

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.  
0030 Oslo

## Høringsvar fra Det medisinske fakultet, NTNU til Akuttutvalgets delrapport

Vi viser til høringsbrev om Akuttutvalgets delrapport, datert 04.11.14 og med svarfrist 16.12.14. Vi forstår at delrapporten representerer innspill til kommende stortingsmelding om primærhelsetjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan. Vi ser på den akuttmedisinske kjeden som en av grunnsteinene i helsetjenesten og ønsker derfor å gi kommentarer til utvalgets delrapport. Det er lagt ned et omfattende arbeid på et felt med mange utfordringer og mange aktører.

### Svakt forskningsgrunnlag

Vi er enig med Akuttutvalget når de i rapporten peker på mangel på forskning i tilknytning til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det skaper usikkerhet i tilknytning til flere av forslagene i rapporten. Usikkerheten forsterkes når man i tillegg bare i begrenset grad kan benytte seg av internasjonal forskning. Slik utvalget selv forteller, er tjenestene annerledes bygd opp i Norge sammenlignet med andre land. Likevel, kunnskapsgrunnlaget for rapporten kunne trolig blitt styrket om akademisk akuttmedisin hadde vært bedre representert i utvalget. Det er gjennomført viktig og relevant forskning i norsk og nordisk sammenheng som vi ikke kan se at utvalget har benyttet seg av.

### Risiko = Alvorlighet og forekomst

Utvalget legger stor vekt på alvorlighet og hastegrad når de begrunner mange av forslagene. Vi tror risikovurderinger i en del sammenhenger kunne gitt et bedre bilde både av behov og løsninger. Når alvorlighet kombineres med forekomst/insidens øker treffsikkerheten betydelig mht. til plassering og dimensjonering av ressurser. Gitt like ressurser totalt er det overveiende sannsynlig at hvis man tar utgangspunkt i risiko som grunnlag for planlegging av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, vil det kunne redde flere liv og forhindre flere skader både lokalt og nasjonalt, snarere enn f.eks. faste grenser for utrykningstid og reiseavstand. Vi støtter derfor utvalgets tilbakeholdenhet med å sette slike grenser. I en doktorgrad fra NTNU er forekomsten av kritisk syke eller skadde pasienter beregnet på grunnlag av en nordisk tverrsnitts-studie; en anslår at mellom 25 og 30 pr 10 000 personer pr år vil trenge spesialisert akuttmedisinsk bistand<sup>1</sup>.

**Postadresse**

Postboks 8905  
7491 Trondheim

**Org.nr. 974 767 880**

E-post:  
dmf-post@medisin.ntnu.no

<http://www.ntnu.no>

**Besøksadresse**

Medisinsk teknisk  
forskningssenter, Olav Kyrres  
gt 9

**Telefon**

+47 72 82 07 00

**Telefaks**

+47 73 59 88 65

**Saksbehandler**

Rannveig Tellemand  
Storeng

Tlf: +47 901 80 412

## Økende sentralisering endrer rollene mellom legevakt og akutt-tjenestene

På side 98 peker utvalget på at i storbyer blir alvorlig syke transportert direkte til sykehus uten å ha vært tilsett av legevaktslege. Utvalget mener derfor at det bør vurderes unntaksbestemmelser for de største byene. Siden dette er et vertskommune/kort avstand fenomen og gitt tilhørende befolkningsgrunnlag, omfatter denne praksisen flertallet av befolkningen i Norge. Det ville vært naturlig at utvalget i delrapporten hadde tatt utgangspunkt i ordningene for legevakt og ambulansetransport som gjelder flertallet og først og fremst drøftet disse i forhold til organisering, kompetanse og rollefordeling. Det er prisverdig at utvalget har vært opptatt av de små kommunene, men flere fremstillinger og resonnement i rapporten blir skjeve når disse egentlig er unntak i et helhetsperspektiv.

Vi er enig med utvalget i beskrivelsen av mange av utfordringene med bemanning, kompetanse og organisering av legevaktsordningene. Mye er endret de senere år. Det har i liten grad vært planlagt, men først og fremst blitt presset frem av dem dette gjelder - leger med plikt til vakt. Dette skyldes igjen andre samfunnsendringer. Dette er et utgangspunkt man må ha med i planleggingen også fremover og vil i liten grad kunne reverseres.

## Legevaktens framtidige rolle

Det vil også bli vanskelig å opprettholde god kompetanse og ferdigheter i livreddende og stabiliserende prosedyrer. Sjelden vakt gir sjelden anledning til øvelse – og derav lavere motivasjon. Oppretting av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, vil kreve styrking av kompetanse til å ta vare på skrøpelige eldre. Det er her kravet til økt kompetanse hos legevakten fremover vil bli størst. Det bør derfor i større grad enn det som utvalget har gjort, vurderes om en bedre utdanning av ambulansespersonell kan gi anledning til at ambulansetjenesten kan ta et større ansvar for livstruende syke. En risikovurdering åpner for at styrking av ambulansetjenesten kan redusere behovet for bakvakt på natt i mange legevaktsordninger. Utvalgets påpeking av at legevaktslegen har en viktig funksjon i "siling" av pasienter gjelder i volum først og fremst kategoriene gul og grønn respons.

Bruk av informasjonsteknologi taler også for en slik endring på roller og oppgaver. Ambulansene vil etter hvert kunne få fagmedisinsk støtte og veiledning under oppdrag gjennom bruk av video og avansert biologisk monitoreringsutstyr. Vi ser ikke for oss at denne oppgaven blir lagt til legevaktslegen, men blir en sentralisert funksjon i spesialisthelsetjenesten.

## Ledelse og avtaler – et topptungt usikkert prosjekt

Vi opplever at utvalget kan framstå som vel optimistisk på hva man kan utrette gjennom avtaler mellom helseforetak og kommuner og styrking av ledelsen av de akuttmedisinske tjenestene. Evaluering av avtalene som er blitt inngått i samband med samhandlingsreformen viser at helseforetak og kommuner i liten grad er villig til å forplikte seg mer enn det som regelverket likevel pålegger dem. Når det gjelder ledelse av interkommunale ordninger har det i mange tilfeller vært vanskelig å forankre ledelsen da den faller utenfor den ordinære ledelseslinjen i kommunene. Det er og vil fortsatt være en utfordring for effektiv ledelse at de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus har hver sine eiere – kommune og foretak.

Vi er overbevist om at god samhandling i praksis først og fremst utvikles gjennom daglig operativt samarbeid ute hos pasientene.

## Lokalsykehus er en viktig komponent

Utvalget har i liten grad diskutert på hvilken måte lokalsykehusene skal samvirke med legevakt og akutt-tjenestene. Selv uten spesialisert akuttfunksjon vil lokalsykehus kunne tilby undersøkelses- og observasjonsmulighet, enkel røntgendiagnostikk (evt. støttet av teleradiologi) og

laboratorieressurser. Slik kan en avklare behovet for videretransport for den store del akutt pasienter hvor standardisert pasientforløp (hjerneslag, hjerteinfarkt, større skader) ikke er relevant. Utstrakt bruk av timelange ambulansetransporter er lite fornuftige, og det er neppe aktuelt å fly inn samtlige «usorterte» pasienter til større sentra med luftambulanse. Her tilkommer også regularitetsproblematikken. Vi mener en derfor bør vurdere hvor langt det skal være mellom lokalsykehusene i forhold til veitransport. Også her er det påkrevet med forskning før en kan gi sikre svar.

### Akutt-tjenester med legestøtte

Vi betrakter det som viktig og i beste norske tradisjon at akutt-tjenestene fortsatt har rutinemessig legestøtte, selv om fokus endres fra legevakt mot spesialisthelsetjeneste. Den høykvalifiserte nasjonale luftambulansetjenesten har (slik utvalget påpeker) i noen grad kapasitetsproblemer og viktige utfordringer knyttet til operativ sikkerhet. Vi støtter forslaget om offentlig overtakelse av tjenesten. Det er neppe ønskelig å øke oppdragsmengden ytterligere. Gjennom sentralisering er imidlertid en stor andel av befolkningen mulige å nå gjennom utrykning med ambulanse med anestesilege og evt. anestesisykepleier fra sykehusene. Vi støtter denne ideen som er både rimelig, lett å innpasse i sykehusenes rutine, og vil bidra til faglig integrasjon av ambulansetjenesten i sykehusene. I tillegg til medisinsk nytteverdi for befolkningen vil legeambulanse gi mulighet for hospitering under kvalifisert supervisjon for både legestudenter, ambulansesepersonell under utdanning og legevaktleger i små kommuner. Ved universitetssykehusene gir dette god muligheter for klinisk forskning på akuttpasienter, noe som både utvalget og vi understreket behovet for innledningsvis. Dette har man lang erfaring med i Oslo.

Med hilsen



Stig A. Slørdahl

Dekan

Det medisinske fakultet

NTNU



Rannveig Tellemand Storeng

Seksjonssjef

Det medisinske fakultet

NTNU

Kopi:

Institutt for samfunnsmedisin

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

---

<sup>1</sup>Krüger A, Lossius HM, Mikkelsen S, Kurola J, Castren M, Skogvoll E. Pre-hospital critical care by anaesthesiologist-staffed pre-hospital services in Scandinavia: a prospective population-based study. Acta Anaesthesiol Scand. 2013 Oct;57(9):1175-85

