

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

(Sendes kun elektronisk)

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/611-2/ 008

Saksbehandler/dir.tlf.:
Trond Marius Elsbak, 75 51 29 17

Sted/dato:
Bodø, 16.01.2015

Akuttutvalgets delrapport - høringsvar

Vi viser til høringsbrev datert 4. november 2014 til Akuttutvalgets delrapport.

Helse Nord RHF mener at Akuttutvalget har gjort en grundig gjennomgang av status og synliggjort relevante utfordringer. Det påpekes noen prinsipielle veivalg

- Styrking av kommunehelsetjenestens ansvar, rolle og oppgaver
- Vektlegging av god samhandling både med henblikk på planlegging og utførelse
- Beholde en desentralisert struktur
- Peke på viktigheten av god og tydelig ledelse - og interregional samordning

Det kan være en svakhet med rapporten at regionale/interregionale pasientforløp vedrørende alvorlig skadede pasienter (traumesystem) ikke er vurdert, likeledes at utvalget ikke i tilstrekkelig grad har vurdert økonomiske konsekvenser. Det forutsettes at kost/nytte –vurderinger inngår i videre utredninger.

Ved gjennomgang av rapporten har vi særlig hatt fokus på kapittel 6, der vi har kommentert utvalget sine vurderinger og forslag.

6.2 Fremtidens helsetjenester og utfordringer i dag

Helse Nord RHF er enige i at forventet trend er en utvikling i retning av økt spesialisering og funksjonsfordeling i sykehus og at dette medfører at det prehospitalt «rom» utvides. En faglig kompetent primærhelsetjeneste og ambulansetjeneste vil mest sannsynlig få en større betydning enn før.

6.3 Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

Helse Nord RHF støtter utvalgets forslag om en tydelig strategi fra nasjonale myndigheter for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus. En effektiv og gjennomgående akuttmedisinsk kjede er viktig. Økt interregional samordning og samarbeid vil gi grunnlag for å sikre likeverdige tilbud i hele landet.

Vi mener at ansvar og ledelse for den prehospitalt tjenesten må ligge i helseforetakene som i dag. Pasienter som blir omfattet av et akuttmedisinsk forløp vil ofte bli innlagt i sykehus. Akutt tjenestene må derfor være organisert og leddet sammen med annen kjernevirksomhet i sykehusene. Vi ser ikke

noen motsetning mellom lokal organisering og økt grad av samordning og samarbeid interregionalt. Dette innebærer klar forankring i ledelse, forskning, øket faglig kompetanse og organisering i en samlet akuttmedisinsk kjede.

6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser

Vi støtter utvalgets forslag - det er en viktig forutsetning at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenestene. Avtaler mellom partene bør være mest mulig konkrete og tydelige med hensyn til fordeling av oppgaver og ansvar. Det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i ulike pasientforløp og behandlingsbehov - det er viktig at partenes fagfolk har fokus på god pasientbehandling.

6.5 Ledelse

Styrking av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene - herunder ledelse - er viktig for gode samhandlingsrelasjoner mellom spesialist- og primærhelsetjenesten - og for å nå målet om gode tjenester for befolkningen.

De prehospitale tjenestene bør ligge i samme styringslinje som annen kjernevirksomhet. Skisserte tiltak støttes i forhold til samordning av prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Regionalt og nasjonalt samarbeid må utvikles og tjenesten bør ha like standarder og bygge på evidensbaserte retningslinjer. God ledelse og samhandling på ledernivå mellom kommune og helseforetak er nødvendig. Helse Nord RHF er enige i at RHFene bør etablere et prehospitalt lederorgan for å sikre nasjonal samordning.

Eventuelle førstehjelpsordninger bør fortrinnsvis være forankret i - og en del av kommunenes akuttmedisinske beredskap.

6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

Helse Nord RHF vil påpeke behovet for mer offentlig finansiert forskning, kunnskap og analyser av kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden.

Generelle forhold vedrørende pasientsikkerhet i prehospital tjeneste bør inngå i rapporten, herunder system for avvik.

Akuttutvalget peker på en styrking av fagmiljøene gjennom en tettere tilknytning mellom de nasjonale kompetansesentrene og se nærmere på deres organisatoriske tilhørighet. Dette bør kunne ivaretas via egnede samarbeidsorgan og ikke nødvendigvis gjennom en felles organisasjon. Det er også behov for en tettere integrering av fagmiljøene innen beredskap, katastrofemedisin og akuttmedisin.

Det er behov for en rask implementering av EPJ i alle ledd i den prehospitale kjeden. Systemet bør være gjennomgående for alle ambulansetjenester (herunder luftambulansetjenesten) og om mulig også for legevakt. Dette vil styrke mulighetene for forskning på overlevelseskjeden og muliggjøre et felles sett av kvalitetsindikatorer i den akuttmedisinske kjeden.

Det må fremheves behov for elektroniske verktøy for beslutningsstøtte og logistikk i AMK-sentralene og LV-sentralene. RHFene har etablert et eget prosjekt for dette (Ny teknologi AMK) i regi av Nasjonal IKT.

6.7 Responstider

De fleste land har etablert krav til responstider. Dette bidrar til å dimensjonere tjenesten og måle kvaliteten.

Vi støtter en tilnærming til responstider gjennom utvikling av kvalitetsindikatorer. Disse bør omfatte flere aktører enn bare AMK og ambulanse. Dette må utredes videre - evidensgrunlaget for responstidene må gjennomgås på nytt, og man må særlig se på tidsforløpene i de tilstandene som har størst potensiale for helsegevinst.

6.8 Utdanning innen ambulansesfaget

Helse Nord RHF støtter utvalgets forslag om at dagens fagutdanning «ambulansesarbeider» videreføres og videreutvikles. Delrapportens intensjon om å styrke ambulansesfaget støttes. En bachelorutdanning i ambulansesfag bør etableres slik at det gir en landsdekkende kapasitet i utdanningen og er integrert med øvrig relevante utdannings- og forskningsmiljøer.

6.9 Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken

Kompetansekravene til helsepersonell knyttet til legevakten støttes. Det er viktig at kommunalt personell deltar i 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 må vies stor oppmerksomhet.

Når det gjelder «community paramedic» har det i Helse Nord vært gjort forsøk med å bruke ambulanspersonells beredskapstid til andre helserelaterte oppgaver, også i kommune. Det har imidlertid vist seg å være utfordrende vedrørende forutsigbarhet i arbeidsoppgaver og oppdragstilgjengelighet ambulanse/responstid. Det kan også være utfordringer knyttet til arbeids- og hviletidsbestemmelser /beredskapstid. Det kan være nyttig med et avgrenset forsøk hvor sykepleiere (med akuttmedisinsk tilleggsutdannelse) i kommunal tjeneste bidrar i foretakets ambulansetjeneste. Forsøket må planlegges nøye, herunder hvordan gevinster kan måles.

6.10 Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene

Det er ønskelig med tydeligere krav til kommunehelsetjenestens deltagelse, beskrivelse av ansvar og oppgaver, og krav til vurderingskompetanse hos legevakten. Det er behov for å etablere faste samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan de mest krevende pasientene med psykiske lidelser bør håndteres.

Økt kompetanse i de prehospitale tjenestene og i legevakt vedrørende akuttpsykiatri bør utvikles. Gode samarbeidsrutiner og tilgjengelighet til DPSer er viktig for et godt tilbud til disse pasientene.

Innføring av nytt nødnett medfører bl.a. gjennomgang og samarbeid med kommunene om gode rutiner for varsling og samhandling. Felles nødnett forventes å gi gevinster i kommunikasjon, samhandling og oppgaveløsning på tvers av ansvarsnivåene.

Helse Nord RHF støtter krav om maksimal reisetid for innbyggerne til nærmeste legevakt. Kommunal legevakt må organiseres og tilrettelegges slik at utrykning kan ivaretas hele døgnet - og uavhengig av ambulanseressurser.

Det bør vurderes om også turnusleger kan delta i legevakt forutsatt veiledning fra spesialist i bakvakt.

6.11 Sykehusstruktur og prehospitale tjenester

Helse Nord RHF støtter utvalget i at medisinsk nødnummer 113 beholdes og at AMK-sentraler må videreutvikle faglig samarbeid med nødmeldingssentralene i de andre nødetatene (brann, politi). Det må arbeides videre med å etablere gode tekniske løsninger for effektiv samhandling. Nytt felles

nødnett og etablering av velfungerende prosedyrer vil bidra til økt effektivitet og samhandling til beste for de nødstilte.

Etablering/bruk av intensivambulanser må utredes nærmere og vurderes mot sykehusplaner, funksjonsfordeling, lokalisering/bemanning og tilgjengelighet/kapasitet i luftambulansetjenesten.

Utvalget fremmer forslag om «hvite biler» for transport av bårpasienter som ikke nødvendigvis må benytte ambulanse - dvs avlaste akuttambulansene. Vi mener at det er uheldig å bruke fargenavn på slik tjeneste. Det er etter vår oppfatning også viktig at ambulanse-begrepet ikke benyttes i denne sammenheng fordi mange/folk flest ikke vil forstå hva som er forskjell. Begrepet «ambulanse» bør kun knyttes til det som pr. definisjon er ambulansetjeneste - dvs. at slike biler ikke benevnes f.eks «transportambulanse».

Bruk av andre egnede/godkjente kjøretøy for transport av liggende pasienter (som ikke har behov for ambulansekompetanse) bør betegnes f.eks «*pasienttransportbil*» eller «*helsetransport*». Det bør foreligge retningslinjer for organisering og kompetanse knyttet til slik tjeneste. Det kan være formålstjenlig med slik transporttjeneste i enkelte områder, gjerne ivaretatt av ideelle organisasjoner eller private aktører.

Luftambulansetjenesten må fortsatt være en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Luftambulansemiljøet er en viktig bidragsyter for den faglige utvikling av ambulansetjenesten og for likeverdige akuttmedisinske tjenester i hele landet. Beredskapstid kan utnyttes til kurs for / øvelse med samarbeidende personell. Gjennom tele- og videoløsninger kan den spisskompetansen tjenesten besitter bidra i oppgaveløsning.

Helse Nord RHF støtter forslaget om en utredning av hvorvidt det er formålstjenlig at den flyoperative luftambulansetjenesten er offentlig drevet (som politihelikoptertjenesten).

Når nytt flymateriell skal anskaffes bør det vurderes flytype som kan ivareta Svalbard på en mer påregnelig måte. Dette kan innebære behov for to ulike flytyper i tjenesten.

Med vennlig hilsen

Geir Tollåli
signert
Fagdirektør

Randi M. Spørck
signert
Seksjonsleder somatikk