



Helsedirektoratet  
Pb 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 14/2310 - 17012/14 - G00 &13

Dato: 15.12.2014

## Høringsuttalelse akuttutvalgets delrapport

Høringsuttalelsen leveres med utgangspunkt i Finnsnes Interkommunale Legevakt og de 6 deltagende kommunene Berg, Dyrøy, Lenvik, Torsken, Tranøy og Torsken. De 6 kommunene har en felles samfunnsmedisinsk avdeling som også er medisinskfaglig ansvarlig for legevakta.

Vi har snaue 20.000 innbyggere og 16 mil til nærmeste sykehus. Fra Finnsnes Interkommunale legevakt er det ca. 1 times kjøring ut til legevaktdistriktets yttergrense mot nord, øst og vest. Vi er dermed, til tross beskjeden størrelse, en av de regionene med høyest befolkning og lengst avstand til sykehus. Akuttmedisin er derfor viktig for oss og har vært prioritert i vår region både faglig og politisk, mellom annet gjennom satsing på legevakt og førstehjelpergrupper i 15 tettsteder med lang avstand til legevakt/ambulanse.

Generelt syns vi akuttutvalget har fått med seg mye fornuftig og riktig i sin delrapport. For å gjøre det hele mer oversiktlig kommer våre innspill satt opp etter kapitlene i rapporten, med henvisning til kapitlene. Det har vært noe kort tid til å gjennomarbeide uttalelsen for vår del, men vi vurderer at det tross alt er bedre med en tilbakemelding av middels kvalitet enn komplett taushet.

## Kapittel 6.

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

Utvalgets forslag:

- En tydelig strategi fra nasjonale myndigheter for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og en effektiv akuttmedisinsk kjede.
- En nasjonal strategi går ut på å:
  - sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område (6.4.)
  - bedre samarbeidet og styrke ledelsen av tjenestene (6.5.)
  - heve kvaliteten i tjenestene og styrke forskningen i den akuttmedisinske kjede utenfor sykehus (6.6.)
  - innføre nasjonale kvalitetsmål (6.7)
  - heve utdanningsnivået og styrke kompetansen hos personellet (6.8.)
  - øke samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og tenke nytt omkring bruken av personell (6.9.)
  - styrke ø-hjelptilbudet i kommunene (6.10.)
  - styrke de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten (6.11.)
  - en sammenhengende akuttmedisinsk kjede (6.12)
- De ulike akuttjenestene må ha tilstrekkelige økonomiske ressurser og kompetanse, slik at ikke et ledd i akuttkjeden er underdimensjonert.

#### **Kommentar:**

Gode og nyttige forslag. Spesielt savner også vi en tydelig nasjonal strategi, der det etter vår vurdering er punktene 6.4, 6.5, 6.7 og 6.12. som vil gi raskest effekt. Dersom disse forslagene tydelig gjennomføres, vil de dra med seg de øvrige punktene.

Ved enda tydeligere å pålegge kommune og helseforetak om å samarbeide rundt prosedyrer, samtrening og planlegging vil en kunne få en tydelig definert kjede der aktørene ser sin rolle som en del av å etablere gode pasientforløp. Også må påleggene følges av krav til måloppnåelse og rapportering. Dette kan gjøres ved å spesifisere tydeligere krav til tjenesteavtale.

Men kravene til samarbeid må understøttes av tydelig krav til de enkelte aktørene; legevakt (f.eks. reisetid, utrykning ved røde responser osv), ambulansetjeneste (responstider) og AMK (f.eks. få til korrekt varsling ved alle røde responser).

#### **6.4. Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser**

Utvalgets forslag:

- At det er nødvendig at Helse- og omsorgsdepartementet gir oppmerksomhet til og øver påtrykk for at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenester.
- De lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester må revitaliseres og utvikles.
- Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og operativ plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er en fordel at en slik plan omfatter et større geografisk område, slik at flere kommuner deltar i et samarbeid med ett eller flere helseforetak. Formålet med planen er å vise hvordan krav til akuttmedisinske tjenester i forskrift og retningslinjer og nasjonale kvalitetsmål skal oppfylles.
- Alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene.
- Statens Helsetilsyn/Fylkesmannen skal gjennomføre tilsyn med samhandlingen mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester.

#### **Kommentar:**

Dette er gode forslag som underbygger forslagene i punkt 6.3. og som etter vår vurdering vil kunne gi et betydelig løft av kvaliteten på tjenestene våre.

#### **6.5.1. Akuttmedisinske tjenester i kommunene**

Utvalgets forslag:

- Styrket samarbeid på ledernivå mellom kommuner og helseforetak
- Styrke ledelsen og samle flere av de ulike akuttmedisinske tjenestene i kommunene, slik at de framstår i større grad som én tjeneste.
- Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert.
- I ethvert legevaktdistrikt uansett størrelse skal det være en medisinsk faglig legevaktleder i minst 20 pst. stilling. Hvis legevakten har et befolkningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjøre minst 50 pst.
- Kommuneoverlegens rolle må utvides, spesielt funksjonen som koordinator for fastleger, legevakt, kommunale ø-hjelptilbud og omsorgstjenester.

- Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

**Kommentar:**

Gode forslag. Spesielt vil forslaget med tydelig å styrke legevaktene med en medisinskfaglig leder i tilstrekkelig stor stillingsprosent og med ansvar for å etablere samarbeidsorgan både internt i kommunen vil være nyttig.

Og det er åpenbart riktig å tenke at legevakt, fastleger, KAD-senger og omsorgstjeneste må koordineres og sikre godt samarbeid og informasjonsutveksling for å gi gode pasientforløp. Samt at kommuneoverlegetjenesten har en nøkkelrolle her og må dimensjoneres deretter.

**6.5.2. Ledelse og samordning i prehospitaler tjenester i spesialisthelsetjenesten**

Utvalgets forslag:

- Utvalget mener de prehospitaler tjenestene har behov for en større grad av standardisering og bedre samordning – både på regionalt og nasjonalt nivå.
- Det må utvikles regionale planer for de prehospitaler tjenestene der lokale samarbeidsavtaler og planer mellom helseforetak og kommunene hensyntas.
- Det bør etableres et nasjonalt, faglig rådgivende organ for prehospital akuttmedisin der legevakt, nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten mv deltar. Det prehospitaler fagområdet bør styrkes ledelsesmessig i helseforetakene og i de regionale helseforetakene.
- De regionale helseforetakene bør etablere et prehospitalt lederorgan for å sikre en nasjonal samordning

**Kommentar:**

Her er vi spesielt fornøyd med at et nasjonalt rådgivende organ bør bestå av representanter fra legevakt, nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste. Noe usikker på om mandatet er tydelig nok til å sikre at dette blir et viktig organ?

### **6.5.3. Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning**

#### **Kommentar:**

Også gode forslag, men disse tiltakene er mer langsiktig. Det er således viktig at disse forslagene ikke forsinkes gjennomføring av de forslagene som relativt raskt vil kunne gjennomføres og gi effekt (krav til felles prosedyrer, responskrav, samarbeidskrav, bemanningskrav, kompetansekrav osv).

### **6.7. Responstider**

Utvalgets forslag:

- Responstider innføres som nasjonale kvalitetsmål for alle deler av den akuttmedisinske tjeneste
- Utvalget mener det er behov for å utvikle et helhetlig kvalitetsindikatorsett med struktur, prosess og resultatindikatorer.
- Ledere i helsetjenesten må følge opp manglende resultater mht responstider. Manglende måloppnåelse må analyseres og tiltak må settes i verk.

#### **Kommentar:**

Veldig godt og veldig viktig forslag. Responstidskrav til alle deler av den akuttmedisinske tjenesten vil være et stort kvalitativt og beredskapsmessig løft. I tillegg er det helt nødvendig når HF og kommuner skal samarbeide om planlegging og drift av de prehospitalene tjenestene.

Også for utarbeiding av nødvendige felles prosedyrer, for eksempel de tidskritiske 5 store akuttgruppene (jamfør ERC), er tydelige responskrav til begge nivåer viktige for å få gode fellesløsninger. Og ikke minst for å unngå at utydeligheter mtp ansvar roter til samarbeidet.

Supert!

## **6.9. Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken**

Utvalgets forslag:

- Det innføres utfyllende bestemmelser til akutforskriften som stadfester klarere ansvaret hos hver aktør og tallfester et minimumsnivå til kravet om trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer.
- Samhandlingen mellom helseforetakenes ambulansetjeneste og kommunenes primærhelsetjeneste bør vitaliseres og konkretiseres med en tydeligere ansvars plassering hos aktørene.
- Trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer bør ikke begrenses til legevaktpersonell og ambulanspersonell. Det bør tas sikte på at flere personellgrupper deltar, slik at også fastleger og helsepersonell i for eksempel omsorgstjenestene er med i slik trening. Trening i samhandling må skje innenfor ordinær drift i de ulike tjenestene.
- Kommuner og helseforetak bør utvikle nytenkning omkring personellbruken i de ulike akuttmedisinske tjenestene, og utvikle nye tjenester og samarbeidsformer.
- Forsøk med "community paramedic" settes i gang og evalueres.

### **Kommentar:**

De 3 første punktene er viktige og svært riktige ut fra vår vurdering. De 2 nederste er selvfølgelig riktig, men vurderes som mer generelle og ikke så presise i forhold til effekt som særlig de 2 første punktene.

## **6.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene**

Utvalgets uttalelser:

- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Alle kommuner må ha en plan for ø-hjelptilbudet i sin kommune. I planene må det klargjøres hvilke forventninger kommunene har til det faglige innholdet i de ulike ø-hjelpstjenestene i kommunen.
- I størst mulig grad bør det etableres tverrfaglige akuttmedisinske team i kommunene som opparbeider kompetanse i akuttmedisin og som kjenner hverandres ansvar, roller og kompetanse.

**Kommentar:**

Her virker særlig punkt 2 matnyttig og konkret nok til ganske raskt å kunne gi en effekt.

Samarbeid mellom tjenestene og teamtenking er åpenbart riktig, men punkt 2 er likevel det som er nytt og ikke nevnes i andre punkter.

**6.10.2. Vurdering av legevakttjenesten**

Utvalgets forslag:

- Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakttjenesten. Målet er å heve kvaliteten i legevakt og minske forskjellene i tilbudet. Utvalget har dessuten lagt vekt på å foreslå krav som bidrar til å målrette tjenesten i større grad mot de pasientene som har størst behov for akutt medisinsk hjelp. Det er også lagt vekt på å foreslå tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen til legevaktarbeid.
- Helsedirektoratet fastsetter nærmere retningslinjer for utforming og innhold i legevakttjenesten.

**Kommentar:**

Nasjonale krav for å heve kvalitet og minske forskjeller er viktig og riktig. De betraktninger som gjøres før forslagene i forhold til betydelig variasjon i kvalitet og tankene om å prioritere pasienter med størst behov er etter vår vurdering riktige. BRA!

**6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn**

Utvalgets forslag:

- At fastlønn tas i bruk i større grad i legevakt.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønnte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.
- Det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

### **Kommentar:**

Fastlønn er et toegget sverd. Gjennom fastlønn framfor stykkprisavlønning vil sannsynligvis dreie aktivitet på legevakt dreies tydeligere mot beredskap og prioritering av de pasientene som trenger akutt helsehjelp mest. Det er bra.

Samtidig har dagens organisering gitt god inntjening for vaktlegene og hatt vært med på å sikre en rekruttering, tross alt. Hvis inntektene reduseres uten at dette følges av andre grep som gjør legevakt attraktivt, risikere man at flere ønsker seg vekk fra legevakt når den økonomiske gevinsten blir mindre.

Det betyr at vi mener at en bør starte med punkt 3; analysere og uredere effekt av fastlønn på legevakt. Eventuelt å gjennomføre lokale utprøvinger av fastlønn.

### **6.10.4 Øke omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt**

Utvalgets forslag:

- AMK-sentralene alltid skal varsle legevakttjenesten ved rød respons og at tiltak iverksettes for å sikre at krav i akutforskriften følges opp.
- Økt omfang av legedeltakelse ved AMK-varsling om rød respons-utrykning. Målsetting om minst 75 pst. legedeltakelse fastsettes i retningslinjer for legevakt.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører 20-40 sykebesøk inkludert utrykninger per 1000 innbyggere per år.

### **Kommentar:**

- Punkt 1 er en forutsetning og må selvsagt følges. God forslag, all rød respons via AMK skal selvsagt varsles til legevakt. Her glipper det i dag og det er for dårlig.
- Punkt 2 er et spennig forslag som vi mener er med på å sikre at de pasientene som trenger det mest, prioriteres. Godt forslag og her har legevaktene et åpenbart forbedringspotensial som vi bør ta inn over oss.  
At utvalget diskuterer 100 % deltagelse for legevakt med lang avstand til sykehus tror vi er en blindvei. For vårt legevaktsdistrikt er vi helt enige på at de røde responsene som skjer langt fra legevakta er viktige å prioritere, men hovedtyngden av vår befolkning bor kort tid fra legevakt. Her vil negative konsekvenser av at legen ikke blir med på en utrykning 5 minutter fra legevakta, der ambulansen vurderes å kunne yte nødvendig akutt hjelp og transportere pasienten raskt inn til legevakt, være ganske små. Men at legevaktslege som hovedregel skal følge ut ved røde responser er vi helt enige i.
- Punkt 3 er vi noe mer usikker på. Dersom legevaktene blir bedre til å rykke ut ved røde responser, vil også andelen hjemmebesøk per definisjon øke. Hvilke kriterier



en legger til grunn for sykebesøk utover dette er for diffust formulert og dokumentert i forhold til antatt nytteverdi. Kanskje kan legevaktene forbedre seg i fht punkt 2 mens man tester ut og dokumentere hvor stor effekt hjemmebesøk har?

#### **6.10.5 Bedre tilbud til psykisk syke og personer med rusproblemer**

Utvalgets forslag:

- Utvidete åpningstider i distriktpsikiatriske sentre, og utvidet telefontid med rom forveiledning mot legevakttjenesten.
- Etablering av faste samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten om hvordan de mest krevende pasientene med psykiske lidelser bør håndteres. Felles plan med vekt på epikrise til legevakt, felles kriseplan og opplæring i håndtering av akutte problemstillinger
- Alle store legevakter bør ha tilgjengelig psykiatrisk kompetanse; det bør etableres veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenesten på de vanligste akuttpsykiatriske problemstillingene.
- Økt kompetanse når det gjelder vurdering av selvmordsrisiko med tilbud om kurs innenfor kliniske selvmordsrisikovurderinger som ledd i etter- og videreutdanningen både for legevaktleger, men også for fastleger som har øyeblikkelig hjelp plikt på dagtid for egne pasienter.
- Akuttpsykiatri bør inn som obligatorisk opplæring innenfor akuttmedisin for fastleger og legevaktleger; hvor også gjennomgang av lovverk om bruk av tvang bør være med.
- Alle legevakter må ha et opplæringsprogram som omhandler ivaretagelse av helsepersonellssikkerhet inkl opplæring av alarmbruk og kunnskap om lokale sikkerhetstiltak.
- Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner innenfor psykisk helsevern må være endel av opplæringen i en legevakt.
- Ved større legevakter som er samlokalisert med kommunale ø-hjelp-døgnposter, bør det opprettes observasjonssenger for ruspasienter

#### **Kommentar:**

Gode forslag, men mye av dette er allerede på plass mange steder. Bedre samarbeidsrutiner og tydeligere krav til akuttpsykiatri i opplæringen vil være positivt.

### **6.10.6 Økt tilgjengelighet hos fastlege**

Utvalget forslår:

- Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp.
- Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av ø-hjelpspasienter registreres.
- Legevakt må gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.

#### **Kommentar:**

Gode forslag. Kapasitet hos fastlegetjenesten er en forutsetning for å beholde en god beredskap på legevakt.

Vi har god erfaring med å bruke lokale normer for antall øyeblikkelig hjelpstimer hos fastlegene, for å redusere trykk på legevakt og sikre nok timer på dagtid.

Også nyttig for pasientene dersom legevakt kan tilby time hos fastlege neste dag for det som kan vente, men det krever tydelige avtaler mellom legevakt og fastlegetjeneste og en stor grad av gjensidig tillit for å få dette til å fungere.

### **6.10.7 Telefon som viktigste kontaktmåte og fastsetting av hastegrad**

Utvalgets forslag:

- Utvalget understreker at triage som verktøy for fastsetting av hastegrad i legevakt bør utredes og evalueres, og forsøk bør settes i gang med innføring av triage.
- Telefon bør være den viktigste kontaktmåten inn mot legevakt.

#### **Kommentar:**

Lite, men likevel svært viktig avsnitt. Triagering er nødvendig og svært viktig for at legevaktene skal beholde beredskap og gi mest mulig riktig hjelp til de som trenger det mest.

Vi savner at en sier noe mer om kompetanse til annet hjelpepersonell på legevakt. Vår erfaring er at dette krever sykepleiefaglig kompetanse i lag med erfaring, og at en bør sette krav til dette.

### **6.10.8 Samordnede tiltak**

Utvalget foreslår:

- Fastlønn i legevakt og utvidet bruk av faste stillinger bør innføres i legevakttjenesten med sikte på å bedre rekrutteringen og utjevne inntektsforskjeller mellom legevakttjeneste i sentrale og mindre sentrale deler av landet.
- Kommunene må i større grad legge til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid. Tiltaket anses viktig for å stimulere til rekruttering til fastlegeordningen og legevakt.
- Det må etableres krav til legevakttjenesten som sikrer legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet. Samlokalisering er viktig for å øke legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet på jobb.
- Større bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaktordninger er viktig for framtidig rekruttering både til fastlegetjenesten og til legevakt.
- Der hvor legevakten er etablert i eget legevaktlokale bør det være en minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.
- Ved utrykning og sykebesøk må lege og støttepersonell dra sammen, og legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy.
- Det bør legges vekt på nytenkning om bruk av ytterligere personell, og det er viktig å se potensialet i å definere sykepleierressursene i kommunen inn i den akuttmedisinske kjeden.

#### **Kommentar:**

Punkt 1 er kommentert på tidligere. For punkt 2 deler vi utvalgets vurdering av tiltaket som viktig i forhold til rekruttering.

Punkt 3 til 5 er viktige. Særlig er bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaktordninger og krav til at legen ikke skal være alene på vakt viktige i forhold til rekruttering, beredskap og kvalitet. Dette bør selvsagt forskriftsfestes hvis en ønsker å sikre at forslagene implementeres.

Punkt 6, legevaktsbil. Det er et stort og dyrt tiltak som krever betydelig organisering, m.a. i fht eventuelt utrykningskompetanse. På sikt er det selvsagt interessant, men om alle legevakter har befolkningsgrunnlag til å forsvare en slik investering er vi mer usikker på.

### **6.10.9. Nasjonale krav til maksimal reisetid til legevakt**

Utvalgets forslag:

- at det innføres innført et nasjonalt krav til at 90 pst. av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95. pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter

#### **Kommentar:**

Intensjonen her er nok å beskytte befolkningen mot groteskvariantene av sammenslåtte legevaktsdistrikt og således prisverdig. Forslaget støttes så lenge det også kobles til responstider for ambulansetjenesten, slik at kommunene ikke blir sittende igjen med ansvar for å drifte en rekke desentraliserte legevaktstasjoner uten forsvarlig ambulansetjeneste.

Imidlertid vil det for store geografiske områder med lav befolkningstetthet og et fåtall leger være et krav som i praksis kan være vanskelig å imøtekomme. Da bør lokale risiko og sårbarhetsanalyser kunne brukes for unntak fra kravet etter søknad til for eksempel fylkesmannens helseavdeling.

### **6.10.10 Nye kompetansekrav i legevakt**

Utvalgets forslag:

- Det må etableres en godt ledet og organisert legevaktstjeneste som øker andelen av fastleger og andelen spesialister i allmenntjenestemedisin til legevaktarbeid.

#### **Kommentar:**

Vanskelig å være uenig. Økt andel av fastleger og spesialister i allmenntjenestemedisin inn i legevakt er åpenbart målet og vil forhåpentligvis bli tydeliggjort gjennom den nye akutforskriften.

Vi ønsker krav til hvilke kompetanse «annet helsepersonell» på legevakt skal ha. Vi mener det er behov og gode grunner for å kreve sykepleiefaglig kompetanse.

### **6.10.11. Styrking av fastlegeordningen**

Utvalgets forslag:

- Departementet bør initiere et arbeid for evaluering og justering av fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt

#### **Kommentar:**

Rekruttering av fastleger og legevaksleger er to sider av samme sak. For å kunne si noe om hvor mange leger en har behov for i kommunehelsetjenesten, må en også si noe om hva en tenker er en normal listelengde. Fastlegeordningens utgangspunkt med 300 pasienter pr. kurativ dag, er etter vår vurdering et arbitrært tall. Det har skjedd en betydelig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til fastlegetjenesten. For å ivareta god fastlegedrift innenfor normale arbeidstider, er listelengden viktig. Ikke minst for å rekruttere nye leger inn.

Da bør en vurdere å si noe om hva en tenker er en normal listelengde, dersom fastlegene skal ivareta sine funksjoner inkludert øyeblikkelig hjelp på dagtid og legevakt. Vi mener listelengde beregnet etter pasienter per kurative dag, sannsynligvis må justeres ned mot 220-250 pasienter/dag. Ved å bruke et konkret tall vil utfordringen i fht rekruttering være enda mer håndgripelig, samt at en setter noen forslag til rammer for gode arbeidsbetingelser ved etablering av nye stillinger. Det krever det dog en del mot til for å tørre.

**Vi er altså helt enig i at fastlegeordningen må evalueres og justeres.**

### **6.11.2 Medisinsk nødmeldetjeneste og faglig samarbeid mellom politi og brannvesen**

Utvalgets forslag:

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

#### **Kommentar:**

Vi er helt enige.

### **6.11.3 Ambulansetjenesten**

Utvalgets forslag:

- Økt differensiering av ambulansetjenestene: Der er det er pasientgrunnlag for det, etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåkning eller behandling ("Hvite biler").
- Helseforetakene bør vurdere å utrede om hvite biler skal drives av egen ambulanseorganisasjon eller settes bort til private aktører.
- Det er rimelig å vurdere om helseforetakene skal gis et større ansvar for å bemanneambulansetrykninger med lege fra helseforetaket.
- Ambulansetilbudet til intensivpasienter, smittepasienter og pasienter som trenger avansert behandling under transport, må utvikles. Sykehusene må avgi personell til slike spesialambulanser.

#### **Kommentar:**

Interessante innspill som vi tenker kan være nyttige for å styre ressursene rett. Mest av alt ønsker vi at det også her settes tydelige resposkrav til ambulansetjenesten som egen punkt.

### **6.12 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede**

Utvalgets forslag:

- Ved akuttmedisinske tilstander som hjerteinfarkt, hjerneslag og multitraume er pasientens sluttresultat (grad av overlevelse og funksjonsnivå) avhengig av en sammenhengende og i alle ledd fungerende kjede gjennom både den prehospital og den hospitale fasen.

#### **Kommentar:**

**Helt supert!** Hvis man så legger til en litt modifisert versjon av de punktene utvalget foreslo i fht hjerneslag (6.11.5) og gjør de gjeldende for både hjertestans, akutt koronarsykdom, akutt respirasjonssvikt, alvorlig traume og hjerneslag blir det veldig stilig:

- Økt innsats for å bedre kunnskapen om de 5 store tidskritiske tilstandene hos helsepersonell og befolkning.
- Inkludere prehospital behandling i de nasjonale retningslinjene (herunder transportmåte og praktisk logistikk) når de nasjonale retningslinjer skal revideres.

- Det skal lage lokale prosedyrer innenfor helseregionen som gjelder for hele pasientforløpet for disse 5 gruppene, der kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er enige om hva som skal gjøres hvor og når.
- Herunder kriterier for hvilke pasientkategorier som skal prioriteres for rask transport til spesialisthelsetjenesten, ikke minst for riktig prioritering av luftambulanseressursene.
- Det er behov for økt forskning innen disse 5 gruppene både når det gjelder prehospital diagnostikk og nytteverdi av høyspesialiserte behandlinger.

Vennlig hilsen

**Aslak Hovda Lien**

Kommuneoverlege i Berg, Dyrøy, Lenvik, Torsken, Tranøy og Sørreisa  
Medisinskfaglig ansvarlig lege, Finnsnes interkommunale legevakt

Kopi:  
Helen Marie Henriksen