

Til Helse- og omsorgsdepartementet

En helhetlig gjennomgang av de
prehospitale tjenestene med hovedvekt
på
AMK-sentralene og ambulansetjenesten

Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av
Helse- og omsorgsdepartementet

Mars 2009

1 Innledning

I brev av 3. april 2008 oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og bil- og båtambulansetjenesten og komme med forslag til eventuelle endringer på områder der dette er aktuelt.

Arbeidsgruppen legger med dette frem sin rapport.

Anne Rygh Pedersen
leder

Nils Jul Lindheim

Per Tvette

Hans Martin Aase

Pål Anders Mæhlum

Anne Marie Gran Bruun

Brit Vigdis Nordbø

Hanne Klausen

Hans Ole Siljehaug

Helen Brandstorp

Bjørn Jamtli

Arne Lindstad

Hanne Rikstad Iversen

Erik Kollerud

Egil Solberg

Jill Terserus
Even Klinkenberg

Innhold

1	Innledning	3
2	Arbeidsgruppens oppnevning, mandat og arbeid	10
2.1	Mandat for arbeidsgruppen	10
2.2	Gruppens arbeid	12
2.3	Om mandat og rammebetingelser for arbeidet.	13
3	De prehospitale akuttmedisinske tjenestene	16
3.1	Den akuttmedisinske kjeden og tjenestenivåene	16
3.2	Primærhelsetjenester	16
3.3	Historikk	17
3.4	Drift og omfang av legevakt i dag	17
3.5	Legevaksorganisering	18
3.6	Fastlegene	19
3.6.1	Arbeidsgruppens anbefalinger:	20
3.7	Øvrige utredninger om legevaktstjenesten og fastlegerollen	21
3.8	LV-sentralene	22
3.9	Felles akuttmottak FAM	22
3.9.1	Arbeidsgruppens vurderinger	23
3.9.2	Arbeidsgruppens anbefalinger	24
3.10	Jordmortjenesten	24
3.10.1	Arbeidsgruppens vurderinger:	24
3.11	Kommunenes pleie og omsorgstjeneste	25
4	Spesialisthelsetjenesten	26
4.1	Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten	27
4.2	Utviklingstrekk med konsekvenser for sykehustjenester	28
5	Samhandling i helsetjenesten utenfor sykehus	29
5.1	Samhandling på administrativt nivå	29
5.2	Samhandling ved samlokalisering	30
5.3	Samhandling på tjenestenivå	30
5.4	Roller - kompetanse, plikter og ansvar	31
5.5	Kommunikasjon - ferdigheter og systemer	32
5.6	Ledelse ³⁴	
6	Etikk i akuttmedisinske tjenester	36
7	Fremtidige utfordringer for de akuttmedisinske tjenester	
	utenfor sykehus	38
7.1	Demografisk utvikling	38

7.2	Epidemiologisk utvikling	39
7.2.1	Hjerte/karsykdommer	40
7.2.2	Kreft	41
7.2.3	Lungesykdommer	42
7.2.4	Diabetes	42
7.2.5	Trafikkulykker	43
7.2.6	Fødsler	44
7.3	Spesialisering, sentralisering og funksjonsfordeling mellom sykehus	44
7.4	Etablering av nye behandlingstilbud	45
7.5	Endret organisering av kommunal legevakt	47
7.6	Arbeidsgruppens vurdering og anbefalinger	49
8	Ambulansetjenesten	52
8.1	Forhold som påvirker ambulansetjenesten	52
8.1.1	Tidskritiske hendelser	52
8.1.2	Teknologiske utfordringer	53
8.1.3	Arbeidsgruppens vurderinger	56
8.2	Faglig forankring av ambulansetjenesten.	56
8.2.1	Arbeidsgruppens anbefaling	57
8.3	Ledelse av ambulansetjeneste	57
8.3.1	Arbeidsgruppens anbefaling	57
8.4	Forholdet mellom volum og kvalitet.	57
8.4.1	Arbeidsgruppens anbefaling	59
8.5	Vurdering av ulike organisasjonsformer	60
8.5.1	Arbeidsgruppens flertall mener	60
8.5.2	Arbeidsgruppens flertall anbefaler	61
8.5.3	Arbeidsgruppen mindretall mener	61
8.6	Organisering av tjenesten - sett fra et pasientperspektiv	62
8.6.1	Arbeidsgruppens anbefaling	62
8.7	Kvalitetsindikatorer	62
8.7.1	Arbeidsgruppens anbefaling	63
8.8	Grensesnitt mellom ambulansetransport og pasient/syketransport	63
8.8.1	Arbeidsgruppas anbefaling	64
8.9	Kapasitet, dekningsgrad og responstider	64
8.9.1	Kapasitet, aktivitet	64
8.9.2	Responstid	67
8.9.3	Arbeidsgruppens anbefaling	69
8.10	Tilstedevakt eller hjemmevakt	69
8.10.1	Arbeidsgruppens flertall anbefaler	70
8.10.2	Arbeidsgruppens mindretall anbefaler	70
8.11	Kompetansekrav i ambulansetjenesten	71
8.12	Krav om autorisasjon	72
8.13	Grunnutdanning ambulansefag	72
8.13.1	Arbeidsgruppens anbefalinger	74
8.14	Utdanningskapasitet og læreplasser	75
8.14.1	Arbeidsgruppens anbefalinger	75
8.15	Modell for utdanning – bygget på dagens forskrift og fremtidens struktur	76
8.15.1	Utdanning på høgskolenivå	76

8.16	Utdanning på avansert nivå	77
8.17	Arbeidsgruppens anbefalinger	78
8.17.1	Fremtidig utdanningsmodell	78
8.17.2	Overgangsordninger	79
8.17.3	Arbeidsgruppens anbefalinger	80
8.18	Spesialkompetanse i ambulansetjenesten	80
8.18.1	Transport av intensivpasienter	81
8.18.2	Transport av nyfødte	82
8.19	Jordmødres spesialkompetanse i ambulansetjenesten.	82
8.20	Etikk og holdninger i ambulansetjenesten	83
8.20.1	Arbeidsgruppens anbefalinger	83
8.21	Arbeidsmiljø og arbeidsforhold	84
8.21.1	Arbeidsgruppens anbefalinger	85
8.22	Transport av psykiatriske pasienter	85
8.22.1	Arbeidsgruppens vurdering	86
9	Medisinsk nødmeldetjeneste	88
9.1	Om St.meld. nr.22 (2007-2008)	88
9.2	Organisering og geografiske opptaksområder	89
9.3	AMK-sentralenes funksjoner og oppgaver	91
9.4	Ressursdisponering, koordinering og rådgivning	92
9.4.1	Arbeidsgruppens vurderinger/anbefalinger	93
9.5	Kapasitet og tilgjengelighet	94
9.5.1	Bemanning av AMK-sentraler:	94
9.5.2	Tidsbruken i AMK	95
9.5.3	Samarbeid mellom nødetatene	98
9.6	AMK som samhandlingsarena, kvalitetssikring og fremtidig organisering	98
9.6.1	Samhandling i spesialisthelsetjenesten	98
9.6.2	Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten	99
9.6.3	Samhandling i nødmeldetjenesten - Generelt	99
9.6.4	Kvalitetssikring av virksomheten	100
9.6.5	Arbeidsgruppens flertall anbefaler	101
9.6.6	Arbeidsgruppens mindretall anbefaler	102
9.7	Kompetanse/opplæring i medisinsk nødmeldetjeneste	102
9.7.1	Tilsynsmessige erfaringer	103
9.7.2	Kartleggingsundersøkelser	103
9.7.3	Etikk	104
9.7.4	Funn fra egen spørreundersøkelse	104
9.7.5	Arbeidsgruppens vurdering	105
9.7.6	Arbeidsgruppens anbefalinger	106
9.8	Personellkategorier	107
9.8.1	AMK sykepleiere	107
9.8.2	Ambulansekoordinatorer	107
9.8.3	AMK-lege	108
9.8.4	Administrativ ledelse - støttefunksjoner	109
9.8.5	Arbeidsgruppens vurderinger	109
9.8.6	Arbeidsgruppens anbefaling:	111
9.9	Tilgjengelighet til lege i kommunene, et fast- eller et felles legevaktsnummer	111

9.9.1	Utvalgets vurderinger	112
9.9.2	Utvalget anbefaling	113
9.10	Bruk av lydlogg i nødmeldetjenesten - muligheter og utfordringer	113
9.10.1	Arbeidsgruppens vurderinger	115
10	Frivillige mannskaper og First responders	117
10.1	Utvalget foreslår følgende definisjon;	117
10.2	Arbeidsgruppens anbefaling	118
11	Økonomiske og administrative konsekvenser	119
12	Referanser	120

2 Arbeidsgruppens oppnevning, mandat og arbeid

2.1 Mandat for arbeidsgruppen

Arbeidsgruppa skal foreta en helhetlig gjennom an av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og bil- og båtambulansetjenesten og komme med forslag til eventuelle endringer på områder der dette er aktuelt.

De prehospitale tjenestene skal sees som en del av den helhetlige akuttmedisinske behandlingsskjeden. De skal ivareta befolkningens behov for oppdatert prehospital behandling og transport til riktig behandlingsnivå i tråd med moderne behandlingsprinsipper, eksempelvis ved hjerneslag og hjerteinfarkt. Arbeidet skal ta utgangspunkt i foreliggende utredninger og dokumentasjon knyttet til ambulansetjenestens rolle i den akuttmedisinske kjeden, jf rapport om lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Det skal vurderes hvilke kvalitative og kvantitative konsekvenser omleggingen til de ulike veiledende standarder for akuttfunksjoner, særlig standarden tilpassede akuttfunksjoner, vil få for ambulansetjenesten. Arbeidet må videre se hen til utviklingen innen beredskapsområdet og nødmeldetjenesten. Videre skal arbeidsgruppen se hen til relevant arbeid som er igangsatt av Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet, kartlegging av båtambulansetjenesten initiert av Helse Nord RHF, samt andre utredninger og dokumentasjon initiert av RHFene/HFene mv.

Arbeidet skal organiseres slik at det sikres nødvendig legitimitet. Arbeidsgruppen skal legge vekt på inkluderende prosesser og dialog med de ulike aktørene og interessentgruppene på området. Arbeidsgruppen skal videre sikre dialog med andre aktører som arbeider med problemstillinger som har relevans til arbeidsgruppens mandat.

Gjennomgangen skal omfatte følgende hovedområder:

Organisering og samhandling

- Gi en vurdering av organiseringen av AMK-sentralene sett i forhold til opptaksområde m.v.
- Kartlegge og vurdere ulike organisasjonsmodeller for ambulansetjenesten, herunder gi en vurdering av erfaringer med offentlig vs privat eierskap, vurdere eventuelle forskjeller i kvalitet og kostnader knyttet til ulike organisasjonsformer.
- Gi en vurdering av samhandling med primærhelsetjenesten, herunder rolle og funksjon for kommunal legevakt og et større fokus på utvikling av felles akuttmottak.
- Vurdere ambulansetjenestens grensesnitt mot pasienttransport, og vurdere behovet for og komme med forslag til alternative transportløsninger, med

utgangspunkt i hensiktsmessig og effektiv bruk av kompetanse, utstyr og økonomiske ressurser.

- Vurdere forholdet til frivillige mannskaper og "first responders" på grunnlag av arbeid som nå gjennomføres av Helsedirektoratet, og vurdere på hvilke områder disse kan bidra og hvilke kompetansekrav som må stilles.

Kapasitet og responstider

- Kartlegge forskjeller i, og gi vurdering av dekningsgrad og kapasitet i tjenesten, nasjonalt og i den enkelte helseregion.

- Kartlegge i hvilken grad forskriftens krav om tilstedevakt er oppfylt og vurdere bruken av unntaksbestemmelsene i forskriften.

- Kartlegge og vurdere responstider i ulike geografiske områder sett i forhold til sykehusenes akutfunksjoner og gi en vurdering av behovet for og faglige og økonomiske konsekvenser av å fastsette normer for/krav til responstid.

- I vurderingen av kapasitet og responstider, må det også ses hen til basestruktur og kapasitet i fly- og helikoptertjenesten.

Utdanning kompetanse arbeidsmiljø

- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (§17) definerer kompetansekrav til ambulansepersonell. Arbeidsgruppa skal gi en oversikt over i hvilken grad kravene i forskriften er oppnådd for landet som helhet og i den enkelte helseregion.

- Gi en vurdering av om grunnutdanningen for ambulansearbeidere gir tilstrekkelig kompetanse, og komme med forslag til eventuelle endringer. Herunder vurdere etablert utdanningsmodell med hensyn til kapasitet, herunder dekning av læreplaner, og med hensyn til kandidatenes alder, gitt innholdet i tjenesten.

- Gi en vurdering av behovet for og innhold i videreutdanning innenfor området, med utgangspunkt i det arbeid som er gjennomført av Helsedirektoratet. På bakgrunn av dette foreslå tiltak for å sikre og oppdatere krav til kompetanse i tråd med utviklingen innen medisinsk og teknologisk utvikling.

- Gi en vurdering av kompetansekrav ved transport av spesielle transportgrupper, herunder fødende og nyfødte.

- Videre gi en vurdering av kompetansekrav for personell ved AMK-sentraler, sett i lys av utviklingen innen bl.a. medisinsk-teknisk og telemedisinsk utvikling og foreslå tiltak for å sikre og oppdatere krav til kompetanse.

- Gi en vurdering av hvordan en gjennom kompetansetiltak kan sikre at ansatte i prehospitale tjenester, både i forhold til kolleger og i møtet med pasienter, utviser tydelige holdninger og atferd preget av respekt for enkeltindividet. Helsetjenestenes formålsbestemmelser skal ivaretas, slik at alle opplever å bli likt behandlet, uansett alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn og

likeverdig behandlet uavhengig av medisinsk tilstand og diagnose. Et naturlig fokus i denne sammenheng vil være kommunikasjon.

- Vurder arbeidsmiljø og arbeidsforholdene i tjenesten og komme med forslag til tiltak som kan bidra til god rekruttering og stabil arbeidskraft i ambulansetjenesten.

Økonomiske og administrative forhold

- Arbeidsgruppen skal kartlegge kostnadene til dagens tjeneste og gi en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene i innstillingen.

- Arbeidsgruppen skal også vurdere foreliggende datagrunnlag og statistikk for tjenestene, herunder se hen til Helsedirektoratets arbeid med dette.

Arbeidsgruppen skal avlevere sin rapport innen utgangen av 2008.

Arbeidsgruppen har hatt følgende medlemmer:

Anne Rygh Pedersen	Leder av arbeidsgruppen Politimester i Vestfold politidistrikt
Nils Jul Lindheim	Helse Sør Øst RHF
Pål Anders Mæhlum	Sykehuset Innlandet HF
Brit Vigdis Nordbø	Stavanger Universitetssykehus HF
Hanne Rikstad Iversen	Helse Finnmark HF
Hans Ole Siljehaug	St Olavs hospital HF
Helen Brandstorp	Universitetet i Tromsø, Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Arne Lindstad	Helsedirektoratet
Bjørn Jamtli	Statens helsetilsyn
Per Tvette	KS, Midtre-Namdal Region
Hanne Klausen	Helse Bergen HF
Anne Marie Gran Bruun	Høgskolen i Vestfold
Hans Martin Aase	Ullevål Universitetssykehus HF
Erik Kollerud	Delta
Egil Solberg	FFO/Landsforeningen for hjerte og lungesyke

2.2 Gruppens arbeid

Arbeidsgruppen har avholdt syv møter, inklusiv oppstartsmøte den 10. april 2008. To av de syv møtene har vært to dagers møter. Arbeidsgruppen ble tidlig i prosessen inndelt i mindre faggrupper. Noen av disse gruppene har hatt møter mellom utvalgsmøtene.

Arbeidsgruppemøtene har vært avholdt i Oslo, Sandefjord, Oslo, Bergen, Oslo, Pasvik og Gardermoen.

På de innledende møtene ble fokus satt på de ulike områder av arbeidsgruppens mandat og ressurspersoner ble invitert til å foredra om spesifikke problemstillinger.

Av inverterte foredragsholdere kan nevnes,

Jon Erik Steen Hansen,	Seksjonsoverlege Sykehuset i Vestfold
Runar Østerdahl,	Sykehuset i Buskerud
Bjørn Karr	Ambulansesjef Ullevål universitetssykehus
Olav Østebø	Ass. ambulansesjef Stavanger Universitetssjukehus
Øyvind Bugten	Næringsutvalget for Ambulansesektoren i NHO Service
Johnny Hagen	NTS Ambulanse
Lasse K. Tenden	Bransjeansvarlig for Ambulansesektoren i NHO Service
Åshild Schmidt	Samfunnskontakt NHO Service

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap ved,

Direktør Egil Bovim og Tor Helland, Åge Jensen, Kristine Dreyer og kommuneoverlege i Masfjorden Rolf M Tande.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved,

Professor, forskingsleder Steinar Hunskaar og Elisabeth Holm Hansen og Erik Zakariassen.

I tillegg har flere av arbeidsgruppen medlemmer holdt forberedte innlegg på arbeidsgruppemøtene.

Som en del av utvalgsmøte i Pasvik ble det arrangert et møte med Kirkenes sykehus og representanter for ambulanse- og nødmeldetjenesten i Finnmark.

Arbeidsgruppen leder og noen utvalgsmedlemmene har orientert om arbeidsgruppen mandat og arbeid på ulike arrangementer og konferanser.

2.3 Om mandat og rammebetingelser for arbeidet.

Arbeidsgruppens mandat er omfattende. Flere av de problemstillinger som gruppen er blitt bedt om å gjennomgå er i seg selv egnet for egne utredninger. I tillegg er området prehospitale akuttmedisinske tjenester preget av manglende nasjonale data.

Arbeidsgruppen anser at mangel på pålitelige virksomhetsdata både fra ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste er en svært begrensende faktor ift. å gi og underbygge faglige vurderinger om styring og organisering av de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette ble påpekt av Hagautvalget (NOU 1998:9 Hvis det haster..) som bl.a. uttalte følgende om dette:

”Utvalgets undersøkelser, regionale og nasjonale utredninger har vist at dokumentasjonen på ulike områder er mangelfull. Det er systematisk mangel på undersøkelser av kvaliteten på behandling som gis. Mangel på dokumentasjon er en viktig årsak til problemene med å få til en effektiv styring og ressursfordeling. Utvalget vil understreke behovet for å innføre enhetlige og kvalitativt gode registreringer av volum og kvalitet.”

Dette ble fulgt opp i Sosialkomiteens behandling av akuttmeldingen (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) som uttalte:

"Komiteen vil også understreke betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag når det gjelder planlegging, organisering og drift av de prehospitale akuttmedisinske tjenestene."

Statens helsetilsyn påpekte også dette i sin høringsuttalelse til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 17. august 2004. Helse- og omsorgsdepartementet har etter dette inntatt en bestemmelse i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (§ 5) om at departementet ved enkeltvedtak kan stille krav til rapportering av virksomhetsdata. Utvalget tolker bestemmelsen slik at departementet både har hjemmel til å stille krav om enkeltrapportering og kontinuerlig rapportering av virksomhetsdata fra hhv. kommuner og helseforetak. Forskriften trådte i kraft 1. april 2005

Riksrevisjonen uttalte i sin undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten (Dokument nr. 3:9 (2005–2006)) om dette:

"Sosialkomiteen har understreket betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag på akuttområdet, og bedt departementet om å følge nøye med på utviklingen i responstider. Det kan på bakgrunn av det ovenstående stilles spørsmål om dette er tilfredsstillende fulgt opp av departementet."

Arbeidsgruppen er kjent med det arbeidet som er påbegynt av Helsedirektoratet for å kunne utvikle nasjonale data, men manglende faktagrunnlag har utvilsomt vanskeliggjort arbeidsgruppens muligheter for å begrunne sine anbefalinger. Arbeidsgruppen har forsøkt å bøte på dette med å gjennomføre en begrenset spørreundersøkelse men fordi det ikke er utviklet nasjonale standarder for virksomhetsregistreringer viste det seg vanskelig å innhente sammenlignbare data. Dette har svekket arbeidsgruppens mulighet til å besvare flere av de problemstillinger som er nedfelt i mandatet.

På det konstituerende møte den 10. april 2008 ble det reist spørsmål om arbeidsgruppens mandat i forhold til bl.a. kommunehelsetjenestens akuttmedisinske ansvar og plikter. I brev av 13. juni 2008 skriver Helse- og omsorgsdepartementet følgende,

"Gode prehospitale og akuttmedisinske tjenester krever samhandling og kontinuitet mellom forvaltningsnivåene, mellom profesjonene og mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden. Dette innebærer at AMK-sentralene og bil- og båtambulansen må ses i relasjon til den konteksten de inngår i. Dette gjelder f.eks relasjonen til kommunale legevaktsordninger og sykehusenes akuttmottak, som er tjenester som har viktige grensesnitt mot AMK-sentralene, bil- og båtambulansen. I en helhetlig gjennomgang, er disse grensesnittens sentrale for hvordan AMK-sentralene, bil- og båtambulansen bør innrettes, men krever ikke at de tilgrensende tjenestene utredes i sin helhet."

Som en følge av dette har arbeidsgruppen avgrenset arbeidet mot de kommunale tjenesten hvor bl.a. de kommunale legevaktsentralene (LV-sentralene) og kommunale legevaktjenester utgjør et viktig element i de akuttmedisinske tjenestene.

Krav til responstid for AMK-sentraler og bilambulansetjenesten har vært gjenstand for diskusjon siden dette ble foreslått i NOU 1998:9 Hvis det haster. Tilsvarende diskusjon for de kommunale akuttmedisinske tjenestene har i stor grad vært fraværene. De akuttmedisinske tjenestene omtales ofte som en kjede hvor ulike tiltak og tjenester skal skje i bestemt rekkefølge og etter et bestemt mønster. Dette krever at det er etablert gode, entydige og gjensidig forpliktene regler for samhandling mellom nivåene. I en situasjon hvor noen blir rammet av akutt sykdom og skade eller forverring av en tilstand skal helsetjenesten gi adekvat hjelp innenfor de tidsrammer som anses som forsvarlig. I mange situasjoner vil det være mest hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten håndterer situasjonen med å sende en ambulanse, mens i andre situasjoner kan en reaksjon være at legevakslege eller en hjemmesykepleier håndtere en akuttmedisinsk hendelse. Arbeidsgruppen har, i liten grad drøftet grenseflatene mot kommunale legevaksordninger og landets LV-sentraler.

3 De prehospitalle akuttmedisinske tjenestene

I henhold til mandatet skal arbeidsgruppen foreta en helhetlig gjennomgang av de prehospitalle akuttmedisinske tjenestene med fokus på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Ansvar for di tjenestene er primært fordelt på to forvaltningsnivåer som hver for seg har sitt spesifikke ansvar og sammen har et ansvar for at befolkningen får et målrettet og samordnt tilbud av god kvalitet til rett tid og på rett sted.

3.1 Den akuttmedisinske kjeden og tjenestenivåene

Den akuttmedisinske kjeden kan deles inn i følgende ledd (NOU 1998:9 Hvis det haster..)

Utenfor sykehus (prehospitalle tjenester):

- Medisinsk nødmeldetjeneste (legevaktsentral og akuttmedisinsk kommunikasjonssentral som skal motta nødmeldinger og ivareta kommunikasjon og koordinering av ressursene ved akuttmedisinske hendelser).
- Fastlegekontor/Primærlegevakt (kommunenes legevaktjeneste).
- Ambulansetjeneste (bil-, båt-, luftambulanse).

I sykehus:

- Spesialisthelsetjenesten i sykehus som omfatter akuttmottak og de enkelte sykehusavdelinger

En videreutvikling av denne definisjonen kan forstås med at publikumsrollen og "first responder" – begrepet også omtales i den akuttmedisinske kjeden.

3.2 Primærhelsetjenester

LOV 1982-11-19 nr. 66 Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelseloven) gir kommunen et ansvar for å gi alle som bor eller oppholder seg i kommunen nødvendig helsehjelp.

Herunder er det beskrevet oppgaver som

- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

Kommunene skal for å løse disse oppgavene sørge for bl.a.

- Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- Legevaktordning
- Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
- Jordmortjeneste
- Sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie

- Medisinsk nødmeldetjeneste
- Transport av behandlingsspersonell

3.3 Historikk

I den tidligere distriktslegeordningen var beredskap en del av tjenestepliktene. De privatpraktiserende legene deltok i varierende grad i vaktturnus. Mot slutten av 1970-tallet kom de første stasjonære legevaktene utenom våre største byer. Lokalsykehusene hadde inntil da tatt imot også mindre skader direkte. Den første avtalen om legevakt ble inngått mellom KS og Dnlf i 1981. Med kommunehelseloven i 1984 kom også kravet til kommunen om å sørge for legevaktstjeneste.

3.4 Drift og omfang av legevakt i dag

Pr. 01.01.2008 er det etablert interkommunale legevaktssamarbeid i 74 % av landets kommuner. Samarbeid som omfatter 2 eller 3 kommuner er hyppigst. Mange kommuner har valgt løsninger med et sentralt legevaktsmottak som fungerer ettermiddag/kveld og helger. Legevaktssentralen ligger ofte i legevaktsmottaket og er betjent med helsepersonell. Ved interkommunale legevaktsbaser i store distrikter med lang avstand til legevakten (over 50 min – Den norske legeforening norm) skal lokale bakvaksordninger sørge for kortere avstand mellom pasient og lege.

I enkelte store legevaktsdistrikt med spredt befolkning er det ikke mulig å etablere et nettverk av bakvakter etter denne normen og samtidig gi nødvendig vaktreduksjon for kommunens fastleger, noe som igjen vil bidra til stabil fastlegedekning. I noen av disse kommunene formaliseres det etter hvert et samarbeid med øvrige aktører med førstehjelp og redningskompetanse i såkalte "first responders"- funksjoner

Enkelte steder er det etablert sykestueplasser tilknyttet legevaktsbasen og sykehjem, samlokalisert på helsesentre. Sykestueplasser er såkalte intermediære sengeplasser der enklere "sykehusbehandling" kan ytes uten at pasienten trenger innleggelse og transport til sykehus. Disse ordningene sikrer legen hjelpepersonell hele døgnet også i mindre enheter. Ordningen er en del av både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjensten.

Det har tidligere vært vanskelig å gi et godt bilde av aktiviteten som skjer i regi av de kommunale/interkommunale legevakter. Nyere tall, blant annet fra NAV-rapport nr 4. 2007 viser til at ca 15 % av befolkningen hadde kontakt med legevakten i 2006: 1,3 mill konsultasjoner, minst 100000 sykebesøk og 400000 andre kontakter(1,8 mill).

"Vakttårnprosjektet " er et prosjekt i regi av Norsk kompetansesenter for legevaksmedisin. Prosjektet registrerer data fra 18 kommuner, med 7 legevaktsdistrikt og totalt 200.000 innbyggere. Utvalgt utgjør et representativt utvalg av kommuner, og kan således gi et estimat av total aktivitet ved legevaktene i Norge. Tall fra 2006/2007 viser:

- Samlet 2 088 000 kontakter
- 50 000 (2,4 %) rød respons (akuttoppdrag)
- 370 000 (17,7 %) gul respons (haster)
- 1 670 000 (79,9 %) grønn respons (vanlig)

Grønn respons karakteriserer henvendelser som i stor grad bør kunne vente til påfølgende virkedag for å taes hånd om av fastlegen og dels av henvendelser for enkle plager der gode og kompetente råd over telefonen er tilstrekkelig. Da vi vet at AMK sentraler i en del tilfeller ikke varsler legevakter ved rød respons, må tallene her tolkes varsomt. Tall fra S. Rørtievits forskning, presentert for arbeidsgruppen, viste et snitt på 0,5 akuttmedisinske hendelser per 1000 innbyggere i uken dvs ca 2200/uke eller ca 117 000/år.

3.5 Legevaktsorganisering

Allmennmedisinsk beredskap skal gi befolkningen god tilgjengelighet til lege uavhengig av bosted og tidspunkt på døgnet. Øyeblikkelig hjelp skal primært ivaretas av fastlegen i ordinær kontortid.

Hyppig legevakt (mindre enn 5 – delt vakt) kan bidra til slitasje og være en stressfaktor som fører til at fastleger ønsker å trekke seg ut av disse ordningene. Interkommunale legevaktsordninger, samt en økning av antall fastleger kan bidra til at kommunenes fastleger får et akseptabelt vaktvolum, noe som kan gi større stabilitet i fastlegestillingene og bidra til bedre beredskap gjennom legenes økte lokalkunnskap. Samarbeidsløsninger gir også bedre tilbud til befolkningen gjennom bedre lokaliteter og legevaktssentraler bemannet med kompetent helsepersonell.

Stasjonære legevaktstilbud, hvor pasienten i større grad oppsøker legevaktssentralene for undersøkelse og behandling, er en betydelig kvalitetsforbedring fra tidligere praksis med mange og ofte tilfeldige sykebesøk. Legevaktskontorets utrustning med hjelpepersonell og diagnostiske og behandlingsmessige hjelpemidler gir større muligheter for undersøkelse og behandling. Sykebesøk ved legevaktslegene skal fortsatt være en del av oppgavene, men kun på klare indikasjoner.

Større legevaktsdistrikt, etablering av stasjonære legevakter og reduksjon i sykebesøk vil kunne bidra til økt bruk av ambulanse for transport av pasienter inn til lege. Utvalget har ikke lyktes i å fremskaffe tallmateriale som kan verifisere en slik økning. I legevaktordningen i Namdal som har erfaring fra 1999 i et 14 – kommuners samarbeid på natt og et 7 kommuners legevaktssamarbeid fra 2004 har ikke sett vesentlig økning på antall transportoppdrag. Det rapporteres om en liten økning av oppdrag i de perifere kommunene som sannsynlig dreier seg om transport fra hjemmet til den lokale sykehjem. I andre legevaktsdistrikter mener en å ha sett en større økning av antall turer som følge av omorganisering til interkommunale legevaktsløsninger

Større geografiske legevaktsområder gir bl.a. følgende utfordringer:

- Planleggingen av kommunenes helseberedskapsløsninger skjer i stor grad uten dialog omkring samlet helsetilbud til befolkningen. Endring i

stasjonering av ambulansestasjoner må sees i sammenheng med kommunenes beredskapsløsninger. Ikke minst må samhandlingskjeder med pleie og omsorgstjenestene, varslingsystemer og spesialisthelsetjenestene kvalitetssikres. En større samordning av beredskapsplaner med tilhørende ROS-analyser hvor både kommuner og helseforetak og fylkesmannen er representert må ligge til grunn for utvikling av nye løsninger.

- "Bakvaksordninger" må sikre at perifere områder i vakt-distriktene sikres nødvendig kvalifisert helsehjelp ved behov for øyeblikkelig hjelp innen forsvarlige tidsrammer. Enkelte tilstander krever tilsyn ved lege. Andre tilstander vil kunne løses ved at kommunens pleie og omsorgstjeneste eller "first responders" som f. eks kommunens brannvesen starter livreddende prosedyrer. Slike ordninger må inneha nødvendig medisinsk kompetanse, og ikke minst oppleves som trygg for berørte kommuners innbyggere. ROS-analyse må legges til grunn for vurderingen av type ordning og tilgjengelighet.

3.6 Fastlegene

Legevakt er i utgangspunktet en obligatorisk del av fastlegenes arbeid (Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen §§ 6, 7 og 8). Det kommer på toppen av ordinær arbeidstid og oppleves ofte som belastning. Arbeidsbetingelsene oppleves ofte vanskelige med økt risiko for å gjøre feil. Hver tiende tilsynssak i Helsetilsynet handler om legevakt. I en spørreundersøkelse om legevakt i 2007 (Tidskr. Dnlf 19;2007) svarer 2913 fastleger (78 %) at 50 % deltar fullt i legevakt, 15 % delvis og 35 % ikke. 28 % hadde formelt fritak og 13 % hadde fast vikar som tok vaktene deres. Fritaksreglene fra vakt følger særavtalens § 7 – alder og helse samt samfunnsmedisinske oppgaver i hel stilling. Det er også avtalefestet at andre leger kan ta en annen leges vakter så fremt dette arbeidet kan utføres uten skade (§ 7,5). Undersøkelsen viste at kvinnelige leger deltok sjeldnere i legevakt avtok med legens alder. Vakt-deltagelsen var lavere i store og sentrale kommuner. Interkommunale legevaktordninger medfører redusert vaktbelastning, men økte ikke legenes vakt-deltagelse. Mange fastleger velger vekk legevaksarbeid. Med et aldrende fastlegekorps vil dette bli et økende problem for små og sårbare vaktordninger.

Det er et problem at det i alle typer legevakter benyttes vikarer som ikke er spesialist i allmennmedisin. Dette problemet synes størst ved de største legevaktene.

Fastlegene i den akuttmedisinske kjeden:

Generelt om fastlegeavtalen:

- Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmenn-medisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.
- Øyeblikkelig hjelp: Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. Det er en viktig forutsetning

bak fastlegeordningen at fastlegen skal ha tilgjengelighet og kapasitet til å avhjelpe et ø-hjelpsbehov.

- Telefontilgjengelighet: Legen skal sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet.

Fastlegene forventes å sette av tid til å håndtere øyeblikkelig hjelp henvendelser fra sine pasienter på dagtid. Manglende kapasitet i kontortiden, eller uklare kollegiale avtale om håndtering av hverandres lister ved fravær medfører forskyvning av allmennlegeoppgaver til legevakta. Resultatet blir at ordinært allmennlegearbeid ved disse tilfellene blir forskjøvet til kveldstid.

Intensjonen i fastlegeordningen legger til rette for at fastlegene skal foreta nødvendige hjemmebesøk til sine kronisk syke pasienter. Hvis dette følges opp, vil fastlegene i mange tilfelle fange opp forverringer av kroniske sykdommer på et tidligere stadium. Konsekvensen kan bli et redusert behov for legevaktskontakter og sykehusinnleggelser. Videre vil antallet transportoppdrag til og fra legevaktstasjoner kunne reduseres.

Fastleger og "rød respons"

"Rød respons-henvendelser" utløser mange av landets kommuner "lege-ambulansealarm". Lege/fastlege og ambulansepersonell kvitterer for mottatt melding før tiltak(utrykning) iverksettes. Parallelt med kompetansehevingen av ambulansepersonellet erfarer en oftere at fastleger/legevaktslege velger ikke å rykke ut på lege-ambulansealarmer. Legen står ansvarlig for denne vurderingen. Ved rød responshenvendelser vil situasjonen tilsi et omfattende samarbeid mellom aktører fra kommunehelsetjenesten og helseforetaket ved utrykningsteam/ ambulansetjenesten. Dette er åpenbart ved større ulykker og katastrofer. Fastleger/ LV- leger bør inneha rollen som fagleder helse i disse sammenhengene. Lege skal være tilstede i situasjoner hvor videreføring av aktive resusciteringstiltak vurderes. I tillegg krever situasjoner med akutt psykiatri tilstedeværelse av legekompentanse.

Manglende respons fra fastleger/legevaktsleger på "lege-ambulansealarm" har i enkelte AMK – sentraler bidratt til at en kun sender ut ambulansealarm i disse situasjonene. Fastlegene er og skal fortsatt være en sentral aktør i den akuttmedisinske tiltakskjeden.

For å styrke legevaktslegens mulighet til å bidra i akuttsituasjoner, og for å fremme legevaktslegens tilgjengelighet helsradionettet, har en i noen byer etablert egne legevaktsbil-ordninger (Trondheim, Arendal). I disse byene kjøres legevaktslegen av en kompetent ambulansearbeider i en uniformert bil. Samlet utgjør de en betydelig akuttressurs med akuttmedisinsk utstyr som i en ambulanse; ambulansearbeideren ivaretar i stor grad kommunikasjonen med AMK og sikkerheten er økt for legen ved sykebesøk i "farlige miljø". Dette utgjør i tillegg en egnet arena for utvikling av samhandlingen mellom aktørene

3.6.1 Arbeidsgruppens anbefalinger:

- I bystrøk eller store legevaktdistrikter bør en vurdere å etablere legevaktsbil-ordning hvor legevaktslegen kjøres av ambulansearbeider i en utstyrt og uniformert bil. En slik løsning fremmer legevaktslegen

mulighet til å delta i akuttsituasjoner, fremmer legens tilgjengelighet i helseradionettet og øker sikkerheten ved legevaktsbesøk.

- Det bør legges til rette for finansieringsmodeller som muliggjør etablering av slike ordninger.

3.7 Øvrige utredninger om legevaktstjenesten og fastlegerollen

Akuttutvalget anbefalte at allmennlegenes akuttmedisinske kompetanse måtte styrkes. I St. meld. nr. 43 (1999-2000) skrev departementet at det ikke virket hensiktsmessig å stille minstekrav (gjennom avtale eller forskrift) til faglige kvalifikasjoner for å delta i legevakt. Begrunnelsen var både rekrutteringsproblemene, kommunenes plikter og legenes plikt til faglig forsvarlighet. Departementet viste i stedet til alternative metoder for å oppnå faglig kvalitet, blant annet at det ble formulert forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i utarbeidede faglige prosedyrer for samarbeid mellom første og andrelinjetjenesten. Forslaget er ikke blitt fulgt opp verken av departementet, kommunene eller legeforeningen.

Traumeutvalget, som har utredet etableringen av et nasjonalt traumesystem, mener allmennlegenes rolle i traumebehandlingen må tydeliggjøres og deres kompetanse styrkes.

Statens helsetilsyns rapport "Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger" fra september 2006, gir Helsetilsynet uttrykk for misnøye med legevaktens kvalitet på en rekke områder. Blant annet kommer det frem at det flere steder er mangelfull tilgjengelighet, og at de fleste kommuner mangler planer for opplæring, øvelser og oppdatering. Helsetilsynet mener kommunene i sterkere grad må styre legevakten, og at denne styringsmuligheten foreligger ettersom legene deltar i en kommunal legevakt, der systemansvaret er klart plassert.

I sin rapport om akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten påpeker Riksrevisjonen at det flere steder er utfordringer knyttet til kommunikasjon og informasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Blant annet vises det til at AMK-sentraler og ambulansetjenester kan ha problemer med å komme i kontakt med legevaktsleger, og det angis at det er et problem flere steder at legevaktlegene ikke rykker ut for å bistå ambulanspersonalet i akuttsituasjoner. Dette gjør at Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om primærhelsetjenesten nedprioriterer akuttberedskapen.

HOD- rapport (30/4-2007) om Økonomiske forhold ved interkommunalt legevaktsamarbeid med stasjonær legevakt og LV-sentral (IKL):

"Arbeidsgruppa er enig om at det er behov for å bedre kvaliteten på legevaktarbeidet i kommunene. Gruppa vil derfor foreslå at sentrale helsemyndigheter stimulerer kvalitet og tilgjengelighet i legevaktstjenesten gjennom utvikling av nasjonale faglige retningslinjer. Videre bør departementet vurdere om kommunene bør få et styrket ansvar for kompetanse- og opplæringskrav og rutiner som sikrer en forsvarlig legevaktstjeneste. "

3.8 LV-sentralene

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin(NkIm) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har etablert et register med første registerforskningsrapport i 2006. Alle landets kommuner har svart både i 2006 og 2007.

Resultater vedrørende legevaktsentraler, stedet der LV-telefoner blir tatt i mot, fra 2006:

- Kommunenes plassering av legevaktsentralen er avhengig av tid på døgnet og ukedag. 6-10 % av kommunene hadde legevaktstelefonen plassert på sykehjem dag, kveld og natt gjennom hele uken. 24% hadde telefonen plassert på AMK sentral kveld og 27 % natt i uka og helger. Nesten 50 % hadde telefonen plassert i legevaktlokalet alle ukens dager hele døgnet unntatt hverdager
- Kun 47 % av kommunene kunne gi statistikk over antall henvendelser til legevaktsentralen
- Henvendelsene til legevaktsentralen blir dokumentert på papirskjema(40 %), legejournalssystem (67%) eller begge deler. 31 % av sentralene har lydlogg

Det er ikke et krav om lyd logg i legevaktsentraler i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er heller ikke et krav i forskriften om legevaktstelefonen skal svares av en sykepleier, slik det har vært tradisjon for. Det er angitt at AMK- og legevaktsentraler skal betjenes av helsepersonell, men forskriften definerer ikke nærmere hva slags helsekompetanse. Legevaksregisteret fant i sin 2007 rapport en uheldig utvikling ved at legevaktsentralen ble betjent av annet personell enn sykepleier i omtrent en tredjedel av kommunene, med en økning fra 24 % av kommunene i 2006 til 32 % i 2007.

I 2006 rapporten kom det frem at få kommuner kan gi opplysninger om legevaktsentralens bemanning når den ikke er plassert i legevaktens lokaler.

Det er arbeidsgruppens mening at legevaktsentralene er en viktig del av den akuttmedisinske kjede. Kommunene er eiere og har valgt svært ulike måter å organisere denne delen av 1. linjetjenesten. Det kan synes som at både journalssystem, mulighet for å logge telefonsamtaler og kompetansenivået til personellet som betjener telefonene ikke har hatt en overordnet nasjonalutviklingsplan i forhold til kvalitetssikring og kompetanseutvikling. For at legevaktsentralene skal være et pålitelig og sterkt ledd i kjeden må fokus rettes mot disse av både de akuttmedisinskfagmiljø i helseforetak og kommuner.

3.9 Felles akuttmottak FAM

FAM i Norge

Kjennetegn ved felles akuttmottak er at legevakten er fysisk lokalisert i tilknytning til akuttmottaket ved sykehus og der sykepleiere/medarbeidere i noen grad er ansatt i helseforetaket og legevakslegene har arbeidsavtale med kommunen og

oftest er selvstendig næringsdrivende i legevaktarbeidet. Økonomisk oppgjør mellom kommunen og helseforetaket etter ulike fordelingsnøkler (personellutgifter, leieutgifter, driftutgifter). Legevaktsentralen kan ligge i eller utenfor FAM eller i AMK-sentralen.

Ulike modeller

Organisatorisk finnes det kommunale og interkommunale FAM-modeller. Legene kan være fast ansatte kommuneleger eller fastleger eller andre som har avtaler med kommunen.

Ordningen kan administreres av kommunen eller av helseforetaket. Medisinsk systemansvar for FAM ligger hos kommuneoverlegen.

For å sikre samhandling mellom første og andrelinjetjenesten har noen etablert Samarbeidsråd, der rutiner, prosedyrer og erfaringer diskuteres.

I følge Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin sitt nasjonale legevaktregister var det i 2007 13 FAM med i alt 31 deltakende kommuner. Per i dag er det 12 med til sammen 29 kommuner da ett FAM er lagt ned (Larvik).

Erfaringer

Det er ingen kjente systematiske evalueringer fra FAM-modellen. Noen har gjort interne undersøkelser/vurderinger, men disse er ikke tilgjengelige. Erfaringer som er beskrevet i Veileder for etablering og drift av interkommunale legevakter (IS 13/2003 SHDir) er at fordelene med FAM er at pasientene har ett sted å henvende seg til ved skader og sykdom. FAM kan gi god ressursutnyttelse ved fleksibel bruk av helsepersonell og jobbrotasjon. Det er kort vei til spesialister og mulighet for rådføring, samt bruk av sykehusets røntgen og laboratorietjenester. Ulempene som har vært beskrevet er at ulike arbeidsgivere kan utfordre samarbeid og felles tilhørighet og dermed styrkeforholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg kan modellen skape urealistiske forventninger fra pasienter om innleggelser og ressursbruk.

Lokalisering av legevakt i sykehus bidrar til reduksjon av antall ambulanseoppdrag fra legevakt til sykehus. Tall fra ambulansetjenesten i Vestfold viser at flytting av Tønsberg legevakt fra akuttmottaket ved sykehuset i 2007 bidro til en økning av ambulanseoppdrag fra 61 i 2006 til 796 i 2008, dvs. en økning på ca. 700 oppdrag. (Kilde: AMK Vestfold og Telemark).

Internasjonale erfaringer

Det er få studier som direkte kan overføres til norske forhold, men noen relevante studier viser effekter ved å kombinere tjenestenivåer.

3.9.1 Arbeidsgruppens vurderinger

- Signalene som er gitt omkring dagens ordninger er både negative og positive. Ett FAM er nedlagt.
- De juridiske og faglige ansvarsforholdene er uavklart på ordninger som går på tvers av tjenestenivåene i Norge.
- Kost/nytteeffekten av en slik samordning er uavklart, ettersom pasienten selekteres til ulike tjenestenivå ved ankomst til FAM. En konsekvens av

dette kan være et økt press på andrelinjetjenestene da en omgår dagens silingsfunksjoner ved primærlegevakta.

- Både den norske geografien og bosettingsmønster utgjør en betydelig utfordring viss FAM tilknyttet lokalsykehus i framtiden skal utgjøre kjernemodell for legevaktsordninger. I enkelte områder har en prøvd ut lignende ordninger i noen tid (f. eks. Namdalen fra 1999). I andre områder vil slike løsninger sannsynligvis ikke være gjennomførbare.

3.9.2 *Arbeidsgruppens anbefalinger*

- Arbeidsgruppen er av den oppfatning at dagens erfaringer ikke er tilstrekkelig til å gi en entydig anbefaling om framtidig FAM-organisering. Arbeidsgruppen foreslår at dagens ordninger kartlegges og evalueres.

3.10 Jordmortjenesten

Jordmortjenesten ble en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten fra 1995 gjennom rundskriv I-14/95 fra Sosial- og helsedepartementet, og er nedfelt i Lov om helsetjenester i kommunene, § 1-3. Stønad til jordmorhjelp ved følgetjeneste godtgjøres av helseforetakene, mens utgifter til eventuell beredskap må dekkes av kommunen.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets problemnotat om fødselsomsorgen fra 2007, manglet 40 prosent av kommunene med over 1 times reisevei til nærmeste fødeinstitusjon, en følgetjeneste. Bare 38 prosent hadde døgnkontinuerlig følgetjeneste. De øvrige 22 prosent hadde følgetjeneste, men den var ikke kontinuerlig. Under halvparten av kommunene som hadde følgetjeneste, hadde en vikarordning.

I Norge fødes det i underkant av 60 000 barn hvert år. Mange av de fødende har lang reisevei til nærmeste fødeinstitusjon. I følge Medisinsk fødselsregister ble det i 2006 født 548 barn utenfor institusjon. 121 av disse var planlagte hjemmefødsler, 191 var ikke planlagt hjemmefødsler, mens 184 ble født under transport.

Det fremgår ikke av disse tallene om hvor mange transportfødsler som skjedde under veiledning av jordmor eller lege. Det har i mange år vært et ønske om følgetjeneste for fødende med over 1 times reisevei. Følgetjenesten er ikke lovpålagt, men i Helse- og omsorgsdepartementets begrunnelse for forslaget om lovfesting av jordmortjenesten i kommunene, pekte de på at "jordmor kan inngå i beredskapsvakter og være kompetent ledsager og fødselshjelper hvis fødsel skjer underveis til sykehus" (Ot.prp. nr. 60 (1993-1994)).

3.10.1 *Arbeidsgruppens vurderinger:*

- Utvalget anser ikke at nåværende ambulansearbeiderutdanning gir nødvendig kompetanse innen observasjon, vurdering og behandling av fødende kvinner og nyfødte. I områder av landet som ikke har etablert beredskapsordninger for følgetjeneste med jordmor, må helseforetaket kompensere dette gjennom spesielle opplæringstiltak for ambulansepersonellet.

- Ved vurdering av nedleggelse av fødestuer eller fødeavdelinger må det etableres forsvarlige transportløsninger for fødende.
- Allmennlegetjenester med ansvar for sykestuer bør vurdere å inngå et forpliktende samarbeid med fødeavdelinger for å kunne håndtere ikke planlagte fødsler utenfor fødeinstitusjon.

3.11 Kommunenes pleie og omsorgstjeneste

De fleste kroniske medisinske tilstander vil kunne bli akutte, spesielt ved dårlig oppfølging og behandling. Desto bedre oppfølging og behandling pasienter får, blant annet ved aktiv bruk av individuell plan, desto mindre behov vil det være for akuttinnleggelser. Alle deler av kommunehelsetjenesten er derfor viktig for å redusere behovet for mer spesialiserte akuttjenester. Pleie- og omsorgstjenestens kapasitet og kompetanse er avgjørende, ikke bare for hvor mange som får en akutt forverring av en kronisk lidelse, men også for hvor mange som da vil trenge innleggelse, og for hvor raskt pasienten igjen kan utskrives. For eldre pasienter vil det ofte være ønskelig å unngå innleggelse, fordi dette er en belastning for pasienten i form av flytting og nye omgivelser osv. Økt kapasitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten, herunder i sykehjemmene, og et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, blant annet i form av veiledning eller gjennom drift av distriktsmedisinske sentra, vil kunne redusere behovet for innleggelser.

Arbeidsgruppen vil legge til at også kompetansen til pleie og omsorgspersonell utenfor sykehus har behov for kompetanseøkning innen akuttmedisin. Personell på et sykehjem bør ha grunnleggende akuttmedisinsk kompetanse til å identifisere og håndtere svikt i vitale funksjoner som respirasjon og sirkulasjon. En helsesekretær på et legekantor må kunne handle adekvat hvis en pasient blir akutt syk på venterommet.

4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Tjenesten skal også gi veiledning og undervisning til pasienter, pårørende og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver i helsetjenesten som krever en annen kompetanse og ressurser utover det primærhelsetjenesten kan yte. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er organisert som 28 helseforetak i fire helseregioner.

Ambulanseoppdrag inndeles i hastegradene akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn). Disse hastegradene fordeler seg omtrent med 30 % akutt, 30 % haster og 40 % vanlig, etter vurdering opp mot Norsk medisinsk indeks. Hastegrad vanlig er definert i KITH sin definisjonskatalog som *"tilstander der det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning"*. Det er grunn til å anta at en stor del av pasientene i kategorien *"vanlig"* er pasienter som også kunne vært transportert med pasienttransport, pasienter som trenger å ligge og har ikke behov for medisinsk behandling eller overvåkning. Bestilling av type transport blir dermed en tilpasning til de faktiske forhold.

Det er i Norge 424 døgnambulanser og 105 ambulanser drift deler av døgnet. I 2005 utførte disse ambulansene 496 644 oppdrag, tilsvarende 107 oppdrag pr. 1000 innbygger og kjørte 28 330 831 kilometer. Det var 3 037 ansatte i ambulansetjenesten i Norge i 2005.

I 1999 ble det utført 391 103 oppdrag med ambulanse, tilsvarende 88 oppdrag pr. 1000 innbygger og kjørt 24 258 942 kilometer. Det har altså vært en økning på 105 541 ambulanseoppdrag i løpet av 6 år. Noe som tilsvarer en økning på 27 %. Denne økningen har gitt store kostnadsøkninger i landets ambulansetjenester. For eksempel er driftskostnadene i Sør-Trøndelag øket med 100 % i nevnte tidsrom. Før innføringen av Lov om folketrygd 01.01.67, var det intet lovfestet ansvar å sørge for pasientreiser på det offentliges bekostning. Pasienter med lang vei til behandlingssted kunne da risikere å ikke få nødvendig behandling fordi reisen ble for kostbar for pasienten.

I perioden 01.01.67-31.12.03 ble retten til dekning av reiseutgifter forvaltet av trygdeetaten og bruken av taxi som transportmiddel til undersøkelse eller behandling økte raskt.

Spesialbiler for transport av rullestolbrukere ble vanlig i taxinæringen for ca 20 år siden. Før den tid var rullestolbrukerne i stor grad henvist til privatpersoner og veldedige organisasjoner med bilmateriell av varierende standard.

1. januar 2004 ble hjemlingen av retten til pasienttransport overført fra folketrygdloven til pasientrettighetsloven. De Regionale Helseforetakene fikk dermed ansvaret for pasienttransporten. Dette ble igjen lagt ut til det enkelte helseforetak. Pasienttransporten er en helsetjeneste.

Pasienttransport organisert av helseforetakene ble finansiert med en overgangsordning mellom RTV og HF om en fordeling av 50/50% av kostnadene i 2004, 25/75% i 2005. 1. januar 2006 fikk Helseforetakene ansvaret for 100% finansiering.

Helseforetakene har konkurranseutsatt det meste av den type transport som i hovedsak blir utført av taxinæringen.

Det akuttmedisinske tilbudet er styrket. Ambulansetjenesten har fått personell med bedre utdanning og utstyr, ambulansene er tomannsbetjente. Bruken av luftambulanse er fordoblet de siste ti år.

Ved siden av endret sykdomsbilde og flere eldre, vil økende pasientmobilitet mellom sykehus og helseregioner stille økte krav til transport av pasienter i fremtiden. Mer avansert behandling vil medføre spesialisering i de medisinske fagene, noe som er nødvendig for å sikre god kvalitet, men som samtidig kan virke oppsplittende og sentraliserende.

God tilgjengelighet til likeverdige helsetjenester er en grunnleggende verdi. Folk skal ha likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bosted, inntekt, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

For mange vil likeverdig tilgang til helsetjeneste bety lik tilgang til akuttmedisinske og livbergende tjenester. Dette vil si at dersom man reduserer tilgangen til sykehus med akuttmottak, må dette kompenseres med økt tilgang på akuttmedisinske tjenester, enten dette skjer i form av økt tilgang til ambulanse eller lokal legevakt/fastlege.

4.1 Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten

Utviklingen med sentralisering av noen oppgaver og desentralisering av andre vil sannsynligvis fortsette i mange år fremover, og er en dynamisk prosess drevet av behandlingsmuligheter, prioriteringer og økonomi. Antallet sykehus med både medisinsk og kirurgisk akuttfunksjon vil trolig reduseres, og sykehus som vil ta hånd om traumepasienter, vil antagelig bli færre enn de sykehus som vil opprettholde sin akuttfunksjon. En del mindre sykehus som i dag har akuttfunksjon vil etter gruppens oppfatning få andre og mer definerte funksjoner. Samtidig vil oppgaver som i dag løses i spesialisthelsetjenesten i større grad bli overført til primærhelsetjenesten i samarbeid mellom de to nivåene.

Lokalsykehusene vil i større grad ivareta utredning og behandling av eldre pasienter og kronikere. I tillegg vil disse sykehusene ivareta dagbehandling og poliklinisk virksomhet for medisinske og enkelte kirurgiske lidelser. Det er

foreslått å etablere felles akuttmottak på dagens lokalsykehus. Om den kommunale legevakten også blir lagt inn i fremtidens "lokalsykehusene", gjenstår å se. Uansett vil dette være et tilbud til kommuner som er sykehusnære.

Utviklingen med en mer uttalt funksjonsfordeling mellom sykehusene ift behandling av forskjellige sykdommer og skader vil trolig fortsette.. Dette vil øke transportbehovet mellom de forskjellige enhetene. Dessuten vil behandlede pasienter ved mer høyspesialiserte sentra eller sykehus med akuttfunksjoner, bli transportert tilbake til lokalsykehus eller andre sentra som har ressurser og kompetanse til videreføre behandlingen av pasientene.

Økt funksjonsfordelingen mellom sykehus vil bety økt bruk av ambulansetjenester. Med færre sykehus med akuttfunksjon, vil det lokale prehospitale akuttmedisinske tilbudet få en enda større betydning enn i dag. Lengre transporter med dårligere pasienter vil kreve økt kompetanse hos personell i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Vi kjenner ikke dødeligheten for eks. den hardt skadde pasienten utenfor sykehuset og må derfor anta at det er begrenset hvor lenge pasientene kan behandles utenfor sykehus med godt resultat, som overlevelse og minimale senskader.

4.2 Utviklingstrekk med konsekvenser for sykehustjenester

Fremtidens "Lokalsykehus" krever en forsterket samhandling med kommunene og mer spesialiserte sykehus. Det synes behov for å utvikle organisatoriske og finansielle fellesløsninger for å ivareta fremtidens samarbeidsordninger mellom sykehus og kommuner. En ser for seg utviklingen av distriktsmedisinske sentra (DMS), intermediær avdelinger / halvannen linjetjeneste / forsterkede sykestueplasser, med samarbeid mellom kommuner og helseforetak ift organisering, kompetanseoppbygging og finansiering.. Det må også antas at arbeidsordninger endres ved at sykehuspersonell i større grad arbeider ambulant mot kommunehelsetjenesten. Helsepersonell vil også kunne brukes mellom sykehus, for å kompensere for lite volum ved et sykehus. På denne måten kan kostnader til dobbel vaktberedskap reduseres.. Utvikling av teknologi vil gi større mulighet for at spesialisthelsetjenester tilbys i hjemmet i stedet for i sykehuset. Det antas videre at det kan bli et større interkommunalt samarbeid mellom små kommuner, som vil føre til styrket kompetanse og hvor pasienten i noe større grad behandles på kommunalt nivå.

5 Samhandling i helsetjenesten utenfor sykehus

Behovet for en helhetlig tilnærming, koordinering og god samhandling øker jo mer fragmentert og spesialisert helsetjenesten blir. Nasjonal Helseplan (2007-2010) har samhandling som et hovedmål. Helsetjenesten er fragmentert og spesialisert også utenfor sykehus, med ambulansetjenesten som 2.linjetjeneste, fastlegeordningen og pleie- og omsorgstjenestene som 1. linjetjeneste.

Fokus på samhandling bør prege virksomheten i alle ledd i helsetjenesten. Samhandling og samordning skjer på forskjellige nivå innenfor de prehospitale tjenestene, men på alle nivå kan man dele samhandlingsutfordringene inn i tre elementer; kommunikasjon, roller og ledelse.

5.1 Samhandling på administrativt nivå

Selv om hovedtyngden av arbeidet for bedre samhandling skjer ute i tjenestene, må samhandling forankres på et politisk, faglig og administrativt nivå både i departement og direktorat, i kommuner og foretak.

Samhandling på nasjonalt nivå.

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet, juni 2007, har blant annet som mål å bidra til systematisk oppfølging på samhandlingsområdet på nasjonalt nivå gjennom en rekke tiltak. Rolleavklaring kan komme ut fra arbeid med å definere samhandlingsindikatorer fra kilder som KOSTRA; SAMDATA; IPLOS; NPR. Kommunikasjonsverktøy som IKT og utvikling av dette er nevnt, og en ønsker sikre fokus i ledelsen i norsk helsevesen representert ved Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet, med mer.

Helseforetak og kommuner i hele landet har de senere år inngått samhandlingsavtaler, i tråd med føringene fra den allerede nevnte avtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet,. Disse avtalene styres, utvikles og følges opp gjennom etablering av ulike organer. Modellen med samhandlingsutvalg er et strategisk, overordnet organ mellom kommuner og helseforetak og samhandlingsråd på faglig, driftsorientert nivå (som bla. kan utvikle kompetansenettverk, fagseminarer og utarbeiding av felles kompetanseplaner), er vanlig. Brukerrepresentanter har sin plass i både samarbeidsutvalg og – råd.

Det er viktig at samhandlingsfeltet mellom helseforetakets prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten får fokus i de lokale samhandlingsavtalene.

Involverende planarbeid

Deltagere fra organisasjoner som samarbeider må gjensidig delta i hverandres planarbeid. Allerede i Ot.prop. nr 87 (1983-84) om transporttjenesten i helsevesenet er dette beskrevet, men slik samhandling synes ikke å ha blitt fulgt opp i praksis. Når ambulanseplaner lages i et helseforetak må helsetjenesten i

aktuelle kommuner trekkes med. Når legevaktstrukturer planlegges må helseforetakene trekkes med. ROS- analyser er viktige verktøy i begge prosesser. Slik gjensidig involvering er forskriftsfestet gjennom forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Brukerutvalg

Brukerutvalg og brukerråd i helseforetak er brukersammensatte organ som skal bidra til å overføre erfaringsbasert kunnskap fra brukerne tilbake til sykehus.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

PKO er et grasrotnettverk som siden 1995 har bestått av allmennleger med små deltidstillinger på sykehus. Målsettingen er å styrke samarbeidet mellom parter som samarbeider, med LEON-prinsippet som rettesnor (tiltak på lavest effektive omsorgsnivå). Suksesskriterier har vært å utvikle langsiktige relasjoner mellom samarbeidsparter, forbedre medisinsk praksis og tilpasse tjenester og medisinske prosedyrer til pasientenes behov og lokale muligheter. Innen for akuttmedisinske tjenester er trening av lokale akuttmedisinske team og dialogforum mellom AMK og primærhelsetjenesten eksempler. PKO har forankring i helseforetakenes ledelse og per august 2007 var det registrert 84 praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer i landet, fordelt på 18 helseforetak eller sykehus. (Allmennlegeforeningens tall).

5.2 Samhandling ved samlokalisering

Samlokalisering av ambulanse og legevakt, legevakt og akuttmottak kan gi fysiske forhold som legger til rette for bedret samhandling.

5.3 Samhandling på tjenestenivå

Helse – og Omsorgsdepartementets rapport Lokalsykenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede ("Lokalsykehusrapporten") fra 2007, legger stor vekt på at det er behov for å samordne de ulike leddene i den akuttmedisinske behandlingskjeden sterkere enn i dag:

"Det viktigste for befolkningen og pasientene er det samlede akuttmedisinske tilbudet lokalt. Det totale tilbudet er et resultat av ressursene i alle ledd i den akuttmedisinske behandlingskjeden.(..) Det er ikke bare behov for å styrke kompetansen til det enkelte helsepersonell, men også den akuttmedisinske teamkompetansen."

Teamkompetanse

Teamkompetanse kan beskrives som en kompetanse der man kjenner og forholder seg til de andres roller, at man kan kommunisere hensiktsmessig innad i teamet og kan forholde seg konstruktivt til en leder eller eventuelt lede selv. Ved kompliserte oppgaver vil denne kunne løses best ved samarbeid mellom personell med ulik kompetanse og kompetansen bør kunne beskrives som komplementær, dvs. at man utfyller hverandres kunnskap og ferdigheter. For å arbeide etter samme mål må gruppen ledes og man må kommunisere underveis. Rollen til det enkelte teammedlem avgjøres av dennes kompetanse og yrkesbakgrunn, de aktuelle oppgaver og behov. Ambulansepersonell og legevaksleger signaliserer stadig tydeligere at rollefordeling er en utfordring i klinisk arbeid i dag. Kompetansen hos ulike allmennleger og hos ulike

ambulansefagarbeidere er sprikende, verken en ambulansefagarbeider eller en allmennlege er ingen "standard størrelse". Når teammedlemmenes kompetanse er relativt ukjent blir det vanskelig å vite hvem som skal ha hvilken rolle.

Opplæring i teamtenking er lite vektlagt i dagens grunnutdanninger og også i videre og etterutdanninger for alle aktuelle yrkesgrupper.

Krav om trening i samhandling

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ("Akuttforskriften") beskriver i § 4 om samhandling et klart krav om at helsepersonellet utenfor sykehus skal ha trening i samhandling. I merknadene til forskriften utfylles dette med at det anbefales at helsepersonell deltar i relevant opplæring/kursvirksomhet og i akuttmedisinske team. Dette er etter arbeidsgruppen vurdering et unikt krav i helselovgivningen og har et utnyttet potensial.

Legens spesielle rolle

Da Helsepersonelloven kom i 1999 erstattet den Legeloven. De plikter og det ansvar som var lagt på lege, hjemlet i legeloven, ble endret. Hvert helsepersonell fikk beskrevet et personlig ansvar og premissene for samarbeid ble endret. I § 4 om forsvarlighet, ser vi imidlertid at legens spesielle rolle ikke er borte da lege ved samarbeid med annet personell fortsatt skal ta beslutninger om undersøkelse og medisinsk behandling av pasient.

Da Helsepersonelloven kom i 1999 erstattet den Legeloven. De plikter og det ansvar som var lagt på lege, hjemlet i legeloven, ble i større grad delt på flere typer helsepersonell. Hvert helsepersonell fikk beskrevet et personlig ansvar og premissene for samarbeid ble endret.

Samhandling ut fra pasientens behov

Av helsepersonelloven § 4 annet ledd, siste setning oppstilles det krav om at helsepersonell skal samarbeide og samhandle dersom pasientens behov tilsier dette.

5.4 Roller - kompetanse, plikter og ansvar

Godt samarbeid i helsetjenesten forutsetter altså avklaring i spørsmål om hvem som har kompetanse til å utføre ulike oppgaver, hvem som har hvilke rettigheter og ansvar i følge regelverket og hvordan det er hensiktsmessig å organisere seg. Ulik kompetanse gir ulike roller. Respekt for hverandres roller vil være viktig for opparbeidelse av tillit.

Ulik kompetanse; spiss og bred

Med spisskompetanse menes her den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta et nærmere avklart pasientproblem. Mange pasienter har imidlertid ikke en entydig og avklart problemstilling. Sammensatte og uavklarte lidelser krever at den som yter helsehjelp har breddekompetanse til å vurdere pasienten. Med breddekompetanse menes her den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta en pasient med en uavklart eller sammensatt problemstilling med et bred faglig perspektiv – enkelt sagt evnen til å vurdere helhet.

Pasientens kompetanse

Pasienten vet som oftest best hva som har skjedd, kjenner sin egen kropp og sykehistorie og skal høres vedrørende hva han eller hun vil ha hjelp med.

Ambulansetjenestens kompetanse

Ambulansetjenesten kan grovt sies å ha en helsefaglig spisskompetanse innen akuttmedisin og ambulansetjeneste der tiden er en kritisk faktor.

Hjerte/lungeredning, skadestedsarbeid, rask vurdering og eventuelt stabilisering av truede vitale funksjoner er eksempler på dette. Ambulansepersonell ser mange pasienttilfeller der tiden er en kritisk faktor. Ferdigheter og kompetanse til å arbeide raskt er et kjennetegn ved ambulansesfaglig arbeid.

Da ambulansesfagarbeidere ofte er hjemme hos pasienter og ute der befolkningen trenger øyeblikkelig helsehjelp, vil en kompetanse på sosiale forhold i en befolkning bygges opp.

Allmennlegenes kompetanse

Allmennlegenes styrke er den medisinske breddekompetansen og omfattende pasientkontakt. Med gjennomsnittlig 6250 pasientkontakter per år vil de få et bredt bilde av populasjonen. Ambulansepersonell har til sammenlikning gjennomsnittlig 204 kontakter per år. Et fokus på "hele pasienten" og "hele medisinen" forventes av allmennleger. Da fastlegene er de som henviser pasienter til sykehus, vil en anta at kunnskap om sykehusets funksjoner og riktig nivå for optimal behandling er kunnskap fastlegene besitter.

Nødmeldetjenestens kompetanse

Helsepersonell i AMK, sammen med sykehusets spesialister og legevaktsentraler har kompetanse til raskt å danne seg en oppfatning om hvor alvorlig et problem er, kategorisere dette og iverksette respons i form av utkalling av ressurser, rådgivning med mer. Personellet kjenner ressursene i sitt område og om ulike behandlingsmuligheter og funksjonsfordeling i de aktuelle nivåene: De kan ha samlet opplysninger om ulike ordninger i kommuner eller på sykehus, som kriseteam og hjemmesykepleie, katastrofeledelse eller forhold ved lufteambulansetjenesten. I tillegg vil personellet inneha en kompetanse på geografiske forhold, lokalt språk og kultur.

5.5 Kommunikasjon - ferdigheter og systemer

Når rollene er klare og hensiktsmessige ut fra den enkeltes kompetanse, er det nødvendig å kommunisere for å kunne jobbe sammen mot et felles mål. Kommunikasjonen kan skje muntlig, skriftlig eller visuelt når de som samarbeider har godt avklarte oppgaver og fordeling av disse.

Pasienters behov = Melding

Pasienten og pårørendes rett til å høres om sine behov er hjemlet i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Mottagere av disse behovsmeldingene er oftest fastlegekontor. De fleste meldingene vedrørende tidskritiske problemstillinger går imidlertid til nødmeldesentralene; LV-sentraler og AMK. Det har vært viktig å avklare for befolkningen hvilken rolle de forskjellige organisasjonene skal ha og dermed hvilket telefonnummer som er det rette ved en aktuell problemstilling.

Et felles, nasjonalt legevaktsnummer vil kunne være mer brukervennlig enn dagens ulike kommunale nummer, dette blir mer omtalt et annet sted i rapporten

Håndtering av melding

Både sentralbord på legekantor, LV-sentraler og AMK skal sørge for god forvaltning av hjelperessurser og kommunikasjon mellom disse når befolkningen søker øyeblikkelig hjelp. Det kan være en utfordring for legekantor å håndtere meldinger om alvorlig sykdom eller skade som burde gått til LV- sentral eller AMK. Gode løsninger for å kommunisere mellom legekantor og nødmeldesentralene er ofte mangelfulle.

Norsk medisinsk index for nødmeldetjenesten (Index) er det nasjonale verktøyet som benyttes i alle AMK og mange små og store LV-sentraler i dag. Index hjelper helsepersonell med oppslag om veiledning og råd til innringer, samt kan gi en hastegrad for oppdraget. Utviklingen av Index har stort sett foregått innen 2.linjetjenesten og man har fra i fagmiljøer innen legevaktsmedisin etterlyst et verktøy som er bedre tilpasset arbeidet i legevaktsentraler.

Hastegrader

I hht. Norsk medisinsk indeks skal alle tilstander med hastegrad akutt (rød respons) utløse varsling av både ambulanse og legevaktslege via helse-radionettet i et felles oppkall. Slik starter samhandlingen allerede ved oppkall på radio. Allerede her er teamfunksjoner som roller, kommunikasjon og ledelse en utfordring. AMK sentralen har siden 1990 hatt ansvar for å lede ambulansetjenestene ved å styre og koordinere ambulansetilbudet, mens legen ute i kommunen har et medisinsk pasientansvar og dermed lederansvar vedrørende pasientbehandlingen. Dette kan skape situasjoner der en er usikker på hvilken rolle de ulike aktørene har og uenighet kan oppstå om hvem som kan beslutte hva. Som et eksempel så kan pasientansvarlig lege og AMK fastsette ulik hastegrad i en situasjon.

Helseradio

Det er en utfordring å få tilfredsstillende tilgjengelighet i helseradionettet blant landets primærleger. En utbygging av digitalt nødnett håper man skal bedre dette.

De siste års utbygging av skriftlig elektronisk informasjon innad i 2.linjetjenesten, mellom AMK og ambulansetjenesten, gir en ytterligere utfordring for kommunikasjon med primærhelsetjenesten.

Skriftlig kommunikasjon

Kommunikasjon innad i behandlingsskjeden foregår også skriftlig. Fastlegene har egen elektronisk fastlegejournal eller legevaktsjournal. Ambulansetjenesten har egen ambulansjournal i papirform og i tillegg har LV- og AMK – sentraler har egne journalsystemer og sykehusene har sine. Disse kommuniserer ikke med hverandre og man er avhengig av gode muntlige overleveringer og hensiktsmessige nedtegnelser for videreformidling av pasientinformasjoner. Det er viktig at utviklingen for bedre skriftlig kommunikasjon foregår samordnet, med både første linjetjenestene og andrelinjetjenestene involvert slik at man kan oppnå et omforent verktøy. Muligheter for tilbakemeldinger til helsepersonell som har vært involvert i behandling er viktig for personellens faglige- og egenutvikling.

5.6 Ledelse

Når flere jobber sammen må en være enige om målet med innsatsen. Felles mål vil gi retning på arbeidet og klargjøre hva som må til for å nå målet. I uklare situasjoner er det sterkt behov for ledelse, en som kan ta beslutninger og finne veien, sammen med eller på vegne av pasienten.

Teamleder

Både rapporten "Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Norge" og "Lokalsykehusrapporten" definerer vakthavende legevaktslege som teamleder i det lokale akuttmedisinske teamet. I "Forslag til ny Håndbok for redningstjenestene" er legevaktslegens funksjon leder for annet helsepersonell, som Fagleder helse. Legens ansvar som beslutningstager i spørsmål vedrørende undersøkelse og behandling gjør dette naturlig.

Helsefaglig ledelse ved katastrofer

Det er vanlig å bruke betegnelsen katastrofe om hendelser som krever innsatspersonell og utstyr utover det som trengs i normal beredskap.. Både kommunehelsetjenesten og Helseforetakene har forskriftsfestet krav om oppdatert planverk for dette.

Et prinsipp i katastrofehåndtering er at man tilstreber lik organisering da som ved mindre hendelser. Derfor er lege den medisinske faglig leder ved katastrofer, med betegnelsen Fagleder Helse. I forslag til "Håndbok for redningstjenesten" er legevaktslege oppført som Fagleder Helse.

Operativ leder Helse er ambulansepersonell som arbeider tett med Fagleder Helse. De har ulik kompetanse og ansvarsområder og begge bør derfor ha tett kontakt med Skadestedsleder og de andre faglederne i en eventuell Skadestedsleders kommandoplass (SKLKO).

Begge funksjoner er sjelden i bruk og forutsetter regelmessig øvelse av legevaktsleger og ambulansepersonell.

Et annet viktig prinsipp er at nabokommuner og helseforetak har plikt til å hjelpe hverandre.. Regelmessige samvirkeøvelser er derfor påkrevet. Forslaget til "Håndbok for redningstjenesten" slår fast politiets ansvar med hensyn til felles øvelser: " En vesentlig del av samvirketreningen mellom de forskjellige etater og organisasjoner må foregå gjennom felles opplæring og øvelser som den kollektive redningsledelsen i den lokale redningssentralen (LRS) tar initiativet til."

Beslutninger

For å få et best mulig beslutningsgrunnlag tror vi det er viktig å involvere de som samarbeider og dra nytte av alles perspektiver og ulike kompetanse. Når tiden tillater det, vil en beslutningsmodell med "shared decision making" ha fordelen ved at teamets samlede kunnskap ligger til grunn, og de enkelte teammedlemmer vil kunne oppleve økt eierskap og dermed lojalitet til beslutningen. Ved uenighet er det allikevel legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål vedrørende undersøkelse og behandling, jamfør

Helsepersonell loven. (Sitat her) Når sekundene teller kan en mer autoritær modell fungere bedre.

Videre er det en utfordring at prosedyrer og retningslinjer styrer beslutninger og handling i økende grad i ambulansetjenesten, mens det ikke er den samme prosedyrekulturen i primærhelsetjenesten. Allmennmedisinen forsøker å utvikle og arbeide etter en individuell tilnærming til pasientene, der handlingsplaner spiller mindre rolle. Klare prosedyrer kan spare teamet tid når denne er en kritisk faktor, mens den individuelle tilnærmingen kan oppnå en mer tilpasset behandling når tiden ikke er en kritisk faktor. Dette gir samarbeids- utfordringer, men representerer et stort potensial for læring for representanter fra begge kulturer.

6 Etikk i akuttmedisinske tjenester

De nasjonale krav til helsetjenesten er å yte kvalitative gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og personlig økonomi gjelder selvsagt også i de akuttmedisinske tjenester.

Helsepersonells etiske holdninger avspeiler i utgangspunkt de holdninger som finnes i befolkningen generelt. Den enkelte ansatte må ha rett til å ha sin egen private etiske oppfatning. I profesjonell sammenheng er imidlertid eksponering av etikk en del av yrkesutøvelsen. Etikk og holdninger er da også tema i all opplæring av helsepersonell. I og med at etikk, holdninger og praksis henger tett sammen og at etikk og holdninger utvikles sosialt i et arbeidsmiljø må det stilles forventninger om bevisstgjøring både til arbeidsmiljøets og den enkelte helsearbeiders praktisering.

Den første forutsetning for å oppfylle etiske normer er at alle ansatte i helsetjenesten bevisstgjøres krav til profesjonell etisk framferd overfor alle grupper av pasienter og medarbeidere. Den neste forutsetning er alt personell, men ledere spesielt tar sitt ansvar som rollemodeller og holdningsspredere på alvor. Ledere, både formelle og uformelle har et særskilt ansvar for å opptre aktivt som gode holdningsspredere. I denne sammenheng er det grunn til å fokusere på det "interne språket" i avdelingene. Det er ikke uvanlig at man benytter et mindre respektfullt internt språk for å avlaste frustrasjon i en arbeidssituasjon. Denne teknikken antas å være direkte kontraproduktiv for utvikling av gode holdninger og er særlig betenkelig fordi den gir mindre erfarne yrkesutøvere doble signaler om hvilke holdninger som gjelder i avdelingen.

Rasisme

Måten vi forholder oss til fremmedkulturelle virker dette ofte som et kikkhull til å se hvorledes vi behandler ulike grupper innen vår egen kultur.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte en rundspørring til utvalgte sykehus, pasientombud og helsetilsyn høsten 2007 for å kartlegge tilfeller av diskriminering av fremmedkulturelle.

Resultatet viser at det var få rapporterte tilfeller. De tilfellene man fant var bygget på misforståelser. Fremmedkulturelle som fikk avslag på anmodninger trodde at avslaget hadde sammenheng med at de var innvandrere. Da de fikk begrunnet avslaget og forsto at de ble behandlet som alle andre pasienter, også norske trakk de klagen.

Tiltakene arbeidsgruppen kan peke på for å unngå rasistiske holdninger er styrking av det generelle holdningsarbeidet for å sikre likeverdig behandling av alle pasientgrupper.

Det finnes vanskelige pasienter

Pasientene representerer også mangfoldet i befolkningen. Helsearbeidere kan oppleve provokasjoner av både psykisk, verbal og fysisk art. Det er et arbeidsgiver/lederansvar å etablere standarder for akseptabel reaksjon på provokasjoner. Rollespill, "standardiserte svar" til bruk ved for eksempel AMK – sentral /kjørekontor og klare retningslinjer er tiltak som bør vurderes. Det antas at slike tiltak vil være normgivende for både pasienter og helsearbeidere.

Likebehandling og respekt må være en ufravikelig standard i møte med pasientene. Det må likevel aksepteres at den enkelte har sin toleransegrense for provokasjoner. En av mekanismene ved utvikling av uprofesjonelle holdninger i en avdeling er negativ holdningsspredning som følge av provokasjoner. Igjen er det både et individuelt ansvar og et lederansvar at situasjoner med provokasjoner ikke får lede til fri utagering i arbeidsmiljøet og kollektiv utvikling av stigmatisering av pasientgrupper. Det er derfor viktig at man har på plass HMS – tilbud som avdekker holdningsslitasje både hos enkelt ansatt og i arbeidsmiljøet generelt.

Helsetjenestene må ta inn over seg at eksponering av uakseptable holdninger blant ansatte ofte er en direkte følge av de påkjenningene helsetjenesten har utsatt de ansatte for. Det bør derfor forventes at det finnes system av tiltak for å bearbeide provoserende hendelser og det bør finnes systematiske tiltak for å hjelpe ansatte som har passert sin toleransegrense til annen mer skjermet aktivitet. Dette må også tas hensyn til når man planlegger den enkelte yrkesgruppes karrierestige.

7 Fremtidige utfordringer for de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

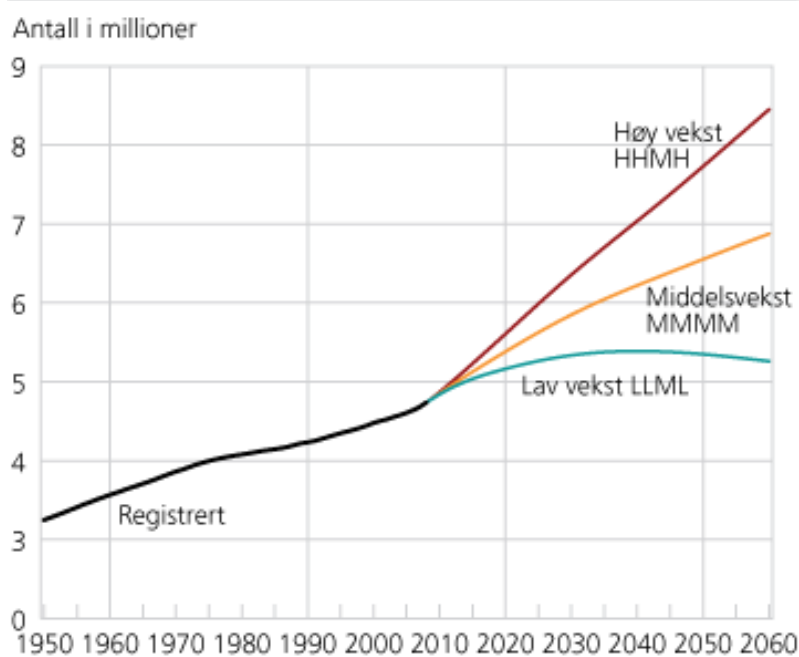
I dette kapitlet har arbeidsgruppen pekt på og diskutert forhold som vurderes å påvirke innholdet i, og omfanget av, det akuttmedisinske tjenestetilbudet utenfor sykehus.

7.1 Demografisk utvikling

Fakta

Statistisk sentralbyrås (SSB) framskrivinger av folketallet i Norge viser en sannsynlig befolkningsvekst fra 4,7 millioner i 2008 til rundt 6,9 millioner i 2060 (middelvekst). Netto innvandring og økt levealder er de to viktigste faktorene for denne befolkningsveksten.

Folkemengden 1950-2060



2008 © Statistisk sentralbyrå

De siste årene har det vært en betydelig innvandring til Norge, særlig fra EU, EØS og EFTA-land som lett har adgang til det norske arbeidsmarkedet. SSB vurderer det som sannsynlig at denne innvandringen vil fortsette i årene som kommer.

Nordmenns levealder øker. I 2007 var forventet levealder i Norge ca. 78 år for menn og ca. 83 år for kvinner. I følge SSBs fremskrivninger vil levealderen i 2060 være ca. 86 år (84,0 - 87,9 år) for menn, og ca. 90 år (87,7 - 92,7) for kvinner. Antall personer over 67 år, vil trolig øke fra 614 000 i 2008 til om lag 1,6 millioner i 2060.

Arbeidsgruppens vurdering

Basert på de prognoser som foreligger for den demografiske utvikling i Norge, er det grunn til å anta at vi får en betydelig befolkningsøkning i Norge med stadig større andel av eldre og personer med annen etnisk bakgrunn. Økningen i antall eldre vil innebære en betydelig økning i behovet for både elektive og akutte helsetjenester.

Behovet for akuttbehandling for denne pasientgruppen vil i stor grad være knyttet akutt forverring av kroniske sykdomstilstander. Pasientgruppen vil også ha flere samtidige sykdommer, noe som vil innebære mer sammensatte sykdomsbilder.

Det kan også være grunn til å merke seg at selv ved økende gjennomsnittlig levealder vil de mest omfattende behovene for pleie- og omsorgstjenester være knyttet til de siste leveårene. Dette betyr at økende levealder jevnt over også betyr en økt mengde "friske" leveår. Men i disse "friske" leveårene foreligger det mulighet for akutte sykdommer som vil kunne kreve innsats fra helsetjenesten.

Det er således grunn til å anta at økt levealder vil medføre en mer markert økning i behovet for akutte tjenester enn i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Dette vil sannsynligvis også forsterkes ved at kommende generasjoner eldre vil ha langt større krav til tjenestetilbudet ved akutt oppstått sykdom enn det vi har vært vant til fram til nå. Økte muligheter for intervensjon i akutte sykdomsforløp med høyspesialiserte behandlingsformer vil også prege denne utviklingen. For eksempel når det gjelder muligheter ved, og forventninger til, behandling i akuttfasen ved ulike former for hjerneslag.

Utfordringene for helsetjenesten vil være flere. For sykehusene og ambulansetjenesten vil utviklingen særlig innebære utfordringer ift. behandlingsskapitet. Det vil derfor være av stor betydning at primærhelsetjenesten i større grad enn i dag kan diagnostisere og behandle pasienter utenfor sykehus. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å understøtte primærhelsetjenesten i dette arbeidet. Med dette menes særlig at spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse og veiledning av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Videre at man gjennom å øke kapasiteten på polikliniske behandlingstilbud, etablere ambulante team og observasjonssenger i distriktsmedisinske sentra eller andre intermediærenheter, kan unngå øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus.

Innleggelse i sykehus innebærer for de fleste pasienter en helsegevinst ved at de får nødvendig diagnostikk og behandling. Samtidig er det grunn til å være klar over at det for enkelte pasienter, og særlig eldre pasienter og pasienter med langtkommet kronisk sykdom, innebærer en betydelig belastning å bli innlagt i sykehus. Forutsatt at det er mulig å yte forsvarlig diagnostikk og behandling utenfor sykehus, vil denne pasientgruppen derfor kunne profitere på behandlingstilbud utenfor sykehus.

7.2 Epidemiologisk utvikling

Norge mangler på flere områder nasjonale register for ulike sykdoms- og skadetilstander. Slike registre kan i tillegg til prevalens for ulike sykdoms- og skadetilstander, også gi viktige mål på effekt av ulike behandlingstiltak, hvilken samlet belastning ulike pasientgrupper utgjør for helsetjenesten og mulighet for å

planlegge fremtidig behandlingstilbud og behandlingsskapasitet. I mangel av slike data har arbeidsgruppen på bakgrunn av data fra bl.a. dødsårsaksregisteret og andre relevante kilder, diskutert hvordan noen aktuelle diagnosegrupper vil kunne påvirke det fremtidige behandlingstilbehovet og ressursbruken i de prehospitale tjenestene.

7.2.1 Hjerte/karsykdommer

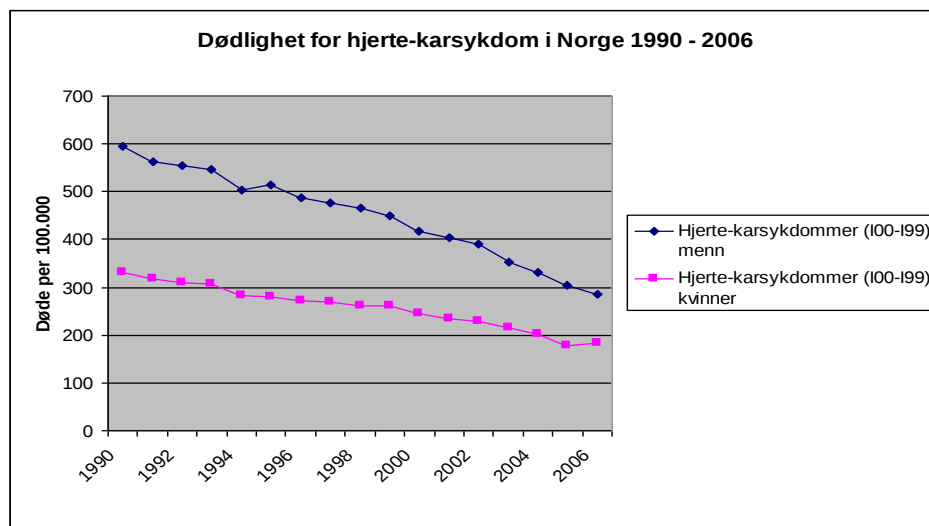
Fakta

I 2006 var hjerte- og karsykdommer den hyppigste dødsårsak i Norge med 286 og 182 dødsfall per 100.000 innbyggere for hhv. menn og kvinner. Det foreligger per i dag ikke noe nasjonalt register som kan si noe om forekomsten av hjerte- og karsykdommer i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid foreslått opprettelse av et slikt register i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

(Kilde: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2009/foreslar-nasjonalt-register-over-hjerte-.html?id=546401>)

Siden 1970-tallet har det vært en markant nedgang i antall dødsfall som følge av hjerte-karsykdommer i Norge. Livsstilsendringer som redusert røyking, endret kosthold, forebyggende behandling med blodtrykks – og kolesterolsenkende legemidler, samt bedret behandlingstilbud for de som har blitt syke, anses som de viktigste årsaker til denne nedgangen i dødelighet.

Nedgangen i antall dødsfall som følge av hjerte-karsykdommer synes i hovedsak å fortsette, men med enkelte unntak. Ett av disse er aldersgruppen 45-64 år hvor man de senere år har registrert en avflating i denne positive utviklingen. Overvekt og fedme, lav fysisk aktivitet og type 2 diabetes anses som mulige årsaker til dette.



Kilde: www.norgeshelsa.no

Arbeidsgruppens vurdering

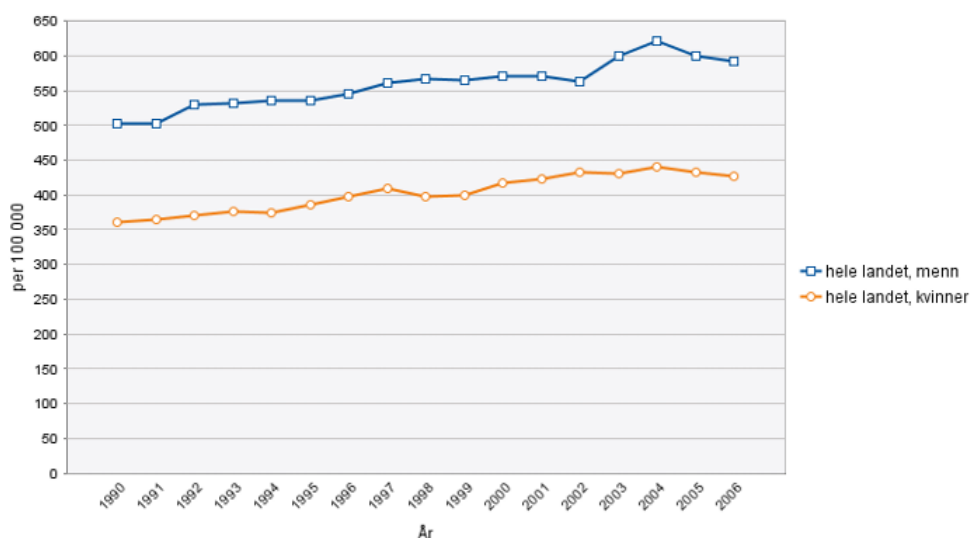
Manglende statistikk for antall nye tilfeller av hjerte- og karsykdommer gjør det vanskelig å vurdere den fremtidige utviklingen på dette området. Ut fra en

vurdering av den demografiske utviklingen i Norge og samtidig økende tendens til livsstilssykdommer som overvekt og type 2-diabetes, anser arbeidsgruppen det som sannsynlig at reduksjonen i forekomsten av hjerte- og karsykdommer, men også antall dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer, vil flate ut eller stige noe for de eldre pasientpopulasjonene. Sett hen til den sentrale rolle ambulanse- og nødmeldetjenesten har i forhold til å yte akutte helsetjenester til disse pasientene, vil det være viktig å sikre at disse tjenestene både har nødvendig kompetanse og ressurser til å håndtere en slik utvikling.

7.2.2 Kreft

Fakta

Kreft var i 2006 den nest hyppigste dødsårsak i Norge med 250 og 166 dødsfall per 100.000 innbyggere for hhv. menn og kvinner. I motsetning til for hjerte- og karsykdommer finnes det på dette området et nasjonalt register, Kreftregisteret. Tall fra Kreftregisteret viser en stabil økning i antall nye kreftdiagnoser hvert år i Norge. Den generelle aldringen i befolkningen vurderes å være en viktig årsak til dette. Det er forventet at antall krefttilfeller i Norge frem til år 2020 vil øke med ca. 40 % (42 % for menn, 36 % for kvinner). (Kilde: <http://wo.uio.no/as/WebObjects/nettlogg.woa/1/wa/melding?id=16110&logg=902>) Samtidig overlever stadig flere kreftsykdom som følge av bedre kirurgisk behandling og mer moderne cellegiftbehandling, strålebehandling og hormonbehandling.



Figur 1. Kreft, nye tilfeller, per 100 000 innbyggere. 1990-2006

Kilde: www.norgesshelsa.no

Arbeidsgruppens vurdering:

Økende forekomst av kreft bidrar til økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester både på 2. og 3. linje nivå (høyspesialiserte tjenester). Utviklingen vil i noen grad kunne påvirke etterspørselen etter ambulansetjenester, men trolig ikke innholdet i disse. Det er et potensial for å bedre behandlingstilbudet utenfor sykehus til denne pasientgruppen, også i terminalfasen. Det er lite sannsynlig at de prehospitale tjenestene vil ha noen sentral rolle i dette, men det er likevel viktig

at det etableres behandlingstilbud for å redusere behovet for sykehusinnleggelser og derfor også ambulansetransport til/fra sykehus.

7.2.3 Lungesykdommer

Fakta

Nest etter hjerte- og karsykdommer og kreft er lungesykdommer den hyppigste dødsårsak i Norge. Antall dødsfall var i 2006, 84 og 51 dødsfall per 100.000 innbyggere for hhv. menn og kvinner. Mer enn 50 % av disse (hhv 43 og 19 dødsfall/100.000) skyldes KOLS, emfysem, astma eller kronisk bronkitt.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 – 2011, lagt til grunn at mer enn 200.000 nordmenn lider av KOLS. Forekomsten av KOLS er høyest i aldersgruppen 60 – 74 år. Over 90 % av de som har KOLS har en mild eller moderat sykdom. KOLS den hyppigste årsak til sykehusinnleggelse blant voksne på grunn av sykdom respirasjonsorganene, med ca. 360 innleggelser per år per 100.000 innbyggere. Dette innebærer ca. 17.000 sykehusinnleggelser årlig som følge av KOLS.

(Kilde:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Nasjonal-strategi-for-KOLS-området-2006-.html?id=430087)

Arbeidsgruppens vurdering

Den forventede befolkningsøkningen og alderssammensetningen gjør at antallet sykehusinnleggelser som følge av KOLS, emfysem, astma eller kronisk bronkitt vil kunne øke dramatisk. Det foreligger et betydelig potensial for å behandle flere pasienter utenfor sykehus. De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus kan bidra til dette gjennom økt samarbeid med fastleger/legevaksleger og spesialister i sykehus, og gjennom innføring av forbedrede tilbud når det gjelder diagnostikk og behandling.

7.2.4 Diabetes

Fakta

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) ble det i 2006 registrert 17 og 11 dødsfall som følge av diabetes per 100.000 innbyggere for hhv. menn og kvinner. Forekomsten av diabetes er økende og må trolig sees i sammenheng med en sterk økning blant enkelte grupper innvandrere.

Fra 1989 til 2003 har antallet barn og unge som har fått diabetes type 1 økt med omlag 30 prosent i Norge. Norge er blant landene i verden som har høyest forekomst av denne typen diabetes. Sykdommen kan oppstå i alle aldre, og er en av de vanligste kroniske sykdommene blant barn.

Alder, overvekt, fysisk inaktivitet og arvelig disposisjon er de viktigste risikofaktorene for utvikling av diabetes type 2. Folkehelseinstituttet antyder at 90-120 000 innbyggere i Norge har kjent diabetes og at nesten like mange har ukjent diabetes. Ved type-2 er det ikke alltid symptomer til stede noe som ofte medfører at sykdommen først blir oppdaget ved komplikasjoner og følgesykdommer som for eksempel hjerteinfarkt.

Arbeidsgruppens vurdering

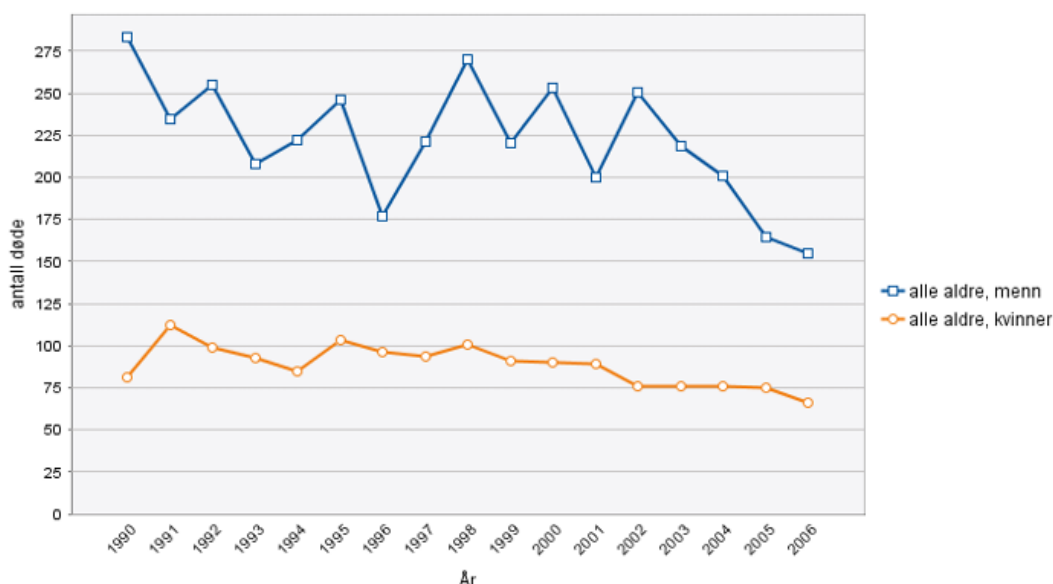
Økningen av pasienter med diabetes type 1 vil trolig få konsekvenser for antall utrykninger til pasienter med hypo- eller hyperglykemi og stille krav til at ambulansepersonellet både har utstyr og kompetanse til å behandle dette. Økningen av pasienter med diabetes type 2 vil trolig ikke få direkte konsekvenser for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus direkte, men vil sannsynligvis få konsekvenser for forekomsten av komplikasjoner og følgesykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdommer.

7.2.5 Trafikkulykker

Fakta

Forekomsten av dødsfall etter trafikkulykker var i 2006, 10 per 100.000. Antallet som dør etter trafikkulykker er synkende og har jevnt over avtatt helt siden 1970.

Antall døde i trafikkulykker



Kilde: www.norgesghelsa.no

Det foreligger per i dag ikke pålitelig statistikk for antall trafikkulykker med personskaade. Basert på opplysninger fra politiet registreres det antall ulykker, antall skadde og drepte etter trafikkulykker i Norge. Antall registrerte trafikkulykker har gjennom de siste fire år vært relativt stabilt (8425 – 7900). Det samme gjelder antall skadde (12121 – 11214). Foreløpige tall for 2008 indikerer en reduksjon av antall skadde etter trafikkulykker til mellom 10.500 og 11.000. Fra 2009 vil det bli etablert et nasjonalt skaderegister som vil kunne gi mer pålitelige data om dette.

Arbeidsgruppens vurdering

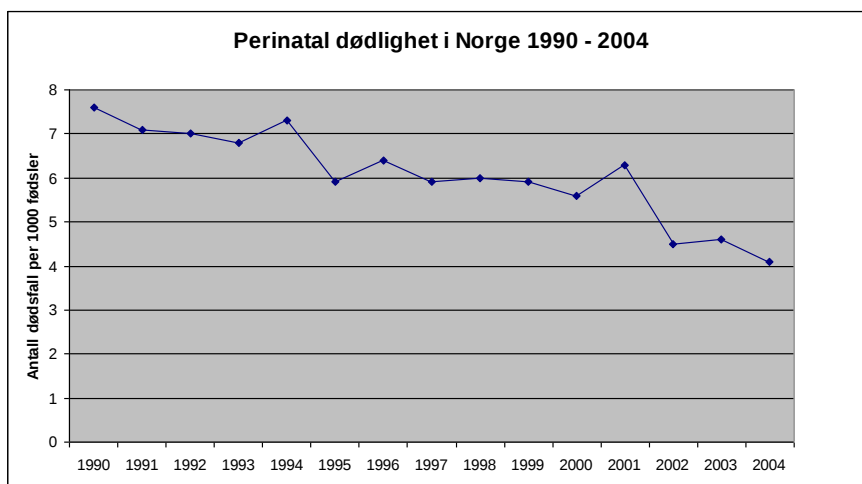
Registrerte antall trafikkulykker og skadde har vært stabilt de senere år. Samtidig registreres det en viss tilbakegang av antall døde etter trafikkulykker. Datamaterialet gir ingen indikasjon på økt behov for ambulanseressurser i forhold til håndtering av trafikkulykker. Tilgjengelig statistikk gir ikke svar på om bedret behandlingstilbud til skadde kan forklare økt overlevelse etter

trafikkulykker. Arbeidsgruppen anser det imidlertid som sikkert at dette er en medvirkende faktor. De prehospitale akuttmedisinske tjenestene bør derfor betraktes som en vesentlig del av samfunnets totale trafikksikkerhetsarbeid jf. den såkalte "Nullvisjonen" som er formulert i Nasjonal handlingsplan for trafikksikkerhet på veg 2006 – 2009.

7.2.6 Fødsler

Fakta

Økt levealder i Norge er et resultat av mange faktorer. En av disse er reduksjonen i antall perinatale dødsfall som følge av en effektiv fødselsomsorg.



Arbeidsgruppens vurdering

Sentralisering av fødetilbud vil kunne medføre økt transportbehov for fødende i ambulanse. Arbeidsgruppen ser det som svært viktig at en slik sentralisering ikke bidrar til redusert kvalitet i fødselsomsorgen og mener det vil være viktig å sikre nødvendig kompetanse ved transport av fødende. I den sammenheng må det vurderes å etablere beredskap med jordmor som kan fungere som ledsager under lengre ambulansetransporter. Det vises i den sammenheng også til arbeidsgruppens vurderinger om jordmortjenesten

7.3 Spesialisering, sentralisering og funksjonsfordeling mellom sykehus

Sentralisering og funksjonsfordeling mellom sykehus er dels faglig begrunnet ved at dette trolig bidrar til kvalitetsøkning gjennom å øke den enkelte leges erfaringsgrunnlag (forholdet mellom volum og kvalitet), samt at sentralisering og oppbygging av slike fagmiljøer gjør det lettere å rekruttere spesialister.

Men på en annen side kan funksjonsfordeling i seg selv være en faktor som gjør det vanskelig for lokalsykehusene å rekruttere fagfolk. Sykehusene mister funksjoner som anses som faglig utfordrende å jobbe med og arbeidsplassene oppleves som utrygge. Noe som medfører at nyutdannede spesialister kvier seg for å satse på en karriere på lokalsykehusene. Dette og risiko for hard vaktbelastning og sårbare små fagmiljøer er store utfordringer for spesialisthelsetjenesten i distriktene.

Funksjonsdeling skjer i de fleste deler av landet. Eksempler på dette er:

- Hovedstadsregionen, hvor det som ledd i den pågående hovedstadsprosessen vurderes å etablere ett felles akuttsykehus for kirurgi i hovedstadsområdet
- Sykehus Innlandet, hvor det gjennom flere år har vært en funksjonsdeling av ortopedi og gastrokirurgi mellom sykehusene i Elverum og Hamar.
- Helse Finnmark, hvor den ortopediske vaktberedskapen i helgene er sentralisert til Hammerfest sykehus, og hvor det psykiatriske sykehusstilbudet er lokalisert i Tromsø.

Funksjonsdeling mellom sykehus og sentralisering av behandlingstilbud innebærer gjennomgående økt ambulansetransport av pasienter. Lengre transporttid til sykehus kan ha negative konsekvenser for pasienten ved at tiden fra sykdomsdebut til behandlingsstart økes. Samtidig vil pasienten ved flere akuttmedisinske sykdoms- og skadetilstander kunne få et kvalitativt bedre og mer spesialisert behandlingstilbud i disse sykehusene. Behandling av pasienter med alvorlige skader ved egne traumesentra og sentralisert PCI behandling av akutt hjerteinfarkt, er eksempler på dette.

Uavhengig av det intrahospitale behandlingstilbudet innebærer funksjonsdeling og spesialisering av sykehus økt behov for ambulansetjenester. Økt transporttid til sykehus vil i noen tilfeller innebære at ambulansen vil være lengre borte fra sitt primærområde. Dette har betydning for den lokale akuttmedisinske beredskap, og vil i noen tilfeller innebære behov for styrkning av lokale ambulanseressursene. Arbeidsgruppen anser det som viktig at disse momentene inngår i de samfunnsøkonomiske kost - nytte vurderinger som må danne grunnlag for fremtidige beslutninger om funksjonsdeling og spesialisering av sykehus.

Økt transporttid til sykehus vil innebære faglige utfordringer for ambulansepersonell ved at de må observere og behandle pasienter med alvorlig- og i noen tilfeller livstruende sykdoms- og skadetilstander, over lengre tid. Funksjonsdeling og spesialisering av sykehusenes akuttfunksjoner innebærer at ambulansepersonell på en annen måte enn tidligere, enten alene, eller i samråd med lege/AMK må ta stilling hvilket sykehus pasienten skal bringes til. Arbeidsgruppen anser det som viktig at disse forhold inngår i de vurderinger som gjøres om kompetansekrav til ambulansepersonell

Arbeidsgruppen finner i den sammenheng også å peke på at ambulansepersonell og AMK operatører i stadig økende grad utøver en funksjon som koordineringsorgan ved at de med bakgrunn i helseforetakets rutiner er gitt myndighet til å beslutte hvor pasienter skal bringes.

7.4 Etablering av nye behandlingstilbud

Prehospital trombolyse og akutt PCI er to eksempler på moderne behandlingsmetoder som gir økt overlevelse og redusert morbiditet hos

pasienter med akutt hjerteinfarkt. Innføringen av slike behandlingstilbud har samtidig betydelige konsekvenser for de prehospitale tjenestene.

Prehospital trombolyse ved hjerteinfarkt

Intravenøs trombolyse eller behandling med blodproppopløsende legemidler har lenge vært standardbehandling av pasienter med hjerteinfarkt. Behandling gjenoppretter normal blodtilførsel til hjertemuskulaturen hos cirka halvparten av pasientene. Behandlingseffekten er relatert til den tid som forløper fra symptomdebut til behandling iverksettes. I løpet av de senere år er trombolyse innført som et prehospitalt behandlingstilbud flere steder i landet.

Innføringen av prehospital trombolyse som behandlingstilbud ved akutt hjerteinfarkt er for det første basert på at personell i AMK- og legevaktsentral som mottar henvendelser fra pasienter med infarktsuspekterte symptomer, har kompetanse til å identifisere slike symptomer og prioriterer rask utrykning med ambulanse og/eller legevaktslege.

Prehospital trombolyse fordrer for det første at personell i AMK- og legevaktsentral som mottar henvendelser fra pasienter med infarktsuspekterte symptomer, har kompetanse til å identifisere slike symptomer og prioriterer rask utrykning med ambulanse og/eller legevaktslege.

Prehospital trombolytisk behandling fordrer også at ambulanspersonell har nødvendige kunnskaper og ferdigheter om opptak og sending av EKG, kommunikasjon med lege om indikasjon, klargjøring og administrering av legemidler, samt etablering av intravenøs tilgang (veneflon). Videre beredskap for å identifisere og behandle alvorlige bivirkninger som for eksempel akutte blødningstilstander, herunder hjerneblødning og alvorlige forstyrrelser. Disse forhold innebærer at det må stilles konkrete kompetansekrav til det ambulanspersonell som skal yte slik behandling.

Akutt PCI

Alternativet (eller supplementet) til trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt, er mekanisk åpning av de tilstoppede blodårene i hjertet, såkalt PCI (perkutan coronar intervensjon). I motsetning til trombolyse kan ikke PCI gjøres utenfor sykehus. Flere studier har vist at PCI sammenlignet med trombolytisk behandling gir lavere dødelighet, færre reinfarkt og færre hjerneslagtilfeller. Viktige forutsetninger for en slik helsegevinst er at tiden fra symptomdebut til behandling iverksettes, er begrenset og at behandlingen blir utført ved PCI-senter med erfarne operatører. I Helse Sør-Øst er dette behandlingstilbudet sentralisert til UUS/RH i Oslo. Tilsvarende er behandlingstilbudet sentralisert til hhv. UNN i Helse Nord, St. Olavs hospital i Helse Midt, SUS og Haukeland universitetssykehus i Helse Vest.

Arbeidsgruppen anser at implementering av PCI som behandlingstilbud innebærer økt behov for ambulansetjenester. Sammenhold med den geografi vi har i Norge og det relativt begrensede tidsvindu som gjelder for PCI-behandling, vil etablering av PCI som standard behandlingstilbud ved akutt hjerteinfarkt, trolig gi økt bruk av luftambulansetjenester.

Trombolyse ved hjerneinfarkt

I de senere år har man på samme måte som for pasienter med akutt hjerteinfarkt også etablert et behandlingstilbud med trombolytisk behandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt. I motsetning til behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt kan slik behandling ikke gis prehospitalt. Pasienter med akutte symptomer på hjerneslag, dvs. både pasienter med hjerneinfarkt og hjerneblødninger, må transporteres til sykehus for røntgenundersøkelse av hodet (CT-caput). På bakgrunn av røntgenbildene kan man sikkert skille de pasientene som har hjerneblødning fra de med hjerneinfarkt. Behandlingen forutsetter rask transport av pasienten etter symptomdebut, til sykehus som kan utføre og tolke CT bilder. For ambulansetjenesten innebærer behandlingstilbudet et økt antall haste/akuttoppdrag av pasienter som skal bringes til kvalifisert sykehus. For nødmeldetjenesten innebærer dette på samme måte som for pasienter med hjerteinfarkt, at personell ved AMK-og legevaktsentraler raskt identifiserer mulige symptomer på hjerneslag og iverksetter rask utrykning med bil, båt eller luftambulanse.

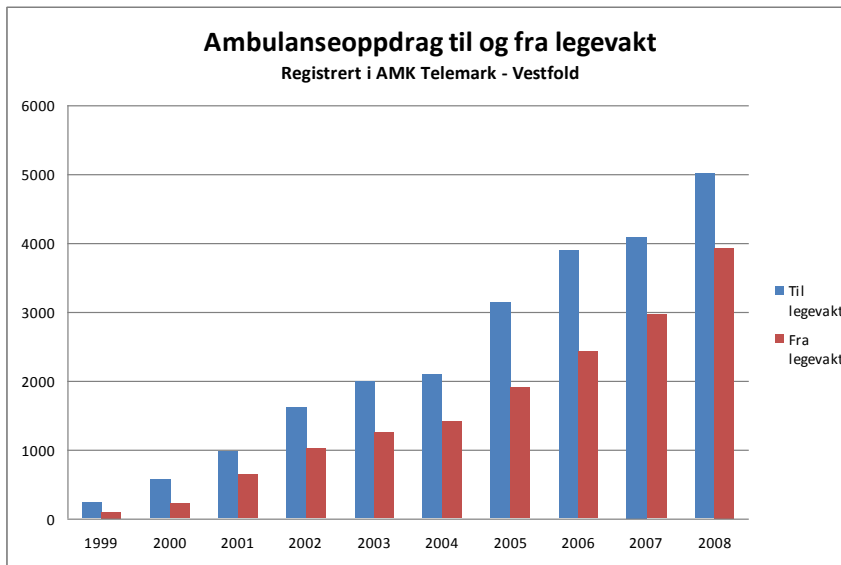
Arbeidsgruppen anser det som sannsynlig at det vil bli utviklet flere nye behandlingsmetoder i og utenfor sykehus som kan øke overlevelse og redusere varige skader ved andre akutte sykdoms- eller skadetilstander. Hvilke konsekvenser implementering av slike behandlingstiltak har for de prehospitale tjenestene må inngå i de kost - nytte vurderinger og risikovurderinger som gjøres forut for implementeringen av slike behandlingstilbud. Implementering av nye behandlingstilbud vil som hovedregel få konsekvenser for de kompetansekrav som skal stilles til ambulansepersonell, kreve økt fokus på kompetanseutvikling, samt nøye monitorering av de ressursmessige konsekvenser dette får for ambulansetjenesten.

7.5 Endret organisering av kommunal legevakt

Som tidligere nevnt har det i løpet av de senere år har det vært en økt etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid, etablering av stasjonære legevaktslokaler og reduksjon i antall legevaktsbesøk.

Fra ambulansetjenesten er det rapportert at denne utviklingen har bidratt til en betydelig økning i antall oppdrag hvor ambulanse blir brukt for å bringe pasienter med akutt sykdom eller skade til legevakt. Ambulansepersonell erfarer også at de stadig oftere blir bedt om reise ut til pasienter for å vurdere deres behov for helsehjelp.

Tall fra ambulansetjenesten i Vestfold og Telemark for perioden 1999 – 2008 viser en mangedobling av ambulanseoppdrag til og fra legevakt. I 2008 ble det registrert i alt 8955 ambulanseoppdrag til og fra legevakt i Vestfold og Telemark, noe som utgjør mer enn 21 % av det totale antall ambulanseoppdrag.

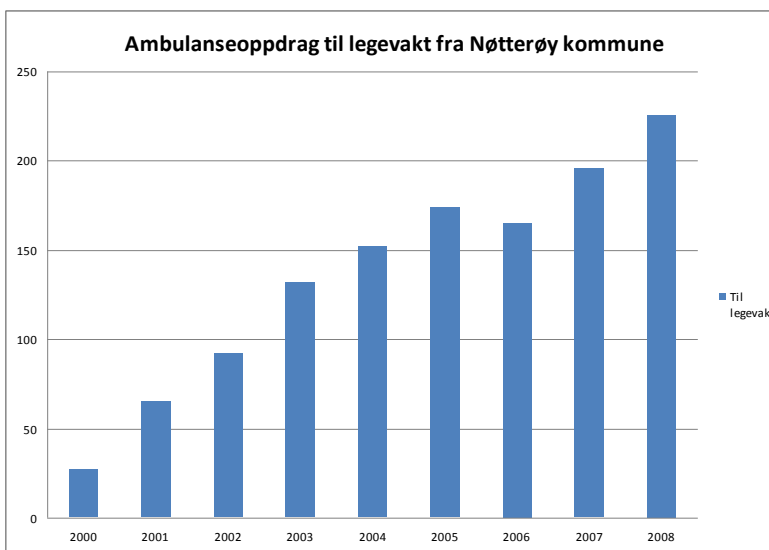


Kilde: AMK Vestfold og Telemark

Økningen kan forklares med ulike organisatoriske endringer i AMK-området og statestikkgrunnlaget:

- Sammenslåing av AMK- Vestfold og Telemark i april 2005 gir annet statistikkgrunnlag.
- Nedleggelse av akuttmottaket ved Sandefjord og Larvik sykehus i hhv. 2001 og 2008 har trolig påvirket bruken av legevakt i disse byene.
- Flytting av Tønsberg legevakt fra sykehusets akuttmottak i 2007 har bidratt til en økning av antall transporter fra legevakt til sykehus på ca. 700 oppdrag per år.

Uavhengig av disse organisatoriske endringene er det klart at det foreligger en betydelig økning i antallet ambulanseoppdrag som ikke kan forklares ut fra andre faktorer enn endret praksis ved legevaktene. Dette kan bl.a. illustreres med tall fra Nøtterøy kommune som viser at det fra 2000 til 2008 var en økning i ambulanseoppdrag til legevakt fra 27 til 225.



Kilde: AMK Vestfold og Telemark

Arbeidsgruppens vurdering:

Bedrede diagnostiske muligheter, bistand fra annet helsepersonell og økt tilgjengelighet for større deler av befolkningen, er viktige argumenter for at pasienter bør undersøkes i stasjonære legevaktslokaler istedenfor ved sykebesøk av lege. Å bli brakt til legevakt i ambulanse vil likevel kunne være en betydelig belastning for enkelte pasienter, for eksempel eldre pasienter, pasienter med alvorlig kronisk sykdom og pasienter med psykisk sykdom. Ved rød respons vil det også være viktig at lege kan rykke ut sammen med ambulanspersonell. Dette tilsier at kommunene må sørge for at legevaktslegen kan rykke ut til pasient ved behov.

Tallmaterialet viser med all tydelighet at organisering og lokalisering av legevakt påvirker oppdragsfrekvensen i ambulansetjenesten. Det blir således viktig at slike forhold blir tatt hensyn til ved planlegging og dimensjoner av ambulansetjenester.

Arbeidsgruppen har ikke kunnet fremskaffe tallmateriale som dokumenterer bruk av ambulanspersonell til å vurdere pasienters behov for helsehjelp. Utvalget anser at ambulanspersonell, er kvalifisert til å yte livreddende behandlingstiltak ved svikt i vitale funksjoner som respirasjon og sirkulasjon. Videre å vurdere om pasienter med akutt sykdom eller skade bør transporteres til lege eller sykehus for undersøkelse eller behandling. At ambulanspersonell blir sendt ut for å vurdere pasienters mer generelle behov for helsehjelp, vurderes ikke å være en oppgave ambulanspersonell er kvalifisert for. Ved å tillegge ambulanspersonell denne typen oppgaver risikerer man for det første at ambulanspersonell overser symptomer på alvorlig sykdom eller skade, noe som kan medføre forsinket behandling og i verste fall irreversibel skade eller død. Alternativt vil man kunne risikere unødvendige innleggelser av pasienter i sykehus.

7.6 Arbeidsgruppens vurdering og anbefalinger**Behandling av pasienter med akutt forverring av kronisk sykdom utenfor sykehus**

Under henvisning til diskusjonen over, vil arbeidsgruppen understreke betydningen av at man i årene som kommer vil få en betydelig økning i etterspørselen av sykehus- og ambulanseressurser. Vi vurderer det derfor som avgjørende å sikre en beder etterlevelse av det såkalte LEON-prinsippet, dvs. at pasienter behandles på lavest effektive omsorgsnivå.

Primærhelsetjenesten representert ved fastlegene og legevaktslegene må også i fremtiden ha det primære ansvar for oppfølging av pasienter med kronisk sykdom både når det gjelder forebygging og håndtering av akutt forverring. Dette vil trolig kreve en betydelig styrkning av denne delen av helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten må på en bedre måte enn i dag kan understøtte primærhelsetjenestens oppgaver på dette området. Samtidig må spesialisthelsetjenesten vurdere, enten alene eller i samarbeid med primærhelsetjenesten å etablere prehospitale tjenestetilbud som kan supplere

allmennlegenes kompetanse og ressurser til å behandle pasienter utenfor sykehus.

Arbeidsgruppen har i det følgende kommet med noen forslag til slike behandlingstilbud.

Etablering av egne legevaktsbiler i bystrøk og store legevaktdistrikter (se kap. 3.6.1)

Ambulansepersonell vil under supervisjon av lege, kunne yte bistand til bedret diagnostikk og behandling av pasienter utenfor sykehus. Dette forutsetter et tett samarbeid mellom ambulansetjenesten, og kvalifisert lege, enten allmennlege eller sykehuslege med tilgang til pasientjournal. Vi ser for oss at ambulansepersonell gjennom mobilt utstyr vil kunne ta for eksempel utvalgte blodprøver, måle SpO₂, EtCO₂, blodsukker, BT, EKG, og at slike data kan overføres elektronisk til legevaktslege, AMK-lege eller annen spesialist i sykehus som kan ta stilling til relevante behandlingstiltak som kan iverksettes av ambulansepersonell.

Arbeidsgruppen anser at tilgang til elektronisk pasientjournal vil være et viktig hjelpemiddel ved diagnostikk og behandling utenfor sykehus. Kokom har i sin rapport om IKT i den akuttmedisinske kjede vist hvordan kommunikasjon av slike journalopplysninger kan nyttiggjøres prehospitalt.

Det har også vært diskutert muligheten for at ambulansepersonell skal kunne overføre bilder av pasient til behandlingsansvarlig lege. I løpet av få år implementeres nytt digitalt nødnett. Selv om nettet er en betydelig oppgradering av nåværende analoge helseradionett vil det etter det opplyste ikke være mulig å formidle bilde i tilstrekkelig oppløsning via dette nettet. Arbeidsgruppen anser det likevel som sannsynlig at det i løpet av få år vil være få norske hjem uten internetttilgang. Gjennom et mobile IP-kamera/telefon vil det trolig være mulig å overførelyd/bilde i tilstrekkelig oppløsning via internett.

Bruk av mobile røntgenteam

Mistanke om bruddskader er en hyppig årsak til transport av pasienter fra sykehjem til sykehus/røntgenavdeling. I tillegg til den belastning selve ambulansetransporten medfører for denne pasientgruppen, viser erfaringer at ofte også blir utsatt for tilleggsbelastninger ved at må vente lenge for hjemtransport, og at de heller ikke får mat, drikke og medisiner under denne ventetiden.

Ved Universitetet i Oslo/Rikshospitalet er det i samarbeid med Radiologisk divisjon, UUS etablert et mobilt fulldigitalisert røntgentilbud i Oslo. Pasientene blir undersøkt med røntgen i sengen sin på sykehjemmet i stedet for å bli transportert til en røntgenavdeling. De digitale bildene overføres trådløst via bredbåndsmobiltelefoni direkte fra røntgenapparatet til røntgenavdelingen som beskriver og tilbakemelder undersøkelsesresultatet. Tilsvarende prosjekter er etablert i Lund i Sverige og Genève og Basel i Sveits.

Kilde:

http://www.ulleval.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=460&iInfold=20194&iDisplayType=2

Arbeidsgruppen anser at etablering av slike mobile røntgenteam i større byer med nødvendig pasientgrunnlag, vil kunne begrense antall ambulansetransporter til og fra sykehjem og gi et kvalitativt bedret tilbud for denne pasientgruppen.

Bedret kompetanse hos sykepleiere i sykehjem.

Innleggelse av pasienter fra sykehjem til sykehus skjer ofte på grunn av tilstander som krever intravenøs behandling med enten antibiotika eller væske. Eksempler på dette er pasienter med pneumoni og dehydrering. I Skien kommune er det i samarbeid med Sykehuset Telemark iverksatt et prosjekt med opplæring av sykepleier ved sykehjemmene i intravenøs væske og antibiotikabehandling. Foreløpige tall indikerer mer enn en halvering av antall sykehusinnleggelser fra sykehjem på grunn av infeksjoner. Prosjektet er beskrevet i Tidsskriftet Sykepleien nr. 7/08 og 18/08 (s. 61).

En annen viktig grunn til innleggelse av pasienter fra sykehjem til sykehus er akutt forverring av kroniske lidelser. Arbeidsgruppen anser at det gjennom bedret internopplæring av sykepleiere i sykehjem, etablering av standardiserte behandlingsprotokoller og bedret tilgang på leger i sykehjem bør være mulig å begrense antallet sykehusinnleggelser av denne typen, samt gi et kvalitativt bedret tilbud for denne pasientgruppen.

8 Ambulansetjenesten

8.1 Forhold som påvirker ambulansetjenesten

Dette kapittelet vil ta opp noen generelle utviklingstrekk i helsetjenesten som kan medføre endrede utfordringer for ambulansetjenesten.

8.1.1 *Tidskritiske hendelser*

Ved en del alvorlige, akutte hendelser er det direkte sammenheng mellom sykdomsutfall/overlevelse og tid fra symptomdebut til behandling starter. Disse tilstandene kalles tidskritiske. Noen av tilstandene er slik at behandling kan starte prehospitalt (eksempel hjertestans), i andre tilfelle vil det være avgjørende å bringe pasienten til sykehus for definitiv behandling (eksempel truende ruptur av hovedpulsåren).

De tidskritiske sykdomstilfellene står for en stor del av plutselig, uventet død utenfor sykehus. Det er derfor viktig at det går kortest mulig tid fra symptomdebut til alarm, og at et medisinsk tilbud raskt kan være hos pasienten. Tall fra American Heart Association (1) viser at halvparten dem som dør av plutselig og uventet av hjerte-karsykdom dør i løpet av første timen, ofte før melding er gitt eller hjelp er kommet fram. Store folkeopplysningskampanjer med fokus på tidlig melding har ikke hatt forventet effekt. Oppmerksomheten har derfor i større grad blitt rettet mot alarmsentralenes og ambulansetjenestenes responstid.

Det mest kjente eksemplet på en tidskritisk hendelse er hjertestans/ventrikkelflimmer. Det europeiske resuscitasjonsrådet (ERC) angir i sine retningslinjer (2) at sjansen for overlevelse ved ventrikkelflimmer minsker med 10-15 % per minutt som går før defibrillering – inntil sjansen for overlevelse legger seg på et lavt nivå senere enn ti minutter. Det svenske prehospitale hjertestansregisteret viser halvert overlevelse etter en måned når første defibrillering skjer etter 12 minutter i forhold til 10 minutter. God og tidlig hjertelungeredning kan bedre disse dystre utsiktene betydelig, slik at overlevelse mer enn doubles.

Kunnskap om overlevelse ved hjertestans har vært sentral ved utarbeidelse av responstidskrav for prehospitale aktører. Det er et berettiget spørsmål om det norske veiledende kravet om at ambulansen skal være framme innen henholdsvis 12 eller 25 minutter i mer enn 90% av tilfellene hensyntar dette i tilstrekkelig grad. En strategi for å minske kollaps-defibrilleringsintervallet har vært å opprette førsteresponstjenester som ivaretar behovet for livreddende førstehjelp inntil lege eller ambulanse er framme. Det er også plassert ut hjertestarterte på offentlige steder der mange mennesker ferdes (flyplasser, kjøpesentra etc). Sverre Rørtveit (3) angir i en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening at lokaliteten der hjertestarteren utplasseres bør ha besøkstall på minst 715 000 per år for å fange opp et tilfelle med ventrikkelflimmer i løpet av ti

år. Det tyder på at en strategi med offentlig-sted-defibrillator ikke vil kunne gi vesentlig økning i overlevelse etter hjertestans i Norge.

Ufri luftvei, fremmedlegeme, drukning og store blødninger er andre eksempler på tidskritiske hendelser.

Ved hjerteinfarkt og hjerneslag finnes betydelig evidens for at behandlingsresultatet er tidsavhengig, men ved disse tilstandene har man noe bedre tid. Sjansen for å overleve et hjerteinfarkt er 50 % høyere om trombolysbehandling starter i løpet av en time etter symptomdebut, og 23 % høyere etter 3 timer (1). Ved ballongåpning av kransårene (PCI) er tidsavhengigheten mindre avgjørende, og man har gode behandlingsresultat også etter 12-14 timer (4). En analyse av seks store, kontrollerte undersøkelser av fibrinolysebehandling ved hjerneslag viste god effekt de første tre timer, men at det optimale behandlingsvinduet var innenfor de første 90 minuttene (5)

Også ved store traumer er det data som tyder på at kort responstid og rask transporttid til sykehus gir helsegevinst. Samtidig kan en ikke se bort i fra de studier som peker på "den gylne timen" ref studie av Hans Morten Lossius.

Arbeidsgruppen mener:

- Det foreligger betydelige data som tyder på at kort intervall fra symptomdebut til behandlingsstart kan gi helsegevinst. Kort prehospital responstid kan minske dette intervallet. Data fra andre land og befolkningsgrupper må likevel tolkes med varsomhet.
- Reduksjon av prehospital responstid vil ofte være assosiert med betydelige kostnader, for eksempel ved økt bemanning i AMK-sentraler eller flere ambulanser.
- Det er så vidt vites ikke gjort noen oppsummering av den kunnskap man har om tidskritiske hendelser her til lands, og man mangler kost-nytte analyse av den effekt en endring i responstid vil kunne gi. Så lenge konsistente responstidsmålinger mangler er dette heller ikke mulig.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bør forespørres om å bidra med systematisk gjennomgang av kunnskapsbasen, slik at man får et solid grunnlag når endelige responstidskrav fastsettes.

8.1.2 Teknologiske utfordringer

Nåværende utfordringer Helseradionettet

Helseradionettet er et lukket radiosamband som benyttes av AMK, legevaktssentraler, ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten.

Helseradionettet brukes også til å utalarmere personell i vaktberedskap. Det nåværende helseradionettet er ikke avlyttingssikkert. Med en rekke forbehold aksepterer Datatilsynet bare bruk av helseradionettet i en overgangsperiode fram til det nye, avlyttingssikre og landsdekkende digitale nødnettet blir etablert i årene fram til 2011.

Ambulanse

Ambulansetjenesten tar i økende grad i bruk ny teknologi. Eksempler er elektronisk kartverk med formidling av oppdrag fra AMK direkte i kart og utstyr for oversendelse av EKG til hjerteavdeling på sykehus. I driftsorganisasjonen for prehospitale tjenester i de enkelte helseforetakene er det begrensede ressurser for å følge opp, og å sikre at systemene fungerer til en hver tid. Videre er det i liten grad ressurser til å følge utviklingen nasjonalt og internasjonalt og til å gjennomføre prosjekter for utprøving av ny teknologi.

Tjenesten er i dag svak på enhetlig elektronisk registrering av dokumentasjon. Ambulansetjenestene fører i dag dokumentasjon på papirjournaler. Resultatet er manglende styringsdata for utvikling av tjenestene. Noen av tjenestene etterregistrerer journalene i databaser. Dette er en unødig arbeidskrevende prosess. Manuelle registreringssystemer øker faren for feilregistreringer. Ambulansetjenestene bruker forskjellige databaser for dokumentasjon og tjenestene mangler enhetlige rapporteringssystemer.

Internasjonalt finnes gode systemer for elektronisk ambulansejournal og rapporter.

Ambulansepersonell er utsatt for sikkerhetsrisiko i arbeidet. Ny teknologi kan gjøre det mulig å nøyaktig lokalisere den som varsler at han er i nød.

AMK

Nødmeldetjenesten var i sin tid beskrevet å skulle benytte tre sambandsveier: telefoni, radiosamband og digitale trafikkveier. Bare de to første er tatt i bruk mens det bare i liten grad er satt i drift løsninger som overfører data elektronisk. Det som fungerer greit er overføring av kartposisjoner og tekstmeldinger mellom AMK og ambulansene. Det er til stor hjelp og øker kvaliteten på tjenesten. For internt bruk i AMK er det utviklet særnorske dataløsninger for bruk i AMK;

AMIS – system for virksomhetsregistrering og kommunikasjon av opplysninger om hendelse/pasient.

Vising av digitale kart med lokalisering av innringer (opprinnelsesmarkering) og ambulanse er mulig. Mobiltelefon kan bare lokaliseres innen et område, ikke som posisjoner.

Medisinsk Indeks – system for beslutningsstøtte ved iverksetting av akuttmedisinsk respons. Indeks er i dag et papirbasert system som det er ønskelig å få utviklet videre til en elektronisk basert indeks. Det er noe arbeid i gang med dette, men det er usikkert om organisering og finansiering av utviklingen er godt nok ivarettatt og om arbeidet har tilstrekkelig rask fremdrift.

Noen sentraler har avtale med kommuner om mottak av trygghetsalarm. Dette krever en egen dataapplikasjon som med fordel kunne vært en integrert modul i AMIS.

Tradisjonen med utvikling av særnorske og egenutviklede løsninger har gjort at man har vent seg til at nødvendige applikasjoner skal utvikles nærmest på

dugnad til lavest mulig pris. Det er ikke nok fokus på utvikling og det settes ikke av tilstrekkelige ressurser. Dersom man sammenligner AMIS med tilsvarende produkter som brukes i store prehospitale tjenester i utlandet, kan man stille spørsmål med om AMIS vil kunne tilfredsstille fremtidens behov eller om man må satse på et annet system. Fordelen med å satse på et system som brukes av store tjenester internasjonalt vil være at det vil kunne sikre et system i kontinuerlig utvikling. Dette må veies opp mot at AMIS i dag brukes av praktisk talt alle AMK sentraler i Norge

Teknologisk utvikling, medisinsk teknologi, telemedisin

Den teknologiske utviklingen fram til i dag kunne ikke på noen måte forutsees for noen få titals år siden. På samme måte kan vi ikke se spesielt langt inn i framtiden om hva som vil komme, ei heller hva som vil kunne være til hjelp i prehospital medisinsk virksomhet. Vi vil peke på noen hovedtrender som kan forventes:

- Datakraften vil øke.
- Lagringskapasiteten vil øke.
- Størrelsen på enhetene vil bli vesentlig mindre.
- Kraftforbruket vil reduseres.
- Batterier vil bli mindre med større kapasitet.

Prisen vil synke, spesielt for utstyr som kan lages til det brede publikum pga store antall. Enklere programmering gjør at det blir lettere å lage avanserte programbaserte løsninger. Elektronisk utstyr vil utvikles til å utnytte mange bredbåndsveier som vil øke i hastighet, utbredelse og type. Utstyret vil være i en «sky» av bredbånd der beste og billigste vei blir valgt automatisk.

Medisinsk teknikk / telemedisin / varsling

Det er en rivende utvikling innenfor automatiske alarmeringssystemer som varsler endret medisinsk status for personer som har slik utstyr. Måle- og diagnoseutstyr vil kunne være kroppsnært eller opereres direkte inn i kroppen og kommunisere via trådløst bredbånd.

EU vurderer et krav om installasjon av kollisjonsdetektorer i alle biler (eCall). Ved kollisjon under gitt betingelser vil en nødsentral bli varslet automatisk med angivelse av data om kollisjonen (hastighet, GPS-posisjon etc). Nødsentralen avgjør om det skal sendes ut redningsressurser. Tjenesten vil kunne øke overlevelsesraten, men også bli årsak til mange (og til dels unødvendige) utrykninger fra ambulansetjenesten. Det vil bli vanligere med GPS-utstyr knyttet til- eller integrert i mobiltelefoner. Ved anrop til nødsentral kan lokalisering skje direkte. For å åpne nye markeder for utstyr som nevnt over, vil det måtte utvikles åpne standarder for hvordan utstyret kommuniserer med- og overfører informasjon. Nødmeldesentralene må på sin side anskaffe nødvendig mottaksutstyr.

De prehospitale tjenestene må tilpasse seg

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus vil i økende grad måtte tilpasse seg den teknologiske utviklingen. De må ha utstyr som gjør dem i stand til å

hjelpe befolkningen med råd basert på den informasjon som blir tilgjengelig fra det tekniske utstyret og informasjonsdatabasene og knytte pasienten videre til rett kompetanse vedlagt relevant informasjon.

8.1.3 *Arbeidsgruppens vurderinger*

- Det blir viktig at ambulansepersonell og AMK operatører kan nyttiggjøre seg av det nye teknologiske utstyret som etableres.
- Utfordringen i fremtiden er å utvikle et akuttmedisinsk informasjonssystem som ivaretar krav til dokumentasjon og databearbeiding
- Medisinsk indeks må revideres og oppdateres jevnlig i samsvar med internasjonale anbefalinger. Det må utvikles en elektronisk versjon av medisinsk indeks.
- Elektronisk pasientjournal i ambulansetjenesten må innføres på lik linje som i helsetjenesten for øvrig. Slike journaler må kunne kommunisere mellom hverandre. Primærhelsetjenesten bør ha tilgang til elektroniske pasientjournaler som AMK og ambulansetjenesten deler.
- Det må utvikles systemer med enda mer presis posisjonsangivelse for eksempel ved sporing av innringer som benytter mobiltelefon i digitale kartverk. Utvikling av filtre for utvelgelse av informasjon i det digitale kartverket blir også viktig i fremtiden.
- Det sikre, interne datasambandet mellom helseforetakene har bare i liten grad blitt tilpasset de behov som de kunne dekket for den medisinske nødmeldetjenesten. Det gjelder f.eks. kommunikasjon mellom helseforetakenes AMK-sentraler, meldingsutveksling, overføring av posisjoner for skadested og posisjoner for ambulanser osv. Det kunne også vært brukt som et ledd i et system der AMK-sentraler er reserve for hverandre. Skal AMK kunne benytte helsenettet, må det være sikret med reserveløsninger og nødstrøm.
- Det er nødvendig å få en nasjonal enhetlig utvikling med teknologi tilpasset helsevesenets behov og som fungerer over foretaks- og regionsgrensene og overfor de andre nødetatene. Et fremtidig system må kunne ivareta håndteringen av nye måter å formidle informasjon. Dagens AMK-sentraler må i fremtiden ha utstyr for å kunne ta i mot MMS og GPS-posisjoner.

8.2 Faglig forankring av ambulansetjenesten.

Ambulansetjenestene har tradisjonelt sett vært forankret i Helseforetak som har hatt et overordnet medisinsk ansvar for tjenesten. Lege tilknyttet akuttmedisinsk virksomhet, har hatt et dedikert medisinsk ansvar for tjenesten. Etter ny forskrift, er det Virksomhetsleder som har et definert totalansvar. Utøvelse av ambulanseyrket inneholder 3 ulike komponenter som må kunne beherskes. Den

medisinske komponenten har tradisjonelt fått mest fokus. I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars 2005, § 17, er det skissert andre krav innen redningsteknikk og utrykningskjøring som er viktig for å utøve en forsvarlig tjeneste.

8.2.1 *Arbeidsgruppens anbefaling*

- Tjenestene skal faglig forankres i Helseforetak med kompetanse på prehospitalet akuttmedisin.
- Minimum 50% legestilling skal være dedikert til å ivareta det medisinske systemansvar. I de større tjenester bør dette utvides.
- Virksomhetsleders ansvar bør defineres tydeligere sett i forhold til legemiddeldelegasjon nedfelt i ny forskrift om medikamenthåndtering

8.3 Ledelse av ambulansetjeneste

Ressurser til ledelse og utvikling.

Det stilles i dag langt større krav til ivaretagelse av oppgaver knyttet til ledelse og utvikling av tjenestetilbudet i ambulansetjenesten enn for bare få år siden. Et økende antall ansatte skal ivaretas og stadig mer komplisert utstyr skal følges opp. Organisasjonen er kompleks med en rekke stasjoner spredt over et større geografisk område. Dette er alle forhold som er med på å stille økende krav til ledelsen av ambulansetjenesten. Det vil kunne bli en ubalanse dersom kravene til personellet som utfører tjenesten øker uten at organisasjonen har de ressurser til ledelse og utvikling som er nødvendig for å følge opp kravene.

8.3.1 *Arbeidsgruppens anbefaling*

- Det bør sikres at ressurser til ledelse og utvikling av ambulansetjenesten står i forhold til nåværende og fremtidige utfordringer og krav.
- Ledere og personell i stabsfunksjoner må ha kompetanse tilpasset de oppgavene som skal utføres.
- For å legge til rette for godt samarbeid mellom ambulanse- og nødmeldetjenesten, er det viktig at opplæring innen hverandres fagfelt inngår som en del av opplæringen.

8.4 Forholdet mellom volum og kvalitet.

Sammenhengen mellom faktorene volum og kvalitet må vurderes i forhold organisering av ambulansetjenesten. Særlig viktig blir dette i forhold til personellens muligheter for å kunne vedlikeholde ferdigheter i avanserte akuttmedisinske prosedyrer. Skal det faglig forsvarlig å ha en ambulansenhet på et avansert nivå, betinger dette at personellet gjennom sin tjeneste har muligheter for å vedlikeholde sin kompetanse. Når ambulansetjenesten skal organiseres må det være et realistisk forhold til hvordan det vil være mulig å

tilfredsstille de krav som stilles til vedlikehold av ambulansepersonellets kunnskaper og ferdigheter.

I vurderingen av forholdet mellom volum og kvalitet må man ikke bare konsentrere seg om antall oppdrag. Følgende andre faktorer vil også være av viktighet når en skal vurdere begrepet volum i forhold til kvaliteten på tjenestetilbudet:

Varighet på oppdraget

Avstand til sykehus vil her være en vesentlig faktor. Oppdragsvarighet hvor transporttiden til sykehus er lang kan til en viss grad kompensere for at tjenesten ikke har stort oppdragsvolum.

Kategorien oppdrag som utføres

Her må det vurderes konkret hvilke elementer i ambulansefaget man får erfaring i. Det må vurderes om oppdragene er preget av at personellet får selvstendig trening i vurdering / undersøkelsesmetodikk, behandling, og overvåkning av pasienter eller om oppdragene er preget av at man transporterer stabile pasienter mellom ulike helseinstitusjoner.

Hvordan man tar vare på erfaringer fra de enkelte oppdrag

Tjenesten skal kunne dokumentere at erfaring fra oppdrag blir brukt på en systematisk måte i fagutvikling.

Hvilke operative utfordringer møter man på oppdragene

For å kunne løse de utfordringer som ambulansetjenesten stilles ovenfor, vil personellet måtte beherske operative ferdigheter. Det må vurderes hvilke rutiner tjenesten har for å vedlikeholde og utvikle den operative kompetansen.

Kompenserende tiltak:

I tillegg til å forholde seg til de ovenstående punkter, vil følgende momenter være av betydning når man skal søke å kompensere for et begrenset oppdragsvolum:

Rullering av personell

Det innebærer at personellet rullerer fra stasjoner med begrenset antall oppdrag til tjenester med større aktivitet. Rulleringen av personellet må bygge på en analyse av behovet og ha den regelmessigheten / frekvensen som er nødvendig. Skal rulleringen være av betydning i forhold til kompetanseutvikling må det være en planmessig veiledningsordning i forhold til det personellet som rullerer. Tjenesten må ha en organisering som innebærer standardisering av materiell og enhetlige prosedyrer og behandlingsprotokoller.

Hospitering på relevante sykehusavdelinger og innen deler av primærhelsetjenesten

Hospiteringen må være organisert slik at personellet får veiledning i henhold til definerte målsettinger. Måloppnåelse må dokumenteres og regelmessig evalueres. Hospiteringen må ha den regelmessighet som er nødvendig for at personellet skal kunne opparbeide tilstrekkelig erfaring

og rutine i de ferdigheter personellet skal beherske. Som hovedregel bør det legges til rette for at den enkelte ambulansesarbeider hospiterer regelmessig. Dette kan være svært ressurskrevende.

Veiledere / instruktører på den enkelte ambulansestasjon.

Det bør veiledere / instruktører på hver ambulansestasjon. Disse må ha god ambulansesfaglig og pedagogisk kompetanse. Instruktørene må medisinskfaglig forankres i hos tjenestens ansvarlige lege. Fagutviklingsaktiviteten på stasjonene må koordineres. Veiledere / instruktører må kontinuerlig følges opp av tjenestens ledelse

Felles stasjonering med lokal legevakt.

Felles stasjonering av vakthavende legevakslege og ambulansepersonell i vakt, vil kunne være en viktig basis for lokale akuttmedisinske team. Deltagelse av ambulansepersonellet i pasientrettet virksomhet på legevakten i ledig beredskapstid legger grunnlag for faglig utvikling.

Deltagelse i ulike forsknings og utviklingsprosjekter som setter søkelyset på flere sider ved driften.

Ambulansetjenesten bør aktivt medvirke i ulike forsknings- og utviklingsprosjekter og ta opp i seg ny kunnskap. Det er viktig at tjenesten har positive holdninger til kritisk analyse av egen drift og endringer som bidrar til kvalitetsutvikling.

Bruk av simulerte øvingssituasjoner.

I ambulansetjenesten må det være veiledere / instruktører med god kompetanse på simulering som undervisningsmetode. Det må også være tilgjengelig treningsutstyr. Simulering vil være et viktig virkemiddel for å kompensere for et begrenset oppdragsvolum. Det må tilrettelegges for at den enkelte ansatte regelmessig deltar i simuleringer. Tverrfaglig trening er også viktig.

Kompenserende tiltak kan bare til en viss grad kompensere for manglete volum. Skal en tjeneste kunne iverksette kompensierende tiltak fullt ut, er det en forutsetning at tjenesten har en ledelse og organisering som er egnet for dette. En organisering med små driftsenheter med ulike ambulanseseiere vil derfor være et hinder for å utvikle en enhetlig kvalitativ ambulansetjeneste i helseforetakene.

For alle kompetansenivåer må det iverksettes tiltak for at personellet skal kunne vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse. Denne kontinuerlige kompetanseutvikling skal bygge på den utdanning personellet har i forhold til sitt kompetansenivå og det erfaringsgrunnlag personellet har.

8.4.1 Arbeidsgruppens anbefaling

- Forholdet mellom volum og kvalitet skal vektlegges ved organisering og drift av ambulansetjenestene i Norge. Ved tjenester med begrenset oppdragsvirksomhet må det iverksettes kompensierende tiltak for å sikre nødvendig faglig kvalitet.

8.5 Vurdering av ulike organisasjonsformer

Totalmarkedet for ambulansetjenester i Norge er beregnet til 2,16 milliarder kroner. Av dette er 0,39 milliarder eller 18 prosent konkurranseutsatt, mens helseforetakene i egen regi står for 82 prosent. Det fins 70 private ambulansebedrifter. Disse hadde en samlet omsetning på 0,39 milliarder ved utgangen av 2007.

Ambulansetjenesten i Norge sysselsetter ca. 3.300 årsverk. Av dette har helseforetakene 2.900 årsverk. Ca. 400 årsverk er sysselsatt av private ambulanseutøvere. (Kilde: NHO)

Privat drift av ambulansetjenester har hatt en lang tradisjon mange steder, spesielt har dette vært utbredt i grisgrendte områder. Dette hadde ofte sitt utspring i kombinasjon med annen næringsvirksomhet. I starten utgjorde dette en ren transporttjeneste. Utviklingen har i de siste årene gått i mot mer avansert prehospital behandling. Dette kan illustreres ved at sykehuset i dag flyttes mer ut til pasienten. Betydelig økte krav til styring av det totale tjenestetilbudet, har medført at flere helseforetak har valgt å overta driften av ambulansetjenester.

8.5.1 Arbeidsgruppens flertall mener

Følgende kan i særlig grad legges til grunn når utvalget foreslår at prehospitaler tjenester bør defineres og betraktes som en del av helseforetakenes kjernevirksomhet:

Økonomi

Tariffmessige betingelser i offentlig og private ambulansetjenester er i ferd med å utjevnes. Vedlikehold og utvikling av kompetanse er i dag en betydelig kostnad uavhengig av driftsform. Valg av privat driftsform ut ifra et økonomisk perspektiv, synes derfor mindre aktuelt enn tidligere.

Differensiering

Forholdet mellom ambulansetjeneste og syketransport er diskutert annet sted i rapporten. Arbeidsgruppen mener at syketransport – transport av pasienter som ikke trenger overvåking eller behandling også i det videre kan kunne konkurranseutsettes.

Forutsigbarhet og konkurranseutsetting

Pasientene er tjent med forutsigbare helsetjenester hvor utøver planlegger langsiktig i forhold til struktur, utvikling og kvalitet.

Lowerket for offentlige anskaffelser setter begrensninger for hvor lange kontraktperioder og dette gir utfordringer fordi private utøvere maks kan planlegge for et 5-7 års perspektiv. Det er også lite tilfredsstillende for de ansatte at deres ansettelsesforhold og arbeidsvilkår hvert 5-7 år utsettes for usikkerhet. Konkurransetsetting av ambulansetjeneste er med dagens mangel på kvalifisert personell innebærer i praksis ingen reell konkurranse. Ved

anbudsrunder overtas i realiteten arbeidstokken ved overgang til ny arbeidsgiver. Dette skaper små nyanseforskjeller i forhold til driftsform, lønnsforhold og arbeidstokk, men betydelig usikkerhet for de ansatte og befolkningen i ambulanseområdet..

Helseforetakene er organisert som egne rettssubjekter underlagt det regionale helseforetaket, og er således også økonomisk ansvarlig for sine disposisjoner. Det er likevel lovfestet gjennom Helseforetaksloven § 5 at helseforetak ikke kan gå konkurs. En viktig begrunnelse for dette er hensynet til å sikre befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Ambulansetjenesten er en spesialisert helsetjeneste hjemlet i Lov om spesialisthelsetjeneste. Det er et paradoks at private ambulanseutøvere kan derimot gå konkurs. Konkurs eller trussel om dette er egnet til å true tilbudet av akuttmedisinske tjenester til befolkningen. Dette har den senere tid vært en aktuell problemstilling i forhold til private utøvere i Nord-Gudbrandsdalen og Midt-Norge.

Kvalitet og faglig forankring

Ambulansetjenesten er en viktig del av det helhetlige tilbudet av offentlige helsetjenester til befolkningen. Stadig mer avanserte behandlingstiltak utføres prehospitalt, noe som medfører strengere krav til medisinsk faglig forankring av både av tjenestetilbudet og personellet. Dette tilsier at forholdet mellom lege og ambulansepersonell bør være like tett som forholdet mellom lege og sykepleier på spesialavdelinger på sykehus.

Helsedirektoratets fortolkning av ansvarsforholdene mellom private ambulanseutøvere og helseforetak, (Se vedlegg Helsedirektoratets brev av 10. desember 2008 til Namsos trafikksekskap AS) påpeker at det er virksomhetsleder hos den private utøveren som har det overordnede ansvaret for legemiddelhåndtering i virksomheten. Videre at ansatte i helseforetaket ikke har noen instruksjonsmyndighet overfor personell i den private tjenesten. Direktoratets tolkning innebærer at helseforetakenes styringsmuligheter overfor private ambulanseutøvere må anses som svært begrenset.

Ovennevnte forhold tilsier at ambulansetjenesten må eies og drives av helseforetakene.

8.5.2 Arbeidsgruppens flertall anbefaler

- Ambulansetjenesten må eies og drives av helseforetakene.
- Konkuranseutsetting av syketransport bør videreføres.

8.5.3 Arbeidsgruppen mindretall mener

Arbeidsgruppens mindretall bestående av Arne Lindstad og Nils Jul Llindeheim mener at det ikke er ført tilstrekkelig argumentasjon for å konkludere med at ambulansetjenesten må eies og drives av helseforetakene. Det er de regionale helseforetakene og helseforetakene som har sørge for plikten og som må sikre nødvendig styring, forutsigbarhet og kvalitet i

ambulansetjenesten enten gjennom egen drift eller de kontrakter som inngås med private aktører og oppfølgingen av disse.

8.6 Organisering av tjenesten - sett fra et pasientperspektiv

Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene må legges til rette slik at personalet i disse tjenestene får trening i samhandling. Det innebærer at helseforetakene i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten må bidra til at det blir etablert velfungerende lokale akuttmedisinske team og at det etableres og videreutvikles velfungerende behandlingsskjeder for de ulike pasientgrupper. For å få til dette må tjenestene samarbeide nært med andre aktører i det lokale akuttmedisinske team.

Brukerorganisasjonenes representant i arbeidsgruppe Egil Solberg er av den oppfatning at staten har ansvaret for å dekke befolkningens behov for helsetjenester. Derfor arbeider de for et helsevesen der det offentlige har det overordnede ansvar for planlegging, prioritering, tjenesteyting, tilsyn, organisering og finansiering.

Brukerne er opptatt av at det er forskriftsfestet klare bestemmelser som sikrer kvalitet i tjenestene – som – responstider, bemanning, kompetanse og samhandling. I den grad det er private driftere, må kvaliteten sikres gjennom gode avtaler mellom foretaket og den enkelte tilbyder.

8.6.1 Arbeidsgruppens anbefaling

- For å sikre nødvendig struktur i samarbeidet med kommunene må det opprettes lokale akuttmedisinske fagråd i hvert legevaktsdistrikt. Det er også nødvendig å iverksette tiltak for å etablere og videreutvikle lokale akuttmedisinske team for å få til et best mulig helhetlige pasientforløp. (En velfungerende behandlingsskjede.)
- Samhandlingen mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten må styrkes gjennom gjensidig forpliktende avtaler.
- Formålet med avtalene er å sikre et godt faglig samarbeid mellom de instansene som deltar i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset.
- Avtalene må regulere samarbeidet i den akuttmedisinske kjeden og stille krav til samarbeid med andre nødetater.
- Avtalene må ikke innskrenke de plikter eller rettigheter partene har etter lover og forskrifter, men ment som en praktisk tilpasning til disse.

8.7 Kvalitetsindikatorer

Ambulansetjenesten har i dag ikke utviklet et nasjonalt system med kvalitetsindikatorer, avviksrapportering eller retningslinjer for hvordan håndtering av avvik skal skje

Sentrale data som grunnlag for å kunne evaluere, planlegge og videreutvikle ambulansetjenesten, er per i dag svært mangelfulle. Det er en alvorlig svakhet i forhold til de nåværende og framtidige utfordringer ambulansetjenesten står overfor. Rutiner for dokumentasjon og rapporter må være en integrert del av ambulansetjenestens kvalitetssystem.

8.7.1 Arbeidsgruppens anbefaling

- Det må innføres kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten. Kvalitetsindikatorene må utvikles i samarbeid med relevante fagmiljøer. Måloppnåelse i forhold til kvalitetsindikatorene må og skal kunne dokumenteres.

8.8 Grensesnitt mellom ambulansetransport og pasient/sykefrakt

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-6 og tilhørende forskrift om sykefrakt at pasienter som skal behandles i spesialisthelsetjenesten har rett på å få dekket utgifter til transport. Av merknadene til forskriften fremgår det at dersom sykefrakt foregår i ambulanse, skal transporten defineres som et ambulanseoppdrag, og ikke som en reise.

I h.h.t. forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er ambulanseoppdrag definert som oppdrag hvor det er behov for:

a) primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander

b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling.

Det er grunn til å tro at ambulansetjenesten i økende grad utfører oppdrag som ikke kan defineres som ambulanseoppdrag i henhold til overstående. Dette gjelder eksempelvis transport av ferdigbehandlede sengeliggende sykehuspasienter.

Når man ser på den økende mengden oppdrag de siste årene innenfor ambulansetjenesten, er det rimelig å anta den største økningen er innenfor grønne turer og som sannsynligvis ikke oppfyller kravene til å komme i kategorien ambulansetransport.

Dette innebærer at ambulansetjenesten bruker tid og ressurser på oppdrag som pr definisjon ikke er innenfor tjenestens hovedoppgave. Samtidig er det viktig å bemerke at disse oppdragene er med på opprettholde en stor nok aktivitet for tjenester i områder med lav oppdragsmengde. Sånn sett kan man si at dette allikevel er god ressursbruk i slike områder at man tar en del slike oppdrag både

fordi det bidrar til å forsvare opprettholdelse av ambulanser med lav aktivitet og derved til å opprettholde god beredskap også i lite befolkede områder.

8.8.1 *Arbeidsgruppas anbefaling*

- I større tjenester bør det vurderes å innføre et system med båretransportbiler som kan overta transporter som pr definisjon ikke kommer innenfor kategorien ambulansetransport for å avlaste den profesjonelle ambulansetjenesten og bidra til økt beredskapstid.
- En klar differensiering av transport og ambulansetjeneste vil stille krav til et bedre samarbeid mellom rekvirenter og AMK og ambulansetjeneste. Videre må en organisering av transporttjenesten – bårerpasienter ses i sammenheng med utredningen som pågår angående bruk av båretransportbiler(veidirektoratet) og krav til kompetanse til personellet.
- Drift av sykestransportbiler
Organisering og ansvar for slike tjenester vil naturlig tilligge de enkelte Helseforetak. Det bør etableres en dialog med aktører innenfor ulike transportnæringer og frivillige organisasjoner. I mange Helseforetak i dag står for pasienttransport i ambulanser.

8.9 Kapasitet, dekningsgrad og responstider

I henhold til mandatet skal arbeidsgruppen kartlegge forskjeller i og vurdere dekningsgrad og kapasitet nasjonalt og i den enkelte helseregion. Videre skal gruppen kartlegge og vurdere responstider og vurdere behovet for krav til responstid ut i fra faglige og økonomiske forhold.

Det finnes i dag ingen nasjonale sammenlignbare data vedrørende responstid, dekningsgrad og kapasitet innenfor ambulansetjenesten. SINTEF har gjennomført noen studier i bl.a. Helse Midt-Norge og Helse Nord. Studiene var kompliserte, krevende og kostbare å gjennomføre. De fleste helseforetakene har tilgjengelig responstidsdata, men grunnet ulike registreringsmåter kan ikke disse eskaleres til nasjonale data. Innenfor de økonomiske og tidsmessige rammer arbeidsgruppen har fått til rådighet har det ikke vært mulig å foreta en kartlegging som arbeidsgruppen er bli bedt om å gjennomføre. Arbeidsgruppen har allikevel funnet det hensiktsmessig å drøfte disse problemstillingene på et generelt grunnlag.

8.9.1 *Kapasitet, aktivitet*

Aktivitet:

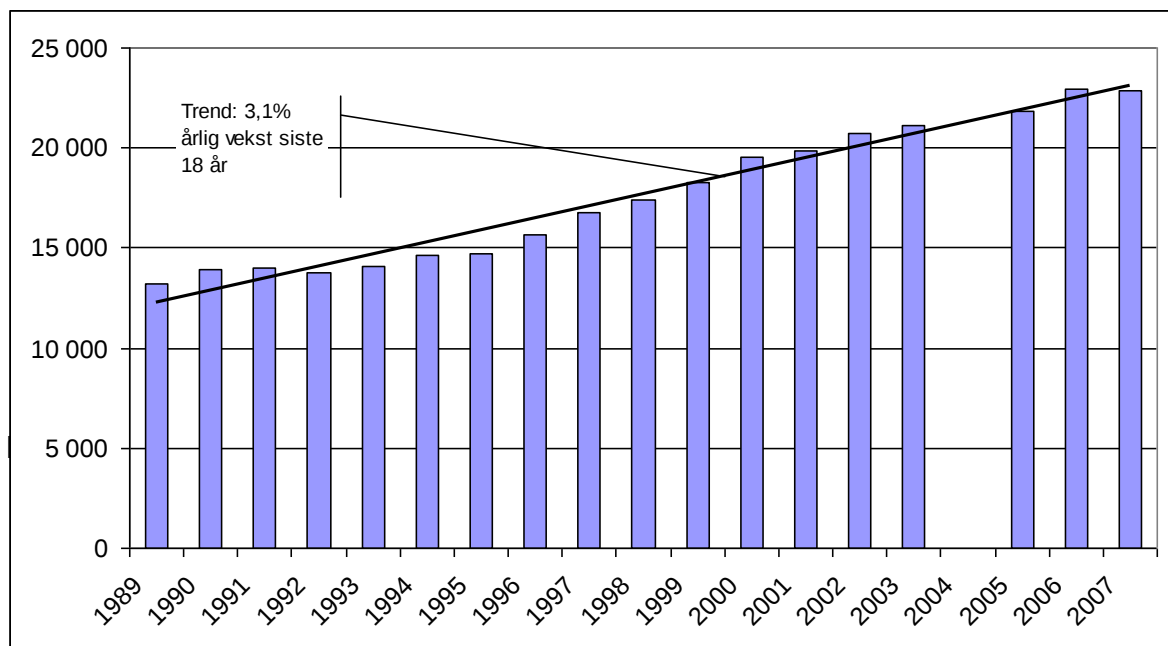
Tallene for aktiviteten innen ambulansetjenesten i Norge viser en vedvarende økning i antall oppdrag over år. I Hedmark har den årlige veksten gjennomsnittlig vært på 3,1 % siste 18 år. For Oslo/Akershus har økningen de siste 4 årene vært på 22 %.

Sammenliknet med internasjonale tall for ambulanseforbruk, kan en forvente ytterligere økning i årene som kommer. Imidlertid mener utvalget at den norske nødmeldetjenesten med fagkyndig førstevurdering og systematisert respons på

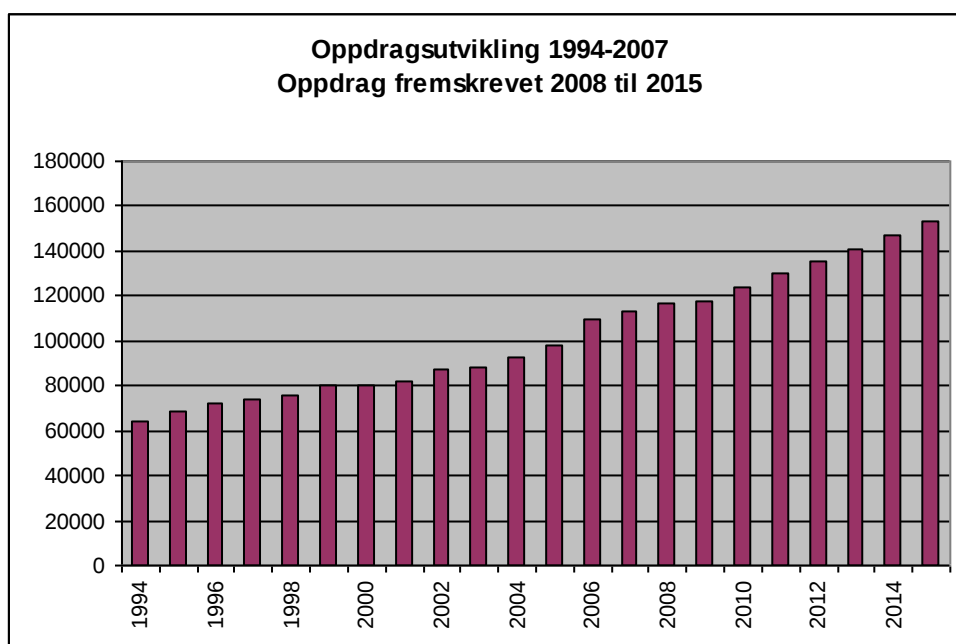
medisinske nødmeldinger bidrar til at Norge har et lavere forbruk enn andre sammenlignbare land.

Det er utvalgets vurdering at både strukturelle endringer innen primær- og spesialisthelsetjenesten, demografisk og epidemiologisk utvikling, samt økende krav og forventninger i befolkningen, vil medføre et økende forbruk av ambulanseoppdrag. Utvalget mener denne utviklingen delvis kan dempes ved å fortsette prinsippet i den norske nødmeldetjenesten med en fagkyndig førstevurdering. En differensiering av tjenestene med egne enheter for pasientreiser(syketransport), kan også medvirke til en lavere vekst i ambulanseoppdragene.

Ambulanseoppdrag i Hedmark, 1989-2007



Kilde: Innlandet



Kilde: Ullevål universitetssykehus

Fra 2004 til 2008 har antall ambulanseoppdrag økt fra 92 000 til 112 854 (22%). Det er størst økning innenfor oppdrag av kategori akutt og hast mens det er en reduksjon i forhold til ordinære bestilte oppdrag / overføringer.

Prognosene tilsier videre økning fremover mot 2015. Prognosene er basert på SSB tall i forhold til tilflytting samt aldersfordeling i befolkningen. Personer over 65 år utgjør 12,5% av befolkningen og står for 51,9% av aktiviteten i ambulansetjenesten. Med en forventet økning i denne aldersgruppen, vil også antall ambulanseoppdrag stige. Dersom økningen fortsetter med 5 % i året, innebærer dette ytterligere 6.000 nye ambulanseoppdrag pr år!

Norge

Tallet på ambulanse oppdrag per 1 000 innbyggere 2000-2007								
Helseregion	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heile landet	93	97	101	102	104	107	113	116
Helseregion Vest	97	98	96	101	102	105	108	114
Helseregion Midt-Norge	86	88	99	100	101	100	107	109
Helseregion Nord	120	129	132	136	141	150	152	161

Kilde: Statistisk sentralbyrå

8.9.2 Responstid

Den anbefalte nasjonale standarden (NOU 1998 / Stortingsmelding 43 (1999-2000) normsetter en veiledende responstid som innebærer at ambulansetjenesten ved hasteoppdrag skal nå 90 % av befolkningen i tettbygde strøk innen en tidsramme på 12 minutter mens normen i forhold til griskrendte strøk er satt til at 90 % av befolkningen skal nåes innen 25 minutter.

Verken Helse Sør Øst eller UUS har definert egne responstidskrav eller kvalitetskrav i forhold til prehospitale tjenester, men sykehuset måler seg opp i mot veiledende normer.

Innlandet

Andel av befolkning i Innlandet som får hjelp innen anbefalt tidsramme

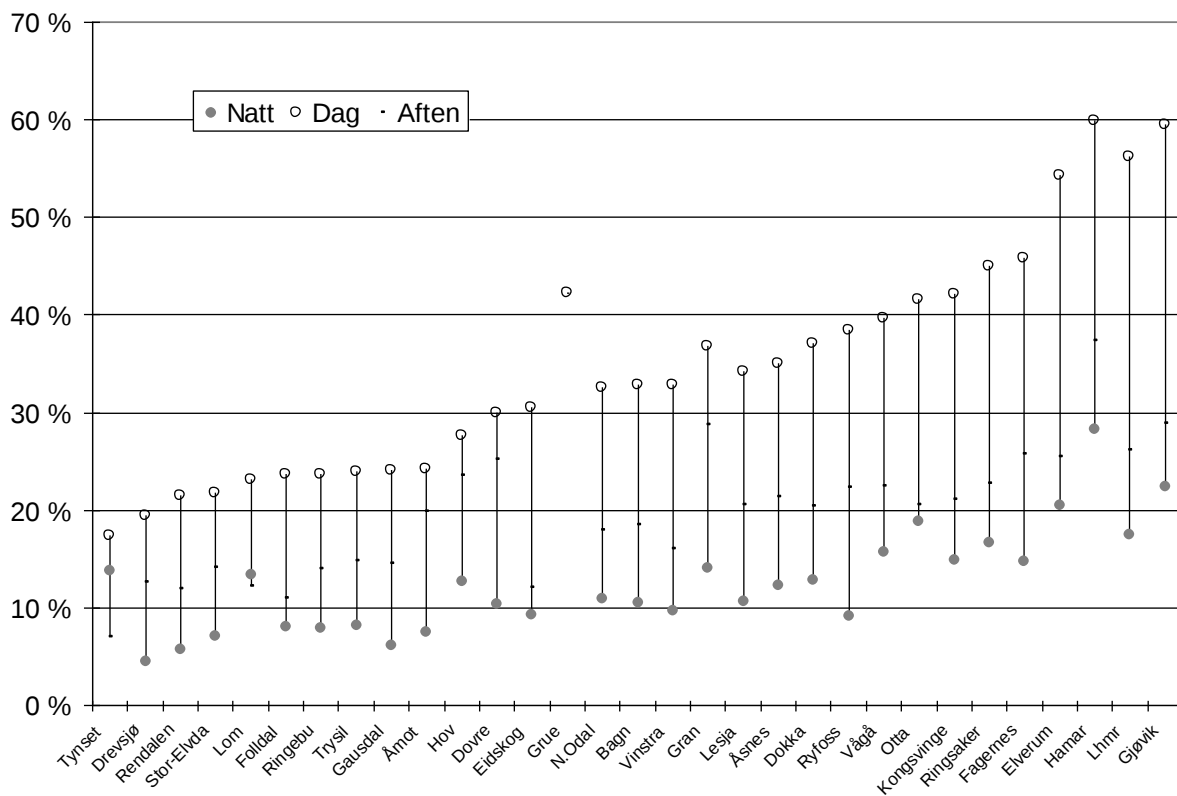
	Gjennomsnittlig responstid	Median responstid	Minutter før 90% har fått hjelp	Andel innen 25 min	Andel innen 12 min
Innlandet totalt	16,6	14,3	29,4	84 %	41 %
Tettbygd (kommune med 10 000 innbyggere)	13,7	11,3	24	92 %	54 %
Spredtbygd (kommune med under 10 000 innbyggere)	19,7	17,5	34,5	75 %	27 %
Idealet i tettbygd strøk	Max 12	Max 12	12	NA	90 %
Idealet i spredtbygd strøk	Max 25	Max 25	25	90 %	NA

Kilde: Innlandet

For Innlandet som helhet var det like mange som ventet under 14,3 minutter som over 14,3 minutter (median var 14,3 minutter). Median responstid varierte fra 11,3 minutter i tettbygde strøk til 17,5 minutter for øvrige områder. Responstiden i Innlandet er helt parallelt med den median som SINTEF fant i en landsdekkende analyse fra 2002.

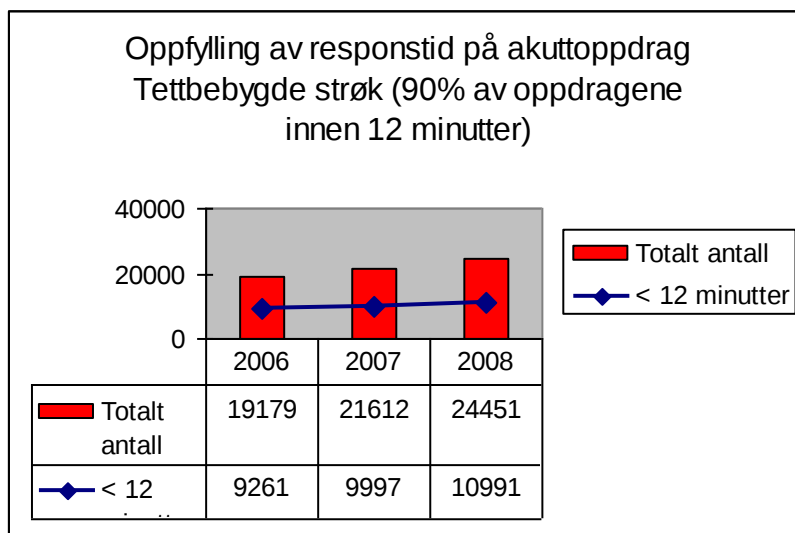
Utfordringen for sykehuset Innlandet er ikke responstiden til vanlig, men at den "halen" av innbyggere som ikke nås innen 12-25 minutter er for lang. I 16 prosent av akutttilfellene har ambulansen fortsatt ikke kommet frem selv om det hadde gått 25 minutter fra AMK ble varslet. I kommuner med under 10 000 innbyggere, var responstiden over 25 minutter i en firedel av tilfellene. Nesten halvparten av innbyggerne i kommuner med over 10 000 innbyggere må vente lenger enn de 12 minutter som er ambisjonen.

**Andel av beredskapstid som benyttes til oppdrag 2007
(fra ambulanse varsles til den er tilbake på stasjon)**



Kilde: Innlandet

Oslo og Akershus:



Kilde: Ullevål universitetssykehus

Generelt har det vært en økning i akutte oppdrag i tett bebygd strøk (i Oslo og Akershus) med 27%. I 2006 dekket ambulansetjenesten 48 % av akutte oppdrag innenfor 12 minutter mens prosentdelen i 2008 var 44%.

Det er store forskjeller i måloppnåelse mellom bydeler og kommuner. Det er særlig avstand til veiledende responstid innenfor Oslos bydeler i vest, nordøst og i forhold til kommunene Nesodden, Frogn og Oppegård.

Både Innlandet og Oslo/Akershus har utfordringer knyttet til den anbefalte nasjonale standarden for responstider (NOU 1998 / Stortingsmelding 43 (1999-2000)). Trolig er dette representativt for alle landets helseregioner.

Spesielt bytjenestene i Innlandet har relativt stor utnyttelse av beredskapstiden til oppdrag. For Oslo/Akershus er også økningen i oppdrag langt større enn økningen i antall ambulanser. Det er grunn til å merke seg at 4 % færre akuttoppdrag nås innen 12 minutter i 2008 enn i 2006 . Dette på tross av at man i Oslo har foretatt en desentralisering av ambulansetjenesten for å redusere responstiden ved akuttoppdrag. En sannsynlig forklaring er at man i deler av Oslo/Akershus har nådd et kapasitetstak for akutt- og hasteoppdrag.

Responstidsanbefalinger i Norge er ikke spesielt ambisiøse sett i forhold til internasjonale fastsatte normer. Responstider bør fortsatt være veiledende inntil det finnes sammenlignbare data innen de forskjellige RHF og HF. Videre bør de forskjellige HF i større grad fokusere på dekningsgrad med fokus på å nå responstidsanbefalinger med større presisjon.

8.9.3 *Arbeidsgruppens anbefaling*

Responstider og Utrykningstid

- Nasjonale måleparametere for datasamling angående responstider må etableres, inntil slikt er på plass, er det ikke riktig å forskriftsfeste responstidskrav
- Nasjonale krav til responstid bør utredes ytterligere. Innen 2015 bør det være klart om det skal være differensierte responstidskrav i helseregionene sett ut ifra demografi og geografi.
- Innen 2015 bør det være godt nok grunnlag for at responstidskrav kan innføres
- Responstidskrav fra 2015 må ses i sammenheng med primærhelsetjenestens ressurser, organisering og mulighet til å iverksette legeutrykninger og First Responder organisering

8.10 Tilstedevakt eller hjemmevakt

Uavhengig av om arbeidstiden er organisert som aktiv tid hele døgnet eller som kombinasjonen aktiv arbeidstid og vakt på vaktrom (passiv tid) settes det like krav til responstid mens arbeidstidsordning med hjemmevakt har lengre responstid.

I merknaden til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 17 fremkommer følgende:

"Ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres."

Videre heter det at:

"Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt.

Unntak kan gjøres for stasjoner:

a) som har et lavt antall akuttoppdrag pr. år

b) hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.

Det er tilstrekkelig at ett av unntaksvilkårene er oppfylt."

Med tilstedevakt menes det at helsepersonell i vaktberedskap skal oppholde seg i umiddelbar nærhet av utrykningskjøretøyet. Unntaksbestemmelser for kravet om tilstedevakt, er ment å bidra til å sikre en nødvendig fleksibilitet i forhold til forskjeller i befolkningsgrunnlag og geografisk forhold.

Det er en utfordring at det ikke tydeligere spesifiseres når det tillates å bruke unntaksbestemmelsen i forskriften. På den ene siden sies det at man skal legge vekt på minimalisere responstid, samtidig som man godkjenner at man at det utenfor tettbygd strøk har hjemmevakt, noe som gir betydelig lenger responstid.

I henhold til statistikk fra Statistisk Sentralbyrå fra 2007 hadde Norge 417 ambulanser i heldøgnsdrift og 108 ambulanser i drift deler av døgnet. I en undersøkelse som arbeidsgruppen har gjennomført som omhandler 412 ambulanser i heldøgnsdrift og 102 ambulanser i drift deler av døgnet blir det oppgitt at 76 ambulanser ikke er bemannet med tilstedevakt hele døgnet og 49 ambulanser ikke er bemannet med tilstedevakt deler av døgnet. Undersøkelsen sier ingen ting om unntaket er knyttet til punkt a) eller b) i forskriften.

8.10.1 Arbeidsgruppens flertall anbefaler

- I den grad unntak fra krav om tilstedevakt godkjennes, må begge forutsetninger for unntak i § 17 være tilstede.
- Hjemmevakt er en type vaktordning som bør utvikles i sin helhet innen 2015 grunnet overnevnte begrunnelser

8.10.2 Arbeidsgruppens mindretall anbefaler

- Arbeidsgruppens mindretall bestående av Bjørn Jamtli, Arne Lindstad og Nils Jul Lindheim kan ikke støtte anbefalingen om at hjemmevakt bør utvikles i sin helhet innen 2015. For ambulansestasjon med lite befolkningsgrunnlag og få oppdrag kan hjemmevakt være en faktor som medvirket til at ambulansedriften kan opprettholdes. Mindretallet er imidlertid av den oppfatningen at hjemmevakten er en type vaktordning som i størst mulig grad bør unngås. Kun unntaksmessig bør det gis dispensasjon fra forskriften og da må begge forutsetninger for unntak i § 17 være til stede.

8.11 Kompetansekrav i ambulansetjenesten

Forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus stiller følgende krav til kompetanse i ambulansetjenesten:

”(§17) Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i §§ 3 2. ledd og 15

- skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport.
- Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider.
- Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav
En redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons- anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).”
- Kravet til kompetanse kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens ikrafttredelsestidspunkt.
- Minst ett av ambulansepersonellet skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

Utvalget er av den formening at forskriften er utformet på en slik måte at definert minimumsnivå ikke bør gjenspeile den kvalitet på utdanning som kreves i fremtiden. Innen år 2015 bør minimumsnivå i denne forskriften være at begge på ambulansen skal være autoriserte fagarbeidere i ambulansesfaget. Innen år 2020 bør det være forskriftsfestet at minimum en av de autoriserte fagarbeidere innehar en Paramedic/Bachelor Paramedicutdanning.

I en undersøkelse arbeidsgruppen har gjennomført og som omfattet 18 helseforetak fremkom det at det i november 2008 var 292 ambulansepersonell i full stilling som arbeidet med unntak fra forskriftens krav til kompetanse. Tilsvarende var det 60 personer i deltidsstilling. 14 av de 18 helseforetakene som besvarte undersøkelse oppga at de hadde planer som skulle sikre at forskriften kompetansekrav ble etterlevd innen 1. april 2010.

Angående kulepunkt 3 i dagens forskrift – øvrig helsepersonell

I dagens situasjon bruker mange Helseforetak forskjellige yrkesgrupper innen nevnte kategori. Dette fører til at bemanningen av ambulansetjenesten blir forskjellig fra region til region. Utvalget mener at dette er kvalitetsmessig uheldig. Arbeidsgivere og Helseforetak bør ha et aktivt samarbeid med fagopplæringskontorene i fylkeskommunene for å aktivt oppmuntre ”Øvrig helsepersonell” til å avlegge fagbrev. Det finnes avkortingsløp for andre helseprofesjoner slik at fagprøver kan avlegges innen rimelig tid. Dette er spesielt viktig for ambulansetjenester som har ansatt personell med

sykepleiekompetanse i sin utøvende tjeneste. Slikt personell er ikke definert i forskriften, dog innehar slikt personell en god teoretisk og pleiefaglig kompetanse som bør utnyttes. Helseforetak bør i en overgangsfase gjennomføre skolering innen de fagkretser som de mangler (redningsteknikk og utrykningskjøring). Mange steder i Norge blir ikke kompetansen godt nok utnyttet, Helseforetakene bør ikke sidestille sykepleiekompetanse med den som er beskrevet i NOU 76:2-medisinsk del.

8.12 Krav om autorisasjon

Med innføringen av den nye helsepersonelloven var ambulansesarbeidere med fagbrev en av de helsepersonellgruppene som omfattes av lovens bestemmelser om autorisasjon. I sin begrunnelse for å autorisere ambulansesarbeidere har lovgiver bl.a. uttalt følgende:

Yrkesutøvelsen kan innebære høy risiko for pasienten, avhengig av den helsefaglige bemanningen i ambulansetjenesten. Hensynet til forutsigbarhet og behovet for at yrkesgruppen innehar nødvendige kvalifikasjoner bør veie tungt. Likeledes annet helsepersonells og allmennhetens behov for tillit til at ambulansesarbeidere innehar nødvendig kompetanse.

Helsepersonelloven § 74 får betydning for bemanningen av ambulansetjenesten:

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell. Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

8.13 Grunnutdanning ambulansefag

Grunnutdanningen ble etablert i 1996 som eget fagområde i videregående skole. Etter 2 år på videregående skole, kunne elevene søke som lærlinger i godkjente lærebedrifter i ambulansefaget. I årene etter 1996, har utdanningstakten variert fra helseregion til helseregion. Utfordringen har vært 2 delt. Det har vært for få utdanningsinstitusjoner i forhold til behovet. Etablering av nye ambulanselinjer på videregående skoler har avhjulpet denne situasjonen de senere årene. Innledningsvis var det ikke mange nok lærebedrifter som kunne ta imot elver, i dag er situasjonen bedret. Det er mange elever som søker seg til VG -1 ambulansefag. I enkelte helseregioner vil det etter overgangordnings slutt i 2010 (Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus -18 mars 2005, § 17, tredje ledd) fortsatt være mange som ikke har fagbrev. Ofte er det muligheten til å avlegge fagbrev som privatister etter opplæringslovens § 2 som gjør at kandidatene må vente. Ambulansepersonell (uten avkorting) må ha arbeidet i 5 år i faget. Det er skissert flere muligheter til avkorting og mulighet til å rekruttere eldre arbeidstagere.

Læreplan i VG 1 – 2 gjennomføres på videregående skole der hvor det finnes ambulanselinje. VG 1- er generell helsefaglinje hvor elevene lærer generelle fag innen omsorg, pleie og allmennfag.

VG -2 elever gjennomfører ambulanselinja med fokus på pleie og akuttmedisin. Det har vært stor konkurranse om å komme inn på denne linjen. Gjennomsnittsalder på elevene er 17 år når de ferdige med dette året. Ved gjennomføring av VG – 2 , kan elevene være med som observatører inntil 6 timer i uka for å få et innblikk i hva ambulansesyrtet dreier seg om. Hensikten er at det skal være et bedre samarbeid mellom skole og ambulansebedrifter.

VG-3 er opplæring i ambulansebedrift. Ny læreplan gjelder fra 1 august 2008.(fastsatt som forskrift av Utdanningsdirektoratet 14.desember 2007 etter delegasjon i brev av 26.september 2005 fra Utdanning-og forskningsdepartementet med hjemmel i lov 17 juli 1998 nr 61. om grunnskolen og den videregående opplæringa(opplæringslova § 3-4 første ledd.)

Utdrag fra noen av disse punkter er:

Formål:

- Bidra til at lokalsamfunnet har beredskap ved akutt sykdom, forverring av kronisk sykdom, ulykker og katastrofer
- Fungere som bindeledd mellom primærhelsetjeneste og helseforetak
- Opplæringen skal være knyttet til det medisinske og operative fagfeltet og bidra til ambulansesarbeidere kan fungere godt i tverrfaglige akuttmedisinske team og i samarbeid med en kommunikasjonssentral

Struktur:

Grunnleggende helsefag som:

- Anatomi/fysiologi
- Pasientpleie og smitte
- Kommunikasjon, samhandling og etikk
- Profesjonell omsorg og medikamentlære

Ambulansemedisin som:

- Sykehistorie og skademekanikk
- Enkel undersøkelse – tegn og symptomer på skade og sykdom
- Akutt behandling av skader og sykdom

Ambulanseoperative emner som:

- Utførelse av ambulanseoppdrag på en trygg, effektiv og omsorgsfull måte
- Transport, overvåking, rapportering og dokumentasjon
- Kommunikasjon og samhandling med andre aktører i redningskjeden og annet helsepersonell

Kompetansemålene er utformet som spesifikke målområder - nedfelt i læreplan gjeldende fra 1. august 2008. Lærebedrifter kan innenfor målområdene detaljere mer hvilke momenter som ønskes vektlagt. Dette fører til en fleksibilitet i forhold til progresjon til lærlingen. Samtidig har lærebedrift og Fylkeskommunenes

Opplæringskontor mulighet til å vektlegge momenter på en tydeligere måte der det er behov. Allikevel er det viktig at detaljplaner ikke blir for sprikende fra helseregion til helseregion.

Sluttvurderingen gjøres i form av avleggelse av fagprøve i ambulanséfaget med fokus på grunnleggende helsefag, ambulansemedisin og ambulanseoperative emner.

Dagens grunnutdanning innen ambulanséfaget er omfattende sammenlignet med andre land. Ambulansearbeidere er mer overbevist om sitt utdanningsvalg og har høyere generell tilfredshet med utdanningen enn andre yrkesgrupper (FOU-rapport Diakonissehusets høgskole nr. 1/2007).

Et av funnene i denne rapporten viser også at 87 % av ambulansearbeiderne har planer om videre utdanning og 34 % hadde påbegynt slik videreutdanning på undersøkelsestidspunktet.

Imidlertid beskrives også utfordringer i rapporten. Det påpekes at samarbeidet mellom lærested og skole kan forbedres.

Det uttrykkes også et behov for et økt fokus på veilederrollen i ambulansetjenesten. Noen påpeker også at gjennomføringen av den praktiske fagprøven bør være mer standardisert.

Det er påpekt fra ulike hold at elevene må velge yrkesvei i svært ung alder. Dette skaper også i enkelte tilfeller problemer i forhold til alderskravet for å tilegne seg kompetansebevis i utrykningskjøring.

8.13.1 Arbeidsgruppens anbefalinger

- Arbeidsgruppen mener dagens fagutdanning samlet sett gir en tilstrekkelig grunnleggende kompetanse innen ambulanséfaget. Det er gruppens vurdering at den grunnutdanningen må fylle alle formelle kompetansekrav som stilles til yrkesutøvelsen. En bør derfor på denne bakgrunn se nærmere på problematikken knyttet til ervervelse av kompetansebevis i utrykningskjøring, alder og fullført fagutdanning.
- Arbeidsgruppen mener det bør dannes nettverksgrupper som sikrer at opplæring i bedrifter samordnes slik at sluttkompetansen og gjennomføring av praktisk fagprøve er enhetlig og standardisert.
- Arbeidsgruppen mener at forskriften ikke tar høyde for de utfordringer som oppstår når pasienten har behov for observasjon/behandling av den på ambulansen med mest kompetanse. Dagens kompetansekrav, vil ofte medføre at den med mest kompetanse må kjøre ambulansen. Utvalget mener derfor at forskriften bør endres slik at både fører og behandler på ambulansen skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

- Arbeidsgruppen er av den formening at dagens fagutdanning bør være det grunnleggende kompetansenivå innen ambulanséfaget i fremtiden.

8.14 Utdanningskapasitet og læreplasser

Arbeidsgruppen har bedt Utdanningsdirektoratet (avdeling for dokumentasjon og analyse) om en oversikt over dekning av ambulansefaglige læreplasser i forhold til skoleplasser på landsbasis. I tillegg ble det bedt om en oversikt over dekningen i hvert enkelt fylke. Utdanningsdirektoratet informerte arbeidsgruppen den 3. oktober 08 om at de ikke hadde kapasitet til å utarbeide en slik oversikt for 2008.

Vår erfaring er at det generelt er et stort gap mellom dekning av læreplasser og skoleplasser i dagens grunntutdanning i ambulanséfaget, og at dette er et problem i forhold til å utdanne nok ambulansesarbeidere i forhold til det reelle behovet for faglært ambulansepersonell.

Eksempler fra Oslo og Akershus viser at Oslo har 57 prosent dekning og Akershus har 65 prosent dekning av søkere til læreplasser. (Tall fra fagopplæringskontorene i de to fylkeskommunene per 9. september).

Manglende læreplasser innenfor ambulanséfaget vil medføre at mange ikke får fullført utdanningen sin. Dette er uheldig for de berørte elevene. Mest kritisk er det imidlertid at ambulansetjenesten ikke får tilgang på nok faglært ambulansepersonell.

8.14.1 Arbeidsgruppens anbefalinger

- Det må utføres en kartlegging av det totale behovet for utdanning av ambulansesarbeidere i landet. Dette må både være retningsgivende for fylkeskommuner (ansvarlig for videregående opplæring) og primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Det er behov for bedre samhandling mellom skolene og bedrifter som tilbyr læreplass i ambulanséfaget (både innenfor primær og spesialisthelsetjenesten).
- Helseforetakene må få nok ressurser til å ta imot flere lærlinger. Det må tas høyde for at god oppfølging av lærlinger i ambulanséfaget både er tidkrevende og ressurskrevende.
- Det må utdannes flere instruktører, både for å sikre rekruttering og for å gi den enkelte lærling god faglig oppfølging. Fylkeskommunenene, som er ansvarlig for instruktørutdanningen, må sørge for å gi opplæring som både er fleksibel og tilgjengelig for ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten og i tråd med nye krav i Kunnskapsløftet.

- Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHFene (08) pålegger helseforetakene å bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser med særlig fokus på ambulansesarbeiderutdanningen. Departementet må følge opp i det enkelte helseforetak ift resultatoppnåelse på dette punkt og vurdere å tallfeste krav til antall læreplasser i oppdragsdokumentene på bakgrunn av en behovsanalyse.

8.15 Modell for utdanning – bygget på dagens forskrift og fremtidens struktur

Arbeidsgruppen mener at det bør gjennomføres en lik modell angående kompetansenivå for ambulansesarbeidere i Norge:

- Kompetansenivå 1: Personell uten fagbrev - definert med minimumskompetanse jfr. Forskrift. Utvalget mener dette kompetansenivået ikke vil være tilstrekkelig grunnkompetanse på en ambulanse i fremtiden. Vi mener dette kompetansenivået ikke bør inngå som en del av fremtidens ambulansetjeneste og forslår at det bør være et mål å utfase dette nivået innen 2015. En endring av forskriftskravet i samråd med denne anbefaling bør derfor vurderes.
- Kompetansenivå 2: Autoriserte fagarbeidere i ambulansefaget.
- Kompetansenivå 3: Autoriserte fagarbeidere med videreutdanning i dagens Paramedicmodell som tidligere beskrevet i Helsedirektoratets anbefaling til HOD. Dette nivået bør være Bachelor Paramedic på sikt.
- Spesialistnivå: Anestesipersonell og personell i spesialiserte utrykningsenheter.

8.15.1 Utdanning på høghskolenivå

Utvalget har som følge av inndelingen i kompetansenivå innen ambulansefaget valgt å beskrive dette punktet som kompetansenivå 3 som innebærer det avanserte nivået innen faget.

Økende krav til kompetanse

Ambulansefaget har på relativt kort tid utviklet seg fra å være en nærmest ren transportoppgave til dagens utøvelse på til dels svært avansert nivå. Man snakker i dag om at de prehospitale tjenestene er sykehusenes forlengede arm og at sykehuset er "flyttet ut" til pasienten. Alle aktører beskriver en utvikling med økende krav til håndtering av sammensatte og diffuse problemstillinger som krever vurderinger som fordrer medisinsk, pleiefaglig, sosial og etisk kompetanse.

I store deler av Norge vil ambulansepersonellet arbeide svært selvstendig. I tillegg opererer de fleste ambulansetjenester med omfattende medisinske fullmakter og delegeringer for sitt personell hva gjelder medisinske prosedyrer, medikamentering, iverksettelse av avanserte behandlingsformer og fastsettelse av behandlingsnivå innen helsetjenesten. Dette er oppgaver som i andre

sammenhenger utføres av leger. Mye tyder på at dette er en utvikling som vil fortsette også fremover.

På samme måte ser vi en hverdag med økende krav til operativ kompetanse. Det stilles store krav til samhandlingskompetanse, organisatoriske kunnskaper, egensikring og redningstekniske prosedyrer.

Ambulansepersonellet innehar en naturlig og nødvendig kompetanse ved landets AMK-sentraller med sin ambulansefaglige bakgrunn. Imidlertid er det ikke utviklet noen felles nasjonal eller formalisert utdanning innen dette området. Arbeidsgruppen mener dette har vært viet for lite nasjonalt fokus og funksjonen som AMK-operatør vil kreve et mer formaliserte utdanningsløp i fremtiden.

Fagområdet har også vært gjenstand for økende interesse i forhold til forskning og utvikling. Det beskrives som et behov at fagpersonell innen de ulike områdene selv er kompetansemessig i stand til å planlegge, gjennomføre og ferdigstille forsknings- og utviklingsprosjekt.

8.16 Utdanning på avansert nivå

Konklusjonen støttes av de mange eksemplene vi kan se på hvordan behovet for å etablere et avansert kompetansenivå innen ambulansefaget er håndtert av de ulike utøverne. Nesten alle modellene kjennetegnes ved at de er lokale etatsinterne utdanninger som skal sikre en yrkesutøvelse innen fagområdet på et mer avansert nivå enn grunnutdannelsen gir grunnlag for. Som en kuriositet kan nevnes at ambulansetjenesten i Oslo alt i 1974 startet en toårig ambulanseskole som ga grunnlag for utøvelse av faget på avansert nivå. Problemet med slike utdanninger er blant annet at de ikke gir noen formell kompetanse og derfor ikke uten videre kan komme til anvendelse hos andre arbeidsgivere. Videre ser arbeidsgruppen også at denne praksisen medfører svært ulike nivåer og utdanningsmodeller ut over grunnutdannelsen som ambulansearbeider.

Som en følge av disse problemene ble partene i arbeidslivet og myndighetene enige om å starte et pilotprosjekt i regi av Høgskolen i Lillehammer (HiL) med en ettårig, modulbasert videreutdanning innen ambulansefaget. Utdanningen skulle gi studiepoeng og kom i gang i 2002. Utdanningen ble i 2005 evaluert av Østlandsforskning (ØF-rapport nr.9/2005) og var entydig positiv. I de senere år har flere høgskoler opprettet studietilbud etter fagplanen utviklet av HiL. I tillegg har Høgskolen i Østfold utviklet et treårig studium som skal føre frem til en bachelor som paramedic.

Disse lokale etatsinterne utdanningene og etableringen av utdanningsløp med ulik lengde og ulike fagplaner ved flere høgskoler beskrives som et betydelig problem. Nesten alle aktører anbefaler en løsning på denne utfordringen ved å formalisere et utdanningsløp for et avansert kompetansenivå innen ambulansefaget basert på en nasjonal rammeplan.

Arbeidsgruppen mener det er svært viktig å etablere en slik utdanningsmodell i et gjenkjennbart system. Følgelig har vi lagt til grunn at to nivåer utpeker seg som naturlige å vurdere. Arbeidsgruppens vurdering har derfor bestått av en modell enten på fagskolenivå eller høgskolenivå.

Vi vil peke følgende forhold som etter vår mening er sentrale ved valg av utdanningsmodell:

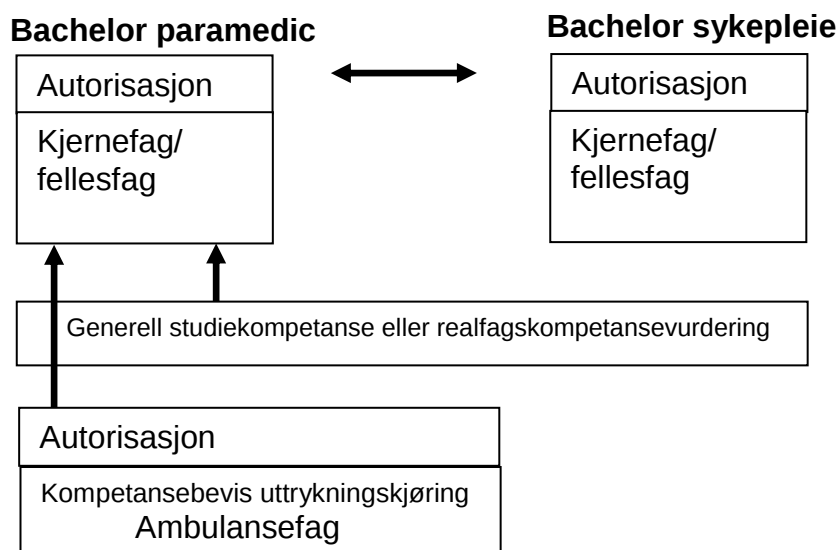
- Ambulansepersonell utfører i dag vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høgskoleutdanning.
- Kravene til kompetanse synes økende i fremtiden.
- Utdanningen skal utvikles i et gjenkjennbart system på et anerkjent nivå.
- Utdanningen skal inneholde tilstrekkelig akademisk kompetanse innen faget for å sikre forskning og utvikling innen fagområdet.
- Modellen skal legge til rette for en bredere kompetanseplattform med mulighet for en mer fleksibel bruk av kompetansen.
- Det bør legges til rette for å få godskrevet kompatibel kompetanse fra relevante andre helseprofesjonsutdanninger.
- Utviklingen internasjonalt viser en etablering av et formalisert avansert kompetansenivå innen ambulansesfaget på høgskolenivå.
- Det påpekes i mandatet at utvalget skal ta utgangspunkt i det arbeid som er gjennomført av Helsedirektoratet.
- Ambulansepersonell med høgskoleutdanning og økt kompetanse, vil kunne bidra til bedre utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten. Ambulansepersonell vil kunne utfylle primærhelsetjenesten på en bedre måte.
- Ambulansepersonell med høgskoleutdanning vil kunne ha tilleggsoppgaver og arbeide tettere sammen med kommunens leger og sykepleiere

8.17 Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen vil på denne bakgrunn, i tråd med forslaget fra Helsedirektoratet, anbefale å etablere en formalisert utdanning for avansert nivå innen ambulansesfaget på høgskolenivå. Arbeidsgruppen anbefaler videre at en nasjonal rammeplan legges til grunn for utvikling av en bachelor paramedic. Det synes også naturlig at utdanningen på lik linje med tilsvarende høgskolestudier rammefinansieres gjennom Kunnskapsdepartementet.

8.17.1 Fremtidig utdanningsmodell

Utvalget ønsker som følge av konklusjonen ovenfor å fremme følgende forslag til utdanningsmodell for avansert kompetansenivå innen ambulansesfaget:



Kommentarer til modellen

Arbeidsgruppen mener modellen på en god måte ivaretar behovet for en fleksibel utnyttelse/godskriving av relevant og overlappende kompetanse på tvers av helseprofesjoner her beskrevet som fellesfag. Den ivaretar også kravet til gjenkjennbar struktur med kompetanse på det vi anser som et tilstrekkelig, men nødvendig nivå.

Modellen vil, slik vi ser det, gjøre det nødvendig med en ny autorisasjon som bachelor paramedic. Dette vil imidlertid ikke være ulikt løpet vi kan se innen omsorgs- og sykepleiefaget. En helsefagarbeider får autorisasjon ved bestått fagbrev. Dersom denne i tillegg tar en bachelor sykepleie, vil vedkommende få ny autorisasjon som dette. Arbeidsgruppen mener denne autorisasjonsordningen kan overføres til foreslått modell.

8.17.2 Overgangsordninger

Paramedics

Mange har i dag påbegynt en ettårig videreutdanning på høgsolen. En bachelorutdanning skal bygge videre på en slik fagplan. Det blir derfor viktig å sikre at Paramedics kan videreføre sin utdanning for avslutte med en bachelor utdanning.

Fagarbeidere i ambulansefaget

De fleste har ikke generell studiekompetanse. Det blir derfor viktig å til rette legge en Bachelor utdanning på et slikt grunnlag. Annen høgscoleutdanning gjennomfører vekting etter den såkalte "Y-veien". Her er det muligheter til direkteopptak på bachelorutdanning med forsterking av den teoretiske delen av utdanningen. En slik mulighet bør det også legges til rette innen helseutdanningene.

Sykepleiere

Flere som arbeider i ambulansetjenesten har en bachelor i sykepleie. Slikt personell må kunne få tilrettelagt et utdanningsløp for å gjennomføre en bachelor paramedic.

8.17.3 Arbeidsgruppens anbefalinger

Det nedsettes en tverrfaglig arbeidsgruppe for å utvikle en bachelor paramedic i samsvar med arbeidsgruppens modell. Videre bør det utredes en mulig samordning av felles utdanningsmoduler i bachelor paramedic og bachelor i sykepleie. Arbeidsgruppen mener videre at det i fremtiden også bør inngå et masterstudie i ambulansefag. En slik utvikling vil være mulig og nødvendig ettersom den teknologiske og faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten gjennomføres i fremtiden. En mastergrad i ambulansefaget bør utredes parallelt med utvikling av en Bachelor paramedic.

Krav til utdanning - Spesialistnivå

De leger, sykepleiere, jordmødre og ambulanspersonell som deltar i tjenesten på dette kompetansenivået vil ha spesialisert utdanning og praksis fra akuttmedisinsk arbeide.

Personellet arbeider i legebemannet luftambulansetjeneste og ambulansenheter som også transporter intensivpasienter. Det er viktig at med gode rutiner for opplæring og utsjekk i prehospital akuttmedisin og operative emner tilpasset dette kompetansenivået. Personellet har en viktig rolle som veiledere for annet helsepersonell og ambulanspersonellet.

8.18 Spesialkompetanse i ambulansetjenesten

Med økt spesialisering og endret funksjonsfordeling vil stadig flere og sykere pasienter ha lengre avstand til behandlende sykehus, samt at flere akutt kritisk syke transporteres mellom sykehus med ulikt kompetansenivå. I ambulansetjenesten, som i helsevesenet for øvrig, er det pasientens behov for faglig forsvarlig helsehjelp som må være utgangspunkt for å vurdere krav til kompetanse hos det personell som skal bemanne ambulansetjenesten. Det å gjennomføre avanserte behandlingstiltak stiller krav til personellens evne til observasjon av endring i pasientens tilstand, mulighet for å kunne diagnostisere, evne til å iverksette nødvendige tiltak, kunne dokumentere og evaluere effekten av behandling. I tillegg må det personell som skal bemanne en ambulanse kunne håndtere stadig mer avansert medisinsk teknisk utstyr, som f.eks bruk av avanserte sprøytepumper med potente medikamenter og utstyr for kontrollert ventilasjon. Det forutsetter en differensiert bemanning vurdert ut fra pasientens tilstand.

Ambulansetjenesten skal fungere som sykehusets forlengede arm, og i forhold til traumerapporten skal "kompetansen ikke være lavere enn inne på sykehus". Helseforetakenes utfordring blir derfor å tilpasse personellressurser til oppdragets alvorlighetsgrad.

Flere helseforetak benytter seg av anestesisykepleiere/leger prehospitalt, både ved akutte oppdrag og ved såkalte intensivtransporter. Intensivsykepleiere deltar

også ved overflytting av akutt og kritisk syke pasienter prehospitalt og intrahospitalt. Begrunnelsen har vært behov for spesialkompetanse i tjenesten ved gitte kriterier og ved opprettholdelse av et akuttmedisinsk forsvarlig helsetilbud ved nedleggelse av lokalsykehus. En fordel er at yrkesgruppen har en forutsigbar kompetanse ut fra en felles faglig plattform, og at kompetansen de innehar er overførbart fra hospitalt til prehospitalt arbeid. Det kan nevnes mengdetrening i forhold til sentrale ferdigheter eksempelvis, samt erfaring i samhandling og samarbeid på tvers av faggrupper og nivåer.

I tillegg inngår anestesisykepleiere/leger som del av sykehusenes katastrofe/beredskapsplan. Som yrkesgruppe utgjør anestesisykepleiere en tilgjengelig og allerede eksisterende ressurs, og vil bidra til å styrke det akuttmedisinske teamet. I tillegg til videreutdanning på høgskolenivå, har mange gjennomført ulike typer traumekurs. Det kan opplyses at det starter prehospital utdanning for anestesisykepleiere våren 2009 ved Høgskolen på Gjøvik.

8.18.1 *Transport av intensivpasienter*

Med intensivtransport menes her pasienter som har behov for medisinsk overvåkning og behandling tilsvarende det som tilbys ved overvåknings- og intensivenheter i sykehus. Eksempler på dette kan være respiratorpasienter, pasienter med behov for vasoaktive medikamenter, dialyse/hemofiltrasjon, ECMO (EkstraCorporal Membran Oksyginator) osv.

På slutten av 90-tallet ble det i Oslo-regionen etablert en intensivambulansetjeneste for transport av intensivpasienter. Ambulansen ble utstyrt med medisinsk teknisk utstyr tilsvarende det som benyttes i luftambulansetjenesten. Oppdragsmengden i denne regionen har vært stadig økende for så å stabilisere seg på et antall på ca. 600 oppdrag per år. En ytterligere økning har uteblitt pga. etablering av helikopter nr. 2 ved basen på Lørenskog. Omtrent halvparten av oppdragene med intensivambulansen har vært transport av respiratorpasienter.

Spesialsykepleierne som bemanner ambulansen er alle knyttet til spesialavdelinger ved å delta i en rulleringsordning hver sjette uke, i tillegg til vakter på for eksempel ambulansetjenesten på Gardemoen. Oppdrag rekvireres via AMK-sentraler, og vakthavende anestesilege vurderer behov for nivå på den faglige kompetansen. Halvparten av intensivtransportene har vært gjennomført uten følge av lege. Tilsvarende organisering finnes også i andre helseforetak. Det å benytte et trenet transportteam har medført at komplikasjoner under transport reduseres. De helseforetak som i dag har erfaring med å organisere og tilrettelegge for intensivtransporter, ser derfor et helt klart behov for å opprettholde denne type tjeneste.

Imidlertid er opprettelse og drift av slike spesialiserte transporttjenester svært kostnadskrevende. Bruken av luftambulansetjeneste er fordoblet de siste ti år. Det er nødvendig at det foretas kost/nytte-analyser ved strukturendringer og funksjonsfordeling innen spesialisthelsetjenesten som medfører et økende behov for slike spesialiserte transporttjenester i fremtiden.

8.18.2 Transport av nyfødte

Stortinget vedtok i 2001 en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Moderne fødselsomsorg og intensivbehandling har gjort det mulig å redde for tidlig fødte barn som for få år siden ikke ble betraktet som levedyktige. Dette medfører konsekvenser for den akuttmedisinske beredskapen; både transport mellom ulike nivåer, dvs fra fødestuer til mer avansert og kompetente fødeinstitusjoner, samt transport av kritisk syke nyfødte og premature barn. Kuvøsetransport er en spesiell utfordring for ambulansetjenesten både på bakken og i luften. Ved flere sykehus er det etablert spesielle kuvøseteam som har spesialkompetanse for denne pasientgruppen.

I Nord Norge er det medisinskfaglige ansvaret for slike transporter tillagt prematuravdelingene ved henholdsvis UNN og NSS. Kuvøse bygget om til innfesting i ambulanseflyene befinner seg på de respektive prematuravdelinger. Kuvøseteamet består her av barnelege og neonatalsykepleier. Disse varsles av AMK, og møter på flyplassen med kuvøse og det utstyr som ansees nødvendig. Flysykepleiers oppgaver under kuvøsetransport består i å assistere kuvøseteamet etter behov.

Transport av nyfødte er spesielt kompetansekrevende både fordi mange av de premature barna er kritisk syke, og marginene er små. I tillegg kreves det kompetanse til å håndtere avansert medisinsk teknisk utstyr. Akuttberedskapen er generelt en viktig trygghetsskapende faktor for befolkningen, og kanskje spesielt for nyfødte og deres familie i en svært sårbar situasjon. I tillegg til trygghet har befolkningen krav og forventninger til tilgjengelighet og høy faglig kompetanse til denne akuttmedisinske beredskapen.

8.19 Jordmødres spesialkompetanse i ambulansetjenesten.

I Norge fødes det i underkant av 60 000 barn hvert år. Mange av de fødende har lang reisevei til nærmeste fødeinstitusjon. I følge Medisinsk fødselsregister ble det i 2006 født 548 barn utenfor institusjon. 121 av disse var planlagte hjemmefødsler, 191 var ikke planlagt hjemmefødsler, mens 184 ble født under transport. Det har i mange år vært et ønske om følgetjeneste for fødende med over 1 times reisevei. Følgetjenesten er fremdeles ikke lovpålagt, men i Helse- og omsorgsdepartementets begrunnelse for forslaget om lovfesting av jordmortjenesten i kommunene, pekte de på at "jordmor kan inngå i beredskapsvakter og være kompetent ledsager og fødselshjelper hvis fødsel skjer underveis til sykehus" (Ot.prp. nr. 60 (1993-1994)). Jordmortjenesten ble en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten fra 1995 gjennom rundskriv I-14/95 fra Sosial- og helsedepartementet, og er nedfelt i Lov om helsetjenester i kommunene, § 1-3. Stønad til jordmorhjelp ved følgetjeneste godtgjøres av trygden, mens utgifter til eventuell beredskap må dekkes av kommunen.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets problemnotat om fødselsomsorgen fra 2007, manglet 40 prosent av kommunene med over 1 times reisevei til fødested en følgetjeneste. Bare 38 prosent hadde døgkontinuerlig følgetjeneste. De øvrige 22 prosent hadde følgetjeneste, men den var ikke kontinuerlig. Under halvparten av kommunene som hadde følgetjeneste, hadde en vikarordning.

Følgetjenesten er avgjørende for å sikre trygghet og forsvarlighet for gravide kvinner som har lang reisevei til fødestedet. Jordmødre har femårig høyskoleutdanning med spesialkompetanse på bl.a. svangerskap, fødsel og barseltid. Det å reise over lange avstander, føles utrygt for fødende kvinner. Denne utryggheten kan reduseres ved at de har en kompetent fødselshjelper med seg. Mange kvinner føder kort tid etter ankomst til fødeinstitusjonen. Jordmødre har derfor en viktig funksjon i ambulansetjenesten for å ivareta følgetjeneste der det er lang reisevei til sykehuset.

Det er noen ganger behov for å transportere nyfødte i ambulanse. Der det er mangel på annet egnet personell, er jordmor godt kvalifisert til å bistå ved dette.

8.20 Etikk og holdninger i ambulansetjenesten

Arbeidsgruppen er bedt om å gjøre noen vurderinger angående disse viktige punktene. Det har vært mye mediaoppslag det siste året som har satt fokus på dette området. Etikk og holdninger er fag som er gjennomgående i grunnutdanningen samt i dagens videreutdanning (Paramedicutdanningen) På VG1-2 så er det avsatt mange timer i teamet. Elevene på VG1 og VG 2 er til dels unge uten særlig livserfaring til å kunne takle krevende situasjoner i møte med pasienter som er i krise. I slike situasjoner er det viktig at ambulansepersonellet har et avklart og reflektert handlingsmønster med tanke på egne holdninger og verdier. I paramedicstudiet er det avsatt en modul(10 studiepoeng) til faget etikk,kommunikasjon og holdninger. I denne modulen er det til sammen 16 undervisningstimer i emnet etikk og holdninger. Professor i helsefag -Halvor Nordby ved Høgskolen i Lillehammer, har fagene etikk og holdninger som kjerneemner i sin doktorgrad. Han har i sine undervisninger gjort følgende refleksjoner:

- Mange rekrutteringsveier inn i yrket har medført at det er utviklet flere "handlingssett". Ofte er det kultur og arbeidsmiljø som avgjør hvilken "norm" som gjelder.
- De fleste ambulansearbeidere på Paramedicstudiet er reflekterte i forhold til eget verdisett. Dog ses det flere individuelle forskjeller på handlingsmønstre. Man må anta at dette har med å gjøre at det er forskjellige rekrutteringsveier(VG 1-3, avkortet løp og praksiskandidater) inn til yrket.
- Refleksjonsnivå kan være noe lavt- ambulansearbeidere kan ha en tendens til å vurdere norm etter "magefølelse".
- Mange ambulansearbeidere som ikke har gjennomført "skoleveien" bør ha en større teoretisk "ballast" for å kunne gjøre gode refleksjoner.

8.20.1 Arbeidsgruppens anbefalinger

- Arbeidet med etikk og holdninger er en kontinuerlig prosess som må gjennomføres på et systematisk måte. Kultur og lederes arbeidsstil er en kritisk suksessfaktor. Videre mener arbeidsgruppen at det ikke finnes belegg for å si at ambulansepersonell ikke innehar likt handlingssett som andre helsearbeidere når det gjelder etikk og holdninger.

- Etikk og holdninger er fagkretser som passer bra inn i en eventuell samordnet Bachelorutdanning sammen med andre helsefag.
- Ambulansepersonellets ofte stressede arbeidssituasjon, gjør at utvelgelse til yrket også må fokusere på det å opptre på en profesjonell måte i alle situasjoner.
- Arbeidsgruppen mener at Etikk og holdninger bør ha et økt fokus på VG1-2. Ungdommer som skolerer til fagarbeidere, bør ha flere dedikerte timer som er avsatt til problemstillinger innen etikk og holdninger. Dette må ses i sammenheng med opplæring i bedrift – VG 3.
- Arbeidsgruppen mener at fagkretsen Etikk og holdninger som finnes på dagens Paramedicmodell, gir en god struktur og et godt faglig innhold for refleksjon og forståelse for utfordringer som kan oppstå. I dagens modell, er etikk og holdninger vektet med 1/6 av det totale studiet. Evalueringer fra studentene selv, viser at dette er en god vekting.
(Østlandsforsknings rapport etter gjennomføring av pilotkullet 2002)

8.21 Arbeidsmiljø og arbeidsforhold

En undersøkelse som nylig er gjort av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAM) viser at norsk ambulansepersonell har et lavt nivå av angst- og depresjonssymptomer sammenlignet med øvrige deler av yrkesbefolkningen. Også nivået av somatiske smerter var moderat og innenfor rammen av det man ville forvente i den generelle befolkningen.

Når det gjelder mer spesifikke faktorer som preger arbeidsmiljø og arbeidsforholdene i tjenesten vises det blant annet til Fou-rapport fra Diakonissehjemmets høgskole nr.1/2007 hvor bl.a. ambulansearbeideres arbeidssituasjon er undersøkt.

Undersøkelsen viste at 62 % av ambulansearbeiderne var svært fornøyd i jobben sin, 91 % var svært eller ganske fornøyd i jobben, og bare 3 % oppgav at de var misfornøyd. Dette viser en arbeidstilfredshet blant ambulansearbeidere som er vesentlig høyere enn i øvrige deler av den yrkesaktive befolkningen i Norge.

De elementene ambulansearbeiderne var mest fornøyd med i yrket var at arbeidet og yrket er variert, spennende, meningsfylt og utfordrende både faglig og praktisk. Det å jobbe med mennesker i forskjellige livssituasjoner, herunder akutsituasjoner og kriser, og det å få lov til å yte hjelp oppleves som positivt. Av andre positive sider ved yrket nevnes det primært den gode opplevelsen av mestre en jobb med stort ansvar, delegerte oppgaver og godt arbeidsmiljø som preges av samhold, teamarbeid og en tilfredshet med kollegaen på bilen.

De elementene som ambulansearbeiderne var minst fornøyd med i yrket var gjennomgående forholdet til ledelsen. Det handler om en opplevelse av å ikke bli sett og verdsatt, følelse av liten støtte og anerkjennelse, manglende samarbeid med ledelsen og for dårlig informasjonsflyt. I tillegg oppleves det at alt styres av

økonomi og at mangel på utstyr. Dårlig beredskap og for lav bemanning blir et resultat av dette. Andre negative forhold som også trekkes frem er en følelse av å få liten forståelse fra annet helsepersonell for arbeidet de utfører som ambulansearbeidere. Det nevnes spesielt at annet helsepersonell ikke hører etter ved deres rapportering, samarbeidsproblemer knyttet til overflytting mellom sykehus og sykehjem, samarbeidet med AMK, akuttmottak, leger og sykepleiere. En del ambulansearbeidere uttrykker også frustrasjon over manglende faglig oppdatering og videreutdanning.

Et annet viktig punkt som beskrives som en utfordring er bruken av vikarer/midlertidig ansettelse og overtid. Det er vanskelig å få oversikt over volumet av vikarbruk og overtid på landsbasis, men kjennskap til tjenesten tilsier at det er høyt forbruk av dette. Det finnes flere årsaker til dette, men kjernen er mangelen på fagarbeidere, ferie/permisjoner, sykefravær og stramme bemanningsplaner.

Arbeidsgruppen mener det er viktig å fokusere på vikarbruk i ambulansetjenesten.

Vi mener det er viktig å utarbeide bemannings- og kompetanseplaner som tar høyde for stipulert fravær, turn-over og naturlig avgang. Slike planer vil også virke dimensjonerende for hvor mange utdanningsplasser innen de enkelte kompetansenivåer hver enkelt tjeneste må etablere.

8.21.1 *Arbeidsgruppens anbefalinger*

- Redusere kontrollspenn og øke kompetanse for ledere med personalansvar i ambulansetjenesten
- Øke fokus på å informere om ambulansetjenestens arbeidsoppgaver og kompetansekrav overfor andre helsepersonellgrupper.
- Øke kapasiteten og legge bedre til rette for at ambulansearbeidere kan delta på etter og videreutdanning, og andre tiltak for faglig oppdatering.
- Utarbeide bemannings- og kompetanseplaner.
- Vurdere større grunnebanning av fast ansatte – for eksempel ved å overtallsbemanne i forhold til minimumskravene i tjenesteplanen.

8.22 Transport av psykiatriske pasienter

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 3, fastslår at akutt oppstått eller akutt forverring av psykiske lidelser inngår i det akuttmedisinske tjenestetilbudet utenfor sykehus. Av dette følger at helseforetakene plikter å sørge for at også psykiatriske pasienter tilbys forsvarlige transporttjenester.

Historisk har politiet forestått en betydelig andel transporter av psykiatriske pasienter. Mange pasienter og pårørende har følt dette stigmatiserende.. Både hensyn til pasientenes særlige behov, og ønske om å redusere bruken av politiet, gjør det nødvendig å revurdere denne praksisen.

I Helse Bergen ble det våren 2005 opprettet en egen psykiatriambulans. Psykiatriambulanse er et samarbeid mellom helseforetakets ambulansetjeneste og psykiatrisk klinikk. Bil og sjåfør er tilknyttet ambulansetjenesten, de to øvrige er psykiatrisk helsepersonell, sykepleier/vernepleier. Psykiatriambulanse fungerer i hele helseforetakets dekningsområde og styres operativt av AMK. Bilen er uniformert og utstyrt som ordinær ambulans, men samtidig særlig tilrettelagt for transport av psykiatriske pasienter.

Psykiatriambulanse skal dekke behovet for transport ved innleggelser, frivillig og tvang, i tillegg til andre typer transporter innen psykiatrien. Personalet har ikke anledning til å bruke maktmidler uten i en nødrettssituasjon. Politiet kontaktes om pasientene nekter transport, eller bruk av tvang overveies

Tall fra 2006 og 2007 viser at psykiatriambulanse i Bergen transporterte 78 % av alle tvangsinnleggelser og 10% av de frivillige innleggelsene. Politiet var involvert i 11% av tvangsinnleggelsene. Tilbudet har fått gode tilbakemeldinger fra brukerne.

8.22.1 Arbeidsgruppens vurdering

Utvalget anser det som viktig og riktig at man søker å begrense bruken av politi ved transport av psykiatriske pasienter. For at dette skal være mulig, vil det uavhengig av transportmiddel, (drosje, ambulans, fly osv) være viktig at transporten planlegges nøye. Dette er særlig viktig ved lengre transporter. Forut for enhver transport av psykiatrisk pasient må det gjøres en risikovurdering.

Helsepersonell som skal bistå ved transport av psykiatriske pasienter må avsette nødvendig tid slik at det blir mulig både å forberede pasienten, gjøre nødvendige avtaler og bruke den tid som er nødvendig for å hindre bruk av tvang.

Pasienter innlegges hovedsaklig frivillig i psykiatrisk sykehus. Med mindre pasienten har særlige behov, vil det i disse tilfellene oftest være tilstrekkelig å transportere pasienten i vanlig drosje eller lignende, ledsaget, enten av pårørende, eller helsepersonell.

Transport i drosje vil også være mulig for flere av de pasienter som innlegges i psykiatrisk sykehus med tvang. Ved tvangsinnleggelser vil det som regel være påkrevet med ledsagelse av helsepersonell.

I situasjoner der pasienten fysisk motsetter seg innleggelse i sykehus, eller hvor det anses å være risiko for utagering under transport, vil det være nødvendig å involvere politiet. Dette fordi helsepersonell ikke kan utøve tvangstiltak utenfor institusjon.

Ved en rekke distriktpspsykiatriske sentre (DPS) er det etablert såkalt "akutteam" som bl.a. har som oppgave å reise hjem til pasienter og bistå ved innleggelse i sykehus. Personellet ved DPS har førstehåndskunnskap om pasientene, noe som er viktig både for å kunne vurdere pasientens sykdomsutvikling og behov for sykehusinnleggelse, men også for å planlegge og gjennomføre innleggelser i sykehus på en god måte. Å benytte personell fra DPSer eller fastleger som kjenner pasienten over tid som ledsager ved innleggelse av pasient psykiatrisk sykehus vurderes som gode løsninger som vil være gjennomførbare i de fleste deler av landet.

Basert på erfaringene fra Helse Bergen er det grunn til å tro at bruk av egen psykiatriambulanse kan redusere bruk av politi ved tvangsinnleggelser. Ut fra en nytte – kostnadsvurdering vil et slikt transporttilbud trolig bare være kostnadseffektivt i større byer med et tilstrekkelig pasientgrunnlag. Det vil derfor være viktig at man som hovedregel planlegger slike pasienttransporter i tråd med hva som er nevnt ovenfor.

Ved etablering av egen psykiatriambulanse må minimumskravene til bemanning og kompetanse i hht. Akutforskriften ivaretas. I tillegg vil det trolig være nødvendig å etablere fast supplement/tilleggsbemanning med minst ett helsepersonell, fortrinnsvis sykepleier med erfaring fra psykiatrisk akuttavdeling/psykiatrisk sykepleier. Øvrig ambulansepersonell må ha opplæring i konflikthåndtering. Ved rekruttering må det må legges stor vekt på personlig egnethet. Kunnskap om regelverk og prosedyre ved tvang og bruk av makt må dokumenteres.

På samme måte som for øvrig ambulansetjeneste er det viktig at det utvikles faglige prosedyrer for psykiatriambulanse og at ansvarsforholdene er avklart. Det må også være mulig for helsepersonellet på psykiatriambulansen å konsultere lege, fortrinnsvis psykiater, ved behov.

Store deler av Norge har lang avstand til psykiatrisk sykehus. Dette gjelder særlig for befolkningen i Finnmark hvor det ikke finnes eget psykiatrisk sykehus, noe som nødvendiggjør transport til Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø. Avstanden til Tromsø gjør det ofte nødvendig å transportere pasientene i ambulansefly. Dette stiller særlige krav til risikovurderinger både fra innleggende og mottakene lege for å begrense bruk av politi ved disse pasienttransportene.

9 Medisinsk nødmeldetjeneste

Differensierte kortnummer for nødtelefoner ble, som første sted i Norge, innført i Bergen by i 1971. Ildsjelen bak dette arbeidet var overlege Paul F. Forstrøen ved Haukeland sykehus som senere lanserte "Hordalandsmodellen" og etablerte landets første AMK-sentral (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) ved Haukeland sykehus. Med bakgrunn i de erfaringer og ideer Paul Forstrøen utviklet ble, "et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten" forskriftsfestet i 1990.

9.1 Om St.meld. nr.22 (2007-2008)

I den del av arbeidsgruppens mandat som omhandler AMK-sentraler blir gruppen bl.a. bedt om å vurdere organisering av AMK-sentraler i forhold til opptaksområde og gi en vurdering av kompetansekrav for personell ved AMK-sentralene. Etter at arbeidsgruppen hadde sitt oppstartsmøte den 10. april 2008 har Regjeringen lagt frem Stortingsmelding nr. 22 (2007-2008) om Samfunnssikkerhet. I stortingsmeldingen som ble godkjent i statsråd 9. mai 2008 fremkommer det at Regjeringen tar sikte på å innføre felles nødnummer og etablere felles nødmeldesentraler for brann, helse og politi.

Kort tid etter at regjeringen la frem Stortingsmelding 22 ble det nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som, med utgangspunkt i Justisdepartementets rapport fra 2004 om Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten (FENN-rapporten) og høringsuttalelsene til denne, skal utrede alternativer til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten og komme med anbefaling om den videre prosess for innføring av ett felles nødnummer og fremtidig organisering av nødmeldetjenesten. Regjeringen ønske om å innføre ett nødnummer og felles nødmeldesentraler er møtt med store protester fra hele helsetjenesten og det er knyttet stor spenning til den interdepartementale arbeidsgruppens rapport som skal legges frem innen 1. juni 2009.

Regjeringens ønske om innføring av felles nødnummer og etablering av felles nødsentraler vil medføre store endringer for den medisinsk nødmeldetjenesten. Trolig vil det kun bli noen få nasjonale felles nødmeldesentraler. Dette vil kreve endringer i dagens forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og etablert tankesett med hensyn til opptaksområder for AMK-sentraler. Selv om Regjeringen i St.meld. 22 uttaler at de tar sikte på å innføre felles nødmeldesentraler, har denne arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig å drøfte AMK og nødmeldetjeneste i forhold til gruppens mandat.

9.2 Organisering og geografiske opptaksområder

Fra etableringen på 90 – tallet til i dag – har det omtrent vært en halvering av antall AMK-sentraler. Dette skyldes både faglige og økonomiske argumenter. Per i dag er det 19 AMK-sentraler i Norge.

Tabell: AMK sentraler og kommuner

Regionalt helseforetak	Navn på AMK-sentral	Antall kommuner	Befolkningstall
Helse Nord RHF	AMK Finnmark Kirkenes	19	72 399
	AMK Tromsø Universitetshuset Nord-Norge HF	14	110 731
	AMK Harstad	15	68 690
	AMK Bodø	18	133 322
	AMK Helgeland Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen	17	75 262
Helse Midt Norge RHF	AMK Nord-Trøndelag Sykehuset Namsos	25	131 487
	AMK Sør-Trøndelag St. Olavs Hospital HF Trondheim	27	287 085
	AMK Nordmøre og Romsdal Molde Sjukehus	19	114 590
	AMK Sunnmøre Ålesund sjukehus	18	136 571
Helse Vest RHF	AMK Førde Førde sentralsjukehus	26	100 049
	AMK Bergen Haukeland Univ.sykehus	22	394 657
	AMK Haugesund Haugesund sjukehus	20	167 179
	AMK Stavanger Stavanger Univ. Sjukehus	18	313 525
Helse Sør-Øst RHF	AMK Buskerud Drammen	27	291 855
	AMK Sørlandet Arendal	32	274 827
	AMK Telemark-Vestfold Tønsberg	25	356 032
	AMK Innlandet Gjøvik	46	363 623
	AMK Oslo og Akershus Ullevål Univ.sykehus	24	1 079 970
	AMK Østfold Fredrikstad	17	264 809
	19 AMK Sentraler		

I tillegg til de ovennevnte AMK-sentralene skal det bemerkes at det i merknad til § 9 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester presiseres det at sykehus med akuttfunksjon uten mottak av medisinske nødnummer, må ha en kommunikasjonsentral med prioriterte linjer for å ivareta behovet for

kommunikasjon ved disponering av egne akuttmedisinske ressurser og mottak av pasienter.

I henhold til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 7 e) skal de regionale helseforetakene fastsette hvilken AMK sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen. Per i dag er dette ansvaret lagt til AMK Tromsø for Helse Nord RHF, AMK Sør-Trøndelag for Helse Midt Norge RHF, AMK Stavanger for Helse Vest RHF og AMK Oslo og Akershus for Helse Sør-Øst RHF.

Disse AMK-sentralene også kalt R-AMK skal være forberedt på å kunne ta et koordinerende ansvar ved store ulykker eller katastrofer og de blir benyttet som et varslingspunkt for bl.a. sentrale helsemyndigheter i situasjoner hvor det er viktig å kunne varsle helsetjenesten raskt. I tillegg har de regionale AMK-sentralene en viktig oppgave å bidra til en enhetlig utvikling av medisinsk nødmeldetjeneste på landsbasis.

AMK sentralene skal være en integrert del av helsetjenesten og som i tillegg til å motta henvendelser på medisinsk nødnummer 113 også ivaretar intern varslings- og kommunikasjon med andre akuttavdelinger, for eksempel akuttmottak, intensiv- og overvåkningsavdelinger. I enkelte behandlingsprosedyrer, for eksempel initiering av trombolytisk behandling prehospitalt er det ved flere AMK-sentraler etablert ordninger hvor vakthavende lege, i dette tilfelle kardiolog, kommer til AMK for å tolke EKG som er sendt fra ambulanse.

I NOU 1998: 9 Hvis det haster.. anbefales det at befolkningsunderlaget pr. AMK-sentral ikke bør være mindre enn 80 – 100.000 innbyggere, og erfaringer siden viser at dette bør være et absolutt minimum, og at det optimale befolkningsunderlaget for en effektiv og profesjonell AMK-drift er trolig betydelig høyere, flere antyder mellom 200.000- 400.000.

I vurderingen av størrelsen på et opptaksområde er det også viktig at en ikke ensidig fokuserer på antall meldinger men også på operatørens muligheter til å ha tilfredsstillende oversikt over ressurser og ikke minst kunnskap om rutiner og prosedyrer for alle som kan bli involvert i aksjoner. For store geografiske opptaksområder, som ofte ikke samsvarer med opptaksområdene for brann og politi, kan fort bli uoversiktlige og medføre at de ulike aktørene ikke lærer hverandre å kjenne i tilstrekkelig grad. For at en AMK-sentral skal kunne foreta gode og effektive beslutninger kan kunnskap om demografiske og geografiske forhold, lokale frivillige organisasjoner eller ressurspersoner og kunnskap om lokalt polit, brann sivilforsvar, forsvar etc. være svært viktige suksessfaktorer.

Arbeidsgruppen vil peke på at AMK-sentralene kan videreutvikles til å bli en enda viktigere koordinerende instans i det å styre pasientstrømmen til riktig enhet/nivå og for å unngå unødvendige innleggelser i sykehus. Innleggelser kan unngås gjennom eksempelvis å formidle kontakt mellom primærlege og riktig spesialist slik at de om mulig kan komme frem til alternative løsninger til beste for pasienten. Dermed vil AMK sentralene også utgjøre et verktøy for bedre økonomistyring i spesialisthelsetjenesten.

9.3 AMK-sentralenes funksjoner og oppgaver

Dagens formelle krav til medisinsk nødmeldetjeneste er nedfelt i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars 2005.

Formålet med medisinsk nødmeldetjeneste er å sikre befolkningen direkte kontakt med helsetjenesten og å ivareta helsetjenestens behov for et kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av nødmeldinger internt i helsetjenesten.

De bærende elementene i systemer er:

- Medisinsk nødnummer, 113
- Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler, AMK-sentraler
- Kommunale legevaktsentraler, LV-sentraler
- Felles kommunikasjonstjenester

Det følger av § 9 i forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus at AMK-sentralenes primærfunksjoner er å:

- Motta og håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand via medisinsk nødnummer
- Prioritere, iverksette, gi medisinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt
- styre og koordinere ambulanseoppdrag

For å ivareta disse funksjonene er det i forskriften stilt krav om at AMK-sentralene skal ha lydlogg som skal logge alle telefonlinjer, men som også bør benyttes på radiosamband og eventuelle andre kommunikasjonslinjer. Videre er det stilt krav om at AMK-sentralene skal ha et system for opprinnelsesmarkering av telefonhenvendelser.

Flere AMK-sentraler har i tillegg til disse primærfunksjonene ulike andre funksjoner:

- Lokal legevaktsentral
- Oppgaver i forhold til oppfølging av luftambulanseoppdrag
- Sykehusintern alarmsentral
- Andre sykehusinterne funksjoner som for eksempel sentralbord på nattestid mv.

Henvendelser til AMK kommer fra mange ulike brukere/personer, med ulike forutsetninger og ulikt behov for bistand:

- Barn, voksne, eldre med ulike formidlingsevner.
- Etnisk- og ikke-etniske nordmenn som kan gi kulturelle og språklige utfordringer.
- Pasienter som henvender seg om eget behov for helsehjelp

- Pårørende, arbeidskollegaer eller andre mer tilfeldige som henvender seg om andre personers behov for helsehjelp
- Helsepersonell i og utenfor sykehus som for eksempel, sykehusleger/sykepleiere, allmennleger/legevaktsleger, hjemmesykepleiere og ambulansetjenesten
- Samarbeidende nødetater som brann, politi og lokale redningssentraler og hovedredningssentralene.

Henvendelsene gjelder et stort spenn av tilstander og situasjoner:

- Mindre alvorlige sykdomstilstander som for eksempel symptomer på omgangssyke eller influensa (skal primært gå til legevaktsentral)
- Akutt og åpenbart livstruende sykdom eller skader som for eksempel hjerteinfarkt og trafikkulykker
- Personskader som innringer selv kan ha forårsaket, for eksempel bilføreren som har kjørt på en fotgjenger
- Personer som er utsatt for vold, for eksempel kvinner eller barn som er utsatt for mishandling eller voldtekt
- Hendelser som innebærer økt risiko, for eksempel ambulanseoppdrag med transport av alvorlig kriminelle, skarpe oppdrag med utrykning til skadested med vold/utagring, samt utrykning til branner og ulykker med farlig gods

9.4 Ressursdisponering, koordinering og rådgivning

Riktig prioritering, rett ressursvalg og god pasienttransport både til lands, til vanns og i luften er for mange pasienter svært viktig for å kunne få nødvendig behandling innenfor riktig tidsvindu. Mål for god pasientlogistikk er at rett pasient transporteres til rett sted og til rett tid. Dette stiller krav til hele behandlingskjeden og ansvarsnivåene.

AMK-sentralene utøver i stadig økende grad en funksjon som ressursforvalter og prioriteringsorgan bl.a. gjennom at de er gitt myndighet til å ta beslutninger om hvor pasienten skal behandles:

- 1. linjetjenesten – ø.hj. behandling hjemme, på legevakt, hos fastlege eller sykestuen.
- 2. linjetjenesten – ø.hj. innleggelse på lokalsykehus
- 2. linjetjenesten – ø.hj. innleggelse på sentral-/universitetssykehus

AMK disponerer betydelige helseressurser gjennom beslutning om bruk og utalarming av ambulanser, også luftambulanser. For å redusere overdreven og unødvendig ambulansebruk er det vesentlig at denne funksjonen kan styres ved at AMK-operatører/ambulansekoordinatorer tilhører den organisasjon som også har økonomisk ansvar for ambulansetjenesten

AMK-sentralens rolle i pasientforløpet, rådgivning, ressursstyring og interne varslingssystemer er mer kompleks nå enn for få år tilbake. Dette må sees i sammenheng med et mer spesialisert helsetilbud og nye muligheter for initiering

av avanserte behandlingstiltak utenfor sykehus. Videre har det vært en utvikling med kriteriebaserte tiltak for å sikre avansert behandling allerede i akutmottaket eks. for den hardt skadde pasienten der traumeteam står klar når pasienten kommer inn på sykehus.

Sentraliseringen av det akuttmedisinske helsetilbudet gir økte utfordringer når det gjelder pasientlogistikk. Pasienter som tidligere ble lagt inn på lokalsykehus skal nå legges direkte inn på sentral-/universitetssykehus eks. hjertepasienter til akutt PCI. Dette stiller krav både til AMK-sentralene og kompetansen i de prehospitale tjenester. Luftambulansetjenesten er her også et viktig virkemiddel for å sikre befolkningen et likeverdig helsetilbud.

I Finnmark har det blitt gjort forsøk med VAKE (videobasert akuttmedisinsk konferanse) fra Porsanger kommune til Universitetssykehuset Nord-Norge og fra Karasjok til Hammerfest sykehus hvor det bl.a. ble instruert i gjennomføring av akuttmedisinske prosedyrer (stanse blødning i bekkenet og ufri luftvei). Evalueringen viste at dette opplevdes som nyttig av kommunelege, sykepleier og ambulansearbeider i distrikt. Videobasert akuttmedisinsk konferanse gjør at spesialisten på sykehus får data i samtid og kan se hva som skjer med pasienten.

Samhandling, med AMK-sentralene som en viktig premissleverandør gir mulighet til å redusere antallet øyeblikkelig hjelp innleggelser på sykehus. Gjennom kontakt formidlet via AMK-sentralen kan primærlegen og spesialisten på sykehus fatte en mer solid faglig beslutning i fellesskap. Dette er sentralt i et samhandlingsperspektiv.

Den medisinske nødmeldetjenesten utgjør i dag et sømløst nettverk hvor de forskjellige aktørene kan formidle oppdrag og oppgaver til hverandre. En melding om akutt nød som kommer til en legevaktsentral kan formidles direkte videre til aktuelle AMK sentral samtidig som en avklarer videre respons. På samme måte kan henvendelser lett formidles andre veien, dersom henvendelsen hører hjemme på en legevaktsentral.

9.4.1 *Arbeidsgruppens vurderinger/anbefalinger*

- Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge vil i årene som kommer gi et økt trykk av pasienter med akutte helseplager, særlig akutt forverring av kronisk sykdom. Som en naturlig konsekvens av dette er det sannsynlig at antall henvendelser til AMK også vil øke. Utfordringen for helsetjenesten vil i økende grad være å yte riktig behandling på riktig nivå.
- Arbeidsgruppen anser at primærhelsetjenesten fortsatt vil ha en svært sentral rolle i forhold til å vurdere pasientens behov for spesialistbehandling og for å yte nødvendig helsehjelp utenfor sykehus. Når det gjelder styring av pasientstrømmen vil AMK-sentralene få en mer sentral rolle.
- AMK vil trolig få en mer sentral rolle i forhold til å identifisere pasienter med sykdomstilstander hvor det enten er indisert å starte behandling

utenfor sykehus eller at det finnes behandlingsmuligheter utenfor sykehus som kan hindre sykehusinnleggelse. Dette forutsetter både god helsefaglig kompetanse hos AMK-operatørene og gode prosedyrer og systemer for iverksetting av akuttmedisinsk respons. Arbeidsgruppen anser det også som viktig at vakthavende AMK-lege involveres i prioriteringene ved AMK-sentralene.

- I den grad pasienten har behov for sykehusinnleggelse vil det også være av avgjørende betydning at pasienten bringes til sykehus på rett nivå. Dette forutsetter at det utvikles entydige retningslinjer for hvor ulike tilstander skal behandles innefor de ulike helseforetakene. Likevelles at vakthavende AMK-lege også her involveres i sterkere grad. Sistnevnte vurderes som særlig relevant i situasjoner dersom det har oppstått uenighet mellom AMK og innleggende lege.
- Arbeidsgruppen mener at alle AMK-sentraler må ha mulighet for videokonferanse, mottak av EKG prehospitalt samt mulighet for å overføre og ta imot bilder elektronisk.
- AMK disponerer betydelige helseressurser gjennom utalarmering av ambulansetjenesten. For å redusere overdreven og unødvendig ambulansebruk er det vesentlig at AMK-operatører /ambulansekoordinatorer tilhører den organisasjon som også har økonomisk ansvar for ambulansetjenesten.
- Systemet med en regionale AMK i hvert regionalt helseforetak må opprettholdes og videreutvikles.

9.5 Kapasitet og tilgjengelighet

9.5.1 **Bemanning av AMK-sentraler:**

Organisering av AMK-sentraler i forhold til opptaksområde henger også nøye sammen med bemanning og organisering av sentralene.

Statens helsetilsyn har i forbindelse med behandling av en tilsynssak kommet med en normerende uttalelse om bemanning av AMK-sentraler. Her het det bl.a. følgende:

Statens helsetilsyn vurderer at forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at det minst er to kvalifiserte AMK-operatører i tilstedevakt. Dette for å sikre at det ved mottak av medisinsk nødmelding både er mulig å innhente nødvendige opplysninger, iverksette akuttmedisinsk respons, og samtidig holde kontakten med innringer og gi råd om akuttmedisinske tiltak slik dette er beskrevet i Norsk medisinsk indeks.

Arbeidsgruppen slutter seg til denne vurderingen og dette bør således være normen virksomhetsledelsen skal planlegge i forhold til.

På samme måte som for annen medisinsk beredskap vil det imidlertid ikke være kostnadseffektivt å bemanne AMK-sentraler slik at det aldri opptrer samtidighetskonflikter. Det forutsettes imidlertid at virksomheten har systemer for virksomhetsregistrering og avvikshåndtering som fanger opp gjentatte tilfeller av samtidighetskonflikter og at virksomhetsledelsen på bakgrunn av slike opplysninger kan vurdere behovet for å styrke bemanningen eller etablere bakvaktsordninger.

9.5.2 Tidsbruken i AMK

Tidsbruken i AMK er en viktig del av den totale prehospitale responstiden. Med total prehospital responstid menes her tiden fra innringer første gang tar kontakt med AMK og til rett helseressurs (ambulanse eller lege) er fremme hos pasienten. Responstid vurderes å være av betydning for utfallet, dvs. mortalitet og morbiditet ved tidskritiske tilstander, og er et viktig argument for ikke å etablere et felles nødnummer som innebærer tidstap ved at alle henvendelser mottas og kanaliseres til annen operatør.

Tidsbruken i AMK inneholder to komponenter:

- Aksestid.
- AMK-aktiveringstid

Med aksestid menes den tid som forløper fra innringer slår nødnummeret (113) til det svares i AMK. Det vil være vanskelig å påvise at kort aksestid (< 10 -20 sekunder) vil ha noe å si for utfallet ved lav hastegrad eller lang utrykningstid. Ved lengre aksestid, kort utrykningstid og høy hastegrad, vil det imidlertid være mulig å påvise at aksestiden påvirker utfallet negativt. Ett eksempel på dette kan være økt responstid ved behandling av pasienter med hjertestans.

En annen viktig dimensjon ved AMK-sentralenes aksestid er befolkningens trygghetsfølelse ved at de får raskt svar og hjelp i kritiske situasjoner. Det anses imidlertid ikke som sannsynlig at det er mulig å påvise noen målbar helsegevinst ved dette.

AMK-aksestid er i hovedsak knyttet til ressurs situasjonen i AMK. Samtidighetskonflikter, dvs. samtidige henvendelser til samme operatør, vil således bidra til økt aksestid.

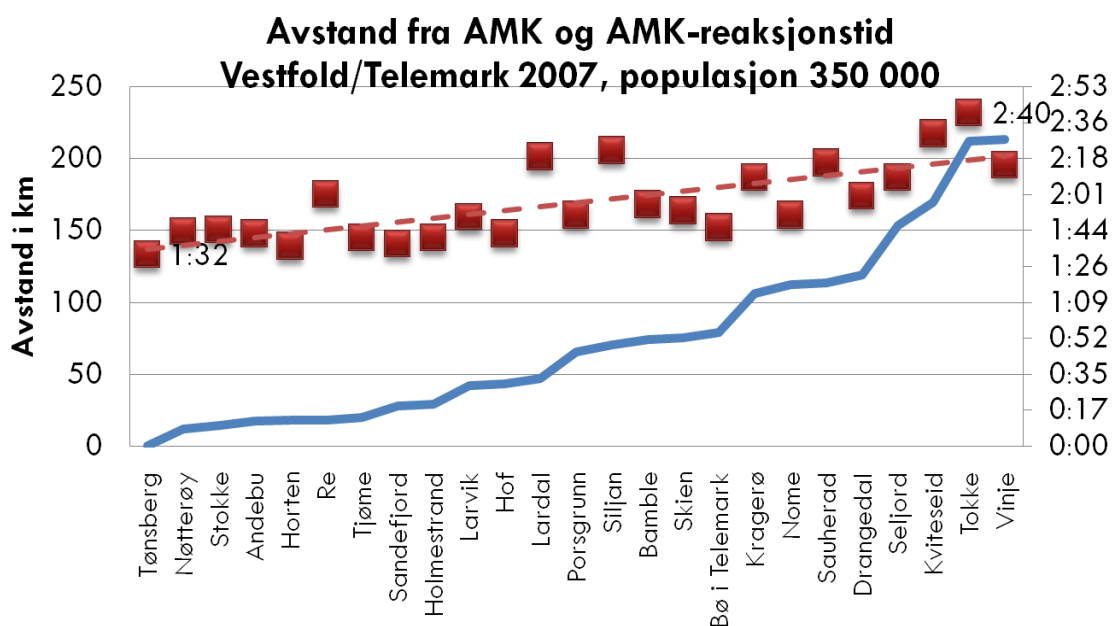
Arbeidsgruppen er ikke kjent med at AMK-aksestid registreres ved norske AMK-sentraler.

Med AMK-aktiveringstid menes den tid som forløper fra AMK-operatøren besvarer henvendelsen til riktig respons er iverksatt, dvs. lege eller ambulanse er varslet.

AMK-aktiveringstid omfatter både den tiden det tar å innhente opplysninger om den aktuelle hendelsen, vurdere pasientens behov for helsehjelp og ta beslutninger om utkalling av helseressurs.

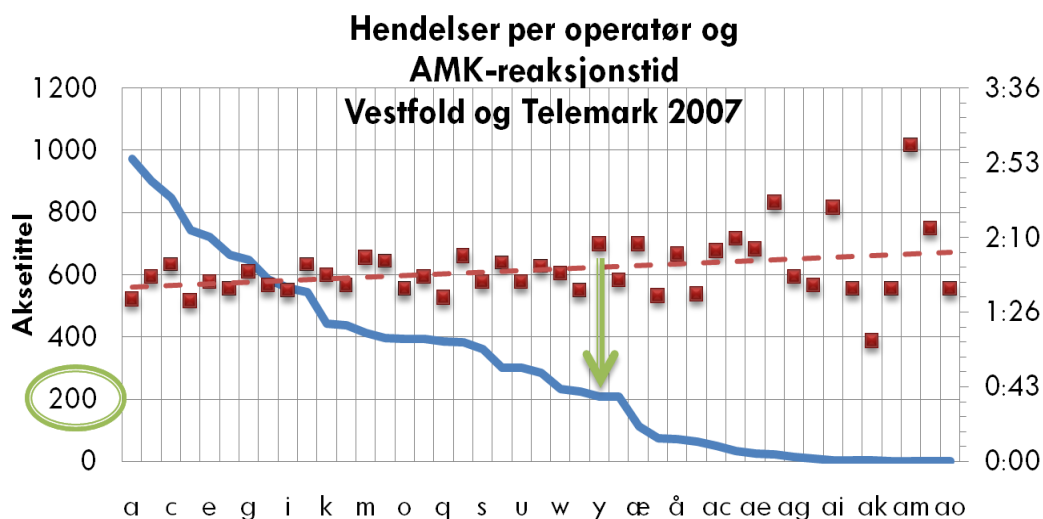
Arbeidsgruppen er ikke kjent med at AMK-aktiveringstid registreres i henhold til nasjonale normer ved norske AMK-sentraler.

AMK-Vestfold har imidlertid tall som viser total AMK-reaksjonstid som er et uttrykk for summen av aksestid og aktiveringstid. AMK-reaksjonstid ved AMK-Vestfold varierte i 2007 fra 1 minutt og 32 sekunder til 2 minutter og 40 sekunder. Tallene viser en sammenheng mellom AMK-reaksjonstid og avstand fra AMK. Arbeidsgruppen anser det ikke som sannsynlig at økt AMK-reaksjonstid kan forklares ut fra case-mix, dvs. at det skulle være vanskeligere å vurdere pasientenes behov for helsehjelp. Det kan heller ikke at dette kan forklares ut fra økt aksestid. Derimot finner vi det sannsynlig at disse forskjellene kan forklares ut fra AMK-operatørenes kunnskap om geografi og helseressurser i mer perifere deler av AMK-området, noe som også må sees i sammenheng med at de perifere deler av AMK-området er kommuner hvor AMK håndterer et mindre antall hendelser.



Kilde: Jon Erik Steen Hansen, AMK Vestfold og Telemark

AMK-Vestfold har også sett på sammenhengen mellom AMK-reaksjonstid og antall hendelser per operatør. Tallene indikerer at AMK-reaksjonstid øker omvendt proporsjonalt med antall håndterte oppdrag innenfor en gitt tidsperiode, og at spredning mellom operatørene er størst for dem som håndterer færre enn 200 akuttoppdrag per år.



Tallene fra Vestfold gir ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner verken om forholdet mellom AMK-reaksjonstid og avstand til pasient eller forholdet mellom antall hendelser per operatør og AMK-reaksjonstid. De indikerer likevel at man trolig bør være varsom med å etablere AMK-sentraler som dekker for store geografiske områder. Videre at man bør tilstrebe at hver AMK-operatør bør håndtere mer enn ca. 200 akuttoppdrag per år. Sistnevnte bør inngå i en vurdering av stillingsbrøk hos AMK-operatører som arbeider ved mindre AMK-sentraler.

Arbeidsgruppen vil på bakgrunn av diskusjonen over presisere betydningen av at virksomhetsledelsen foretar nødvendig virksomhetsregistreringer og aktivt bruker dette for å avdekke risikoområder og forbedringsområder for virksomheten. Vi vil peke på at plikten til å foreta denne typen registreringer og vurderinger fremgår av internkontrollforskriften § 4.

Arbeidsgruppen anser det som et mål at AMK-aksesstid må være mindre enn 10 sekunder. Arbeidsgruppen vil i denne sammenheng peke på at styret i Helse Vest RHF den 5. nov 2008 godkjent en ny prehospital plan hvor et slikt krav ble tatt inn. En aksesstid ut over 10 sekunder ved tidskritiske hendelser anses som medisinsk uheldig og vil kunne oppleves som lite trygghetsskapende for befolkningen.

AMK aksesstid er trolig et godt parameter for å monitorere ressursituasjonen i AMK og vil være av betydning for fremtidig organisering av mottak av medisinske nødmeldinger i Norge, ref. den pågående diskusjonen om felles nødnummer. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det etableres systemer for virksomhetsregistreringer som både omfatter AMK-aksesstid og reaksjonstid.

I flere land, og også noen steder i Norge, er det blitt etablert systemer for viderekoblinger av nødtelefoner dersom den aktuelle sentralen er overbelastet eller ute av funksjon. Dette krever til en viss grad et enhetlig system, både mht teknisk utstyr, felles rutiner og gode ressursoversikter.

I Norge er det blant annet etablert slike ordninger i Helse Midt og Helse Vest. I Helse Vest er AMK-Stavanger reserve-AMK for AMK Haugesund og vise versa. Ordningen er ført og fremst etablert i tilfelle fysisk skade på sentralen som for eksempel brann eller alvorlige teletekniske feil.

9.5.3 *Samarbeid mellom nødetatene*

Ved trafikkulykker og andre hendelser som involverer politi og brann vil det være viktig med tidlig og gjensidig varsling av øvrige nødetater. Under gjennomføring av aksjoner vil det også være viktig med et godt samarbeid mellom operatører hos hhv. helse, brann og politi. Tall fra AMK-Telemark og Vestfold viser at av 51 299 oppdrag som ble håndtert i 2008 samarbeidet helse med politiet i 1269 oppdrag og brannvesenet i 364 oppdrag. Totalt utgjør dette i underkant av 4 % av oppdragene.

Kunnskap om øvrige nødetaters oppgaver og ressurser anses som sentralt for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. Dette bør derfor inngå i opplæringen av AMK-operatører. Hospitering ved brann og politisentraler kan være et viktig element i en slik opplæring. Arbeidsgruppen anser det også som viktig at det iverksettes tiltak for å vedlikeholde og videreutvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom helse, brann og politi.

9.6 AMK som samhandlingsarena, kvalitetssikring og fremtidig organisering

9.6.1 *Samhandling i spesialisthelsetjenesten*

Her ivaretar AMK sentralene flere roller. Ved løsning av enkeltoppdrag er det en nær samhandling mellom AMK som mottaker av nødmelding og de som koordinerer og organiserer spesialisthelsetjenestens responderende ressurser. Det kan være ambulansetjenesten, vanligvis representert med ressurskoordinator i AMK, andre utrykkende enheter som luftambulanse, legebil, legeambulanse, akuttambulanse, psykiatriambulanse, dagbiler, syketransport etc..

Akuttmottak, og mottagende avdelinger er andre samhandlingspartnere ved enkeltoppdrag.

AMK vil også i enkeltoppdrag kunne konsultere spesialister på sykehus ift kompliserte problemstillinger. For vellykket behandling av hjerteinfarkt (PCI) står felles planlegging og koordinering innenfor hele den akuttmedisinske kjeden sentralt. Tall fra AMK Bergen viser at det som ledd i planlegging av pasientmottak osv. gjennomføres 6-7 samtaler til ulike deler av sykehuset for hver henvendelse som fører til en respons. (Ovl. Brattebø, personlig meddelelse)

På systemnivå vil AMK samarbeide med diverse sykehusavdelingene når det gjelder utarbeidelse av lokale prosedyrer for håndtering av nødmeldinger. Ofte skjer dette gjennom lokal tilpasning av Medisinsk index.

AMK sentralene spiller også en stadig viktigere rolle ift å ha ansvar for oppdatert informasjon om hvordan forskjellige pasientgrupper skal håndteres og hvor

pasienter skal mottas. En stadig mer uttalt funksjonsfordeling mellom sykehus øker denne utfordringen. Det kan bl.a. være slik at noen pasientgrupper kun mottas på noen sykehus deler av døgnet/uken.

AMK sentralene får også i større grad ansvar for å holde løpende oversikt over tilgjengelige ressurser (eks intensivkapasitet, kapasitet ved andre andre spesialavdelinger), og benyttes som redskap i forhold til å styre pasientflyt ved manglende kapasitet i deler av mottaksapparatet eller ved større hendelser hvor det er nødvendig å utnytte flere ressurser.

9.6.2 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten:

Det foregår i dag en uttalt samhandling mellom AMK-sentralene og primærhelsetjenesten, inkludert legevaktsentraler og legevaktsleger, fastleger og kommuneleger.

Den medisinske nødmeldetjenesten utgjør i dag et sømløst nettverk hvor de forskjellige aktørene kan formidle oppdrag og oppgaver til hverandre avhengig av hvor de kommer inn og hvor de hører hjemme. En melding om akutt nød som kommer på et legevaktsnummer til en legevaktsentral kan formidles direkte videre til aktuelle AMK sentral samtidig som en avklarer videre respons. På samme måte kan henvendelser lett formidles andre veien, dersom henvendelsen hører hjemme på en legevaktsentral. AMK har en viktig funksjon som kommunikasjonsknutepunkt mellom primærhelsetjenesten og sykehuset. Samhandling mellom primærhelsetjenesten og AMK sentralene når det gjelder løsning av enkeltoppdrag kan også skje gjennom rådgivning evt ved videreformidling av råd fra spesialister på sykehus alternativt gjennom telefon- eller videokonferanse. AMK rådfører seg også med primærleger ift handtering av enkelthendelser, samtidig med at AMK kan yte viktig bistand og utgjøre et sikkerhetsnett når vakthavende legevaktslege er uerfaren eller vikar og ukjent i området.

9.6.3 Samhandling i nødmeldetjenesten - Generelt

Vi mener at den samhandlingen som er beskrevet effektiviserer ressursutnyttelsen og legger til rette for økt kvalitet når det gjelder handtering av medisinske nødmeldinger.

Fagkyndighetsprinsippet, gjennom at det er helsepersonell som mottar, rådgir innringer og velger respons ved medisinske nødmeldinger, er en forutsetning for at en samhandling som skissert kan fungere og videreutvikles. Det vil også fremme samhandlingen at helsepersonellet ansatt i nødmeldesentralene organisatorisk tilhører helsevesenet og samhandlingen med sykehusene vil fremmes av at nødmeldesentralen har fysisk sykehustilknytning.

AMK som operativ samhandlingsarena i helsevesenet krever en funksjonell størrelse på nødmeldesentralen. Størrelsen må være slik at de aktuelle operatørene har mulighet til å ha en tilfredsstillende oversikt over tilgjengelige ressurser og gjeldende rutiner i eget område, og den må være slik at de ansvarlige ledere og andre aktører har mulighet til å lære å kjenne hverandre i

den grad som er nødvendig for å fremme samarbeidet. Ved for store sentraler kan forholdene raskt bli uoversiktlige, mens for små sentraler kan bli sårbare når det gjelder å avsette ressurser for å videreutvikle samhandlingen. En medisinsk nødmeldesentral pr sykehusområde, slik disse eksempelvis nå defineres av Helse Sør-Øst, kan utgjøre en funksjonell enhet både størrelsesmessig og organisatorisk. Sentralene vil da ha ansvar for et område som også i andre sammenhenger har definerte organisatoriske strukturer og etablerte møtearenaer for videreutvikling av helsetjenestetilbudet.

Antall øyeblikkelige hjelp innleggelser i norske sykehus er stadig økende, og vil sannsynligvis fortsatt øke bla pga befolkningsutviklingen med en større andel eldre, spesielt fra ca år 2015.. I dag er i overkant av 90 % av innleggelserne ved medisinsk avdeling øhj, mens dette utgjør i underkant av 60% ved de kirurgiske avdelinger (tall fra St. Olav). Dette er selvsagt en stor kapasitetsmessig og økonomisk belastning på sykehusene.

Arbeidsgruppen mener AMK sentralene gjennom etterlevelse av de aktuelle samhandlingsprinsipper kan videreutvikles til å bli et viktig verktøy for å styre pasientstrømmen til riktig enhet/nivå og for å unngå unødvendige innleggelser. Innleggelser kan unngås gjennom eksempelvis å formidle kontakt mellom primærlege og riktig spesialist slik at de om mulig kan komme frem til alternative løsninger til en ø.hj. innleggelse. På denne måten vil AMK sentralene også utgjøre et verktøy for bedre økonomistyring i spesialisthelsetjenesten.

Det er et potensial for bedre samhandling mellom AMK og vakthavende primærleger i noen områder. I enkelte områder håndterer AMK enkeltoppdrag uten at primærlegene involveres i nødvendig grad. I noen områder, og kanskje spesielt på dagtid i bykommuner, skyldes dette at vakthavende leger har vært lite tilgjengelig på helseradionettet for konsultering/avklaring med AMK.

Noen bykommuner har uniformert legevaktsbil kjørt av ambulansepersonell (eks Trondheim og Arendal). Ambulansepersonellet har her i stor grad ansvaret for kommunikasjonen med AMK sentralen, noe som bedrer tilgjengelighet i helseradionettet, samtidig som en slik legevaktsbil i seg selv utgjør en ny samhandlingsarena med mulighet for daglig erfaringsutveksling mellom representanter fra de to helsetjenestenivåene.

9.6.4 Kvalitetssikring av virksomheten

Under punkt om tidsbruk i AMK over, samt under eget punkt om virksomhetsdata fra akuttmedisinske tjenester er det understreket betydningen av at det foretas virksomhetsregistrering og rapportering på ulike områder. Dette vurderes som viktig for å underbygge fremtidige beslutninger om styring organisering og drift av akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I tillegg skal virksomhetsledelsen har fokus på kvalitet både på individnivå og på virksomhetsnivå. På individnivå bør kvalitetssikringen ivaretas ved at man etablerer ordninger hvor man med visse intervaller sitter i medlytt med den enkelte operatør. I tillegg til å fungere som kontroll av operatørens kompetanse gir dette også god mulighet for å gi nødvendig veiledning og oppfølging. Et alternativ til medlytt er gjennomgang av et utvalg lydlogger for den enkelte operatør, da fortrinnsvis sammen med operatøren. Det kan også lages egne tester som inngår i sertifiserings- og resertifiseringsordninger.

Virksomhetsleder må forsikre seg om at virksomheten utøves forsvarlig og i tråd med gjeldende myndighetskrav for bl.a. dokumentasjon. Dette kan bl.a. ivaretas gjennom regelmessig gjennomgang av et utvalg lydlogger og tilhørende dokumentasjon (AMIS). I Helse Vest er det en målsetting å gjennomgå 5% av lydloggene.

9.6.5 *Arbeidsgruppens flertall anbefaler*

- Sentralene må ha en funksjonell størrelse og om mulig ha ansvar for et sykehusområde med ett eller flere helseforetak som også i andre sammenhenger utgjør en organisatorisk enhet med bla etablerte møtearenaer. Geografiske forhold eks som i Nord-Norge, kan tilsa behov for flere AMK-sentraler i enkelte slike sykehusområder. Sentralene bør kontinuerlig overvåke graden av samtidighetskonflikt – som uttrykk for bemanningsgraden
- Minimumbemanning må være 2 dedikerte operatører døgntkontinuerlig
- Den norske modellen for medisinsk nødmeldetjeneste må baseres på publikums rett til direkte kontakt med medisinsk fagkyndig personell i en AMK-sentral.
- Medisinske nødmeldesentraler må organisatorisk og fysiske være knyttet til sykehus
- Økt fokus på nødmeldinger som involverer flere nødetater bl.a. gjennom økt samarbeid om varslingsrutiner, felles samhandlingsprosedyrer, faste møtearenaer og samøvelser.
- AMK-aksesstid må monitoreres og 90 % av nødmeldingene bør besvares innen 10 sek
- Det bør etableres systemer for viderekobling til annen AMK-sentral ved overbelastning eller andre forhold som gjør at en AMK sentrale er ute av funksjon
- Teknisk utstyr, inklusiv IKT- utstyr og dataprogrammer bør forbedres. En elektronisk indeks bør inkorporeres i de øvrige datasystemer i AMK. De elektroniske systemene i AMK må både samordnes med kommunehelsetjenesten og samtidig også de øvrige nødetater – uten at det medfører problemer vedrørende taushetsplikten. Nytt nødnett vil bedre de tekniske forutsetninger for bedre samhandling mellom nødetatene.
- Det bør etableres effektive reserveløsninger for alle AMK-sentralene.

9.6.6 Arbeidsgruppens mindretall anbefaler

Arbeidsgruppen mindretall bestående av utvalgsleder Anne Rygh Pedersen og Erik Kollerud fra Delta støtter ikke punktet om at AMK-sentraler må organisatorisk og fysisk være knyttet til sykehus. Mindretallet viser i denne sammenheng til det pågående arbeid som foregår i forbindelse med Regjeringens forslag om innføring av ett nødnummer og felles nødsentraler.

9.7 Kompetanse/opplæring i medisinsk nødmeldetjeneste

Det er ingen egen yrkesopplæring som leder frem til AMK-operatør.

Da AMK-sentralene ble etablert, ble det tatt utgangspunkt i hvilken funksjon AMK formelt var tillagt og hvilke oppgaver som skulle løses.

I Ot.prp. nr. 26 1988-89 Om telekommunikasjoner i helsetjenesten, herunder medisinsk nødmeldetjeneste, står følgende:

"Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK-sentraler) i sykehus, organisatorisk og fysisk integrert i avdeling med pasientrettet virksomhet fortrinnsvis akuttmottaket, betjent av helsepersonell (fortrinnsvis sykepleiere) etter jobbrotasjonsprinsippet..."

Denne formuleringen la vekt på to forhold, AMK-sentralen skulle være organisatorisk og fysisk integrert i avdeling med pasientrettet virksomhet og fortrinnsvis bemannes av sykepleiere. Jobbrotasjon skulle sørge for at AMK operatørene hadde en fot innenfor pasientrettet arbeide. I hvor stor grad jobbrotasjon praktiseres i dag finnes det ingen oversikt over.

Da de første AMK-sentralene kom i drift, viste det seg at behovet for kompetanse innen ambulansedrift og ambulanseskoordinering var undervurdert, og i tillegg til sykepleiere, ble det også ansatt ambulanspersonell som ambulanseskoordinatorer

I dagens forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 8 er det stilt krav om at AMK-sentraler og LV-sentraler skal bemannes med helsepersonell.

Utover formuleringene i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjensteloven § 2-2 om "faglig forsvarlighet", er det ikke lovhjelmet særegne kompetansekrav til AMK og LV personell.

Arbeidsgruppen er kjent med at Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har utviklet en opplæringsplan for AMK-operatører kalt "Forslag til faglig opplæring/oppfølging av AMK-operatører". KoKom har også laget faglige anbefaling om resertifisering av AMK-operatører. Flere av landets AMK og LV sentraler følger KoKoms faglige anbefalinger for opplæring og resertifisering av AMK- og LV-operatører.

Arbeidsgruppen vurderer at KoKoms opplæringsplan på flere områder, og særlig på de tekniske områdene, utgjør et verdifullt utgangspunkt for en opplæringsplan. Samtidig er det behov for å revidere deler av innholdet, for eksempel når det gjelder henvisninger til lovverk.

Noen høyskoler/universitet har i dag tilbud om spesialutdanning for helsepersonell som skal arbeide innenfor AMK/LV systemet. (VAP-videreutdanning for sykepleiere i akuttmottak og prehospitale tjenester. Et 2 årig deltidstudie som gir 60 studiepoeng)

9.7.1 Tilsynsmessige erfaringer

Klagesaker/tilsynssaker mot helsepersonell

På samme måte som for øvrige deler av helsetjenesten er det registrert et lite antall tilsynssaker mot nødmeldetjenesten generelt og AMK-sentralene og AMK-operatørene spesielt.

De mest alvorlige tilsynssakene mot AMK-operatører kjennetegnes ved at det ofte dreier seg om erfarne operatører. AMK-operatøren baserer i stor grad sine vurderinger av behov for akuttmedisinsk respons på innringers umiddelbare presentasjon av helseproblemet og stiller sjelden spørsmål om tidligere sykehistorie. Operatørene gjør i liten grad bruk Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, og sikrer heller ikke på annen måte en systematisk innhenting av nødvendig informasjon. En tilsynssak som illustrerer dette var den såkalte "Skrova saken" i 2005. Se:

(http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks____7166.aspx)

Andre kjennetegn ved alvorlige tilsynssaker, er at operatøren ikke oppfatter alarmerende opplysninger fra innringer. Eksempler på dette kan være utsagn som; "jeg får ikke lenger kontakt med han" eller at " barnet er blitt kaldt og gulaktig i huden".

I tilsynssaker hvor AMK-operatøren har vært i tvil om riktig respons, har han/hun sjelden eller aldri vært i kontakt med AMK-lege om dette.

9.7.2 Kartleggingsundersøkelser

Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) gjennomførte i høsten 2005 på oppdrag fra Statens helsetilsyn en kartleggingsundersøkelse av AMK-sentralenes håndtering av meldinger om bevisstløse pasienter.

Undersøkelsen var basert på analyse av data fra en spørreundersøkelse til ansatte ved AMK, intervjuer med ledere ved et utvalg AMK-sentraler og lydlogger med tilhørende AMIS-utskrifter og ambulansejournaler fra et utvalg hendelser. Se:

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport7_2006.pdf

Undersøkelsen viste at AMK-sentralene hadde etablert gode rutiner og prosedyrer, blant annet basert på “Norsk indeks for medisinsk nødhjelp”. Både ansatte og ledere rapporterte at indeks ble benyttet ved håndtering av medisinske nødmeldinger. Gjennomgang av lydlogger og ambulansejournaler viste imidlertid at indeks ikke ble benyttet konsekvent. Det ble i den sammenheng bl.a. vist til at pasientens respirasjonsstatus fremstod uavklart ved 25 av 84 hendelser og at det ved flere hendelser heller ikke ble gitt veiledning i førstehjelp i påvente av at ambulanse/lege ankom hendelsesstedet.

Undersøkelsen viste også at det var behov for å bedre samarbeidsrutinene mellom AMK og politiet ved henvendelse om medisinsk nødhjelp. Det ble i den sammenheng vist til situasjoner hvor politiet anmodet AMK om å sende ut ambulanse til pasient på bakgrunn av henvendelser til politiet. At slike henvendelser ikke settes over til AMK, men håndtert av politiet bidro bl.a. til at AMK ble fratatt muligheten for å innhente informasjon om pasienten og foreta en kvalifisert vurdering av hastegrad. Manglende kontakt med innringer, medførte at AMK heller ikke fikk gitt gi råd og veiledning inntil hjelpen var fremme,

Undersøkelsen viste i tillegg at AMK-sentralene ikke hadde lagt til rette for et system for læring i forhold til egne og andres erfaringer ved håndtering av medisinske nødmeldinger, eksempelvis ved lytting på lydlogger fra egne og andres nødmeldinger

9.7.3 *Etikk*

Virksomhetens verdigrunnlag og etterlevelsen av dette er avgjørende for hvordan tjenestene utvikles. AMK-personellet skal bistå mennesker som ofte selv opplever at de er i en livskritisk situasjon. Det er derfor viktig at man blir møtt av fagpersoner som har gode etiske holdninger. Møtet mellom innringer og en AMK-operatør må være preget av en ubetinget positiv samhandling hvor pasienten er i sentrum.

I en spørreundersøkelse som arbeidsgruppen har gjennomført oppgav 11 av landets 19 AMK-sentraler at de hadde avholdt kurs eller seminarer hvor bl.a. etikk og respekt i forhold til pasientrettet arbeid hadde vært i fokus.

9.7.4 *Funn fra egen spørreundersøkelse*

Arbeidsgruppen har gjennomført en enkel spørreundersøkelse (QuestBack) hvor AMK-sentralene var respondenter. Av landets 19 AMK-sentraler besvarte 17 sentrale hele eller deler av spørreundersøkelsen. Undersøkelsen har klare begrensninger, men kan gi noen indikasjoner vedrørende bemanning og kompetanse ved AMK-sentralene.

Av de 17 AMK-sentralen som besvarte undersøkelsen oppgav

- ✓ 16 sentraler at det var en sykepleier som vanligvis besvarte et anrop på nødnummer 113.
- ✓ alle sentraler hadde en definert medisinskfaglig ansvarlig lege

- ✓ alle sentraler hadde en vakthavende AMK-lege tilgjengelig hele døgnet, året rundt
- ✓ ved 11 sentraler var det utarbeidet spesifikke kompetansekrav til AMK-legen
- ✓ 15 sentraler oppgav at det var etablert rutiner for innhenting av medisinsk faglig rådgivning internt i sykehuset for situasjoner hvor dette ansees som nødvendig
- ✓ Ved 12 sentraler var det utarbeidet strukturerte programmer for faglig oppdatering i form av kurs, seminarer eller hospitering. 11 av de 12 sentralene opplyser at noe av innholdet i disse programmene har hatt fokus på etikk og respekt i forhold til pasientrettet arbeid
- ✓ 13 sentraler hadde etablert ordninger med sertifisering/resertifisering av AMK-operatørene
- ✓ 11 sentraler oppgav at det var etablert faste samarbeidsarenaer mellom AMK og kommunehelsetjenesten
- ✓ 13 sentraler oppgav at det var etablert faste samarbeidsarenaer mellom AMK og ambulansetjenesten
- ✓ 15 sentraler oppgav at det ble gjennomført regelmessige øvelser
- ✓ 8 sentraler opplyser at det er etablert faste systemer/prosedyrer i forhold til tolketjenester
- ✓ 1 sentral opplyser at de har mulighet for å motta bildeoverføring fra mobiltelefon
- ✓ 2 sentraler oppgir at de har mulighet for multimedia konferanser (direkte overføring av lyd og bilde) med politiets og brannvesenets nødsentraler.

9.7.5 Arbeidsgruppens vurdering

Seleksjon av personell

Funksjonen som AMK-operatør innebærer i betydelig grad kommunikasjon med ulike mennesker i ulike situasjoner og med ulike forutsetninger.

- Gode kommunikasjonsferdigheter må være en grunnleggende forutsetning for å kunne fungere som AMK-operatør.
- Stressmestring, simultakapasitet, hørsel og fargesyn er andre faktorer som må vurderes ved utvelgelse av AMK-operatører.

Frem til det eventuelt etableres en modell for samordnet utdanning av ambulansepersonell/paramedic og sykepleiere på bachelor-nivå i høgskolesystemet, slik det er foreslått fra arbeidsgruppen tidligere i rapporten, anser arbeidsgruppen det som en prioritert oppgave å sikre høy og lik

kompetanse ved landets AMK-sentraler med utgangspunkt i dagens bemanningsprinsipper.

Utdanning som sykepleier gir spesialistkompetanse på pleiefaglige områder, og breddekompetanse på grunnleggende fagområder som anatomi, fysiologi, sykdomslære og flere andre relevante fagområder som for eksempel farmakologi og mikrobiologi. Utdanningen gir i seg selv ingen særlig kompetanse innen akuttmedisin, utover grunnleggende førstehjelps-kunnskaper.

Utdanning som ambulansearbeider gir særlig kompetanse innen akuttmedisin, og særlig håndtering av pasienter med svikt i vitale organer som respirasjon og sirkulasjon. Utdanningen gir sammenlignet med sykepleierutdanningen langt mindre breddekompetanse innen grunnleggende områder som anatomi, fysiologi, sykdomslære og andre relevante fagområder

Arbeidsgruppen anser at sykepleier uten akuttmedisinsk arbeidserfaring eller annen akuttmedisinsk kompetansegivende utdanning må gis opplæring i dette før de kan fungere som AMK-operatør. Tilsvarende må opplæring gis til ambulansearbeidere uten nødvendig kompetansegivende arbeidserfaring eller utdanning innen andre relevante fagområder.

9.7.6 *Arbeidsgruppens anbefalinger*

Opplæring av AMK-operatører må ta utgangspunkt i personellens helsefaglige utdanning og virksomhetens prosedyrer og bruk av beslutningsverktøy. Vi anser det imidlertid som en forutsetning at AMK-operatører har en relevant helsefaglig grunnutdanning, fortrinnsvis sykepleiere og ambulansearbeidere.

I tillegg til generell helsefaglig og akuttmedisinsk kompetanse anser arbeidsgruppen at AMK-operatører må ha kompetanse innen flere andre disipliner:

Helsefaglig kompetanse

- Generell oversikt (indremedisin, kirurgi, allmennmedisin pediatri, nevrologi øye, ØNH, psykiatri)
- Pleie/omsorg
- Medisinsk fagterminologi
- Vurdering av fysiologiske parametre
- Intervjuteknikk, anamneseopptak , undersøkelsesmetodikk
- Kjennskap til medisinsk utstyr
- Psykologisk grunnkompetanse
- Innsikt i kommunehelsetjenestens oppgaver :legevaktsmedisin, hjemmesykepleie, geriatri / "sykehjemsmedisin"
- Sosialmedisin
- "Medisinsk logistikk" – pasientflyt
- Kunnskap om norsk helsetjeneste og kunnskap om spesialisering i helsevesenet (hvilke sykehus har hvilke funksjoner)
- Helse-juss /lovverk
- Brukerkompetanse innen dokumentasjon

Operativ kompetanse

- Koordinering av ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste (jfr flight following)
- Logistikk
- Meteorologi
- GIS- kunnskap (geografisk lokalkunnskap eks "farlig" adresser)
- Transportøkonomisk kunnskap
- Kommunikasjon, bl. a. innsikt i trafikale forhold
- Redningstjenesten, kjennskap til andre nødetater,

Samhandlingskompetanse:

- Prehospital akuttmedisinsk erfaring
- Erfaring fra team arbeid eks sykehus
- Klar rolleforståelse

Kommunikasjonsferdigheter

- Kjenne sentrale prinsipper for kommunikasjonspsykologi
- Profesjonell empati
- Evne til situasjonsforståelse, kriseintervensjon og grensesetting
- Språkforståelse
- Kulturforståelse

IT-kompetanse

- Brukerkompetanse på databaser, tekstbehandling, Internett, søketjenester som for eksempel felleskatalog, giftinformasjon og lignende.
- Brukerkompetanse på elektronisk pasientjournal (EPJ)
- Prinsipper for bruk av GPS

9.8 Personellkategorier

Norsk erfaring tilsier at primærbemanningen på en AMK-sentral bør bestå av et team av sykepleiere og ambulansepersonell.

9.8.1 AMK sykepleiere

For å kunne opprettholde sin medisinskfaglige kompetanse, anbefales som en hovedregel at AMK-sykepleier er i jobbrotasjon med relevant klinisk arbeid, for eksempel i akuttmottak, intensivavdeling eller anestesivdeling. En forutsetning for dette er at AMK-sykepleier er ansatt i en stillingsbrøk som er tilstrekkelig for å kunne opprettholde sin kompetanse som AMK-sykepleier.

9.8.2 Ambulansekoordinatorer

AMK-sentralene må ha koordinatorene med solid kompetanse innen, helsefag, transportlogistikk, IKT og ressursstyring.

AMK har en sentral rolle i ressursforvaltningen innfor de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. En rasjonell og effektiv pasienttransport er en

forutsetning for en effektiv utnyttelse av tilgjengelig kapasitet i helsetjenesten totalt og ikke minst avgjørende for at det er tilstrekkelig akuttberedskap tilgjengelig.

Krav til ambulansekoordinatoren

- Autorisasjon som ambulansefagarbeider
- Minst 5 års erfaring fra ambulansetjeneste
- Dokumentert kunnskaper i transportlogistikk, IKT og ressursstyring

For å kunne opprettholde sin ambulansefaglige kompetanse, anbefales som en hovedregel at ambulansekoordinatorene har jobbrotasjon med ambulansetjenesten.

9.8.3 AMK-lege

AMK-sentraler hvor leder ikke er lege bør det være anestesilog med akuttmedisinsk kompetanse og prehospital erfaring som har systemansvar/rådgiverfunksjon. I sentraler hvor leder er lege bør det stilles samme krav til vedkommende.

Akuttmedisin er en del av den formelle utdannelsen av anesthesiologer. Internt i sykehus har anestesilegene ofte en koordinerende funksjon, både på operasjonsavdelingen i akuttmottak og ved drift av intensivavdelinger. Den brede kontakten anesthesiologen har med andre spesialiteter både inne på sykehuset og prehospitalt, er en fordel når samhandlingsrutiner og faglige prosedyrer skal utarbeides.

Det er en fordel med innsikt i det totale akuttmedisinske behandlingstilbudet både innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og hvordan samhandlingen mellom dem fungerer.

Vakthavende AMK-lege ivaretar det medisinske ansvaret på vakt dersom de er direkte involvert i et oppdrag, gir veiledning/rådgivning til vaktpersonalet i sentralen og deltar i sentralens ledelse ved større aksjoner, store ulykker og katastrofer.

Vakthavende AMK-lege bør prinsipielt fylle samme krav som lege med systemansvar/rådgiverfunksjon,- noe legeforenings standard for prehospital akuttmedisin også tilrår.

Som AMK-lege bidrar en i forvaltningen av store samfunnsmessige verdier, og bør følgelig kjenne "livet på gaten". Vedkommende bør også være spesialist innenfor anesthesiologi, fordi han/hun har myndighet til å overprøve leger utenfor sykehuset, som kan være spesialister i allmennmedisin eller spesialister på andre sykehus vedr. sekundærtransporter.

Arbeidsgruppen anser det som viktig at AMK-legen er umiddelbart tilgjengelig for konsultasjon og han eller hun bør kunne være fysisk tilstede på AMK i løpet av kort tid. AMK sentralenes viktige funksjon i akuttmedisinsk situasjoner hvor blant

annet rådgivning og resursstyring inngår, tilsier at legekompentanse må være raskt tilgjengelig.

9.8.4 Administrativ ledelse - støttefunksjoner

Organisering og administrativ plassering av AMK – sentralene varier. AMK-sentralene er vanligvis enten organisert i tilknytning til akuttmottak, eller i tilknytning til ambulanse- /luftambulansetjenesten, gjerne med en anesthesiavdeling som faglig og organisatorisk overbygning.

Arbeidsgruppen kjenner ikke til at det er felles kompetansekrav til AMK-leder. I NOU 1998: 9 angis det at i 33 av 36 AMK-sentraler var det ansatt en sykepleier med daglig lederansvar for AMK. Ledelse av en AMK – sentral er en utfordrende oppgave, og arbeidsgruppen mener at miniumsutdanning til AMK-leder bør være 3 årig høyskoleutdanning.

I de første forskriftene (ref) var det krav til teknisk systemansvar, noe som er ikke er tatt med i gjeldende forskrift (sjekkes), men de fleste AMK-sentralene har enten ansatt eller tilknyttet personell med teknisk kompetanse, Arbeidsgruppen er ikke kjent med at det foreligger nasjonale kompetansekrav eller anbefalinger på dette området.

Avhengig av AMK-sentralens størrelse kan det være ansatt personer med ansvar for opplæring /kvalitetsutvikling, vanligvis med sykepleierbakgrunn, men det foreligger ikke nasjonale eller felles anbefalinger hvilken kompetanse som bør vektlegges for disse stillingene.

9.8.5 Arbeidsgruppens vurderinger

Medisinsk nødmeldetjeneste, sammen med telemedisin, er nye fagområder som er i utvikling, parallelt med den medisinske utvikling og strukturelle endringer i hele helsevesenet. Det blir stadig viktigere å kunne gi optimalt medisinsk behandlingstilbud på lavest mulig omsorgsnivå i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

AMK er den første vurderingsinstans i den akuttmedisinske kjeden og det er derfor viktig at AMK har en nødvendig totalkompetanse (medisinsk, innen logistikk, etc) for å velge rett respons og dermed sikre den enkelte pasient rett medisinsk behandlingstilbud og pasientforløp.

Dagens forskrifter angir ikke hvilken utdannelsesbakgrunn helsepersonellet i en AMK sentral bør ha. Men all erfaring tilsier at man også i fremtiden bør bygge på team av sykepleier og ambulansepersonell.

Utover de forannevnte formuleringene i helsepersonelloven om "faglig forsvarlighet", dokumentasjonsplikt og taushetsplikt, er det ikke lovhjelmet særegne kompetansekrav til AMK-personell.

Det foreligger ikke myndighetskrav om bemanning, men uttalelsene fra Statens Helsetilsynet i forbindelse med flere tilsynssaker har vært retningsgivende for fagmiljøene.

I forbindelse med en av sakene (Skrova-saken) uttalte Helsetilsynet at det til enhver tid skal være minst 2 operatører som betjener AMK-sentralen. Dette for å sikre at det ved mottak av medisinsk nødmelding både er mulig å innhente nødvendige opplysninger, iverksette akuttmedisinsk respons, og samtidig holde kontakten med innringer og gi råd om livreddende førstehjelpstiltak. Statens Helsetilsyn har i en del referansesaker anført at AMK personell arbeider på delegert ansvar fra medisinsk ansvarlig lege, men understreker samtidig AMK-personalets selvstendige faglige ansvar.

Samspillet innen de akuttmedisinske tjenester består av mange ledd og det må være likeverdighet mellom aktørene i de enkelte leddene, en samhandling som må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Forutsetningen for god samhandling er at de ulike aktørene hver på sin side har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir erkjent.

Operatører skal vurderes jevnlig for å hindre "holdningstretthet". Dersom daglig leder og/eller medisinsk faglig ansvarlig selv observerer eller får rapport om avvik har de myndighet til å iverksette tiltak for å kartlegge problemet og dets årsak, gjennomgå oppdrag, kreve ytterligere utdanning, etc. Hendelser som kan føre til dette kan være:

- medisinsk faglig uforsvarlig handling
- utilbørlig oppførsel
- "dårlige" holdninger som fordommer mot ulike etniske grupper, sykdomstilstander eks. hodeskade, rus, psykiatri etc.
- manglende evne å lære av rettledning av tidligere feilvurderinger evt. påpakning for holdningsproblemer.

Det er ventet at disse hendelser kan avsløres ved avviksmeldinger og jevnlig gjennomgang av oppdrag og ved å lytte på lydlogg.

AMK spiller en sentral rolle i ressursforvaltningen av de prehospitale tjenester (bil, båt og luftambulanse) En rasjonell og effektiv pasienttransport til og fra helseinstitusjoner er også en forutsetning for en effektiv utnyttelse av tilgjengelig kapasitet i helsevesenet totalt. En effektiv koordinering av ambulanseressurser er også avgjørende for den totale ambulanseberedskap. AMK-sentralene er på denne måten her i landet en forvalter av ambulanseressurser for ca 3 milliarder (2007). Bare få prosents effektivitetsendring har da betydelige økonomiske og kvalitetsmessige implikasjoner.

For å kunne styre disse ressursene på en medisinsk faglig forsvarlig måte – og samtidig legge opp til en mest mulig rasjonell koordinering, kreves det flere typer kompetanse. I denne sammenheng bør det pekes på at AMK bør ha ambulansekoordinatorer med solid kompetanse i transportlogistikk, gjerne metrologi, IKT og særlig kunnskap om GIS, og andre relevante fagområder av betydning for forvaltning av så store verdier.

Det psykologiske aspektet ved arbeid i nødmeldetjenesten har vært undervurdert og det er lite forskning på området. Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler

(AMK) er, sammen med legevaktsentralene, den viktigste inngangsporten til medisinsk hjelp når folk er kritisk syke eller skadet. Operatører ved AMK-sentralene håndterer daglig alvorlige og livstruende helsetilstander. De må, ofte på svært kort tid, vurdere hvilke medisinske tiltak som skal iverksettes og koordinere eventuell hjelp som skal sendes til pasienten. Tiden operatørene bruker på å ta avgjørelser og hvordan vedkommende gjennomfører jobben sin kan være avgjørende for pasientens helsetilstand og mulighet for å overleve. Det er derfor svært viktig at kommunikasjonen mellom operatør og innringer og mellom operatør og andre instanser blir så god som mulig. Arbeidet er også preget av høy grad av usikkerhet, både i forhold til ofte manglende bakgrunnsinformasjon om pasientene og på grunn av behovet for å ta vanskelige avgjørelser før kritiske data foreligger. Videre gis akuttmedisinsk hjelp ofte innen svært begrensede tidsrammer, noe som kan føre til innsnevret fokus og forhastede beslutninger. Under slike arbeidsforhold kan hver samtale potensielt føre til feilvurderinger og uriktige avgjørelser av operatørene, noe som kan være katastrofalt for pasienten det gjelder.

Flere saker i media i den senere tid understreker viktigheten av å utvide kunnskapen om hvordan psykologiske faktorer kan påvirke arbeidet ved akuttmedisinske kommunikasjonssentraler.

9.8.6 *Arbeidsgruppens anbefaling:*

- Primærbemanningen på en AMK-sentral bør bestå av et team av kompetente sykepleiere og ambulansepersonell.
- Medisinsk nødmeldetjeneste er et relativt nytt fagområde og forskning på området bør vektlegges.

9.9 Tilgjengelighet til lege i kommunene, et fast- eller et felles legevaktsnummer

Det følger av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 1-3 at landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste, herunder legevaktstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Videre følger det av forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 7 bokstav a) at kommunene skal etablere et fast legevaktsnummer for å sikre at befolkningen hele døgnet skal kunne melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell.

Tilgjengeligheten til lege i kommunene varierer. Dette kommer bl.a. til uttrykk i en kartlegging av vaktordninger og tilgjengelighet til lege i kommunene som ble gjennomført av Norsk Gallup på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin i 2006. Kartleggingen er en oppfølging av en tilsvarende undersøkelse som ble foretatt på oppdrag fra Statens helsetilsyn i 2002

Det ble her foretatt telefonintervjuer mot 438 legevakttelefoner med utgangspunkt i det telefonnummeret som er ført opp under overskriften

"Legevaktsentral" i telefonkatalogenes side 2. Resultatene fra kartleggingen viste bl.a. følgende:

I 292 tilfeller (67%) kommer man i kontakt med et legekontor som har vaktordning.

I 62 tilfeller blir man henvist til egen fastlege eller annen tilfeldig lege i kommunen. Det oppnås kontakt med lege i 49 av disse situasjonene.

I 22 tilfeller blir henvendelsen besvart av akuttmedisinsk nødmeldesentral (AMK sentral), noe som antyder at kommunen ikke har etablert egen vaktordning for tilfeller der "hjelpen kan vente litt". I de aller fleste tilfellene (17) leder disse samtalene til legekontakt, og fungerer dermed i praksis som vaktordning.

I 29 tilfeller blir det ikke oppnådd kontakt med "legevaktsentralen".

Utfallet i de resterende 55 oppringningene rommer ulike typer frafall etter den første kontakten med "legevaktsentralen"; feil nummer ved videresending, tastafon, telefonsvarer, manglende kontakt osv.

Utvalget har foretatt en ny gjennomgang av de telefonnumrene som er gjengitt på sidene om "Når hjelpen kan vente litt" i de trykte versjonene av Telefonkatalogen™ og Gule Sider® i Norge i 2008. Her fremgår det at i alt 55 kommuner har mer enn ett telefonnummer til legevaktsentral. Med enkelte unntak har hver kommune sitt eget telefonnummer til legevaktsentral.

9.9.1 *Utvalgets vurderinger*

Kartleggingsundersøkelsen viser at tilgjengeligheten til lege på dagtid er vesentlig bedret fra 2002 til 2006. Likevel er det ikke akseptabelt at det i flere kommuner fortsatt ikke er mulig å komme i direkte kontakt med lege på dagtid. Manglende tilgjengelighet vurderes å være i strid med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 1-3. Et stort antall kommuner har fortsatt ikke innført ett fast legevaktsnummer, noe som vurderes å være i strid med forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 7 bokstav a). Utvalget mener disse forhold må følges opp av Statens helsetilsyn.

Utvalget legger til grunn at formålet med et fast legevaktsnummer er å sikre at både fastboende og publikum som midlertidig oppholder seg i en kommune, raskt skal kunne komme i kontakt med lege i situasjoner der behovet for helsehjelp ikke er så akutt at det er naturlig å ringe medisinsk nødtelefon 113. At det etableres ett fast – og ikke flere ulike legevaktsnummer i kommunene ivaretar bare delvis dette formålet. Det vurderes som sannsynlig at fastboende i hovedsak vil være kjent med lokale telefonnummer til fastlege og legevakt. Trykte versjoner av Telefonkatalogen™ og Gule Sider® vurderes i tillegg til internett å være viktige kilder for slik informasjon.

Det vurderes imidlertid som lite sannsynlig at gjennomreisende, eller publikum som midlertidig oppholder seg i en kommune, på samme måte vil være kjent med lokale telefonnummer til legevakt. Både for fastboende, men særlig for publikum som midlertidig oppholder seg i en kommune, mener utvalget derfor at

det bør innføres ett felles nasjonalt telefonnummer, hvor innringer automatisk rutes til nærmeste kommunes legevaktsløsning.

9.9.2 *Utvalget anbefaling*

- Utvalget er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet nå ønsker å arbeide for innføring av ett felles telefonnummer til landets legevaktsentraler. Arbeidsgruppen hilser dette arbeidet velkommen og ser frem til at tilgjengeligheten til landet legevaktsentraler bedres.

9.10 Bruk av lydlogg i nødmeldetjenesten - muligheter og utfordringer

Det følger av forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 9 bokstav d) at AMK-sentralene skal ha "et system for logging av viktig trafikk, herunder på alle telefonlinjer". Tilsvarende følger det av forskriftens § 10 bokstav c) at legevaktsentralene "må ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk".

Bestemmelsene er en videreføring av tidligere bestemmelser i forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste.

Av merknadene til § 9 fremgår det at myndighetskravet er ment å gjelde bruk av lydlogg. Om dette heter det videre:

"Dette innebærer en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter. Lydlogg skal benyttes på alle telefonlinjer og bør benyttes på radiosamband og eventuelle andre kommunikasjonslinjer. Lydlogg er et supplement og ikke et alternativ til nødmeldetjenestens skriftlige dokumentasjon. Lydlogg er å anse som en del av pasientens journal inntil nødvendige pasientopplysninger er skriftlig dokumentert."

Det primære formålet med lydlogg i nødmeldetjenesten er å sikre adekvat respons på henvendelser fra publikum og muliggjøre forsvarlig dokumentasjon av den pasientrettede virksomheten. Det vises i den sammenheng til Statens helsetilsyns rundskriv IK-7/99

Minimumskravene til dokumentasjon av henvendelser til medisinsk nødmeldetjeneste oppstilles i samme rundskriv og omfatter:

- Navn på innringer.
- Navn på den meldingen gjelder, dvs. pasienten, der dette er kjent.
- Klokkeslett for henvendelsen.
- Hvilke symptomer som fremkommer.
- De vurderinger som er gjort, for eksempel hovedproblem, hastegrad osv.
- De råd som er gitt.
- De tiltak som er iverksatt, for eksempel varsling av legevaktslege, ambulanse etc.

I den grad disse kravene til dokumentasjon er ivaretatt, foreligger det ingen plikt for virksomhetene til å oppbevare lydloggen. I den grad lydloggen likevel oppbevares, skal dette skje i tråd med de krav som gjelder for oppbevaring av pasientjournal, ref. bestemmelsene i journalforskriften.

Tilsynserfaringer fra nødmeldetjenesten viser at virksomhetene gjennomgående oppbevarer lydloggen utover nevnte minstekrav. Dette er begrunnet ut fra flere viktige forhold:

- I noen grad benyttes lydlogg som dokumentasjon av pasientrette virksomhet uten at alle relevante opplysninger fremkommer av AMIS (elektronisk system for virksomhetsregistrering og dokumentasjon) eller på annen måte. Dette gjelder for eksempel samtaler mellom ambulansepersonell og behandlingsansvarlig lege i telefon eller helseradio, opplysninger om helsefaglige råd fra personell i AMK-sentralen osv.
- Lydloggen anses å være et svært viktig hjelpemiddel i opplæring av nytt personell, kvalitetssikring av virksomheten og håndtering av klager og avvikshendelser.

I tillegg til nevnte virksomhetsinterne hensyn, vil lydloggen ofte også inneholde opplysninger som er relevante for tilsynsmyndighetenes behandling av tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter, og politiets- og påtalemyndighetenes etterforskning av alvorlige kriminalsaker.

Tilsynsmyndighetene kan med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 kreve å få utlevert nødvendige journalopplysninger, herunder lydloggen.

Utlevering av lydlogg skjer enten ved utlevering av elektroniske lydfiler eller som en utskrift av disse.

Fordelen med lydfiler er at disse i tillegg til den verbale kommunikasjon mellom innringer og AMK/LV-sentralen også kan inneholde supplerende informasjon i form av bakgrunnslyd og nyanser i det budskap som blir formidlet. Eksempler på dette kan være stemme eller respirasjonsfrekvens hos pasient i bakgrunnen som dokumenterer at vedkommende puster. Slike opplysninger kan være viktige ift. å dokumentere helsepersonelllets informasjonsinnhenting og handlemåte ved henvendelser til AMK- eller legevaktsentraler. Etter det opplyste vil denne typen supplerende informasjon også kunne være viktig for politiets- og påtalemyndighetens etterforskning av alvorlige kriminalsaker.

Utlevering av lydfiler medfører lite annet ekstraarbeid for virksomheten enn å overføre lydfilene til et annet lagringsmedium, for eksempel brenne en CD. Utskrift av lydlogg krever mer ressurser og krav til nøyaktighet hos den eller de som foretar slik utskrift. Ulempen med utlevering av lydfiler er at de på en annen måte enn utskrifter kan brukes av media på en måte som oppleves krenkende for involvert helsepersonell. Dette kommer bl.a. til uttrykk gjennom den såkalte Sofienbergparksaken hvor lydloggen ble avspilt ved gjentatte anledninger i TV

og radio, samt at den visstnok også skal inngå i en rap-melodi av bandet Gatas Parlament.

Ansatte ved AMK -sentraler og fagforeninger har reagert kraftig på dette. Ullevål universitets-sykehus har som en konsekvens av den aktuelle hendelsen etablert en restriktiv praksis når det gjelder utlevering av lydfiler til politiet.

I Sofienbergparksaken innhentet Statens helsetilsyn lydfilene fra kommunikasjon mellom ambulansepersonellet i Sofienbergparken og AMK-Oslo. Radiokanalen P4 begjærte innsyn, dvs. utlevering av disse lydfilene. Statens helsetilsyn nektet slik utlevering. Vedtaket ble anket til Helse- og omsorgsdepartementet som opprettholdt avslaget.

9.10.1 Arbeidsgruppens vurderinger

Utvalget mener at viktige hensyn som opplæring av nytt personell, kvalitetssikring av virksomheten, og mulighet for granskning av avvikshendelser, tilsier at virksomhetene bør oppbevare lydloggen utover minimumskravet (dvs. til relevante opplysninger skal være nedtegnet i pasientjournalen). Dette vil medføre at så vel allmennheten, som pasienter, tilsynsmyndigheter og politi vil kunne begjære innsyn i lydlogger.

Det vil være avgjørende for virksomhetenes praksis på dette området at tilsynsmyndighetene og politiet etablerer en svært restriktiv praksis ift. å utlevere lydfilene av lydloggen, dvs. at lydfiler ikke utleveres med mindre særlige hensyn tilsier dette. Dersom dette ikke skjer, anser vi det som sannsynlig at praksis vil kunne bli endret og at lydloggene vil bli slettet fortløpende.

Begjæringer om innsyn i lydlogg skal behandles på samme måte og etter de samme regler som øvrige innsynsbegjæringer i pasientjournaler både i sykehus og av tilsynsmyndighetene. Med mindre Helse- og omsorgsdepartementets avgjørelse om ikke å utlevere lydfilene blir overprøvet rettslig, mener vi det er grunnlag for å nekte utlevering av lydfilene.

Utvalget erkjenner at forsvarere og bistandsadvokater vil kunne kreve tilgang til bevismaterialet i straffesaker. I den grad lydlogg inngår i slikt bevismateriale vil det derfor trolig ikke være mulig å hindre utlevering i slike saker. Antallet straffesaker hvor dette vil være aktuelt vurderes som svært lit og således ikke bør tillegges avgjørende vekt ved vurderingen av om lydlogg skal oppbevares.

Forsvarlig bruk av lydlogg forutsetter at det etableres entydige retningslinjer for håndtering. Følgende problemstillinger vurderes som relevante (NB dette er ingen uttømmende liste):

- Hvem har tilgang til og kan foreta avspilling av lydlogg og til hvilket formål?
- Hvem kan/skal være tilstede ved ønske evaluering av egen innsats?
- Ved bruk av lydlogg i undervisningsøyemed – forutsetter dette at involvert helsepersonell har godkjenne dette?
- Hvordan sikrer man at bestemmelsene om håndtering av taushetsbelagte opplysninger ivaretas ?

- Ved begjæring om utlevering – hvem håndterer dette og hvem skal informeres om dette?

10 Frivillige mannskaper og First responders

First responder

Begrepet "first responder" stammer fra USA og betegner der et første ledd i den organiserte akuttmedisinsk respons, representert ved personell med spesifikk opplæring i livreddende førstehjelp. En "first responder" har kunnskap og ferdigheter ut over alminnelig førstehjelp, men ikke på nivå med ambulansepersonell eller annet helsepersonell. Hensikten med ordningen er å yte kvalifisert førstehjelp inntil lege og/eller ambulanse ankommer.

First responderordninger er i dag integrert del av den prehospitale kjede i alle delstater i USA, og har også stor utbredelse i Tyskland, Østerrike og Sveits. Brannvesen, politi, og også frivillige organisasjoner deltar. Det er i flere undersøkelser vist at first responderordninger reduserer responstiden ved hjertestans. Systemet lanseres både som svar på responstidsutfordringer i griskrendte strøk, og for å møte kapasitetsutfordringer i storbyene.

I Norge har vi hatt spredte first responderordninger fra 1980-tallet (Akutthjelperordningen i Bergen Brannvesen, Stiftelsen Norsk luftambulanses first respondersatsing osv). Her i landet har bl.a brannvesen, hjemmesykepleie, sykehjemspersonell og politiet deltatt. Organiseringen har vært ulik, og ansvarsforholdene til dels uavklarte. Begrepet "first responder" er heller ikke entydig definert, idet betegnelsen etter hvert også har vært brukt på personer med opplæring i DHLR for gjenopplivning med defibrillator utplassert på offentlige steder som kjøpesentra, trafikkterminaler mv. Etter utvalgets oppfatning er slik utplassering av det gode, men det er ikke en allment tilgjengelig beredskap.

Utvalget foreslår at begrepet First responder erstattes av det norske ordet Akutthjelper.

10.1 Utvalget foreslår følgende definisjon;

Akutthjelper – person med dokumentert opplæring i livreddende førstehjelp som deltar i helsevesenets organiserte respons på akutt hendelse. De alarmeres via AMK-sentralen, og er en identifiserbar del av den kommunale helseberedskap.

Ansvarsforhold

Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor i, eller har midlertidig opphold i, kommunen (kommunehelseloven § 1-1).

Kommunen sin helsetjeneste skal også omfatte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (samme lov, § 1-3, pkt 5)

Helseforetakenes ansvar beskrives i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a der det går fram at de regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder bl.a. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og annen ambulansetjeneste.

Helseminister Sylvia Brustad svarte følgende på et spørsmål i Stortinget i januar 2007 om akuttberedskap:

"Akuttmedisinsk beredskap omfatter generelt mer enn ambulanseberedskap. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus pålegger helseforetak og kommuner å samarbeide om et helhetlig akuttmedisinsk tilbud utenfor sykehus. Det er således ikke kun ambulanse som er avgjørende for at befolkningen opplever en trygg akuttberedskap. Fastleger, legevakt, ulike ordninger med "first responders" fra brannvesenet, ambulanser og luftambulanse utgjør en helhet."

Helseforetakenes ansvar for en forsvarlig ambulansetjeneste vil være den samme uansett akutthjelperordning. Første- og annenlinje må samarbeide om alarmkriterier, prosedyrer og retningslinjer. Ordningen må framgå i AMK-sentralenes ressursoversikt, og akutthjelperne alarmeres fra AMK.

10.2 Arbeidsgruppens anbefaling

Det er utvalgets mening at en akutthjelperordning må ha en kommunal forankring og administreres som en del av den kommunale helseberedskapen. Det må være opp til den enkelte kommune å definere om det er behov for ordningen, og kommunene må stå fritt i å bestemme hvilke ressurser/etater som bør delta. Det er likevel utvalgets mening at eksisterende grupper med beredskapskompetanse; hjemmesykepleie, brannvesen og politi - er naturlige kandidater til tjenesten. Det medisinskfaglige ansvar for tjenesten bør ligge hos kommunelegen. Alminnelige regler for delegert legearbeid og sertifisering må følges og dokumenteres.

Funksjon og virkeområde

Tjenestens hensikt er initial førstehjelp ved akutt sykdom og skade, samt klargjøring for videre behandling. Følgende ferdigheter anbefales

Enkel luftveishåndtering og oksygenbehandling

Hjertelungeredning med automatisk/halvautomatisk defibrillator

Stans av utvendig blødning

Forebygge sirkulasjonssvikt

Enkel immobilisering

Sikring av skadested og pasient

Behandlingstiltak og observasjoner må dokumenteres og rapporteres.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Arbeidsgruppens forslag vil ha økonomisk og administrative konsekvenser, men arbeidsgruppen har ikke funnet det formålstjenelig, eller mulig, å foreta spesifikke kostnadsberegning av de ulike anbefalingene gruppen har kommet med.

Mange av arbeidsgruppen anbefalinger er av en slik karakter at de ikke krever store engangsbevilgninger, men gradvise økning av ulike økonomiske rammer både innenfor Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet ansvarsområde.

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus har fått et betydelig økonomisk og faglig løft de siste tiårene, men strukturendring innen helsetjenesten, ny teknologi og nye behandlingsformer og ikke minst befolkningens krav til disse tjenestene, vil medføre et fortsatt behov økte bevilgningen til de akuttmedisinske tjenestene.

Ambulansetjenesten og den medisinsk nødmeldetjenesten er i kraft av sin egenart kostbare selvstendige tjenester, men også tjenester som er tett integrert i kommunehelsetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Økte krav til det personellet som tjenestegjør innenfor disse tjenester vil også medføre behov for økt kompetanse på alle nivåer. Kostnadene i forbindelse med en gradvis løfting av grunnkompetanse og etter og videreutdanningen vil måtte bli fordelt over flere år og over mange ulike budsjett og finansieringssystemer.

12 Referanser

NOU 1998:9 Hvis det haster..

Justis- og politidepartementet St.meld. nr. 22 (2007-2008) Samfunnssikkerhet

Justis- og politidepartementet Utkast til ny Håndbok for redningstjenesten 2009

Helse- og omsorgsdepartementet Samferdselsdepartementet. Pasienttransport og transporttilbud i distriktene Rapport 2008

Helse og omsorgsdepartementet: Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede, 2007.

KS og Helse- og omsorgsdepartementet: " Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet" av 27. juni 2007

Sosial- og helsedirektoratet Utgreiing om behov for videreutdanning i akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulansepersonell. Desember 2007

Helsedirektoratet Rundskriv 8/2008. Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten Dokument nr. 3:9 (2005-2006)

Traumesystemet i Norge
Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter
Innstilling fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF'ene 18.desember 2006

Frode Rømo og Inger-Anne F. Sætermo, Thor Bjørkvoll Analyse av fremtidige ambulansebaser i Finnmark. SINTEF rapport 18.12 2006

Frode Rømo og Inger-Anne F. Sætermo. Ambulansestrukturen i Helse Midt-Norge SINTEF rapport 20.01.2003

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Vaktårnprosjektet
Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport 2007.

Legevaktorganiseringen i Norge Rapport fra nasjonalt legevaktsenter 2006 og 2007.

Ambulanseplan Helse Finnmark HF 2008-2018

Ambulanseplan – Helse – Vest 2008

Ambulanseplan – Sykehuset Innlandet 2008

Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127:565-8

Hansen F H, Viktige sykestuer i Finnmark, Helse Nord Nytt nr. 6-2007, <http://www.helse-nord.no/helse-nord-nytt/viktige-sykestuer-i-finnmark-article41921-1526.html>

Vorland L. Samhandlingen må styrkes. Doktor i Nord nr 4; 2007

Brandstorp H. Ny rolle: allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med innsikt og oversikt. Utposten nr 5; 2006

Allmennlegeforeningen, Praksiskonsulentordningen i Norge, et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste, Helsepolitisk debattskrift nr 4; 2008

Hovedstadsprosessen, Delprosjekt 3: Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene

Alternativ drift av legevaktsentraler, KoKom, 2005

Oddvar Førland og Eva Skoglund Strønen. Kompetanseutvikling og jobbsituasjon for ambulansearbeidere med fagbrev. Fou-rapport Diakonissehjemmets høgskole 1/2007.

Rapport Østlandsforskning – ØF rapport nr 09/2005 – Svein Bergum

