

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

14/10147-14

Hanne Undlien

17.12.2014

Høringsuttalelse - Akuttutvalgets delrapport - Gjennomgang av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Innledning

Solbergregjeringen viderefører Akuttutvalget som Stoltenberg II- regjeringen oppnevnte i 2013. Nåværende regjering har i tillegg til det opprinnelige mandat, utformet to tilleggsbestillinger for å understøtte arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og melding om primærhelsetjenesten. Akuttutvalget svarer nå ut disse bestillingene gjennom denne delrapporten. Vi har i vårt svar forholdt oss til at utvalget har avgrenset delrapportens innhold hovedsakelig til utfordringsbildet og forslag knyttet til legevakt og ambulansetjeneste. Vi merker oss også at Akuttutvalget sier at spørsmål knyttet til psykisk helse og rus i mindre grad er omtalt i rapporten. Vurderinger og forslag relatert til bl.a. frivillig sektor, arbeidslivet og befolkningens egen kompetanse (førstehjelp m.v.) vil bli nærmere drøftet i videre arbeid fram mot desember 2015, når utvalgets samlede utredning blir fremlagt. Vi har derfor ikke tatt med merknader til disse områdene i denne omgang.

Helsedirektoratet ser frem til utvalgets samlede utredning. Dette feltet må sees som helhet, og kvalitet på tjenestene og effektiv ressursutnyttelse er gjensidig avhengig av de ulike elementene.

Helsedirektoratet støtter i hovedsak det utfordringsbildet delrapporten tegner. Akuttmedisinske tjenester og helsehjelp utenfor sjukehus har en rekke utfordringer med hensyn til bl.a. kvalitet, kapasitet, organisering, samhandling og ledelse.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) utarbeidet i 2009 forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, «...er hjelpa nærmast!». Der påpeker de mangler i den akuttmedisinske kjeden og uttaler at «legevakttjenesten er en nødetat i bakleksa som ikke har utviklet seg i takt med den øvrige helsetjenesten de siste 10 år». Nklm foreslo tiltak som sammenslåing av legevakt i større distrikter, en definert grunnkompetanse for å ha legevakt, minst to leger i vakt og det å få på plass en oppdatert akuttmedisinforskrift som avspeiler nye behov i den akuttmedisinske kjede.

Helsedirektoratet - Divisjon primærhelsetjenester

Avdeling allmennhelsetjenester

Hanne Undlien, tlf.: 24163971

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet vil understreke at det har skjedd en utvikling på feltet, jf. omtale i høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 om forslag til ny akuttmedisinforskrift. I forskriften foreslås blant annet krav til kompetanseheving og obligatorisk kursaktivitet for helsepersonell i vakt, innføring av bakvaktordning for leger uten nødvendig selvstendig kompetanse og Nasjonalt legevaktnummer 116117.

Helsedirektoratet har gitt faglige innspill til revisjonen av akuttmedisinforskriften, og gitt utførlige økonomiske og administrative konsekvensanalyser. Disse forhold er blant annet gjenspeilet i statsbudsjettet for 2015. Helsedirektoratets tidligere analyser og anbefalinger er i tråd med mange av de forhold som delrapporten fra Akuttutvalget drøfter.

Helsedirektoratet hørings svar til delrapporten

Helsedirektoratets vedlagte høringsuttalelse er et svar på de fire spørsmål Helse- og omsorgsdepartementet reiser i sitt høringsbrev datert 4. november 2014.

Helsedirektoratet merker seg at utvalget i hovedsak foreslår å styrke og i noe grad omstrukturere eksisterende organisering av den akuttmedisinske kjede. Mange av utvalgets forslag er også i tråd med innspill som fremkommer i Helsedirektoratets hørings svar til ny akuttmedisinforskrift datert 15. juli 2014. Vi har også gitt innspill og tilrådninger for utvikling av prehospitale tjenester, herunder ambulansetjenesten.

Vi har valgt å fokusere på noen utvalgte problemstillinger i delrapporten. Dokumentet er et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsedivisjonen i direktoratet.

Helsedirektoratet merker seg delrapportens innledning om økonomisk- og administrative konsekvenser under kap. 7.: *«Innenfor den tidsrammen utvalget har fått til disposisjon til denne delrapporten, har det ikke vært mulig å gjennomføre en fullstendig økonomisk vurdering av de økonomiske konsekvensene av forslagene. I mange tilfeller er forslagene utarbeidet på et nivå som gjør det nødvendig med nærmere konkretisering før det er mulig å anslå kostnadene.»*

Vi ser bl.a. at forslagene i punkt. 7.1.1 til 7.1.4 er kostnadsdrivende. Helsedirektoratet støtter utvalgets konklusjon om at kostnadssiden må være gjenstand for nærmere analyser.

Helsedirektoratet anbefaler utvalget å gjøre en mer omfattende samfunnsøkonomisk analyse som innebærer at alle kostnadselementer blir vurdert med hensyn på bruk av ressurser på en samlet sett mer effektiv måte.

Eksempelvis vil deltakelse av mer erfarent helsepersonell på legevakt og i ambulanse kunne gi færre innleggelser i sykehus. At dagens fastleger bidrar mer til legevakt vil også være en del av vurderingsgrunnlaget.

Et annet eksempel vi ønsker å trekke frem, er vurderinger av effekt på kostnadssiden dersom flere «grønne responser» blir overført til dagtid i legens ordinære kontortid. Konsekvensen av et slikt skifte, som faglig sett er ønskelig og forsvarlig, vil trolig være

en effektivisering av «ø-hjelpfunksjonene», men kan også medføre behov for øket kapasitet og legeårsverk i kommunehelsetjenesten på dagtid.

Vennlig hilsen

Svein Lie e.f.
divisjonsdirektør

Jon-Torgeir Lunke
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Helsedirektoratets kommentar til akuttutvalgets delrapport nov 2014

Innledningsvis vil Helsedirektoratet legge vekt på følgende hovedbudskap som respons på delrapporten:

- Akuttutvalget legger frem et utfordringsbilde vi kjenner oss godt igjen i.
- Helsedirektoratet har ansvar for å bidra til å løse utfordringene på flere punkter, mye arbeid er allerede i gang. Vi arbeider for bedre kvalitet i tjenestene, blant annet at alle fastleger og kommuneleger skal bli spesialister. Vi viser også til arbeidet med ø-hjelpfunksjoner som er i utvikling ved DPSene.
- Vi må få mest mulig ut av de midlene vi har til rådighet, til beste for samfunnet. Helsedirektoratet ønsker debatten velkommen. Det gjenstår en del spørsmål som utvalget må arbeide videre med når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser.
- Helsedirektoratet skal bidra med å beskrive hva innholdet i en akuttmedisinsk tjeneste skal være. Helsedirektoratet vil gjennomgå gjeldene definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede i henhold til den drøfting utvalget har om begrepsapparat.
- Helsetjenestene lykkes best med å skape et godt tilbud til innbyggerne når de samarbeider både om struktur og innhold i tjenestene. God ledelse og samarbeid mellom kommunens akuttmedisinske tjeneste, sykehus og ambulansetjenesten er sentralt for fremtidens tjeneste. Direktorat nevner et *eksempel på godt samarbeid*: ACT-team der kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider om et godt tilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, nettopp evaluert med gode resultater.

Helsedirektoratet gir innledningsvis en kort oppsummering av hovedpunktene som Helse- og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene vurdere:

Hvilken effekt kan de ulike tiltakene forventes å ha:

- Helsehjelp og aktivitet på de ulike nivå i den akuttmedisinske kjeden vil bli brukt riktigere
- Et samlet akuttmedisinsk tilbud befolkningen er mer tilfreds med.
- Redusere uønskede hendelser i den akuttmedisinske kjeden
- Større trygghet for den enkelte pasient og helsearbeider.
- Bedre definisjon av ansvarsområder i gråsoner der uklareheter i ansvarsforhold mellom kommune og foretak kan oppstå.
- En bedre og mer sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste hvor alle aktørene har relevant kompetanse og erfaring.
- En forutsigbar tjeneste basert på et samordnet planverk mellom helseforetaket og kommuner

Hvilke forutsetninger må på plass for at de skal kunne gjennomføres:

Overordnet:

- Tydelige mål på kvalitet, tilgjengelighet, organisasjon og faglig innhold som kommuner og helseforetak kan planlegge i forhold til og måles opp mot.

- Teknologiske løsninger som sikrer enhetlig registrering, datainnsamling, informasjonsutveksling i hele den akuttmedisinske kjede med gode elektroniske løsninger for publikumsinformasjon og elektroniske tilganger til tjenestene.
- Kompetansekrav med forslag til opplæringsmodeller og materiell som kommuner og helseforetak kan bruke i sin planlegging og utvikling av tjenesten.

Konkret:

- Tilstrekkelig antall fastleger – rekrutteringstiltak, vurdering av fastlønn på legevakt og innføring av vakt som en del av fastlegens kommunale tjenestetid. Fastlege er vaktlege
- Mulighet for elektronisk booking fra legevakt (LV-sentral) hos fastlege dagen etter, for pasienter med lav hastegrad. Informasjonsarbeid vis a vis publikum for riktig bruk av legevakt. F.eks innføring av at første kontakt med legevakt som hovedregel skal være telefonisk. Dette vil kunne løse enkle problemer uten oppmøte og bruk av legeressurs.
- Avklare hvilke helsepersonellgrupper skal delta i arbeidet som «community paramedic» - og endre tittelen til norsk begrep som f.eks. akuttsykepleier eller en profesjonsnøytral tittel.

Hvilke tiltak bør gis høyest prioritet

Overordnet

- Nasjonale retningslinjer for faglig innhold og organisering av den akuttmedisinske kjede utarbeides i samarbeid med helsetjenesten.
- Like krav til elektronisk samhandling og datainnsamling i den akuttmedisinske kjede, herunder krav til elektroniske løsninger for publikum
- Klare og entydige samarbeidsavtaler med tydelige roller og ansvar som knyttes til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Avtalene må være gjenstand for årlig vurdering for å utvikle tjenesten i riktig retning
- Nødvendig og tilstrekkelig kompetanse i alle ledd

Konkret:

- Ledelse – plassering i organisasjon på sentralt nivå og tilstrekkelige ledelsesressurser
- ROS og internkontroll bygd på faktisk kunnskap om tjenesten, og planlegging av virksomheten ut fra dette.
- Tilgjengelighet. Avstand og reisetid/ transporttid til legevakt og sykehus
- Legevaktordning med bakvakt, vil medføre behov for flere fastleger. Direktoratet vurderer at legevakt må få nasjonal normering og være en del av allmenntjenestearbeid.
- Akuttutvalget utreder videre fastlønnsordning på legevakt.

Bør andre tiltak enn de som er omtalt vurderes:

- En bred gjennomgang av fastlegenes oppgaveportefølje med fokus på økt tilfang jmf. samhandlingsreform, ny fastlegeforskrift og endret vaktopplegg for legevakt.

- En bred gjennomgang av legevakten. Hvilke oppgaver skal den løse og i hvilken kontekst skal den operere.
 - En bred gjennomgang av ambulansetjenesten med tanke på tilgjengelighet og kompetansenivå relatert til de ulike aktørene i akuttmedisinsk kjede.
 - En samlet vurdering av kompetansebehov og evt. kompetansenivå, for alle ledd i den akuttmedisinske kjede i lys av organisering og ansvar.
-

Historikk

Helsedepartementet etablerte i 2004 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling, og gjennom samarbeid med andre fagmiljøer, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin. Nklm ga i 2009 ut forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, «...er hjelpa nærmast!» . Rapporten påpeker mangler i den akuttmedisinske kjeden og konkluderer med at legevakttjenesten er en nødetat i bakleksa som ikke har utviklet seg i takt med den øvrige helsetjenesten siste 10 år. Av viktige foreslåtte tiltak er sammenslåing av legevaktsdistrikter til større enheter, en definert grunnkompetanse for å ha legevakt, minst to leger i vakt og få på plass en oppdatert akuttmedisinforskrift som avspeiler nye behov i den akuttmedisinske kjede.

Det foreligger nå forslag til ny akuttmedisinforskrift som ivaretar mye av det som framkommer i rapporten. Helsedirektoratet har gitt viktige innspill til forskriftsforslaget som bl a omhandler bakvaksordning, videre og etterutdanning for alt helsepersonell i den akuttmedisinske kjede, plan for utdanning av ambulanspersonell og nasjonalt legevaktnummer.

Samhandlingsreformen ble gradvis innført fra 2012 og førte til omfattende endringer i de kommunale helsetjenestene. Hovedutfordringene i helsetjenestene ble i St. melding 47 (2008–2009), definert slik: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne.

Akutte kommunale døgnplasser er et resultat av samhandlingsreformen og skal dekke kommunenes behov for å ivareta innbyggere som blir for syke til å klare seg hjemme, men ikke så syke at de trenger omfattende medisinsk sykehusbehandling. Kravet er at kommunene skal ha tilbud om dette innen 2016. Svært mange kommuner har dette på plass allerede nå, i god tid før fristen.

Gode og entydige definisjoner er en forutsetning for meningsfylt kommunikasjon. Det sikrer at man snakker om det samme og danner basis for gode løsninger. Vi viser til Helsedirektoratets revisjon i 2012 av tidligere KITH definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. Direktoratet vil gjennomgå dokumentet med tanke på begrepsavklaringer

I 2013 trådte den nye fastlegeforskriften i kraft med tydelige krav til fastlegens deltagelse i legevakt. Forskriften ble kort tid etter ikrafttreden endret. Helsedirektoratet medvirket til endring av regelen som ga fritak for legevakt etter 55 år fordi den førte til for få tilgjengelige legevaktsleger og virket vridende i det de mest erfarne legene gikk ut av arbeidet i en for

tidlige del av yrkesløpet. Forskriften danner et juridisk fundament for det videre arbeidet med å få fastlegene inn som bærebjelke i legevaksarbeidet.

Nødnettutbyggingen forventes ferdig i 2015/2016, etter at Stortinget fattet vedtak om nasjonal utbygging i 2012. Kommuner og helseforetak skal nå medvirke til at vaktpersonell i akuttmedisinsk kjede er tilgjengelig i et avlyttingssikret nødnett for bedre intern samhandling og samvirke på tvers av nødetatene. Dette skal medføre større sikkerhet for pasient og personell.

Helsetjenestens innsats ved terrorhandlingene 22.7 viste at man har stor kapasitet når det virkelig gjelder. Samtidig avdekket evalueringsrapportene en del forbedringstiltak som helsetjenesten har jobbet videre med. Fremdeles finnes det forbedringspotensiale i samhandling og samvirke.

Det er sammen med representanter fra kommunehelsetjenesten og helseforetakene laget et forslag til en faglig veileder med krav til akuttmottakene. Tidligere tilsyn med akuttmottakene avdekket store variasjoner i forhold til organisering og drift.

Helsedirektoratet utreder for tiden et kommunalt helse og omsorgsregister (KHOR). Dette vil danne grunnlag for datauttrekk til bruk i forskning og kvalitetsforbedringsarbeid. Det er satt av 30 millioner kroner til registeret i statsbudsjettet for 2015.

Helsedirektoratet opprettet en bredt sammensatt arbeidsgruppe som fikk som mandat å utarbeide forslag til ny utdanningsmodell for ambulanspersonell. Arbeidsgruppens rapport (2014) inngår i Helsedirektoratets anbefaling til departementet. Ambulanseutdanningen har nå startet opp med en prøveordning med bachelorgrad i prehospitalt arbeid ved høyskolen i Oslo/Akershus. Det er også etablert en masterutdanning innen prehospital akuttmedisin ved Universitetet i Stavanger

Luftambulansen ANS har også utarbeidet faglige retningslinjer for leger og redningsmenn i tjenesten.

Samlet sett er det gjennomført flere strukturerte forbedringer av faglig innhold og kompetanse i akuttmedisinsk kjede.

Utvalgets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet mener at formuleringene i innledning kap.6 beskriver målsettingen på en god måte:

trygghet, nærhet, kvalitet, forutsigbarhet, stabilitet.

Begrepene i rapporten

Akuttutvalget definerer ikke «legevakt» og gir ingen entydige svar på hvilke oppgaver legevakten skal løse. Forslagene som framlegges har en klar retning bort fra et tilbud dominert av grønne responser. Direktoratet støtter utvalget i retningsvalget og vil komme tilbake med vår definisjon av legevakt (ansvar og virkeområde).

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er definert i akutforskriften som medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Utvalget har i kap. 1.4 drøftet begrepet, men har ikke problematisert om tiden er moden for å fjerne ordet «prehospitalt» eller utenfor sykehus. I akuttmedisinske situasjoner skal alle relevante ressurser jobbe sammen i et nettverk for å løse oppgavene. Dette innebærer at sykehusets kompetanse gjennom vakthavende lege settes i kontakt med legevaktlegen eller ambulansepersonellet hos pasienten. På samme måte må kompetanse og ressurser som finnes i et akuttmottak i stor grad gjøres tilgjengelig for helsepersonell der hvor pasient måtte finne seg. Akuttmedisin må være en tjeneste «uten vegger» hvor kommunikasjons-teknologi og organisasjonsstruktur gjør alle nødvendig ressurser tilgjengelig.

Direktoratet ønsker også klarere begrepsdefinisjoner på akutte tjenester, øyeblikkelig hjelp og prehospitale tjenester. Begrepene brukes om hverandre og det legges ulik betydning i begrepene. Denne ulike forståelsen gjør arbeidet med opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplassene, der spesialist- og primærhelsetjenesten skal bygge opp tilbudet sammen, vanskeligere. Helsedirektoratet vil komme tilbake med klarere definisjoner, og viser til Helsedirektoratets revisjon i 2012 av tidligere KITH definisjonskatalog.

Helsedirektoratet påpeker at bruk av betegnelser innen rus og psykisk helsefeltet bør være entydige med konsekvent begrepsbruk. Det er ønskelig at «rusproblemer» erstattes med «rusmiddelproblemer», «Psykisk syke» er et begrep som brukes lite, vanligere er «personer med psykiske vansker/lidelser». I spesialisthelsetjenesten benevnes tjenestene inn psykisk helsefelt slik: *Psykisk helsevern, Psykisk helsevern for barn og unge, samt Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Kommentarer til de ulike forslagene og begrunnelsene

Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

Utvalget foreslår en tydelig strategi for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og en effektiv akuttmedisinsk kjede. Det støttes av direktoratet.

Dette innebærer bruk av flere lederressurser, forskning, øket kompetanse og en samlet akuttmedisinsk kjede.

Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser og samhandlingsavtaler

Akuttutvalget beskriver på en god måte viktigheten av gode planprosesser og behovet for forpliktene og operative samhandlingsavtaler. Helsedirektoratet forutsetter derfor at utvalget vil komme tilbake til denne problemstilling med bl.a. tanke på hvordan sentrale helsemyndigheter kan legge føringer for et nødvendig og godt samvirke mellom pliktsubjektene.

Helsedirektoratet støtter at samarbeidsavtalene brukes som et aktivt verktøy. Dette har kommuner og helseforetak erfaring fra med arbeidet med tjenesteavtale 4: Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Felles forventninger til ø-hjelp døgnplasser som helseforetaket og kommunen har, må drøftes i planlegging av etablering av slike tilbud og nedfelles i de lovpålagte samarbeidsavtaler.

Vi anbefaler at delavtale tjenesteavtale 11 om Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede sees i sammenheng med tjenesteavtale 4. Videre må det tydeliggjøres at samarbeidsavtalene må operasjonaliseres gjennom konkrete rutiner, prosedyrer, planer for opplæring av helsepersonellet, trening av alt personell og felles øvelser både internt og med samarbeidende organisasjoner.

Dette bygger oppunder argumentasjonen om å se helse- og omsorgstjenestene i en helhet. Det vil bidra til at kommune og helseforetak får felles forståelse, kunnskap og forventninger til tilbudene, både i helseforetaket og i kommunen. En forsterket kobling mellom tjenesteavtale 4 og 11, vil styrke og tydeliggjøre morgendagens akuttmedisinske tjenester som en del av helseberedskapen i Norge.

Ledelse og samordning i akuttmedisinsk kjede

Utvalget tar til orde for en bred gjennomgang av ledelse i den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet mener at manglende oppfølging av nødvendige tiltak handler om svikt i ledelse og at opplæringstiltak og fokus på god ledelse er en nøkkel til å nå endringsmålene i hele den akuttmedisinske kjede.

På kommunalt nivå kommer utvalget med konkrete forslag til endring i kommunelegefunksjon og stillingsstørrelse spesielt med tanke på koordinatorfunksjonen, men og i samarbeid mellom tjenestenivåene og på foretaksnivå. Forslaget kan innebære behov for flere kommunelegestillinger i noen kommuner, men utvalget har ikke gått inn på noen nærmere beregninger.

Vi finner ikke noen drøfting av forslag til normering av kommunelegens stillingsstørrelse på basis av befolkningsstørrelse i delrapporten, med unntak av at kostnaden er drøftet i kapittel 7.1.4. Helsedirektoratet mener at normering virker fornuftig, men savner en bredere drøfting. Vi regner med at utvalget vil komme tilbake til dette i sin endelige rapport.

Utvalget har foreslått at de eksisterende nasjonale programmer for ledelse utvides til å gjelde ledere i hele den akuttmedisinske kjede og kostnader til dette bør kunne dekkes av allerede avsatte midler til fagutvikling og ledelse i kommuner og helseforetak.

Skisserte tiltak for spesialisthelsetjenesten støttes – regionalt og nasjonalt samarbeid må utvikles og tjenesten bør ha like standarder og evidensbaserte retningslinjer. Lederorganene må i tillegg til samhandling internt i RHF-strukturen, også samhandle med kommunehelse-tjenesten i større grad. Ledelsesfunksjoner må styrkes, og bli mer ledelse enn administrasjon.

Uten tilstrekkelige ledelsesressurser er det lite rom for organisasjons- og fagutvikling, dialog og erfaringsinnhenting fra andre ledd i den akuttmedisinske kjeden. Dette bør i særlig grad vektlegges i det videre arbeidet med utvikling av den akuttmedisinske kjede, herunder legevaktordningen.

RHF-ene og HF-ene må gjennom god organisering frembringe nødvendige strategier og gjennomføre de viktigste tiltakene i samsvar med nasjonal konsensus. Dette følger også av «sørge-for ansvaret»

Et nasjonalt fagråd for prehospitale tjenester bør omfavne hele den akuttmedisinske kjede og ha navn deretter.

Kommunene må settes i stand til å utvikle og organisere tjenesten på tvers av kommunegrenser og i større grad få etablert faglige fora for utvikling og drift av legevakt. Samtidig må det sikres en organisering med vekt på tilgjengelighet og nærhet til kommunens innbyggere. Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) må bidra med koordinering av dette.

Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

Tilstrekkelig tilgang til valide og reliable data fra den akuttmedisinske kjeden må sikres. Dette må rapporteres automatisk til bruk i utvikling og kunnskap om hele den kjeden. Dataene er viktig med tanke på forskning, utvikling av tjenesten og som styringssignal for operativ og medisinsk drift av den akuttmedisinske kjede. Helsedirektoratet utreder for tiden Kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister (KHOR). Data fra den akuttmedisinske kjeden bør inngå i dette registeret.

Helsedirektoratet anbefaler at akuttutvalget frem mot avlevering av rapporten i desember 2015, følger opp utviklingsarbeidet som skjer på eHelse- området i nær dialog med aktørene.

Det er behov for en rask implementering av EPJ som kan kommunisere med alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Dette omfatter også omsorgstjenesten/hjemmesykepleien. I første omgang vil tilgang til kjernejournal være et viktig steg i riktig retning.

Det må fremheves behov for elektroniske verktøy for beslutningsstøtte og logistikk i AMK-sentralene og LV-sentralene. Behovet for tilgang til kunnskap, beslutningsstøtte og dokumentasjon i akuttsituasjoner, vil være til stor nytte for de deler av tjenesten som sjelden står ovenfor disse situasjonene. Gjennom den elektroniske pasientjournalen må det gis tilgang til kortfattet og oppdatert beslutningsstøtte, f.eks. gjennom faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet eller lokalt utviklede prosedyrer for håndtering av akuttsituasjoner.

Helsedirektoratet er i ferd med å digitalisere alle retningslinjer og anbefalinger slik at det kan gjøres integrasjoner mot EPJ. Dette bør følges opp med støtte til integrasjon i journalsystem for alle deler av den akuttmedisinske kjeden, inklusive omsorgstjenesten.

Etablering av meldeordning for avvik i kommunal helsetjeneste må etableres.

Responstider – reisetider og transporttid

Mange vestlige land har etablert en type krav til responstider. Dette et viktig tiltak for å sikre befolkningen forutsigbare akuttmedisinske tjenester. Krav til responstid alene som kvalitetsmål, vil i liten grad kunne sies å ha effekt på overlevelse og kvalitet i den akuttmedisinske kjede. Helsedirektoratet forutsetter derfor at utvalget vil komme tilbake til responstider for hele den akuttmedisinske kjeden som nasjonale kvalitetsmål i sin endelige rapport.

Helsedirektoratet støtter utvalgets bekymring knyttet til sentralisering av legevakter og derav lang reisetid mellom legevakt og enkelt grupper av befolkning i legevaktens opptaksområde.

Helsedirektoratet kan imidlertid ikke støtte forslag om innføring av et nasjonalt krav om reisetid til legevakt på nåværende tidspunkt. Primærbegrunnelsen for dette ligger ikke i det konkrete forslaget, men er begrunnet i at utvalget ikke har foretatt en vekting av forslaget i forhold til tilsvarende kostbare normative krav til andre deler av den akuttmedisinske kjeden.

Innføring av et reistidskrav i forhold til legevakt kan medføre et ensidig fokus på et element i den akuttmedisinske kjeden uten at dette er prioritert opp mot andre tiltak.

Kommunenes ø-hjelp tilbud

En samlet og hensiktsmessig organisering støttes. Det bør vurderes om oppgavene som legevaktsentral og helsevaktsentral kan dekket av samme vaktrom, med funksjon for flere tjenester i kommunal helse og sosialtjeneste. Det kan etableres ulike nummer til helsevaktsentralen eller at 116117 blir et felles telefonnummer til de som trenger kommunale Ø-hjelp tjenester.

Direktoratet støtter behovet for mer tid til ledelse, og samordning av tjenester kommunalt – interkommunalt og med helseforetakene.

Omsorgstjenester i et akuttmedisinsk perspektiv

Utvalget har ikke beskrevet status og utviklingstrekk i de kommunale omsorgstjenestene, herunder hjemmesykepleietjenesten, noe som betyr at utfordringsbildet blir mangelfullt beskrevet. Statens helsetilsyn har i rapport fra 2005 beskrevet viktige utfordringer i omsorgstjenestene (Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004). Utfordringene som skisseres er like aktuelle i dag:

Det er særlig to grunnleggende trekk ved dagens omsorgstjenester som i seg selv byr på betydelige styringsutfordringer for kommunene: *omfanget* og *mangfoldet* i behov, det vil si antallet tjenestemottakere og antall hjelpesituasjoner hvert døgn i mange ulike boformer, sammen med alle slags medisinske, helsemessige og sosiale problemer.

Omsorgstjenestens sårbarhet synes særlig å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen; det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer.

Utvalget anbefaler å videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. De peker på at legevakttjenesten lever «på siden av» de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene og de framhever behov for mer hjemmebesøk av lege. Vi støtter forslaget om økt/bedret samarbeid mellom legevakten og hjemmetjenestene. Vi bør starte med å forbedre, strukturere og systematisere samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten slik at færre av hjemmetjenestens pasienter må ha akutt hjelp fra legevakta. Videre bør helse- og omsorgstjenestenes plikt til tilgjengelighet og evne til endret tjenestenivå tydeliggjøres, slik at pasienter og brukere med endret behov, enkelt kan få tilpasset sine behov uten at legevakt, ambulansetjeneste eller andre mer kostnadskrevede tiltak som sykehusinnleggelse, blir løsningen på endret hjelpebehov på kveld/natt og helg.

Vi er usikre på hvilket nivå utvalget tenker seg når de ønsker å videreutvikle samarbeidet mellom hjemmetjenesten, og da spesielt hjemmesykepleien, og legevakt. Vi ønsker en tydeliggjøring av hvordan dette samarbeidet skal se ut og hvilke typer oppdrag man ser for seg at hjemmesykepleien skal utføre.

Det kan være synergier ved å involvere omsorgstjenesten i den akuttmedisinske kjede tilpasset det lokale behovet. Prosjektene i Rakkestad og Bjarkøy er eksempel på dette. Dette krever imidlertid øket akuttmedisinsk kompetanse og tilstrekkelig bemanning.

Utvalget har ikke nevnt noe om kostnader knyttet til å trekke inn hjemmetjenestene, særlig sykepleietjenesten, inn i den akuttmedisinske kjede. De økonomiske og administrative konsekvensene må belyses i et utredningsprosjekt.

Velferdsteknologi

«Meld. St. nr. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» fokuserer på utfordringsbildet frem mot 2030 og behovet for omstilling via bl.a. tjenesteinnovasjon. Velferdsteknologi fremmes som en av flere sentrale virkemidler for å møte fremtidens utfordringer. Stortinget har etablert en nasjonal satsing på velferdsteknologi, som frem til 2017 vil etablere et kunnskapsgrunnlag, arbeidsverktøy, kompetansepakker, m.v. som skal muliggjøre at kommuner kan ta velferdsteknologiske løsninger bredt i bruk innen 2020. Gjennom den nasjonale satsingen er det bred utprøving av teknologiske løsninger og utvikling av tjenester for økt trygghet og mestring av eget liv og helse, bl.a. for personer med kronisk sykdom/lidelser. Sentralt for den nasjonale satsingen er utvikling av tjenester som sikrer gevinstrealisering og gjennom følgesforskning sikrer etablering av kunnskapsbasert praksis.

Hva skal legevakta være?

- Et akuttmedisinsk tilbud for befolkningen, der pasienten av ulike helsemessige grunner ikke kan vente til neste dag på helsehjelp.
- I tillegg et servicetilbud til befolkningen som tilgjengeliggjør legetjenester utover vanlig åpningstid.

I større grad å avgrense legevakt til akuttmedisin, gir bedre ressursbruk.

Vi tolker akuttutvalget dithen at de vil i retning av færre grønne responser og at medisinsk indikasjon skal være førende, ikke publikums ønske om service. Det bør utredes hvilke tiltak kan demme opp for økende bruk av legevakt som en praktisk tilgjengelig ressurs uten medisinsk indikasjon.

Direktoratet peker på at fastlegene enkeltvis eller i gruppepraksis må ha tilstrekkelig kapasitet til å håndtere Ø-hjelp og ta imot pasienter fra legevaktsentral samme dag eller for konsultasjon neste dag. Slik praksis vil være betydelig lettere dersom legevaktsentralen har elektronisk tilgang til de enkelte legekontorenes timelister. Helsedirektoratet viser her til direktoratets utviklingsarbeid med «Digital Dialog Fastlege», der legevaktsentral kan bestille time hos fastlege dagen etter på vegne av pasienten. Dette vil bidra til forenkling av pasientstrømmen fra legevakt til fastlege på dagtid. Digital dialog prosjektet leverer ikke dette pr i dag, men det vil være mulig å få det som en fremtidig funksjon. Det vil være behov for en videre utredning før støtte for det kan implementeres.

Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet. Realiteten er imidlertid at bemanningen er lav, i hovedsak med én lege på vakt til enhver tid på døgnet, og med høy vikarbruk i mange distrikter. Få sykebesøk av legevaktlege og lav legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner, forteller om en tjeneste som på mange måter har utviklet seg bort fra å behandle dem som trenger det mest.

Legevaktsarbeid er fastlegearbeid

Et godt akuttmedisinsk tilbud fordrer kompetente leger. Helsedirektoratet mener som utvalget at legevakt er allmenntillegearbeid. Akuttmedisinsk arbeid er en viktig del av fastlegenes hverdag og det er naturlig at det er fastlegene som utgjør ryggraden i legevaktsarbeidet hele døgnet. Når de deltar så lite som de gjør i dag skyldes det trolig faktorer som involverer både kommunen og fastlegene. Kommunene bruker ikke sin styringsrett som gjør det mulig å tilplikte fastlegene legevaktsarbeid, og en del kommuner har ikke gode nok systemer for oppfølging av legevaktlegene når de «setter ut» sine vakter til andre leger. Fastlegene på sin side har lange arbeidsdager og jobber allerede mer enn normalarbeidstid for andre arbeidstakere. At mange leger ikke ønsker ytterligere arbeidsinnsats i form av legevakt er ikke unaturlig.

Utvalget legger opp til flere tiltak som vil styrke fastlegenes deltakelse:

1. Gjøre total arbeidstid lik avtalefestet arbeidstid for leger i sykehus og helseforetak. Dette fordrer flere fastlegehjemler og økt rekruttering.
2. Deler eller hele legevaktsarbeidet fastlønnet.
3. Øke vaktlagenes sikkerhet ved at det er flere på vakt samtidig. Alle sentraler bemannet fast med sykepleier og økt bruk av bakvakt.

Negativ trend i fastlegeordningen må snus

Tiltak som i punkt 1-3 vil være viktige momenter for rekruttering av nye fastleger. Utvalget peker på at en uforholdsmessig stor del av veksten i legeårsverk skjer i spesialisthelsetjenesten. Av 198 nye legeårsverk i en periode over 4 måneder i 2013 gikk 96 pst til spesialisthelsetjenesten. I en slik kontekst vil det være viktig å gjøre allmenntillegearbeid attraktivt.

Utvalget peker på at deltagelse i legevakt av allmenntillegespesialister er fallende.

Helsedirektoratet foreslår å styrke spesialistutdanningen i allmenntillegearbeid, slik at alle som starter i allmenntillegearbeid forpliktes til å spesialisere seg i allmenntillegearbeid og resertifisere seg¹. Dette kombinert med mer aktiv ledelse av legevaktarbeidet fra kommunenes side, vil kunne øke både fastlegenes og allmenntillegespesialistenes deltakelse i legevaktarbeidet. Helsedirektoratet foreslår i utredningen om ny spesialiststruktur og – innhold, at deltakelse i legevakt er obligatorisk for å oppnå spesialiteten allmenntillegearbeid. Det skal likevel ikke tilpliktes legevaktjeneste ved resertifiseringstidspunktet (altså 10-12 år ut i yrkeskarrieren).

Ved innføring av fastlegereformen i 2001 ble fulltids liste satt til 1500 pasienter, 300 per kurativ dag. Siden denne normeringen har det skjedd vesentlige endringer i fastlegenes arbeidsomfang og ansvar for den enkelte pasient.

- Grepene i samhandlingsreformen har ført en stor gruppe pasienter med komplekse og krevende helseproblemer over i primærhelsetjenesten. Dette har gitt fastlegene større ansvar og mer omfattende oppgaver for mange av sine listepasienter.

¹ Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmenntillegearbeid (IS 2139-2)

- Den nye fastlegeforskriften har utvidet fastlegens ansvar og oppgaver betydelig gjennom inntak av 13 nye paragrafer med funksjons- og kvalitetskrav.
- Endringer i legevaktstjenesten med tilpliktning til vakt og utvidet bakvaktstjeneste vil representere nye oppgaver.
- Økende krav til dokumentasjon og oppfølging av sykepenginger og uførhet har gitt fastlegene nye og omfattende oppgaver i arbeidet mot NAV.

Det er grunn til å gjennomgå fastlegenes samlede oppgaveportefølje for å tydeliggjøre omfanget og utfra dette gi et nytt estimat for hva rimelig størrelse på en gjennomsnittlig liste bør være.

Helsedirektoratet mener det fortsatt er nødvendig å øke antall fastlegestillinger, eksempelvis ved bruk av incentiver som rekrutteringstilskudd mv.

Kveldsåpne fastlegepraksiser og legevakt

Utvalget har kort drøftet om kveldsåpne legekontorer kan ta unna pasienter som ellers ville brukt legevakt. Når andelen «grønne responser» er estimert til å utgjøre ca. 73 pst av alle legevaktkonsultasjoner, vil mange mene at det utgjør et overforbruk av legevaktstjenester.

Flere av disse pasientene vil kunne benytte seg av tilbud hos fastlege neste dag eller et kveldsåpent fastlegekontor. I mange land det er naturlig å sammenligne seg med er det et godt innarbeidet tilbud om legetime på ettermiddag og tidlig kveld.

I Norge er det grunn til å anta at kveldsåpen praksis vil fungere forskjellig avhengig av folketall. I distrikter med lavt innbyggertall vil vaktarbeid i snitt gi færre pasientkontakter. Man kan se for seg at en kombinasjon av kveldsåpen praksis og vakt, der en del timer er satt av til ø-hjelp, vil være overkommelig for legen og praktisk for befolkningen. I mer befolkningstette strøk kan man anta at vaktbelastningen vil være for stor til å kunne ta elektive pasienter i tillegg.

Årsakene til at kveldsåpen praksis ikke er blitt vanlig i Norge kan være flere. Økonomiske incentivstyrte modeller har bidratt til at det er trukket et klart skille mellom legevakt kl. 1600-0800 og fastlegepraksis henlagt til samme tidsrom. Likt honorar i fastlegepraksis på dag og kveld gjør det lite attraktivt å ha kveldspraksis.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det sannsynlig at kveldsåpne praksiser vil være gunstig. Man må anta at en del av befolkningen ønsker å legge legebekøk til etter arbeidstid. Helsedirektoratet jobber for tiden med en bredere gjennomgang av kveldsåpne fastlegepraksiser. Direktoratets tilråding skal være klar til departementet innen 31. des. 2014.

Bedre prioritering i legevakt: Krav til økt omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt

Legevakt og ressursbruk må vurderes med tanke på tilgang til annet helsepersonell og bakvakt med tanke på nødvendig faglig støtte, evt. utrykning og beredskap ved stor pågang.

Helsedirektoratet vil peke på at sentralisert og samlokaliserte legevaktordninger for flere kommuner, krever lokal akuttgjelper evt. supplert med høgskoleutdannet helsepersonell med akuttmedisinsk kompetanse fra enten kommune eller spesialisthelsetjenesten.

Kompetansekravene til helsepersonell knyttet til legevakten støttes. Det er også viktig med samtrening med ambulansetjenesten og andre nødetater.

Organisering av en faglig god legevakt med godt kvalifisert helsepersonell og tilgjengelig lege i vakt som også kan rykke ut og foreta sykebesøk vil være viktig og må ha stor oppmerksomhet. Bemanningen i legevaktordningen og ambulansetjenesten må synkroniseres på en faglig forsvarlig og effekt måte.

Økt omfang av legedeltakelse ved AMK-varsling om rød respons-utrykning. Målsetting om minst 75 pst. legedeltakelse bør fastsettes ved utarbeidelse av retningslinjer for legevakt.

Samlokalisering av kommunale tjenester:

Utvalget peker også på at økt bruk av samlokalisering med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene gir positive synergieffekter. Dette kan gi bedre ressursbruk ved å fordele pasienter til ulike mindre ressurskrevende omsorgstilbud. Høy andel «grønne responser» innebærer sannsynligvis at en del av pasientene som henvender seg på legevakt kan få bedre eller like god hjelp av kommunens omsorgstilbud.

Erfaringer med ø-hjelp senger knyttet til større interkommunale legevakter er blant annet at det i all hovedsak er vertskommunens innbyggere som benytter tilbudet og at legene som jobber der i liten grad har kjennskap til de øvrige kommunale tjenestene, noe som gjør at mulighetene for å tenke helhet og samordning blir begrenset.

Å innrette de øvrige tjenestene på en slik måte at pasientene kan få utredning og behandling i de ordinære, lokale tilbudene større deler av døgnet, er sannsynlig et faglig godt og billigere alternativ enn legevakta.

Akuttilbudet til psykisk syke og pasienter med rusmiddelproblemer

Helsedirektoratet støtter utvalgets bekymring for akuttilbudet til psykisk syke og pasienter med rusmiddelproblemer, og viser til vår rapport av mars 2014 om Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) (IS-2156). Det pekes her på:

1. Det er en helsepolitisk føring av DPS skal ha tilgjengelige akutttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. Dette kan skje i samarbeide med andre enheter i spesialisthelsetjenesten der lokale forhold gjør det nødvendig, men det bør være ett telefonnummer for alle akutthenvendelser.
2. Akuttjenester ved DPS må planlegges i samarbeid med brukerorganisasjoner, kommunale tjenester, fastleger, legevakt, akuttavdeling og andre enheter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.
3. DPS kan organisere akutttjenestene i egne ambulante akutteam, men kan også velge andre modeller for akutttjenestene.

Per 2013 er det etablert akutteam i 56 av 71 DPS-områder, men deres funksjon er ulik.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten har etablert rusakuttmottak i Oslo, Bergen, Drammen, Stavanger, Trondheim, Ålesund m.fl. Det er også mange byer som tilbyr andre akutte tjenester som for eksempel overdoseteam. De fleste med intoksikasjon av rusmidler får likevel behandling ved somatiske akuttmottak.

Helsedirektoratet mener delrapporten viser at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt føringer gitt i Prop. 1S (2012-2013) hvor det står: «De regionale helseforetakene fikk i 2011 i oppgave å sette i verk tiltak for at nødvendige akutfunksjoner kan etableres ved DPSene. DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten og har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger.»

Helsedirektoratet foreslår følgende tiltak:

- Utvidete åpningstider i distriktpsykiatriske sentre, og utvidet telefontid med rom for veiledning mot legevaktjenesten.
- Etablering av faste samarbeidsrutiner mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten om hvordan pasienter med sammensatte og komplekse psykiske og/eller rusrelaterte lidelser bør vurderes.
- Ved større legevakter som er samlokalisert med kommunale ø-hjelp-døgnposter, bør det opprettes observasjonssenger for pasienter med rusmiddelproblemer, og pasienter i akutt psykisk krise som ikke trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Slik helsedirektoratet tolker delrapporten vil utvalget komme tilbake til psykisk helsevern og rusmiddelproblematikk senere i utredningsarbeidet. Direktoratet støtter dette tiltaket.

Fremtidens helsetjenester og utfordringer i dag

Forslagene som handler om å trekke inn hjemmetjenesten / hjemmesykepleietjenesten

- *videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt*
- *nytenkning om bruk av ytterligere personell – se potensialet i å definere sykepleierressursene inni den akuttmedisinske kjede*

Hvordan framtidens helse- og omsorgstjeneste skal utvikles og i hvilken retning utviklingen skal gå, bør utredes nærmere. Vil en hjemmetjeneste som er mer akutt-orientert også klare å ivareta de gruppene som har krav på ikke-akutte nødvendig helsetjenester i hjemmet: personer med kronisk sykdom, demenssykdommer, funksjonsnedsettelse, psykisk sykdom, eldre, osv.

En slik utredning må omhandle behovet for kompetanse, kapasitet og dimensjonering for å kunne være i beredskap og for hvordan tjenestene da må organiseres og finansieres.

Sykehusstruktur og prehospitaltjenester

Direktoratet støtter utvalgets forslag om utvikling av intensivambulansesfunksjon til bruk ved overføringsoppdrag mellom sykehus, der avstanden tilsier en slik løsning. Det må likevel vurderes om dette bør knyttes til de mottakende sykehus (større sykehus) med tanke på fornuftig ressursbruk av vaktressurser, og det må sees i sammenheng med luftambulansetjenesten sin basestruktur.

Medisinsk nødmeldetjeneste og faglig samarbeid med politi og brannvesen

Medisinsk nødnummer 113 beholdes og AMK-sentraler må videreutvikle faglig samarbeid med nødmeldesentralene i de andre nødetatene (brann, politi). Dette må i større grad

samordnes på tvers av nødetatene, og det må gjøres mulig med mer ensartet opplæring av ledere i ambulans- og medisinsk nødmeldetjeneste, gjerne på tvers av etatene.

Det er ønskelig med en utvidet vurdering på hva moderne IKT og kommunikasjonsløsninger kan bety for utforming av nødmeldetjenesten.

Elektronisk utveksling av automatisk og manuelt registrert informasjon ved hendelser som krever innsats fra mer enn en nødetat, vil gi raskere respons og høyere presisjon på informasjon som overføres ved all samhandling mellom nødetater. Dette arbeidet må prioriteres.

Et RHF har utredet en løsning der de fire AMK-sentralene i en virtuell løsning danner en AMK-sentral. Dette er løsninger som virker godt i andre land, og kan gi en effektiv kommunikasjonsløsning for store områder og representerer en beredskapsløsning i en nasjonal krisesituasjon.

Ambulansetjenesten

Utrykning med legebemannede ambulanser fra sykehusene kan være aktuelt, men vil kreve en vaktberedskap tilgjengelig for formålet. Samlet sett må dette sees i lys av luftambulansetjenesten og kommunale legeressurser. Man kan ikke satse på å øke legeressurser både i kommune og spesialisthelsetjenesten for å dekke et relativt moderat behov.

Økt legedekning ved ambulansetrykning må også vurderes i sammenheng med bachelor paramedic. Dette kan støtte opp om en differensiert ambulansutdanning.

Organisering av ambulansetjenesten må sees i tett sammenheng med de kommunale aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Direktoratet mener det er lite gunstig å benevne en type tjeneste med et fargenavn på bilene. Begrepet «hvite biler» bør erstattes med *transportambulanse*.

Utdanning innen ambulansefaget

Helsedirektoratet støtter at det igangsettes et forsøk med en modell for community paramedic basert på norske forhold. Denne må bygges på de forutsetninger som gjelder for organisering av norsk helsevesen og det må avklares hvor funksjonen skal forankres. Direktoratet mener at pasienten vil være best tjent med helsepersonell som har klinisk virksomhet som hovedtyngde av sitt virke.

Luftambulansetjenesten

Direktoratet støtter utvalgets forslag om å utrede offentlig drift av luftambulansetjenesten og mener det må drøftes om luftambulansetjenesten skal være en sterkere integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap.

Et annet spørsmål som kan utredes er om redningsmennene bør være ansatt i helseforetakene tilsvarende som for legene.

Økonomisk- og administrative konsekvenser

Helsedirektoratet merker seg delrapportens innledning under kap. 7.:

«Innenfor den tidsrammen utvalget har fått til disposisjon til denne delrapporten, har det ikke vært mulig å gjennomføre en fullstendig økonomisk vurdering av de økonomiske konsekvensene av forslagene. I mange tilfeller er forslagene utarbeidet på et nivå som gjør det nødvendig med nærmere konkretisering før det er mulig å anslå kostandene...»

Vi ser bl.a. at forslagene i punkt. 7.1.1 til 7.1.4 er kostnadsdrivende. Helsedirektoratet støtter utvalgets konklusjon om at kostnadssiden må være gjenstand for nærmere analyser.

Helsedirektoratet vil også anbefale utvalget å gjøre en mer omfattende samfunnsøkonomisk analyse som innebærer at alle kostnadselementer blir vurdert med hensyn til bruk av ressursene samlet sett på en mer effektiv måte.

Eksempelvis vil deltakelse av mer erfarent helsepersonell på legevakt og i ambulanse kunne føre til færre innleggelser i sykehus. Større prosentvis deltakelse av dagens fastleger vil spare kommunene for vesentlig dyrere vikarløsninger med antatt betydelig dårligere kvalitet.

Bruk av legevakt er dyrere og mer ressurskrevende enn det ordinære kommunale tilbudet. Å kanalisere flere grønne responser over til fastlegene vil sannsynligvis virke besparende. Det er ønskelig med en vurdering av effekt på kostnadssiden av en slik vridning. Konsekvensen av et slikt skifte, som faglig sett er ønskelig og forsvarlig, vil trolig være en effektivisering av «ø-hjelpsfunksjonene», men kan også medføre behov for øket kapasitet og legeårsverk i kommunehelsetjenesten på dagtid.