

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2014/15271	14/4274	Rune Rimstad	15.12.2014

Oppgis ved all henvendelse

## Høringsvar – Akuttutvalgets delrapport

Oslo Universitetssykehus mottar akutte pasienter fra lokal-, område- og regionsnivå og har også nasjonale funksjoner. Mange av pasientene kommer inn til sykehuset fra eget opptaksområde som pasienter i primæropdrag med ambulansetjenesten. Mange av de utfordringer Oslo universitetssykehus ser i tjenesten er hovedpunkter i rapporten. Rapporten vektlegger at medisinsk kompetanse må være mest mulig pasientnær og at medisinsk utvikling gjør det mulig å starte viktig tidskritisk behandling der pasienten befinner seg.

Det er viktig at prehospital akuttmedisin utvikles videre. Spesielt viktig er det å styrke formalkompetansen til ambulansemedarbeidere og at man tar et tilsvarende kompetanseløft i akuttmedisin for primærhelsetjenesten. En nasjonal prioritering av utdanning av ambulansarbeidere inkludert en høyskoleutdanning på bachelornivå er som utvalget anbefaler svært viktig for å imøtekomme fremtidens behov i prehospital akuttmedisin. En sammenhengende, velfungerende kjede hvor alle ledd fungerer optimalt både prehospitalt og i sykehuset er viktig for gode resultater i behandling av en rekke akuttmedisinske tilstander. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom yrkesgrupper, fagmiljøer, kommunehelsetjeneste og helseforetak (både de som har ansvar for prehospitaltjenester og de som ikke har slikt ansvar). For kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet til pasienten er det viktig at ambulansetjenesten samhandler med en utrykkende lege fra primærhelsetjenesten i større grad enn før. For at dette skal være et godt tilbud må fastleger i vakt tilføres mer akuttmedisinsk kompetanse enn nå. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er lovpålagt, men må som utvalget beskriver prioriteres høyere med mål om at pasientene skal få rett behandling på rett nivå. En dårlig samhandling vil være kostnadsdrivende og medføre dårligere pasientforløp.

Utvalget foreslår en rekke tiltak som Oslo universitetssykehus mener vil representere et kvalitetsløft i den kommunale akuttmedisinske beredskapen. Det kommenteres også at man i forhold til legevaktleges varsling og deltakelse bør skille mellom de større byene og resten av landet. Oslo universitetssykehus støtter dette og mener at man i større byer bør satse på anestesilegebemannet utrykningstjeneste fra sykehusene ("legebiler"). Avhengigheten av luftambulansen i sykehusnære strøk kan minimeres med mer utbredt tilgang til legebemannede ambulanser. I de større byene med korte utrykningstider for ambulansene og kort vei til sykehus vil det ikke være naturlig å bruke mye ressurser på samtrening med kommunale ressurser i behandling av de mest akutte pasientene. Dette vil imidlertid være viktig i et distrikt med lengre utrykningstider og lengre vei til akutt sykehus. Konseptet med "community paramedic" bør utprøves også i Norge.

Utvalget beskriver på en tydelig måte behovet for akuttjenester og prehospitaltjenester til pasienter med ruslidelser, inkludert kunnskapsøkning og kompetanseheving innenfor dette fagfeltet. Det er av stor betydning for utviklingen av helhetlige tjenester til denne pasientgruppen at de prehospitaltjenestene har et klart



ansvar for pasientgruppen og at det er gode og robuste akutt-tjenester både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Rapporten fremhever de demografiske utfordringene i Oslo-regionen. Dette innebærer at de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus må inneha språk- og kulturkompetanse, uten at Oslo universitetssykehus ser at dette behovet er ytterligere utdypet i rapporten. Som en del av helseforetakenes overordnede mål om å tilby en likeverdig helsetjeneste, må de akuttmedisinske tjenestene stille krav til kvalitet og kompetanse i tolketjenestene de benytter seg av. De akuttmedisinske tjenestenes behov for tolk og språktjenester bør utredes nærmere.

Oslo universitetssykehus støtter sterkt at medisinsk nødnummer 113 opprettholdes, noe som også er anbefalt i utredningen utført av nasjonalt nødmeldeprosjekt. Det er også viktig at denne rapporten etterfølges av en NOU for AMK-sentralene som kan gi råd om nasjonal AMK-struktur og strategi for samhandling mellom AMK, øvrig prehospital virksomhet og de andre nødetatene. Samhandling med de andre nødetatene er viktig, men finner som utvalget beskriver kun sted i 5 % av hendelsene. Oslo universitetssykehus mener man må se på en reduksjon av antall AMK-sentraler til 1-2 i hver region. Dette vil gi robuste sentraler som kan være reserve for hverandre. Videre bør man se på andre beslutningsstøtteverktøy enn Norsk Medisinsk Indeks, internasjonalt finnes andre triagesystemer som også er i bruk i en del legevakter og ambulansetjenester i Norge.

Spesielt viktig er det at beredskap og kapasitet opprettholdes i den prehospital virksomhet. Det kunne vært tydeliggjort enda bedre i rapporten hvordan teknologi som elektroniske beslutningsverktøy og flåtestyring kunne ha bedret kvalitet og innsatstider samt bedret beredskap for ambulansetjenesten. Teknologi kan bidra til at pasienten får et bedre tilbud hurtigere. Det er i dag for stor risiko for samtidighetskonflikter og svikt i beredskap i tjenesten, spesielt der man har en høy oppdragsmengde eller lange uttrykningsavstander. Elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyringsverktøy ved AMK er like viktige som elektronisk pasientjournal.

Utvalget foreslår at det må stilles nasjonale krav til responstider, men kommer ikke med konkrete anbefalinger. Oslo universitetssykehus er enig i at dokumentasjonen for en del av akuttoppdragene kan være for dårlig til å sette konkrete tall, men samtidig er det slik at stadig flere akuttpasienter profitterer på rask behandling: Økt overlevelse og bedre funksjonsnivå ved tidlig PCI ved hjerteinfarkt og tidlig trombolyse ved hjerneinfarkt er eksempler på dette. Overlevelse av hjertestans er direkte korrelert til tidlig HLR og tidlig defibrillering. Utvalget berører i punkt 4.4.2 elementer som kan bearbeides til nasjonale krav. Et alternativ er å sette mer generelle tidskrav til AMK og ambulanse (svartider, tid til varsling av ambulanse, tid til bil fremme hos pasient) som nødvendigvis må være noe forskjellige i tettbygd og grisgrendt strøk, slik det forrige akuttutvalget foreslo. Der hvor kravene ikke kan innfris på fornuftig måte bør det være et krav om f. eks. organisering av "first respondere" med en viss minimumsopplæring og noe akuttmedisinsk utstyr (bl.a. halvautomatisk defibrillator).

Oslo universitetssykehus mener at potensialet i et tettere samarbeid mellom Pasientreiser og AMK bør beskrives nærmere. Vårt prehospital senter arbeider med dette og ser store muligheter for avlastning av AMK-sentralen som rendyrkes mer i retning av akuttmedisin mens planlagte transporter i stor grad håndteres av Pasientreiser. Kapasiteten for akutte oppdrag bedres også med alternative transportordninger til ambulansetjenesten. Hvite biler, rullestolstaxi og økt bruk av helsebusser bidrar til dette. Oslo universitetssykehus har positive erfaringer etter snart et halvt års drift av hvite biler, bestilling av transportene blir i større og større grad overført til Pasientreiser. Etablering av slike transportenheter med lavere krav til bemanning og utstyr bør innføres også andre steder og man må vurdere om disse bør plasseres i ambulanse- eller Pasientreiseavdelingen.

Spesialiserte transporttilbud er godt beskrevet i rapporten, og behovet er vektlagt. Dette inkluderer intensivtransporter og transport av nyfødte til og fra høyspesialiserte tjenester. Det bør på regionalt (og til dels nasjonalt nivå, ref. ebola og ECMO) etableres planer for spesialtransporter med intensivambulanser (inklusive

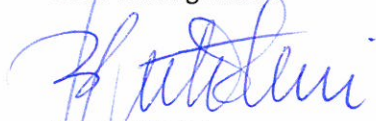


kuvøse barn og annen spesialbehandling) og smitteambulanser.

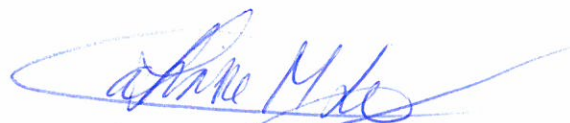
Luftambulansetjenesten må sees på som en regional-/nasjonal ressurs. Oslo universitetssykehus støtter at en statlig overtakelse av den operative driften bør utredes og at de regionale helseforetakene sammen må ha ansvar for en nasjonal luftambulanseplan og en vurdering av dekningsgrad for region og land. Dagens ordning med koordinering av ambulanseflyene i Nord og Sør fungerer tilfredsstillende. Helikoptertjenesten bør koordineres fra regional AMK, slik man nå innfører i Helse Sør-Øst. Luftambulansetjenesten må være en integrert del av de prehospitale tjenestene i regionen.

Det er viktig å påpeke at vi i fremtiden vil se at kravene til de prehospitale tjenestene i befolkningen vil øke samtidig som det vil skje endringer i sykehusstruktur og sentralisering av legevakter. Potensialet for rask transport for pasienter som er avhengig av høyspesialisert behandling av livstruende skader eller akutt oksygenmangel i hjerte og hjerne er vektlagt i rapporten. Muligheten for slike transporter og tilgjengeligheten av disse tjenester i en luftambulansetjeneste mindre utsatt for vekslende flyforhold kan endre behovet for desentraliserte akuttfunksjoner. En ny håndtering av den akuttmedisinske kjeden gir dermed mulighet til å få en endret nasjonal sykehusstruktur med færre og større sykehus med akuttfunksjoner. Det er viktig at de funksjonsendringer som iverksettes mellom ulike deler av helsetjenesten konsekvensutredes med hensyn til prehospitale tjenester og at disse tjenester inngår i en nasjonal plan som sikrer felles fagmiljø for analyse, forskning og utvikling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utvalget tar til orde for en kraftsamling av kompetansemiljøene i den akuttmedisinske kjeden med fokus på kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer. Oslo universitetssykehus ønsker velkommen en sterkere samordning av de allerede eksisterende kompetansemiljøene.

Med vennlig hilsen



Bjørn Erikstein  
Administrerende direktør



Cathrine M. Lofthus  
Viseadministrerende direktør dr. med.