

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300404

Dato: 01-02-2024

Høring: Høring - Invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester. Et sentralt tema i meldingen vil være hvordan vi kan sikre beredskap og et godt akuttmedisinsk tilbud i hele landet. Det presiseres at stortingsmeldingen vil omfatte alle ledd i akuttkjeden utenfor sykehus, dvs. akutt nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste, kommunenes øyeblikkelig hjelp-tjenester og annen døgnkontinuerlig beredskap, herunder hjemmesykepleien. Akuttmottak i sykehus (for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling) vil også inngå slik at de akuttmedisinske tjenestene framstår som en helhetlig og koordinert tjeneste. Andre nødetater, frivillige organisasjoner og befolkningens kunnskap om førstehjelp vil omtales.

Det er bedt om innspill knyttet til følgende:

1. Hva er de viktigste utfordringene som bør omtales i meldingen?
2. Hvilke tiltak er aktuelle, herunder spesielt hvordan nye samarbeids- og arbeidsformer og teknologisk utvikling kan bidra til et godt og bærekraftig akuttmedisinsk tilbud i hele landet?
3. Er det pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Legene er sentrale aktører i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden, i direkte pasientbehandling eller som ansvarlige rådgivere og samarbeidspartnere. Legeforeningen har tidligere utarbeidet flere høringsuttalelser og innspill med tematikk som er overlappende med denne stortingshøringen. Her nevnes særlig arbeid for å styrke det allmennmedisinske området og tiltak for å styrke helseberedskapen¹. Denne uttalelsen baserer seg på innspill fra våre mange foreningsledd i tillegg til våre tidligere innspill.

Foreningsleddene beskriver hvordan tjenesten fungerer, utfordringer, og hvordan de løses, pågående arbeid og gode tiltak. Det etterspørres også mange nye tiltak. Den akuttmedisinske tjenesten ser ulik ut i ulike deler av landet, og i ulike deler av tjenesten. Det vil være avgjørende viktig med god involvering og bred forankring hos de som jobber i tjenesten i det videre arbeidet med akuttmedisinske tjenester.

Utfordringene som våre medlemmer beskriver er til dels sammenfallende, særlig hva gjelder behov for relevant kompetanse som muliggjør god faglig yrkesutøvelse i alle ledd.

Innspillene er også samstemte hva gjelder behov for bedre systemer for kommunikasjon mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden, og systemer som gjør det mulig å dele pasientinformasjon i sanntid. Ønske om felles øvelser, mellom ulike aktører i kommunene, mellom kommune og sykehus, mellom helse, politi, brann og forsvar er også en fellesnevner i de innspillene vi har mottatt.

På andre områder er utfordringene og behovene ulike. Distriktskommuner med få innbyggere og lang reisevei til sykehus står overfor andre problemstillinger når akuttmedisinske tjenester skal rigges enn befolkningstette områder med nærhet til sykehus. Ulike pasientgrupper representerer også ulike utfordringer. Den voksende gruppen av eldre og skrøpelige hjemmeboende personer krever andre system og tiltak enn de som har behov for akutt helsehjelp innen f.eks. psykiatri eller rus- og avhengighetsmedisin. Noen mennesker er både eldre og skrøpelige, har psykisk sykdom og misbruksproblematikk, i tillegg til akutt somatisk sykdom. De skal møte en akuttmedisinsk tjeneste som evner å ivareta helheten. Det er et mål at tilbudet skal være likeverdig, uavhengig av hvem du er og hvor du bor.

Tilgang til akuttmedisinske tjenester bidrar til trygghet for befolkningen og gir føringer for bosetting og verdiskaping. Likeverdige akuttmedisinske tjenester, i rimelig nærhet til der vi lever våre liv, gir mening til prioritering av en sterk offentlig helsetjeneste.

Legeforeningens vil i sitt innspill omtale legevakt, distrikts medisin, storbymedisin, akutt sykehus og kompetanse i tjenesten. Akuttmedisinske tjenester til eldre og skrøpelige, psykisk syke og rusavhengige omtales særskilt. Vi vil også si noe om "multibrukere" av akuttmedisinske tjenester og gi noen eksempler på hvordan de kan møtes på en konstruktiv måte. Legeforeningen vil også vie oppmerksomhet til arbeidsforholdene i de akuttmedisinske tjenestene.

Akuttmedisinske tjenester i forbindelse med svangerskap og fødsel er omtalt i "Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan,"ⁱⁱ og vi viser til dette innspillet.

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet legges det vekt på at de akuttmedisinske tjenestene skal fremstå som en helhetlig og koordinert kjede. Behov for bedre systemer for kommunikasjon mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden, i tillegg til mulighet for å dele pasientopplysninger i sanntid er en unison tilbakemelding fra våre medlemmer, uavhengig av hvor i kjeden de befinner seg. I tillegg må planverk være kjent for alle det angår. Øvelser som omfatter de aktørene som er relevante for det det øves på må prioriteres. Erfaringene fra øvelser må gjøres kjent i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden og hos samarbeidende aktører. God yrkesutøvelse i den akuttmedisinske tjenesten inkluderer kompetanse knyttet til samhandling med andre ledd i den akuttmedisinske kjeden.

Legevakt

Legevakt er en sentral aktør i de akuttmedisinske tjenestene og tilbudet må ses samlet.



- Helseforetak og kommuner må samarbeide bedre om hvordan legevaktstjenestene skal organiseres. Vi viser til
 - NOU 2015:17 "Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus"ⁱⁱⁱ
 - "Ekspertutvalget for allmennlegetjenestens forslag tilknyttet legevakt"^{iv}
- Den nasjonale faglige retningslinjen for akuttmottak^v tydeliggjør hvordan samarbeidet mellom kommunale ressurser og helseforetak skal foregå.
 - Akuttmottakene bør samarbeide systematisk med de delene av helsetjenesten som henviser pasienter til mottakene gjennom faste samarbeidsmøter, lokalt tilpassede avtaler og prosedyrer.
- Legevakt og fastlegeordning må ses i sammenheng.
 - Stabil fastlegeordning er fundamentet for gode akuttmedisinske tjenester og beredskap i kommunene
 - Legevaktmedisin er en allmennmedisinsk kjernekompetanse – legevakter bør bemannes av allmennleger
 - Dimensjonering av fastlegetjenesten må ta utgangspunkt i både befolkningsgrunnlag og vaktbelastning
 - Legevakt bør avlønnes med fast timebetaling, ikke provisjon
- Interkommunalt samarbeid
 - Den dominerende organisasjonsformen for legevakt i 17 av 19 fylker (unntak er Oslo og Finnmark) – potensialet er hentet ut
 - Lang reiseavstand kan gjøre tjenesten lite tilgjengelig for mange og undergrave retten til likeverdige helsetjenester
- Digitale verktøy
 - Digitale verktøy som understøtter samhandling og gir mulighet til å dele pasientinformasjon i sanntid
 - Unngå døgnåpen chat, videokonsultasjon med "engangsleger", både i allmennmedisin og på legevakt
 - Videokonsultasjoner er dårlig egnet ved øyeblikkelig hjelp, akutt sykdom og skade
 - Video er et nyttig verktøy ved henvendelser til legevaktsentral og AMK-sentral, for vurdering av grad av hast, men ikke til erstatning for legekonsultasjon
 - Vi trenger bedre digitale verktøy som understøtter samhandling og gir mulighet til å dele pasientinformasjon i sanntid – f.eks. lett tilgjengelig videokonferering i mobiltelefoner for bruk ved konferering som går utenom AMK/LV-sentral
- Robusthet /trygghet
 - Legevakt med lege og hjelpepersonell til stede må være hovedmodellen det jobbes for. Det er viktig for trygghet, viktig ved samtidighetskonflikter og ved ventetid for transport av pasienter, evt. behov for følgetjeneste. Hjelpepersonell/annet helsepersonell kan ikke erstatte lege på legevakt.
 - Forsikringsordninger må gjelde også ved følgetjeneste og under øvelser

Akuttberedskapen og hverdagen i de akuttmedisinske tjenestene påvirkes av demografi, geografi, værforhold, helsepersonellens kompetanse og avstand til nærmeste sykehus. Legeforeningen har mottatt innspill fra lokalforeningene i våre tre nordligste fylker som til sammen gir et godt bilde av hva de står i i "distriktsmedisinen". Rekruttering og utdanning av gode allmennmedisinske distriktsleger vil ha stor betydning for kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet i distriktene. Flere av innspillene vil også være relevante for akuttmedisinske tjenester i mer befolkningstette områder.

De viktigste utfordringene:

- Tilstrekkelig bemanning i fastlegetjenesten til å dekke legevakt
- Rekruttering
- Legevikarer som ikke har god nok allmennmedisinsk utdanning og erfaring og ikke kjenner lokale forhold
- Legevikarer som snakker dårlig norsk
- Krevende driftssituasjon går på bekostning av kompetanseheving
- Arbeidstid i akuttmedisinske tjenester i hovedsak beredskap – lite som skjer (særlig ambulansene og AMK)
- Vær og føreforhold som vanskeliggjør transport
- Tilgang på akuttpsykiatrisk spesialisthelsetjeneste i kjøreavstand
- Manglende avrusningstilbud

Aktuelle tiltak:

- Krav om allmennmedisinsk utdanning/erfaring for å jobbe alene i distrikt
- Krav om A-HLR-kompetanse for å jobbe innen akuttmedisinske tjenester
- Krav om hjelpepersonell på legevakt
- Delte stillinger mellom ambulansetjeneste/AMK og legevakt evt. akuttmottak i sykehus
- Krav om ordnede forhold for følgetjenester (avlønning, yrkesskadeforsikring)
- Distriktpsykiatriske senter med døgnplasser er viktig for god behandling av psykiatriske pasienter i distriktene
- Video som verktøy for hjemmesykepleien når de rådfører seg med legevakt/AMK
- Øvelser som inkluderer flere av kommunens tjenester
- Forbedring av nødnettet med fokus på dekning, lyd kvalitet og samtidighetskapasitet
- Digitale system som snakker sammen, så pasienten kan følges gjennom den akuttmedisinske kjeden
- Igangsette et særskilt prosjekt for rekruttering, opplæring og sikring av kompetente legevikarer til distriktskommuner ("gjenoppdag gleden ved allmennpraksis")

Pågående arbeid /gode eksempler med gode erfaringer:

- Halvannenlinjetjenester (sykestuer) Eksempler både i Nord- Norge og andre steder i landet, eks. Hallingdal sjukestugu^{vi}
- Akuttmedisinske øvelser etter "Første Best-prinsippet"^{vii}
- Pilotprosjekt "Vandrende blodbanker" i flere kommuner i Finnmark (Samarbeid Helse Nord, Helsedirektorat og Forsvarets sanitet)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

- "Trygg akuttmedisin" modell fra UNN HF og kommunene i Troms og Ofoten. Øvelse legevakt – ambulanse – sykehus med fokus på tidskritiske tilstander (hjerteinfarkt, hjerneslag og blodforgiftning).
- St Olav – Autoscore, digital videokommunikasjon med primærhelsetjenesten.
- Sivil-militært samarbeid, bl.a om bruk av utstyr (helikopter).
- Rekrutteringskampanje i noen kommuner – "Akutt er gøy", (med gode resultat)

Psykiatri- og avrusningstilbud omtales senere i innspillet

Storbymedisin

I byene er utfordringene annerledes enn i distrikt. Her finnes det mer ressurser og ofte bedre tilgang på personell og kompetanse. Samtidig er det et stort forbedringspotensiale i akuttkjeden, også i byene.

De viktigste utfordringene:

- Stor og økende pågang per telefon til legevakt/AMK og sterk økning i ambulanseoppdrag over lang tid
- Mange aktører med mangelfull samhandling og koordinering
- Multisykdom og nye diagnostiske muligheter stiller økende krav til differensialdiagnostikk for å kunne sikre at de riktige pasientene innlegges, og i riktig sykehus/avdeling
- Økning i henvendelser relatert til psykisk helse, sosialmedisin, rus og avhengighet
- Økende forekomst av vold og trusler mot helsepersonell
- Begrenset samarbeid mellom akuttkjeden og behandlerapparatet på dagtid

Aktuelle tiltak:

- Opplæringstiltak overfor publikum for å øke kunnskapen om øyeblikkelig hjelp – hvem kan hjelpe med hva og når, forventningsavklaring
- Riktig bruk av beredskapsressursene, f.eks. føringer for hvilke tilstander som trenger ambulansetransport.
- Styrket samarbeid mellom aktørene i akuttkjeden, inkludert samtrening og strategisk planlegging
- Tettere oppfølging av kravene til telefontilgjengelighet og ventetid/responstid
- Ytterligere forbedringer i tilgangen til journalinformasjon – f.eks. deling av (relevant) informasjon om pasienter fra hjemmetjeneste og kommune til AMK /legevakt/akuttmottak
- Bedre gjensidig kunnskap i hjelpeapparatet om tilbud og kontaktpunkter i kommunen og helseforetakene, spesielt for sårbare grupper som eldre/skrøpelige, psykisk syke og rusmiddelavhengige
- Åpne for at tjenestene lokalt kan vurdere hvilke akutte ambulanseoppdrag legevaktlege bør involveres i

Pågående arbeid /gode eksempler med gode erfaringer:

- Dokumentdeling i kjernejournal



- Elektronisk ambulansejournal som kan kommunisere/ deles med akuttmottak og legevakt
- AHUS - ansatt paramedisinere i akuttmottaket
- Løsningen for videokonsultasjon i AMK/legevaktsentral bør tilrettelegges som verktøy også for vakthavende personell i legevakt, ambulanse og sykehus
- Halvannenlinjetjenester som legevakt samlokalisert med røntgen, psykiater tilstede i legevakt, ambulansepersonell som også arbeider i legevakt m.v. Helseforetak kan utføre tjenester for kommuner, og kommuner kan også tilby spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetak og utløse DRG-finansiering. Eksempler på halvannenlinjetjenester er overgrepsmottak, behandling av overdose/forgiftning, observasjonspost (de to siste er eksempler fra Oslo legevakt)

Akuttsykehus

Verdien av å ha et godt akuttmedisinsk tilbud i rimelig nærhet til de samfunnene hvor vi lever og bor må ikke undervurderes. Tilgjengelig fastlege, hjemmesykepleie, legevakt og tilgang til ambulansetransport skal finnes i alle kommuner. Velfungerende lokalsykehus med akuttfunksjoner og mer spesialiserte tjenester når det det trengs skal være innen rekkevidde. Avstanden til lokalsykehuset vil i mange distriktkommuner være lang, også om alle sykehus med akuttfunksjoner opprettholdes. Det stiller spesielle krav til øvrige akuttmedisinske tjenester, både legetjenesten, kommunale helsetjenester og de prehospitale tjenestene. Dette må hensyntas når bemanning og utstyr skal planlegges og finansieres. Lang avstand til nærmeste akuttsykehus kan også gi grunnlag for etablering av "halvannenlinjetjenester" som sykestuer, ambulerende spesialisthelsetjeneste osv.

Legeforeningens landsstyrevedtak fra 2015 definerer hva som er et akuttsykehus:

- *"Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.*
- *Akuttfunksjon forutsetter døgkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.*
- *Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.*
- *Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap."*

Der hvor det ikke er barnelege i vakt må anestesilege ha kompetanse til å håndtere tidskritiske tilstander, også hos barn.

Den akuttmedisinske kjeden strekker seg lenger enn til sykehusets akuttmottak. Sykehusene må være store nok til å kunne ta imot og behandle de som er i behov av sykehusinnleggelse. Det er eksempler f.eks fra England og NHS (National Health Service) på at avklarte pasienter

blir liggende i akuttmottaket i den grad at det hoper seg opp med pasienter utenfor akuttmottakene.

Legeforeningen har i mange sammenhenger løftet frem behovet for større intensivkapasitet. Intensivkapasiteten må være tilpasset den befolkningen den skal betjene og de beredskapshendelser et sykehus skal ha planer for. Oppdraget med dimensjonering av intensivkapasitet ligger i dag i de enkelte regionale helseforetak. Legeforeningen mener at landets intensivkapasitet er et nasjonalt anliggende og etterlyser et helhetlig nasjonalt arbeid.

Kompetanse

Legeforeningen mener at kompetanse og fagutvikling må fremheves i stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester. God yrkesutøvelse i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden er målet. God yrkesutøvelse handler om faglige kvalifikasjoner, kjennskap til system, tilgang til godt verktøy, kommunikasjonsferdigheter og samhandlingskompetanse.

Formalkompetanse og erfaring må etterspørres hos alle som skal ha en selvstendig rolle i de akuttmedisinske tjenestene. Også de med selvstendige roller må ha mulighet til å rådføre seg med andre. På AMK-sentralene må det være mulighet for raskt å konsultere lege med relevant kompetanse. Det kan være lege i aktuelle spesialitet, en allmennlege eller en anestesilege. På de større AMK-sentralene kan det vurderes om det skal være lege til stede 24/7.

De siste årene har det foregått en profesjonalisering av ambulansetjenesten. Legevakt som arena for fagutvikling for leger mener vi kan utnyttes bedre med øvelser, kvalitetsforbedringsarbeid og faglig medvirkning fra allmennlegene. Det vil kunne bidra til å gjøre legevaktarbeid mer attraktivt og også øke ambulansepersonellets helhetlige kompetanse.

Kompetanse må vedlikeholdes og utvikles. Mulighetene for det er for mange begrenset slik det er i dag, av både driftsmessige og økonomiske årsaker. Legeforeningen mener det må vurderes å stille krav om etterutdanning/faglig oppdatering som en del av yrkesutøvelsen, for aktører i de akuttmedisinske tjenestene

God medisinsk akuttberedskap krever både generalistkompetanse og smalere spesialistkompetanse.

Generalistene kan håndtere det meste som måtte komme på deres vakt. Allmennlegene ivaretar denne funksjonen i kommunene. Sykehusene har blitt stadig mer subspecialiserte og det er bekymring for at legene med bred generell kompetanse, særlig innen indremedisin og kirurgi forsvinner. Den nyetablerte spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin skal bidra til styrket generell kompetanse i akuttmottakene. Ved øket beredskap med stor pasienttilgang er generell kompetanse etterspurt.

Noen av de mest tidskritiske tilstandene, f.eks. hjerteinfarkt og hjerneslag har etablerte pasientforløp med direkte kommunikasjon mellom legevaktsentraler/ambulansearbeidere

og spesialist på universitetssykehus, så pasientene får riktig behandling så tidlig som mulig. I disse tilfellene er det smalere spesialistkompetanse som etterspørres. Det må vurderes om slike pasientforløp bør utarbeides for flere tilstander enn hva som er tilfelle i dag.

Legeforeningen er opptatt av balansegangen mellom behovet for utdanning av generalister og utdanning av subspecialister. Begge deler er viktig for god kvalitet i den akuttmedisinske kjeden, høy kvalitet i pasientbehandlingen.

Eldre og skrøpelige pasienter

Det økende antallet eldre gjenspeiles også i pasientgrunnlaget til de akuttmedisinske tjenestene.

Legeforeningen er bekymret for at denne gruppen i mindre grad enn andre innbyggere får oppfylt sin rett til helsehjelp, i hvert fall helsehjelp på rett sted til riktig tid.

For mange kunne ambulanseturer og innleggelser vært unngått dersom sykdomsforverring og funksjonsfall hadde blitt fanget opp tidligere, eller god kommunikasjon mellom tjenestenivåene hadde avklart både behandlingsbehov og behandlingsbegrensning.

Det handler om best mulig oppfølging, forebygging og vurdering før en akuttmedisinsk fase, og det handler om hvordan man i et akuttmedisinsk forløp sikrer en rask og målrettet vurdering, med et hensiktsmessig videre behandlingstilbud.

1. De viktigste utfordringene

- Tidlig nok oppdagelse av sykdomsforverring, for å forhindre sykehusinnleggelser
- Sykehusinnleggelse vil for mange kunne forverre funksjonsnivå (passiviserende, infeksjonsfare, delirium)
- Manglende alternativer til sykehusinnleggelse
- Manglende kommunikasjon/avklaringer mellom sykehjem og sykehus
- Nedprioritering av eldre i akuttmottaket
- For rask utskrivelse fra sykehus med reinnleggelse og ny runddans i den akuttmedisinske kjeden
- Mange sykehjem har for dårlig medisinsk kompetanse

2. Aktuelle tiltak

- Gi hjemmesykepleien verktøy, inkludert kompetanse til å monitorere ulike funksjonsparametere, så fastlege kunne blitt koblet inn tidligere i et sykdomsforløp. God tilgjengelighet til fastlege.
- Mer personsentrert og forebyggende tilnærming til hjemmeboende eldre, ved funksjonsforverring og akutt sykdom
- Bedre tilgang på alternativ til sykehusinnleggelse (mer aktiv hjemmebehandling, flere øyeblikkelig hjelp døgn-enheter/kommunale akutt døgnenheter (KAD), lokale sykestuer, akuttplasser på sykehjem)
- Bedre samhandling mellom legevakt og fastlege
- Avklaringer mellom sykehjem og sykehus ved innleggelser (HLR-status, andre begrensninger)
- Skrøpelige og forvirrede eldre bør tas imot i skjermede omgivelser

- Vurdere prioritet for mottak av skrøpelige eldre i akuttmottak
- Bygge opp geriatriisk kompetanse, generell indremedisinsk kompetanse og kompetanse på eldremedisin i primærhelsetjenesten, for å få mer hensiktsmessige pasientforløp for eldre pasienter
- Styrke relevant kompetanseutvikling for leger som jobber på sykehjem
- Opplæring så enklere medisinske prosedyrer kan utføres på sykehjem/utenfor sykehus (intravenøs behandling, non-invasiv respirasjonsstøtte mv)

Psykisk helse

Behov for akuttmedisinske tjenester i forbindelse med psykisk sykdom har fortsatt stigma knyttet til seg. God håndtering av akuttpsykiatriske situasjoner stiller store krav til aktørene i den akuttmedisinske kjeden og det akuttmedisinske tilbudet generelt.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse lever i gjennomsnitt 20 år kortere enn befolkningen for øvrig^{viii}. Det skyldes i hovedsak somatisk sykdom som hjerte- kar sykdommer, lungesykdommer, diabetes osv. Det kan være vanskelig i en akuttsituasjon å vite om en pasients symptomer hører hjemme i et psykiatrisk akuttmottak eller et somatisk akuttmottak.

1. De viktigste utfordringene
 - Lav kapasitet på DPS / psykiatriske sykehus vanskeliggjør frivillige innleggelser
 - Lang reisevei til behandlingssted utfordrende i en akuttsituasjon, øker risiko for bruk av tvang
 - Psykisk sykdom overskygger somatisk sykdom – gir innleggelse på feil sted
 - Lite kontakt mellom de psykiatriske institusjonene og somatisk helsetjeneste
 - Lite kunnskap om psykisk sykdom i somatisk helsetjeneste inkludert akuttmedisinske tjenester
2. Aktuelle tiltak
 - Større geografisk likhet i tilbudet til pasienter med psykisk sykdom (kjøreavstand til behandlingstilbud, DPS med døgntilbud)
 - Større bevissthet hos helsepersonell om somatisk sykdom hos psykisk syke pasienter.
 - Mer samarbeid mellom somatikk og psykiatri (bl.a. CL-tjenester)
3. Pågående arbeid/ gode eksempler
 - Oslo har en psykiatrisk legevakt som er åpen noen timer på kveldstid. Allmennlegene ser fortsatt de fleste pasientene, men med psykiater til stede kan de samarbeide tett og se somatikk og psykiatri i sammenheng. Det har en positiv effekt langt utover den pasientbehandlingen som psykiaterne er involvert i. Kommunehelsetjenesten lærer, og over tid håndterer de stadig flere problemstillinger selv uten videre henvisning til psykiatrisk avdeling.

Rus og avhengighet

Mange akuttmedisinske oppdrag er knyttet til rus og avhengighet. Det gjelder sjelden behandling for deres ruslidelse. På dette området er helsetilbudet dårlig utbygget og dårlig

definert. I tillegg er det et av de områdene hvor det er størst geografisk ulikhet i tilbud. Bare innad i Oslo er det store forskjeller i hvilket tilbud som finnes/ om det finnes noe tilbud, avhengig av hvor du har bostedsadresse.

1. De viktigste utfordringene
 - Dårlig utbygget / mangel på avrusningstilbud/akutttilbud
 - Ingen klar definisjon på hva som er øyeblikkelig hjelp innen rus- og avhengighetsmedisin
 - Overskygging et fenomen også for rusavhengige. Avhengighet overskygger både psykisk og somatisk sykdom
2. Aktuelle tiltak
 - Rusavhengige må inkluderes i akutt-begrepet
 - Fagmiljøene må enes om hva som er kriteriene for at en rusavhengig trenger øyeblikkelig hjelp
 - Det må jobbes aktivt for mer likeverdige tjenester for rusavhengige
 - Samarbeid rus – psykiatri – somatikk for helhetlige helsetjenester
3. Pågående arbeid/ gode eksempler
 - Rusakutten ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har over tid jobbet med å definere kriterier for øyeblikkelig hjelp på rusfeltet. Det har bidratt til å samstemme forventningene fra pasienter, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste på dette fagområdet.

"Multibrukere"

Enkelte mennesker tar svært hyppig kontakt med nødetatene, inkludert de akuttmedisinske tjenestene. Det kan dreie seg om henvendelser flere ganger i døgnet, og til alle døgnetstider. De som henvender seg opplever å få liten og ingen hjelp. Hjelpeapparatet opplever ofte avmakt, driver evt. med "brannslukking" som ikke gir noen varig endring for den det gjelder. Kontakten med multibrukerne legger beslag på beredskapstid og beredskapsressurser. Det være seg lange telefonsamtaler med AMK eller ambulanseutrykninger.

Legeforeningen anbefaler at det i hver kommune finnes et tverretattlig system for å fange opp "multibrukerne", for å få i gang en konstruktiv prosess mellom pasienten, nødetatene og faste behandlere. AMK, politi og legevakt er sentrale instanser her. Det må utarbeides en plan som gjøres kjent for alle involverte. Det kan være hensiktsmessig med en fast kontaktperson i de respektive etatene.

Pågående arbeid/gode eksempler er at Fredrikstad kommune og Oslo legevakt har arbeidet med modeller for bedre forløp for "multibrukere"

Arbeidsforhold

Helsepersonellet i de akuttmedisinske tjenestene er "frontsoldater" med de spesielle belastninger og risikoforhold det fører med seg.

Legeforeningen er opptatt av gode arbeidsforhold for de ansatte i tjenestene. Gode arbeidsforhold øker sjansene for at folk blir stående i krevende jobber. Det vil også bidra til god pasientbehandling

1. De viktigste utfordringene
 - Høy og/eller uforutsigbar arbeidsbelastning
 - Emosjonelle påkjenninger
 - Økt risiko for trusler, trakassering og vold
 - Smitterisiko høyere innen akuttmedisinske tjenester
2. Aktuelle tiltak
 - Opplæring og støtte i stresshåndtering
 - Tiltak for reduksjon av smitteeksponering
 - Kartlegging av risiko i organisering av arbeidet
 - Brukervennlig teknologi
 - Nok personell og tilpasset areal og utstyr (ressurser)
3. Pågående arbeid / gode eksempler
 - Det finnes forskning som viser hvordan arbeidsmiljøtiltak kan forbedre pasientbehandlingen, også i akuttmedisinske tjenester^{ix}

Med hilsen
Den norske legeforening
Siri Skumlien
Generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
avdelingsdirektør

Elisabeth Selvaag
spesialrådgiver/lege

Dokumentet er godkjent elektronisk

ⁱ [innspill-til-helseberedskapsmeldingen.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

ⁱⁱ [Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

ⁱⁱⁱ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>



^{iv} https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sma-kommuner-har-storst-legevaktbelastning/id2891582/?utm_source=regjeringen.no&utm_medium=email&utm_campaign=n-yhetsvarsel20211209

^v <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak/innleggelse-av-pasienter-i-akuttmottak#akuttmottakene-bor-samarbeide-tett-med-de-instansene-som-henviser-pasienter-dit>

^{vi} <https://www.vestreviken.no/steder/hallingdal-sjukestugu/>

^{vii} <https://www.forstebest.no/>

^{viii} <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/bedre-helse-og-lengre-liv/>

^{ix} [Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review - PubMed \(nih.gov\)](#)

[P.R.I.D.E.—preventing respiratory infectious disease exposures: An improvement project in a Northern Californian emergency room - ScienceDirect](#)