

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.
2023/59 - 518/2024

Deres ref.

Saksbehandler
Sunniva Jansdotter Nydahl
Rognerud

Dato
05.02.2024

Innspill til stortingsmelding om det prehospitalt området / akuttmedisinske tjenester

Viser til Oppdragsdokument 2023 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 118 S (2022-2023) datert 23. juni 2023, hvor innspill til den kommende stortingsmeldingen om det prehospitalt området ble gitt i oppdrag.

Under følger Helse Midt-Norge RHF sine innspill til den kommende stortingsmeldingen. Innspillene vi har mottatt fra Prehospitalt fellestjenester, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og konserntillitsvalgte ligger vedlagt.

1. Hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjede og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes

1.1. Ressursutnyttelse

Akuttmedisinske tjenester spiller en viktig rolle i å sikre tilgjengelige og likeverdige helsetjenester, uavhengig av bosted. Det er kommunene og de regionale helseforetakene som i felleskap har ansvaret for de akuttmedisinske tjenestene, og skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats. Det er et felles ansvar at tjenestene fremstår som godt koordinerte mellom partene, basert på samhandling. Helse Midt-Norge mener at ressursene kan disponeres bedre og mer helhetlig for å opprettholde en riktig responstid.

Primærhelsetjenesten har store ressurser som kjenner innbyggerne godt. Dette gjelder spesielt hjemmebaserte tjenester. På tross av at disse tjenestene som regel er knapphetsressurser, bør de i økt grad inkluderes ved tidskritiske hendelser. Disse bør da være tilgjengelig på Nødnett og få kompetanseløft. Et annet alternativ er «akuttsykepleiere på hjul» som kan bistår på sykehjem og plasser med heldøgns omsorg (HDO) ved behov. Helsetjenesten i Norge er fragmentert både mellom forvaltningsnivå og innad i forvaltningsnivåene, og det er liten glidning av akuttmedisinske tjenester på tvers. Bedre oversikt over tilgjengelige ressurser og koordinering av disse kan bidra til å opprettholde et effektivt prehospitalt tjenestetilbud med riktig responstid. Helse Midt-Norge har startet en nasjonal konseptutredning for å erstatte dagens oppdrags håndtering og navigasjonsløsning for ambulansetjenesten. Et av målbildene er å lage et fremtidig system som ikke

bygger teknologiske hindringer for at eksterne ressurser, som ressurser i primærhelsetjenesten, skal kunne være synlige for AMK-sentralene og inngå i akuttberedskapen. Et annet element som kan opprettholde et effektivt tjenestetilbud med riktig responstid er aktivitetsstyrt tilgjengelighet for tjenestetilbudene.

1.2. Oppdragsvekst og demografi

Gjennom de siste 10-årene, har det vært en betydelig økning i aktivitet innen akuttmedisinske tjenester. Framskrivninger viser at aktivitetsveksten vil bli større enn tilbudet. Helsetjenesten kan få lange ventetider og risiko for forsinket behandling, og ambulansetjenesten vil kunne få økt responstid. En økende andel av fremtidens helsetjenester, vil foregå utenfor sykehuset.

Ambulansetjenesten vil bli en plattform som bringer spesialisthelsetjenesten nærmere pasientene, og med nye oppgaver vil igjen oppdragsmengden øke. I likhet med resten av helsetjenesten, skal de ulike elementene i den akuttmedisinske kjede være der når befolkningen har et faglig behov. Vi må imidlertid også på dette området dempe veksten i behovet. Blant annet ved å definere hva som hører helsetjenesten til, og i så fall hvilket nivå. Vi må stå sammen om prioriteringene, og styrke portvokterfunksjonen både inn til fastlege/legevakt og spesialisthelsetjenesten. Vi må spille hverandre gode, og får å kunne gjøre dette kreves felles forståelse.

Økonomien i helsevesenet er preget av effektiviseringskrav og innsparinger, mens befolkningens forventning til helsetjenesten øker. Krav om responstid, sikrer på den ene siden pasienten raskt hjelp, men vanskeliggjør på den andre siden vedlikehold av kompetanse og ferdigheter hos den/de som skal yte helsehjelp der det er lav oppdragsmengde. Dette forsterkes av sentraliseringen av befolkningen. Rutinen på at AMK sender ambulanseressurs til alle oppdrag, samt legevaktslege og eventuelt luftambulans på akuttoppdrag, vil ikke være bærekraftig. Responsen på henvendelser til AMK og legevaktsentraler må i større grad enn før differensieres. Det må i større grad samhandles og koordineres på tvers slik at ressursene blir disponert bedre og fordelt på oppdrag istedenfor å bli sendt til samme oppdrag. Dette stiller krav om bedre beslutningsstøtteverktøy, at AMK-sentralene i større grad overfører henvendelser til legevaktssentralene, og legevaktssentralene i større grad nedprioriterer visse henvendelser. En økt grad av differensiering fra AMK stiller også krav om differensiert transportflåte som tar høyde for at pasientpopulasjonen som trenger hjelp har svært ulike behov, spesielt når det gjelder overvåking og behandling under transport til destinasjon. Enkeltmannsbemannet utrykningskjøretøy med mulighet for enklere diagnostikk og videokonferanse med legevaktslege eller AMK lege, og legevaktsbiler bemannet med lege og ambulansarbeider/paramedic er gode eksempler dersom en utnytter denne ressursen fullt ut. Det er i tillegg behov for flere enmannsbetjente biler for transport av bårpasienter som ikke har behov for overvåking (hvite biler). For å kunne treffe med rett respons, trenger medisinsk indeks en validering. For å kunne snu forløp tidligere, må det satses på heving av vurderingskompetanse, styrking av kliniske ferdigheter, økt fokus på geriatri, og økte muligheter for behandling i hjemmet. Tiltakene vil ha størst effekt hvis de kombineres med ny teknologi, for eksempel telemedisin, pasientnære analyser og bildediagnostikk. Tjenesten vil da kunne utvikles mer effektivt, inkludert mer hensiktsmessige pasientforløp, også for dem som ikke trenger akutt helsehjelp. Dette slik at rett pasient får riktig helsehjelp til rett tid.

Honorering for flest mulig pasienter inn på legevakt er uheldig, og legevaktssykepleierens/-legens kompetanse og ikke minst mulighet til å si nei bør styrkes. Det bør opprettes nasjonale fellestjenester for enkle råd, og det bør legges sentrale føringer for prioriteringene i helsetjenestene. Det bør i tillegg vurderes økonomiske insentiver som belønner tidlig avklaring og behandling nærme hjemmet uten sykehusinnleggelse.

En aldrende befolkning med økt sykkelighet og kompleksitet i helsetjenesten vil føre til økt etterspørsel av tjenester i den akuttmedisinske kjeden. Andelen eldre vil stige betydelig, og innen 2040 vil 1 av 4 nordmenn være over 67 år, og færre i befolkningen vil være i yrkesaktiv alder. Vi vil få

flere pasienter med kroniske sammensatte lidelser og krevende medisiner, noe som vil øke belastningen på helsetjenesten. En stadig aldrende befolkning hvor en større andel av de eldre bor hjemme med hjemmebaserte tjenester fremfor i institusjon, vil også legge økt press på akuttmedisinske tjenester. Det må derfor etableres flere alternative løsninger til økt omsorgsnivå i primærhelsetjenesten, f.eks. KAD/ØHD tilbud, fremfor innleggelse.

Med dagens komplekse systemer, er det nødvendig å revurdere hvordan vi prioriterer og implementerer protokoller. De juridiske konsekvensene har i dag av og til blitt førende for helsehjelpen som gis. Det er derfor viktig å styrke systemet slik at det støtter de ansatte som følger etablerte prosedyrer, og samtidig sikrer best mulig pasientbehandling. Eksempelvis ved i større grad flytte ansvaret fra det enkelte helsepersonell til et systemnivå ved klagesaker.

1.3. Rekruttering

Helsetjenesten opplever rekrutteringsutfordringer i alle fag, og både for spesialist- og kommunehelsetjeneste. Ambulansetjenesten og AMK står ovenfor en forventet mangel på omkring 100 ansatte innen 2030, spesielt i distriktsområdene. Noen ambulansestasjoner har fremdeles hjemmevakt, men færre og færre ansatte er hjemmeboende nær ambulansestasjonene. Dette samme med færre oppdrag enn på større stasjoner, gjør det mindre attraktivt å jobbe ved disse stasjonene. Det vil på sikt tvinge seg frem en lik arbeidstidsordning, noe klinikkene per i dag ikke har budsjett til.

De prehospitale tjenestene har høy aktivitet gjennom hele døgnet, og ekstra høy på kveld og helg når de fleste andre helsetjenester ikke er åpne. Dette medfører behov for større bemanning på ubekvem tid sammenlignet med mange andre arbeidsplasser for helsepersonell som har høyest aktivitet på dagtid. Noe som kan være medvirkende til at det er større utskifting i stillingene.

Kommunehelsetjenesten står overfor rekrutteringsutfordringer av fastleger, noe som kan bidra til sentralisering av legevaktstjenester. Tidligere hadde de aller fleste kommuner egen legevakt der den vakthavende legen ofte hadde god kjennskap til lokale behandlingsressurser. De siste 15-20 årene har legevaktene i stor grad blitt sentralisert, og lokalkunnskapen redusert. Ambulansetjenesten er av og til eneste akutttilbud i distriktene og rykker oftere ut til pasienter uten ledsagelse av legevakslege da det er umulig for legevakslegen å rykke ut grunnet avstand. Dette medfører et kompetansegap og øker ansvaret for initial pasientvurdering av ambulanspersonellet. For å håndtere dette er det essensielt med styrking av kompetanse, økt samarbeid mellom ambulansetjenesten, legevakt og sykehusene, samt optimal bruk av ressurser. I tillegg reiser dette spørsmålet vedrørende opprettholdelsen av utrykningsplikten for lege i vakt som er fastsatt i akuttforskriften. Den økte sentraliseringen av legevaktene har i økende grad ført til at pasienter fraktes i ambulans til legevakt, eller til sykehus der man tidligere fant løsninger lokalt. Grenseoppgangen mellom sykehusene, AMK og ambulansen på den ene siden og primærhelsetjenesten på den andre blir også i noen tilfeller uklare, og svært ulike rundt om i landet.

AMK-sentralenes rolle har endret seg de siste to tiårene, og inkluderer nå en rekke oppgaver som bidrar til en sammenhengende helsetjeneste. Til tross for denne endringen, har det ikke vært en tilsvarende økning i bemanningen på landsbasis. Det er derfor viktig å sikre en robust bemanning og høy kompetanse for å opprettholde kvaliteten på tjenestene. De siste årene har akuttmottak og AMK i tillegg opplevd en økning i turnover av personell, spesielt i stillinger som krever spesialisert opplæring. Som eksempel har AMK-operatører et økende behov for opplæring, opplæringstid er nå 3-5 måneder, opplæringen tilbys kun to ganger i året, og alt opplæringsarbeid, vedlikehold og utvikling av kompetanse, må nødtjenestene selv administrere. AMK står derfor overfor store utfordringer i å opprettholde en stabil og kompetent bemanning. En bør derfor i takt med endringene se på kompetanse som kreves i AMK-sentralene, eksempelvis logistikk, planlegging, flygeledere, osv.

1.4. Kompetanse

Over de siste 15 årene har ambulansetjenesten gjennomgått en betydelig utvikling, særlig med tanke på kompetanse, diagnostikk og behandling. Implementeringen av den nye grunnutdanningen til bachelor i paramedisin er et viktig skritt for å gi ambulansetjenesten den nødvendige faglige styrkingen, og skaper samtidig en plattform for kontinuerlig læring og formell videreutdanning, noe som er essensielt for å holde tritt med kravene i faget. Samtidig er det færre søkere på ambulansesfag, og paramedisinutdanningen tilbys kun 6 steder i Norge. Det er viktig å bevare fagutdanningene i tillegg til bachelor i paramedisin, og muligheten for videreutdanning innen paramedic for fagarbeidere. Kompetanseheving i ambulansetjenesten, spesielt innen point-of-care ultralyd med telemedisinsk overføring for vurdering av spesialist i sykehus (fortrinnsvis akutt- og mottaksmedisin) bør vektlegges.

I de siste ti årene har det vært en økning i andelen sykepleiere i ambulansetjenesten. Dette er ikke ideelt sett i lys av Helsepersonellkomisjonens utredning, som forutser en mangel på 40.000 sykepleiere i Norge innen 2040. Å trekke sykepleiere vekk fra spesialist- og primærhelsetjenesten kan forverre den allerede kritiske situasjonen. Tilgjengeligheten av relevant utdanning i nærområdet er avgjørende for rekrutteringen til ambulansetjenesten, og det er viktig for regionen å ha utdanningstilbud. Det bør derfor etableres flere utdanningstilbud i paramedisin, helst på flere lokasjoner, og på deltid slik at de som allerede er i jobb kan gjennomføre.

Det er økt behov for kompetanse i alle ledd. Vi må bistå med å skape en robust befolkning, og en befolkning med helsekompetanse inkludert kunnskap om hva som hører helsetjenesten til og eventuelt på hvilket nivå, samt kunnskap om livreddende førstehjelp. Vi må sikre kompetansen hos akuttgjeldere, en stabil og kompetent fastlegeordning inkludert legevakt, og en mer rendyrkning av legevakt og legevakslegen. Akuttmottakene har blitt mer behandlende, noe som også krever økt kompetanse hos personellet. Akuttstusykepleie bør prioriteres som utdanning for personell i akuttmottak. Dagens akuttmottak har ofte høy turnover kanskje spesielt ved små sykehus der rekruttering til andre spesialiteter også har behov for påfyll. Det må defineres klare «må krav» til kompetanse for ansatte i akuttmottak etter en trappetrinnsmodell. Jobbgliding i akuttmottak mellom lege-sykepleier, og sykepleier-helsefagarbeider må også vurderes, og en må se på hvilke arbeidsoppgaver andre yrkesgrupper kan bistå med, for eksempel portører, renholdspersonell, lab, logistikere mm.

1.5. Virksomhetsstyring og kvalitet

Det må legges til rette for at kommunene og de regionale helseforetakene skal kunne utføre helhetlige analyser av aggregerte forløp. Dette inkluderer deling av anonymisert data mellom forvaltningsnivåene. Dette vil tillate en grundig evaluering av alle ledd i behandlingsskjeden og danne grunnlag for nye retningslinjer og prosedyrer. Analyser av prehospitale forløp muliggjør innsikt i om AMKs telefon triagering har truffet riktig, om pasienten har blitt behandlet riktig i ambulansetjenesten og akuttmottak, og om pasientforløpet kan optimaliseres. Retrospektive analyser vil gi et solid grunnlag for å planlegge effektive og helhetlige behandlingsforløp.

En helhetlig prehospital tjeneste som møter samfunnets behov og forventninger krever en systematisk og strategisk tilnærming til utviklingen av tjenesten. Akuttmedisinforskriften pålegger kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Samhandlingen på dette området blir i økende grad viktig for å møte fremtidens utfordringer, og kommune og spesialisthelsetjenesten bør se på sitt samarbeid både taktisk og strategisk med ulike scenarier som grunnlag. I tillegg bør hospitering for helsepersonell være et krav mellom de to tjenestenivåene, både for å øke kunnskap og kompetanse, men også forståelse for hvordan helsetjenesten fungerer. Det bør i tillegg gjennomføres flere samvirkeøvelser. For å øke kvaliteten er det viktig at all nødvendig informasjon er

tilgjengelig. Dette inkluderer at epikrise må klargjøres så den raskt kan ferdigstilles når pasienten er utskrivningsklar.

Flere ressurser bør være med å telle i responstiden. Per i dag teller kun ankomst av ambulanse med bære ved akutt hendelse, noe som sier lite om kvaliteten på tjenesten pasienten får. Ressurser som luftambulanse, akuttbil, legebil og legevaktsleger bør bli en del av responstiden når de ankommer først.

1.6. Nasjonalt samarbeid

Prehospitaltjenester står overfor et økende behov for interregional samhandling, spesielt innen områder som fag, retningslinjer, IKT, analyse og innkjøp. Ved hjelp av AMK IKT, vil AMK få mer standardiserte prosedyrer og felles drift av systemløsninger. Dette vil kreve nasjonal organisering og et felles prosedyreverk. En felles nasjonal løsning for PEPJ (prehospital elektronisk pasientjournal) og utviklingen av faglige retningslinjer (FRAM) er også essensielt og vil kreve betydelig nasjonal konsensus. Med felles retningslinjer i ambulansetjenesten og standardisert utsjekk, vil ansatte kunne jobbe mer fleksibelt på tvers av helseforetakene. Dette øker ikke bare effektiviteten, men fremmer også mer enhetlig praksis.

De faglige retningslinjene for ambulansetjenesten (FRAM) er utviklet i Helse Midt-Norge, og er i bruk i over 60 % av ambulansetjenestene i Norge. Dette viser det betydelige potensialet og verdien av samarbeid og standardisering på tvers av regionale grenser. I tillegg vil felles retningslinjer føre til likt utstørsbehov på tvers av foretakene, som igjen kan muliggjøre felles innkjøp. Dette kan føre til betydelige kostnadsreduksjoner på grunn av større innkjøpsvolum. Interregionalt Fagråd Ambulanse (IFA) består av utvalgte fagrådgivere og leger fra de deltakende helseforetakene (12 HF per november 2023) og fungerer som en redaksjonsgruppe for FRAM prosjektet. Denne gruppen arbeider med å frembringe forslag til nye og reviderte retningslinjer, basert på konsensus. Oppsummert forskning og anonymiserte rapporter om avvik spiller en sentral rolle i å forbedre og videreutvikle disse retningslinjene.

2. Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse

For bedre samhandling mellom nivåene er et journalsystem som sikrer sømløst pasientforløp med lett tilgang til nødvendig informasjon meget viktig. I de områdene i Helse Midt-Norge der både Helseforetak og kommune er på Helseplattformen, har nå ambulansetjenesten ved behov tilgang til både journal fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det bør også satses på en videreutvikling av videokonferanse mellom både AMK, ambulanse, legevakt og in-hospitalt. Økt tilgjengelighet av konferering med lege både for AMK og ambulansetjenesten fører til raskere råd og avklaring, og bedre ressursutnyttelse.

Spesialister i akutt- og mottaksmedisin (AMM) har en avgjørende rolle for å forbedre samhandling og kompetanseheving. De fungerer som kontaktpersoner og tilbyr beslutningsstøtte i akuttmottakene for fastleger, ambulanspersonell og legevakt. Både store og små akuttmottak bør ledes og organiseres under spesialiteten akutt- og mottaksmedisin, gitt at disse legene ofte er de eneste generalistene igjen på norske sykehus. I tillegg kan spesialister i akutt- og mottaksmedisin være fagmedisinsk ansvarlige på AMK-sentraler, gi beslutningsstøtte til AMK-operatører og legevakt. Læringsmålene for AMM er omfattende, og en bør vurdere om det er behov for tilpasninger slik at denne spesialiteten også kan ha en større og selvstendig rolle inn i legevaktsarbeidet.

Det bør i tillegg prøves ut delte stillinger mellom akuttmottak, legevakt og det prehospitalt området for helsepersonell, inkludert leger, for å fremme kompetansedeling og generell kompetanseheving. Obligatorisk hospitering for alt helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden, inkludert akuttmottaket,

er ønskelig. På forsknings- og utdanningsiden anbefales felles AMLS-trening og opplæring for hele kjeden, etablering av felles forskningsenheter og prosjekter med tverrprofesjonelle grupper, samt opprettelse av paramedisiner- og akuttstyepleieutdanning ved universiteter i samarbeid med fagmiljøene i akuttmottakene.

Viktigheten av å opprettholde legevakt og akuttmedisin som en del av allmenntilleggsmedisinen understrekes, men som tidligere nevnt bør legevakt og legevaktslegen i større grad rendyrkes. Oppgaveoverføring også på legevakt er viktig, og det bør også her vurderes profesjonsnøytrale takster og delegering. Fastlønn hele døgnet på legevakt fremheves for å styrke forutsigbarheten og portvokterfunksjonen. I denne forbindelse er det også viktig at bakvakt er tilgjengelig for LIS 1 og tilsvarende på legevakt. Ansvar for legevaktfunksjonen må ligge fast hos kommunen gjennom døgnet. Det er i tillegg større mulighet for geografisk skjevhet i tjenestene og dårligere portvokterfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten dersom legevaktene samlokaliseres med akuttmottakene på sykehusene. Et godt alternativ kan være samlokalisering av legevaktene med ambulansestasjonene. Dette kan både bedre akuttfunksjonen, samarbeidet, fagligheten og utnyttelse av beredskapsressursen. I denne sammenheng kan det vurderes økt grad av samlokalisering av alle nødetatene. Akutthjelpere bør i tillegg være en del av den kommunale beredskapen og et krav til kommunene.

Forbedring av pasientlogistikk og etablering av felles situasjonsforståelse blant vakthavende leger der tid er avgjørende for pasient, bør sees på helhetlig og på tvers av forvaltningsnivåene. For standardiserte tilstander som sepsis, hjerneslag og brystmerter med ST-elevasjon, bør det vurderes felles prosedyrer og tredjeparts konferansesamtaler mellom vakthavende leger i primær- og spesialisthelsetjenesten, AMK, ambulanse, og eventuelt luftambulanse. Dette for å sikre felles situasjonsforståelse tidligere i forløpet for å spare tid, og forbedre logistikk- og pasientbehandlingen.

3. Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt

Alle akuttmottak i Norge bør ha oversikt over følgende indikatorer for å kunne sikre høy kvalitet, effektivitet og sikkerhet:

- Antall pasienter per dag med tidsregistrering.
- Tid til triage. Gjennomsnittlig tid fra ankomst til initial vurdering hvor vitale målinger tas.
- Over- og undertriage
- Triagekode. Antall pasienter med ulike hastegrader.
- Tid til undersøkelse av lege
- Tid til plan for videre undersøkelse og behandling
- Tid til røntgen/CT og lab
- Pasienttilfredshet. Innhenting av tilbakemeldinger fra pasientene om pasientopplevelsen vedrørende håndteringen i akuttmottaket.
- Andel av det totale antallet pasienter som ferdigbehandles og reiser hjem fra akuttmottaket.
- Andel av det totale antallet pasienter som innlegges på sykehus.
- Oppholdstid for pasientene som ferdigbehandles og reiser hjem fra akuttmottaket.
- Oppholdstid for pasientene som innlegges på sykehuset fra akuttmottaket.
- Boardingtid. Tid fra legebeslutning om innleggelse til avreise fra akuttmottaket til avdelingen.
- Reinnleggelser. Antall pasienter som innlegges uplanlagt på nytt innen 7 dager etter utskrivelse fra akuttmottaket.
- Alvorlige pasienthendelser. Registrering av medisinske feil og utilsiktede hendelser som kan påvirke pasientsikkerheten.
- Bruk av kritiske ressurser. Antallet teamaktiveringer registreres fortløpende (medisinsk mottaksteam, traumeteam, slagteam).

- Kompetanse og opplæring. Vurdering av personalets kompetanse, kvalifikasjoner og sertifisering som er på vakt (leger, sykepleiere, helsefagarbeidere).

Disse parameterne vil kunne brukes til å vurdere ytelse, identifisere områder som krever forbedring, og støtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i akuttmottakene. Det vil uansett være viktig å tilpasse parameterne til lokale forhold, ettersom heterogeniteten blant norske akuttmottak og måten de drives på er svært stor.

4. En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulansepersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er et uforløst potensiale i å arbeide forebyggende, og faktorer som skaper helse må styrkes i fremtidens lokalsamfunn. Vi må ha en robust befolkning som i størst mulig grad takler de utfordringer livet gir. Aktørene i den akuttmedisinske kjede er i all hovedsak en reaktiv tjeneste når behovene oppstår, men besitter i dag en betydelig kompetanse, og deltakelse i tradisjonelle kommunale oppgaver kan forebygge akutt sykdom og skade. Det er i denne forbindelse viktig å etablere finansieringsordninger som legger til rette for samarbeid på tvers av nivåer for å unngå «gråsoner» der spesialisthelsetjeneste og kommune skyver ansvaret mellom seg. Et samhandlingsbudsjett slik Sykehusutvalget forslår i NOU 2023:8 kan være en måte å løse det på.

I rurale områder med lav aktivitet bør derfor ambulanspersonell kunne bidra på tvers av grensen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Aktørene må i felleskap se på oppgavefordelingen, og se hvilke oppgaver som kan utføres av ambulansetjenesten samtidig som de er i beredskap og omgående kan dra på ambulansoppdrag. Hensikten er da å maksimere samfunnsnyttene og den begrensede tilgjengeligheten av arbeidskraft som vi vil oppleve i fremtiden. Ved at ambulanspersonellet utfører eksempelvis legevaktsoppgaver i aktiv tid, kan de generere inntekt til helseforetakene som igjen vil kunne opprettholde beredskapen, også i områder med svært lav aktivitet. I kommuner med legevakt, kan en samlokalisering av legevakten og ambulansstasjonen gi bedre akuttfunksjon, styrket samarbeidet og oppgavedeling, og bedre fagligheten og utnyttelse av beredskapsressursen.

5. Pågående arbeid og gode eksempler departementet bør være kjent med

5.1. Akutførstehjelpere

Dette er en etablert ordning i Røyrvik siden 2018. Akutførstehjelpere er sykepleiere ved sykehjemmet i Røyrvik som rykker ut på akutte hendelser sammen med lokalt brannvesen. De har samme utstyr og medikamentpakke som ambulansetjenesten, og sykepleierne deltar på fagdager og AMLS/PTLS kurs sammen med ambulansetjenesten. Ordningen ble etablert i 2018 da ambulansstasjonen i Røyrvik ble nedlagt på grunn av rekrutteringsutfordringer og liten aktivitet. Sykepleieren lønnes av prehospital tjeneste og prehospital tjeneste koster utstyr og opplæring av personell.

5.2. Akuttbil

Akuttbilprosjektet i Inderøy/Steinkjer er et viktig bidrag til utprøving og utvikling av helsetjenester med dokumentert følgeforskning på området. Akuttbilen er en arena for å sikre empirisk kunnskap, som blant annet kan anvendes når stortingsmeldingen skal utformes jf. Hurdalsplattformen 2021-2025. Prøveordningen var et kompensierende tiltak etter at Leksvikambulansen ble virksomhetsoverført til St. Olavs hospital, og gjennomføres innenfor de foreslåtte organisatoriske, faglige og økonomiske rammer. Andre formål med prosjektet:

- **Tjenesteutvikling mellom Helse Nord-Trøndelag og kommuner:** Akuttbilprosjektet er et samhandlingsprosjekt - et forsøk på å bruke kompetansen og deler av passiv beredskapstid til aktiv tjenesteyting for å utvikle fremtidens tjenester.
- **Nødvendig erfaringslæring for de prehospitalene tjenestene i Helse Nord- Trøndelag:** Akuttbilprosjektet gir god anledning til erfaringslæring ved å trene på håndtering av akutte og hasteoppdrag ved bruk av mindre ressurser.

Foreløpig har man bare prosjektmidler for å drifte dette frem til juni 2024.

5.3. Fremragende akuttmottak (FAM)

Prosjekt er forankret i Helsefellesskapet i Nordre Trøndelag siden 2019, er et av de vedtatte målene i foretakets strategiske utviklingsplan, og støttes av samhandlingsmidler fra Helse Midt-Norge. Det er nå inne i fase 3 og omfatter både akuttmottak i Namsos og i Levanger. Nordre Trøndelag står ovenfor store samfunnsendringer i årene som kommer. Akuttmottakene i Helse Nord-Trøndelag (HNT) opplever utfordringer innen kapasitet, kompetanse og areal. Dette utfordringsbildet sett i sammenheng med forventet samfunnsutvikling, underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.

5.4. Utrykning til pasient

Ved Søre-Sunnmøre legevakt, som er samlokalisert med ambulansetjenesten, rykker legevaktslege ut sammen med paramedisiner. I samarbeidsmøte med ØHD er en også i gang med å opprette et slik samarbeid ved Ålesund legevakt. Dette vil styrke portvokterfunksjonen, og er også et godt initiativ av primærhelsetjenesten i Møre og Romsdal for å imøtekomme kravet om å rykke ut til pasient ved behov.

Med vennlig hilsen

Bjørn Inge Gustafsson
Fagdirektør

Sunniva Jansdotter Nydahl
Rognerud
Samhandlingssjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer