

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

<b>Deres ref:</b>	<b>Vår ref:</b> 2014/1066 - 6663/2014	<b>Saksbehandler:</b> Ingvill Skogseth 51 96 38 12	<b>Dato:</b> 16.12.2014
-------------------	--	---	----------------------------

## Høring - Akuttutvalgets delrapport

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

Helse Vest mener verdiene som utvalget har lagt vekt på danner grunnlag for målsettingen på en god måte:

- Trygghet for at alle blir tatt hånd om ved akutt sykdom eller skade
- Nærhet til viktige helsetjenester
- Kvalitet i utøvelsen av tjenestene og kompetanse hos helsepersonellet
- Forutsigbarhet om hvor pasienter skal henvende seg og forutsigbarhet i hvordan pasienter håndteres
- Stabilitet i organisering av tjenestene med endringsprosesser som skjer på en god og forutsigbar måte

Ved gjennomgang av rapporten har vi særlig hatt fokus på kapittel 6, der vi har valt å kommentere utvalget sine vurderinger og forslag. Akuttutvalget har etterspurt effekten av en del av tiltakene og vi har prøvd å få dette frem i våre merknader.

Helse Vest RHF gir her høringsuttale ordnet ut fra de konkrete forslagene i kapittel seks i rapporten.

### 6.3 Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

Utvalget foreslår en tydelig strategi fra nasjonale myndigheter for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus, og en effektiv akuttmedisinsk kjede. Dette støttes. Økt nasjonal samordning og samarbeid vil gi grunnlag for å sikre likeverdige tilbud i hele landet. Vi vil likevel peke på at ansvar og ledelse for den prehospitale tjenesten må ligge i helseforetakene som i dag. For store pasientgrupper vil akuttmedisinsk forløp være en del av et forløp som også innebærer innleggelse i sykehus. Akutt tjenestene må derfor være organisert og ledet sammen med annen kjernevirksomhet i sykehusene. Vi ser ikke noen motsetning mellom lokal organisering og økt grad av samordning og samarbeid nasjonalt. Dette innebærer klar forankring i ledelse, forskning, øket faglig kompetanse og organisering i en samlet akuttmedisinsk kjede.

## 6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser

Det er en viktig forutsetning at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenestene. Avtaler mellom partene bør være konkrete og tydelige med *hensyn til fordeling av oppgaver og ansvar. Slike avtaler bør være særavtaler til allerede inngåtte samhandlingsavtaler* slik at forankringen ligger i det som allerede er utarbeidet. Vi tror det vil være rett å ta utgangspunkt i behandling og forløp for ulike pasientgrupper. Dette vil bringe fagfolk fra partene sammen, og bidra til pasientfokus i stedet for administrativt fokus.

## 6.5 Ledelse og samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Helse Vest RHF vurderte ved etableringen av helseforetaksreformen regionalt samarbeid som svært viktig i utvikling av de prehospitale tjenester. Det ble tidlig etablert et regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter (Rakos) som har nettverksbygging som oppgave med utvikling av felles prosedyrer, standardisering av utstyr og felles undervisningsopplegg.

Formuleringen «*Det er en utfordring at det prehospitale fagområdet ikke er representert på høyt ledelsesnivå i de regionale helseforetakene*» (s. 86) er noe uklar. De prehospitale tjenestene må etter vår oppfatning ligge i samme styringslinje som annen kjernevirksomhet

Skisserte tiltak støttes i forhold til samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Regionalt og nasjonalt samarbeid må utvikles og tjenesten bør ha like standarder og bygge på evidensbaserte retningslinjer. Vi støtter også at det må satses på lederutdanning og økt samhandling på ledernivå mellom kommune og helseforetak.

## 6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

Vi vil særlig understreke betydningen av behovet for mer offentlig finansiert forskning, kunnskap og analyser av kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden.

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 skje via samarbeidsorgan og ikke nødvendigvis 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. Det må fremheves behov for elektroniske verktøy for beslutningsstøtte og logistikk i AMK-sentralene og LV-sentralene.

RHFene og HFene må gjennom god organisering etablere nødvendige strategier og gjennomføre de viktigste tiltakene i rett rekkefølge.

## 6.7 Responstider

De fleste land har etablert krav til responstider. Dette er et viktig tiltak for å sikre befolkningen forutsigbare akuttmedisinske tjenester. Vi støtter en tilnærming til responstider gjennom utvikling av kvalitetsindikatorer.

Rapportering på responstider må omfatte flere aktører enn bare ambulanse og AMK. Det må konkretiseres hvordan tidspunkt skal registreres. Den tilrådde tilnærmingen til responstider skissert i kapittel 4.4.2 virker fornuftig. Det er likevel ambisiøse mål i grisgrendte strøk, og det bør avklares hvem som har ansvar for ulike tiltak mellom hovedaktørene som er kommune og helseforetak. Det vil kunne lette arbeidet med å nå målene. Dette vil ikke være til hinder for at et tiltak kan utføres av andre enn den som har ansvaret for å sikre tilbudet.

Evidensgrunnlaget for responstidene må gjennomgås på nytt, og man må særlig se på tidsforløpene i de tilstandene som har størst potensiale for helsegevinst. Hele den akuttmedisinske kjede fra primærrespons til behandling i sykehus må beskrives og omfattes av eventuelle responstidskrav dersom man skal harmonisere innsatsen. Med den kunnskap vi har i dag, kan det se ut som om vi har nådd et platå i forhold til overlevelse etter hjertestans, mens det fremdeles er et potensiale i forhold til traumebehandling og slagbehandling.

## 6.8 Utdanning innen ambulansetjenesten

Helse Vest RHF har tidligere gitt høringsuttalelse om bachelor utdanning i ambulansetjenesten. Vi støtter at det gjøres en revisjon på ambulansetjenestepersonell-utdanningen og at det vurderes ulike modeller, inkludert samarbeidsmodeller som innbefatter ulike typer helsepersonell. Ambulansetjenesten sentraliseres i dag flere steder, og mangel på ambulansetjenestearbeidere er en årsak. Det må gjøres en helhetsvurdering av hva er det som tjener pasientene mest, uten at profesjonsinteresser skal gjøre det vanskelig å få til gode lokale løsninger.

Dagens kompetansekrav og tjenesteorganisering må evalueres ut fra hva skjer i helseforetakene og hva som skjer i kommunehelsetjenesten, med tanke på organisering, responstider og faglige behov.

Det er viktig å se den samlede akuttmedisinske beredskapen under ett. Høyere legedeltakelse vil gi et bedre tilbud mange steder i landet, og man må vurdere om det skal være ulike nivå på ambulansetjenestepersonellet ut fra hva som er lokale behov. Modeller med 3-årig paramedic kan være aktuelt der grunnlaget og oppdragsmengden er stor og det er lite tilgang til «lege på hjul». Andre steder vil grunnlaget være lite og det akuttmedisinske teamet kan være organisert på en annen måte.

Det er viktig å se hele landet når man lager forslag til løsninger, og vurdere kost/nytte før man etablerer nye ordninger.

Vurdering av kompetansenivå i lys av helhetlig akuttmedisinsk kjede må prioriteres.

## 6.9 Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken

Legevakt og ressursbruk må vurderes på grunnlag av tilgang til annet helsepersonell og bakvakt for å sikre nødvendig faglig støtte, eventuelt utrykning og beredskap ved stor pågang.

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

Kompetansekravene til helsepersonell knyttet til legevakten støttes. Det er viktig også 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 settes sammen på en faglig forsvarlig og effektiv måte.

## 6.10 Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene

En samlet og hensiktsmessig organisering støttes. Det bør vurderes om oppgavene som legevaktsentral og helsevaktsentral kan være det samme.

## **Community paramedic**

Det bør utvikles en modell for community paramedic basert på norske forhold. Det vil i så måte ikke være rett å vise direkte til helsetjenesten i England.

Vi mener at pasienten vil være best tjent med helsepersonell som har klinisk virksomhet som hovedtyngde av sitt virke. Trolig vil man kunne bygge på sykepleie-ressurser i åpen omsorg og utvikle de videre med påbygging, for eksempel som den 1-årige akutt-sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Dette helsepersonellet vil også kunne benyttes som en del av ambulansens faste bemanning, gitt at departementet ikke stiller krav til førerkort og utrykningsbevis for alt personell.

Betegnelsen «Community paramedic» kan kanskje erstattes med akutt-sykepleier, med forankring i kommunehelsetjenesten og samarbeid med foretakets ambulansetjeneste. Det kan vurderes å prøve dette ut på Vestlandet.

## **6.11 Sykehusstruktur og prehospitaltjenester**

Vi støtter utvalgets forslag om utvikling av intensivambulanser til bruk ved overføringsoppdrag mellom sykehus, der avstanden tilsier en slik løsning. Det må vurderes om dette bør knyttes til de mottakende sykehus (større sykehus) med tanke på ressursbruk, og det må sees i sammenheng og som et alternativ til luftambulansetjenesten.

## **Medisinsk nødmeldetjeneste og faglig samarbeid med politi og brannvesen**

Vi er kjent med at Akuttutvalget senere skal komme tilbake til organisering av AMK-sentralene. Men vi etterlyser en utvidet vurdering på hva moderne IKT og kommunikasjonsløsninger kan bety for utforming av nødmeldetjenesten.

Helse Vest 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 effektiv beredskapsløsning i en nasjonal krisesituasjon. Vi anbefaler Akuttutvalget å vurdere denne type løsninger i forbindelse med det videre arbeid med AMK-sentralenes funksjon.

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

## **Ambulansetjenesten**

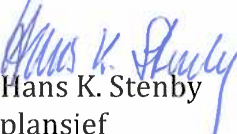
Det er lite gunstig å benevne en type tjeneste med et fargenavn på bilene. Begrepet «hvite biler» bør erstattes med *transportambulanse*. Fargen er uvesentlig i denne sammenheng, selv om de bør vurderes å ha de samme vernefarge- og merkeregler som de andre ambulansene. Imidlertid tror vi at det vil være et begrenset «marked» for denne type biler i de fleste helseforetak og kommuner i Norge, da man i mindre grad kan bygge ned akuttberedskapen i mange distrikter.

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.

## **Luftambulansetjenesten**

Det er svært viktig å videreutvikle luftambulansetjenesten som en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap i årene som kommer. Luftambulansetjenesten må fortsatt være en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Luftambulansmiljøet er en sterk bidragsyter for den faglige utvikling av ambulansetjenesten og for likeverdige akuttmedisinske tjenester i hele landet. Luftambulansetjenesten må være tilknyttet aktive etablerte forskningsmiljø.

Med vennlig hilsen

  
Hans K. Stenby  
plansjef

  
Ingvill Skogseth  
seniorrådgjevar

Dokumentet er elektronisk godkjent

All elektronisk post til Helse Vest skal sendes til postmottak: [post@helse-vest.no](mailto:post@helse-vest.no)