

Til
Helse- og omsorgsdepartementet

15/2-2024

Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester fra Sykehuset Innlandet HF

Det vises til invitasjon til å gi innspill innen 20 februar 2024:

[Invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Invitasjonen er saksbehandlet av divisjon Prehospitale tjenester og godkjent av direktør Medisin og helsefag som helseforetakets innspill.

Sykehuset Innlandet HF gir slikt innspill ut fra spørsmålene i invitasjonen:

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

Sykehuset Innlandet har valgt å svare ut noen av spørsmålene i korte kulepunkter noen steder. Det er mange utfordringer som bør beskrives uten at løsninger har blitt diskutert i det første spørsmålet.

- Den akuttmedisinske kjede er i dag delt mellom to forvaltningsnivåer; - noe som kan legge begrensninger i samarbeidet.
- Hjemmesykepleien reiser ofte ikke ut og tar ikke pasienter som ikke står på hjemmesykepleiens lister/som det ikke er fattet enkeltvedtak på. Dette oppleves som rigid.
- Legevakt og legevaktbil er mye mindre tilgjengelig for befolkningen ved hendelsessted enn forutsatt i akuttmedisin forskriften. Samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må være mere forpliktende enn i dag.
- Ambulansetjenesten kan bli sendt ut på vurderingsoppdrag som den ikke har kompetanse til.
- Pasienter faller mellom flere stoler og det kan tidvis være vanskelig for ambulansetjenesten å få avlevert pasienter. Dette gjelder spesielt uavklarte diagnoser hvor medisinske vurderinger gjøres utenom vakttid på legevakter eller fastlegens åpningstid.
- Det er økende forventninger fra innbyggerne om servicetjenester fra legevakt.
- Gjengangere av pasienter bruker uforholdsmessig mye ressurser fra mange. Slike pasienter blir ofte «kasteballer» mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Det er stort kompetansetrekk i den akuttmedisinske kjede. Viktig også å ha fokus på kompetanseoppbygging til ufaglærte som utgjør en stor andel ansatte i kjeden.
- Det finnes kommuner som ikke har sykepleierkompetanse på vakt i det hele tatt.
- Det må utvikles en kultur og arbeidsform hvor ambulansetjenesten bistår kommunehelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bistår ambulansetjenesten; «fletting» av arbeidsoppgaver.
- Det må skapes større forståelse for at akuttmedisinsk kjede er en felles ressurs som er avhengig av hverandre og som må respektere hverandres kompetanse.

- Det er uoversiktlig for pasient å få tjenester fra flere instanser og forvaltningsnivåer (eks egenandeler)
- Takstsystemet belønner volum og ikke kvalitet/gode arbeidsformer for leger i vaktlinjer i kommunene.
- Det mangler en felles kommunikasjonsplattform for pasient-/journalopplysninger.
- Prehospitale tjenester har i dag begrenset tilgang til relevant informasjon: Eksempler på dette innfor pasientinformasjon er slik som bruk av kjernejournal; «kriseplaner» som kommunen har skrevet med enkelte pasienter der et tiltak kan være «Ring 113» uten at dette er kjent, mv. Dette kan også være kunnskap om arrangementer, øvelser, etablering av flyktningemottak mv
- Taushetsplikten kan være til hinder for god samhandling.
- Det er for lite samhandling mellom psykisk helsevern i kommuner og spesialisthelsetjenesten. «Hasteinnlegginger» skjer når det ikke finnes kommunal kompetanse. Dette fører til at pasienter ikke blir utredet. Mange blir «svingdørspasienter» og skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til et kommunalt tilbud som er variert og kanskje ikke finnes.
- LV leger kan ikke lønnes med «stykkpris». Pasienter med akutte psykiske lidelser blir hastig henvist til spesialisthelsetjenesten grunnet inntjening og korte(ingen) kommunale utredninger.

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?

Bruk av Helsefellesskapene

Det bør etableres en mer tydelig forventning om det må etableres samhandlingsarenaer innen den akuttmedisinske kjede. Dette kan være med å formalisere oppgang av ansvarlinjer og for å løfte problemstillinger opp hos de forskjellige instanser.

Plan for kompetansebygging i i hjemmebaserte tjenester

Det må legges en plan for kompetanseoppbygging til de hjemmebaserte tjenester slik at de kan få en bedre vurderingskompetanse. Dette vil bidra til redusert bruk av annen kommunehelsetjeneste som LV og fastlege. En del av de kommunale helseoppgaver kan gjennomføres av andre enn fastlege og LV. En effekt av dette vil også være mindre bruk av spesialisthelsetjenestenes ambulanseressurser. Det vil øke tilgjengelig ambulanseberedskap.

En samhandlingsmodell i den akuttmedisinske kjeden må også tjene den kommunale helsetjenesten slik at den bidrar til bedre ressursutnyttelse, styrket kompetanse, og en mer integrert helsetjeneste i distriktene for å avlaste hverandre. Etter at nødvendig innsikt lokalt er oppnådd, må tiltak og opplæring tilpasses lokale behov. Erfaringsvis vil ambulanspersonell ha behov for opplæring i basale ferdigheter i hjemmetjenesten, som generell pleie, sårvurdering og geriatri, mens ansatte i hjemmetjenesten vil ha behov for mer akuttmedisinsk kompetanse og kapasitet. Hjemmetjenesten bør utstyres med «akuttsekker», jfr erfaringer fra «Akuttkjede-prosjektet i Telemark».

Etablering av Legevaktsbiler for å bidra til tidlig triagering.

En LV-bil bør være bemannet med godt kvalifisert ambulanspersonell sammen med LV-lege. Den bør være i operativ drift de timene i døgnet med antatt høyest aktivitet, og dette vil variere fra distrikt til distrikt.

LV-bilen reiser så ut for å gjøre vurderinger av pasienter. Erfaring tilsier at mange sykehusinnleggelses og mange ordinære ambulansetransporter til/fra legevakt eller sykehus kan spares. For legevakten vil

ambulanspersonellet bety økt trygghet, både faglig og fysisk. LV-biler vil gjøre det enklere å rekruttere leger til legevakt mange steder.

LV-bilen må være utstyrt med avansert akuttmedisinsk utstyr (multimonitor, defibrillator) og avansert diagnostisk utstyr (12-kanalers EKG, pasientnære blodprøveanalyser, evt ultralyd).

I enkelte situasjoner kan det være fornuftig at ambulanspersonellet reiser ut alene for å gjøre en pasientvurdering. Dette må alltid være i nært samarbeid med legevakten, hvor man har kontakt enten på telefon eller via videokommunikasjon. Det kan altså være fornuftig at «crewet» splitter seg i enkelte situasjoner.

Man kan også tenke seg modeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider om finansieringen av slike LV-biler, for eksempel ved at helseforetaket (del)finansierer lønn til ambulanspersonell, eller (del)finansierer bilholdet. I slike tilfeller vil også AMK (lokalt helseforetak) ha disposisjonsrett til bruk av LV-bilen som en enmanns-betjent ambulans, som kan rykke ut sammen med ordinære ambulanser ved større hendelser. I en slik modell vil både lokal legevaktsberedskap og lokal ambulansberedskap være styrket.

Styrke den medisinske beslutningskompetansen i AMK sentralene- etablere stillinger for AMK leger.

Det bør opprettes rotasjonstillinger hvor lege er til stede på AMK-avdelinger for å ivaretra triagering av pasienter. De mest utfordrende pasientene er ikke de som opplagt skal innlegges på sykehus etter gjeldende prosedyrer. Uavklarte pasienter innen somatikk og psykisk helsevern er de mest utfordrende.

Medisinsk faglig rådgiver AMK: Helsedirektoratet, Ansvar for akuttmedisinske tjenester 2008: «Det stilles ikke krav til leders kompetanse i lovgivningen, noe som betyr at det er helseforetaket som må stille krav til kompetanse når ledere i AMK-sentralen skal ansettes. Der leder ikke er lege, og krav til forsvarlig virksomhet gjør det nødvendig, skal det utpekes medisinskfaglige rådgivere". Dette er ikke AMK-lege.

AMK Lege i sykehuset Innlandet HF

Vakthavende anestesilege(r) ved Sykehuset Innlandet Gjøvik er til enhver tid AMK-lege, når det ikke er lege på Legebilen (507).

AMK leges oppgaver og ansvar:

- Være tilgjengelig på telefon og/eller nødnettsradio (legebil)
- Kjenne til Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp
- Kjenne til ambulansetjenestens oppgaver, arbeidsmåter og prosedyrer
- Møte opp i AMK-sentralen ved tilkalling, eller etter behov
- AMK lege kan rådføres om behandling, hvilket sykehus som skal ha hvilke pasienter og andre pasient/beredskapsmessige medisinske spørsmål
- Bistå AMK-sentralen ved større aksjoner og hendelser
- Gjøre medisinske vurderinger og prioriteringer
- AMK lege erstatter ikke legevaktslege. Ved henvendelse ang pasient bør alltid legevaktslege primært vurderes

I praksis vil disse legene komme «ad hoc» ved oppkall fra AMK.

For å sikre en god tidlig triagering av pasienter bør AMK lege ha tilstedevakt for å kunne konferere med innleggende leger og ambulansepersonell. De mest utfordrende pasienter er de som er uavklarte i forhold til hvor de skal transporteres/ikke transporteres. Det vil bedre logistikken og spare pasienten for lange og unødvendige transportveier. Det vil sikre bedre ambulanseberedskap i distriktene.

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

Man bør høste erfaringer fra gjennomførte prosjekter / prosesser fra hele landet som fremmer samspillet i den akuttmedisinske kjede.

Det er gjennomført flere verdifulle tiltak de seinere årene som har fremmet samarbeidet i den akuttmedisinske kjede. Erfaringene fra disse bør foredles til en mal /norm for samspill der også utfordringene blir konkretisert og møtt med tiltak.

Det tenkes her særlig på «Akuttkjeden i Telemark», «Røros-prosjektet», forsøk med og etablering av desentraliserte satellitt-legevakter, Lillehammer-prosjektet «Bo Trygt Hjemme med integrerte tjenester» (der en arbeidspakke med en mobil «Trygghetspatrolje» skal bistå i hjemmet) og også digital beslutningsstøtte på ulik måte, mv

Utvikle bedre prehospital digital beslutningsstøtte

Det gjennomføres flere prosjekter innen bruk av videoteknologi for å styrke faglig og logistisk beslutningsstøtte innen den akuttmedisinske kjede. Dette bør videreutvikles og det må særlig vektlegges hvordan digitale kanaler for slik virksomhet kan etableres nasjonalt på en sikker juridisk måte innen informasjonssikkerhet,- uavhengig av kommersielle leverandører.

Eksempler på slike prosjekter er overføring av levende bilder fra innringeres mobiltelefon til AMK-sentraler, akuttmottak og legevakter ([Videosamtale med AMK \(113\) - Vestre Viken HF](#)) , bruk av hodekamera i ambulansetjeneste og i kommunale tjenester der spesialister i legevakt eller helseforetak kan gjøre kliniske vurderinger på distanse. Sykehuset Innlandet arbeider med innføring av videoteknologi til prehospital beslutningsstøtte. (PREVIS) - [Prehospital Videosupport \(previs.no\)](#) –

Med hilsen

Geir Kristoffersen

Divisjonsdirektør

Prehospitale tjenester

Sykehuset Innlandet HF

Tlf 911 46 031