

Fra: Heinz Diehl (Heinz.Diehl@fedje.kommune.no)

Sendt: 28.05.2018 10:25:12

Til: Postboks, HBE, Postmottak Helse Bergen

Kopi: Ernst Horgen

Emne: Høring prehospitalet plan for Helse Bergen HF

Vedlegg:

Hei,

Jeg har følgende anmerkninger til prehospitalet plan for Helse Bergen HF:

Begrepsbruk

Begrepet «*akuttforskrifta*» burde unngås og erstattes med «*akuttmedisinforskrifta*», fordi det er begrepet som er brukt i alle statlige dokumenter samt lover og forskrifter.

Det samme gjelder begrepene «*akuttsenger*» (= «*ØHD-senger, øyeblikkelig hjelp døgnplasser*»). Videre er det nevnt «*Helse Bergen sitt nedslagsfelt*», noe som er upresis og kan gi rom for spekulasjon.

Jeg foreslår å bruke begrepet «*Helse Bergen sitt opptaksområde*». Det samme gjelder «*leger i nødnett*» og «*legekontor med akuttansvar*», som beskrives bedre med «*vaktlege*». Begrepet «*akuttansvar*» burde ikke brukes i det hele tatt.

For å gjøre teksten bedre forståelig for leseren hadde det vært fint om diverse betegnelser og begreper kunne blitt brukt konsekvent, gjennom hele teksten.

Involvering

Det er nevnt flere ganger at prehospitalet plan skal inngå i arbeidet med utviklingsplaner i HF, og at dette arbeidet skal skje «i tett dialog med kommunene». Det har ikke vært tett dialog med kommunene på grunn av altfor høyt tidspress og tempo i selve arbeidet.

De respektive arbeids- og styringsgruppene har i liten grad hatt mulighet til å drive nødvendige prosesser internt i kommunene, som har ført til mangelfull forankring. Det samme gjelder for involvering av relevante samarbeidspartnere og fagmiljø, som skissert på side 7.

Utrykningstid og akutthjelpere

Med en utrykningstid på 77 min. har Fedje kommune den dedisert lengste utrykningstiden av alle kommuner i Nordhordland. Som situasjonen er skissert i utkast til prehospitalet plan, er pasienter i en akuttsituasjon fullstendig avhengig av legevakslegen, helsepersonellet innen pleie- og omsorg og brannmannskapet som er opplært som akutthjelpere. Disse skal således kompensere for meget lang utrykningstid. Samtidig beskriver planen at det vil bli flere eldre med flere komplekse og sammensatte, til dels alvorlige, sykdomsbilder. Det er også en generell trend at det vil bli langt flere som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, til tross for at de er alvorlig syke. De aller fleste helse- og omsorgstjenestene i kommunene er knapt dimensjonert og nødt til å håndtere stadig flere oppgaver, samtidig som det er vanskelig å rekruttere helsepersonell både generelt og spesielt til distriktene. En slik ordning vil derfor verken være bærekraftig i tiden fremover eller være en løsning som er faglig forsvarlig – særlig da det er avgjørende i akuttsituasjoner at korrekt og effektiv hjelp ytes innen så kort tid som mulig. Slik planen beskriver denne situasjonen nå, så vil det være nødvendig med omfattende omorganisering i kommunene, med tilsvarende pengebruk, innsats og belastning som konsekvens, uten at det endelige resultatet vil kunne betegnes som faglig forsvarlig. Videre vil en slik beskrivelse kunne gi feil signal til HF, at denne løsningen er akseptabel.

Oversikt over kommuner som har akutthjelpere

Her mangler det opplysninger om Fedje kommune. Det er brannvesenet som har denne rollen hos oss.

Daglegevakt

Daglegevakt i kommunene er generelt dårlig beskrevet. Alle fastleger har mest trolig ikke funksjon som vaktlege på dagtid. Jeg savner en konkret beskrivelse av daglegevaktens organisering i de respektive kommunene.

Innleggelse i ØHD-senger

Planen beskriver at det blir kortere liggetid og mer poliklinisk behandling i sykehusene, og det derfor kjøres stadig flere pasienter direkte fra akuttmottak til kommunale ØHD-senger. Da mange av disse pasientene må

transporteres med ambulanse, vil dette gi behov for flere ambulanser fremover.

Det er fastlegene i regionen og legevaktslegene som skal legge inn i de kommunale ØHD-sengene, og ikke helseforetakene eller sykehus. Det er uakseptabelt å legge opp til misbruk av ambulansetjenesten som ren transporttjeneste på denne måten generelt, og spesielt med eneste formålet å øke produksjonen i sykehusene.

«Unødvendige ambulanseturer»

I avsnitt 4.3.1 i planen rapporteres det om 1413 unødvendige ambulanseturer i 2017, og det henvises på at det reelle tallet mest trolig vil være enda høyere. Disse unødvendige ambulanseturene tar opp kapasitet og svekker således ambulanseberedskapen i distriktene.

Jeg stiller meg undrende til hvordan man kan vite på forkant om en ambulansetur er «unødvendig». Det er mange symptomer som kan både være bagateller eller tegn på en alvorlig akutt tilstand som trenger øyeblikkelig hjelp, og ikke alle disse tilstandene kan avklares med én gang.

Eksempel «plutselige brennende smerter i brystet»: surt oppstøt/halsbrann eller infarkt? Det beskrives videre at man kan risikovurdere slike situasjoner, for så å prioritere. Hvor mange slike situasjoner der innbyggerne ikke får forsvarlig helsehjelp kan aksepteres uten å praktisere sosial seleksjon eller å bryte lovene?

«Forbruk» av helsetjenester

Helsetjenester er ikke en vare, det er derfor bedre å skrive «bruk av helsetjenester».

Strukturelle endringer i primærhelsetjenesten

Her beskrives det at stadig mer ansvar flyttes fra spesialist- til primærhelsetjenesten, og at en konsekvens av dette er tidligere utskriving fra sykehus. Årsaken til tidligere utskriving er derimot ikke en endring i oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, men en direkte konsekvens av innsatsstyrt finansiering (ISF). Det er sterke finansielle insentiver til å produsere mer av de DRGene som institusjonen/tjenesten har lavere marginalkostnader på enn selve DRGen, og mindre av dem som ikke er lønnsomme. For å øke overskuddet må produksjonsvolumet til de lønnsomme DRGene opp, som er grunnen til tidligere utskriving.

Med vennlig hilsen

Heinz Diehl

Rådgiver tjenestekvalitet og innovasjon

Telefon: +47 56 16 51 16 | Hjemmeside: <http://www.fedje.kommune.no>

