyttet til sykehjem, ifølge Helsedirektoratet.

Kommentar:

Ambulansetjenesten vil ha flere valgmuligheter til å velge mellom et differensiert tilbud. Ambulansepersonell trenger mer vurderingskompetanse (Bachelor paramedic- community paramedic)

Under samme tak – legevakt, kommunale ø-hjelpsenger og omsorgstjenester

Fra våren 2015 etableres Valdres lokalmedisinske senter i et nybygg i Fagernes; et samarbeid mellom seks Valdreskommuner. Det planlegges å samle en rekke helse- og omsorgstjenester fra både kommune, fylkeskommune og helseforetak. Av tjenester med heldøgns beredskap er interkommunal legevakt, legevaktsentral, intermedisærutdeling med kommunale akutte døgnplasser. Nord-Aurdal kommune skal ha lokaler for hjemmetjenestene med heldøgns beredskap og sykehjem. I tillegg kommer jordmørtjeneste i døgnetterkontinuerlig vaktilberedskap. Andre helse- og omsorgstjenester med ”ergoterapi, spesialistpoliklinikk tilbud (blant annet barsel- og amnepoliklinikk), røntgen og dialyse. Senteret har kort avstand til ambulansesstasjonen i Fagernes, men er ikke samlokalisert med denne. (Kilde: Toril Naustdal, Nord-Aurdal kommune)

Kommentar:

Sykehuset Innlandet bør bruke denne arenaen til å prøve ut samhandlingstiltak som gir erfaringer som kan overføres til andre LMS.

S34- Tidligere var bakvakt kun en mer proforma telefonbakvakt, men i forslag til ny akuttmedisinforskrift stilles det mer eksplisitte krav om bakvakt med utrykningsplikt når primærvakten ikke innehar nødvendig kompetanse.

Kommentar:

Et viktig punkt for at ambulansetjeneste ikke overlates til egne vurderinger der hvor det er behov for dypere erfaringskompetanse.

3.2.7.5 Akutttilbudet til psykisk syke og pasienter med rusproblemer

Behandling i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak etter vurdering i og henvisning fra primærhelsetjenesten. Et viktig unntak er Psykiatrisk legevakt ved Oslo legevakt, som er åpen på ettermiddags- og kveldstid på hverdager, helger og helligdager og der alle kan henvende seg direkte.

Kommentar:

I mange distriktsambulansetjenester med lite (ingen) legedekning på vakttid, er det ofte ambulansetjenesten som tar hånd om slike pasienter (evt sammen med hjemmebaserte tjenester). Det bør presiseres hvilke ”innleggelsesmyndighet” ambulansetjenesten her har. Skal noen akutte diagnoser medføre at ambulansetjenesten på selvstendig grunnlag vurderer behov for akutt innleggelse, enten i kommunal institusjon (sjelden i dag) eller i Spesialisthelsetjenesten. (Suicidale, akutte psykoser- akutt forverrelse av kroniske tilstander hvor pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv.) Dette på lik linje med akutt somatisk sykdom. Slike transporter gjennomføres i dag ofte sammen med politiet.

3.3.1 Utfordring 1: Et lite helhetlig ø-hjelptilbud i kommunene (s 42)

Samlokalisering av legevakt med andre helse- og omsorgstjenester kan være viktig for utvikling av legevakt som en del av en mer helhetlig tjeneste. Samlokalisering av legevakt med døgnbaserte hjemmetjenester, kommunale ø-hjelp døgntilbud, ambulansestasjon og sykehjem gir potensiale for å få til en lettere samordning av ulike ø-hjelptilbud i kommunen. I mange nye kommunale ø-hjelp døgntilbud brukes legevaktlege som tilsynslege, og planlagt legevakt organiseres i tillegg til at legevaktlege tilkalles ved uplanlagte behov

Kommentar:

Sykehuset Innlandet støtter en samlokalisering av kommunale helseressurser og spesialisthelsetjenestens ressurser. (singel, paramedic, fullverdig ambulansetjeneste). Organisering og samhandling mellom tjenestene blir bedre ved felles ressursutnyttelse.

Foreslåtte tiltak

6.3 Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

(s 82)

Utvalget foreslår:

En tydelig strategi fra nasjonale myndigheter for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og en effektiv akuttmedisinsk kjede.

En nasjonal strategi går ut på å:

o sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område (6.4.)

o bedre samarbeidet og styrke ledelsen av tjenestene (6.5.)

o heve kvaliteten i tjenestene og styrke forskningen i den akuttmedisinske kjede utenfor sykehus (6.6.)

o innføre nasjonale kvalitetsmål (6.7)

o heve utdanningsnivået og styrke kompetansen hos personellet (6.8.)

o øke samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og tenke nytt omkring bruken av personell (6.9.)

o styrke ø-hjelptilbudet i kommunene (6.10.)

o styrke de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten (6.11.)

o en sammenhengende akuttmedisinsk kjede (6.12)

De ulike akuttjenestene må ha tilstrekkelige økonomiske ressurser og kompetanse, slik at ikke et ledd i akuttkjeden er underdimensjonert.

Kommentar:

Sykehuset Innlandet støtter de forslag som her framkommer. Det er helt avgjørende for en gunstig utvikling av de prehospitale tjenestene at tilbudet ses i sammenheng mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Utvalget foreslår:

Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Ledere for akuttmedisinske tjenester stimuleres til å delta i de eksisterende nasjonale programmer for ledelse (s 84)

Kommentar:

Kapittel om ledelse er viktig. Store endringer i fremtidens prehospitale tjenester vil kreve utstrakt samarbeid, spesielt på øverste ledernivå. Dette kapitlet kan med fordel fremheves og poengteres bedre.

Ledelse og samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten (s 86)

Utvalget foreslår:

Utvalget mener de prehospitale tjenestene har behov for en større grad av standardisering og bedre samordning – både på regionalt og nasjonalt nivå.

- Det må utvikles regionale planer for de prehospitaltjenestene der lokale samarbeidsavtaler og planer mellom helseforetak og kommunene hensyntas.*
- Det bør etableres et nasjonalt, faglig rådgivende organ for prehospital akuttmedisin der legeraket, nøttmeldetjenesten, ambulansetjenesten m.v. deltar. Det prehospitaltjenestefagområdet bør styrkes ledelsesmessig i helseforetakene og i de regionale helseforetakene.*
- De regionale helseforetakene bør etablere et prehospitalt lederorgan for å sikre en nasjonal samordning*

Kommentar:

Nasjonalt samordning er viktig for at tjenestene kan framstå som mest mulig like. De regionale Helseforetak bør ha en mer framtrekkende rolle da ambulansetjenesten oftest er HF tilknyttet. Særordninger ved HF gjør felles arbeidsprosesser til en utfordring.

6.7 Responstider (s 90)

Nasjonale kvalitetsmål må etableres for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Responstid må være én av disse.

En gjennomgang av forskningen på disse områdene viser at det finnes liten faglig begrunnelse for å sette absolutte grenser for responstid, men at det er viktig å gi hjelp så raskt som mulig.

Utvalget mener responstider er en viktig kvalitetsindikator.

- Responstider innføres som nasjonale kvalitetsmål for alle deler av den akuttmedisinske tjeneste*
- Utvalget mener det er behov for å utvikle et helhetlig kvalitetsindikatorsett med struktur, prosess og resultatindikatorer.*
- Ledere i helsetjenesten må følge opp manglende resultater*

Kommentar:

Det er uklart hva utvalget mener på dette området. Punktet bør skrives om for å presisere hva som menes.

6.8 Utdanning innen ambulansetjenesten (s 91)

Utvalget foreslår:

- Det etableres en nasjonal høyskoleutdanning innen ambulansetjenesten på bachelornivå.*
- Fagplanene for dagens ambulansetjenestearbeiderutdanning må revideres.*

Kommentar:

Punkt 1 støttes. Fagplanen på VG 2 må bearbejdes mye. Det bør være obligatorisk med påbyggings år. (allmennfag). Dette er nødvendig dersom ny akutforskrift vedtas med bestemmelse om at begge på ambulansen skal ha kompetansebevis. Dette medfører at lærlinger som kommer rett fra VG1 må være 1 år eldre for å nå alderskrav

6.9 Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken(s93)

Utvalget foreslår:

- Det innføres utfyllende bestemmelser til akutforskriften som stadfester klarere ansvar hos hør akter og tallfester et minimumsnivå til kravet om trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer.*

- Samhandlingen mellom helseforetakenes ambulansetjeneste og kommunenes primærhelsetjeneste bør utaliseres og konkretiseres med en tydeligere ansvars plassering hos aktørene.*
- Trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer bør ikke begrenses til legevaktpersonell og ambulansepersonell. Det bør tas sikte på at flere personellgrupper deltar, slik at også fastleger og helsepersonell i for eksempel omsorgstjenestene er med i slik trening. Trening i samhandling må skje innenfor ordinær drift i de ulike tjenestene.*
- Kommuner og helseforetak bør utvikle nytenkning omkring personellbruken i de ulike akuttmedisinske tjenestene, og utvikle nye tjenester og samarbeidsformer.*
- Forsøk med "community paramedic" settes i gang og evalueres*

Kommentar:

Dette kapitlet er lite konkret. Community paramedic hører heller hjemme under kapitlet om utdanning.

6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn (s 97)

Utvalget foreslår:

- At fastlønn tas i bruk i større grad i legevakt.*
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønnte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.*
- Det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.*

Kommentar:

Viktig innspill i høringsdokumentet. Leger i vakt må ikke "straffes" økonomisk for at de reiser i sykebesøk/ er med på utrykninger. I dag har det vært lite økonomisk motiverende å reise ut fra kontor/LV

6.11 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

6.11.1 Sykehusstruktur og prehospitale tjenester

Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) beskriver en utvikling mot samling av spesialiserte akutttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og større ambulansestasjoner, og at det har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden. Med endringer i sykehusstruktur, vil det prehospitale tilbudet måtte kompensere for lengre avstand og reisetid. Det vil være større behov for overvåking og behandling under transport. Det må være et mål at endringer i sykehusstruktur følges opp av en dimensjonering av de prehospitale tjenestene som sikrer et likeverdig tilbud til befolkningen. Utvalget tror at framtidens akuttmedisinske kjede vil bli mer differensiert og planlegging for framtidig beredskap må ta hensyn til det. Allerede i dag er skjejer det en utvikling mot mer spesialiserte ambulanser i form av to-båre ambulanser, intensivambulanser, helse-ekspress med bære mv. Utvalget understreker at kompensasjonen for lengre avstand må finne sted i form av kapasitet og kompetanse. Det er gjort få undersøkelser om sammenhengen mellom endringer i sykehusstruktur og kapasitet i prehospitale tjenester. Utvalget mener derfor det er behov for en grundigere utredning om dette.

Utvalget foreslår at de årlige SAMDATA-rapportene bør inkludere analyser av sammenheng mellom endring i sykehusstruktur og de prehospitale tjenestene

Kommentar:

Et meget viktig punkt i denne rapporten. Forskning på området vil framskaffe dokumentasjon som er viktig i denne stadig pågående diskusjonen

Ambulansetjenesten(s 109)

Utvalget foreslår:

- Økt differensiering av ambulansetjenestene: Der er det er pasientgrunnlag for det, etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåking eller behandling ("Hvite biler").*
- Helseforetakene bør vurdere å utrede om hvite biler skal drives av egen ambulansorganisasjon eller settes bort til private aktører.*
- Det er rimelig å vurdere om helseforetakene skal gis et større ansvar for å bemanne ambulansetrykninger med lege fra helseforetaket.*
- Ambulansetilbudet til intensivpasienter, smittepasienter og pasienter som trenger avansert behandling under transport, må utvikles. Sykehusene må angi personell til slike spesialambulanser.*
(s 109)

Kommentar:

Dette punktet trenger en lengre utredning. Det vil være meget forskjellig hvordan det er mulig å differensiere tjenesten uten økt ressursbruk.

Vi viser i denne sammenheng til felles innspill fra AMK miljøet i Helse Sørøst ved avd.sjef AMK- og Trond Thoresen Helsedirektoratet.

6.11.2 (Siste kulepunkt) Utvalget foreslår at AMK-sentraler må videreutvikle faglig samarbeid med nødsentralene i de andre nødetatene. Justisdepartementet har i svært mange år arbeidet for å etablere felles nødsentraler. I disse årene har etatenes nødsentraler ved felles hendelser bare kommunisert seg i mellom på telefon. Elektronisk utveksling av automatisk og manuelt registrert informasjon ved hendelser som krever innsats fra mer enn en nødetat vil gi raskere respons og høyere presisjon på informasjon som overføres ved all samhandling mellom nødetatene. Fagdirektoratene bør få i oppgave å nedsette en felles arbeidsgruppe for å klarlegge hvordan «elektronisk trippelvarsling» kan implementeres. Tiltaket bør få høyeste prioritet, da tid kan spares hver eneste gang nødetatene har felles tidskritiske hendelser.