

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår referanse:

14/01513-2

Saksbehandler:

Christel Meyer

Deres referanse:

Dato:

12.12.2014

## Høring - Akuttutvalgets delrapport

Det vises til Helse – og omsorgsdepartementets høringsbrev datert 4. november 2014 og Akuttutvalgets delrapport om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

I Helse Sør-Øst pågår det et omfattende utviklingsarbeid for prehospitaler tjenester. Man har kartlagt ulikheter, beskrevet kjerneprosesser, startet standardiseringsarbeid og utarbeidet en funksjonell krafspesifikasjon for IKT-løsninger som skal underbygge arbeidsprosessene i den prehospitaler tjenesten. Vi har sett på AMK-sentralene, luftambulans-, og ambulansetjenesten. Vi har sett mange av de samme utfordringene som beskrives i Akuttutvalgets delrapport og kan stille oss bak de fleste forslag.

Akuttutvalget har gitt en god beskrivelse av dagens og fremtidens utfordringer for den akuttmedisinske tjeneste utenfor sykehus. Det fremmes mange forslag i rapporten. Vi velger å kommentere kun en del av dem. Helseforetakene sender egne høringsuttalelser men Fagråd for prehospitaler tjenester og akuttmottak har behandlet rapporten og gitt innspill til vår høringsuttalelse.

### 6.3 Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Helse Sør-Øst støtter forslaget om en nasjonal strategi velkommen. Det sentrale er at befolkningen kan være trygge på at de får kompetent hjelp i akutte situasjoner uansett hvor i landet de oppholder seg. Da er likverdighet, lik kvalitet og kompetanse i hele tjenestene avgjørende.

Den nasjonale strategien må være samordnet med endelig forslag til akuttmedisinforskrift.

I Helse Sør-Øst har vi startet på et felles utviklings og standardiseringsarbeid, og er i gang med å utrede hvordan vi best kan få til en regional samordning av tjenestene. Vi deltar gjerne i arbeidet med å få til en nasjonal samordning av fagområdet.

## 6.7 Responstider

Tid er en viktig parameter i akuttmedisin både som kvalitets- og kapasitetsindikator for tjenesten, men i enkelte tilfeller også en faktor som skiller mellom liv og død. Der er derfor en alvorlig mangel i dag at det ikke foreligger krav til responstid utover svartider på AMK-sentralene. Om telefonen ringer tre eller fire ganger før AMK-sentralen svarer har liten betydning, dersom det ikke samtidig stilles tilsvarende krav til responstid for hvor lang tid det skal kunne gå innen nødvendig helsehjelp/ambulansse kommer frem til pasienten.

Utvalget foreslår at det må stilles nasjonale krav til responstider, men kommer ikke med konkrete anbefalinger. Vi er enige i at dokumentasjonen for en del av akuttoppdragene kan være for dårlig til å sette konkrete tall, men vi vet også at stadig flere akuttpasienter profiterer på rask behandling: Økt overlevelse og bedre funksjonsnivå ved tidlig PCI-behandling av hjerteinfarkt og tidlig trombolysse ved hjerneinfarkter. Overlevelse av hjertestans er direkte korrelert til tidlig HLR og tidlig defibrillering.

Helse Sør-Øst anbefaler at utvalget arbeider videre med en anbefaling om nasjonale krav til responstider. Vi anbefaler også at man presiserer hvordan man skal kategorisere ulike bosetningsområder.

Innen vår helseregion har vi både tettbebygde og glesbebygde områder. Vi ser utfordringen men å sette absolutte tidskrav i områder med få innbyggere, men vi mener at det bør være et nasjonalt mål til responstider for å sikre en felles minstestandard. Vi er positive til at man prøver ut en modell med ”community paramedics”. Det kan langt på vei avlaste lege i vakt på utrykninger og bl.a gjøre vurderinger både i hjemmet og på sykehjem.

## 6.8 Utdanning innen ambulanssefaget

Ambulanse blir i større grad sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov. Selv med høyere legedeltakelse på utrykninger, vil ambulanssepersonell stå i mange vanskelige medisinske situasjoner uten legestøtte. Det har derfor lenger vært et ønske i fagmiljøet om å få en høyskoleutdanning for å styrke kompetansen til ambulanssepersonell. Man mener at det vil bidra til å heve den faglige kvalitetsutviklingen og imøtekomme fremtidens behov i prehopsital akuttmedisin. Antall søkere til det pilotstudiet for bachelor innen ambulanssefag som nå pågår på Høgskolen i Oslo og Akershus, viser at dette er en ønsket utdanningsvei for mange. Men det er behov for en mer presis beskrivelse av hva en ønsker å benytte de bachelorutdannede til og i hvilket omfang en ser for seg at disse skal benyttes i ambulanssetjenesten. Skal de med bachelorutdanning ha særskilte funksjoner eller skal de være en del av grunnbemanningen i all biler. Høyskoleutdanning vil resultere i høyere lønnsnivå enn fagarbeideren. Dette bør tas høyde for.

Vi foreslår også at man vurderer å etablere en etterutdanning/videregående kurs i akuttmedisin for sykepleiere i ambulanssetjenesten.

Utvalget legger opp til at fagarbeiderutdanningen fortsatt skal være bærebjelken i utdanningen av ambulanspersonell. Det er vi enige i. utfordringen er å se sammenhengen mellom den nye høyskoleutdanningen og den bedriftsinterne utdanningen slik at en ikke skaper en konkurranse/uklarhet i forhold til kompetansenivå og verdien av utdanningen.

## 6.9 Bedre samhandling og nytenking i personellbruk

Vi er enige i at samhandling mellom ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten bør vitaliseres og konkretiseres. Selv om dette allerede er pålagt i gjeldende akuttmedisinforskrift, varierer det i hvor stor grad det gjøres. Behovet for samhandling er forskjellig i områder hvor ambulansene har kort utrykningstid og det er kort vei til sykehus, og i områder med lange avstander. Konseptet med "community paramedic" bør prøves ut i Norge.

## 6.10 Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene

Samarbeide mellom ledere i kommuner og helseforetak blitt betydelig styrket etter samhandlingsreformen for å sikre at pasientene opplever en så sømløs tjeneste som mulig. Dette gjelder også innen akuttmedisinske tjenester. En av intensjonene med samhandlingsreformen er å redusere antall unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Dersom man skal få til en fungerende akuttmedisinsk kjede der alle ledd samhandler godt, er det viktig at ansvar, roller og oppgaver er entydig beskrevet. Ambulansene, AMK- sentralene og sykehus samhandler med mange kommuner. Alle har i dag vedtatt avtaler som inneholder samhandlingsrutiner for felles beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede. En naturlig følge av en styrket akuttmedisinsk tjeneste er at disse avtalene utvides. Vi ser at helseforetak som har meget godt samarbeid med kommunehelsetjenesten har færre sk røde turer. Vi ønsker at utvalget anbefaler klarere kriterier for bruk av de kommunale akutte døgnplassene. Erfaringer fra enkelte helseforetak viser at disse plassene blir lite benyttet.

Det er tre forhold som særlig utfordrer den prehospitalt spesialisthelsetjenesten; interkommunale legevaktssentraler med store ansvarsområder, leger i vakt som ikke kan delta i utrykning eller sykebesøk pga manglende bakvakt, og det store antallet vikarleger i vakt.

Det er bra at utvalget har beskrevet akkurat de utfordringene. Kommunene har et ansvar for å organisere legevaktstjenesten slik at leger i vakt kan ivareta utrykningsplikten hele døgnet. Det praktiseres i dag meget ulikt i hvor stor grad legen i vakt rykker ut sammen med ambulans. Ofte er det ambulanspersonellet som utfører vurderingen av pasienten. Mange legevaktdistrikt har store avstander og sykebesøk av lege i vakt blir oftere erstattet med ambulansetransport inn til legevakt eller akuttmottak. I tillegg er det mange legevaktvikarer som ikke er kjent med de ulike alternative helsetjenester som finnes i regionen. Mange "unødvendige" ambulansoppdrag svekker den akuttmedisinske beredskapen i området.

Vi konstaterer at utvalget mener legevaktslegers og fastlegers plikt til å gjøre utrykninger og sykebesøk ikke vil gi ytterligere økonomiske konsekvenser. Det forutsetter at kommunene i dag har tilstrekkelig dimensjonering av legevaktstjenesten slik at også slike oppgaver blir dekket. Det er ikke vårt fagmiljøets oppfatning av virkeligheten i kommunehelsetjenesten.

”Community paramedic” på legevakt vil kunne avlaste lege i vakt ved å utføre sykebesøk både i hjem og sykehjem.

## 6.11 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Helse Sør-Øst er enig med utvalget i at det er behov for å standardisere og samordne de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Vi er godt i gang med det arbeidet. Vi ser at det er helt nødvendig med å etablere organisatoriske og/eller strukturelle løsninger som sikrer faglig videreutvikling av tjenesteområdet både regionalt og nasjonalt.

Dagens organisering av de prehospitale tjenester i helseregionen har i stort sett vært historisk bestemt, og det er ikke sikkert at dagens organisering er den mest optimale. Allerede nå samarbeider helseforetak om ulike tjenester. Akuttmedisinske og prehospitale tjenester er et fagområde som vil få en mer sentral rolle i fremtidens spesialisthelsetjeneste og vil også få en mer sentral plassering i ledelsen. Allerede i dag er prehospitale tjenester organisert i egen klinikk, og lederne er en del av den øverste ledelse i helseforetaket. Utvalgets forslag om at ledere for de prehospitale tjenestene bør få en mer fremskutt posisjon vil kunne virke positivt og styrke anseelsen til tjenesten.

Helse Sør-Øst støtter forslaget om at medisinsk nødnummer 113 opprettholdes. Samhandling mellom de ulike nødetatene er viktig. Erfaringene fra Vestre Viken hvor helse, politi og brann er samlokalisert har forbedret kvaliteten og den faglige utviklingen i nødmeldetjenesten i alle etater. Spesielt ved trippelvarsling kan man der dokumentere at samlokalisering fører til bedre samarbeid mellom etatene. En rapport fra prosjektet vil om kort tid bli publisert.

I Helse Sør-Øst pågår et prosjekt for å standardisere sentrale arbeidsprosesser i AMK-sentralene. I dag håndterer flere av AMK-sentralene både akuttmedisinske og ikke akutte pasienttransporter. Det er et stort potensiale i å få etablert et tettere samarbeid mellom AMK-sentralene og pasientreisekontorene. AMK-sentralene bør brukes til akuttmedisinske henvendelser mens Pasientreiser håndterer planlagte pasienttransporter.

Forslaget om å ha differensierte tilbud for pasienttransport støttes. Transportenheter med lavere krav til bemanning og utstyr bør være et av standardtilbudene. Allerede nå har vi i Helse Sør-Øst noe erfaring med ”hvite biler”, men lang erfaring med helseekspress busser. Helseekspress er busser som er spesialbygd for pasienter og har svært god komfort. Disse bussene har plass til rullestoler og bårer, er utstyrt med heis og handikoptolett. Autorisert helsepersonell er ansatt på bussene og sørger for trygg reise. Helseekspressene er utrustet med medisinsk utstyr tilsvarende en ambulanse.

Som beskrevet i Akuttutvalgets rapport tvinges det frem behov for mer avansert pasienttransport pga den medisinske utviklingen og dagens sykehusstruktur. På disse transportene bør pasienten i de aller fleste fall ledsages av kvalifisert helsepersonell. I Helse Sør-Øst skal vi i 2015 utrede ulike modeller for bruk av prehospitale legeressurser. Det inkluderer legebemannet ambulanse ved transport av pasienter som trenger medisinsk overvåking og ulike former for legebemannet utrykningstjeneste. Vi skal bl.a vurdere om legebemannet bilambulanse kan bidra til bruken av luftambulans i enkelte områder i helseregionen. Vi har legebemannede utrykningsbiler allerede i Oslo og flere er under planlegging. Vi vil vurdere om det vil være hensiktsmessig også i områder som er mer glesbebodd og hvor været ofte gjør at luftambulansen ikke kan fly.

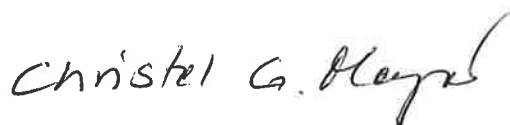
Luftambulansetjenesten må sees på som en regional/nasjonal ressurs. I Helse Sør-Øst har vi innført en ordning hvor alle luftambulanshelikoptere skal koordineres fra en AMK-LA sentral. Dette gir økt trygghet og sikkerhet for både pasienter og personell. Dagens ordning med koordinering av ambulansflyene fungerer tilfredsstillende. Vi er også enige i at luftambulansetjenesten må være en integrert del av de prehospitale tjenestene i helseregionen.

Vi ønsker Akuttutvalget lykke til med det videre arbeidet.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Ole Tjomsland  
Direktør kvalitet og fagområder



Christel G. Meyer  
Spesialrådgiver

