

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres ref.:
23/4454

Vår ref.:
23/9049-4 EHU
Eskild Hustvedt / 47646514

Dato:
19.02.2024

Innspel til stortingsmelding om akuttmedisinske tenester

Innhald

Overordna kommentarar og prioriterte tiltak.....	2
<i>Samhandling</i>	2
<i>Tillit</i>	3
<i>Kriseberedskap.....</i>	3
<i>Kunnskap om tenestene.....</i>	3
Prehospitale tenester	3
<i>Kompetanse</i>	3
Ambulansearbeidaren	4
Paramedisinaren	4
Sjuepleiaren.....	5
<i>Bilambulanse.....</i>	5
<i>Luftambulanse</i>	5
<i>AMK.....</i>	6
<i>Responstid.....</i>	6
Akuttberedskap på sjukehus	7
<i>Kompetanse</i>	7
<i>Lokalsjukehus.....</i>	7
<i>Fødselsomsorg</i>	8
<i>Psykisk helse og avhengigheit.....</i>	8
Kommunale tenester	8
<i>Kompetanse</i>	9
<i>Legevakt.....</i>	9
<i>Sjueheimar</i>	10

<i>Kommunale akutte døgnplassar</i>	10
<i>Helsefelleskapa</i>	10
Innbyggjarretta tiltak	10
<i>Kunnskap og informasjon</i>	10
<i>Førebygging</i>	11

Fagforbundet takker for høvet til å kome med innspel til framtidig stortingsmelding om akuttmedisinske tenester.

Overordna kommentarar og prioriterte tiltak

Fagforbundet organiserer tilsette i alle deler av den akuttmedisinske tenesta, frå ambulanse, innhospitalt akuttmottak og legevakt til kommunale heimetenester og heildøgnsomsorg. Noko av det som opptek våre medlemmar mest er høva dei har til å gjere ein god nok jobb for pasientar, brukarar og pårørande. Ei heilskapleg og framtidretta politikk for dei akuttmedisinske tenestene er viktig for at dei skal få dette til.

Tiltak som vil vere særleg viktig er mellom anna

- Ei tydeleg satsing på kompetanse, inkludert etter- og vidareutdanning, samstundes som ein anerkjenner og tek i bruk all den kompetansen som allereie er tilgjengeleg. Det må opprettast reelle y-vegar, m.a. som let ambulansesarbeidarar utdanne seg til paramedisinarar, og fleire fagskuleutdanningar innan prehospitale tenester.
- Betre samhandling mellom dei ulike delane av tenesta, særleg betre digitale system som kan utveksle informasjon mellom nivå og gjere all naudsynt informasjon tilgjengeleg når det trengst, samstundes som ein får gode styringsdata.
- At framtidast teneste i større grad baserer seg på tillit til fagfolka, og legg til rette for at ein får ta faglege avgjersle. Verktøy som undergrev fagleg skjønn, som «medisinsk indeks», må avviklast og bytast ut med støtteverktøy.
- Å oppretthalde lokal beredskap i distrikta. Nøkkelord er ei desentralisert ambulanseteneste og å oppretthalde lokalsjukehus og fødetilbod.
- Å auke kompetansen på psykisk helsevern og rus innan heile tenesta.

Samhandling

Uavhengig av den interne organiseringa skal pasientane møte det som framstår som ei samanhengande og koordinert teneste. Likevel er det sånn at den interne organiseringa, med ulike tenestenivå og ulike tenestegreiner, kan gjere det utfordrande å få til i praksis.

God kommunikasjon mellom dei ulike greinene av tenesta er grunnlaget for god samhandling. Stortingsmelding nr. 24 (2023-2024) peiker på behovet for betre koordinerte tenester.

Fagforbundet meiner at dei meir akutte koordineringsbehova kan løysast med betre digital samhandling. Det må kome på plass digitale løysingar som kan sikre at pasientinformasjon overførast trygt og effektivt mellom tenestegreiner og tenestetypar. Det kan ikkje vere sånn at ein i 2024 framleis skal vere avhengig av å skrive ut t.d. medisinlister, epikrisar o.l. Denne informasjonen må flyte mellom tenestegreiner, og den må vere tilgjengeleg for alle deler av tenesta som treng den, når dei treng den. Det føreset òg at dokumentasjonen er god og oppdatert, særleg når det gjeld behandlingsavgrensingar.

No som Felles kommunal journal er avvikla, trengs det at ein legg meir vekt på praktiske, meir avgrensa løysingar som kan sikre informasjonsoverføring utan at ei treng nye gigantiske system. Erfaringane frå Helseplattformen visar det tydeleg. Fagforbundet knyter eit visst håp til helseteknologiordninga og vonar at den får stabile og gode rammar. Kjernejournal, pasientens legemiddelliste og helseteknologiordninga er døme på ordningar som peikar i riktig retning.

Dei forskjellige greinene av tenesta må ha ein god dialog, og ei grunnleggjande forståing av kvarandre sine ansvarsområde. Betre tilgang på å kunne konferere med andre deler av tenesta og få råd, til dømes via video, kan hindre unaudsynt transport inn til sjukehus. Det må leggjast betre til rette for eit godt samspel mellom legevaktsentralane og AMK. Større vekt må bli lagt på faglege vurderingar, og ein må sikre god nok kapasitet til å faktisk handtere dei førespurnadane som kjem.

Tillit

Ein må generelt gi større rom for faglege vurderingar. Særleg i den prehospitale tenesta har det etablert seg ein kultur for at ein alltid må ha ryggen heilt fri. Dei tilsette opplever ikkje naudsynleg støtte frå leiing til å kunne stå i faglege avgjersle, og har heller ikkje alltid naudsynleg informasjon (sjå over) til å kunne ta informerte avgjersle ute i feltet. Dette resulterer i overforbruk av ambulansetenester, og unaudsynte innleggingar som er ei belastning for både pasient og pårørande. Ein må i mykje større grad leggje til rette for at fagfolka for brukt den betydelege kompetansen dei har til å ta avgjersle.

Kriseberedskap

Geopolitisk spenning, klimaendringar og ekstremvêr, og trugselen med framtidige pandemiar set kriseberedskapen i helsetenesta på prøve. Covid-19-pandemien viste kor viktig det er med gode planar, samstundes som den fekk fram at det var store manglar i dei planane ein hadde. Helsetenesta generelt og dei akuttmedisinske tenestene spesielt må ha planar for korleis ein skal handtere ei krise klare før krisa inntreff. Klarar ein å handtere eit lengre fråvær av straum, internett og telefon? Kan heimesjukepleia følgje opp sjuke menneske som bur heime likevel? Gode akuttberedskapsplanar kjem berre til å bli viktigare i tida framover.

Kunnskap om tenestene

Det er behov for meir og betre kunnskap om tenestene. Gode data som kan vise kvifor ein pasient vart henta og kva som var utfallet (legevakt, kortare eller lengre innlegging på sjukehus mv.) kan bidra til å identifisere område kor ein kan setje m.a. sjukeheimar og heimetenesta i stand til å handtere tilstandar utan at pasienten må flyttast. Ein må leggje vekt på å hente inn data utan at helsepersonell må bruke meir tid på registrering. Dette krev gode datasystem, og sidan det involverer overgangar mellom forskjellige tenestenivå krev det òg at systema snakkar godt saman.

Prehospitale tenester

Kompetanse

Den viktigaste ressursen i dei prehospitale tenestene er fagfolka. Utan dei har me inga teneste.

Ambulansetenesta er i dag primært bemanna av tre yrkesgrupper; ambulansarbeidar, paramedisinar og sjukepleiar. Kva gruppe som dominerer er avhengig av kor i landet ein er. I dagens teneste er det i praksis liten forskjell på kva dei tre gjer av praktiske oppgåver, og relativt små forskjellar i kva ansvar ein får. Dette sjølv om utdanningane er ulike, på ulike nivå i utdanningssystemet og legg vekt på ulike ting. Alle er like viktige for å få ambulansetenesta til å gå rundt, men like viktig er det å sikre at me nyttar all den tilgjengelege kompetansen på rett måte og fullt ut.

Ambulansarbeidaren

Ambulansarbeidaren har vore ryggrada i den prehospitale tenesta i lang tid, og kjem til å vere det òg framover. Eit fagbrev som ambulansarbeidar gir god og brei kompetanse som tenesta er avhengig av, både i dag og i framtida. Det er vesentleg at ein sikrar tilgang på læreplassar sånn at utdanningskapasiteten blir oppretthaldt. Utdanninga må vidareutviklast for å sikre at den til ein kvar tid samsvarar med behova ute i tenestene.

Dei prehospitale tenestene har satsa tungt på kompetanseheving. Nyutdanna ambulansarbeidarar kan rekne med å få tilført ekstra kompetanse som ikkje ligg i grunnutdanninga som set dei i stand til å gjere fleire oppgåver når dei er ute på oppdrag. Denne kulturen må me ta vare på og vidareutvikle. Kontinuerleg kompetanseheving og kunnskapsoppdatering er heilt naudsynt for å ha ei fungerande teneste. Ein må vidareutvikle fagskulen som arena for framtidig formell vidareutdanning for ambulansarbeidaren.

Ein av utfordringane med mengda kompetanseheving som vart gjort uformelt ute i tenestene, er at det kan hindre mobilitet mellom føretak. Ein bør jobbe for å få standardisert ein del av kompetansehevinga sånn at ein raskt kan bli operasjonell viss ein flyttar og då byter jobb til eit anna helseføretak. Om ein ser lenger fram kan det hende at kompetansen som omtrent alle ambulansarbeidarar tileignar seg etter fullført fagbrev burde organiserast som eit fagskulestudium, for å formalisere kompetansen i større grad. Det må bli mogleg å søkje seg til paramedisinarstudiet utan generell studiekompetanse viss ein har fagbrev som ambulansarbeidar.

Paramedisinaren

Paramedisinaren er eit viktig tilskot til den prehospitale tenesta i Noreg. Utdanninga er framleis relativt ung, og vår oppfatning er at tenestene ikkje enno heilt har konkludert med korleis ein skal nytte potensialet fullt ut.

Her er det mogleg å dra på erfaringar frå andre land, som har meir etablerte paramedisinarroller. Eit døme er «Community paramedic» i Storbritannia, kor paramedisinarar rykker ut, ikkje primært for å gi førstehjelp og så transportere til sjukehus, men for å gi naudsynt behandling ute og då unngå innlegging. I Noreg vil desse truleg passe godt som ein del av den kommunale akuttmedisinske tenesta, anten med base på legevakt eller som ein del av den større heimesjukepleietenesta. At folk skal bu lenger heime er jo eit uttalt politisk mål. Å hindre innleggingar på sjukehus ved å kunne gjennomføre meir avansert behandling og vurderingar ute i feltet vil bidra til å nå dette målet. Samstundes aukar det kvaliteten for pasientane som slepp opphald på sjukehus der det eigentleg ikkje er naudsynt. «Critical care paramedic» er òg noko ein bør undersøkje nærmare.

Det er behov for meir kunnskap om dei prehospitale tenestene, korleis ein jobbar og effektar av ulike intervensjonar. Det må byggjast opp fagmiljø i høgskule- og universitetssektoren med paramedisinar-bakgrunn som kan forske på det prehospitale og auke kunnskapsbasen. Desse fagmiljøa må prioriterast økonomisk.

Sjukepleiaren

Mange ambulansesarbeidarar har vald å byggje på kompetansen sin ved å ta ein bachelor i sjukepleie, og mange sjukepleiarar har gjennom praktisk arbeid i den prehospitale tenesta oppnådd autorisasjon som ambulansesarbeidar. Dette er høgkompetente fagfolk, og ei oppgåve òg her vil vere å sjå korleis ein kan sikre at ein nyttar den kompetansen desse har fullt ut.

Bilambulanse

I 2021 vert 97% av ambulanseoppdrag utført med bilambulanse. Saman med legevakta utgjer bilambulansetenesta «grunnmuren» i dei akuttmedisinske tenestene. For at denne skal fungere, må me ha gode og driftssikre bilar med naudsynt utstyr. Fagforbundet meiner det er naudsynt at denne delen av ambulansetenestene må prioriterast og styrkast for å møte framtidens behov.

Geografiske forskjellar gjer at det kan vere behov for å tilpasse utstyr, medikament mv. i bilane. Samstundes vil det vere ein fordel om ein i framtida standardiserer i mykje større grad enn i dag.

Bilambulansane må reindyrke statusen som ei akuttmedisinsk teneste. Såkalla «kvite bilar», altså transportbilar for sjuke menneske som ein nyttar til rein pasienttransport når det ikkje er behov for tilsyn frå helsepersonell, er eit svært viktig tiltak for å frigje kapasitet i ambulansetenesta. Det gir ei betre teneste for pasientane, som elles kanskje ville venta lenge på å bli henta fordi ambulansen måtte prioritere noko anna. Samstundes lettar det litt på trykket i den prehospitale tenesta ved at ein nyttar ambulanskapasiteten der det faktisk er behov for ein ambulanse med helsepersonell. Dei kvite bilane er òg ein aktuell arbeidsplass for arbeidstakarar som av ulike grunnar treng eit anna arbeid, då tenesta er rolegare enn mange andre delar av helseføretaka, og det i hovudsak er arbeid på dag og ettermiddag.

Luftambulanse

Luftambulansetenesta er viktig for å gje tilbod om likeverdige akuttmedisinske tenester i heile landet. Beredskapsutfordringar i samband med konkurranseutsetting og operatørbytte har gjort det tydeleg at organiseringa av denne tenesta må endrast. Regjeringa har i Hurdalsplattforma formulert at den vil førebu statleg overtaking av luftambulansen, og greie ut modellar for samarbeid med ideelle, for å sleppe anbod i tenesta. Fagforbundet stil seg i denne saka bak LO sitt forslag til framtidig organisering: «*Luftambulansetjenesten må være offentlig og uten bruk av anbud. Som en praktisk løsning foreslår LO: Statlig drift av ambulanseflyene ved oppkjøp av et ambulanseflyelskap, og tidsbegrenset direktetildeling av ambulanshelikoptertjenester til Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA)*».

AMK

AMK-sentralane er, saman med legevaktsentralane, knutepunktet i den akuttmedisinske kjeda i Noreg.

«Norsk indeks for medisinsk nødhjelp», verktøyet ein nyttar til å ta avgjersle på AMK-sentralar, utgjer eit problem for tenestene. Helsetilsynet sin rapport frå sitt tilsyn ved AMK på OUS i 2022¹ konkluderer med at «medisinsk indeks er utdatert som beslutningsverktøy» og at ein bør erstatte det med eit «IKT-basert beslutningsstøtteverktøy der operatøren kan anvende sin faglige kunnskap, erfaring og kjennskap til lokale forhold» (original utheving). Dette samsvarar med tilbakemeldingane som Fagforbundet har fått frå medlemmar som arbeider ved AMK-sentralane. Ein legg opp til at ein skal følgje medisinsk indeks til punkt og prikke, og ein får beskjed om at viss ein gjer noko som ikkje svarar med det medisinsk indeks seier så vil ein stå åleine. Systemet hindrar i alt for stor grad den faglege vurderinga til helsepersonellet som bemannar AMK-sentralane, og resulterer i betydeleg overtriage og at operatørane «føler seg bundet til å stille irrelevante spørsmål til innringer» som «forsinker rett respons».

Rett kompetanse er viktig i AMK-sentralane, og naudsynt i framtida for å unngå den typen overtriagering som ein ser med medisinsk indeks. Det er mange yrkesgrupper som har kvalifikasjonar som er nyttige ved ein AMK-sentral, både frå dei tradisjonelt prehospitalt yrka som ambulansearbeidar og paramedisinar, men òg hos andre yrkesgrupper som primært jobbar innhospitalt, som t.d. sjukepleiarar med erfaring frå akuttmottak eller legevakt. Det mest vesentlege er at dei har ei viss erfaring frå prehospitalt arbeid, anten gjennom eiga yrkesutøving eller gjennom at ein legg til rette for ei hospiteringsperiode prehospitalt. Det kan òg vere nyttig med delte stillingar mellom AMK og aktiv teneste ute, for å sikre at ein har og opprettheld god kompetanse på baa fagområde (utan at det treng å vere ein regel om at alle *skal* jobbe delt).

Samlokalisering med andre naudetatar kan vere hensiktsmessig, men det er viktig at ein opprettheld AMK som ein del av det akuttmedisinske fagmiljøet ved helseføretaket, uavhengig av eventuell samlokalisering med andre naudetatar.

Kapasiteten ved enkelte av AMK sentralane er i dag relativt sprengt, med resulterande høg turnover på grunn av høgt arbeidspress. Konsekvensen er at ein mistar verdifull kompetanse, og gjer rekruttering vanskeleg. Skal tenestene fungere i framtida, må ein dimensjonere dei annleis, slik at ein sikrar god nok bemanning med forsvarlege arbeidsforhold, men òg sånn at ein faktisk kan innfri krava om svartid. Utslitne operatørar er òg eit dårleg utgangspunkt for gode tenester med god pasientsikkerheit.

Responstid

Det er nesten sjølvstøtt at responstid er ein viktig faktor for ambulansenesta. For lang responstid kan mellom anna resultere i at nokon døyr når dei kunne vore redda eller at dei får seinverknadar og komplikasjonar som kunne vore unngått.

¹ <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2022/akuttmedisinsk-kommunikasjonssentral-i-oslo-2022/>

Organiseringa av naudetatane påverkar responstida, og dei ulike naudetatane sine responstider påverkar dei andre tenestene gjensidig. Fagforbundet er bekymra for ei oppgåveforskyving frå ambulansetenesta til brann- og redningstenesta. Brann og redningstenesta har hatt ei markant auke i talet på helseoppdrag, og denne etaten er stadig oftare fyrste naudetat på hendingsstaden. BRIS-statistikken som DSB publiserer syner ei markant auke i tilfelle der brannfolk kjem fyrst, medan ambulansetenesta sin del går ned tilsvarande.

Skal ein kunne oppretthalde ei akseptabel responstid i heile landet, er me avhengige av lokale ambulansestasjonar. Fagforbundet ser med uro på det siste tiårets tendens til sentralisering. Skal me ha levande lokalsamfunn må dei vite at dei kan få akutt helsehjelp når dei treng det. Då må ambulansane vere nære nok til å kunne respondere raskt. Ei utfordring som har vore løfta, er behovet for å halde seg oppdatert og få trening i enkelte sjeldne prosedyrar. Ved lågt køyregrunnlag kan det hende at ein ikkje oppnår dette gjennom den ordinære aktiviteten åleine. Løysinga på dette er likevel ikkje å leggje ned ambulansestasjonar, men heller å leggje betre til rette for fagleg oppdatering. Eit auka tal med fagdagar, med praktiske øvingar og simulering, bør vere fyrste trinn. Samstundes må ein lokalt, i samarbeid med dei tillitsvalde, sjå på andre moglegheiter. Dette kan t.d. vere rotasjonsordningar kor ein tek vakter på stader med fleire oppdrag etter behov. Sistnemnde føreset mellom anna at den samla vaktbelastninga og tida på vakt ikkje aukar, og ordningar for reise og opphald.

Akuttberedskap på sjukehus

Kompetanse

God kompetanse reddar liv. Men for at kompetansen skal bety noko må me nytte den rett. Det inneber at ein òg innan akuttmedisinen må sjå på om ein kan involvere fleire faggrupper enn i dag. Kan helsefagarbeidarar, til dømes med ei relevant vidareutdanning, vere gode å ha på akuttmottaka? Kan portørar ta seg av praktiske oppgåver og då frigje anna helsepersonell til å få betre tid til pasientane? Kan helsesekretærar ta seg av fleire oppgåver, t.d. blodprøvar? Kan ein nytte vernepleiaren si betydelege breiddekompetanse i større grad enn i dag? Det er eit stort potensiale viss ein tenkjer breiare enn i dag, til dels for å sikre at dei som har heilt naudsynt spisskompetanse får tid nok til å nytte den.

God kompetanse på psykiske lidingar og ruslidingar er viktig. Det kan ikkje berre vere på spesialiserte psykiatriske mottak. Det er ei gruppe med pasientar ein vil møte over alt, og som ofte har samansette utfordringar. Det er behov for meir breiddekompetanse innan både somatikk og psykiatri.

Lokalsjukehus

Ein av føresetnadane for levande lokalsamfunn i distrikta er tilgang på naudsynte helsetenester, inkludert akuttfunksjonar. Dette handlar om grunnleggjande tryggleik for dei som bur der. Fagforbundet meiner at me må byggje vidare på den desentraliserte sjukehusstrukturen som me har i dag. Om ein meiner alvor med visjonen om levande distrikt, kan det ikkje vere slik at ein må bu i nærleiken av ein by for å ha tilgang på grunnleggjande beredskap.

Samstundes slår rekrutteringsutfordringane òg inn her. Klarar ein ikkje å rekruttere nok fagfolk, så er det ikkje mogleg å drifte eit lokalsjukehus. God oppgåvedeling mellom personell

er heilt naudsynt, sånn at dei fagfolka som er tilgjengeleg faktisk gjer dei oppgåvene som ein treng kompetansen deira til å gjennomføre, medan ein overlèt andre oppgåver til anna personell.

Ofte er det ikkje rekrutteringsutfordringar åleine som resulterer i nedlegging, men ein kombinasjon av rekruttering og økonomi. Tilgang på lokale akutfunksjonar kan ikkje fyrst og fremst handle om sjukehusøkonomi. Fagforbundet meiner at den desentraliserte sjukehusstrukturen i hovudsak bør oppretthaldast som i dag. Ein må difor arbeide for å tilføre dei mindre sjukehusa oppgåver som sikrar framtidig drift både fagleg og økonomisk.

Fødselsomsorg

Som med lokalsjukehus er eit godt og fagleg forsvarleg fødetilbod i nærleiken av der ein bur ei grunnleggjande føresetnad for at det er mogleg å bu i distrikta. Fortrinnsvis, der det er mogleg, ved å ha eit fødetilbod på eit lokalsjukehus i nærleiken. Der det er lange distansar, over 60 minutt, skal det vere organisert følgjeteneste med døgntinuerleg beredskap som består av jordmor eller lege med rett kompetanse. Lokale fødestover bemanna med jordmødrer og barsel- og barnepleiarar kan i somme høve vere eit alternativ til ei fødeavdeling. Slik kan ein unngå å reise veldig langt for det som er venta til å vere ein rutinefødsel.

Psykisk helse og avhengigheit

Gode tenester for personar med psykiske helseplager og/eller ruslidingar er viktig. Likevel er det ein tendens til at desse tenestene blir forsømt og sett på som noko som eksisterer separat frå resten av helsetenesta, som tenderer mot eit tungt somatisk fokus. Der det er grunnlag for det kan eigne psykiatriske akuttmottak vere hensiktsmessig. Dei generelle akuttmottaka på sjukehusa må likevel kunne ta imot og ta vare på desse pasientane.

Psykisk helsevern må integrerast betre med resten av helsetenesta generelt, men særleg på det akuttmedisinske området er dette viktig. Alle pasientar skal møte ei helseteneste som ser og det omsyn til heile mennesket, uavhengig av kva som er hovudårsaka til at dei er i kontakt med helsetenesta.

Kommunale tenester

Stortingsmeldinga «Fellesskap og meistring — Bu trygt heime» (nr. 24, 2023-2024) seier «Eldre innbyggjarar er dei som i snitt bruker fastlegen mest. Eldre får også allmennlegetenester ved kommunale institusjonar. [...] Den endra demografien og det at meir komplisert behandling og oppfølging av pasientar vil skje utanfor sjukehusa, fordrar tilstrekkeleg kapasitet, kontinuitet og kvalitet i fagutøvinga overfor eldre.»

Å handtere denne utviklinga krev sjølvstendig styrking av heile den akuttmedisinske kjeda, men òg styrking av kompetansen i dei ledda som eventuelt kan hindre akutt eller kritisk sjukdom. Fagforbundet vil ha ei styrking av fastlegetenesta så ho kan handtere meir, gjennom å få inn meir variert kompetanse og meir satsing på teknologiske løysingar som medisinsk avstandsoppfølging. Betre rekruttering av fastlegar er sjølvstendig eit svar på korleis ein kan betre denne tenesta, men me vil òg vise til dei gode erfaringane frå forsøket med primærhelseteam. Me vil oppmode om at det vert lagt til rette for at fastlegetenesta kan utvikle seg i den retninga, med fleire faggrupper og funksjonar og betre oppgåvedeling. Me vil

òg vise til satsingane i Kompetanseløft 2025 og understreka betydninga av særleg Menn i helse, Tørn og Jobbvinnar for å sikre rekruttering og kompetanseutvikling i heile tenesta. Fagforbundet stør regjeringa sine ambisjonar om å styrke den felles helsetenesta. Å leggje til rette for fleire kommunale fastlegekontor, eller primærhelseteam, kan være ei naudsynt utvikling for å trygge fastlegetenesta i distrikta.

Kompetanse

God kompetanse i alle deler av dei kommunale helsetenestene må prioriterast høgt. Dette legg grunnlaget for om me klarar å handtere fleire tilstandar i heimetenestene og på sjukeheim, som vil vere positivt for pasientar som slepp unaudsynt transport inn til sjukehus, men òg for ressursbruka i tenestene generelt. Samstundes kan god observasjonskompetanse bidra til å oppdage tilstandar før dei har gått så langt at det er behov for spesialisert behandling.

Dette betyr at ein må satse på fagfolka. Ein må få høve til å vidareutvikle og byggje på kompetansen sin i takt med behova i tenestene. Det kan ikkje lenger vere sånn at det er dei med mest formalkompetanse frå før som får mest tilbod om å byggje på den. Ein må sikre at tilbod om etter- og vidareutdanning gis både til fagarbeidarar, her skjer det mykje spennande på fagskulane, og til høgskuleutdanna personell. Personell utan formell kompetanse må få høve til å ta fagbrev. Ein må løfte heile laget for å sikre tilgang på naudsynleg kompetanse. På sikt må me få god nok kunnskap og data om tenesta til at ein kan nytte dette til å identifisere kompetanseområde som ein må satse særskild på. Pr. i dag kan det vere særleg viktig å styrke kompetansen innan geriatri, psykisk helse og palliasjon.

Legevakt

I tråd med skildringa frå St. melding nr. 24 (2023-2024) ovanfor, vil Fagforbundet understreke behovet for legevaksordningar som tek vare på behova til aldrande pasientar. Fleire tilbod som «legevakt på hjul» kan vere ei god utvikling, og ein kan få inspirasjon frå t.d. «community paramedic» som nemnt tidlegare. Det er ikkje god bruk av tilgjengeleg kapasitet å transportere pasientar inn til sjukehus viss ein kan handtere situasjonen heime eller på sjukeheim. Framtidas legevakt må leggje betre til rette for dette enn i dag, til dømes gjennom å gjennomføre heimebesøk eller ved å ha digitale konsultasjonar med helsepersonell i andre deler av tenesta, som t.d. heimesjukepleia.

Betre oppgåvedeling er viktig òg på legevaktene. Dei siste åra har det kome fleire nye utdanningar, t.d. avansert klinisk ålmennsjukepleie (AKS) og paramedisinar-utdanninga. Verdt å nemne er det òg at Fagskolen Innlandet lanserte utdanninga «Spesialisering innan klinisk helsefagarbeid», no 15. februar. Den vil gje helsefagarbeidarar med styrka kompetanse innan mellom anna klinisk observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse og medisinske prosedyrar. Både AKS, paramedisin og fagskoleutdanningar som den som er nemnd, inneber ei styrking av kompetansen som er tilgjengeleg for legevaktene, og legg til rette for at ein kan finne nye arbeidsformer.

I mange små kommunar spesielt er legevaksbelastninga på fastlegar stor. Satsing på ordningar som kan gi fastlegar betre arbeidsforhold, som kommunale legekantor og legekantor med fleire faggrupper og betre oppgåvedeling, kan vere ei av løysingane på den utfordringa. Det bør vere ei målsetting å redusere administrative oppgåver for fastlegane,

syte for at dei har faggrupper som kan ta seg av alt som ikkje krev legekompentanse rundt seg og leggje til rette for faste, heile stillingar og betre arbeidstidsordningar.

Sjukeheimar

I dag kompenserer den prehospitale tenesta og sjukehusa for manglande legedekning på sjukeheimar på helg og nått. Sidan det ikkje er tilgjengeleg personell med naudsynt kompetanse på sjukeheimen vert løysinga å leggje pasienten inn på sjukehus. Dette er ikkje berekraftig. Sjukeheimane må ha tilgang på legeressursar på kveld og nått. Her må ein òg tenkje nytt, gir videokonsultasjonar nokre moglegheiter? Kan ein nytte ein paramedisinar som rykkar ut frå legevakta i somme høve?

Kommunale akutte døgnplassar

Det er litt utydeleg kva dei kommunale akutte døgnplassane eigentleg er meint til å vere. Organisering og oppgåver varierer mellom ulike kommunar, og enkelte går så langt som å omtale dei som eit slags lokalsjukehus. Ein må i større grad klargjere kva oppgåvene til desse einingane er. Å omtale dei som ein form for «lokalsjukehus» er òg uheldig, då dette er ei oppgåve som ligg til helseføretaka, og kan bidra til eit enno mindre samanhengande system enn me har i dag.

Helsefellesskapa

Helsefellesskapa er meint å skape betre samhandling mellom tenestenivåa. Skal me klare å vidareutvikle dei akuttmedisinske tenestene er dette sentralt. Arbeidstakarane representerer viktig kompetanse og vil vere sentrale aktørar i gjennomføringa av samhandlingstiltaka, og kunne bidra til å betre samhandlinga. Samstundes vil deira arbeidssituasjon påverkast av samarbeidet mellom kommunar og spesialisthelsetenestene. Fagforbundet har, saman med fleire andre arbeidstakarorganisasjonar, etterlyst klarare føringar frå myndighetene når det gjeld representasjon frå dei tilsette sine organisasjonar og vernetenesta i helsefellesskapa. Skal dei fungere etter hensikta er det viktig å sikre arbeidstakarane medverknad på alle nivå, òg her.

Innbyggjarretta tiltak

Kunnskap og informasjon

Innbyggjarane treng god grunnleggjande kunnskap om helse og fyrstehjelp. Det vil bidra til at dei tek kontakt tidleg nok til at alvorlege tilstandar som slag kan bli behandla effektivt, og at ein kan utføre grunnleggjande fyrstehjelp når noko akutt oppstår. Samstundes kan det òg bidra til at ein veit når ein *ikkje* treng å ta kontakt med naudtenestene, men kanskje kan vente til neste dag og kontakte fastlegen.

Utfordringa ligg i at det ikkje er eitt enkelt tiltak som kan oppnå dette, men mange små. Opplæring i grunnskulen og den vidaregåande skulen er viktig for å sikre kunnskap hos neste generasjon. Korleis ein kan oppnå det same hos vaksne er meir utfordrande, og vil truleg trenge mange forskjellige tiltak for å nå ulike deler av befolkninga.

Eit aktuelt tiltak er å styrke «helsenoreg.no» som inngangsporten til ikkje berre eiga helsedata, men òg generell helseinformasjon. Det er betydelege mengder med helseinformasjon som ein møter om ein søker på nett som er anten svært unøyaktig eller

direkte feil. «Helsenoreg.no» har allereie ein god del god informasjon, men då særleg om dei mest alvorlege tilstandane. Ei vidareutvikling som gjer at «helsenoreg.no» vert ein naturleg inngangsport til all helserelatert informasjon vil vere positivt. Då har ein høve til å sikre at informasjonen er korrekt og oppdatert, og kan betre rådgje befolkninga om kva som kan vere lurt å gjere i ulike situasjonar.

Førebygging

Førebyggjande helsearbeid er utan tvil svært viktig. Utfordringa for mellom anna sjukehusa er at det er eit langsiktig arbeid, og gir lite utteljing i finansieringssystemet, og det overlet mykje av ansvaret til ein allereie overbelasta kommunal sektor. Førebygging er eit langsiktig arbeid som kan vere kostnadskevjannde på kort sikt, men svært effektivt på lang sikt. Den beste hendinga innan akuttmedisin er den som aldri skjer.

Med helsing
FAGFORBUNDET

Mette Nord
Forbundsleiar