



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.meld. nr. 43

(1999-2000)

Om akuttmedisinsk beredskap

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 30. juni 2000,
godkjent i statsråd samme dag.*

1 Innledning

1.1 Meldingens formål

Regjeringen legger med dette frem en melding om den akuttmedisinske beredskapens organisering, finansiering og lovforankring.

Meldingen omhandler en rekke tiltak som tar sikte på å styrke den akuttmedisinske beredskap - herunder akuttmedisinsk kommunikasjon, akuttberedskap i kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten.

De akuttmedisinske tjenestene kan ikke ses isolert fra den daglige driften og planlagt virksomhet i helsetjenesten for øvrig. Organiseringen av tiltakskjedene er i hovedsak forankret i det lovverket som gjelder for alle helsetjenester. Regjeringens mål for den akuttmedisinske beredskapen faller dermed i stor grad sammen med kravene til den øvrige helsetjenesten.

Når det likevel er behov for en egen drøfting av den akuttmedisinske beredskapen og dens tjenester, så henger dette sammen med at disse tjenestene ofte utføres under et betydelig tidspress hvor kravene til beredskap, effektivitet og faglig forsvarlighet kan være avgjørende for utfallet.

Regjeringen vil derfor stille krav til at den akuttmedisinske beredskapen skal planlegges og utføres under hensyn til at:

- Befolkningen skal ha tilgang på nødvendige helsetjenester uansett hvor i landet de bor og innenfor en akseptabel og forutsigbar tidsramme. Dette er en viktig forutsetning for å opprettholde en desentralisert bosetning, og nødvendig for befolkningens trygghet.
- De faglige krav som stilles skal være godt dokumentert ut fra erfaringsgrunnlag eller forskning.
- De økonomiske og personellmessige ressurser skal utnyttes best mulig.
- De akuttmedisinske tjenestene skal være en del av den ordinære helsetjenesten og inngå som en del av helseregionenes helseplaner, som skal vedtas av Sosial- og helsedepartementet. Det bør her legges stor vekt på *samarbeid og oppgavefordeling* både mellom nivåene i helsetjenesten, mellom de ulike deltjenester som inngår og mellom sykehus. I tillegg bør det legges vekt på *forenkling*, både for å lette befolkningens bruk av tjenestene og for å hindre unødvendig ressursbruk.

1.2 Meldingens bakgrunn

Bakgrunnen for meldingen er blant annet å finne i uttalelser fra Sosialkomiteens behandling av St.meld. nr. 24 (1996-97) «Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» (Innst. S. nr. 237(1996-97)). Her sa et flertall seg enig i at:

«en må styrke det samlede akuttmedisinske tilbudet og finner det derfor riktig at Sosial- og helsedepartementet skal utarbeide krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden».

I sin behandling av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) «Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.» (Innst. O. nr. 65 (1998-99)) ba Sosialkomiteen også om at:

«eventuelle endringer innen luftambulansetjenesten legges frem for Stortinget etter at forslaget har vært på høring».

Meldingens vurderinger og forslag tar utgangspunkt i innstillingene til to utvalg som ble oppnevnt i 1997 for å vurdere ulike sider av den akuttmedisinske beredskapen. Det ene var det såkalte «luftambulanseutvalget»: NOU 1998:8 «Luftambulansetjenesten i Norge». Det andre var det såkalte «akuttutvalget»: NOU 1998:9 «Hvis det haster. . . - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap».

1.3 Leddene i den akuttmedisinske kjeden

Leddene i den akuttmedisinske kjeden består av følgende tjenester:

Utenfor sykehus:

1. Medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentraler ¹⁾ og LV-sentraler ²⁾)
2. Kommunenes øyeblikkelig-hjelp (ø-hjelp) tjeneste
3. Ambulansetjeneste (bil-, båt-, luftambulanse)

I sykehus:

1. Spesialisthelsetjenesten i sykehus (akuttmottak og de enkelte sykehusavdelingene innen medisin, kirurgi, fødetilbud og andre medisinske spesialiteter).

1.4 Hovedmålsetninger for den akuttmedisinske beredskap

Høy faglig standard og et mest mulig likeverdig tilbud

Den overordnede målsetningen må være en akuttmedisinsk beredskap som har en høy faglig standard, det vil si med klare avsvsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger.

Den akuttmedisinske beredskapen må også gi et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen. Det er derfor viktig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til at bosetningen i deler av landet er spredt, med varierende avstand til spesialiserte helsetjenestetilbud. Samtidig må det være aksept for at forutsetningene er forskjellige slik at tjenesten vil være noe ulik utformet.

Grunnlaget må være en velfungerende og forsvarlig ø-hjelp tjeneste i kommunene. Der avstandene til sykehus er lange, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til for eksempel ambulanse- og luftambulansetjenesten. Helseregionene, som har det overordnede ansvar for planleggingen av spesialisthelsetjenesten, må derfor se til at de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden har en høy faglig standard og er rett dimensjonert i forhold til hverandre.

¹⁾ Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler

²⁾ Legevaktssentraler

Forutsigbare ledd i den akuttmedisinske kjede

Når tid er en kritisk faktor er det svært viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten som finnes på de enkelte ledd innenfor den akuttmedisinske kjeden er forutsigbare både for publikum og helsepersonell.

Publikum må for eksempel ha kjennskap til hva man kan forvente av akuttmedisinske tjenester i den kommunale legevakt. Helsepersonellet i primærhelsetjenesten må kjenne til de faglige kvalifikasjonene til ambulanspersonellet når pasienter skal videresendes til sykehus. Legene i luftambulansetjenesten må vite hvilke kirurgiske tjenester som finnes ved de ulike sykehus.

Forutsigbarhet er også viktig når situasjonen gjør det nødvendig med samarbeid over kommune- og fylkesgrenser, for eksempel fordi et stort antall skadede er involvert.

En mer stabil helsepersonellsituasjon

Problemer med å rekruttere helsepersonell og manglende stabilitet har de siste år særlig rammet allmennlegetjenesten i distriktsnorge. Mange lokalsykehus har også problemer med tilgang på medisinske spesialister og er dermed avhengige av å hente inn korttidsvikarer. Helsepersonellet er nøkkelpersonell i den akuttmedisinske kjeden, og organiseringen av de ulike tjenestene må derfor ta hensyn til hvordan kunne virke rekrutterende og stabiliserende i forhold til helsepersonellsituasjonen.

Effektiv bruk av ressurser

Det brukes store ressurser, både økonomiske og personellmessige, i den akuttmedisinske kjeden. Antall årsverk for leger og sykepleiere har økt betydelig de siste årene, men det er ting som tyder på at deres kompetanse kunne vært mer effektivt utnyttet. Det er derfor behov for en gjennomgang av dagens organisering av de akuttmedisinske tjenestene med fokus på om økonomiske og personellmessige ressurser brukes på en fornuftig og rasjonell måte.

1.5 Ressurser og aktivitet

Medisinsk nødmeldetjeneste

Medisinsk nødmeldetjeneste består av AMK- og LV-sentraler som mottar nødmeldinger og ivaretar kommunikasjon og koordinering av ressurser ved akuttmedisinske hendelser. Det finnes 44 AMK-sentraler i Norge, hvorav 38 med LV-funksjon. Antallet LV-sentraler er 230, men her skjer det stadig endringer på grunn av omlegginger.

Kommunal legevakt

Alle landets 435 kommuner plikter å organisere legevakt utenom legekontorenes åpningstid, enten alene eller i interkommunalt samarbeid.

Det skjer årlig ca. 4,5 millioner ø- hjelp henvendelser til primærlegene.

Samlede årlige utgifter til legevakt var i 1999 anslagsvis 650 millioner kroner. I tillegg kommer utgifter til drift av legevaktskontorer.

Ambulansetjenesten

Det finnes ca. 640 ambulansbiler (inklusive bårebiler) og 47 ambulansbåter i Norge. Disse utfører henholdsvis ca. 390 000 og 1 600 ambulanseoppdrag per år. Planleggings- og driftsansvaret for bil- og båtambulansetjenesten tilligger fylkeskommunene. Bruttoutgifter til ambulansetjenesten var ca. 843,5 millioner kroner i 1998.

Statens luftambulansse består av 11 legebemannede helikopterbaser og seks ambulansflybaser, samt fire redningshelikopterbaser. I 1998 ble til sammen 5 202 pasienter transportert med ambulanshelikopter, mens 6 035 pasienter ble transportert ambulansfly. Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvar for luftambulansetjenesten. Justisdepartementet har det overordnede ansvar for redningstjenesten, som igjen opereres av 330 skvadronen underlagt Forsvarsdepartementet. Sosial- og helsedepartementet inngår årlige avtaler med Forsvarsdepartementet for de luftambulansseoppdrag som utføres av redningshelikoptrene. De totale utgiftene til tjenesten var ca. 300 millioner kroner i 1999.

Akuttberedskap i sykehus

Det finnes 45 sykehus i Norge med døgnskuttmedisinsk beredskap i både indremedisin og kirurgi. Tre sykehus har akuttmedisinsk beredskap kun i indremedisin. I 1998 fant det sted 400 081 ø-hjelp innleggelser i sykehus.

Med unntak av Rikshospitalet, som er et statlig sykehus, er fylkeskommunene ansvarlige for planlegging og drift av sykehusene.

I følge SAMDATA, sykehus (3/99) var samlede driftsutgifter til sykehus 27,6 milliarder kroner i 1998.

Boks 1.1 Begrepsavklaring

Begrepet *akuttmedisinsk beredskap* kan defineres som «døgnskuttmedisinsk beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending» (NOU 1998:8 s. 23).

Begrepet *øyeblikkelig hjelp* (ø-hjelp) er i rettslig sammenheng både et rettighets- og pliktbegrep, gjennomgående knyttet til en vurdering av om hjelpen er påtrengende nødvendig, basert på medisinsk faglig skjønn (NOU 1998:9 s. 17). Utover dette fellestrekket er det ikke mulig å finne en generell definisjon av begrepet, da bruken varierer internt i helsetjenesten. For nærmere om ø-hjelp begrepet se lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisttjenesten mm, lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

1.6 Hovedtrekk i innstillingene til akuttutvalget (NOU 1998: 9) og luftambulanseutvalget (NOU 1998: 8)

Luftambulanseutvalgets mandat og innstilling

Luftambulanseutvalgets mandat var i kortform:

- Gjennomgå erfaringene ved luftambulansetjenesten frem til nå, herunder nytteverdien av tjenesten, dens ressurser og økonomi.
- Vurdere og fremme forslag til organisering av, og innhold i, den framtidige luftambulansetjenesten, herunder ansvars plassering, organisering sentralt, basemønster, hvilke pasientgrupper som bør prioriteres, medisinsk kompetansenivå, bemanning på fly/helikoptre, samt medisinskfaglige krav som bør stilles ved bruk av luftambulanse.
- Utrede økonomiske og administrative konsekvensene av utvalgets forslag for blant annet kommunesektoren.

I luftambulanseutvalgets innstilling evalueres dagens luftambulansetjeneste til å være en av verdens best utbygde og best medisinskfaglige utrustede. Likevel har utvalget flere forslag til tiltak for å gjøre tjenesten enda bedre i fremtiden.

I følge utvalget bør hovedmålsetningen være å gjøre luftambulansetjenesten mer integrert i den samlede ambulansetjenesten og i helsetjenesten for øvrig.

Flertallet i utvalget foreslår fortsatt statlig ansvar for organisering, drift og finansiering av luftambulansetjenesten. Mindretallet ønsker at ansvaret skal ligge hos fylkeskommunene. Utvalget er imidlertid enige om at det bør opprettes et Statens luftambulansekontor til ivaretagelse av nasjonal planlegging, budsjettering, regelverk, samt styring av den medisinske delen av tjenesten.

Utvalget er også enig om at basene bør plasseres i nærheten av sykehus med akuttmedisinsk tilbud. Dette er nødvendig for å kunne oppnå den foreslåtte målsetningen om at minst 90 prosent av befolkningen skal nås av legebemannet luftambulanse i løpet av 45 minutter.

Ambulansehelikoptrene bør etter utvalgets mening bemannes med anestesileger med minst to års erfaring fra anesthesiavdeling, mens ambulanseflyene bør bemannes med intensiv- eller anestesisykepleier.

Utvalget er av den oppfatning at dagens retningslinjer for rekvirering bør opprettholdes. Det foreslås at tilbakeføringsoppdrag til sykehus også i praksis betales av fylkeskommunen hvor pasienten er bosatt.

I tillegg til dette kommer utvalget med forslag til ulike sikkerhetsmessige tiltak når det gjelder kvalifikasjonskrav, flyfølging, mørkeflyging, kvalitetssikring og tilsyn.

Det vises ellers til kapittel 5 for en nærmere gjennomgang og behandling av luftambulanseutvalgets anbefalinger og forslag.

Akuttutvalgets mandat og innstilling

Akuttutvalget ble i kortform gitt følgende mandat:

- Beskrive og avklare hva som utgjør leddene i den akuttmedisinske kjede, herunder også gå gjennom aktuelle offentlige etater, private operatører og statlige organisasjoners virksomhet, samt presisere deres roller.
- Avklare faglige krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjede, samt

- krav til samarbeid mellom de enkelte ledd i tjenesten.
- Foreta en gjennomgang av den geografiske dekningen av de ulike ledd i kjeden, herunder se på blant annet hvordan den kommunale legevakttjenesten bør fungere, innhold/omfang av akuttmottaktjenester og ambulansetjenestens virksomhet.
- Vurdere hvilke krav som skal stilles til bil- og båtambulansetjenesten, med hensyn til utstyr, bemanning og utdanning.
- Kartlegge hvordan de ulike leddene fungerer og foreslå en plan for kvalitetssikring av de enkelte tjenestene.
- Klargjøre hvilket ansvar og hvilken kompetanse de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede skal ha, herunder hvilke typer sykehus som bør ha kompetanse på hvilket nivå. Dette innbefatter å ta stilling til de begrensninger som tilgangen på kvalifisert personell innebærer.
- Redegjøre for de regionale, økonomiske og administrative konsekvenser av sine forslag, herunder de juridiske forhold og ansvarsgrensene mellom forvaltningsnivåene.

I akuttutvalgets innstilling beskrives og analyseres den akuttmedisinske kjede; fra LV- og AMK-sentraler, til ambulansetjeneste, legevakt og sykehus. Tre kritiske satsningsområder tas spesielt opp. Det ene er legedekningen i primærhelsetjenesten, det andre er kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten, og det tredje er selve sykehusstrukturen.

Problemet med legedekning i primærhelsetjenesten har sin hovedårsak i lav rekruttering de siste årene. Særlig i distriktsnorge er problemet stort. I flere fylkeskommuner er 15 til 25 prosent av stillingene ubesatt, og mange enkeltkommuner er enda verre stilt. Som resultat reduseres tjenestens kapasitet på dagtid, mens allmennmedisinske problemer forskyves til legevakt på kveldstid. Vakthyppheten økes for de gjenværende faste legene, og med det fare for utbrenthet. I tillegg må kommunene benytte ulike vikarordninger, noe som svekker stabiliteten og kvaliteten på tjenesten. Akuttutvalget mener derfor at det er behov for et nasjonalt løft for å sikre en stabil primærhelsetjeneste, og foreslår at det satses på statlige stimulerings tiltak for rekruttering av allmennleger.

Kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten forringes, etter akuttutvalgets mening, av mangel på enhetlige retningslinjer, uklar organisering og utilfredstillende bemanning. Utvalget foreslår derfor at det fremsettes en rekke nye krav til tjenesten, både til bemanning, kompetanse og responstider.

Når det gjelder bemanning foreslår utvalget tomannsbetjening av alle bilambulanse, hvorav en med fagbrev³⁾. Det legges opp til strengere krav til responstider, både for akuttoppdrag og hasteoppdrag. Ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste foreslås organisert i en felles driftsorganisasjon med den samme faglig ledelse og samordnet operativ ledelse. I tillegg bør samarbeidet mellom den fylkeskommunale ambulansetjenesten og den kommunale legevakten formaliseres gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team.

³⁾ J.fr. ambulansefaget, som ble godkjent under lov 23. mai 1980 nr. 13 om om fagopplæring i arbeidslivet. Denne loven er må erstattet av lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæring.

Akuttutvalget anser den eksisterende sykehusstruktur å være i utakt med den medisinske utviklingen. Tilgangen på helsepersonell med spesialkompetanse er begrenset. Økt spesialisering, særlig oppsplittingen av det kirurgiske fagfeltet, har forsterket dette problemet. Utvalget mener derfor at en ny sykehusstruktur er nødvendig for at befolkningen skal være sikret et godt akuttmedisinsk tilbud. Den tradisjonelle tredelingen med lokal-, sentral- og region-sykehus foreslås derfor forlatt til fordel for en organisering på tre nivåer, bestående av prehospitale tjenester (nivå 1), tre sykehusmodeller med varierende beredskap (nivå 2) og sykehus med høyspesialiserte funksjoner (nivå 3).

Det vises ellers til kapittel 3, 4 og 6 for en nærmere gjennomgang og behandling av akuttutvalget anbefalinger og forslag.

1.7 Sammenheng

1.7.1 Akuttmedisinsk kommunikasjon m.m.

Kapittel 2 tar for seg områder innen akuttmedisinsk kommunikasjon; medisinsk nødmeldetjeneste, sjøfartsmedisin og telemedisin. I tillegg tar kapittelet opp akuttutvalgets forslag til felles forskrift for prehospital akuttmedisin, samt tiltak når det gjelder førstehjelp, kompetansekrav til prehospitale tjenester og forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten.

Departementet ser behov for å øke befolkningens kunnskap om førstehjelp. Det tas derfor sikte på å utvikle undervisningspakken «Gjør noe, da!» for andre klassetrinn i grunnskolen.

Akuttutvalgets forslag til medisinsk nødmeldetjeneste omtales, men behandles ikke nærmere. Bakgrunnen for det er at Justisdepartementet skal utrede felles nødnummer for nødetatene. For å unngå unødvendig dobbeltarbeid, vil departementet komme tilbake med oppfølging av akuttutvalgets forslag når denne utredningen foreligger.

Internasjonale forpliktelser krever at det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart bedres. Departementet vil ta initiativ til å koordinere og integrere dagens ordning med Radio Medico i den medisinske nødmeldetjenesten. Departementet er positiv til opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og ser det som naturlig at det skal være en faglig samordning mellom dette senteret og rådgivningstjenesten til skip. Departementet vil også opprettholde det medisinske tilbudet for petroleumsvirksomheten.

Telemedisin vil bli en viktig del av fremtidens akuttmedisin. Departementet vil sette i gang et forprosjekt med Nasjonalt senter for telemedisin og Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom), og på denne bakgrunn iverksette konkrete telemedisinske tiltak innen akuttmedisin.

Departementet ser behov for å klargjøre kompetansekrav til de prehospitale akuttmedisinske tjenester. Et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin vil bli etablert. Kompetansesenteret skal ha som en av sine hovedoppgaver å utvikle nasjonale retningslinjer og standarder for tjenestene. Senteret er planlagt knyttet opp mot Universitetet i Oslo, men skal samarbeide tett med blant annet de akuttmedisinske miljøer i alle helseregionene.

I tråd med akuttutvalgets forslag vil departementet utarbeide en felles forskrift for prehospital akuttmedisin. Denne skal omfatte medisinsk nødmelde-

tjeneste, legevakt i primærhelsetjenesten og ambulansetjeneste (inkl. luftambulansetjenesten).

Departementet ønsker å videreutvikle forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten. Departementet har utarbeidet en lov om helsemessig og sosial beredskap (jf. Besl. O. nr. 84 (1999-2000) og Innst. O. nr. 79 (1999-2000)), som blant annet inneholder krav om samordnet planlegging av beredskapstiltak mellom helsetjenestens ulike ledd. Videre vil departementet vurdere om det finnes behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen ved redningssentralene, og om gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støtteordninger ved ulykker og katastrofer er tilstrekkelige.

1.7.2 Akuttberedskap i kommunehelsetjenesten

I følge akuttutvalget er manglende rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten hovedproblemet for den akuttmedisinske beredskapen i kommunehelsetjenesten. Med dette som utgangspunkt fokuserer kapittel 3 på endringsbehov innen organiseringen av legevaktfunksjonen, samt akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktleger.

Departementet konstaterer at legevaktjenesten er på vei mot en bedre organisering. Innføringen av fastlegeordningen vil for eksempel bidra til økt tilgjengelighet på dagtid, og dermed redusere presset på legevaktjenesten. Departementet vil følge opp stram styring av legemarkedet og iverksette stimuleringsiltak for bedre rekruttering og stabilitet. Det vil bli gitt tilskudd til interkommunalt samarbeid om (gjærne stasjonær) legevakt, og til samarbeid mellom kommuner og den fylkeskommunale ambulansetjenesten om organisering av sådan.

Kravene til kompetanse i akuttmedisin for legevaktleger må avklares lokalt, da dette er et kommunalt ansvar. Departementet oppfordrer likevel til at det formuleres forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i utarbeidede faglige prosedyrer for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, samt metoder for etterlevelse av disse. Videre oppfordres det til samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner angående etterutdanning, slik at allmennlegene og andre legevaktleger kan vedlikeholde og eventuelt oppgradere kompetansen.

1.7.3 Den fylkeskommunale ambulansetjenesten

Akuttutvalget utpeker ambulansetjenesten som det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. Kapittel 4 tar for seg problemer som mangel på krav til bemanning av ambulanserbiler, mangel på krav til kompetanse hos ambulanspersonell, uklare krav til responstider og ikke formalisert samarbeid med kommunal legevaktjeneste. I tillegg tar kapittelet opp problemer knyttet til uklare ansvarsforhold når det gjelder oppgjør for ambulansetransporter over fylkesgrensene.

Departementet ønsker å styrke bemanningen av ambulanserbiler. Det vil derfor bli stilt krav i form av forskrift om at ambulanserbilene som hovedregel skal være tomannsbetjente. Fylkeskommunene gis likevel adgang til å søke fylkeslegen om dispensasjon for enmannsbetjening av ambulanserbiler med

minst aktivitet. Betingelsen er at det etableres avtaler om fast ledsagertjeneste med sykehjem, primærhelsetjeneste og lignende.

Departementet vil også stille krav i form av forskrift om at minst én av ambulansepersonellet per bil per vakt må ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev. Det legges imidlertid opp til en overgangsordning for ervervelse av fagbrev på seks år, samt en dispensasjonsordning på inntil tre år for tjenester som av særlige årsaker ikke har kunnet implementere dette kravet. Ambulansepersonell nummer to må kunne dokumentere kompetanse tilsvarende en 14-34 ukers utdanning innen feltet. I tillegg oppfordres fylkeskommunene til å etablere videreutdanning for ambulansepersonell i tjenester med stor aktivitet.

Departementet ser behov for en klargjøring av hva som bør være responstid (dvs. tidsintervallet svares i AMK-sentral til ambulanse er fremme hos pasienten) for ambulansebiler. Akuttutvalgets forslag til responstider gjøres derfor *veiledende* for fylkeskommunene i planlegging av tjenestetilbudet:

- *Akuttoppdrag*: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.
- *Hasteoppdrag*: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.

Departementet ønsker å styrke samarbeidet mellom fylkeskommunal ambulansetjeneste og kommunal legevakt. Behovet for dette har i den senere tid blitt aktualisert på grunn av flere interkommunale og stasjonære legevakter. Det oppfordres derfor til formalisering av dette samarbeidet, for eksempel gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team.

Når det gjelder oppgjør mellom fylkeskommuner for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene, understrekes det at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt, uansett hvor transporten finner sted og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som ø-hjelp i sykehus i oppholds kommunen.

1.7.4 Luftambulansetjenesten

Statens luftambulansetjeneste er tema for kapittel 5. Det tas her opp problemstillinger knyttet til målsetninger for tjenesten, organisering av tjenesten, basestruktur og sikkerhet.

Departementet vil understreke at luftambulansetjenesten er en del av ambulansetjenesten som igjen er en del av helsetjenesten. Målsetningene for luftambulansetjenesten er dermed som for helsetjenesten for øvrig: Først og fremst en høy faglig standard, et mest mulig likeverdig helsetjenestetilbud, og høy beredskap og effektivitet.

Etter sykehusloven § 2 har staten i dag både planleggings-, utbyggings- og driftsansvar for luftambulansetjenesten. Fylkeskommunen har ansvaret for den medisinske delen av tjenesten. I samsvar med luftambulansutvalgets anbefaling vil departementet opprettholde dagens organisering. Spørsmålet om framtidig plassering av ansvar for luftambulansetjenesten må imidlertid ses i sammenheng med Regjeringens arbeid med fornyelse av offentlig forvaltning, arbeidet med å utrede regional inndeling og utredningen om syke-transport. Det vil bli etablert et Statens luftambulansekontor i Rikstrygdever-

ket, som vil få ansvar for en bedre samordning av tjenestens helse- og transportdel.

Departementet ønsker å opprettholde dagens basemønster, som har vært uendret siden 1994. Ved etablering av eventuelle nye baser i fremtiden ønsker departementet å ta utgangspunkt i følgende hovedprinsipper: Sykehusnærhet, likeverdighet, dekningsgrad og helseøkonomi. Kravet til sykehusnærhet er viktig for å kunne utnytte legeressursene på sykehusene, samtidig som de har vakt på luftambulansebasen.

Ambulanseflyvning med helikopter har vært betydelig mer risikofylt enn andre virksomheter det er naturlig å sammenligne med. Tilsammen 12 personer har omkommet siden Statens luftambulansetjeneste ble etablert i 1988. De relativt mange ulykkene i luftambulansetjenesten har sterkt påvirket tjenestens samlede nytte i negativ retning. Det er gjennomført en rekke tiltak for å bedre sikkerheten i tjenesten i de senere år. Etter departementets oppfatning må luftambulansetjenesten som utgangspunkt minst basere seg på luftfartsmyndighetenes krav til sikkerhet. I visse sammenhenger bør tjenesten også definere egne høyere standarder for bedre sikkerhet.

1.7.5 Akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten

Kapittel 6 tar for seg akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten, herunder problemstillinger knyttet til sykehusstruktur, samarbeid med primærhelsetjenesten, indremedisinsk beredskap, kirurgisk beredskap, fødselsomsorg, helsepersonell, ledelse og organisering og kvalitet.

Departementet deler oppfatningen om at dagens sykehusstruktur (lokal-, sentral- og regionsykehus) ikke er tilpasset utviklingen som har funnet sted de senere år. Departementet finner det likevel ikke hensiktsmessig å erstatte dagens sykehusstruktur med akuttutvalgets forslag til ny sykehusstruktur. I stedet gis de foreslåtte sykehusmodellene (se omtale i kap. 6.3.1) en veiledende status, samtidig som det åpnes for kombinasjoner av disse.

Departementet ser behov for å utvide samarbeidsordningene med primærhelsetjenesten, blant annet for å redusere antallet ø-hjelp innleggelser på sykehus. Fylkeskommuner og kommuner oppfordres derfor til å etablere felles akuttmottak (FAM) der dette synes formålstjenlig, videre utredes muligheten for å inkludere sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste i ISF-ordningen fra 2001.

Økningen i antall eldre vil føre til behov for å styrke sykehusenes indremedisinske beredskap. Departementet oppfordrer de regionale helseutvalgene til å ta hensyn til dette i sin planlegging, ved blant annet å vurdere eksisterende kapasitet, samt klargjøre organisasjonsstrukturen på hvilke sykehus som utfører hvilke oppgaver.

Sykehusenes kirurgiske beredskap er svært ressurskrevende både hva helsepersonell og økonomi angår. Departementet ser derfor behov for en rasjonalisering. De regionale helseutvalgene oppfordres til å skille mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap der forholdene ligger til rette for det (dvs. at små sykehus kan ha indremedisinsk beredskap, selv om de ikke har kirurgisk beredskap). Videre oppfordres de regionale helseutvalgene til å samle spesialiteter ved sykehusene (f.eks. ortopedi og generell kirurgi). Departementet ser også positivt på funksjonsfordeling mellom syke-

hus når det gjelder større planlagte inngrep, samt sentralisering av visse prosedyrer til enkelte sykehus.

Hensynet til sikkerhet for mor og barn, herunder problemer med å rekruttere gynekologer til små fødeavdelinger, har bidratt til behov for å differensiere fødeavdelingene med hensyn til hvilke fødende som kan mottas hvor. Departementet vil derfor gjøre Helsetilsynets forslag til tredeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) og fødestuer (minst 40 fødsler per år) *veilevende* planleggingen av fremtidens fødselsomsorg. Departementet ser også positivt på at fødestuemodell i sykehuset prøves ut ved lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år.

Kapasitetsproblemer ved store fødeavdelinger har gjort det nødvendig med økt kunnskap om fagområdet nyfødttmedisin. Departementet vil be Helsetilsynet om å oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon, herunder en foreliggende arbeidsgrupperapport og høringsuttalelser til denne. Det vil bli fokusert på oppgavefordeling mellom sentral- og regionalsykehusene, samt retningslinjer for areal, utstyr og stillinger ved sykehusene.

Etter departementets oppfatning må helsepersonellens kompetanse utnyttes bedre. Vaktberedskapen, særlig ved små sykehus, kan for eksempel rasjonaliseres gjennom å begrense bruken av parallelle vaktskift - ikke minst på natтетid. I forbindelse med Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordelings (NR) gjennomgang av spesialistutdanningen, vil departementet be om at det utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grenspesialitetene i en hovedspesialitet. I tillegg oppfordrer departementet til at sykehusene utfører planlagte aktiviteter utover ordinær arbeidstid.

Organisering og ledelse i sykehus kan bli bedre. Departementet vil videreføre arbeidet som er startet i Forum for organisasjonsutvikling i sykehus med hensyn til å utvikle nettverk som kan inspirere til læring og forbedringstiltak.

Departementet vil sette kvalitet mer i fokus, også når det gjelder akuttmedisinsk beredskap. Det tas sikte på å etablere et sett av nasjonale kvalitetsindikatorer, samt nasjonale medisinske kvalitetsregistre for alle de store fagområdene.

1.7.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Et fellestrekk ved de fleste forslagene er at de legger opp til en best mulig faglig utnyttelse av blant annet personell og utstyr, hvilket også betyr en bedre utnyttelse av de økonomiske ressurser. Tiltak som vil få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser omfatter først og fremst ambulansetjenesten og luftambulansetjenesten.

Tomannsbetjening av ambulanserbiler er nå gjennomført i de fleste fylkeskommuner, med unntak av Hedmark, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland og Finnmark. Disse fylkeskommunenes totale merutgifter til oppgradering til tomannsbetjening av ambulanserbiler er beregnet til 55-82 millioner kroner, der førstnevnte sum anses som mest sannsynlig.

Etablering av et Statens luftambulanseskontor i Rikstrygdeverket vil innebære nye oppgaver og ansvar for etaten. For å ivareta disse er det nødvendig

å utvide virksomheten i Rikstrygdeverket med tre årsverk. Dette vil utgjøre en merutgift på 1-2 millioner kroner. Ambulanseflyene i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund bør ha mulighet til å ha med anestesilege ved behov. Merutgiften her er beregnet til 4 millioner kroner.

Redusert bruk av redningstjenestens helikoptre til tilbakeføringsoppdrag vil bli gjennomført etter drøftelser med Forsvarsdepartementet. Det tas sikte på redusert bruk fra ca. 1000 timer (refusjon 1999) til 750 timer (2001). Mindreutgiften vil anslagsvis bli ca. 6 millioner kroner.

2 Akuttmedisinsk kommunikasjon m.m.

Dette kapittelet tar for seg et bredt spekter av fagområder, hvorav en del kan sies å falle inn under fellesbetegnelsen akuttmedisinsk kommunikasjon. Det blir gitt en beskrivelse av akuttutvalgets (NOU 1998:9) forslag knyttet til medisinsk nødmeldetjeneste og en vurdering av forslaget om felles forskrift for pre-hosital akuttmedisin. Det blir videre gitt omtale og vurdering av tiltak innen førstehjelp, sjøfartsmedisin, telemedisin, kompetansekrav, og forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten.

2.1 Befolkningens kunnskap om førstehjelp må bedres

Erfaring tilsier at det ofte er publikum eller pårørende som kommer først til skadestedet ved ulykker eller plutselig oppstått sykdom. Erfaring viser også at deres kunnskap og forståelse om førstehjelp ikke er tilstrekkelig.

2.1.1 Førstehjelp-prosjektet

Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn, frivillige organisasjoner, fagfolk innen akuttmedisin, statens informasjonstjeneste og andre departementer har fra våren 1996 samarbeidet om et førstehjelp-prosjekt. Formålet med prosjektet er:

- Øke folks kompetanse og ferdigheter innenfor førstehjelp slik at de tør handle og gjøre de riktige tingene hvis ulykken skjer.
- Gjøre medisinsk nødnummer (113) kjent.

Førstehjelp-prosjektet har blant annet resultert i læreboka «Gjør noe, da!». Læreboka retter seg mot skoleungdom og representerer ny pedagogikk på området førstehjelp.

I følge Læreplanen - L'97- for 8. 9. og 10. klassetrinn, inngår førstehjelp som pensum for enkelte fagområder. Læreboka «Gjør noe, da!» har derfor blitt gratis tilsendt alle 8. klasser over en femårs periode. Til undervisningspakken hører også lærerveiledning, samt video basert på av flere av bokens kapitler.

Våren 1999 foretok statens institutt for folkehelse en effektundersøkelse av Førstehjelp-prosjektet. Her heter det:

«Generelt har effektene vært betydelige, de har vært statistisk signifikante, og de har vært observerbare for en rekke ulike variabler, som kunnskap, holdninger, følelser, mestrings-forventning og forventet atferd».

Det vil i løpet av 2000 bli foretatt en ny effektundersøkelse.

2.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Femårsperioden for førstehjelp-prosjektet utløper ved utgangen av 2001. Det vil da være tid for reforhandlinger med de respektive partene i prosjektet.

Departementet vil opprettholde den positive effekten av undervisningspakken «Gjør noe, da!», og tar sikte på at prosjektet skal utvikles videre for andre klassetrinn enn 8. klassene i grunnskolen.

Departementet vil også påpeke at prosjektet kan tilrettelegges for den videregående skole, og som integrert del av utdanningen av helsepersonell.

2.2 Medisinsk nødmeldetjeneste

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for kommunikasjonsberedskap innen helsetjenesten. Hovedformålet er å sikre direkte kontakt mellom befolkning og helsepersonell, mellom helsepersonell i og utenfor sykehus, og mellom sykehusene i nødsituasjoner, slik at det skjer en effektiv varsling av riktig ressurs, samt veiledning av pasient og/eller den som har varslet, inntil profesjonell hjelp når frem.

2.2.1 Lovgrunnlag, organisering og oppgaver

Medisinsk nødmeldetjeneste er regulert i forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste ⁴⁾ av 20. august 1990, og består av:

- Medisinsk alarmtelefonnummer (113).
- Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) i sykehus med akuttberedskap.
- Legevaktsentraler (LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten.
- Felles kommunikasjons tjenester for helsepersonell.
- Driftsorganisasjon på alle tre forvaltningsnivåer.

Ansvar for planlegging, etablering og drift av medisinsk nødmeldetjeneste er fordelt mellom forvaltningsnivåene. *Sosial- og helsedepartementet* har ansvar for å fastsette systemkrav som skal sikre funksjonsdyktighet, kvalitet og samordning av tjenesten på landsbasis, samt kommunikasjonsberedskap og -utstyr i luftambulansetjenesten. *Statens helsetilsyn* og *fylkeslegene* har rådgivning og tilsyn som oppgave. *Fylkeskommunene* er ansvarlig for medisinsk alarmtelefonnummer (113), AMK-sentraler i sykehus, samt kommunikasjonsberedskap og -utstyr for ambulansetjenesten. *Kommunene* er ansvarlig for LV-sentraler i sykehjem og helsesenter (ev. som interkommunalt samarbeid), kommunikasjonsberedskap og -utstyr for lege, hjemmesykepleier og jordmor, samt praktisk samordning med brannvesenet.

Regionsykehusene var tiltenkt en ledende rolle innen faglig og organisatorisk utvikling av nødmeldetjenesten i egen region. Regionsykehusene har bare delvis etterlevd disse forventningene. Utfordringene knyttet til samordning på regionalt nivå er således ennå store.

Et nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) ble etablert i 1996 med midler fra departementet. KoKom er lokalisert i Bergen, og var i full drift fra 1998. KoKom driver rådgivning ovenfor sentrale helsemyndigheter og helsetjenesten om utvikling og vedlikehold av kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten.

⁴⁾ Forskriften er gitt med hjemmel i sykehusloven m.v. (§ 3, 4. ledd, jfr. § 1, første ledd nr. 5) og kommunehelsetjenesteloven (§ 1-3, annet ledd nr. 6, jfr. § 6-9).

Nødmeldetjenesten er avhengig av godt samarbeid med berørte helsetjenester som ambulansetjenesten, legevakt, sykehus, pleie- og omsorgstjenesten, samt andre nødetater, rusmiddeletater, krisesentre, frivillige hjelpeorganisasjoner etc. Oversikt over samarbeidende parter organisasjon og funksjon, samt rutiner for alarmering og samhandling er derfor helt nødvendig.

Nærmere om LV-sentraler

I henhold til forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste bør hvert legevaktdistrikt ha egen LV-sentral. I vertskommuner for sykehus bør AMK-sentraler ivareta denne oppgaven. LV-sentralene er normalt ansvarlig for kommunal legevaktformidling, formidling av oppdrag til hjemmesykepleiere og jordmødre, varsling av lokalt stasjonert ambulanse og betjening av trygghetsalarm tildelt av offentlige instanser.

LV-sentralene skal normalt bemannes med sykepleier, men dispensasjoner fra dette kravet er utbredt. Det skyldes problemer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere flere steder.

LV-sentralene forutsettes å være det stedet man varsler behov for ulike deltjenester innen kommunens totale helsetjenestetilbud i akutte situasjoner. Det er derfor naturlig at blant annet mobilisering av kommunale psykososiale kriseteam varsles gjennom LV-sentralene.

Likeledes bør LV-sentralene være det leddet andre samarbeidsinstanser i redningstjenesten kontakter for å varsle for eksempel kommunelege I. Dette forutsetter at kommunene selv har utarbeidet planer for videre varsling internt, samt varsling av nødvendige samarbeidspartnere.

Det finnes 230 LV-sentraler i Norge, samt 38 AMK-sentraler med LV-funksjon (per februar 2000). Antallet endrer seg imidlertid stadig på grunn av omlegginger (interkommunale og stasjonære LV-sentraler). LV-sentralene holder til i egne lokaler eller er integrert i helseinstitusjoner som sykehus, sykestue/sykehjem og helsesentre.

En undersøkelse utført av akuttutvalget viste at det årlig skjer anslagsvis 2,2 millioner henvendelser til LV-sentraler, det vil si ca. 0,5 henvendelse per innbygger.

Nærmere om AMK-sentraler

I følge forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste skal det finnes minst én AMK-sentral i hver fylkeskommune. AMK-sentralene skal ta i mot medisinske nødmeldinger over medisinsk nødtelefon (113) fra det sykehusområdet (ev. flere områder) som dekkes, drive mottak av melding om akuttinnleggelse, iverksette og oppfølge akutte ambulanseoppdrag (herunder luftambulanseoppdrag), samt fungere som LV-sentral for vertskommunen.

AMK-sentralene forutsettes seg i mellom å samordne innsatsen ved mer omfattende katastrofer, og ved henvendelser i grenseområdene mellom ulike sentralers ansvarsområde.

Det finnes 44 AMK-sentraler i Norge, hvorav 38 med LV-funksjon (per februar 2000). Disse er normalt lokalisert i sykehus med akuttmedisinsk beredskap, vanligvis i nærheten av akuttmottaket.

AMK-sentralene betjenes normalt av sykepleiere etter «jobbrotasjonsprinsippet»⁵⁾, og de fleste har nå også tilgang på en vakthavende lege. Det medisinskfaglige ansvaret ligger hos legene.

En undersøkelse utført av akuttutvalget viser at fylkeskommunenes utgifter til teknisk drift av helseradionettet utgjør anslagsvis 26 millioner kroner. I tillegg kommer utgifter til personell og øvrig drift, som er vanskelig å tallfeste fordi de ofte er innarbeidet i andre budsjettposter. Staten bidrar også med midler til drift og utvikling av tjenesten.

2.2.2 Prosedyrer og teknologi

Verktøy for kvalitetssikring

Nødmeldetjenesten har tatt i bruk flere verktøy for kvalitetssikring. Disse er viktige for at nødmeldetjenesten skal kunne ivareta sine prioriteringsoppgaver på en forsvarlig måte. Verktøy for kvalitetssikring omfatter først og fremst:

- «*Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*» (revidert 1999): Hjelper operatøren med valg av hastegradene vanlig, haster eller akutt (se kap. 4.1.3) ved utrykning i medisinske nødsituasjoner, på bakgrunn av et strukturert intervju med innringer.
- *Systembok*: En samling av blant annet operasjonelle prosedyrer og funksjonsbeskrivelser, også når det gjelder varsling og kontakt med samarbeidende instanser.
- *Lydlogg*: Brukes til dokumentasjon av pasientrettet virksomhet.

Boks 2.1 Spesifikasjon av datasystem for medisinsk nødmeldetjeneste

Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har, i samarbeid med representanter fra medisinsk nødmeldetjeneste, laget en prosjektrapport med spesifikasjon av krav til datasystem i nødmeldetjenesten.

Utgangspunktet er at bruk av et mer enhetlig registreringsverktøy vil gjøre det mulig for ulike aktører å sammenligne aktivitetsdata og foreta evalueringer. Dette vil igjen føre til en kvalitetsheving av tjenesten.

Behovet for et elektronisk hjelpemiddel som kan håndtere alle opplysninger som behandles i LV- og AMK-sentraler, samt sikre dokumentasjon, har vært tilstede helt siden opprettelsen av medisinsk nødmeldetjeneste. Både helsetjenesten og leverandørene har dessuten, på bakgrunn av de erfaringer som er gjort med eksisterende datasystemer, ytret ønske om utarbeidelse av felles krav til funksjonalitet og innhold i et slikt system.

Prosjektrapporten ble tilsendt nødmeldetjenesten vinteren 2000, og dens status er nå til vurdering i departementet.

⁵⁾ Med «jobbrotasjonsprinsippet» menes at sykepleierne veksler på å jobbe i AMK-sental og akuttmottak etter egen vaktliste.

Helseradionettet og TETRA

Helseradionettet er et lukket og samordnet radiosamband for helsetjenesten, basert på analog teknologi. Det består av ca. 560 sendere fra det tidligere offentlige manuelle mobiltelefonnettet (OLT).

I henhold til forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste skal helseradionettet ha en geografisk dekningsgrad på 90 prosent, men i praksis varierer den fra 50 prosent i Finnmark til 90 prosent i Vestfold.

Helseradionettes fordeler er hurtig og prioritert varsling av personell, samt et grunnlag for godt tverrfaglig samarbeid med andre nødetater ved felles aksjoner. De ulike radioapparatene kan for eksempel lett kommunisere med hverandre og settes opp i konferansesamtaler med apparater i det ordinære telefon- og mobiltelefonnettet.

Helseradionettes ulemper er dårlig dekningsgrad i deler av landet, tungvint, utdatert og lite brukervennlig radioutstyr, og det faktum at det ofte ikke brukes av legene.

Nødetatene møter stadig strengere krav til sikkerhet, tjenesteeffektivitet, presisjon og kostnadseffektivitet. Disse kravene kan ikke tilfredsstilles av dagens helseradionett. Det er derfor bestemt at det skal gjennomføres et prosjekt av ca. to års varighet for å utrede grunnlag for å ta en beslutning om det skal etableres et felles radionett for nødetatene, basert på den såkalte TETRA-standarden (Terrestrial Trunked Radio).

TETRA er en leverandøruavhengig standard for digital mobil radiokommunikasjon, bestående av GSM for en-til-en talekommunikasjon, DECT for lokal, trådløs telefoni og TETRA for gruppeorientert profesjonell kommunikasjon. TETRA-standarden kan blant annet tilby ikke avlyttbar talekommunikasjon, fleksibel og gruppeorientert kommunikasjon, garantert fremkommelighet for prioritert trafikk, mer fullstendig radiodekning, posisjoneringssystemer for kjøretøyer og bruk av bildeoverføringer.

En eventuell utbygging av TETRA-standarden for nødetatene vil tidligst skje mellom år 2002 og 2004.

Det har blitt vedtatt å iverksette et *pilotprosjekt* i ett fylke. Erfaringene fra dette vil bli brukt i beslutningsgrunnlaget for om det skal bygges et landsdekkende TETRA-nett, noe som i så fall vil bli et stort løft for den medisinske nødmeldetjenesten. Når saken er ferdig utredet vil den bli lagt frem for Stortinget.

Telefoni

Publikums adgang til medisinsk nødtelefon er basert på telenettet, ved at 113-anrop kanaliseres *direkte* til en gitt AMK-sentral. Innringer kommer med andre ord i umiddelbar kontakt med en AMK-operatør som skal være kvalifisert helsepersonell (oftest sykepleier).

Et system for opprinnelsesmarkering gjør at abonnementens telefonnummer, navn og adresse vises på operatørenes dataskjerm. De siste års økning i antall nettoperatører og mobiltelefonoperatører har imidlertid ført til store utfordringer for opprinnelsesmarkeringen, og det pågår for tiden arbeid med å utvikle nye tekniske løsninger.

Publikums kjennskap til medisinsk nødtelefon (113) kan være avgjørende for utfallet av mange nødsituasjoner. Flere informasjonskampanjer har derfor

vært gjennomført, og en undersøkelse i mai 1998 viste at ca. 70 prosent av befolkningen har kjennskap til at 113 er nummeret til medisinsk nødtelefon.

2.2.3 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalgets viktigste forslag for den medisinske nødmeldetjenesten kan oppsummeres som følger:

- Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste bør gjennomgås med henblikk på endring/revisjon, og inngå i en felles forskrift om prehospital akuttmedisin.
- LV-sentralene bør organiseres i nær tilknytning til den øvrige kommunehelsetjenesten. Kommunelege I skal ha den faglige ledelse, mens daglig leder bør være sykepleier.
- Modeller for samhandling/sammenslåing av LV-sentraler til visse tider av døgnet bør vurderes.
- Det bør utarbeides nasjonale standarder og dataverktøy for LV-sentralenes oppdrags håndtering, dokumentasjon og virksomhetsregistrering.
- Den medisinske nødmeldetjenesten bør normalt baseres på én AMK-sentral i hver fylkeskommune.

Akuttutvalget går også inn for følgende minstekrav:

- Lege i legevaktstjeneste skal være tilgjengelig over helseradionettet 24 timer i døgnet.
- LV-sentralen *skal*, i kommuner med mer enn 12 000 innbyggere, være samlokalisert med legevaktskontoret og bemannet med fast personell til klokken 23:00.
- LV-sentralen *bør*, i kommuner med mer enn 8 000 innbyggere, være samlokalisert med legevaktskontoret og bemannet med fast personell til klokken 23:00.
- Fylkeskommunen skal ha en medisinsk systemansvarlig lege, normalt i hel stillingshjemmel.
- Døgnskategorisk medisinsk ledelse av AMK-sentral skal ivaretas av kvalifisert lege i vakt.

Mange av høringsinstansene gir sin generelle tilslutning til akuttutvalgets forslag. Forslaget om å redusere antall AMK-sentraler til én per fylke er særlig i fokus.

Holdningene her er delte - særlig blant kommunene og fylkeskommunene. Helsetilsynet og et flertall av sykehusene er uenig og mener at det bør være én AMK-sentral ved alle somatiske sykehus med ø-hjelp funksjon. Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Legeforeningen gir derimot uttrykk for at formålstjenlig å redusere antallet AMK-sentraler.

2.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Justisdepartementet skal utrede ett felles nødnummer for nødetatene. Bakgrunnen for det er at Norge, som ett av få land i den vestlige verden, har tre nødnummer (110 brann, 112 politi, 113 helse) og ikke ett.

Begrunnelsen for å opprette ett felles nødnummer for nødetatene er todelte. For det første vil det innebære en forenkling for publikum som bare får

ett telefonnummer å forholde seg til i nødsituasjoner. For det andre vil ett nødnummer medføre en administrativ og organisatorisk forenkling.

Ett eventuelt felles nødnummer (f.eks. 112 som er den europeiske standarden) vil imidlertid føre til at publikum ikke lengre vil komme i direkte kontakt med fagkyndig helsepersonell som kan gi helsefaglig veiledning og vurdering («fagkyndighetsprinsippet»). Det vil derfor medføre utfordringer med hensyn til hvordan fagkyndighetsprinsippet best skal kunne ivaretas, både organisatorisk og bemannings- og kompetansemessig.

Ett eventuelt felles nødnummer vil også få store konsekvenser for antallet AMK-sentraler. Departementet legger til grunn at det vil være nødvendig med en rasjonalisering av medisinsk nødmeldetjeneste. Det vises i den sammenheng til at akuttutvalget enstemming har anbefalt reduksjon i antall AMK-sentraler utfra en faglig vurdering. Det høye antall AMK-sentraler i Norge er dessuten kostnadskrevenende, og kanaliserer betydelige helsepersonellressurser inn mot ikke-pasientrettet arbeid.

For å unngå unødvendig dobbeltarbeid vil departementet avvente konklusjonene av utredningen om ett felles nødnummer, før akuttutvalgets forslag knyttet til antall AMK-sentraler og til den øvrige medisinske nødmeldetjeneste behandles.

2.3 Et bedre medisinsk tjenestetilbud for sjøfart

Norge har tradisjonelt hatt en av verdens største handelsflåter. Utbyggingen av kystradiostasjonenes kraftige kortbølgesendere gjorde opprettelse av telekommunikasjon mellom skip og land mulig. Med dette kunne skip søke sakkyndig råd ved sykdom eller skade som var inntruffet ombord.

I 1948 tok overlege Jon Myhre ved Haukeland sykehus personlig på seg slik rådgivningstjeneste via Bergen radio, og frem mot 1985 ble tjenesten fastere strukturert under hans ledelse. Rådgivningstjenesten ble så overtatt av andre leger ved sykehuset, og er i dag kjent som Radio Medico.

2.3.1 Radio Medico

Vakttjenesten ved Radio Medico dekkes i dag av fire faste leger ved Haukeland sykehus, som alle er spesialister i indremedisin med bred faglig erfaring. Ved behov kan vaktlegen konsultere sykehusets øvrige spesialister. Hver vakt strekker seg over en uke, og vaktlegen er tilgjengelig til alle døgnets tider over fast telefonnummer/personsøker.

Internasjonale forpliktelser

Norge har internasjonale forpliktelser til å drive et tjenestetilbud som Radio Medico. Dette følger av artikkel 6 i rådsdirektiv 92/29 EØF om minimumskrav til helse og sikkerhet for bedre medisinsk behandling om bord på fartøyer, og artikkel 7 nr. 4 i ILO-konvensjon nr. 164 om helsevern og helsetjeneste for sjøfolk.

Utstyr og prosedyrer

Radio Medicos grunnutstyr består av telefon, personsøker og telefaks. Det finnes nå også muligheter til å motta bilder av pasientens skader og lignende via e-post, forutsatt at fartøyet har PC og digitalkamera til rådighet.

Vakthavende lege fører journal over hver konsultasjon, gjerne med bilag i form av telefaks og e-post. Det er laget en CD-rom kalt «Førstehjelp ombord» som distribueres til fartøyene.

Telemedisin vil etter all sannsynlighet spille en viktig rolle i tiden fremover, for eksempel når det gjelder veiledning, diagnostikk og formidling av journaldokumenter og laboratoriesvar (mer om telemedisin se kap. 2.4).

Formidling, volum og type henvendelser

Tjenesten formidles i dag primært over Rogaland Radio, som loggfører samtalene og sender månedlige rapporter til Radio Medico om antall samtaler og tidspunktene for disse. Noen samtaler kommer også inn gjennom hovedredningssentralen for Sør-Norge. Volumet av henvendelser er ca. 1 000 per år i gjennomsnitt. Hovedtyngden av henvendelsene gjelder allmennmedisinske tilstander som større og mindre skader, mage/tarmsykdommer og feber.

Ilandføring

Når vaktlegen ved Radio Medico finner det nødvendig skjer ilandføring av pasienter ved at skipetskaptein og rederiets stedlige agent tar kontakt med det lokale sykehus, eller den lokale legetjeneste. Dersom pasienten skal sendes hjem medvirker Sjøfartsdirektoratet i samarbeid med rederi og forsikringsselskaper.

Økonomi

Radio Medico har ikke eget budsjett. Ordningen er honorert etter samme tariff som legevakttjenesten i primærhelsetjenesten, og det er ikke tillegg for de enkelte konsultasjoner. Honoraret dekkes av folketrygdkontoret for utenlandssaker, som også dekker anskaffelser av det teknisk utstyr etter søknad, samt abonnementsavgifter.

Boks 2.2 Samarbeid mellom Norsk Luftambulanse AS og Christiania-klinikken

Fra og med 1998 har det vokst frem en alternativ rådgivningstjeneste til skip utført av Norsk Luftambulanse AS i samarbeid med Christiania-klinikken (tidligere legekantor for sjøfolk i Oslo). Gjennom sin MedLink og godt utbygde kommunikasjonssentral er NLA i stand til å gi blant annet akuttmedisinsk assistanse til internasjonal luftfarts- og shipping-virksomhet døgnet rundt, verden over. Sentralene betjenes av spesialsykepleiere og/eller anestesileger («emergency physicians»).

NLA driver også med hjemhenting av pasienter fra utlandet. Etter medisinsk faglig vurdering foretas slike transporter med rutefly eller ambulansefly, med eller uten følge av lege eller sykepleier. Henvendel-

ser fra fartøy utgjør bare en liten del av denne rådgivning- og transport-tjenesten.

Rederier som har medlemskap i NLA får gratis betjening. Andre henvendelser blir betjent etter regning og med tilbud om medlemskap. Planen er å tilby tjenesten til rederinæringen, som forutsettes å betale en abonnementsavgift.

2.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vil bedre det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart. Dette følger av blant annet internasjonale forpliktelser.

En mer integrert og institusjonalisert rådgivningstjeneste

Dagens ordning med Radio Medico rapporteres å fungere faglig tilfredsstillende. Basert på private initiativ og interesser, er det likevel et sårbart system. Departementet vil derfor ta initiativ til å koordinere og integrere dagens ordning i den medisinske nødmeldetjenesten med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert medisinsk rådgivningstjeneste til skip.

I fagmiljøet er man opptatt av at denne spesielle rådgivningstjenesten sentraliseres ett sted med egen sentral, og at den ikke fordeles på ulike AMK-sentraler. Dette fordi det er enklere for brukerne å forholde seg til ett telefonnummer, samtidig som at det er fordelaktig å samle kunnskapen på feltet på ett sted.

Departementet er kjent med at en arbeidsgruppe bestående av representanter fra flere institusjoner i Rogaland og Hordaland, samt Rederiforbundet og Sjøoffisersforbundet, med Fylkeslegen i Rogaland som sekretariat, har kommet med en utredning, der et senter for sjøfartsmedisin foreslås opprettet på Vestlandet.

Departementet stiller seg positiv til opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og vil være med på en videre drøfting av dets innhold og funksjon. Departementet ser det som naturlig at det skal være en faglig samordning mellom senteret og rådgivningstjenesten til skip.

Forskrift om skipsmedisin

Den medisinske rådgivningstjenesten til skip har tradisjonelt ikke vært forankret i lov eller forskrift. Forskrift om skipsmedisin vil etter planen vedtas i løpet av første halvår 2000. Her heter det:

«Skip skal få gratis råd fra lege ved sykdom eller ulykkestilfeller, formidlet gjennom kystradiostasjonene eller fra den medisinske nødmeldetjenesten. Evakuering av pasient med luftambulanse eller redningshelikopter fra skip i områder under norsk redningstjeneste ansvar, skal organiseres av vedkommende redningssentral i samarbeid med den medisinske nødmeldetjeneste» (§ 20).

Av sitatet ovenfor fremgår det at arbeidstakere om bord på skip skal ha rett til gratis kontakt med lege etter behov. Rettigheten er blant annet et resultat av de nevnte internasjonale avtaler som Norge har forpliktet seg til.

Rutiner for henvendelser fra skip

Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har, i samarbeid med blant annet hovedredningssentralene og fylkeslegen i Rogaland, utarbeidet et forslag til rutiner for henvendelser fra skip om legehjelp, i henhold til bestemmelsene i forskrift om skipsmedisin.

Her legges det opp til en viss arbeidsdeling mellom Radio Medico og AMK-sentralene. Arbeidsdelingen går ut på at Radio Medico tar seg av alle akutte og ikke akutte henvendelser fra skip *utenfor* norsk redningstjenestens ansvarsområde. Akutte henvendelser *innenfor* norsk redningstjenestens ansvarsområde går til den AMK-sentralen som håndterer redningshelikopter for det området skipet befinner seg i.

Departementet vil vurdere KoKoms forslag til rutiner for henvendelser fra skip om legehjelp.

2.3.3 Petroleumsvirksomhet

Den akuttmedisinske tjenesten i petroleumsvirksomheten er hovedsakelig regulert gjennom forskrift om sikkerhet, forskrift om helsetjeneste og forskrift om beredskap, gitt med hjemmel i lov 29. november 1996 nr. 72 om petroleumsvirksomhet.

Organisering og ansvarsforhold

Det er operatøren som skal etablere et system for å ivareta behovet for akuttmedisinske tjenester og helsemessig beredskap i petroleumsvirksomheten. Operatøren skal sørge for at syke eller skadde kan transporteres til land på hurtigst mulige måte. Det er derfor etablert ordninger som sikrer at helikopter er tilgjengelig til slike transporter. Tilsvarende faglige standarder legges grunn som i ordinær landbasert helsetjeneste.

Operatøren er også pålagt å samordne virksomhetens helsemessige beredskap med den øvrige helsetjenesten i landet. Det vil i praksis si at når pasienter blir transportert til land, så overtar den ordinære helsetjenesten ved mottaket der. Operatørene i petroleumsvirksomheten samarbeider i en viss utstrekning om ordninger for legevakt og helsemessig beredskap. Det er utarbeidet nærmere retningslinjer om samarbeid mellom petroleumsvirksomheten og redningstjenesten ved fare- og ulykkessituasjoner.

En lege skal ha det medisinsk faglige ansvar for helsetjenesten. Fylkeslegen i Rogaland er delegert det statlige tilsynsansvaret for helsetjeneste og helsemessig beredskap. Dette tilsynet er samordnet med Oljedirektoratets øvrige tilsyn med denne sektoren. Tilsynsmyndighetene skal etter bestemmelser i forskrift om beredskap varsles om visse typer hendelser, deriblant slike som medfører iverksettelse av helsemessige beredskapstiltak. Slik varslings fritar imidlertid ikke operatøren ansvar for ytelsen av helsetjenester og iverksettelse av helsemessig beredskap.

På alle installasjoner som benyttes i petroleumsvirksomheten skal det til enhver tid være det nødvendige antall sykepleiere. I praksis vil det med dagens bemanningstall oftest være aktuelt med en sykepleier på hver innretning. Sykepleieren skal ha mulighet til enhver tid å kontakte lege som om nødvendig umiddelbart skal kunne reise ut til innretningen for å yte hjelp der.

Dette betinger at operatøren organiserer en legevaktstjeneste på land som skal støtte sykepleierens arbeid på installasjonen.

2.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Det vil også i fremtiden være behov for et medisinsk tjenestetilbud for petroleumsvirksomheten.

Forskriftene som er gitt med hjemmel i petroleumsloven, er for tiden under revisjon med sikte på en bedre samordning av krav. Nye bestemmelser vil trolig bli satt i kraft fra 1. januar 2001.

Departementet har i forbindelse med revisjonen ingen planer om å endre prinsippene for de akuttmedisinske tjenester og den helsemessige beredskap i petroleumsvirksomheten.

2.4 Telemedisin må bli en del av fremtidens akuttmedisin

Telemedisin kan defineres som: «Undersøkelse, overvåking og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personal ved hjelp av systemer som gir tilgang på ekspertise og pasientinformasjon, uavhengig av hvor pasient og kompetanse er geografisk lokalisert» (Sosial- og helsedepartementet: «Telemedisin i Norge: status og veien videre» 1999).

2.4.1 Om telemedisinens rolle i det norske helsevesenet

Telemedisin skal være et middel til å realisere målet om en til enhver tid best, enklest og tryggest mulig helse- og sosialtjeneste. Telemedisin vil også gjøre det mulig å utnytte medisinske ressurser på en ny og bedre måte. Særlig synes det som om telemedisin har et potensiale i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten, og i de tilfeller der et spesialisttilbud kan tilbys på en desentralisert måte.

Utbredelse

Telemedisinske tjenester har blitt etablert på prosjektbasis i hele landet, innen områder som:

- Veiledning og undervisning.
- Konsultasjon og diagnostikk (bl.a. innenfor områdene hud og øre-nese-hals).
- Formidling av blant annet journaldokumenter, henvisninger, epikriser og laboratoriesvar.

Mange av landets sykehus har telemedisinske tjenester tilgjengelig, og noen bruker dem som en rutinemessig del av virksomheten. Primærhelsetjenesten er trukket med i prosjektsammenheng, blant annet i Nord-Norge og i Gudbrandsdalen.

Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø

Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø ble etablert i 1992, og offisielt åpnet i 1993. Senteret er definert som kompetansesenter med generelle oppgaver som beskrevet i rundskriv I -36/99 (se kap. 2.5). Det er forventet at senteret

skal være aktivt med hensyn til å spre bruken av telemedisin, gi råd om tekniske løsninger og organisatoriske forhold innen telemedisin, samt drive målrettet forskning på morgendagens telemedisinløsninger. Departementets tilskudd til senteret er på 24 millioner kroner i 2000.

Erfaringer

Pasientundersøkelser som har vært gjort viser at pasienter er positive til telemedisinske metoder. Pasientene slipper reisen til spesialist, noe som mange opplever som tungvint. I tillegg oppleves det som en faglig trygghet at to leger er involvert i den telemedisinske konsultasjonen.

For helsepersonell kan telemedisin bidra til bedre utnytting av kjernekompetanse og arbeidstid. Dette vil særlig komme til gode i de deler av landet der personellsituasjonen er kritisk. Telemedisin har videre ingen naturlige geografiske grenser, og kan bidra til at små og sårbare fagmiljøer ikke isoleres.

Telemedisin vil i en rekke tilfeller være kostnadsbesparende, men dette avhenger av reiseavstand, befolkningsmengde og kostnadene ved allerede eksisterende tilbud. Kostnadsoverslag fra Helseregion Nord viser at det på tjenester som hud og øre-nese-hals finnes et årlig innsparingspotensiale på flere millioner kroner i syketransport. Dette er innsparinger som kan brukes til utstyrsinvesteringer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Boks 2.3 Måling av EKG i ambulanse

Ved hjerteinfarkt er det av vesentlig betydning for utfallet at trombolytisk (blodproppopløsende) behandling kommer tidlig i gang, helst før pasienten ankommer sykehuset. Før slik behandling iverksettes må EKG (elektrokardiogram) være vurdert av faglig ekspertise.

Måling av EKG stiller ikke større krav til utstyr enn telefon og bærbart måleutstyr, og kan derfor lett installeres i ambulansebiler. Lydsignalene fra måleutstyret overføres via telefon til en sentral som konverterer signalene til digital informasjon. Denne informasjonen kan innen kort tid tolkes av en spesialist. Målingen er ikke like bra som et EKG tatt direkte av pasienten, men gjør det mulig å stille riktig diagnose over telefon. Dette gir ambulansepersonellet mulighet til raskt å sette i gang med trombolytisk behandling slik at skader kan minimaliseres. Målingen gjør det også lettere for ambulansepersonellet å differensiere mellom hvilke tilstander som krever innleggelse i sykehus, eller tilkalling av legevakt og luftambulanse.

EKG-utstyr er vanlig i svenske ambulanser. I Norge pågår et prosjekt med overføring av EKG fra ambulanse til sykehus i Østfold. Prosjektet er delvis finansiert av Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). I tillegg utføres måling av EKG som et kommersielt tilbud fra Helsevakten Telemed AS.

I en fremtidig akuttsituasjon vil etter all sannsynlighet også AMK-sentralene ha tilgang til EKG, samt hjerterytme-målinger og spirometriske opplysninger. På RiTø er det nå igangsatt et prosjekt der ambulan-

sepersonellet ringer opp AMK-sentralen istedenfor at tjenesten kjøpes kommersielt av Helsevakten Telemed AS.

2.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er av den oppfatning at telemedisinske metoder må utvikles og tas i bruk innen akuttmedisin, da påviste fordeler også har gyldighet her. Informasjon kan utveksles raskere, og tilgang på informasjon kan bedres betraktelig gjennom blant annet overføring av tekst og bilde. Det er derfor viktig at de regionale helsenettene, den telemedisinske programvaren og akuttmedisinsk beredskap, integreres så godt som mulig.

Departementet vil sette i gang et forprosjekt med Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt senter for telemedisin, for å klargjøre i hvilke situasjoner telemedisinske metoder kan brukes innenfor akuttmedisin. På bakgrunn av forprosjektet og resultater fra pågående prosjekter, vil konkrete telemedisinske tiltak innen akuttmedisin bli iverksatt.

2.5 Klarere kompetansekrav til prehospital akuttmedisin

Nasjonale standarder og retningslinjer er per i dag en mangelvare når det gjelder flere områder innenfor prehospital akuttmedisin. Det finnes for eksempel ingen felles kompetansekrav til ambulansepersonell (jf. kap. 4.4).

Mangelen på nasjonale standarder og retningslinjer gjør at kvaliteten på akuttmedisinske tjenester varierer betydelig fra fylkeskommunene til fylkeskommune.

2.5.1 Departementets vurderinger og forslag

Etter departementets oppfatning er det nødvendig med nasjonale kvalitetskrav for å sikre at de prehospitale akuttmedisinske tjenester er faglig forsvarlige. Pågående strukturendringer, som for eksempel rasjonalisering av akutfunksjoner ved sykehus, sammenslåinger av legevakt og stasjonær legevakt uten sykebesøk, har forsterket dette behovet.

Departementet vil videre understreke betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag og systematisk bearbeidelse av kunnskap når det gjelder fremtidig planlegging, organisering og drift av de prehospitale akuttmedisinske tjenestene.

Dette er bakgrunnen for at departementet vil opprette et kompetansesenter for prehospital akuttmedisin.

Flere kompetansesentre er blitt opprettet på landsbasis innenfor fagfelt der det er behov for å styrke kompetanse eller koordinere ressurser. Generelt for kompetansesentre er at de skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område. I henhold til rundskriv I -36/99 er deres hovedoppgaver:

- Følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet.
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder.
- Bidra til, og delta i, forsknings- og utviklingsarbeid innen fagfeltet.

- Etablere og kvalitets sikre registre innen fagfeltet.
- Sikre nasjonal kompetanseutbygging og spredning av kompetanse.
- Gi råd og faglig støtte til andre sykehus eller andre kliniske institusjoner.
- Delta i undervisning både i grunn-, videre- og etterutdanning.
- Bidra/ gi faglig støtte til forskningsaktivitet ved andre sykehus eller andre kliniske institusjoner.
- Være en rådgivende instans.

Departementet anser det som naturlig at et kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin knyttes opp mot Universitetet i Oslo. Ved universitetet i Oslo finnes betydelig undervisnings- og forskningskompetanse, og både klinisk og basal forskningsaktivitet innen akuttmedisin. I tillegg er den kliniske aktiviteten ved sykehusene i Oslo og Akershus svært omfattende. Det fremgår i brev til Statens helsetilsyn datert 02.02.2000 at det er en utstrakt enighet om denne beliggenheten blant sentrale akuttmedisinske grupperinger fra hele landet.

Departementet vil understreke at kompetansesenteret ikke er ment som et senter for østlandsområdet. Det skal tvert imot ha klare forpliktelser til å fungere som en *nettverksmodell*, blant annet gjennom samarbeid med det akuttmedisinske miljø i alle helseregionene. Dette er den samme tankegang som ligger bak etableringen av tilsvarende kompetansesentre knyttet til andre regionsykehus, for eksempel Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen og Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø.

2.6 Bedre samordning av regelverk og retningslinjer for prehospitale akuttmedisinske tjenester

Medisinsk nødmeldetjeneste er regulert i sykehusloven og i forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunenes plikt til å organisere legevaktjeneste følger av kommunehelsetjenesteloven. Ambulansetjenesten er regulert i sykehusloven. Sykehusloven vil bli erstattet av ny lov om spesialisthelsetjeneste, som etter planen skal tre i kraft den 01.01.2001.

2.6.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget anbefaler at det utarbeides en felles forskrift for prehospitalet akuttmedisin som skal omfatte medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten (inkl. luftambulansetjenesten). Forskriften foreslås å inneholde krav til beredskap, bemanning, utdanning, utstyr, responstider og kvalitetssikring. Forskriften bør, etter utvalgets mening, fastslå fylkeskommunens ansvar for en helhetlig akuttberedskap.

Blant høringsinstansene er holdningen til felles forskrift for prehospitalet akuttmedisin generelt meget positiv. De fleste fylkeskommuner, helseregioner, fylkesleger og sykehus uttaler at en felles forskrift vil bidra til en samordnet akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus med klare ansvarsforhold.

Kommunenes Sentrallforbund (KS) er mer skeptisk til felles forskrift. Det påpekes at generelle standardkrav er problematisk fordi det må tas hensyn til lokale forskjeller i demografi, rekruttering, kompetanse og lignende.

Statens helsetilsyn er også negativ til felles forskrift. Det begrunnes i hovedsak med at det er fylkeskommunen som, i følge forslaget, skal gis det

overordnede ansvar for en helhetlig akuttberedskap. Helsetilsynet argumenterer med at kommunene og fylkeskommunene er selvstendige aktører med hvert sitt ansvarsområde. Det synes inkonsekvent å skille ut en del av helse-tjenesten for «ett nivå» styring, mens de øvrige områdene skal forvaltes videre som før. Helsetilsynet anmoder i stedet om at det etableres og videreføres spesifikke forskrifter for de ulike deler av den akuttmedisinske kjede, og at sam-handlingen mellom de ulike leddene ivaretas gjennom generelle lovregule-ringer og lokale avtaler mellom kommuner og fylkeskommuner.

2.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har i sin vurdering lagt vekt på at høringsinstansene er over-veiende positive til akuttutvalgets forslag om felles forskrift for prehospital akuttmedisin. Departementet støtter oppfatningen om at en felles forskrift vil kunne bidra til å styrke og regulere samhandlingen, samt synliggjøre ansvarsfordelingen mellom de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden.

Etter det departementet erfarer er det også behov for regulering av enkelte av tjenestene. Mangel på nasjonale krav til ambulansetjenesten blir for eksempel oppfattet som et savn av tjenesten selv og dem som administrerer den. Det finnes heller ingen forskrift om legevakt som regulerer ansvarsforholdene knyttet til organisering og samarbeidsordninger mellom kommuner og mellom kommune(r) og fylkeskommune. I tillegg har innholdsmessige uklarheter i forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste ført til ulike fortolknin-ger og misnøye i mange kommuner og fylkeskommuner.

Departementet vil derfor utarbeide en felles forskrift for prehospital akutt-medisin som omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt i primærhelse-tjenesten og ambulansetjeneste (inkl. luftambulansetjenesten). Spesialisthel-setjenesteloven § 2-1 fjerde ledd og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd gir hjemmel for forskriften. Blant krav som er tenkt forskriftsfestet er tomannsbetjening av ambulanserbiler og kompetanse for ambulanspersonell (jf. kap. 4.3 og 4.4).

Departementet støtter Helsetilsynets innvending mot akuttutvalgets for-slag om at en felles forskrift skal gi fylkeskommunene et overordnet ansvar for de akuttmedisinske tjenestene. Selv om en overordnet ansvars plassering hos fylkeskommunene ville kunne bidra til en mer enhetlig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede, er det etter departementets oppfatning flere faktorer som taler mot.

Et overordnet fylkeskommunalt ansvar ville for eksempel kunne gripe inn og bryte med forutsetningene for det kommunale selvstyret. Endringer i ansvarsforholdene mellom forvaltningsnivåene ville videre kunne kreve end-ringer i gjeldende lovgivning, og skapt uklare grenseflater og utilsiktede kon-sekvenser i forhold til tilgrensede tjenester og områder hvor fylkeskommunene ikke hadde et overordnet ansvar. Det ville også vært lite hensiktsmessig at fylkeskommunen hadde det overordnede ansvaret for helsetjenestens akuttdel, mens de øvrige områder ble forvaltet som tidligere. I forskriften kan det likevel stille krav om at helsetjenestens ulike ledd skal samarbeide om planleggingen av en helhetlig tjenestekjede.

Departementet har også lagt vekt på at en felles forskrift ikke vil gjøre for-valtningen mer kompleks gjennom å øke av det totale antallet forskrifter. Det

finnes som nevnt allerede en forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste som - i revidert versjon - er tenkt å inngå i felles forskrift. Selv om det per i dag ikke finnes forskrifter til de andre tjenestene, har man en rekke retningslinjer å forholde seg til. En felles forskrift kan dermed sies å føre til en forenkling og samordning av de prehospitale akuttmedisinske tjenestene.

Departementet legger til grunn at en felles forskrift om prehospital akuttmedisin må samordnes med lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. Besl. O. nr. 84 (1999-2000) og Innst. O. nr. 79 (1999-2000). (Se også kap. 2.7.4.)

2.7 Forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten må videreutvikles

Den norske redningstjenesten består av offentlige organer, frivillige organisasjoner og private selskaper som disponerer ressurser og kompetanse som kan bidra til å redde menneskeliv ved ulykker og katastrofer.

2.7.1 Samarbeid og ansvarsforhold

I motsetning til mange andre land (f.eks. Sverige), er i Norge ulike typer redningsoppdrag som blant annet sjøredning, flyredning og fjellredning, integrert i samme planverk og ledelsessystem. Justis- og politidepartementet er ansvarlig for den administrative samordningen av redningstjenesten, og politiet har ansvar for koordineringen.

De operative oppgavene ivaretas av to hovedredningssentraler (HRS) lokalisert i Bodø og på Sola (ved Stavanger). I tillegg finnes underordnede lokale redningssentraler (LRS) i hvert av landets politidistrikter og på Svalbard. Ledelsen av LRS består av en kollektiv redningsledelse med politimesteren i det aktuelle politidistriktet som leder. Ledelsen av HRS er tilsvarende, med politimestrene i Bodø og Stavanger som ledere.

Det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet som ligger til grunn for den norske redningstjenesten, er utvilsomt også denne tjenestens sterkeste side. For at dette skal komme til sin rett i kritiske situasjoner, er det viktig at alle som medvirker i redningstjenesten kjenner forutsetningene for denne, og er klar over sin egen rolle.

Under redningsaksjoner må det forventes at den medisinske nødmeldetjenesten, legevakten og ambulansetjenesten er i stand til å samordne virksomheten med andre etaters innsats under redningssentralenes koordinering. Når den medisinske nødmeldetjenesten gjennom sitt virke ser at det er behov for samordnet innsats fra flere etater, plikter den å varsle LRS eller HRS om dette.

De offentlige organer som deltar i redningstjenesten skal selv stå for kostnadene ved deltakelsen i redningsaksjoner, blant annet fordi slik deltakelse følger av etatens ordinære faglige forpliktelser.

Fra 01.01.2000 er det også, i henhold til internasjonale avtaler om sjøredning, et ansvar for redningstjenesten å besørge henting og ilandtransport av

syke og skadde personer til sjøs⁶⁾. Dette er nå innarbeidet i planverket for hovedredningssentralene i Norge.

2.7.2 Helsetjenestens representant i den kollektive redningsledelsen

Den kollektive redningsledelsen er en tverrfaglig sammensatt gruppe med representanter fra blant annet helsetjenesten, forsvaret, lufttrafikkjenten og Telenor. I ledelsen ved HRS er helsetjenesten representert ved fylkeslegene i henholdsvis Nordland og Rogaland. I ledelsen ved LRS er helsetjenestens representant som hovedregel kommunelege fra vertskommunen for politistasjonen.

Helsetjenestens innsats i LRS er svært ulik fra distrikt til distrikt. Ved en revisjon av HRS i 1997 ble følgende uttalt om helsetjenestens representant i den kollektive ledelsen:

«Fylkeslegen i hhv. Stavanger og Bodø er helsevesenets representant i den kollektive ledelsen ved hovedredningssentralene. I motsetning til de andre i ledelsen, har fylkeslegen ingen formelle fullmakter e.l. til å rekvirere ressurser eller foreta andre disposisjoner innenfor sitt fagområde, utover de fullmakter fylkeslegen har i kraft av sin stilling. I følge intervjuene har ikke dette forholdet medført noen vesentlige problemer til nå, men det bør være et mål å formalisere også helsevesenets representasjon ved hovedredningssentralene».

Helsetjenestens representant ved LRS og HRS har ingen formelle fullmakter i forhold til styring av helsetjenestens akuttmedisinske ressurser, og har ingen kliniske akuttmedisinske oppgaver. Vedkommende har således i dag intet eget linjeansvar for det akuttmedisinske bidraget ved redningsaksjoner. Som ellers i redningstjenesten tilligger dette ansvaret de som ordinært har fagansvar for tjenesten. Innenfor helsetjenesten er det på grunn av de mange ulike driftsenhetene med egen ledelse større utfordringer knyttet til dette, enn for eksempel innenfor forsvaret, der organiseringen er mer enhetlig.

Funksjonen til helsetjenestens representant er vesentlig å medvirke til at medisinske forhold blir ivaretatt på en forsvarlig måte gjennom den kollektive redningsledelsens disposisjoner. Det forutsetter at vedkommende under redningsaksjoner holder oversikt over bruken av ressursene i helsetjenesten. Ikke minst er det viktig at vedkommende er oppmerksom på de behov som kan oppstå noe lengre fram i tid enn det man vanligvis forholder seg til i akuttmedisinsk virksomhet. Det gjelder for eksempel forhold knyttet til etablering av psykososiale støttetjenester. Helsetjenestens representant skal utenom redningsaksjoner også delta ved utarbeidelsen av planverket for den aktuelle redningssentralen.

2.7.3 Psykososiale støttetjenester

Det er kommunene som har hovedansvaret for nødvendige omsorgstiltak under og etter kriser og katastrofer (St. meld. nr. 28 «Innhald og kvalitet i omsorgstenestene»(1999-2000)).

⁶⁾ Bestemmelsene om dette ble tatt inn i den internasjonale konvensjonen om søk og redning over sjø av 1979 av Den internasjonale maritime organisasjonen (IMO) i mai 1998 (MSC 69).

Kommunene må derfor ha planer og oversikt over de samlede ressurser som er til rådighet i slike situasjoner. Planene må omhandle grenseflaten til andre sektorer og virksomheter som for eksempel skolene i lokalsamfunnet, Den norske kirken og andre trossamfunn, samt frivillige organisasjoner. Planverket må også omfatte rutiner for anmodning om hjelp fra andre tjenester, som for eksempel de fylkeskommunale psykiatriske spesialisttjenester.

Boks 2.4 Erfaring med helseberedskap i forbindelse med Sleipner-havariet og togkollisjonen på Rørosbanen

Statens helsetilsyn foretok våren 2000, på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet og ved hjelp av fylkeslegene, en gjennomgang av den helsemessige beredskapen i forbindelse med Sleipner-havariet og togkollisjonen på Rørosbanen.

Rapporten viser at helsetjenesten i de to områdene ulykkene inntraff hadde evne til å mobilisere betydelige ressurser i en akuttsituasjon. Det ble ikke i noe ledd av den akuttmedisinske kjeden avdekket mangel på ressurser, verken når det gjaldt personell eller utstyr.

I forbindelse med Sleipner-havariet ble det imidlertid avdekket enkelte uklarheter med hensyn til varsling, koordinering og kommunikasjon. Fylkeslegen i Hordaland har på denne bakgrunn startet tilsyn med helseberedskapen ved ulykken.

2.7.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet ønsker å videreutvikle forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten.

Lov om helsemessig og sosial beredskap

Sosial- og helsedepartementet la 25. juni 1999 frem forslag til lov om helsemessig og sosial beredskap (Ot. prp. nr. 89 (1998-99)). Forslaget ble vedtatt 5. juni 2000, jf. Besl. O. nr. 84 (1999-2000) og Innst. O. nr. 79 (1999-2000).

Hensikten med loven er blant annet å sette helsevesenet i best mulig stand til å ivareta sitt ansvar i forhold til redningssentralene. Dette gjøres ved bestemmelser som er ment å styrke også den daglige akuttberedskapen, blant annet ved presisering av ansvarsforhold og plikter.

Sentralt er bestemmelsen om å innføre plikt til å utarbeide beredskapsplaner blant annet for helsetjenestene. Planene skal samordnes mellom fylkeskommunen og kommuner, og mellom fylkeskommuner og helseregionen.

Andre viktige bestemmelser er lovfesting av helsetjenestens hjelpeplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner, bestemmelser om at leger og annet helsepersonell i institusjoner som har akutfunksjoner kan pålegges å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp, og mulighet for fylkeskommunen til å pålegge helsepersonell nærmere tilvist arbeid ved ulykker og akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. I tillegg innføres

det bistandsplikt mellom kommuner og fylkeskommuner ved ulykker og akutte situasjoner.

I hovedsak bør det være slik at den redningssentralen som leder en redningsaksjon bare trenger å forholde seg til helsetjenesten gjennom ett ledd i den medisinske nødmeldetjenesten. Det vi si at helsetjenesten selv må ha rutiner for å sikre at ulike ledd som AMK-sentraler, ambulansetjenesten og helse-tjenesten i kommuner og sykehus blir involvert i nødvendig grad slik at helse-tjenestens medvirkning ved redningsaksjoner blir faglig forsvarlig. Departementet vil vurdere om det er behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen ved redningssentralene.

En forutsetning ved oppbyggingen av redningstjenesten var at en lege skulle gå inn i ledelsen ved de lokale redningssentralene. Erfaring har vist at lege sjelden blir tilkalt. Departementet vil understreke viktigheten av at så gjøres, og har i lov om helsemessig og sosial beredskap lovfestet oppnevning av lege til lokal redningssentral.

Psykososiale støttetjenester

Departementet vil vurdere gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer.

Departementet ser det som ønskelig at de ulike kommunale ressurser for psykososiale støttetjenester ved kriser og katastrofer aktiviseres gjennom LV-sentralen. En klart definert inngangsport til det kommunale støtteapparatet vil lette samarbeidet for andre sektorer og instanser, ikke bare når det gjelder ordinære legevaktstjenester, men også for andre akutte sosiale og omsorgsfaglige tjenestetilbud.

Departementet fastsatte gjennom rundskriv I-18/92 av 12. mai 1992 retningslinjer for ansvarsfordeling og økonomisk oppgjørsordning for psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer. Hovedprinsippet er at de vanlige regler for ansvarsfordeling skal benyttes også i slike situasjoner så langt de passer. Ved større transportulykker vil det gjerne være involverte fra flere kommuner, kanskje også fra flere land. Det gis da mulighet for at staten kan dekke utgiftene ved etablering av psykososiale støttetiltak. Ved tvil om hvilke enheter som skal yte slik hjelp, skal spørsmålet avgjøres av fylkeslegen eller Helsetilsynet.

2.8 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag

- Befolkningens kunnskap om førstehjelp må bedres. Departementet vil opprettholde den positive effekten av undervisningspakken «Gjør noe, da!», og tar sikte på at prosjektet utvikles videre for andre klassetrinn enn 8. klasser i grunnskolen.
- Justisdepartementet skal utrede ett felles nødnummer for nødtetatene. Departementet vil komme tilbake med oppfølging av akuttutvalgets forslag for medisinsk nødmeldetjeneste når konklusjonene fra utredningen foreligger.
- Det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart må bedres, noe som blant annet følger av internasjonale forpliktelser.
 - Departementet vil ta initiativ til å koordinere og integrere dagens ord-

- ning (Radio Medico) og medisinsk nødhelsetjeneste med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert rådgivningstjeneste til skip.
- Departementet er positiv til opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og ser det som naturlig at det skal være en faglig samordning mellom dette senteret og rådgivningstjenesten til skip.
 - Departementet vil opprettholde det medisinske tilbudet for petroleumsvirksomhet.
-
- Telemedisin må bli en del av fremtidens akuttmedisin. Departementet vil sette i gang et forprosjekt med Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt senter for telemedisin, for å klargjøre hvor telemedisinske metoder kan brukes innenfor akuttmedisin. På bakgrunn av forprosjektet, samt resultater fra pågående prosjekter, vil konkrete telemedisinske tiltak innen akuttmedisin bli iverksatt.
 - Kompetansekravene for de prehospitale akuttmedisinske tjenester må bli klarere. Departementet vil etablere et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin knyttet opp mot Universitetet i Oslo. Kompetansesenteret skal ha som en av sine hovedoppgaver å utvikle nasjonale retningslinjer og standarder for tjenestene. Kompetansesenteret skal fungere som en nettverksmodell, blant annet bestående av det akuttmedisinske miljø i alle helseregionene.
 - Regelverk og retningslinjer for de prehospitale tjenester må samordnes bedre. Departementet vil utarbeide en felles forskrift for prehospital akuttmedisin som vil omfatte medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt i primærhelsetjenesten og ambulansetjeneste (inkl. luftambulansetjenesten).
 - Forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten må videreutvikles.
 - Departementet vil følge opp lov om helsemessig og sosial beredskap, som blant annet inneholder krav om samordnet planlegging av beredskapstiltak i helsetjenesten.
 - Departementet vil vurdere om det er behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen ved redningssentrene.
 - Departementet vil vurdere gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer.

3 Akuttberedskap i kommunehelsetjenesten

3.1 Beskrivelse av dagens situasjon

3.1.1 Lovgrunnlag

Legevakten var inntil 1981 basert på frivillige ordninger mellom legene i avgrensede distrikt. Med innføringen av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene fikk kommunene plikt til å organisere allmennlegetjeneste, herunder legevaktordning (§ 1-3). Kommunene har dermed ansvar for å sørge for ø-hjelp både i og utenom legekantorenes åpningstid ⁷⁾.

I henhold til lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger kan departementet bestemme at leger skal delta i legevaktordninger der de bor eller arbeider (§ 28). Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet myndighet til å gi nærmere forskrift om gjennomføring av legevaktordningen, men en slik forskrift er ikke gitt.

Leger plikter etter samme lov å yte ø-hjelp i så vel arbeidstid som utenom, under gitte betingelser (§ 27). Denne plikten er videreført i ny lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v (§ 7), med de begrensninger som fremgår av lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter angående rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner (§ 4-9).

Det fremgår i forskrift av 14. juli 2000 om fastlegeordning i kommunene, at kommunen kan stille deltakelse i legevakt som vilkår ved inngåelse av fastlegeavtale (§ 12c).

Legenes deltakelse i legevakt er også omtalt i avtaleverket. I gjeldende avtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening (kommunelegeavtalen) heter det blant annet at «kommunalt ansatte leger og turnusleger kan tilpliktes legevakt utenfor ordinær arbeidstid (37,5 t. per uke) i samsvar med vaktplan som settes opp sammen med legenes tillitsvalgte».

For kommunenes plikt til å sørge for medisinsk nødmeldetjeneste, se kapittel 2.2.

3.1.2 Organisering

Kommunene har som nevnt ansvar for å sikre at befolkningens behov for ø-hjelp innenfor primærhelsetjenesten blir ivaretatt hele døgnet. På dagtid kan dette ivaretas gjennom organisering av daglegevakt, eller ved at allmennlegene yter nødvendig ø-hjelp til alle som henvender seg i legepraksisens åpningstid. Utenom åpningstid må kommunene sørge for at legevakt organiseres, enten innen den enkelte kommune eller i samarbeid med andre kommuner.

Den vanlige formen for legevakt er at leger med driftsavtale med kommunen og kommunalt ansatte allmennleger fordeler vaktberedskap fra kontorti-

⁷⁾ Med *kommunal legevakt* menes «organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom åpningstid (kl. 16:00-08:00). *Daglegevakt* innebærer organisert mottak av ø-hjelp i kontortiden (kl. 08:00-16:00).

dens slutt og til neste morgen, samt i helgene og høytidene. Beredskapen fordeles eventuelt mellom allmennlegene i flere kommuner dersom flere kommuner samarbeider i et felles vaktdistrikt⁸⁾. I større bykommuner er det dessuten vanlig at blant annet sykehusleger deltar i den kommunale legevakttjenesten.

Kommunene fastsetter organiseringen, men kommunelegeavtalen setter grenser for når legene kan forpliktes til å utføre arbeidet fra kommunalt organisert legevaktsentral eller lignende. Det må i henhold til kommunelegeavtalen være minst 10 leger i legevakt-distriktet for at legene skal kunne forpliktes til tilstedevakt i kommunal legevaktsentral/-lokale. Det forutsettes videre at pågangen av pasienter skal tilsvare vaktklasse⁹⁾ 3 eller 4 (dvs. minst 26 minutter aktivt arbeid per klokke-tid vakt), og at sentralen skal være bemannet med hjelpepersonell- vanligvis sykepleier.

I områder med lokalsykehus blir det mer vanlig at den kommunale legevakten organiseres i tilknytning til sykehuset, ofte i samarbeid med nærliggende kommuner. Et slikt samarbeid kan ha ulike former, for eksempel som felles akuttmottak (FAM) i sykehuset, eller lokalisering av legevakt i eller i umiddelbar nærhet til sykehus med eller uten akuttmottak (se kap. 6.4.1).

3.1.3 Hovedfunksjoner

Kommunal legevakt har følgende hovedfunksjoner i den akuttmedisinske kjeden, gradert etter volum¹⁰⁾:

1. Diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstander der pasienten ikke har behov for sykehusbehandling.
2. Diagnostisere tilstander som krever henvisning til eller innleggelse i sykehus, og kanalisere disse pasientene til riktig nivå for behandling.
3. Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstander som er akutt livstruende, og som krever at pasienten raskt innlegges i sykehus.

3.1.4 Aktivitet

Allmennlegene mottar ca. 4,5 millioner ø-hjelp henvendelser ved akutte sykdomstilstander per år¹¹⁾. Ca. 90 prosent av disse blir vurdert og ferdigbehandlet i primærhelsetjenesten. De fleste av de ca. 410 000 som blir innlagt i sykehus som ø-hjelp pasienter, blir innlagt etter vurdering i primærhelsetjenesten. Dette utgjør ca. ni prosent av ø-hjelp henvendelsene til primærhelsetjenesten. Ca. en prosent av alle ø-hjelp henvendelser er så alvorlige at de er livstruende uten rask behandling.¹²⁾ Særlig i områder med lang reisetid til sykehus har

⁸⁾ Et vakt-distrikt er det geografiske området som dekkes av samme legevaktordning. Det vanlige har vært at en kommune utgjør et vakt-distrikt. Stadig flere kommuner søker imidlertid samarbeid med andre kommuner om legevakt i et felles vakt-distrikt. I de største kommunene har det vært flere vakt-distrikt i samme kommune.

⁹⁾ **Vaktklasse** refererer til antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke-tid vakt (vaktklasse 1: 0-10 min., vaktklasse 2: 11-25 min., vaktklasse 3: 26-45 min., vaktklasse 4: 46 min.) Vaktklassene er grunnlaget for kommunens utbetaling av beredskaps-godtgjørelse til legen. Satsene for beredskaps-godtgjørelse blir mindre jo flere minutter aktivt arbeid som utføres i gjennomsnitt. Dette fordi aktivt arbeid utløser inntekt i form av refusjon og egenandeler.

¹⁰⁾ Jf. NOU 1998:9, kap. 5.1.2.

¹¹⁾ Jf. NOU 1998:9, kap. 5.1.2. Tallene er fra 1996.

legevakttjenesten sammen med ambulansetjenesten en viktig rolle ved å gi rask primærbehandling og stabilisering av pasientens tilstand før transport. Av og til skjer dette i samarbeid med luftambulansetjenesten.

Fra sykebesøk til kontorkonsultasjoner

Antallet pasientkontakter for kommunal legevakt er på landsbasis stort sett uendret fra 1995 til i dag. Det har imidlertid skjedd en betydelig vridning fra sykebesøk til kontorkonsultasjoner.

Takstbrukundersøkelser foretatt av Rikstrygdeverket (RTV) viser at antall sykebesøk under legevakt er redusert fra ca. 685 000 i 1995 til ca. 527 000 i 1998, det vil si en reduksjon på over 150 000 sykebesøk (tilsvarer ca. 23 %). Antall konsultasjoner økte i samme periode fra ca. 855 000 til ca. 980 000, noe som utgjør en økning på ca. 125 000 konsultasjoner.

Fordeling av henvendelser til legevakt på dag/kveld og natt

I følge tall fra Rikstrygdeverket (RTV) fra 1997 kan antallet henvendelser til legevakt utenom ordinær arbeidstid (etter kl. 16:00) anslås til ca. 1,9 millioner på landsbasis. Anslagsvis 13 prosent av disse henvendelsene skjer på nattetid, eller mellom klokken 23:00 og klokken 08:00 (se tabell 3.1).

Tabell 3.1: Type kontakter ved legevakt, fordeling av aktivitet på dag/kveld og natt.

Kontakttype	Totalt	Dag / kveld (08:00-23:00) ¹	Natt (23:00-08:00)
<i>Telefonkontakt</i>	486 700	418 600 (86 %)	68 100 (14 %)
<i>Konsultasjon</i>	1 263 200	1 149 512 (91 %)	113 688 (9 %)
<i>Sykebesøk</i>	648 500	538 255 (83 %)	110 245 (17 %)
<i>I alt</i>	2 398 400	2 106 367 (ca. 87 %)	292 033 (ca. 13 %)

¹ Aktiviteten ved legevakt på dag / kveld foregår i hovedsak mellom kl 16:00-23:00.

Kilde: Bearbejdede tall fra RTVs takstbrukundersøkelse: 1997

3.1.5 Utgifter og finansiering

De samlede årlige utgifter til kommunal legevakt er beregnet til ca. 640 millioner kroner (se tabell, 3.2). I tillegg til utgiftene som fremgår av tabellen, kommer kommunenes utgifter til drift av eventuelt legevaktkontor (lokaler, utstyr, hjelpepersonell m.v.)

Utgifter til legevakttjenesten er i første rekke knyttet til avlønning/honorering av legene. Under legevakt godtgjøres legen med trygderefusjon som utbetales av staten, egenandel fra pasient samt beredskapsgodtgjøring/kvelds- og natt tillegg fra kommunen. Trygderefusjon og egenandel er privat næringsinntekt, mens beredskapsgodtgjøring/kvelds- og natt tillegg defineres som lønn.

¹²⁾ Tallene er hentet fra NOU 1998:9, s. 16.

Tabell 3.2: Anslagsvis oversikt over samlede årlige utgifter til legevakt 1998-99

Type utgift	I millioner kroner per år
Beredskapsgodtgjørelse (kommunene)	Ca. 100
Refusjoner (RTV)	Ca. 320
Egenandeler (pasientene)	Ca. 220
SUM	Ca. 640

Kommunene

Kommunene dekker drift av eventuelt legevaktkontor (lokaler, utstyr, hjelpepersonell m.v.). I tillegg utbetales beredskapsgodtgjørelse til legene som deltar i legevakt i kommunen. Det foreligger ikke systematiske opplysninger om kommunenes samlede utgifter til beredskapsgodtgjørelse, men overslag tilsier at utgiftene er på ca. 100 millioner kroner (jf. tabell 3.2).¹³⁾

Staten

Refusjonsutgiftene til legevakt ble skilt ut på egen konto i trygderegnskapet fra og med 1993. I tabell 3.3 er utgiftene i perioden 1993 til 1999 gjengitt. Det fremgår at refusjonsutgifter til legevakt økte frem til og med 1996, for så å gå ned hvert år til og med 1999. Nedgangen i refusjonsutgiftene skyldes i hovedsak økte egenandeler i juli 1997, januar 1998 og januar 1999, samt en vridning i pasientkontakt fra sykebesøk til konsultasjon.

Tabell 3.3: Utbetalte refusjoner knyttet til legevakt for perioden 1993 til 1999.

År	Utbetalte refusjoner, i millioner kroner
1993	371,3
1994	371,4
1995	389,4
1996	399,5
1997	395,1
1998	342,6
1999	321,2

Kilde: Regnskapstall fra Rikstrygdeverket.

Pasientene

Pasienter betaler en egenandel til legen ved bruk av legevakt. Egenandelene er høyere i legevakt utenom vanlig kontortid (dvs. utenom hverdager mellom kl. 08:00 og kl. 16:00). Anslaget for egenandeler er basert på tall fra takstbrukundersøkelsen for 1998-99 (RTV), og utgjør ca. 220 millioner kroner (jf. tabell 3.2).

¹³⁾ Tallet er hentet fra «Rapport om organisering av legevakt» (Des-99) fra utvalg bestående av medlemmer fra Den norske lægeforening, Kommunenes sentralforbund og staten om ulike måter å organisere legevakt på for å redusere vaktbelastningen).

3.2 Hva er problemene?

I kapittel 1.6 refereres kort hva akuttutvalget anser som de største problemene når det gjelder ø-hjelp i kommunehelsetjenesten: redusert stabilitet og manglende rekruttering til allmennlegetjenesten. Departementet deler denne vurderingen. Problemene med stabilitet og rekruttering i allmennlegetjenesten er inngående drøftet i Ot. prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

I forbindelse med innføring av fastlegereformen er det iverksatt en rekke tiltak som skal bidra til å øke stabiliteten og rekrutteringen til tjenesten. Disse tiltakene er beskrevet i kapittel 3.3.4. (jf. kap. 8.1.6 i Ot.prp. nr. 99 (1998-99)).

Utover problemene med den generelle allmennlegedekningen i landet er det to problemområder departementet vil fokusere på i dette kapittelet:

- Endringsbehov når det gjelder organisering av legevaktfunksjonen.
- Den akuttmedisinske kompetanse hos legevaktleger.

3.3 Mot en bedre organisering av legevakttjenesten

Allmennlegedekningen er mangelfull i flere deler av landet, særlig i de nordligste fylkene og i distriktskommuner i Sør-Norge ¹⁴⁾. Belastningen ved legevaktarbeid, spesielt i distrikter med ledighet, høy vakthypighet og lange reiseavstander, er en viktig årsak til *ustabilitet og manglende rekruttering* i primærlegetjenesten. Svikt i stabilitet fører til økt vakthypighet for de gjenværende faste legene. Økt arbeidsmengde og vaktbelastning er igjen med på forsterke problemene i de kommunene som er særlig utsatt.

Mange kommuner ser seg nødt til å organisere kortvarige vikaravtaler for å få dekket behovet for allmennlegehjelp, og da først og fremst behovet for ø-hjelp. *Hypig vikarbruk* skaper dårlig kontinuitet og stabilitet i allmennlegetjenesten, og er kostbart for kommunene. På grunn av mangel på norske leger må mange kommuner benytte seg av utenlandske legevikarer. Dette kan utgjøre spesielle problemer på grunn av manglende språk- og lokalkunnskaper, fraværende kunnskap om den norske primærhelsetjenesten og det norske trykkesystemet etc. Kortvarige vikariater skaper også problemer for den øvrige primærhelsetjeneste og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Den manglende legedekningen i store deler av landet medfører lang ventetid for tilgang til allmennlege i kontortiden (kl. 08:00-16:00). *Manglende kapasitet på dagtid* fører til at pasienter gjerne oppsøker legevakten på kveldstid for tilstander som burde vært behandlet hos lege på dagtid. Det finnes derfor et endringsbehov innen organiseringen av legevaktfunksjonen.

Boks 3.1 Forslag til organisatoriske forbedringer

Som en del av akuttutvalgets kartlegging (NOU 1998:9) ble kommunene I i alle landets kommuner i 1997 oppfordret til å komme med for-

¹⁴⁾ Per 31.12.1998 var det til sammen 219 ubesatte legeårsverk i kommunehelsetjenesten, fordelt på 140 fastlønnsstillinger og 79 med driftstilskudd.

slag til organisatoriske forbedringer i legevakttjenesten. Her følger en oppsummering av forslagene:

- Egen forskrift for legevakttjenesten.
- Organisert daglegevakt.
- Bemannede legevaktlokaler i større vaktdistrikt.
- Opprette felles akuttmottak (FAM) der det er mulig.
- Slå sammen vaktdistrikt til større distrikt om natten.
- Bedre samhandling med AMK.
- Tiltak for å begrense unødig bruk av legevakttjenesten.
- Økt legedekning på dagtid.
- Styrke kompetansen til sykepleierne på legevaktsentralen for å oppnå en bedre «siling» av henvendelser som kommer til legevakten.
- Mer aktivt bruk av ambulansepersonell.
- Mindre bruk av vikarer.
- Endring i takstene: Økt beredskapslønn, økt telefontakst.
- Splitte opp helgevaktene.
- Utskrift av legevaktsnotat til pasientens faste lege.

3.3.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget anbefaler at det må arbeides med rekruttering til primærlegestillingene, og at det bør vurderes å slå sammen flere vaktdistrikt til større vaktdistrikt om natten (kl. 23:00-08:00). Videre anbefaler utvalget at legevakttjenesten må inngå som en del av en forskrift for prehospital akuttmedisin.

Mange av høringsinstansene gir en generell støtte til akuttutvalgets forslag, og er i hovedsak enig i behovet for en styrking av legedekningen i primærlegetjenesten.

Etablering av større vaktdistrikt får delt støtte blant høringsinstansene, deriblant kommunene. Hovedtendensen er likevel at flertallet av dem som uttaler seg gir sin tilslutning til forslaget. De som ønsker interkommunale løsninger vektlegger at vaktbelastningen reduseres, noe som vil bedre mulighetene for rekruttering av leger til distriktene. Det blir fremhevet at samarbeid i større og bedre utstyrte vaktsentraler vil bedre forholdene for akuttmedisinsk diagnostikk og behandling.

Høringsinstanser som går imot forslaget hevder at etablering av større vaktdistrikt vil svekke tilgjengeligheten og servicen overfor publikum, og at det vil være uheldig med forskjellige vaktdistrikt på dag/kveld og natt. En del kommuner understreker at interkommunale samarbeidsordninger ikke må være obligatoriske, men at areal, antall innbyggere, bosettingsmønster og andre lokale forhold er faktorer som må tas hensyn til.

Kommunal legevakt i tilknytning til sykehus kommenteres hyppig i høringsuttalelsene, herunder felles akuttmottak mellom sykehusenes akuttmottak og legevakt i vertskommunen (FAM). De fleste kommuner, fylkeskommuner og fylkesleger støtter en slik samordning. Argumentene for samarbeid mellom legevakt og lokalt sykehus er at det vil være ressursbesparende, og at kvaliteten på den akuttmedisinske kjeden vil bedres gjennom økt faglig samarbeid mellom sykehusene og legevakslege. Noen av høringsin-

stansene er likevel negative dersom samordning medfører lengre reisevei for pasientene.

Kommunenes Sentralforbund mener at det må satses på bedre legefording, bedre organisering og kompetanseutvikling for å styrke primærlegetjenesten. Særlig bør fokus rettes mot stabilitet av legearbeidskraft i utkantstrøk.

Statens helsetilsyn fremhever at det er viktig å legge forholdene til rette for en bedre legedekning, for på den måten å dempe den vaktbelastningen som deltakelse i legevakt utgjør. Statens helsetilsyn støtter i denne sammenhengen forslaget om å slå sammen vaktdistrikt, for å redusere vaktbelastningen. Det pekes på at slik sammenslåing til større enheter vil medføre at reiseavstander og -tid vil kunne øke, og at det derfor er behov for lokale tilpasninger for unngå konflikt med tidsfaktoren.

Den norske lægeforening støtter i hovedsak utvalgets forslag. Legeforeningen mener det bør etableres forsøk med samarbeid mellom kommuner i større legevakt-distrikter. Det understrekes at forhold omkring allmennleger på vakt, herunder vakthyp-pighet, lokaler, utstyr og hjelpepersonell, er viktige for rekrutteringen til allmennlegetjenesten. Foreningen støtter etablering av FAM, men understreker at erfaring tilsier at det ved slike organisasjonsmodeller er nødvendig med en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver mellom første- og annenlinjetjenesten.

3.3.2 Legevakt og ø-hjelp i fastlegeordningen

Fastlegeordningen og ø-hjelp

Med innføringen av fastlegeordningen (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)) ¹⁵⁾ gis innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fastlege som får hovedansvar for utredning, behandling og oppfølging av de innbyggere som står på fastlegens liste. Personer tilknyttet ordningen vet hvilken lege de skal henvende seg til ved behov for legehjelp, og fastlegen skal prioritere innbyggere på sin liste.

Fastlegeordningen vil også gi fastlegen et definert ansvar for ø-hjelp på dagtid for de innbyggere som står på hans/hennes liste. Fastlegen må gjennom kollegiale ordninger sørge for at samarbeidende leger kan bidra til å yte den nødvendige legehjelp for de innbyggere han/hun har ansvar for ved fravær, eller i tilfeller der belastningen på den enkelte lege blir for stor.

Kommunen har ansvar for at det etableres samarbeid mellom legene innenfor kontortid slik at det til enhver tid er minst en lege som har ansvar for ø-hjelp. Vedkommende lege skal være tilgjengelig for nødmeldetjenesten ¹⁶⁾. Departementet forutsetter at slik tilgang skal være sikret gjennom nødvendig kommunikasjonsutstyr. Eventuelt kan denne legen ha utvidet kapasitet for ø-hjelp for dem som har valgt å stå utenfor ordningen og personer som midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommuner med stort folketall, såkalte «turistkommuner», eller andre kommuner med mange som midlertidig oppholder seg i kommunen, kan i tillegg ha behov for å organisere egen daglegevakt.

¹⁵⁾ Det vises til kapittel 8.3 i Ot.prp. nr. 99 (1998-99) for ytterligere omtale av legevakt i fastlegeordningen.

¹⁶⁾ Det vises for øvrig til kap. 2.2 for omtale av medisinsk nødmeldetjeneste, herunder legevaktssentraler.

Legevakt i fastlegeordningen

I følge fastlegeforskriften (jf. kap. 3.1.1) kan kommunene stille som vilkår for inngåelse av fastlegeavtale at fastlegen skal delta i legevakt utenom kontorets åpningstid, og i kommunens organiserte ø-hjelp tjeneste på dagtid (§ 12). Det er foreslått at kommunen skal organisere legevaktordning i samråd med fastlegene. I dag gir kommunelegeavtalen legen adgang til å be om fritak på visse betingelser. Departementet har i Ot.prp. nr. 99 (1998-99) tilrådet at muligheten til å bli fritatt legevakt i visse tilfeller videreføres i avtale mellom partene.

I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) foreslås det også at det utarbeides rutiner for oversendelse av journalnotat fra legevaktlege til fastlege, der pasienten ikke motsetter seg dette. Dette kan bidra til å forenkle kommunikasjonen fra legevakt til ansvarlig lege.

Forventet effekt for legevakt

Det er et mål at tilstander som ikke er akutte skal behandles i den ordinære allmennlegetjenesten på dagtid. Blant annet er mangelfull tilgjengelighet hos allmennlege på dagtid en årsak til at legevakt på kveld og natt i mange tilfeller fungerer som ordinær vaktteneste. Fastlegeordningen forventes å bidra til en bedre tilgjengelighet til legetjenester på dagtid, og dermed et redusert behov for legevakt på kveld og natt. Fastlegeordningen som system kan med andre ord bidra til forbedringer i flere av de kritiske områder som i dag eksisterer innenfor ø-hjelp tjenesten i kommunene.

3.3.3 Ny organisering av legevakt: Forsøks- og utredningsvirksomhet

Forbruket av legetjenester både på dagtid og kveld/natt har økt som følge av en større andel eldre i befolkningen, og det at flere lever med kroniske sykdommer. Samtidig er det forhold som tyder på at terskelen for å søke profesjonell hjelp ved sykdom, eller mistanke om sykdom, er lavere enn tidligere, og at legevakten i økende grad oppfattes som en allmennmedisinsk service heller enn en instans for akuttmedisinske behov. Dette er forhold som har ført til økt press på legevakttenesten, og dermed større belastning for leger som deltar i legevakt.

Det er særlig leger i de små vaktistriktene som har størst vaktbelastning, og vakthyppighet synes å være omvendt proporsjonal med størrelsen på vakt-distriktet (målt i antall innbyggere).

Tabell 3.4: Vakthyppighet etter størrelse på vaktistrikt ¹ (N=278)

Innbyggere	1-2 delt vakt	3-4 delt vakt	5-9 delt vakt	>10 delt vakt
Under 2 000	10	11	3	1
2 000- 5 000	3	50	31	2
5 000-10 000		7	75	4
10 000-20 000	1		25	28
Over 20 000			1	25
Sum	14	68	135	61

¹ To-delt vakt betyr at legen har vaktansvar annen hver dag, fem-delt hver femte dag osv.

Kilde: NOU 1998:9, s. 54

Stort arbeidspress på vakt og hyppige vakter i den pålagte legevakttjenesten fører til at færre allmennleger ønsker å delta i allmennlegevakten. Mye tyder på at bedre betalte vakter i sykehus også har redusert deltakelse fra sykehusleger i allmennlegevakten. Yngre leger og særlig kvinnelige leger ønsker i mindre grad enn før å delta i legevakt.

I tillegg har gjennomsnittsalderen blant allmennlegene steget de senere år. Gjennomsnittsalderen for spesialister i allmennmedisin er i dag over 50 år og for allmennleger totalt over 48 år. Dette medfører også at flere leger kan bli fritatt for legevakttjeneste, ettersom regelverket åpner for at allmennleger kan søke om fritak fra legevakt ved fylte 55 år. Ved stor vaktbelastning vil trolig flere av disse søke om fritak fra legevaktsarbeid.

Et virkemiddel for å redusere vaktbelastningen vil være å utøve vekten med utgangspunkt i felles vaktsentraler for større befolkningsområder. Et interkommunalt samarbeid om felles stasjonær legevakt som betjener et større vaktdistrikt vil ha en rekke positive effekter knyttet til utøvelsen av legevakttjenesten:

- En mer effektiv utnyttelse av legevaktslegens kompetanse og arbeidskapasitet, gjennom en bedre tilgang på støttefunksjoner og samhandling med annet helsepersonell.
- Økt tilgjengelighet på grunn av tilstedevakt som kun unntaksvis drar på sykebesøk, sammenlignet med ambulerende legevakt hvor vaktlegens tilgjengelighet er redusert på grunn av hyppige sykebesøk.
- Ved et interkommunalt samarbeid om legevakt vil legene ha sjeldnere vakt, bedre arbeidsforhold og være en del av et større faglig miljø, noe som vil gjøre det mer attraktivt for legene å arbeide i primærhelsetjenesten.

En rekke kommuner rundt om i landet har satt i gang forsøks- og utredningsprosjekter vedrørende interkommunalt samarbeid om legevakt, blant annet ved hjelp av tilskuddsmidler fra Sosial- og helsedepartementet.

Legevaktforsøket i Namdalen

I Namdalen (Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag) har 12 kommuner gått sammen for å organisere felles legevakt på natt. Det er til sammen omkring 35 000 innbyggere i disse kommunene. Området er ca. 27 mil i utstrekning. Prosjektet har vært i drift fra 01.02.1999, og er i hovedsak finansiert gjennom prosjektmidler fra staten.

Boks 3.2 Erfaringer fra Namdalen-prosjektet

Erfaringene fra Namdalen-prosjektet ble oppsummert etter ett års drift gjennom evalueringsrapport av Anders Grimsmo og rapport fra prosjektleder Per W. Tvete.

I perioden fra 1. februar 1999 til 31. januar 2000 kom det inn 1145 henvendelser til legevaktsentralen. Antall henvendelser til legevakten har vært relativt stabil hver måned, men noe høyere i juli og desember.

Halvparten av henvendelsene ble tatt hånd om av AMK-sykepleier. I gjennomsnitt mottok legevaktslegene 3,14 henvendelser per natt. Av disse ble i gjennomsnitt én henvendelse avsluttet per telefon, 1,2 henven-

delse ble i gjennomsnitt avsluttet med konsultasjon og 0,75 henvendelse medførte innleggelse.

Bakvakt har blitt benyttet 67 ganger. I gjennomsnitt innebærer dette et behov for å utkalle bakvakten en gang hver femte vakt. Ambulanse har blitt tilkalt 206 ganger.

Erfaringene viser at omfanget av henvendelser til legevakt på natt er beskjedent i forhold til totalt forbruk av legevakt. I evalueringen har det ikke vært mulig å finne ut om forbruk av legevakt på natt har endret seg som en følge av prosjektet.

Legene som har vært med i forsøket har blitt bedt om å vurdere kvaliteten på legevaktstilbudet sammenlignet med det tilbudet innbyggerne ville fått med gammel ordning. I følge disse vurderingene har ikke den nye ordningen betydd noe for tre fjerdedeler av pasientene sett fra et medisinsk synspunkt. For en fjerdedel er tilbudet blitt bedre, mens to prosent av pasientene ble vurdert å ha fått et dårligere tilbud med den nye ordningen. Det er dermed overveiende sannsynlig at den nye ordningen i sum har bedret legevakttilbudet i området.

Det var en god del skepsis og uttryggighet knyttet til legevaktsprosjektet i forkant. Etter at prosjektet har kommet i gang har denne skepsisen stilnet. Folk har erfart at det er lett å komme i kontakt med lege på natt hvis de får behov for hjelp.

Grimsmo beregner i evalueringsrapporten endring i *samlet bruk* av legevakt fra 1998 til 1999 basert på data om legevaktbruk i perioden mars til august. Sammenligningene viser at både antall henvendelser til legevakt og antall kontakter med lege er redusert i forsøkskommunene fra 1998 til 1999. Størst endring skjedde i Namsos/Fosnes der antall henvendelser ble redusert med 12 prosent, mens antall kontakter med lege er redusert med 38 prosent. Dette innebærer at legevaktsamarbeidet har bidratt til å disiplinere befolkningen til i mindre grad å ta kontakt med legevaktslegen. Samtidig viser tallene at det har skjedd en større grad av siling av henvendelsene av AMK-sykepleieren slik at færre kontakter har blitt overført til lege.

Grimsmo har også sett på endring i utbetalinger fra folketrygden for samme periode. Sammenligningen viser at utbetaling av refusjon til legevakt er redusert med 27 prosent fra 1998 til 1999 i forsøkskommunene. For landet som helhet ble utbetalingene til refusjon redusert med 9 prosent i den samme perioden. Det var i 1999 store variasjoner mellom kommuner når det gjelder refusjonsutgift per innbygger. Variasjonen mellom kommunene ble mindre i 1999. Det ser ut som om samarbeid om legevakt har bidratt til mer lik praksis og til utjamning av forbruk mellom kommuner når det gjelder samlet forbruk av legevakt.

Kommunene samarbeider om legevakt mellom kl. 23:00 og kl. 08:00. I den perioden er legevakten sentralisert med basis i LV-sentralen ved Namsos sykehus. LV-sentralen er bemannet med AMK-sykepleier og en allmennlege. Distriktets leger deler tilstedevakten mellom seg. Ved full bemanning er det 34 leger som deler vekten (dvs. at hver lege har aktiv nattvakt hver 34. natt).

Når det kommer henvendelser til LV-sentralen blir disse vurdert av AMK-sykepleier som ved behov videreformidler kontakt med legevaktslegen. Om

natten skal man i hovedsak betjene akuttmedisinske tilstander. Andre henvendelser blir henvist til de lokale legekontorer på dagtid.

Dette har ført til at terskelen for å få hjemmebesøk av lege på natt har blitt høyere. Ved henvendelser hvor det kan være snakk om svært alvorlige tilstander, er legevakslege ansvarlig for tiltakskjeden. Det er lagt opp en bakvaksordning som sikrer beredskap for slike tilfeller. Distriktet er inndelt i fem bakvaksdistrikt, der det innenfor hvert distrikt er samarbeid mellom kommuner for å sikre akuttberedskap.

Boks 3.3 Beregnet hyppighet av akuttmedisinske tilstander der tidsfaktoren er avgjørende, etter størrelsen på vakt-distriktet:

- Én hendelse hver andre måned i vakt-distrikt med mindre enn 2 000 innbyggere.
- Én hendelse hver måned i vakt-distrikt med 2 000-5 000 innbyggere.
- To hendelser hver måned i vakt-distrikt med 5 000-10 000 innbyggere.
- Fire hendelser hver måned i vakt-distrikt med 10 000-20 000 innbyggere.

Øvrig interkommunalt samarbeid om legevakt

Sosial- og helsedepartementet bevilget i 1999 rundt 10,3 millioner kroner i prosjektmidler til interkommunalt samarbeid om legevakt. Av disse ble 2,27 millioner kroner bevilget som tilskudd til drift til ovennevnte pilotprosjekt for legevaksamarbeid i Namdalen. Videre ble tilskudd på inntil 500 000 kroner fordelt etter søknad til prosjekter for å utvikle og prøve ut nye interkommunale samarbeidsmodeller.

Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere til samarbeid mellom kommuner for å bidra til bedre utnyttelse av ressursene i primærlegetjenesten, samt å redusere vaktbelastningen for leger. Målgruppen er kommuner i Nord-Norge og distriktskommuner i resten av landet.

Det ble gitt støtte til 21 prosjekter som involverer over 90 kommuner i 12 ulike fylker, inkludert Namdalen-prosjektet. I overkant av en tredjedel av disse prosjektene inkluderer samarbeid med sykehus, de fleste i form av felles akuttmottak (FAM). I samarbeidsprosjekter hvor sykehus ikke er lokalisert i, eller i umiddelbar nærhet til det utvidede legevaktdistriktet, satses det i hovedsak på opprettelse av felles legevaktskontor for de deltakende kommuner.

Departementet vil i 2000 tildele tilskuddsmidler til interkommunalt legevaksamarbeid etter tilsvarende kriterier som i 1999.

Informasjonssystem for forsøks- og utredningsvirksomhet knyttet til organisering av legevakt

Sosial- og helsedepartementet har satt i gang et prosjekt for å etablere et informasjonssystem for forsøks- og utredningsvirksomhet knyttet til organisering av kommunal legevakt. Systemet er utarbeidet av Gruppe for kvalitetsutvik-

ling i helsetjenesten (GRUK) i Skien, med medvirkning fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Norsk legevaktforum.

Det er etablert et dynamisk og oppdaterbart register, med tilgang via Internett, hvor kommunene kan registrere opplysninger om organisering av legevakttjenesten. Formålet med legevaktregistreringen er å samle informasjon om planlagte, pågående og nylig gjennomførte forsøk med ny organisering av legevaktordninger. På denne måten kan en formidle erfaringer til andre som planlegger omorganisering av legevakt, og etablere kontakt mellom personer som arbeider med slik organisering. For å lette tilgjengeligheten og gjøre informasjonen enklest mulig å administrere, er det etablert et internettbasert kontaktforum og et registrerings- og presentasjonssystem.

Systemet ble klart til å tas i bruk fra mars 2000. En forutsetning for tildelingen av de nevnte prosjektmidler til interkommunalt legevaktsamarbeid var at legevaktsamarbeidet blir evaluert, og at kommunene avgir rapporter om erfaringene fra legevaktprosjektet til det nye systemet.

Rapport fra utvalg angående organisering av legevakt

I forbindelse med forhandlinger om ny normaltariff per 1. juli 1999 mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening, ble partene enige om en protokolltilførsel om at det skulle nedsettes et utvalg som skulle se nærmere på organiseringen av legevakt. Utvalgets mandat var å utrede de praktiske og økonomiske konsekvensene av ulike måter å organisere legevakt på for å redusere vaktbelastningen for legene, med særlig vekt på vaktsentraler for større befolkningsområder.

Utvalgets rapport fra desember 1999 tar for seg dagens organisering og finansiering av legevakt (med noen utviklingstrekk), problemer og behov knyttet til organiseringen i dag, og status for arbeidet med ny organisering. I rapporten legger utvalget til grunn at det vil være hensiktsmessig med en større grad av interkommunalt samarbeid om organiseringen av legevakttjenesten, med større vakt-distrikter og sjeldnere vakter for den enkelte lege, noe som allerede skjer i store deler av landet. Utvalget mener organiseringen av legevakttjenesten må avgjøres lokalt ut fra lokale forutsetninger, og at disse tilpasningene nødvendigvis vil måtte variere ¹⁷⁾.

3.3.4 Andre etablerte tiltak for å bedre rekrutteringen til, og stabiliteten i primærlegetjenesten

Følgende fire innsatsområder skal bidra til å sikre befolkningen i utkant- og småkommuner en trygg og forsvarlig primærlegetjeneste ¹⁸⁾:

¹⁷⁾ Eksempler på lokale tilpasninger ved etablering av felles legevaktsentral kan være at åpningstid for felles legevaktsentral vil kunne variere, at behov for baktvakt(er) vil kunne variere, at vaktene vil kunne deles opp ulikt, at helger og høytider tas med eller holdes utenfor samarbeidet, osv.

¹⁸⁾ Jf. rundskriv I-35/99 «Felles løft» for primærlegetjenesten.

Øke tilgangen på leger

Den langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenesten er å øke den samlede tilgang på leger. I løpet av 1990-tallet har utdanningskapasiteten for medisiner økt fra 310 til 590 studieplasser. Stortinget har under behandlingen av innstilling fra Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen (Budsjett-innst. S. nr. 12 (1999-2000)) vedtatt at utdanningskapasiteten skal økes ytterligere. I tillegg er det over 1 300 norske studenter som studerer medisin i utlandet. Resultatet av den økte utdanningskapasiteten i form av økt tilbud av autoriserte leger kom først fra og med 1999. I de kommende år vil man få en stor økning av netto tilgang på leger i Norge.

Tiltak som gir rask effekt er også igangsatt. Arbeidsdirektoratet har startet et prosjekt for rekruttering av utenlandske leger fra EØS-land ¹⁹⁾ finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Siden 1998 har over 200 leger fra utlandet blitt rekruttert gjennom prosjektet. Legene gjennomfører et tre måneders norsk språkkurs i hjemlandet før de begynner å jobbe i Norge. I tillegg har departementet gitt tilskuddsmidler til Universitetet i Oslo, slik at kapasiteten til å gjennomføre kvalifiseringstiltak for leger fra land utenfor EØS-land er økt betydelig.

Samlet innebærer disse tiltakene at netto tilgang på leger øker betydelig.

Kartlegging av legemarkedet og statlig styring av etterspørselen av legestillinger/hjemler

Landets kommuner startet i 1998 prosessen med å kartlegge behovet for framtidige legetjenester og planlegging av primærlegetilbudet innenfor rammen av den kommunale fastlegeordningen.

Fra og med 01.01.1999 ble det etablert en legefordelingsordning hvor departementet fastsetter årlige rammer for hvor mange nye legehjemler/-stillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten, inkludert statens sykehus. Ved fastsettelsen av fordelingsrammen har departementet for 1999 og 2000 prioritert satsingsområdene innen kreft, psykiatri og primærlegetjenesten. Det vil bli utøvd en stram regulering av legemarkedet (jf. kap. 6.8.3).

Stimuleringstiltak

Som ledd i den distriktpolitiske satsingen for 1999, ble det bevilget 20 millioner kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett til stimuleringstiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av leger i primærlegetjenesten. Stimuleringstiltakene er særlig rettet mot å øke rekrutteringen av turnusleger og nyutdannede leger til distriktskommuner i Norge, gjennom å gjøre primærlegetjenesten mer attraktiv å jobbe i. Tiltakene er også rettet mot utvikling av fagmiljøer som skal bidra til stabilitet. Utover tilskudd til interkommunalt legevaktsamarbeid (beskrevet under kap. 3.3.3) ble bevilgningen i 1999 benyttet til følgende tiltak ²⁰⁾ :

- Veiledning av turnuskandidater.

¹⁹⁾ Tyskland, Østerrike og Frankrike.

²⁰⁾ For ytterligere informasjon om de ulike stimuleringstiltakene vises det til Ot.prp. nr. 99 (1998-99), kap. 8.1.6.

- Statlig vikarordning for et utvalg av kommuner.
- Tilskudd til etter- og videreutdanning av allmennleger i de nordligste fylker.
- Utvikling av ressurskommuner og opprettelse av program for fagutvikling.
- Opplæring i nasjonale fag for EØS-legger i kommunehelsetjenesten.

I statsbudsjettet for 2000 er det avsatt midler til videreføring og geografisk utvidelse av disse stimulerings tiltakene. Departementet arbeider også med å tilrettelegge for en forsøksordning med nedskriving av studielån for leger i enkelte distriktskommuner ²¹⁾.

Utvikling av Nordnorsk helsenett

Helseregion Nord er i statsbudsjettet for 2000 definert som en utviklingsregion for telemedisinske tjenester. Det er for 2000 bevilget 5 millioner kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett for å styrke det regionale nettet, samt å fylle det med tjenester. Samlet sett legges det opp til en satsning på 9,5 millioner kroner dette år.

For fylkeskommunene kan prosjektet gi økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse i pasientbehandlingen. Kommunehelsetjenesten vil kunne oppnå økt tilgjengelighet til fagfolk, enklere tilgang til informasjon og generell kvalitetsheving i pasientbehandlingen. Redusert faglig isolasjon kan virke stabiliserende og forbedrende på rekrutteringen av helsepersonell i regionen.

3.3.5 Departementets vurderinger og forslag

Spørsmålet er om de tiltak som allerede er satt i verk, med innføring av fastlegeordning i hele landet, stimulerings tiltak, tiltak for økning av tilgang på leger og nye former for samarbeid om legevakt, tilsammen vil bidra til den nødvendige styrking av akuttmedisinsk beredskap i kommunene.

Stabilitet i allmennlegetjenesten

En bedret og stabil allmennlegedekning er en sentral forutsetning for å ivareta en forsvarlig ø-hjelptjeneste i kommunene. Departementet anser at de tiltak som er beskrevet i kapittel 3.3.4 tilsammen skal bidra til å øke stabiliteten i allmennlegetjenesten i betydelig grad. Nye tiltak vil bli vurdert i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen.

Departementet vurderer opprettelse av interkommunale legevaktordninger for større befolkningsområder som ønskelig og nødvendig for å ivareta behovet for en forsvarlig legevakt i kommunene. Det er et kommunalt ansvar å organisere slikt arbeid. Departementet vil videreføre støtte til interkommunalt samarbeid om legevakt i 2000. Opprettelsen av et informasjonssystem for utredning og forsøk med organisering av legevakt, som departementet har tatt initiativ til, vil også kunne fungere som kontaktskaper og erfaringsformidler og på denne måten fremme en positiv utvikling i organisering av legevaktjenesten i kommunene.

²¹⁾ Jf. St.prp. nr. 1 (1999-2000), kap. 705, post 71.

Interkommunale legevaktordninger, som for eksempel Namdalen-prosjektet, avlaster legene for hyppig legevakt på natt. Dette innebærer en mer rasjonell bruk av legeressursene fordi behovet for legevakt på natt er beskjedent. På sikt vil slike ordninger kunne gi økonomiske innsparinger både for stat og for de kommuner som baserer seg på «vikar-stafetter».

Bedret tilgjengelighet ved innføring av fastlegeordningen

Innføring av fastlegeordningen vil gi innbyggerne større trygghet og bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten (se kap. 3.3.2). Bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten på dagtid forventes å redusere forbruk av legevakt. Det er samtidig viktig at det foretas en vurdering og siling av henvendelsene som kommer inn før lege kontaktes, slik det blant annet gjøres i legevaktforsøket i Namdalen. Avhengig av hastegrad må det vurderes om pasienten kan henvises til å kontakte fastlegen dagen etter.

Fastlegene forutsettes å foreta sykebesøk til innbyggerne på sin liste i løpet av arbeidsdagen eller etter kontortid. Dette gjelder planlagt oppfølging av pasienter som ikke kan reise til legekontoret av helsemessige grunner. I dag er det mange steder slik at det bare er legevaktlege som reiser i sykebesøk. Det forutsettes at kommunene i forbindelse med inngåelse av fastlegeavtale må vurdere behov for daglegevakt, eller om behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid i sin helhet skal ivaretas av fastlegene.

Utvidet interkommunalt samarbeid om legevakt og stasjonære legevaktordninger

I tråd med rundskriv IK-16/99 fra Statens helsetilsyn mener departementet at kommunenes organisering av stasjonær legevakt må anses som faglig og ressursmessig velbegrunnet, i forhold til å sikre befolkningen øyeblikkelig hjelp. Det må understrekes at organisering av kommunal legevakt må avgjøres lokalt ut fra lokale forutsetninger, og derfor vil variere rundt om i landet. Dette innebærer at det i enkelte områder ikke nødvendigvis vil være stasjonær legevakt som vil være den mest hensiktsmessige organisering.

Interkommunalt samarbeid om legevakt vil for mange distrikter innebære at terskelen for sykebesøk heves, ved at innbyggerne i større grad må møte opp på stasjonært legevaktskontor. Det forutsettes imidlertid at en slik organisering ikke må være til hinder for at legevaktslege også må kunne rykke ut til pasienter når akutt skade eller sykdom tilsier dette.

Ved organisering av stasjonær legevakt for et større befolkningsområde kan det legges opp til at henvendelser til legevakten vurderes av sykepleier før lege eventuelt kontaktes. En slik «siling» av henvendelsene vil være sentral i forhold til målet om at legevakten i hovedsak skal betjene akuttmedisinske tilstander. På sikt vil denne utviklingen kunne virke «disiplinerende» på befolkningen i den forstand at ikke-akutte henvendelser reduseres.

Departementet vil sørge for en evaluering av de pågående prosjekter om interkommunalt legevaktsamarbeid som det gis tilskuddsmidler til.

Utvidet samarbeid mellom kommunal legevakt og fylkeskommunal ambulanshelsetjeneste

En forutsetning for at stasjonære legevaktordninger skal fungere etter intensjonen, er at transporten av pasienter til legevakten sikres. Det vil i enkelte situasjoner være riktig å benytte ambulanse for transport av pasienter til legevakt, basert på en konkret og individuell vurdering av pasientens behov for kvalifisert ledsagelse under transport²²⁾. Hensynet til den øvrige lokale akuttmedisinske beredskap må tas med i en slik vurdering, og det forutsettes at legevaktslege som rekvirerer ambulanse har vurdert alternative transporttilbud.

Det er grunn til å forvente at en overgang fra ambulerende til stasjonær legevakt vil medføre en mer aktiv bruk av ambulanse og ambulanspersonell i legevakttjenesten. Departementet understreker viktigheten av at fylkeskommunen - som ansvarlig for utbygging og dimensjonering av ambulansetjenesten - må ta hensyn til lokal organisering av legevakt i planleggingen av tjenesten (se kap. 4).

Oppsummering

Samlet sett vurderer departementet de igangsatte tiltak i hovedsak som tilstrekkelig når det gjelder organisatoriske og ressursmessige forhold. Det er imidlertid behov for et regelverk for å regulere ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene, noe som vil inngå i den planlagte felles forskrift for prehospital akuttmedisin som omtalt i kapittel 2.6.

3.4 Akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktsleger

I følge akuttutvalget (NOU 1998:9) er det blant legevaktleger et behov for teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter ved håndtering av alvorlige livstruende tilstander. Dette er tilstander som legen sjelden kommer i kontakt med, men hvor legens kompetanse kan være avgjørende for pasienten.

Det foreligger ingen særlige kompetansekrav for å delta i legevaktarbeid, utover det som inngår i grunnutdanningen for medisinerer og krav til turnustjenesten. I rundskriv IK-17/98 «Turnustjenesten for leger - forskrifter, retningslinjer, målbeskrivelse og gjennomføring» fra Statens helsetilsyn fremgår det at turnuslegen etter endt tjeneste skal:

«(. . .) kjenne de akuttmedisinske rutiner og behandlingsopplegg i kommunen, og kjenne legevakttjenestens funksjoner og samarbeidsforhold innen den akuttmedisinske kjede i aktuelle kommune og fylke».

Det er fagmiljøene, aksepterte faglige standarder og krav i regelverket som avgjør hvilke kunnskaper og ferdigheter legene forutsettes å beherske etter studium og turnustjeneste. Det tilbys kurs innen akuttmedisin som en del av allmennlegers etter- og videreutdanning, men disse er ikke obligatoriske.

²²⁾ Jf. Statens helsetilsyn, rundskriv IK-16/99.

En sentral problemstilling er dermed hvorvidt bredden eller spennvidden på ø-hjelp situasjonene i primærhelsetjenesten må innebære spesielle kompetansekrav til leger som deltar i legevaksarbeid.

Et område hvor kompetansebehovet har vært belyst er akutte tilstander som kan ventes i forhold til helsetilstand/misbruk hos innbyggere med rusproblemer, herunder overdoser blant heroinmisbrukere.

Mange misbrukere unnlater å søke kontakt med helsevesenet eller spesialiserte tiltak for rusmiddelmisbrukere før situasjonen er svært alvorlig. Mange er derfor sterkt forkomne på det tidspunkt de kommer i kontakt med hjelpeapparatet. De fleste tiltak for rusmiddelmisbrukere har ikke den nødvendige somatiske eller psykiatriske kompetanse til å ta i mot klienter i denne situasjonen. Det er derfor nødvendig at det kan trekkes veksler på de medisinske akuttjenester for å ivareta en medisinsk forsvarlig avgifting/avrusning.

3.4.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Utvalget mener at manglende erfaring og kompetanse hos primærleger i håndtering av de mest akutte tilstandene er et av flere kritiske områder for kommunal legevakt. Utvalget anbefaler at primærlegenes kompetanse innen akuttmedisin styrkes. Videre mener utvalget at kommunen, i samarbeid med fylkeskommunen, må ha ansvar for å tilby akuttmedisinske kurs for leger, helsepersonell på legevakt, operatører ved legevaktsentralen og ambulansepersonell med base i vaktdistriktet.

Det er blant høringsinstansene ulike holdninger til hvorvidt det er ønskelig å stille krav til akuttmedisinsk kompetanse for leger som deltar i legevakt. Noen, deriblant mange kommuner, gir uttrykk for at økte kompetansekrav vil være en fordel da primærlegene ikke har god nok akuttmedisinsk kompetanse til å delta i akuttmedisinsk beredskap. Andre hevder derimot at det er grenser for hva som kan stilles av kompetansekrav til legene. Statens helsetilsyn mener at det er den enkelte kommune som har ansvar for å sørge for nødvendig akuttmedisinsk kompetanse, og derfor også må vurdere behovet for en slik kompetanse.

3.4.2 Rettslige reguleringer - krav til tjenesten og legens kompetanse

Akuttmedisinsk beredskap i primærhelsetjenesten

Akuttmedisinsk beredskap i kommunene må gjelde hele døgnet hele året gjennom, slik at kommunene må sikre ø-hjelp tjeneste både i legekantorenes åpningstid og utenom (jf. kap. 3.1.1). Allmennlegene forutsettes som en del av sin ordinære allmennlegevirksomhet å yte ø-hjelp til pasienter på dagtid i ordinær åpningstid. Dette selv om de ikke deltar i legevakt på kveld, natt og i helg.

Med dette forutsettes det at allmennlegen har nødvendige kvalifikasjoner innen akuttmedisin. En slik forutsetning utledes også av kravet om at legen skal drive faglig forsvarlig virksomhet, jf. legeloven (§ 25) og ny helsepersonellov (§ 4). Eventuelle krav til akuttmedisinsk kompetanse må av denne grunn i utgangspunktet knyttes til allmennleger og ikke utelukkende til leger som deltar i legevakt.

Lokale forhold som reiseavstand til nærmeste sykehus, eventuell legebeholdning ambulanse og andre forhold som varierer mellom kommunene, vil

være avgjørende for hvilken akuttmedisinsk kompetanse legene i kommunen bør inneha.

Krav til faglig forsvarlig virksomhet - legeloven og ny helsepersonellov

I henhold til legeloven plikter legen å utøve sin virksomhet forsvarlig, og gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp (§ 25). Denne plikten er i følge forarbeidene en rettslig standard som vil avhenge av den til enhver tid alminnelige «skikk og bruk» hos gjennomsnittslegen. «Kravet til forsvarlighet er uttrykk for en standard hvis innhold vil endre seg med forholdene og utviklingen». I dette ligger at legen har en plikt til å holde seg faglig à jour med utviklingen innen fagområdet.

I ny lov om helsepersonell fremgår det at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (§ 4). Innholdet i forsvarlighetskravet utledes i hovedsak av helsepersonellens utdanning, praksis og forventet kompetanse.

Disse bestemmelsene innebærer at ansvaret for forsvarlig legevirksomhet ligger hos den enkelte lege. Det er fagmiljøet som i tråd med kunnskapsutviklingen vil måtte definere hva som faglig anses som «riktig» praksis i forbindelse med den enkelte pasientsituasjon.

3.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Prinsipielle spørsmål angående eventuelle krav til kompetanse i akuttmedisin

Dersom det skal stilles minstekrav til akuttmedisinsk kompetanse for allmennleger som deltar i legevakt, innebærer det i realiteten at kravene må stilles til de som vil praktisere som allmennlege (fastlege etter 01.06.2001). Spørsmålet er om det i tillegg er andre leger enn allmennleger / fastleger som deltar i legevakt, og som også bør omfattes av slike krav. Dette må i tilfelle gjøres i forskrift (med hjemmel i legeloven, i ny helsepersonellov, i kommunehelsetjenesteloven, eller i avtale mellom partene).

Det å stille minstekrav til akuttmedisinsk kompetanse i forskrift eller avtale vil innebære en tydeliggjøring av hvilken kompetanse som kreves for deltakelse i legevakt. Dagens varierende kompetanse innen akuttmedisin, både blant allmennlegene og blant andre legevaktleger, viser at det kan være behov for å stille slike krav for å sikre at alle vaktleger innehar den nødvendige kompetansen. Dette gjelder også håndtering av innbyggere med rusproblemer.

Det er imidlertid også forhold som taler *mot* å regulere kompetansekrav i forskrift eller avtale:

- Faglige sannheter kan endres raskt, og departementet eller partene i arbeidslivet har ikke medisinsk kompetanse til å endre detaljert forskrift eller regelverk i takt med faglig utvikling.
- Krav til oppgradering og vedlikehold av ferdigheter avhenger vanligvis av den enkeltes kvalifikasjoner, det reelle behov og lokale forhold der legen arbeider.
- Det er svikt i rekruttering til allmennmedisin, liten stabilitet i mange områder og et økende antall leger ønsker fritak for legevakt på grunn av høyere gjennomsnittsalder. Hensynet til rekruttering til allmennmedisin generelt

og allmennlegenes deltakelse i legevakt spesielt, gjør det lite tjenlig å utforme spesielle kompetansekrav for legevaktleger.

Det foregår i store deler av landet en omfattende omlegging av den kommunale legevakt til interkommunalt samarbeid, med eller uten samarbeid med sykehus (se kap. 3.3.3). Dette innebærer at ansvaret for organiseringen av legevakt forankres i den enkelte kommunes ledelse. Gjennom ny organisering må de sikre at legevakten er forsvarlig for innbyggerne. Det innebærer at legevaktlegenes kvalifikasjoner innenfor akuttmedisin må sikres.

Gjennom arbeidet med omlegging av legevaktordninger må tilbud om oppgradering og vedlikehold av akuttmedisinske kunnskaper for allmennlegene og andre legevaktleger vurderes. Kravene om akuttmedisinsk kompetanse må koples til faglige forsvarlighetskrav, som vil variere med hvilke andre instanser som inngår i organiseringen av akuttmedisinsk beredskap i kommunen hvor legen arbeider. Kontrollen av forsvarlighetskravet vil skje gjennom tilsynsmyndigheten.

Etter kommunehelsetjenesteloven plikter kommunene å sørge for nødvendig opplæring, herunder etter- og videreutdanning (§ 6-1). 14. april 2000 trådte en ny § 1-3A i kraft. Denne bestemmelsen pålegger kommunene en plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

På bakgrunn av de plikter kommunene har etter kommunehelsetjenesteloven, og den enkelte leges plikt til forsvarlig virksomhet, anser ikke departementet det som hensiktsmessig å stille minstekrav til faglige kvalifikasjoner i forskrift eller avtale.

Alternative virkemidler for å styrke primærlegenes akuttmedisinske kompetanse

I stedet ønsker departementet at det tas i bruk alternative virkemidler for å styrke primærlegenes akuttmedisinske kompetanse.

Det kan være hensiktsmessig å definere hvilket akuttmedisinsk minimumstilbud befolkningen bør ha gjennom en konsensusprosess. En slik prosess bør involvere representanter både fra brukersiden og fra de som tilbyr tjenesten, og det må tas hensyn til geografisk spredning/ulikhet. Det må i drøftingene tas hensyn til befolkningens forventninger og behov, medisinsk kunnskap og ressursmessige forhold knyttet til både personell og økonomi.

Det er komplisert å fastsette minimumsstandarder for legevakt i land med Norges geografi. Det kan ikke fastsettes rigide standarder, men en type konsensusprosess som beskrevet over kan gi retningslinjer som i størst mulig grad sikrer befolkningen et forsvarlig minimumstilbud. Lokale forhold som reiseavstander til nærmeste sykehus, eventuell legebemannet ambulanse og andre forhold som bør gå fram av kommunens organisering av det akuttmedisinske tilbudet, vil også være med på å avgjøre den akuttmedisinske kompetanse som kreves.

Tilbud om utdanning i akuttmedisin må rettes mot målgruppen legevaktleger. Kommunene må, i samarbeid med sykehus og legevaktlegene, definere og få gjennomført den tilleggsgutdanning som anses påkrevet. Samtidig har

hver enkelt lege en plikt til å vurdere sin kompetanse i forhold til egen plass i den lokale planen for akuttmedisinsk beredskap, jf. legeloven § 25 og ny helsepersonellov § 4.

Krav til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse kan for eksempel defineres på bakgrunn av utarbeidede prosedyrer for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, og metoder for etterlevelse av disse.

Kommunene bør samarbeide med fylkeskommunene angående etterutdanning, slik at allmennlegene og andre legevaktsleger kan vedlikeholde, eventuelt oppgradere kompetansen. Fylkeskommunen bør gis ansvar for gjennomføring av nødvendige kurs, fordi det er fylkeskommunen (sykehuse) som innehar fagmiljøet og den faglige kompetansen.

3.5 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag

- Legevakttjenesten er på vei mot en bedre organisering. Departementet vil:
 - Følge opp stram styring av legemarkedet og stimuleringsiltak for å bedre legedekningen og øke stabiliteten.
 - Understreke at innføring av fastlegeordningen vil bidra til økt tilgjengelighet på dagtid, og dermed redusere press på legevakt.
 - Gi tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt. Stasjonær legevakt vil ofte være hensiktsmessig, men dette må vurderes ut fra lokale behov. Dette vil redusere sykebesøk til kun ved akutt skade/sykdom.
 - Gi tilskudd til samarbeid mellom kommuner og fylkeskommune/ambulansetjenesten ved organisering av interkommunalt legevakt-samarbeid.
- Legevaktlegenes kompetanse innen akuttmedisin må avklares lokalt, da dette er et kommunalt ansvar. Departementet oppfordrer til:
 - At det formuleres forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i utarbeidede faglige prosedyrer for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, samt metoder for etterlevelse av disse.
 - Samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner angående etterutdanning, slik at allmennlegene og andre legevaktsleger kan vedlikeholde, eventuelt oppgradere kompetansen.

4 Den fylkeskommunale ambulansetjenesten

4.1 Beskrivelse av dagens situasjon

4.1.1 Lovgrunnlag

I henhold til lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus mv. er ambulansetjenesten en spesialisert helsetjeneste, definert som «beredskap for eller transport i forbindelse med undersøkelse eller behandling av pasienter som på grunn av sykdom eller skade har behov for å bli transportert på bære eller som har behov for medisinsk behandling eller tilgang til medisinsk utstyr under transporten».

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m - som etter planen skal erstatte sykehusloven 01.01.2001 - definerer ikke de forskjellige tjenestene. Det fremgår likevel at ambulansetjenesten fortsatt skal være en spesialisthelsetjeneste, og dermed regulert av denne lov.

Det finnes per i dag ingen formelle krav til ambulansetjenesten, hverken når det gjelder bemanning, kompetanse eller responstid. I forskrift for ambulansbil av 14. februar 1970 nr. 1 og forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy av 27. mai 1986 nr. 1581 (hjemlet i vegtrafikkloven) stilles det imidlertid teknisk krav til kjøretøyene. Forskriftene blir nå gjennomgått med henblikk på å avklare hva som er å anse som henholdsvis kjøretekniske og helsefaglige krav.

4.1.2 Organisering

Ambulansetjenesten ble tidligere finansiert over stats- og trygdebudsjettet. En lovendring i sykehusloven i 1985, som trådte i kraft 01.01.1986, gjorde så planlegging, utbygging og drift av tjenesten til et fylkeskommunalt anliggende.

Fylkeskommunenes organisering av tjenesten

Fylkeskommunene har valgt mange forskjellige former for organisering av ambulansetjenesten. Mens noen har etablert egen operativ ledelse av tjenesten, har andre basert seg på saksbehandlere med administrativ kompetanse. Alle fylkeskommunene har opprettet stilling for medisinsk ansvarlig lege, men utover dette varierer den medisinskfaglige ledelsen av ambulansetjenesten. I 12 fylkeskommuner er ansvaret fordelt mellom kommuneleger og sykehusleger, i én fylkeskommune ivaretas det av kommuneleger, og i fem fylkeskommuner finnes egen stilling for ambulanseoverlege (se boks 4.1).

Boks 4.1 Fylkeskommunenes organisering av ambulansetjenesten

- *Akershus*: Egen organisasjonsenhet ledet av ambulansesjef. Samhandler med egen saksbehandler hos fylkeshelsesjefen. Stasjonsleder på de enkelte tjenestesteder. Medisinsk ansvarlig kjøpt ut fra sentralsykehus.

- *Vest-Agder*: Egen organisasjonsenhet for ambulanse- og nødmeldetjeneste ledet av ambulansesjef og medisinsk ansvarlig. Samhandler med saksbehandler/systemansvarlig hos fylkeshelsesjef. Stasjonsledere og private utøvere sorterer under ledelsen.
- *Østfold, Oslo, Vestfold*: Egen avdeling med avdelingsoverlege underlagt region- og sentralsykehus. Ambulansesjef med stasjonsledere/skifteledere eventuelt andre spesialfunksjoner i sitt ansvarsområde.
- *Oppland, Hedmark, Rogaland, Hordaland, Troms*: Ambulansetjenesten sorterer under de ulike sykehusområdene, som enten har tilsatt ambulansesjef, ambulansleder, eller ambulansekonsulent. Det administrative ansvaret ligger delvis hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvarlig er knyttet til sykehuset.
- *Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane*: Fylkeshelsesjefen ivaretar ansvaret gjennom saksbehandler og egen driftsorganisasjon for ambulanse- og nødmeldetjenesten med leder og medisinsk ansvarlig. Delvis private utøvere og sykehusbaserte tjenester. Systemansvar for nødmeldetjenesten tilligger samme organisasjon.
- *Finnmark*: Privat driftsansvar for tjenesten. Utøvere rapporterer direkte til fylkeskommunens saksbehandler som jobber hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvar uklart definert.
- *Aust-Agder, Nord-Trøndelag*: Privat driftsansvar for tjenesten. Utøvere rapporterer direkte til fylkeskommunens saksbehandler ansatt hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvar lagt til sykehus.
- *Buskerud*: Både privat- og sykehusbasert driftsansvar for tjenesten. Utøvere rapporterer direkte til fylkeskommunens saksbehandler ansatt hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvar lagt til sykehus.
- *Nordland*: Ambulansetjenesten sorterer under de ulike sykehusområdene, som har tilsatt akuttkoordinator. Det administrative ansvaret ligger delvis hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvarlig og ambulanseansvarlig er knyttet til felles organisasjon for ambulanse- og nødmeldetjeneste ved sentralsykehus.
- *Sør-Trøndelag*: Regionsykehuset har ansvar for tjenesten i fylket gjennom medisinsk ansvarlig og ambulansekonsulent ved anestesiavdelingen. Tjenesten utføres av private utøvere.

Eierskap og drift

Ambulansetjenesten eies og drives av offentlige og private instanser som sykehus, brannvesen, AS, privatpersoner og frivillige organisasjoner (f.eks. Røde Kors, Falken, Norsk Folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening).

Bemanning av ambulansebiler

I større byer er tomannsbetjening av ambulansebiler en etablert praksis. På mindre steder finnes det fortsatt et betydelig antall enmannsbetjente ambulanser. Enmannsbetjente ambulanser tar i bruk ulike typer ledsagere. En ledsager er av akuttutvalget definert som «en følgesperson som verken har ambulansetjeneste som yrke eller som inngår i påregnelig beredskap» (NOU 1998: 9 s. 63). Ledsagerne kan være både faglærte (hjelpepleier, sykepleier, jordmor, lege) og ufaglærte (pårørende, publikum).

4.1.3 Oppgaver og hastegrad

Ambulansetjenesten har følgende tre hovedoppgaver:

1. *Utrykning til pasient/skadested for primær stabilisering av akutte skader og sykdomstilstander:* Kjennetegnes av høy hastegrad, da adekvat stabilisering av pasient utenfor sykehus forutsetter rask transport av akuttmedisinsk kompetanse og utstyr ut til pasient/skadested. Avhengig av lokale forhold som ambulanspersonellets akuttmedisinske kompetanse og avstand til sykehus, utøves denne delen av tjenesten i varierende grad som et samarbeide mellom ambulansetjenesten og lokal legevakslege.
2. *Transport av pasienter som skal innlegges i sykehus (primæroppdrag), eller overflytting av pasienter til sykehus med høyere omsorgsnivå for endelig behandling (sekundæroppdrag):* Kjennetegnes også av høy hastegrad. Med unntak av enkelte kritiske skade- og sykdomstilstander (som for eksempel ukontrollerbare innvendige blødninger), vil likevel endelig behandling oftest kunne vente noe, forutsatt at det allerede er iverksatt adekvate behandlings- og stabiliseringstiltak. Kontinuering av behandlingstiltak vil foregå i samarbeid mellom ambulanspersonell og lokal legevakt- eller sykehus:
3. *Transport av pasienter til-, fra- og mellom sykehus.* Kjennetegnes av liten hastegrad og mindre krav til akuttmedisinsk kompetanse. Omfatter for eksempel transport av pasienter fra sykehus til andre pleie- eller rehabiliteringsinstitusjoner, transport til sykehus med lavere omsorgsnivå etc.

Ambulansetjenestens oppgaver defineres altså i høy grad utfra *hastegrad*. I henhold til Norsk medisinsk indeks gjelder følgende definisjoner:

- *Akuttoppdrag* (Rød respons): Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret, og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmes.
- *Hasteoppdrag* (Gul respons): Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege.
- *Vanlige oppdrag* (Grønn respons): Tilstand som skal forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

4.1.4 Utdanning og kompetanse

Det finnes per i dag ingen fastsatte statlige krav til utdanning for ambulanspersonell. Alle fylkeskommuner stiller likevel faglige minimumskrav til sine ansatte. Kravene er mest omfattende i de største tjenestene. Oslo og Akershus utdanner for eksempel sitt personell til det såkalte «paramedic»-nivå, som er en spesialutdanning/-trening til å utføre livreddende førstehjelp av til dels avansert art på delegasjon av lege.

I de mindre tjenestene er kravene mindre omfattende. En del fylkeskommuner har for eksempel vedtatt «NOU 1976:2-modellen» som minstekrav til ambulanspersonell (se boks 4.2).

Det arrangeres også intern opplæring av ambulanspersonellet i form av en rekke kurs.

Ambulansefaget

Ambulansefaget ble godkjent i 1996 under lov 23. mai 1980 nr. 13 om fagopp- læring i arbeidslivet. Denne loven er nå erstattet av lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæring.

Ambulansefaget inngår som helsefag i den videregående skole, og følger hovedmodellen på fire år bestående av to år i skole (grunnkurs og VK1) og to års læretid i bedrift. Fagbrev utstedes ved bestått fagprøve.

Læreplanen setter mål knyttet til pleie- og omsorgstiltak, hygiene og hånd- tering av medikamenter, prehospital håndtering, operative funksjoner, kjøre- teknikk og bedriftslære (se vedlegg 1). Yrkesaktivt ambulanspersonell gis gjennom § 20 i nevnte lov mulighet til å tilegne fagbrevskompetanse gjennom privatistordningen.

Ambulansefaget tilbys ved seks skoler²³⁾. For skoleåret 1999-2000 var det opprettet seks klasser med et elevtall på 85, fordelt på 48 jenter og 37 gutter.

Fører av ambulanskjøretøy må ha fylt 20 år for å oppfylle kravene til Veg- direktoratets kompetansebevis, som kreves av samferdselsmyndighetene. En høy andel av nyutdannet ambulanspersonell vil være under 18 år, og dermed for unge til å ta sertifikatet. Disse skal etter planen fungere som 3. ambulans- personell mens de går i lære.

Boks 4.2 Ambulansepersonellutdanningen i NOU 1976:2

I NOU 1976: 2 «Utdanning av ambulanspersonell», ble det gitt anbe- faling om kompetansekrav til ambulanspersonell. Frem til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1998 vedtok læreplan for ambulansfag i videregående skole, har disse anbefalingene fungert som mal for utdanningen av ambulanspersonell i flere fylker.

Faglig sett er anbefalingene i NOU 1976:2 tredelte:

- En kjøreteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser.
- En medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og tre ukers praktisk tjeneste ved mottagelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avde- ling (1 uke).

Utdanningen var i utgangspunktet lagt opp som en tre måneders utdanning, uten praktisk tjeneste fra ambulanse og uten praktisk trening i utrykningskjøring. Dette har over tid endret seg. Ut fra gjennomgang av et utvalg opplæringsplaner basert på NOU 1976:2, synes det klart at nåværende opplæring varierer mellom 14 og 34 uker og inneholder føl- gende elementer:

- En kjøreteknisk del med varighet 1-2 uker, inkludert praktisk trening i utrykningskjøring.
- En redningsteknisk del med varighet 1-2 uker.
- En medisinsk del med teoretisk undervisning i 6-8 uker, samt en hospite-

²³⁾ Skogmo vgs. (Telemark), Bergeland vgs. (Rogaland), Os vgs. (Hordaland), Våler vgs. (Hedmark), Strømmen vgs. (Akershus), Finnfjordbotn vgs. (Troms).

ringsdel i sykehus (akuttmottak, intensiv-overvåkningsavdeling eller anestesivdeling) i 2-6 uker og i ambulansetjeneste i 4-16 uker.

Autorisasjon som helsepersonell

Ambulansepersonell med fagbrev vil få autorisasjon i henhold til lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., som det tas sikte på skal tre i kraft 01.01.2001. I den utstrekning arbeidsoppgavene til annet ambulansepersonell er relatert til pasienter, er også disse regulert av samme lov.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientens sikkerhet, gjennom å sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner for å inneha en bestemt yrkesrolle. Autorisasjonen sikrer at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt kompetanse, eller en felles utdanningsbakgrunn. Autorisert helsepersonell må oppfylle de krav til yrkesutøvelse som finnes i lov eller forskrift, og grove pliktbrudd kan føre til tilbakekall av autorisasjon.

I departementets begrunnelse for å gi ambulansepersonell autorisasjon som helsepersonell ble det lagt vekt på at yrkesgruppen utfører selvstendig, og ofte risikofyllt, prehospital håndtering av pasienter. Det ble derfor ansett som viktig at ambulansarbeiderne har den nødvendige kompetanse slik at annet helsepersonells og allmennhetens tillit sikres.

Boks 4.3 KOSTRA: Rapportering mellom kommunesektor og stat

Rapporteringen mellom fylkeskommune og stat har lenge blitt oppfattet som mangelfull, blant annet fordi fylkeskommunenes regnskapstall har vært vanskelige å sammenligne. Det eksisterer for eksempel foreløpig ikke datagrunnlag som gjør driften og den medisinske virksomheten av den fylkeskommunale ambulansetjenesten sammenlignbar.

KOSTRA-prosjektet vil kunne bidra til en bedre statistikk for den fylkeskommunale ambulansetjenesten. Prosjektet ble etablert våren 1996, med formål å samordne og systematisere økonomi- og tjenesterapportering fra fylkeskommuner/kommuner til Staten. Rapporteringen skal si noe om prioritering (ressursbruk), dekningsgrad og produktivitet på de nevnte felt.

Prosjektets første fase ble avsluttet i mai 1997. Det ble så igangsatt et *pilotprosjekt*, basert på arbeidsgrupper for diverse områder eller funksjoner. Arbeidsgruppen for funksjonen *ambulansetjeneste og AMK-sentraler* ledes av Statistisk sentralbyrå, og består av representanter fra helsemyndigheter og fagfolk. Arbeidsgruppen har laget rapporteringsskjemaer for ambulansetjeneste og AMK-sentraler med rettledning. Sør-Trøndelag var pilotfylke i 1998-rapporteringen, og skjemaene ble utbedret med utgangspunkt i erfaringene herfra. I 1999-rapporteringen del-

tar i tillegg Buskerud, Oppland, Finnmark og Nordland. Fullskaladrift i fylkes-KOSTRA er planlagt fra og med rapporteringsåret 2001.

4.1.5 Aktivitet

Ambulansetetthet

Det finnes til sammen 604 ambulansebiler i Norge per 1998. I tillegg finnes 36 bårebiler og 47 ambulansebåter. Antallet ambulansebiler har økt med 18 fra 1996, mens tallet på bårebiler og ambulansebåter er tilnæringsvis uendret (se vedlegg 1, tabell 1.1).

Det fylkesvise antall ambulansebiler per innbygger varierer betraktelig, og har en klar sammenheng med blant annet geografiske forhold og sykehusstruktur. Ytterpunktene er Sogn og Fjordane og Finnmark (43 ambulansebiler per 100 000 innbyggere), og Oslo, Akershus og Vestfold (5 ambulansebiler per 100 000 innbyggere) (se vedlegg 1, tabell 1.2).

Bårebiler og ambulansebåter utgjør en liten andel av ambulansetjenesten, men særlig sistnevnte er viktig på Vestlandet og i Nord-Norge.

Oppdragsmengde og -lengde

Det ble utført til sammen 391 103 ambulanseoppdrag i 1998. Dette utgjør et gjennomsnitt på 648 oppdrag per ambulansebil. De fylkesvise variasjonene er store. Ytterpunktene er ambulansetjenesten i Oslo med 1 924 oppdrag per bil, og ambulansetjenesten i Sogn og Fjordane med 218 oppdrag per bil.

Det totale antallet kjørte kilometer for ambulansebilene var i overkant av 24 millioner i 1998; et gjennomsnitt på 62 kilometer per oppdrag. Sogn og Fjordane ligger også her høyest med et gjennomsnitt på 129 kilometer per oppdrag, og Oslo lavest med et gjennomsnitt på 20 kilometer per oppdrag (se vedlegg 1, tabell 1.2).

Boks 4.4 Intensivambulansen i Oslo og Akershus

Arbeidet med å etablere en intensivambulanse i Oslo og Akershus ble påbegynt i 1995. Formålet var å transportere intensivpasienter på landeveien med pågående avansert medisinsk behandling, særlig fra Rikshospitalet og Ullevål sykehus til hjemfylkene. Dette var transporter som ambulansehelikopteret på Lørenskog stadig ble spurt om, og som etter hvert medførte redusert beredskap for akuttoppdrag og økende grad av samtidighetskonflikter.

Intensivambulansen ble først etablert som en ordinær ambulanse med to båreplasser og mobilt medisinsk monitorerings- og behandlingsutstyr. I den første tiden ble ambulansen kun sporadisk benyttet til intensivtransporter. Mellom intensivturene ble den benyttet som vanlig ambulanse, noe som gjorde at økonomien ble forsvarlig. Da Gardermoen ble ny hovedflyplass ble behovet for transport av intensivpasienter

på nytt aktualisert, og ved åpningen av den nye hovedflyplassen var intensivambulansen operativ med lege/sykepleier i vakt på døgnbasis.

Ordningen finansieres gjennom et samarbeide mellom Staten ved Rikshospitalet, Ullevål sykehus og ambulansetjenesten i Akershus. I tillegg stilles ledig kapasitet til rådighet for de omkringliggende fylker mot at de dekker påløpne kostnader.

I den senere tiden har Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus inngått avtaler med flere fylkeskommuner om intensivtransporter, blant annet med Rikshospitalet om transport av pasienter som behandles med ECMO (ekstern lunge) og annen avansert sirkulatorisk og respiratorisk behandling.

Gjennom bruk av Forsvarets transportfly (Hercules) er det nå mulig forflytte hele ambulansen med utstyr og pasient over lengre distanser. Det er til dette stilt til rådighet en spesialtilpasset ambulanse med blant annet eget elektrisk opplegg tilpasset tilkobling til strømkilder fra flyet.

I perioden 1998-99 ble det gjennomført 246 intensivtransporter mellom Gardermoen og sykehusene i Oslo. Til sammen 502 pasienter ble transportert i 1998.

Boks 4.5 Samarbeid mellom ambulansetjenesten i Oslo og Akershus

Ambulansetjenestene i Oslo og Akershus har gjennom flere år samarbeidet over fylkesgrensene. Samarbeidet har siden 1993 vært formalisert gjennom en egen avtale mellom det to fylkene, og dekker flere sider av driften:

Operativt samarbeid

De to ambulansetjenestene har gjort en forhåndsfordeling av hvilke pasienter som skal transporteres av den enkelte tjeneste. Dette gjør at det i liten grad er diskusjon om oppgjør for disse turene i etterkant. Videre finnes det egne beskrivelser/prosedyrer for hvorledes fylkenes AMK-sentraler kan utnytte ledig kapasitet hos hverandre ved stor belastning.

Beredskapsmessig samarbeid

Ved store ulykker, manglende kapasitet eller lignende, kan de to tjenestene trekke veksler på hverandres ressurser ved at det stilles biler til rådighet for den andre part. Rent praktisk gjøres dette gjennom henvisning mellom to AMK-sentraler. Dette fungerer bra, men Akershus er noe hemmet av at det finnes to AMK-sentraler i eget fylke, noe som krever interne avklaringer før ressurser avgis.

Samarbeidet har resultert i at man kan håndtere store ulykker med mange tilskadekomne på kort tid, som for eksempel bussulykken på Tusenfryd. Samarbeidet har også ført til at ressurser kan forskyves mellom fylkene, som ved togulykken på Åsta. Videre er samarbeidet en viktig forutsetning rundt beredskapen ved Oslo lufthavn Gardermoen.

Deling av ressurser

Det har funnet sted samarbeid om etablering av spesialressurser som ville vært for stor økonomisk byrde for et fylke. Her kan nevnes ambulansebåten for indre Oslofjord og intensivambulansen i Akershus. På personellsiden har også det vært et visst samarbeid når det gjelder felles opplæringsmodeller og samarbeid rundt godkjenningsordninger. Dette arbeidet har man ennå ikke kommet i mål med.

Innkjøp

De to ambulansetjenestene har vurdert felles innkjøpsordninger. Så langt har det resultert i vellykkede felles innkjøpsordninger for uniformer og skotøy. Når det gjelder annet materiell benyttes i hovedsak sykehusenes innkjøpsordninger slik at det er lite å spare her. Det utveksles likevel erfaringer med tanke på å finne frem til velfungerende materiell.

4.1.6 Utstyr og teknologi

Medisinsk utvikling og utvikling av medisinsk utstyr for prehospital bruk er i rask endring. De fleste fylkeskommuner har formulert standardkrav til utstyr i ambulansebilene. Særlig utbredte utstyrskrav omfatter defibrillator, pulsoksimeter, blodtrykksapparat, intubasjonsutstyr, infusjonsvæsker, ryggskadebære og stive nakkekraver.

Telemedisin vil etter all sannsynlighet bli en del av fremtidens ambulansetjeneste. Et eksempel på det er EKG-utstyr, som brukes i forbindelse med hjerteinfarkt. Dette utstyret er allerede vanlig i svenske ambulansebiler, og det pågår nå et prosjekt med overføring av EKG fra ambulanse til sykehus i Østfold (se boks 2.3).

4.1.7 Utgifter og finansiering

Fylkeskommunenes samlede netto driftsutgifter til ambulansetjenesten var ca. 843,5 millioner kroner i 1999 (SINTEF Unimed, Samdata).

Fylkeskommunenes rapportering av utgifter til ambulansetjenesten er basert på varierende beregningsgrunnlag, og er derfor vanskelig å sammenligne (se boks 4.3). En trend er likevel felles, og det er at det har funnet sted en betydelig utgiftsøkning de siste år.

Fra 1995 til 1997 økte fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til ambulansetjenesten fra ca. 662 millioner kroner til ca. 821 millioner kroner (se tabell 4.1). Utgiftsveksten gjaldt alle fylkeskommuner, og gjennomsnittet var på 24,3 prosent. Utgiftsveksten var størst i Østfold og Akershus med henholdsvis 44,8 prosent og 44,5 prosent, og minst i Oppland og Sogn og Fjordane med henholdsvis 9,6 prosent og 10,9 prosent.

En del av utgiftsveksten i ambulansetjenesten har nok sin forklaring i at den såkalte «fredningstiden» på ti år var over i 1996. «Fredningstiden» hadde de private ambulanseierne fått til videre drift etter at ambulansetjenesten ble et fylkeskommunalt anliggende som følge av en endring i sykehusloven. I tillegg har faktorer som økt aktivitet, bedre utdannet personell, flere tomanns-

betjente ambulanser, bedre utbygget følgetjeneste, noen sentraliseringer av LV-vakt og nye funksjonsfordelinger blant sykehus, bidratt til utgiftsveksten i ambulansetjenesten.

Tabell 4.1: Fylkeskommunenes utgifter til ambulansetjenesten (i 1000 kr.). Prosentvis økning fra 1995 til 1997.

Fylkeskommune	Utgifter per år (i 1000 kr.)		% økning
	1995	1997	
			0,0
Østfold	28 800	41 700	44,8
Akershus	37 489	54 185	44,5
Oslo	32 000	40 000	25,0
Hedmark	29 637	39 141	32,1
Oppland	31 899	34 967	9,6
Buskerud	48 500	56 000	15,5
Vestfold	19 845	26 595	34,0
Telemark	27 960	33 400	19,5
Aust-Agder	16 818	20 651	22,8
Vest-Agder	18 500	22 800	23,2
Rogaland	42 393	48 795	15,1
Hordaland	56 379	70 260	24,6
Sogn og Fjordane	30 812	34 161	10,9
Møre og Romsdal	39 500	48 100	21,8
Sør-Trøndelag	34 500	40 827	18,3
Nord-Trøndelag	24 900	34 900	40,2
Nordland	64 100	84 600	32,0
Troms	40 600	47 222	16,3
Finnmark	37 718	42 400	12,4
Totalt	662 350	820 704	24,3

Kilde: NOU 1998:9 s. 101

4.2 Hva er problemene?

Akuttutvalget utpeker ambulansetjenesten til det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. Problemene her omfatter først og fremst:

- Mangel på krav til betjening av ambulansebiler.
- Mangel på krav til kompetanse hos ambulansepersonell.
- Uklare krav til responstider.
- Manglende formalisering av samarbeid med kommunal legevaktjeneste.

I tillegg til disse problemområdene tar dette kapittelet opp problemer knyttet til uklare ansvarsforhold og prinsipper for oppgjørsordninger mellom fylkeskommunene når det gjelder ambulansetransporter over fylkesgrensene.

4.3 Bemanning av ambulansbiler må styrkes

Det finnes per i dag ingen statlig fastsatte krav til bemanning av ambulansbiler. I de fleste større tjenester er tomannsbetjening av ambulansbiler det vanlige, men enmannsbetjente ambulansbiler er fortsatt nokså utbredt i de mindre tjenestene.

Fremveksten av akuttmedisin utenfor sykehus har endret ambulansefaget fra å være et transportyrke til å bli et helsefag. Utviklingen innen medisin og helsetjenester har videre økt befolkningens forventninger til ambulansetjenesten. Det finnes derfor en utbredt enighet om at enmannsbetjente ambulansbiler ikke er i takt med den generelle oppfatningen av faglig forsvarlig virksomhet, hverken i befolkningen, i tjenesten selv, eller blant dem som administrerer den.

4.3.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget anbefaler at det fremsettes krav om at alle ambulansbiler normalt skal være tomannsbetjente.

Forslaget har meget bred støtte, både blant de fleste kommuner, fylkeskommuner, fylkesleger, helseregioner, Statens helsetilsyn, Utrykningspersonellets fellesutvalg og Ambulansepersonellets yrkesorganisasjon. En del høringsinstanser påpeker likevel at et slikt krav må følges opp av mer ressurser til tjenesten.

4.3.2 Kostnader ved oppgradering til tomannsbetjening

SINTEF Unimed har, i en rapport avgitt Sosial- og helsedepartementet i januar 2000, kartlagt hvor mange enmannsbetjente ambulansbiler som finnes i landets fylkeskommuner, og hva det vil koste å oppgradere disse til tomannsbetjente ambulansbiler ²⁴⁾.

Forutsetninger til grunn for beregningene

Til grunn for beregningene ligger flere forutsetninger. For det første må personellet være ansatt i ambulansetjenesten for å regnes som del av betjeningen. Det vil med andre ord si at ambulansbiler med frivillig følgepersonell, eller annet helsepersonell som fungerer som følgepersonell, anses som enmannsbetjente. For det andre er kun personellkostnader (antall årsverk) inkludert i beregningene. Kostnader vedrørende rekruttering og opplæring holdes utenfor. For det tredje tas det utgangspunkt i at det vil kreves to til tre ekstra årsverk for å oppgradere en enmannsbetjent ambulanse til tomannsbetjent ambulanse. Et årsverk er beregnet til å ligge på omlag 300 000 kroner og inkluderer lønn, arbeidsgiveravgift og sosiale utgifter ²⁵⁾.

²⁴⁾ SINTEF Unimeds kartlegging tar utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås statistikk om ambulansetjenesten i Norge og har kvalitetssikret denne.

²⁵⁾ Anslaget er basert på tall fra Møre og Romsdal fylkeskommunes Helse- og sosialplan 1999 om prehospitalet akuttmedisin.

Fylkeskommunal gjennomgang

Som beskrevet i tabell 4.2 er 92 av landets 604 ambulansbiler enmannsbetjente (1998). Dette utgjør en andel på 15 prosent. Fylkeskommunene som har enmannsbetjente ambulansbiler er: Hedmark (6 av 26), Hordaland (23 av 52), Møre og Romsdal (38 av 47), Nordland (10 av 63) og Finnmark (15 av 32).

Tabell 4.2: Antall enmannsbetjente-, tomannsbetjente- og ambulanser totalt, etter fylke. 1998.

Fylke	Enmannsbetjent	Tomannsbetjent	Totalt	% enmanns- betjent
Østfold	0	25	25	4
Akershus	0	21	21	0
Oslo	0	23	23	0
Hedmark	6	20	26	23
Oppland	0	37	37	0
Buskerud	0	33	33	0
Vestfold	0	11	11	0
Telemark	0	25	25	0
Aust-Agder	0	19	19	0
Vest-Agder	0	16	16	0
Rogaland	0	36	36	0
Hordaland	23	29	52	44
Sogn og Fjordane	0	46	46	0
Møre og Romsdal	38	9	47	81
Sør-Trøndelag	0	29	29	0
Nord-Trøndelag	0	23	23	0
Nordland	10	53	63	16
Troms	0	40	40	0
Finnmark	15	17	32	47
Totalt	92	512	604	15

Kilde: SINTEF Unimed 1999.

Landsdekkende kostnadsoversikt

Som det fremgår i tabell 4.3 vil en oppgradering til tomannsbetjente ambulansbiler medføre en merkostnad på anslagsvis mellom 55 og 82 millioner kroner på landsbasis. Summen avhenger av om det legges til grunn i beregningene et behov på to eller tre ekstra årsverk per ambulansbil. Separate beregninger som er gjort i Møre og Romsdal og Finnmark antyder at kolonnen for to ekstra årsverk per ambulansbil treffer best. Det tyder på at den laveste summen er den mest realistiske.

Tabell 4.3: Antall enmannsbetjente ambulansbiler og ekstra personellkostnader ved oppgradering til tomannsbetjening, etter fylke.

Fylke	Ant. enmannsbetjente ambulansbiler	2 ekstra årsverk per ambulansbil	3 ekstra årsverk per ambulansbil
Hedmark	2	1 200 000	1 800 000
Hordaland	28	16 800 000	25 200 000
Møre og Romsdal	38	22 800 000	34 200 000
Nordland	8	4 800 000	7 200 000
Finnmark	15	9 000 000	13 500 000
Totalt	91	54 600 000	81 900 000

Kilde: SINTEF Unimed 1999.

4.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Ambulansetjenestens virksomhet må i følge sykehuslovens § 18 være faglig forsvarlig. I visse tilfeller, som når en pasient transporteres til en undersøkelse, og ikke i utgangspunktet trenger behandling eller tilgang til medisinsk utstyr under transporten, kan nok enmannsbetjente ambulansbiler anses som faglig forsvarlig. Under de fleste transporter er det imidlertid fare for uforutsett sykdomsutvikling, og dermed behov for overvåkning av pasienten. Til det kreves tomannsbetjening.

For å tilfredsstille kravet til faglig forsvarlighet, vil departementet stille krav om at ambulansbilene som hovedregel skal være tomannsbetjente. Dette kravet vil inngå i den planlagte felles forskrift om prehospital akuttmedisin, som omtalt i kapittel 2.6. En styrking av ambulansetjenesten er også en forutsetning for fremtidige endringer i sykehusstruktur (se kap. 6).

Tomannsbetjening av ambulansbiler er allerede gjennomført i alle fylkeskommuner bortsett fra fem (Hedmark, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland og Finnmark). Til sammen utgjør enmannsbetjente ambulansbiler 15 prosent av det totale antallet ambulansbiler i Norge.

Forskjellene mellom fylkeskommunene, med hensyn til hvem som har og hvem som ikke har gjennomført tomannsbetjening av ambulansbiler, kan ikke forklares geografisk. Tomannsbetjening av ambulansbiler finnes ikke bare i det sentrale østlandsområdet, men også i fylkeskommuner med mer spredt bosetning - som for eksempel Sogn og Fjordane.

Det ville, etter departementets oppfatning, vært et dårlig signal til det flertallet av fylkeskommuner som allerede har innført tomannsbetjening av ambulansbiler dersom kostnadene forbundet med oppgradering for de gjestående fylkeskommunene hadde blitt dekket av staten. Disse fylkeskommunene må dermed selv dekke de kostnader tomannsbetjening av ambulansbiler medfører.

Dispensasjonsordning

Det skal ikke underslås at forslaget om tomannsbetjening vil medføre at ytterligere personellressurser brukes til vaktberedskap. Dette vil spesielt være tilfelle i mindre kommuner hvor det er få ambulansetransporter.

Departementet vil derfor gi fylkeskommunene adgang til å søke fylkeslegen om dispensasjon for enmannsbetjening for de ambulansene med minst aktivitet (dvs. tjenester med et befolkningsgrunnlag på under 800 innbyggere). Betingelsen er at det etableres avtaler om fastledsagertjeneste med for eksempel sykehjem eller primærhelsetjeneste.

4.4 Det må bli krav til kompetanse for ambulansepersonell

Det finnes ingen statlige fastsatte krav til kompetanse for ambulansepersonell. Alle fylkeskommuner stiller likevel faglige minimumskrav til sine ansatte, men disse varierer betydelig. Kravene er mest omfattende i store tjenester som Oslo og Akershus, og mindre omfattende i små tjenester i distriktene.

Mangel på nasjonale krav har ført til varierende kompetansenivå, både blant ambulansepersonell og mellom ambulansetjenestene. Et eget ambulansefag ble godkjent i 1996. Ambulansefaget inngår som helsefag i den videregående skole og fører til fagbrev (se kap. 4.1.4).

4.4.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget foreslår at profesjonelt, heltidsansatte ambulansepersonell skal utdannes i henhold til det nye ambulansefaget i den videregående skole. Utdanning av spesialkompetent ambulansepersonell foreslås bygget på denne fagutdanningen, og inngå som del av høyskolesystemet. Personell på transport og dagambulanse foreslås utdannet i henhold til NOU 1976:2 (jf. boks 4.2)²⁶⁾.

Forslaget om krav til kompetanse hos ambulansepersonell får meget stor tilslutning hos høringsinstansene. De fleste kommunene er positivt innstilt til denne type faglig opprustning av tjenesten. Blant fylkeskommunene, fylkeslegene, helseregionene og sykehusene gis det også hovedsakelig støtte til utdanningskravene. Forslaget får videre støtte av Statens helsetilsyn, Utrykningspersonellet's fellesutvalg og Ambulansepersonellet's yrkesorganisasjon. Sistnevnte påpeker at det er svært betenkelig at det ikke stilles krav til minimumsutdannelse hos den yrkesgruppen som regel kommer først fram til de hardes skadde og mest syke pasientene.

Enkelte høringsinstanser er imidlertid skeptiske til en ny spesialutdanning for ambulansepersonell innenfor høyskolesystemet. Norsk sykepleierforbund og Anestesisykepleiernes landsgruppe mener for eksempel at det vil være mer naturlig å satse på folk som allerede er sykepleierutdannet.

4.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet ser positivt på etableringen av det nye ambulansefaget i den videregående skole, og vil fremsette krav om at *minst én* ambulanseperso-

²⁶⁾ Departementet gjør oppmerksom på at det er vegmyndighetene som fastsetter kompetansekrav for førere av utrykningskjøretøy, jf. § 7 i førerkortforskriften av 23. februar 1974. Etter oppdrag fra Samferdselsdepartementet pågår det for tiden et arbeid i Vegdirektoratet med sikte på å innføre krav om kompetansebevis for utrykningsførere. Når resultatet av arbeidet foreligger vil Sosial- og helsedepartementets krav til kjøreteknikk for førere av ambulansebiler tilpasses vegmyndighetenes krav.

nellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev. Dette kravet vil inngå i den planlagte felles forskrift om prehospital akuttmedisin som omtalt i kapittel 2.6.

Kompetansekravet vil, etter departementets oppfatning, bidra til å sikre et solid nasjonalt nivå basert på nasjonale læreplaner, faglige krav til praksisbedrifter, strukturert og dokumentert praktisk opplæring, nasjonale eksamener, ensartede prøvenemder, egen utdanning av faglærere og egen instruktør-opplæring for praksisveiledere. Departementet ser positiv på at utdanningen er lagt opp som en praktisk-teoretisk utdanning i samsvar med ambulansesefagets yrkesutøvelse.

Når det gjelder ambulanspersonell nr. 2 mener departementet at det bør settes krav til dokumentasjon av akuttmedisinsk- og pleiefaglig kompetanse på nivå med NOU 1976:2 (jf. boks 4.2).

Dispensasjonsordning

Vurdert opp mot andre sammenlignbare yrkesgrupper, synes det vanskelig å forsvare dispensasjonsordninger som kan bidra til å uthule kravet om fagbrev. Departementet vil likevel åpne for en begrenset dispensasjonsordning for ambulansbiler som ikke inngår i fylkeskommunenes ordinære ambulansberedskap. Eksempler på dette vil være ambulansbiler som opereres av hjelpekorps (Røde Kors og Norsk folkehjelp), Forsvaret og Sivilforsvaret og lignende. For dette personellet foreslår departementet at det fremsettes krav om akuttmedisinsk- og pleiefaglig kompetanse på nivå med anbefalingene i NOU 1976:2.

Overgangsordning

De fleste ambulanspersonell har i dag utdanning på nivå med anbefalingene i NOU 1976:2 (se boks 4.2). I tillegg har mange praksiserfaring som ambulanspersonell i mer enn fem år. Dette kvalifiserer til å kunne avlegge fagprøven som privatist. Departementet er kjent med at det allerede er etablert utdanningstilbud (kurs) for disse med henblikk på fagprøve, både i privat (Stiftelsen Norsk luftambulans) og offentlig (Borg videregående skole) regi. Departementet mener derfor at det i løpet av noen år vil være mulig for flertallet av landets ambulansetjenester å gjennomføre kravet om fagbrev for minst én av ambulanspersonellet per bil per vakt.

Departementet vil legge opp til en overgangsordning begrenset til en periode på seks år, samt en dispensasjonsordning på inntil tre år, for tjenester som av særlige årsaker ikke har kunnet implementere kravet innen dette tidsrom. Dispensasjon skal i slike tilfeller gis av den lokale fylkeslege, etter innstilling fra fylkeskommunen.

Videreutdanning

Ambulansetjenesten er et yrke med høye krav til yrkesutøverens modenhet. Departementet ser derfor at elevenes unge alder kan være problematisk. Normal progresjon i opplæringen tilsier at elevene vil gå ut i lære det året de fyller 17 år, og gå opp til fagprøven det året de fyller 19 år. Da har de hatt førerkort i maks ett år.

I henhold til ny spesialisthelsetjenestelov skal «eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven (...) sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig».

Departementet støtter akuttutvalgets vurdering av at det finnes behov for en videreutdanning av ambulansepersonell utover fagbrevsnivå. Akuttutvalgets forslag om å etablere en videreutdanning for ambulansepersonell på høgskolenivå synes imidlertid lite formålstjenlig, særlig på bakgrunn av at fagutdanningen ikke gir generell studiekompetanse. I stedet oppfordrer departementet til at det etableres en ikke-formalisert videreutdanning, særlig for ambulansetjenester med stor aktivitet.

Muligheten for å etablere en videreutdanning i videregående skole etter modell fra tekniske fagskoler, har tidligere vært diskutert i departementet. Man kom da til at det er lite hensiktsmessig å legge denne modellen til grunn for en videreutdanning av ambulansepersonell, fordi teknisk fagskole er toårig, mens ambulansepersonellet vil ha behov for vesentlig kortere tidsperiode (f.eks. moduler). Den videregående skole er dessuten lite egnet fordi kompetanseutvikling av ambulansepersonell må baseres på trening av praktiske ferdigheter i tillegg til teoretisk undervisning. Slike ferdigheter praktiseres i hovedsak i sykehusenes akuttavdelinger (akuttmottak, operasjons- og intensivsavdelinger).

Departementet mener derfor at fylkeskommunene - ved medisinsk systemansvarlig lege - bør gis ansvar for videreutdanning av ambulansepersonell innen kliniske disipliner.

Det faglige innholdet i nåværende videreutdanningstilbud for ambulansepersonell omfatter i hovedsak akuttmedisinske behandlingstiltak som i utgangspunktet er forbeholdt leger. Eksempler på dette er bruk av halvautomatisk defibrillator (elektrosjokk ved hjertestans), venepunksjon (innleggelse av venekanyler), administrering av legemidler og infusjonsvæsker og intubasjon (innleggelse av plastslange i luftrøret). Slike oppgaver kan per i dag utføres av ambulansepersonell når lege finner at vedkommende personell innehar nødvendige kvalifikasjoner.

Statens helsetilsyn har i tidligere rundskriv (IK 3/99) om utvidet bruk av halvautomatiske defibrillatorer, funnet at ovennevnte kvalifikasjoner bør sikres gjennom strukturerte opplærings- og vedlikeholdskurs. Opplæringen bør baseres på retningslinjer gitt av et sentrale fagmiljøer (i dette tilfellet Norsk resuscitasjonsråd). Helsetilsynet har i samme rundskriv lagt til grunn at delegasjonsfullmakt må dokumenteres, fortrinnsvis i form av tidsbegrenset delegeringsbevis.

Departementet vil påpeke at utføring av denne typen behandlingstiltak forutsetter tilrettelagt systemer for oppdatering og vedlikehold av kunnskaper og ferdigheter, og at disse bør kontrolleres gjennom en sertifiseringsordning.

4.5 Responstid for ambulansebiler må klargjøres

Det finnes ingen statlige fastsatte krav til responstid; det vil si tidsintervallet fra AMK-sentral kontaktes til ambulansen er ute hos pasienten. Dette

der og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.

Departementet vil derfor følge utviklingen i responstid nøye. Dersom responstiden viser seg å avvike vesentlig fra de veiledende forslagene, vil departementet vurdere tiltak for å redusere responstiden.

4.6 Samarbeidet mellom ambulansetjeneste og legevakt bør formaliseres

Ambulansetjenesten samarbeider nært med den kommunale legevakttjenesten, for eksempel ved utrykning til pasient/skadested for stabilisering av akutte skader og sykdomstilstander.

Det er ofte av vesentlig betydning for utfallet at dette samarbeidet fungerer godt, noe det også gjør de fleste steder. Mangel på formalisering av rammene rundt det operative samarbeidet oppleves nok likevel som et savn for mange av de ansatte i tjenestene, da effektiv og trygg samhandling forutsetter kontinuerlig planlegging og hyppige øvelser.

4.6.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget anbefaler at samarbeidet mellom den fylkeskommunale ambulansetjenesten og den kommunale legevakten formaliseres gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team. Her trenes personellet i samhandling, gjennom øvelser og praktisk trening.

Forslaget om å etablere lokale akuttmedisinske team mottas i hovedsak positivt av høringsinstansene. Mange kommuner og fylkeskommuner antar at slike team vil høyne kvaliteten på det lokale akuttmedisinske tilbudet. Enkelte steder er lignende ordninger allerede etablert, og synes å fungere bra. Mange sykehus støtter forslaget fordi det kan føre til utvikling av et godt akuttmedisinsk fagmiljø lokalt. Den norske lægeforening er også positiv, men påpeker at lokale behov må være avgjørende for etablering av slike team.

4.6.2 Erfaringer fra eksisterende lokale akuttmedisinske team i Rogaland

Rogaland fylkeskommune har, på departementets anmodning, laget en rapport om sine erfaringer med lokale akuttmedisinske team²⁸⁾ i kommunene i området til AMK-sentralen til Fylkessykehuset i Haugesund.

Begrepet «lokale akuttmedisinske team» forstås her som den akuttmedisinske mobilisering som skjer i lokalsamfunnet ved utsendelse av lege/ambulansesalarm fra AMK- eller LV-sentral. Eventuelt kan denne suppleres med politi, brann, rednings- og frigjøringsutstyr, snøscooter, lavinehund, Røde kors-gruppe, FIG-gruppe og så videre, alt avhengig av behov og tilgjengelighet.

²⁷⁾ Et rimelig og realistisk krav for å utgjøre by/tettsted er etter departementets oppfatning mellom 10 000 og 15 000 innbyggere.

²⁸⁾ Rogaland fylkeskommune har kontrollert opplysningene med kommunelegene i de aktuelle kommuner. Ingen av disse var kjent med begrepet «lokale akuttmedisinske team». De var derimot kjent med innholdet slik det er redegjort for i tekst og tabell 4.4.

I følge rapporten fungerer de lokale medisinske teamene noe forskjellig fra kommune til kommune. Variasjonene synes særlig knyttet til innbyggertall og organisasjon opp mot helseradionettet.

I de mindre kommunene er variasjonene i de lokale akuttmedisinske teamenes organisasjon og innhold små, og ansvars plasseringen i det lokale akuttmedisinske teamet temmelig spesifikk. Funksjonsnivået i slike kommuner synes således godt hva systemet angår, selv om det kan forekomme individ- og funksjonsfeil.

I større kommuner og byer er de lokale variasjonene mellom de lokale akuttmedisinske teamene større. Der hvor akuttansvar/daglegevakt ikke er spesifikt knyttet til enkeltlege, tidsrom og geografisk område, og hvor innbyggertallet og legetallet er tilsvarende stort, fungerer ikke alltid teamene helt etter intensjonene. Organisasjonsstrukturen blir for svak, ansvars plasseringen for diffus og funksjonsnivået deretter. AMK-sentralen må da lete seg frem til en lege som er villig til å ta akuttoppdraget, ofte med flere mislykkede forsøk.

For nærmere presentasjon av de lokale akuttmedisinske team i Nord-Rogaland, se tabell 4.4.

Tabell 4.4: Mobilisering av lokale akuttmedisinske team i Nord-Rogaland

Kommune	Legealarm	Lege / amb.alarm	Merknader
Haugesund (30 000 innb.)	Til alle legene i kommunen	? / Ja	Ambulansstasjon i Haugesund. Alle leger med avtale har radio. Ingen soneinndeling i kommunen. På dagtid ingen definert enkeltlege som er LV/akuttansvarlig. En legevakt om kvelden natt og dag.
Karmøy (37 000 innb.)	Til legesenteret i den enkelte sone	Ja / Ja	Ambulansstasjon i Åkrehamn. Alle leger med avtale har radio. Kommunen er delt i 5 soner. På dagtid ingen definert enkeltlege som er LV/akuttansvarlig. En legevakt om kvelden natt og dag.
Suldal (4050 innb.)	Til legesenteret i Sand	Ja / Ja	Lokal ambulansstasjon i Sand. Legene i kommunen har radio på rulering. Lege alarmeres fra legesenteret i Sand. En definert LV/akuttlege på dagtid. En legevakt om kvelden natt og helg.
Sauda (5100 innb.)	Til legesenteret i Sauda	Ja / Ja	Lokal ambulansstasjon i Sauda. Legene i kommunen har radio på rulering. Lege alarmeres fra legesenteret i Sauda. En definert LV-/akuttlege på dagtid. En legevakt om kvelden natt og helg.

Kilde: Rogaland fylkeskommune. Desember-99.

4.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet anser det som svært viktig at samarbeidet mellom den fylkeskommunale ambulansetjenesten og den kommunale legevakten fungerer på en måte som sikrer befolkningens trygghet. Behovet for samarbeid mellom disse aktørene har i den senere tid blitt aktualisert på grunn av økningen i

antall stasjonære legevakter og sentraliseringen av legevakter, noe som fører til økt bruk av ambulansetjenesten.

Departementet oppfordrer derfor fylkeskommunene og kommunene til å formalisere samarbeidet mellom ambulansetjeneste og legevakt. Det kan for eksempel gjøres ved å etablere lokale akuttmedisinske team, slik som i Rogaland.

Departementet vil påpeke viktigheten av at det i slike team oppnås umiddelbar kontakt med lege, både ved hjelp av telefon og radio.

4.7 Oppgjørsordningen for ambulansetransporter over fylkesgrensene må etterfølges

Det er ikke utarbeidet noe detaljert regelverk for oppgjør mellom fylkeskommuner for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene. Dette har ført til uenighet og tvister fylkeskommunene i mellom. Problemet gjelder særlig pasienter som transporteres fra flyplass til behandlingssted utenfor hjemfylket, og pasienter som midlertidig transporteres til sykehus i fylkeskommune der skade/sykdom oppstår, for så å bli hentet av hjemfylkets ambulansetjeneste for behandling i hjemfylket.

4.7.1 Gjeldende ordning

Fra 01.01.1986 ble ambulansetjenesten overført til fylkeskommunene og rammefinansiert. Inntil da hadde tjenesten vært stykkprisfinansiert via folketrygden. Eksisterende transportmønster ble lagt til grunn for overføringen av tilskudd til fylkeskommunene.

Som nevnt er det ikke utarbeidet noe detaljert regelverk for oppgjør mellom fylkeskommunene for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene. Sosialdepartementet utarbeidet imidlertid i forkant av den ovennevnte overføring «Tillegg til planskriv I» av 28. juni 1985. Her heter det:

«Alle utgiftene til ambulansetransporter forutsettes dekket av det fylket hvor pasienten oppholdt seg da transporten startet. Det vil si at det i alminnelighet ikke skal sendes regning for «gjeste-transporter» til pasientens bostedsfylke. Dette gjelder imidlertid ikke ved ambulansetransport fra sykehus til eget hjem eller til annet sykehus, dersom transporten går over fylkesgrense. I de tilfeller personell og materiell fra sykehuset hvor pasienten utskrives nyttes under transporten er det således anledning til å sende refusjonskrav til bostedsfylket, dersom ikke annet er avtalt fylkeskommunene i mellom».

Dette har i praksis blitt tolket slik at ambulansetjenesten i fylkeskommunen der transporten finner sted dekker kostnadene forbundet med pasienter hjemmehørende i andre fylkeskommuner. Slike transport har i de senere årene blitt en økende belastning for enkelte fylkeskommuner, særlig der hvor regionsykehusene er lokalisert. Etter at hovedflyplassen ble flyttet til Gardermoen har først og fremst Ambulansetjenesten i Akershus opplevd en sterk økning i antall transport av pasienter fra andre fylker til blant annet Rikshospitalet og Feiringklinikken.

4.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Oppgjørsordningen mellom fylkeskommuner for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene har vært arbeidet med i flere omganger. En arbeidsgruppe i regi av Kommunenes Sentralforbund (KS) la blant annet fram et forslag i 1995. I 1998 ble et utkast til retningslinjer for oppgjørsordninger forelagt KS og fylkeskommunene, uten at dette ble fulgt opp av departementet.

I forbindelse med innføringen av fritt sykehusvalg forventes større pasientstrømmer mellom fylkene. Det er derfor viktig at ansvarsforholdene og prinsippene for dekning av kostnader forbundet med ambulansetransporter (bil, båt, fly) av pasienter over fylkesgrensene klargjøres.

Fylkeskommunen har, i henhold til sykehuslovens § 2, ansvar for å dekke behovet for nødvendig ambulansetransport for befolkningen innen fylket. Dette ansvaret vil også bli videreført i ny spesialisthelsetjenestelov (§ 2-1). I sykehusloven fremgår det videre at pasientens hjemstedsfylke skal refundere forpleiningsutgifter ved institusjoner som drives eller finansieres av andre fylkeskommuner (§ 12 femte ledd). Lignende bestemmelser er også gitt i ny spesialisthelsetjenestelov (§ 6.6).

Departementet mener at dette prinsippet også må gjøres gjeldende for ambulansetransporter. Det betyr at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt, uansett hvor transporten finner sted, og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som ø-hjelp i sykehus i oppholdskommunen.

Den nye oppgjørsordningen for ambulansetransporter over fylkesgrensene innebærer dermed:

Transporter ved akutt sykdom/skade (ø-hjelp):

- Alle utgifter til ambulansetjeneste til sykehus dekkes av den fylkeskommunen hvor pasienten oppholdt seg da transporten startet (fra det sted skade/sykdom oppsto).

Elektive (planlagte) transporter:

- Ambulansetransport til og fra sykehus til eget hjem, eller til annen helseinstitusjon, dekkes av pasientens bostedsfylke.
- Ambulansetransport fra helseinstitusjon til lufthavn og videre fra lufthavn i forbindelse med flytransport, dekkes av bostedsfylket. Dette gjelder uavhengig av om transporten gjelder utskrivning til eget hjem, annen helseinstitusjon, eller overføring til sykehus på lavere eller høyere nivå.

Praktisering av ordningen:

- Departementet legger til grunn at oppgjør mellom fylkeskommunen i utgangspunktet bør baseres på inngåtte avtaler. Den enkelte fylkeskommune har stor frihet til å organisere tjenesten slik de ønsker ved å inngå avtale med tjenesteytere i andre fylker.
- Der ikke annet er avtalt mellom partene, vil departementet tilrå at pasientens bostedsfylke blir ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport, etter regning fra det fylket som har utført transporten.

Departementet vil komme tilbake til oppgjørsordningen for ambulansetransporter over fylkesgrensene i et eget rundskriv.

4.8 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag

- Bemanningen av ambulansebiler må styrkes. Departementet vil:
 - Stille krav i form av forskrift om at ambulansebiler som hovedregel må være tomannsbetjente.
 - Gi fylkeskommunen adgang til å søke fylkeslegen om dispensasjon for enmannsbetjening for ambulansebiler med minst aktivitet (dvs. tjenester med et befolkningsgrunnlag på under 800 innbyggere). Betingelsen er at det etableres avtaler om fast ledsagertjeneste med for eksempel sykehjem eller primærhelsetjeneste.
- Det må bli krav til kompetanse for ambulansepersonell. Departementet vil:
 - Stille krav i form av forskrift om at minst én av ambulansepersonellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev. Ambulansepersonell nummer to bør kunne dokumentere akuttmedisinsk- og pleiefaglig kompetanse på nivå med NOU 1976:2.
 - Legge opp til en overgangsordning for ervervelse av fagbrev på seks år.
 - Åpne opp for en dispensasjonsordning, som gis av den lokale fylkeslege etter innstilling fra fylkeskommunen, på inntil tre år for tjenester som av særlige årsaker ikke har kunnet implementere dette kravet.
 - Oppfordre fylkeskommunen til å etablere videreutdanning for ambulansepersonell i tjenester med stor aktivitet.
- Responstid for ambulansebiler må klargjøres. Departementet vil gjøre følgende responstider *veiledende* for fylkeskommunene ved planlegging av tjenestetilbudet:
 - *Akuttoppdrag*: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.
 - *Hasteoppdrag*: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.
- Samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevakten bør formaliseres. Departementet oppfordrer fylkeskommunene til å etablere ordninger som lokale akuttmedisinske team.
- Oppgjørsordningen mellom fylkeskommuner for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene må etterfølges. Departementet vil understreke at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt, uansett hvor transporten finner sted og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som ø-hjelp i sykehus i oppholdskommunen.

5 Luftambulansetjenesten

Boks 5.1 Historikk

De første ambulanseflytransportene

De første ambulanseflytransportene i Norge startet allerede i 1920-årene. Fram mot den andre verdenskrig ble transportene i stor grad utført av private flyselskaper. Etter andre verdenskrig spilte Luftforsvaret en aktiv rolle i luftambulansetjenesten. I 1948 ble det utført ca. 300 ambulansefly-transporter hvorav 100 ble utført av Luftforsvarets fly. En stor andel av disse transportene foregikk på Vestlandet med sjøfly. Med lange avstander, vanskelige geografiske og klimatiske forhold viste lufttransport seg ofte å være den mest hensiktsmessige og i enkelte tilfeller den eneste mulige formen for transport. I slutten av 1950-årene ble en vaktordning forsøkt etablert ved at fem sivile flyselskap (Mørefly, West-Wing, Trønderfly, Firdaflly og Norving) fikk utbetalt et beredskapstilskudd fra Rikstrygdeverket for å holde en viss beredskap. I tillegg fikk selskapene utbetalt for utførte oppdrag. Tilskuddsordningen opphørte i 1984.

I St. meld. nr. 41 (1971-72) «Helsetjenestens transport- og kommunikasjonsproblemer» het det at ansvaret for luftambulansetjenesten bør tillegges de sentrale myndigheter, da tjenesten ikke har fylkesgrensene som naturlig operasjonsgrenser.

I 1974 oppnevnte Sosialdepartementet et utvalg som skulle vurdere og komme med forslag til framtidig organisering, drift og finansiering av ambulanseflytjenesten i Norge. Utvalget foreslo nye rekvireringsretningslinjer som i store trekk er sammenfallende med de som gjelder i dag. Utvalget gikk inn for å opprette en sentral instans som skulle ivareta oppgaver knyttet til administrasjon, drift og koordinering av luftambulansetjenesten.

Norsk luftambulanse AS

Parallelt med helsemyndighetenes utredningsarbeid fikk etableringen av den private organisasjonen Stiftelsen Norsk luftambulanse AS (SNLA) stor betydning for utviklingen av luftambulansetjenesten i Norge. Datterselskapet Norsk luftambulanse (NLA) startet i 1978 en akuttjeneste med helikopter. Helikopteret ble plassert ved Sentralsykehuset i Akershus (Lørenskog) og var delvis finansiert ved private midler. Modellen for denne tjenesten seg på små helikoptre bemannet med spesiallege, redningsmann og pilot. Hele besetningen var samlet på tilstedevakt for å sikre kort responstid. Norsk luftambulanse utvidet sitt tilbud i 1982 ved at det ble etablert en tilsvarende helikoptervirksomhet ved sentralsykehuset i Rogaland (Stavanger).

Nyhusutvalget om spesialistene i helsetjenesten

I NOU 1982:10 «Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjem mv.» (Nyhus-utvalgets delinnstilling II) ble ansvars plasseringen av luftambulansetjenesten drøftet nærmere. For luftambulansetjenesten ble det foreslått at fylkeskommunen skulle sørge for planlegging og delvis drift. Fly eller helikopterselskap som skulle drive luftambulansetjeneste måtte ha nødvendig konsesjon, ha avtale med staten og være tatt med på fylkets helseplan dersom utgiftene til driften skulle dekkes av fylkeskommunen.

Transporttjenestene i helsevesenet

Ansvars plasseringen av luftambulansetjenesten ble grundig behandlet i Ot. prp. nr. 54 (1983-84) «Transporttjenestene i helsevesenet». Sosialdepartementet la her avgjørende vekt på at:

- a) fylkeskommunene enkeltvis var for små til å kunne forsvare å drive luftambulansetjenesten i egen regi,
- b) fylkesgrensene ikke utgjorde noen naturlig grense for tjenestens opptaksområde,
- c) behovet og dermed utgiftene til luftambulansetjenesten var svært varierende fra fylkeskommune til fylkeskommune og
- d) luftambulansetjenesten hadde en naturlig tilknytning til den statlige redningstjenesten.

Etter en samlet vurdering gikk departementet inn for en deling av det økonomiske ansvaret for luftambulansetjenesten slik at fylkeskommunens andel sto i rimelig forhold til utgiftene med ambulansetransport med bil.

Departementet foreslo i proposisjonen at hovedansvaret for etablering og drift av luftambulansetjenesten fortsatt skulle være statlig. Ansvaret for planlegging av luftambulansetjenesten ble knyttet til fylkeskommunen. Fylkeskommunen fikk som oppgave å fremme forslag til en samlet plan for ambulansetjenesten innen fylket. Stortinget fulgte departementets tilråding når det gjaldt ansvars plassering, mens finansieringen fullt ut skulle være statlig.

Rapport om luftambulansetjenesten

I 1986 ble det utarbeidet en rapport der medisinskfaglige og administrative spørsmål ved statens ansvar for luftambulansetjenesten ble vurdert. Rapporten konkluderte med:

- Et utvidet og bedre organisert tilbud med luftambulansetjeneste vil gi et bedre og mer likeverdig helsetjenestetilbud for befolkningen.
- Krav til organisering av permanent legebemanning, helsepersonellens kompetanse, medisinsk utstyr med videre.
- Utbygging av et system for nødmeldetjeneste.
- Plan for steder som bør ha legebemannet helikoptre og fly.
- Hele landet bør dekkes innenfor en flytid på en time.

Rapporten konkluderte med at en utbygget luftambulansetjeneste ville være et viktig bidrag til å sikre befolkningen på landsbasis et mer likeverdig helsetjenestetilbud.

Etablering av Statens luftambulansetjeneste i 1988

Rapporten dannet grunnlag for departementets utforming av en Nasjonal luftambulanseplan. I statsbudsjettet for 1988 ble det foreslått etablert en landsdekkende luftambulansetjeneste. Luftambulansen skulle være legebemannet med beredskap hele døgnet. Luftambulansetjenesten skulle drives fra:

- 8 helikopterbaser (Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Bergen, Stavanger, Lørenskog og Dombås)
- 2 flybaser (Kirkenes og Alta)
- 4 baser for redningstjenesten (Banak, Bodø, Ørland og Sola)
- I tillegg skulle det være fly i beredskap for overføring av pasienter mellom sykehus (Tromsø, Brønnøysund og Ålesund)

Den nasjonale luftambulanseplanen regulerer fortsatt hovedtrekkene i dagens luftambulanssevirkomhet. Befolkningen på landsbasis skal etter planen få et mer likeverdig tilbud. Det er nødvendig å sikre et godt fagmedisinsk opplegg i tillegg til et rasjonelt økonomisk opplegg. Utgiftene må tilpasses de gitte bevilgninger. Dette innebærer at man vanskelig kan etablere en tjeneste der alle fylkeskommunenes ønsker kan tilgodeses.

5.1 Beskrivelse av dagens situasjon

5.1.1 Lovgrunnlag

Luftambulansetjenesten er regulert gjennom følgende regelverk:

- Lov 19. juni 1969 om sykehus (§ 2 jf. § 1, § 12 og § 15).
- Lov 28. februar 1997 om folketrygd (§ 5-16 femte og sjette ledd).
- Forskrift om dekning av luftambulansetransport av 11. mars 1997.
- Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste (kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten) av 20. august 1990.
- Retningslinjer for rekvirering av Statens luftambulanse fastsatt av Sosialdepartementet 1. september 1988 og revidert 1. juli 1993.
- Retningslinjer for drift av luftambulansebaser fastsatt av Helsedirektoratet 15. mars 1988.

Stortinget har vedtatt en ny lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten (Ot. prp. nr. 10 (1998-99) og Innst. O. nr. 65 (1998—99)). Loven skal etter planen skal tre i kraft 1. januar 2001.

Statens ansvar for luftambulanse er regulert i den nye loven § 2-2:

«Staten skal sørge for at allmennheten tilbys luftambulansetjeneste. Staten kan inngå avtale med offentlige og private ambulansetøvere. Luftambulansetjenesten skal drives i samarbeid med de berørte fylkeskommuner.»

5.1.2 Organisering og finansiering

Etter sykehuslovens § 2 har staten både planleggings-, utbyggings- og driftsansvaret for luftambulansetjenesten. Planleggingsansvaret skal utøves i sam-

arbeid med fylkeskommunene og tjenesten skal inngå i det respektive fylkes helseplan. Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvaret for Statens luftambulansetjeneste. Departementet har løpende kontakt med Rikstrygdeverket, Statens helsetilsyn og Luftfartilsynet og arrangerer fellesmøter for utveksling av informasjon og drøfting av aktuelle saker.

Rikstrygdeverket har fått delegert driftsansvaret når det gjelder transportdelen av tjenesten, herunder inngå avtaler med flyoperatører og følge disse opp. Det statlige ansvaret for inngåelse og oppfølging av kontrakter med sivile flyselskap for den flyoperative delen av tjenesten er også laget til Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket har videre løpende kontakt med operatører og baser, kvalitets- aktivitets- og kostnadskontroll. I tillegg kommer anskaffelse og drift av medisinsk-teknisk utstyr.

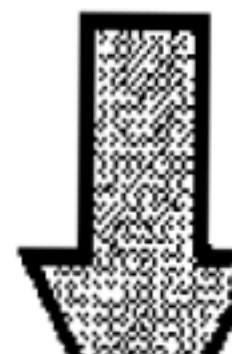
Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med luftambulansetjenesten etter bestemmelsene i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Justisdepartementet har det overordnede administrative samordningsansvaret for redningstjenesten. Justisdepartementet har dermed det faglige ansvaret og stiller også redningsfaglige krav til redningshelikoptertjenesten. Forsvarsdepartementet ved 330 skvadronen er operatør for redningshelikoptertjenesten som drives fra fastlandet. I praksis har også Forsvarsdepartementet betalt alle utgifter til redningshelikoptertjenesten (330 skvadronen).

Dagens organisering av luftambulansetjenesten fremgår av figur 5.1.

Flyop forh

RTA



Figur 5.1 Organisering av Statens luftambulansetjeneste.

Kilde: NOU 1998:8

Luftambulansetjenesten består av 11 faste ambulanshelikoptere og åtte ambulansfly (hvorav ett reservefly). I tillegg flyr redningstjenesten også ambulansoppdrag.

Luftambulansen er lokalisert ved følgende baser:

Ambulanshelikopterene :

- Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Lørenskog, Ål og Dombås.

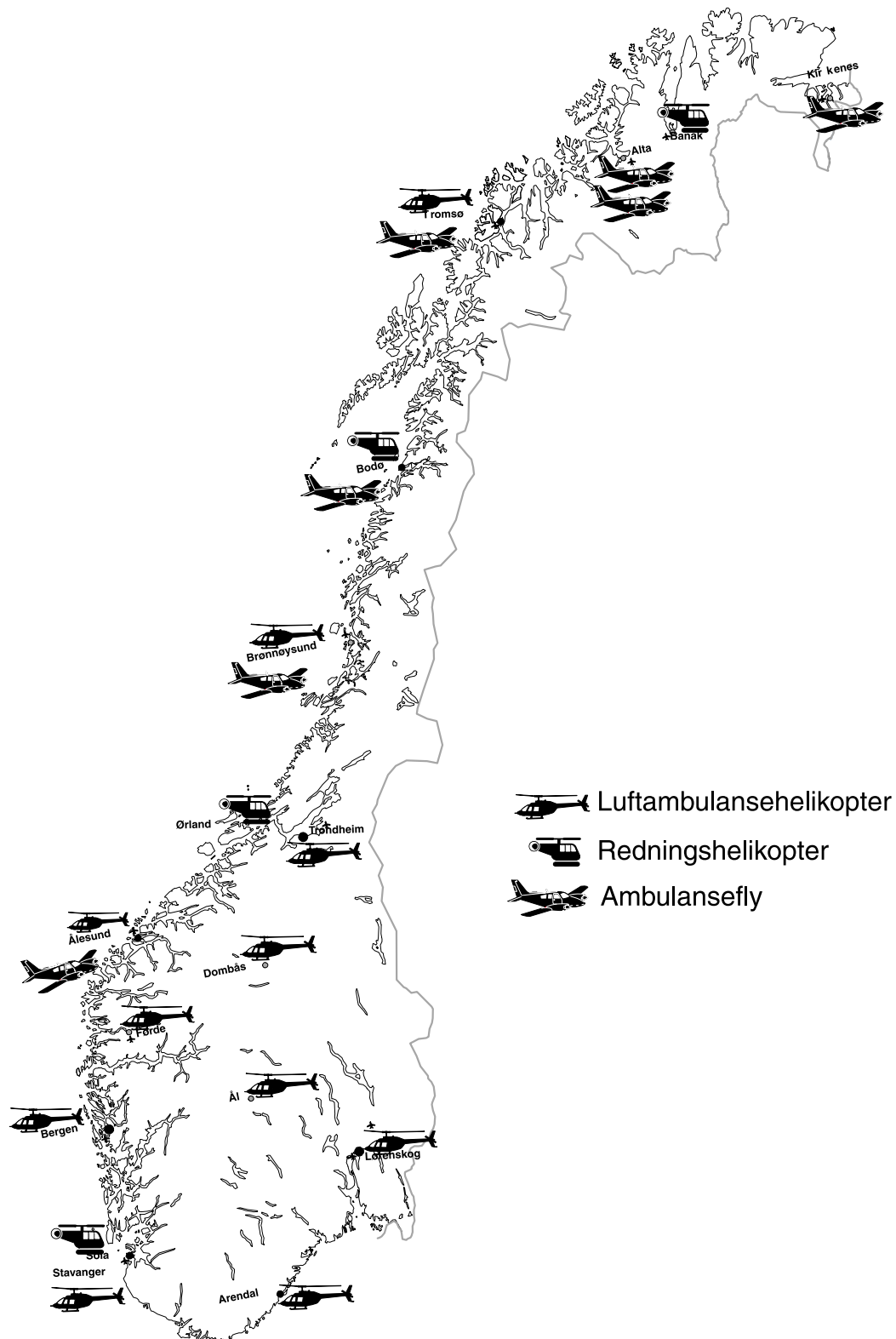
Ambulansflyene:

- Kirkenes, Alta (2 fly), Tromsø, Bodø, Brønnøysund og Ålesund.

Ambulansetjeneste med redningshelikopter drives fra basene:

- Banak, Bodø, Ørland og Sola.

Departementet har lagt til grunn at formålet med etableringen av en statlig luftambulansetjeneste har vært å styrke det akuttmedisinske behandlingstilbudet utenfor sykehus. Videre har departementet ønsket å bidra til å oppfylle overordnede helsepolitiske målsetninger som blant annet helsetjeneste av god faglig standard og lik tilgjengelighet til helsetjenester og behandling på lavest mulig ansvarsnivå (LEON-prinsippet)



Figur 5.2 Baser i dagens luftambulansetjeneste.

Kilde: NOU 1998:8

5.1.3 Bemanning og kompetanse

De sivile ambulanshelikoptrene er bemannet med lege i tilstedevakt, og i de fleste tilfellene er dette anestesilege. Redningshelikoptrene har også avtale med lege, men bortsett fra basen i Banak er lege normalt ikke fast stasjonert ved basen (det vil si ikke tilstedevakt).

Ambulanseflyene er bemannet med anestesi- eller intensivsykepleier og suppleres med annet personell, oftest lege eller jordmor, ved behov.

Totalt brukte luftambulansetjenesten i 1997 ca. 62 legeårsverk og 26 sykepleierårsverk. Omtrent halvparten av legeårsverkene kjøpes av fritid/avspasering. Det er omtrent 155 leger som deltar i tjenesten. Antall flysykepleiere som deltar i tjenesten er ca. 45. Alle sykepleiere i tjenesten har dette som ordinært arbeide.

Flygerne arbeider hovedsakelig bare i luftambulansetjenesten. I gjeldende kontrakter mellom Rikstrygdeverket og de sivile flyoperatørene er det et krav om at fartøysjefen skal ha minimum 2000 timers flygetid. Dette gjelder for både helikopter og fly.

Samtlige flybaser har minimum to teknikere. Kravet til bemanning av teknikere følger direkte av Luftfartilsynets krav til inspeksjon og vedlikehold og Rikstrygdeverkets krav til regularitet.

I helikoptrene betaler staten ved Rikstrygdeverket for en flyger og for en person til. Det er ikke fastsatt hvilke kvalifikasjoner og funksjoner denne personen skal ha. Det er opp til selskapene selv hva slags person man har i cockpit i tillegg til flygeren.

En redningsmann skal imøtekomme operative, medisinske og fysiske krav til tjenesten. Redningsmannen må dermed ha formell kompetanse i form av fagbrev for ambulansepersonell, kompetansebevis for utrykningskjøretøy med videre. En redningsmann må dessuten ha inngående kjennskap om søk, redning og sikring i vanskelig terreng. Dette er i dag bedriftsinterne krav som ikke inngår i myndighetenes kravspesifikasjoner til luftambulansetjenesten. Det vises til kravene til redningsmannens kompetanse under punkt 5.7.4 - bemanning-crewkonsept.

5.1.4 Rednings- og redningshelikoptertjenesten

Organisering

Redningstjenesten forstås som:

«den offentlige organiserte virksomhet som utøves i forbindelse med øyeblikkelig innsats for å redde mennesker fra død eller skade som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner og som ikke blir ivaretatt av særskilt opprettede organer eller ved særlige tiltak».

Den offentlige redningstjenesten er organisert som et samvirke mellom en rekke offentlige etater og private- og frivillige organisasjoner.

Justisdepartementet har ansvaret for den administrative samordningen av redningstjenesten. Hovedredningssentralene og de lokale redningssentralene (politidistrikter) har ansvaret for den operative koordineringen av aksjonene. Redningstjenesten utøves som et samvirke mellom en rekke offentlige etater, frivillige hjelpeorganisasjoner og private selskaper med egnede ressurser til redningsinnsats. Det er politiet som koordinerer innsatsen i ulykkestilfeller.

Helsevesenet har et selvstendig ansvar for sine oppgaver i redningstjenesten. Se punkt 2.7.

Redningshelikopterressursene

Forsvarets redningshelikopter utgjør den viktigste ressursen i forbindelse med søk- og redningsarbeid. 330 skvadronens primæroppgave er i dag redningstjeneste til sjøs og på land.

330 skvadronen har totalt 12 Sea King redningshelikoptre fordelt på fire avdelinger og et detasjement (det vil si en base som ikke er fullverdig). En fullverdig base er oppsatt med to helikoptre og fire besetninger (Banak, Bodø, Ørland og Sola). Skvadronens hovedsete er i Bodø. Et midlertidig detasjement på Rygge har et Sea King helikopter og en besetning. Dette helikoptret inngår ikke i luftambulansetjenesten.

330 skvadronens primæroppgave er redningstjeneste. Redningstjeneste blir således prioritert før luftambulansetjeneste. Responstiden for redningshelikopter er i dag 60 minutter. Skvadronens deltakelse i luftambulansetjenesten er regulert i avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Forsvarsdepartementet. Rikstrykdeverket overfører hvert år et fast beløp til forsvaret. I 1999 utgjorde refusjonen ca. 23 millioner kroner. I tillegg kommer utgifter til legebemannning.

I henhold til avtalen utfører skvadronen nødvendige luftambulanseoppdrag innenfor rekkevidden til Sea King helikopteret, etter de til en hver tid antall timer som kan disponeres til luftambulanseoppdrag.

I tillegg kan hovedredningssentralene rekvirere luftambulanse til redningsoppdrag. Dette skjer ved at lokal redningssentral (politidistrikt) anmoder hovedredningssentralen om å få benytte ambulanshelikopter i forbindelse med for eksempel et søk etter savnet person.

I «Retningslinjer for rekvirering av luftambulanse» av 1. juli 1993 punkt. E, om redningstjenesten heter det:

«Hovedredningssentralen kan rekvirere ambulanshelikopter til redningsoppdrag, jfr. kgl. res. av 4. juli 1980. Dette vil gjelde ved større bilulykker, skredulykker, ulike katastrofer m.v. Helikopteret er da under politiets kommandomyndighet. Slik rekvirering skal skje ved henvisning til vedkommende luftambulansebase (AMK-sentral). Politiet forutsettes å ta nødvendig hensyn til behov for luftambulansetjenester. Under redningsoppdrag er fartøysjefen underlagt politiets kommandomyndighet med de begrensninger som hensynet til flysikkerhet m.v. setter.»

I 1999 ble det rekvirert luftambulanshelikoptre til 689 redningsoppdrag, 561 til lands og 128 til sjøs. Det virkelige tallet er sannsynligvis større da redningsoppdrag ofte omdefineres til ambulanseoppdrag, dersom man finner en skadet person som har behov for legehjelp.

Luftambulansetjenesten skal utføres i samsvar med Rikstrykdeverkets bestemmelser for flyoppdrag. Legebemannning og medisinsk teknisk utstyr skal være i samsvar med de til enhver tid gjeldende retningslinjer fra Sosial- og helsedepartementet.

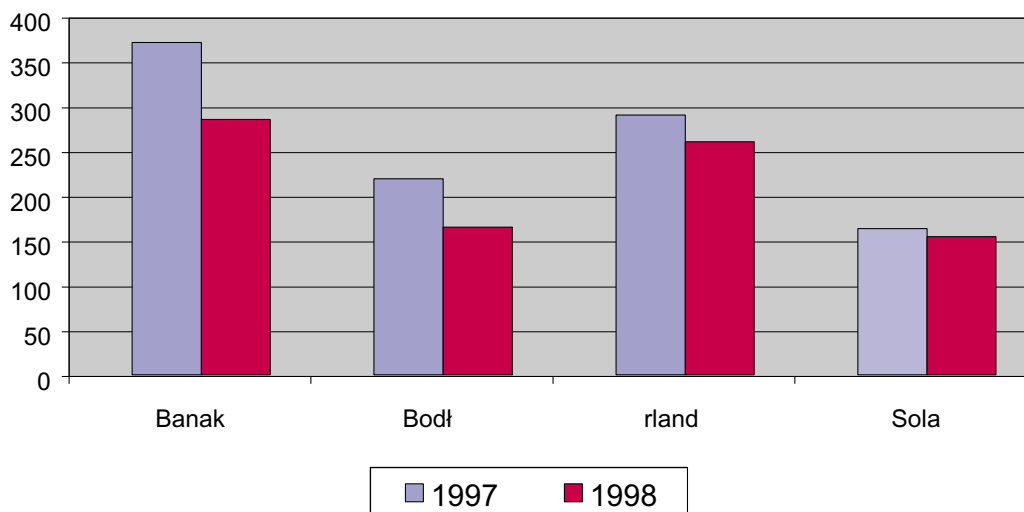
Antall redningsoppdrag med redningshelikopter har vært relativt stabilt de siste 15 årene med drøye 200 oppdrag per år. Antall ambulanseoppdrag har

stabilisert seg på ca. 700 i året. Luftambulanseoppdragene utgjør et flertall av redningshelikoptrenes aktivitet og bidrar således vesentlig til den operative treningen. Fra og med 1988 har det vært lege om bord på rednings- og ambulanseoppdrag med Sea King helikoptre.

Aktivitet - redningstjeneste

Bruken av redningstjenestens helikoptre i luftambulansetjenesten har gått ned i de senere år. Basen i Banak hadde en nedgang i flytid fra 371 timer i 1997 til 285 timer i 1998. Bodø reduserte virksomheten fra 219 timer i 1997 til 165 timer i 1998. Ørland fløy 290 timer i 1997 mot 260 timer i 1998. På tilsvarende måte reduserte Sola virksomheten med luftambulanse fra 163 timer i 1997 til 154 timer i 1998. Dette innebærer at samtlige redningshelikoptre fløy færre ambulanseflytimer i 1998 enn tidligere år.

Utvikling i flytid fra 1997 til 1998 for ambulanseoppdrag er grafisk framstilt i figur 5.3.



Figur 5.3 Utvikling i flytimer til ambulanseoppdrag fra 1997 til 1998.

Problemområder

Fra redningstjenestens side er det fremmet noen problemområder og synspunkter i forhold til luftambulansetjenesten:

- Ytterligere bruk av redningshelikoptre til luftambulanseoppdrag kan svekke primærfunksjonen (redningstjeneste). Det bør derfor utarbeides retningslinjer som klarere angir begrensninger i bruk av redningshelikoptre til luftambulanseoppdrag.
- Bruk av redningshelikoptre til ikke akutte ambulanseoppdrag har ikke vært forutsetningen og medvirker til å svekke beredskapen.
- Ved avlevering av pasient på flyplass må unødvendig venting på videre-transport til sykehus unngås.
- Luftambulansehelikopter er ikke et redningshelikopter. Redningstjenestens eventuelle behov for bruk av luftambulansehelikopter til lete- og redningsoppdrag, bør avklares av redningstjenesten.
- Ved 15 minutters beredskap på redningshelikoptrene, slik redningshelikopterutvalget foreslo, må legebemanningen vurderes på nytt.

Legebemannings og medisinsk-teknisk utstyr

De redningshelikoptre som inngår i luftambulansetjenesten skal ha det samme medisinsk-tekniske utstyret som ambulanshelikoptrene.

I dag er det et krav om legebemannings på redningshelikoptre som inngår i luftambulansetjenesten. Det er imidlertid ikke noe krav om at legen skal være i beredskap på basen.

I NOU 1998:8, «Luftambulansetjenesten i Norge», foreslås det at redningshelikopterbasen i luftambulansetjenesten bør ha legebemannings med anestesileger med minimum to års tjeneste ved anesthesiavdeling om bord.

Ideelt sett bør det være anestesileger om bord på redningshelikoptrene. Ved en responstid på 15 minutter som redningshelikopterutvalget foreslår, vil imidlertid innebære at legene må være på vakt på basene. Det vil være uheldig at leger kan bli sittende uvirksomme i beredskap på basene i lengere perioder. Særlig er dette uheldig der det er sykehus i nærheten av basene.

Luftambulanshelikoptrene som redningsressurs

I utgangspunktet er det redningshelikoptre som skal utføre redningsoppdrag. Ambulanshelikoptrene skal være en ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner. De skal ikke fungere som redningshelikoptre, men skal brukes som den prehospitale akuttmedisinske ressurs de faktisk representerer. I spesielle tilfeller vil det likevel være hensiktsmessig at ambulanshelikopteret starter for eksempel søk etter savnede personer mens de venter på redningshelikopteret.

En utvikling av ambulanshelikoptre i retning av redningshelikoptre vil blant annet forutsette større helikoptre og montering av heis. Dette er ikke bare et teknisk, utstyrmessig spørsmål, men vil også stille betydelig økte krav til trening og redningsmessig kompetanse. Større helikoptre kan bety tap av funksjonalitet blant annet ved økt krav til landingsplass. Nyttene ved dette vil ikke stå i rimelig forhold til kostnadene. Spørsmålet vil imidlertid bli annerledes vurdert dersom redningstjenesten kan akseptere bruk av mindre helikoptre i redningstjenesten.

5.1.5 Aktivitet

Luftambulansetjenesten utfører tre typer oppdrag:

- *Primæroppdrag*: Oppdrag der pasienten befinner seg utenfor sykehus på skadested eller hos primærhelsetjenesten.
- *Sekundæroppdrag*: Oppdrag der pasienten befinner seg på sykehus/institusjon med etablert øyeblikkelig hjelp funksjon. Transporten skjer fra lavere til høyere omsorgsnivå.
- *Tilbakeføringsoppdrag*: Oppdrag der pasienten blir fraktet fra et høyere omsorgsnivå til et lavere omsorgsnivå.

Siden 1988 har luftambulansetjenesten hatt en stor aktivitetsøkning. Det har vært en relativ sterk volumøkning fram til 1998. Utflatingen fra 1997 til 1998 kan delvis skyldes at kapasiteten på ambulansflyene er nær fullt utnyttet.

Om lag 11 000 pasienter behandles/transporteres i løpet av et år i Statens luftambulansetjeneste. Den største volumøkningen har vært innen ambulansflytjenesten. Pasienttallet økte her med 72 prosent i perioden 1988 til 1995.

Det er svært store regionale forskjeller i bruk av tjenesten. Et annet trekk ved utviklingen er at det har vært en dreining i retning transport av pasienter som allerede er hospitalisert (overføringsoppdrag).

Det har vært en liten økning i antall flytimer fra 1997 til 1998. Økningen for luftambulansedyene har vært ca. 60 timer det vil si 0,85 prosent. Ambulansehelikoptrene har fløyet ca. 74 timer mer i 1998 enn i 1997. Dette er en økning på 1 prosent.

Rekvireringsretningslinjer

Dagens retningslinjer for rekvirering av Statens luftambulanse er fastsatt av departementet 1. juli 1993. I retningslinjene er det slått fast at Statens luftambulansetjeneste skal være et supplement til den øvrige akuttmedisinske beredskap og integreres i denne.

Luftambulanse kan rekvireres når det foreligger sykdom eller skade som krever så rask og/eller kvalifisert akuttmedisinsk behandling og transport at bruk av ambulansebil eller ambulansebåt ikke anses som forsvarlig. Luftambulanse kan også rekvireres i situasjoner hvor tidsfaktoren ikke er avgjørende, men hvor det av hensyn til pasientens tilstand anses uhensiktsmessig å anvende bil- eller båtambulanse.

Luftambulanse skal primært rekvireres av lege. Andre enn leger kan anmode om luftambulanse i situasjoner hvor luftambulanse anses som absolutt nødvendig. Ved primæroppdrag som må iverksettes umiddelbart skal vakthavende lege ved luftambulansebasen i samråd med rekvirerende lege ta standpunkt til om luftambulanse skal brukes. Rekvirerende lege har imidlertid avgjørelsesmyndighet.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 1994 en revisjon av daværende retningslinjer for rekvirering. Forslaget innebar blant annet at fylkeskommunene selv skulle dekke utgifter i forbindelse med tilbakeføringsoppdrag. Videre skulle AMK-sentralene stå ansvarlig for iverksetting og oppfølging av akutte ambulanseoppdrag. Revisjonen førte ikke til at retningslinjene ble endret.

Luftambulanseutvalget understreket at retningslinjene for rekvirering bør være et virkemiddel og styringsverktøy for å realisere formålet med tjenesten. Utvalget konkluderte med at dagens retningslinjer for rekvirering i hovedsak burde beholdes. Tilbakeføringsoppdrag bør imidlertid betales av fylkeskommunene der pasienten er hjemmehørende slik eksisterende regelverk forutsetter. Det må dessuten ikke åpnes for så mange tilbakeføringsoppdrag slik at det går ut over beredskapen og prioriterte oppgaver.

I statsbudsjettet for 2000 la Regjeringen fram forslag om at fylkeskommuner som ønsker å benytte flyene til tilbakeføringer må dekke deler av kostnadene selv (5 millioner kroner). Stortinget sluttet seg til forslaget. Se punkt 5.1.6 om tilbakeføringsoppdrag.

Responstid

De sivile ambulansehelikoptrene har en responstid, (tidsintervallet fra alarmtidspunktet til luftfartøyet letter fra bakken), på maksimalt 15 minutter hele døgnet. I praksis kan helikoptrene rykke ut i løpet av 5-10 minutter på dagtid og ca. 15 minutter om natten. Kravet til responstid er hjemlet i avtalen mellom

Rikstrygdeverket og den enkelte operatør. Basene for luftambulanshelikoptre er hovedsakelig lokalisert ved sykehus med akuttavdeling. Dette er ikke tilfelle for basene i Ål, på Dombås og i Brønnøysund, som alle er tilknyttet kommunale helseinstitusjoner.

Den medisinske nytteverdien av luftambulansetjenester er i hovedsak knyttet til to forhold; akuttmedisinsk kompetanse og tidsfaktoren. Den akuttmedisinske kompetanse i Statens luftambulanse utgjør henholdsvis leger med spesiell akuttmedisinsk kompetanse (oftest anestesileger) og spesialsykepleiere. Tidsfaktoren kan deles opp i to elementer:

- Tiden fra den akuttmedisinske tilstanden inntreffer til adekvat akutthjelp blir gitt, det vil si stabilisering av livstruende skader/sykdom.
- Tiden fra tilstanden inntreffer til endelig behandling i sykehus. Begge elementene er viktige, men med ulik tyngde ved ulike akuttmedisinske tilstander.

Bruk av helikopter eller fly er et alternativ til bil- eller båtambulanse. Forutsatt at responstiden (tiden fra varsling til utrykking) for flyoperativt personell og helsepersonell er kort, bidrar bruk av luftambulansen til rask transport av medisinsk kompetanse og utstyr ut til pasient/skadested. Dette muliggjør tidlig primær stabilisering av livstruende sykdom eller skade. Likeledes innebærer bruk av luftambulanse at pasienten raskt kan transporteres inn til sykehus for endelig behandling under pågående medisinsk overvåking og behandling.

Fordelen ved bruk av ambulanshelikopter kontra ambulansfly er relatert til at utrykkingstiden (tiden fra varsling til medisinsk personell er framme hos pasienten) kan reduseres. Dette er mulig ved at helsepersonell og medisinsk utstyr raskt kan bringes helt fram til pasient/skadested med helikopter. Videre vil transporttiden inn til sykehus også kunne reduseres i forhold til bruk av fly ved at ambulanshelikopter i motsetning til fly kan lande i sykehusets nærområde. Dette forutsetter imidlertid at avstanden mellom skadested og sykehus ikke overstiger en viss avstand og at avstanden mellom landingsplass for ambulanshelikopter og sykehusets akuttmottak er begrenset.

I rapporten fra Flyhavarikommisjonen (april 2000) om luftfartsulykken ved Vevring i Førdefjorden høsten 1996 har kommisjonen tilrådd at Rikstrygdeverket i samarbeid med Luftfartstilsynet og operatørene vurderer om rammebetingelsene på 15 minutters utrykkingstid er tilstrekkelig til å ivareta nødvendige forberedelser. Videre bør det også vurderes om det er tilstrekkelig tid til at flybesetning/helikopter kan ha base på et annet sted enn lege og redningsmann. Rikstrygdeverket har startet opp arbeidet med å følge opp tilråningene fra Flyhavarikommisjonen.

Et annet viktig moment i forhold til behandling av kritiske syke pasienter er at man ved bruk av ambulanshelikopter kan redusere antall omlastninger av pasienter fra for eksempel sykebil til helikopter/fly og visa versa. Omlasting av kritisk dårlige pasienter utgjør både et tidstap i forhold til endelig behandling i sykehus, men også økt risiko for destabilisering av vitale organfunksjoner hos kritisk syke eller skadede pasienter. Bruk av bilambulanse og akuttmedisinsk følgepersonell for transport av pasienter mellom landingsplass/flyplass og sykehus, har også ressursmessige og beredskapsmessige konsekvenser, både for lokal ambulansetjeneste og de akuttavdelinger som må avse helsepersonell til ledsaging av denne typen transporter.

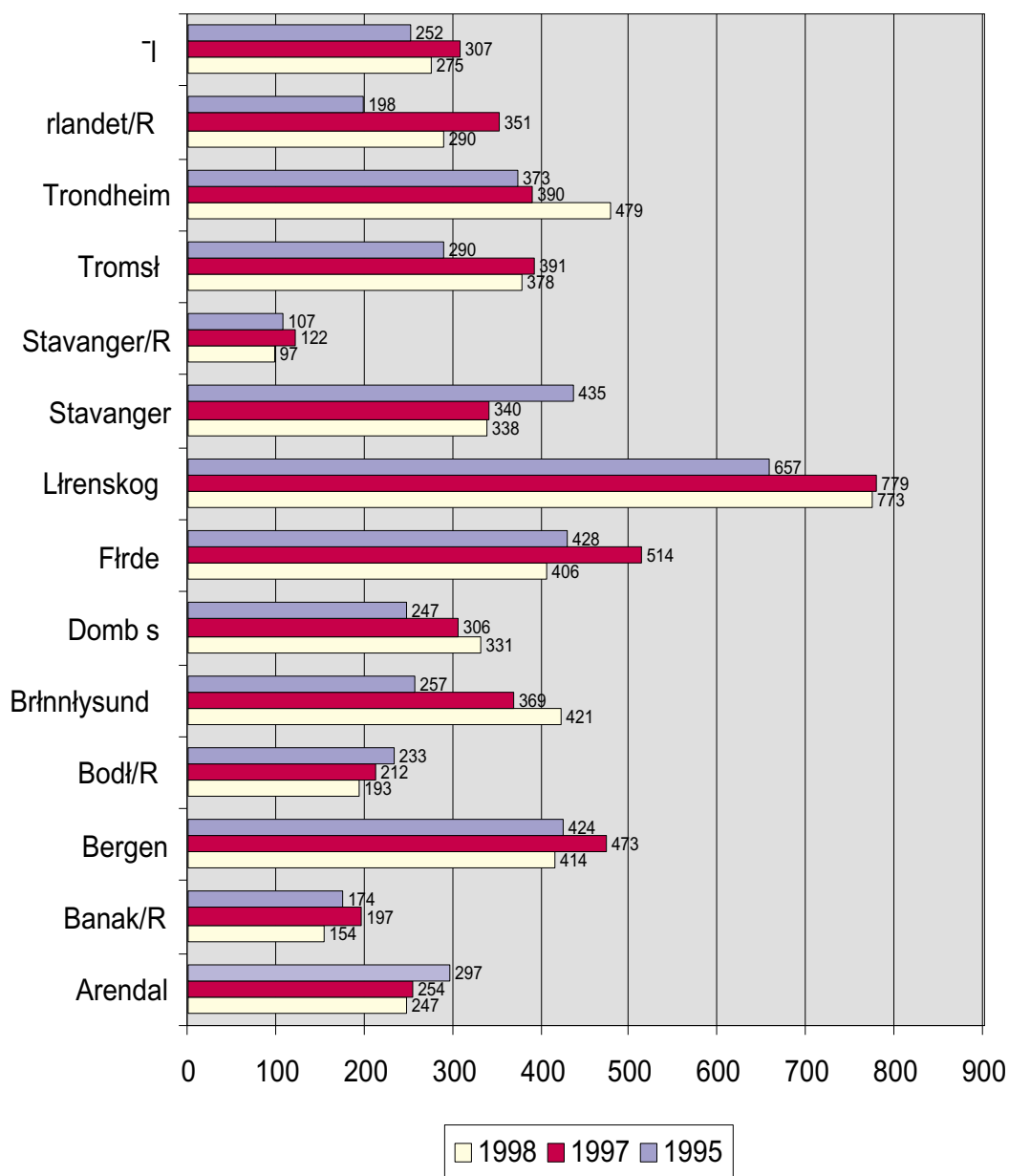
Responstiden for ambulansfly er maksimalt 30 minutter.

Redningshelikoptrene har en responstid på 60 minutter. Gjennomsnittelig faktisk responstid på de ulike basene varierer mellom 20 og 50 minutter. Der-
som responstiden skal senkes til 15 minutter slik det er foreslått i NOU 1997:3
«Om redningshelikoptertjenesten» forutsetter det at lege er stasjonert ved
basen. Responstiden vil bli vurdert nærmere i den bebudede stortingsmelding
om redningshelikoptertjenesten. Redningstjenesten prioriterer i dag red-
ningsoppdrag forran luftambulanseoppdrag. Dette sammen med lengre
bedredskapstid og flyvetid gjør at redningshelikopterene ikke direkte kan
sammenlignes med ambulanshelikoptertjenesten.

Aktivitet i ambulanshelikoptertjenesten

5 202 pasienter ble behandlet av legehelikoptertjenesten i 1998. For første
gang i tjenestens historie er det registrert en nedgang i antall pasienter. Det
er en nedgang på 212 pasienter i forhold til 1997, som tilsvarer 4 prosent. Ned-
gangen kommer etter en lengre periode med en årlig økning på 7-8 prosent.
12 av de 15 basene (sivile og redningshelikopterbasen) hadde en nedgang i
antall pasienter. Størst reduksjon var det ved basen i Førde på 108. Trond-
heimsbasen hadde den største aktivitetsøkningen på 89 pasienter.

Figur 5.4 viser gjennomførte pasienttransporter fordelt etter base for 1995,
1997 og 1998.



Figur 5.4 Samlet antall pasienter fordelt etter helikopterbase. Gjennomførte pasienttransporter i 1995, 1997 og 1998. Redningstjenestens baser er merket med R.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

Registrerte utrykninger med legebil

Ni ambulanshelikopterbaser har legebil, som er finansiert av stiftelsen Norsk luftambulans. Dette er personbiler som er utstyrt med tilsvarende medisinsk-teknisk utstyr som ambulanshelikoptrene. De rykker ut med lege og redningsmann som sjåfør. Funksjonelt kan de betraktes som en legebemannet ambulans, uten mulighet til å frakte liggende pasienter.

I 1998 ble det utført 2 081 utrykninger med legebil. Det er særlig baser i/ved de større byene som bruker legebil. De fem bynære basene i Arendal, Bergen, Lørenskog, Stavanger og Trondheim, sto for 93 prosent av oppdragene.

Samlet sett for de ni basene utgjorde aktiviteten med legebil 38 prosent av det totale antall oppdrag.

Tabell 5.1 viser fordelingen av ambulanseoppdrag utført med henholdsvis legebil og helikopter.

Tabell 5.1: Antall pasienter assistert av luftambulansepersonell. Gjennomførte ambulanseoppdrag utført med henholdsvis legebil og helikopter i 1998.

Helikopterbase	Bil	Helikopter	Sum
Stavanger	520	338	858
Bergen	495	414	909
Trondheim	451	479	930
Lørenskog	303	773	1 076
Arendal	171	247	418
Dombås	54	331	385
Førde	29	406	435
Ål	42	275	317
Banak / R	16	154	170
Totalt	2 081	3 417	5 498

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning

Typer oppdrag og aktivitet etter base

Fordelingen mellom *primæroppdrag* og *sekundæroppdrag* har i lengre tid holdt seg stabil, med 80 prosent primæroppdrag og 19 prosent sekundæroppdrag. For sekundæroppdrag og tilbakeføringsoppdrag med helikopter ble 63 prosent av pasientene hentet på lokalsykehus. Regionsykehusene var mottakere av flest pasienter (68 prosent).

Tabell 5.2 gir en oversikt over type helikopteroppdrag fordelt etter base.

Tabell 5.2: Typer helikopteroppdrag fordelt prosentvis etter base. Gjennomførte pasienttransporter i 1998.

Helikopterbaser	Primæroppdrag	Sekundæroppdrag	Annet	Antall pasienter
Arendal	72	28	0	234
Banak / R ¹	100	0	0	121
Bergen	68	27	5	414
Bodø / R	94	5	0	161
Brønnøysund	96	4	0	421
Dombås	85	14	1	319
Førde	47	47	6	406
Lørenskog	76	23	1	766
Stavanger	92	8	0	332
Stavanger / R	32	68	0	72
Tromsø	86	13	1	376
Trondheim	77	21	2	477

Tabell 5.2: Typer helikopteroppdrag fordelt prosentvis etter base. Gjennomførte pasienttransporter i 1998.

Ørlandet/R	88	12	0	240
Ål	94	6	0	267
Ålesund	53	43	4	406
Sum prosent	80	19	1	100
Antall	4010	952	50	5012 ²

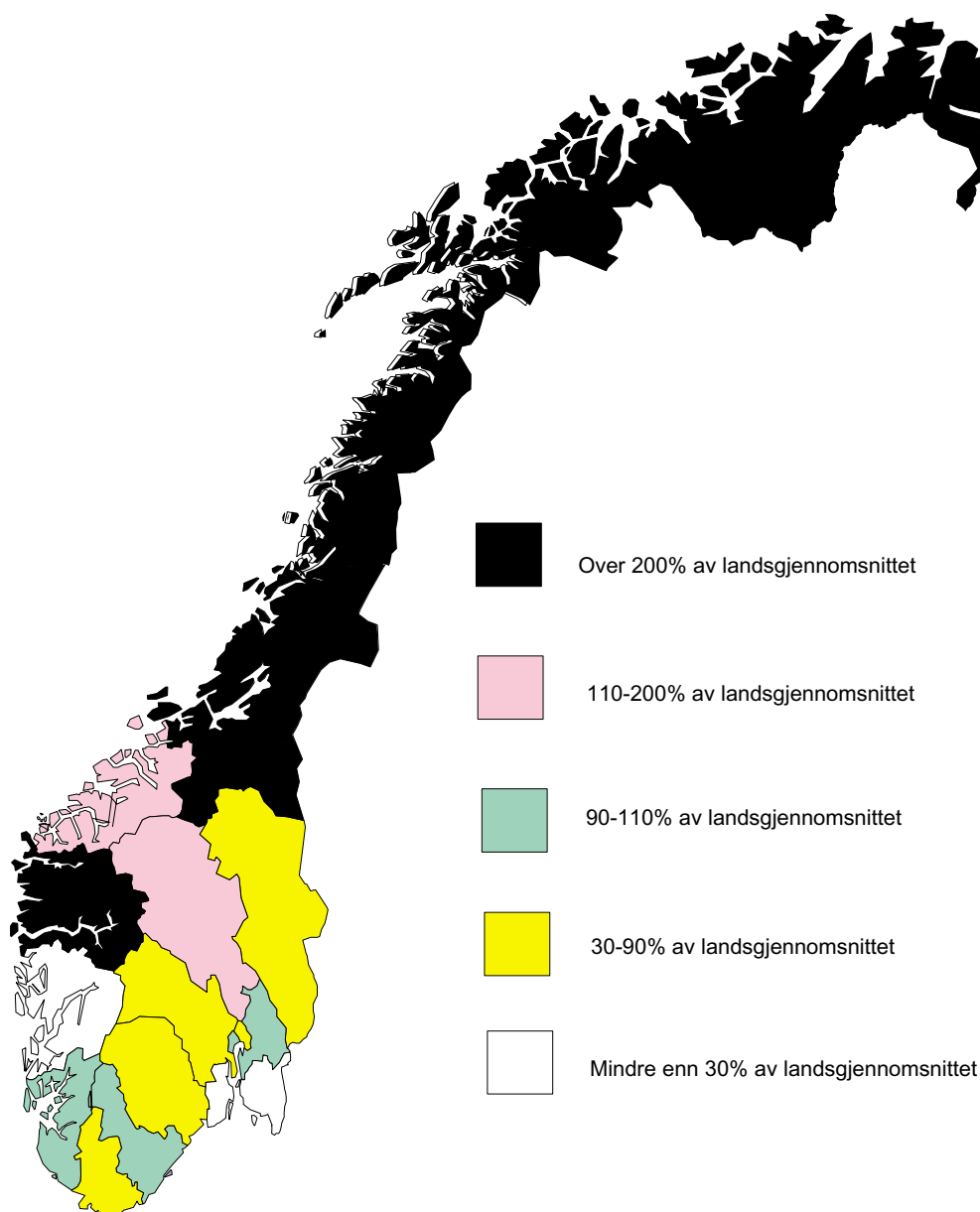
¹ Eksklusive søk- og redningsoppdrag. Baser med redningshelikoptre er merket med /R.

²Antall oppdrag ikke fullstendig. Mangler data fra noen baser om fordeling mellom ulike oppdrag.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Det er store regionale variasjoner i bruk av helikopter til primæroppdrag, se figur 5.5. Fylket med høyeste forbruk per innbygger hadde 13 ganger så mange primæroppdrag som fylket med laveste forbruk per innbygger. Denne forskjellen ble redusert noe fra 1997 til 1998. Befolkningen i de tre nordligste fylkene, Trøndelagsfylkene og Sogn og Fjordane hadde det høyeste forbruk av luftambulansetjenester per innbygger.

Luftambulansetjenesten må sees i sammenheng med bil- og båtambulansetjenesten. Akuttmedisin er alltid en «kamp mot klokken» og når behovet for behandling og transport oppstår må det foretas en individuell vurdering av hvilket transportmiddel som er mest hensiktsmessig. Basens beliggenhet i forhold til pasientens lokalisering spiller også en stor rolle i vurderingen.



Figur 5.5 Bruk av legehelikopter til primæroppdrag fordelt etter bostedsfylke og relatert til befolkningen i området. Prosent av landsgjennomsnittet i 1998. Alle baser unntatt Bergen.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Tidsfaktorer innenfor helikoptervirksomheten

En potensiell effekt av luftambulansetjenestens innsats er tidsgevinster. Dette består både av å yte rask assistanse utenfor sykehus, og gi rask transport til sykehus med adekvat behandlingstilbud for den enkelte pasient. For akutte oppdrag var *utrykkingstiden*, det vil si tidsintervallet fra mottatt alarm til man var framme hos pasienten, i gjennomsnitt på 27 minutter for de vanlige legehelikoptrene og 63 minutter for redningshelikoptrene.

Tabell 5.3 angir fordeling av oppdrag etter hastegrad eller prioritet for primæroppdragene slik de ble vurdert av det medisinske personalet som mottok meldingen eller alarmen, vanligvis en AMK-sentral. Graderingen går fra

akutt, hastertil vanlig, der det ved de akutte oppdragene er behov for umiddelbar innsats for å sikre vitale funksjoner (referanse: Norsk medisinsk indeks).

Tabell 5.3: Vurdert hastegrad eller prioritet for helikopterpasienter i 1998.

Helikopterbase	Akutt	Haster	Vanlig	Annet	Antall pasienter
Lørenskog	98	2	0	0	584
Trondheim	98	2	0	0	368
Stavanger	93	6	1	0	306
Dombås	90	9	1	0	272
Arendal	78	21	1	0	168
Bergen	76	16	3	0	280
Ålesund	75	21	4	0	215
Ål	71	25	4	0	252
Brønnøysund	67	29	4	0	173
Banak/R	45	52	2	2	121
Stavanger/R	44	57	0	0	23
Bodø/R	41	44	14	1	152
Tromsø	19	72	9	1	324
Ørlandet/R	17	83	0	0	211
Totalt prosent	73	25	2	0	100
antall	2501	858	86	4	3449

¹ Data fra basen i Førde inngår ikke.

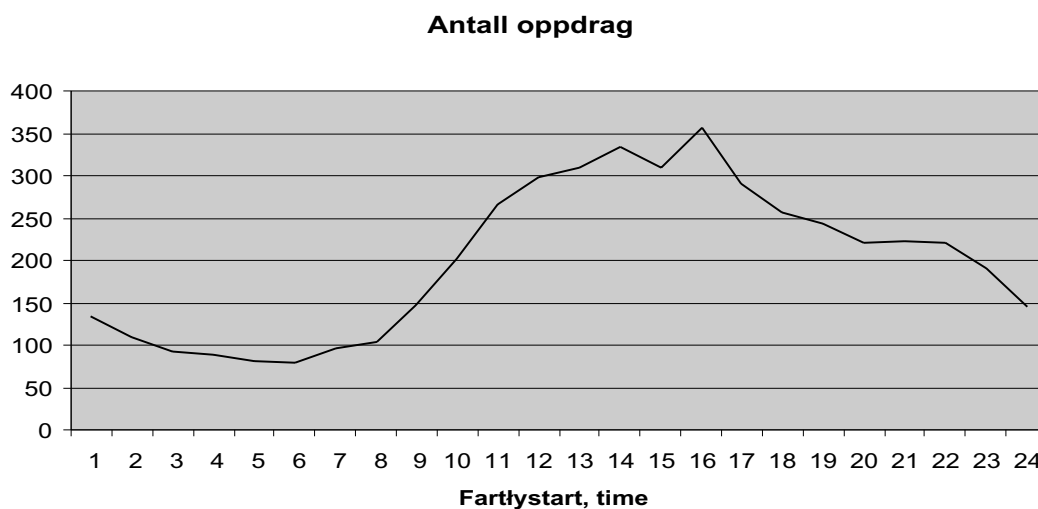
Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Av primæroppdragene ble nesten 75 prosent definert som akutt. Andel akuttoppdrag varierer mye mellom basene. Variasjonene kan knyttes til reelle forskjeller i pasientgrunnlaget, men kan også være basert på vurderingsforskjeller basene i mellom. Redningshelikoptrene har generelt lave akuttandeler enn ambulanshelikopter og fly. Akuttandelen er i gjennomsnitt 30 prosent. En mulig årsak til dette kan være at de akutte oppdragene i områdene i større grad går til instanser som raskere kan være på stedet og iverksette behandling og alternativ transport.

Når det gjelder fordelingen over døgnet, var aktiviteten på sitt høyeste mellom klokken 1100 og 1600. Aktiviteten holdt seg imidlertid høy utover kveld og natt. 42 prosent av oppdragene hadde fartøystart i perioden 1700-0600. Fordeling av oppdrag over døgnet er tilnærmet uendret fra 1995 og 1997.

For helikoptervirksomheten har nattflyging eller flygning i mørket kommet i fokus i forbindelse med diskusjonen om flysikkerhet. I NOU 1998:8 «Luftambulansetjenesten i Norge» fastslår man at de aller fleste ulykkene i helikoptertjenesten i Norge har skjedd ved dårlig sikt eller i mørket. For å redusere ulykkesrisikoen, har man i enkelte land innskrenket aktiviteten på kvelds- og nattid. Hvis en slik begrensning ble innført her til lands ville det innebære en betydelig reduksjon av tilbudet.

Figur 5.6 viser helikopteraktiviteten gjennom døgnet, definert ut fra tidspunkt for fartøystart.



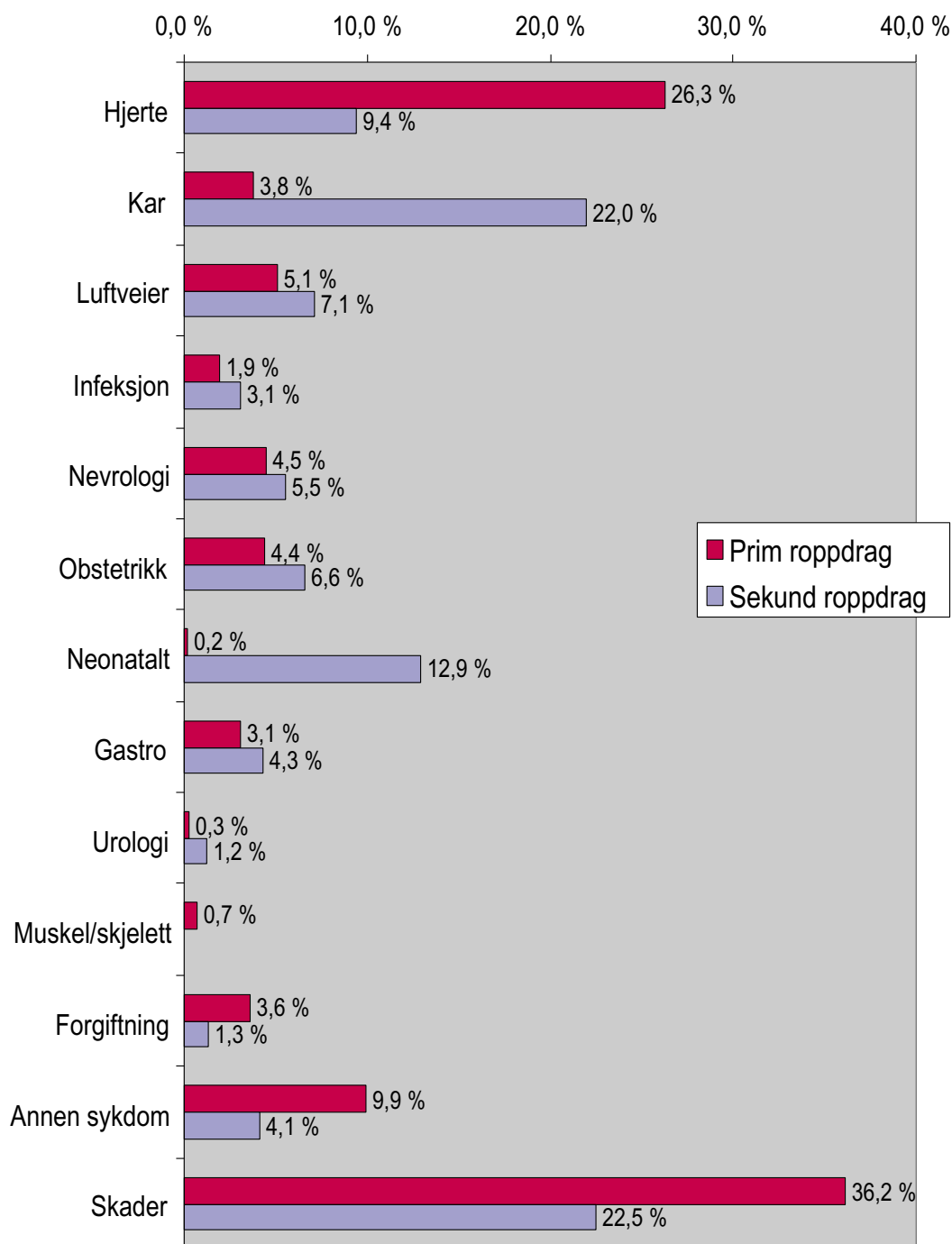
Figur 5.6 Fordeling over døgnet for aktiviteten med helikopter etter tidspunkt for fartøystart. Alle ambulanseoppdrag i 1998. Alle baser unntatt Førde. Antall helikopteroppdrag er 4604.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Medisinsk innhold for ambulansehelikopter

Pasientsammensetningen varierer etter type oppdrag. For primæroppdrag med helikopter er det to dominerende grupper; skader og pasienter med hjertesykdom. Sekundærtransporten har en jevnlig fordeling mellom diagnosegruppene, men skade- og karlidelser utgjør også her de største pasientgruppene.

Figur 5.7 viser fordeling av pasienter fraktet med helikopter fordelt etter diagnosegruppe og oppdragstype.



Figur 5.7 Diagnosegrupper for helikopterpasienter etter oppdragstype. Gjennomførte pasienttransporter i 1998. Oppdragene fordeler seg i prosent på 2996 primæroppdrag og 742 sekundæroppdrag.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Andelen helikopterpasienter vurdert av luftambulanspersonalet til å ha livstruende tilstand (gruppe 5 og 6 etter NACA-skalaen for alvorlighetsgrad), varierte mellom basene fra 10 til 40 prosent. Basene med de alvorligste syke / skadde pasientene hadde en overvekt av pasienter med hjerte- og karsykdommer, samt alvorlige skader.

Blant de hyppigste mer avanserte behandlingstiltak iverksatt etter at legehelikopteret kom fram til åstedet ved primæroppdrag, kan nevnes intubering, anestesi, volumbehandling og bruk av ventilator. Det er imidlertid de generelle tiltakene venekanyler, monitorering, oksygentilførsel, væskebehandling og medikasjon som forekommer hyppigst.

Naca-skalaen fremgår av boks 5.2.

Boks 5.2 NACA-skala etter alvorlighetsgrad

0= Ingen sykelige funn.

1= Lett skade. Ikke akutt behandlingstrengende sykdom.

2= Mindre skader eller akutt sykdom med krav til beredskap for behandling.

3= Moderat skade. Alvorlige sykdommer uten fare for vitale funksjoner.

4= Flere, større skader eller sykdom med mulighet for påvirkning av vitale funksjoner.

5= Større, alvorlige skader eller sykdom med akutt fare for vitale funksjoner.

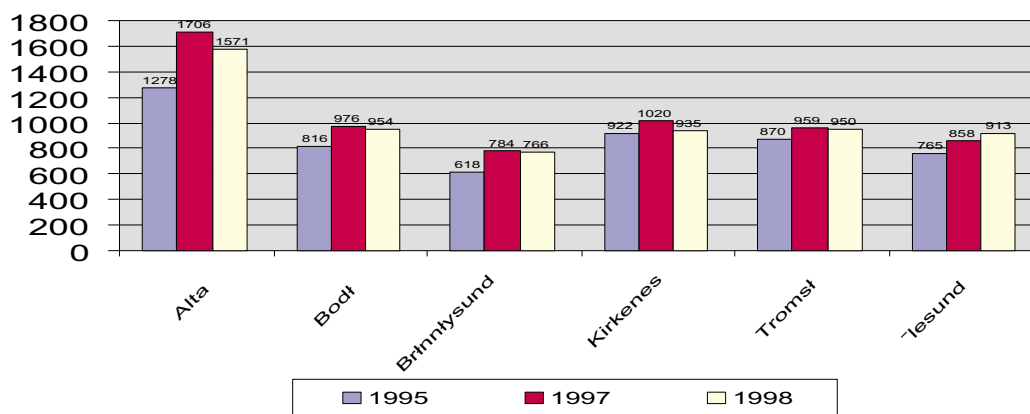
6= Alvorlig skade/sykdom med manifest svikt av vitale funksjoner.

7= Dødlige skader/død på sykdoms- skadestedet.

Aktivitet i ambulanseflytjenesten etter antall pasienter

Det ble behandlet 6 035 pasienter i 1998. Også ambulanseflyene hadde en stabilisering i oppdragsmengden. Antall flytimer var omtrent uendret fra 1997 til 1998, mens antall transporterte pasienter gikk ned med 268 pasienter, eller 4 prosent. Det er små endringer ved de fleste basene. Alta er et unntak med en reduksjon på 11 prosent. Til tross for reduksjonen er det basen i Alta som transporterer flest pasienter.

Figur 5.8 viser antall transporterte pasienter fordelt etter base.



Figur 5.8 Antall pasienter transportert med ambulansefly etter base. Gjennomførte pasienttransporter i 1995, 1997 og 1998

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Typer oppdrag for ambulansefly

Ambulanseflyene i Nord-Norge har 39 prosent primæroppdrag. Andelen primæroppdrag er stadig synkende, i 1995 utgjorde primæroppdragene halvparten av oppdragene. Man finner ulike praksisprofiler for ambulanseflyene, der basene i Alta og Kirkenes har hovedvekt av primæroppdrag. Flyet i Bodø har etablert seg med praksis som et typisk «overføringsfly», mens Tromsø og Brønnøysund plasserer seg mellom disse to ytterpunktene. Dette mønstret har endret seg lite.

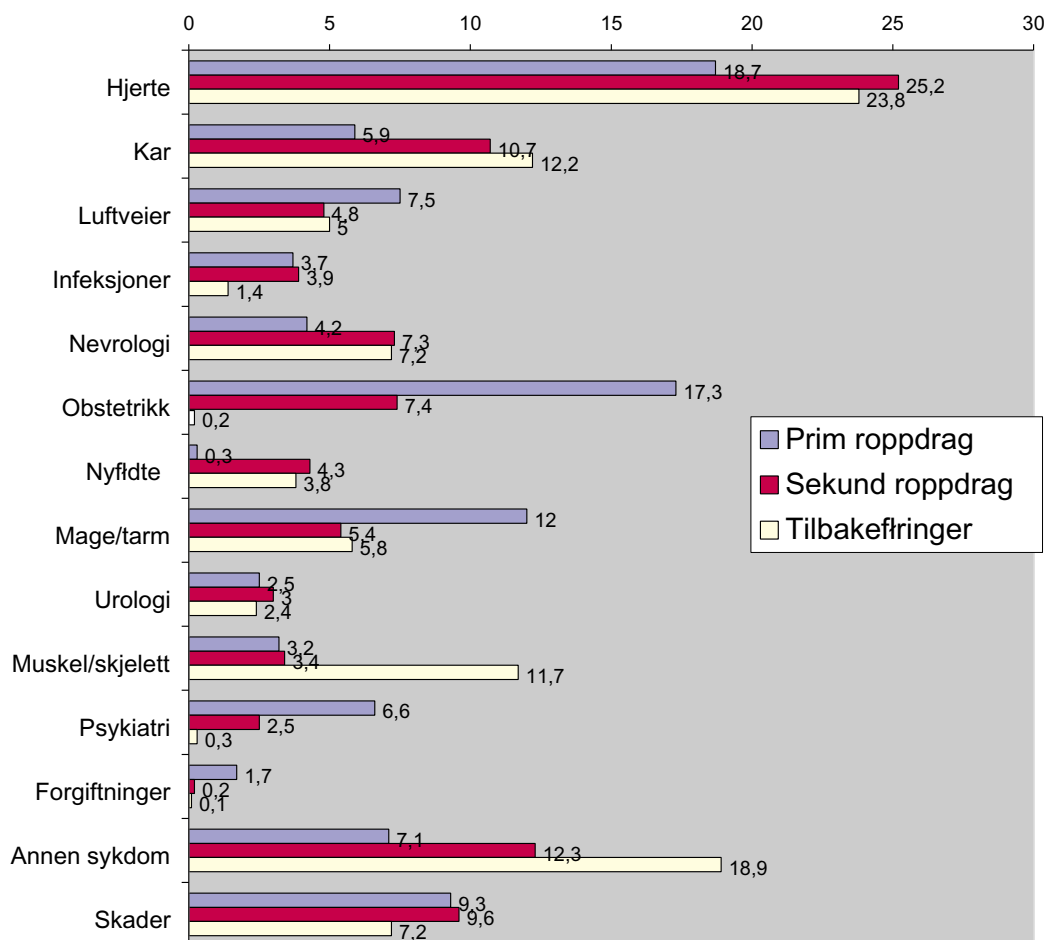
Flertallet av primæroppdrag med ambulansefly ble definert som akutt- eller hasteoppdrag. For sekundær- og tilbakeføringsoppdragene var 65 prosent «bestilt», altså planlagte, ikke-haste oppdrag.

Aktiviteten for ambulanseflyene over døgnet, målt som tidspunkter for fartøystart, viser at en stor del foregikk på dagtid, mens primæroppdragene hadde en jevnere fordeling over døgnet.

Medisinsk innhold for ambulansefly

Også for ambulanseflyene varierte pasientsammensetningen etter type oppdrag, samtidig som den var ulik den man finner for helikopterpatientene. For *primæroppdragene* med fly finner man ganske sammensatte grupper, der hjertepasienter og fødende var de største gruppene. Mage/tarm-lidelser forekom også ofte. Skader utgjorde knapt 10 prosent, mens psykiatriske pasienter sto for 7 prosent. For pasienter som ble *overført* mellom sykehus, var hjerte- og karlidelser vanligste diagnosegrupper.

Figur 5.9 viser antall pasienter fraktet med ambulansefly fordelt etter oppdragstype og diagnosetype.



Figur 5.9 Diagnosegrupper for flypasienter etter oppdragstype. Gjennomførte pasienttransporter i 1998. Prosenten fordeler seg på 1986 primær-, 2284 sekundærtransporter og 1757 tilbakeføringer.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Andel pasienter med sykdom/skade med høy alvorlighetsgrad var større blant pasientene i Sør-Norge enn i Nord-Norge. En stor andel av pasienter fraktet med ambulansfly i Nord-Norge ble vurdert til å ha sykdom/skade med en relativt lav alvorlighetsgrad. Andelen pasienter med alvorlige sykdom/skade var helt nede i 2 prosent på en av basene. Noe av forskjellene mellom basene kan forklares med en høy andel hjerte/karsykdommer og nyfødte i pasientpopulasjonen til basene med den største andelen alvorlige tilstander.

5.1.6 Tilbakeføringsoppdrag

Selv om luftambulansetjenestens primære funksjon skal være akuttmedisin, har tilbakeføringsoppdragene fått stadig større plass innenfor flytjenestens totale aktivitet. Dette er oppdrag som ikke er akuttmedisinsk begrunnet, og omtrent alle tilbakeføringer er bestilte oppdrag. For 1998 utgjorde tilbakeføringene ca. 30 prosent av alle pasienttransportene med luftambulansens fly.

Grunnleggende begreper og lovgrunnlag

Man skiller mellom to hovedgrupper transporter:

- Ambulansetransport (bil-, båt- og luftambulanse).
- Syketransport.

Sykehusloven definerer ambulansetjenester på følgende måte: «Beredskap for eller transport i forbindelse med undersøkelse eller behandling av pasienter som på grunn av sykdom eller skade har behov for å bli transportert på bære eller som har behov for medisinsk behandling eller tilgang til medisinsk utstyr under transporten.»

I følge forskrift til folketrygdloven defineres syketransport som: «Transport av pasienter og eventuelle nødvendige ledsager i forbindelse med undersøkelse og behandling hos helsepersonell, i institusjon med videre i tilfeller der pasientens sykdom eller skade ikke gjør det nødvendig å bruke ambulanse.»

I retningslinjene for rekvirering av luftambulanse punkt A heter det:

«Luftambulanse kan rekvireres når det foreligger sykdom eller skade som krever så rask og / eller kvalifisert akuttmedisinsk behandling og transport, at bruk av ambulansebil eller ambulansebåt ikke anses som forsvarlig. Luftambulanse kan også rekvireres i situasjoner hvor tidsfaktoren ikke er avgjørende, men hvor det av hensyn til pasientens tilstand ikke anses hensiktsmessig å anvende bil- og / eller båtambulanse».

Andre avsnitt i rekvireringsreglene for luftambulanse åpner for at tjenesten kan brukes til andre formål enn de rent akuttmedisinske oppdragene. Tilbakeføringer er eksempler på denne typen transport. Formålet med slike oppdrag er å frigjøre kapasitet ved sykehuset eller spesialsykehus for å kunne ta i mot andre øyeblikkelig hjelp pasienter eller å bringe pasienten til eget hjemfylke slik at hjemfylket kan redusere sine utgifter til gjestepasientdøgn. Det kan også være snakk om overføring til eget hjem, sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjon.

I forskrift om dekning av utgifter til ambulansetransport av 11. mars 1997 § 8 står det:

«Folketrygden dekker ikke utgifter ved overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner med mindre overføringen skjer av akuttmedisinske grunner».

Etter dagens regelverk skal staten ikke betale for tilbakeføringsoppdrag. Denne bestemmelsen er imidlertid ikke blitt fulgt opp av trygdeetaten i praksis. Fylkeskommunene har dermed siden 1988 kostnadsfritt kunne bruke en ambulansetjeneste de var forutsatt å skulle betale for.

Riksrevisjonen har nylig gjennomført revisjon av luftambulanseområdet, der de slår fast at utgifter til luftambulansetransport av pasienter mellom helseinstitusjoner ikke skal dekkes av folketrygden, med mindre det skjer av akuttmedisinske grunner. Riksrevisjonen har bedt om en redegjørelse fra Rikstrygdeverket om hvorfor disse typer oppdrag har vært dekket av folketrygden.

I innstillingen fra luftambulanseutvalget ble det foreslått at tilbakeføringsoppdrag skal betales av fylkeskommunen der pasienten er hjemmehørende. Utvalget mente at det ville føre til en grundigere vurdering av hvilken ambulansform som bør benyttes ved tilbakeføringsoppdrag.

I St. prp. nr. 1 (1999-2000), «Folketrygden», ble det under kap 2750 Syke-transport m.v post 72 Luftambulansetransport, foreslått følgende:

«Etter forskrift om dekning av utgifter til luftambulansetransport, dekker ikke folketrygden utgifter ved overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner, med mindre overføringen skjer av akutt-medisinske grunner. Denne bestemmelsen er ikke blitt fulgt opp av trygdeetaten i praksis. Fylkeskommunene har dermed kostnadsfritt kunne bruke en ambulansetjeneste de var forutsatt å skulle betale for. NOU 1998:8 Luftambulansetjenesten i Norge, anbefaler en innskjerping av bestemmelsen i forskriften. Departementet foreslår at fylkeskommuner som ønsker å benytte flyene til tilbakeføringer må dekke kostnadene selv. Innsparingene er anslått til 5 mill kroner.»

Saken ble også omtalt under del I, Oversikt over Sosial- og helsedepartementets del av trygdebudsjettet, programområde 30 Helsevern:

«Samordning av luftambulansetransport

Luftambulanseutvalget (NOU 1998:8) har påpekt at dagens regelverk for dekning av utgifter til luftambulansetransport ikke blir fulgt opp i praksis. Det foreslås derfor en innskjerping av bestemmelsen om at fylkeskommunene skal betale for tilbakeføringsoppdrag. Tiltaket er anslått å gi en innsparing på 5 mill kroner i 2000.»

Under budsjettbehandlingen hadde Stortinget ingen merknader til forslaget i budsjettet, jf. Budsjett - inst. S. Nr. 11. Fylkeskommunene skal etter Stortingets vedtak betale for tilbakeføringsoppdragene.

Tilbakeføringsoppdrag har for luftambulansetjenesten lavere prioritet enn primær- og sekundæroppdrag og må ikke få et omfang som i vesentlig grad svekker den primære målsetting for luftambulansetjenesten. Da tjenesten ble opprettet var det en forutsetning at den i hovedsak skulle være forbeholdt akuttmedisinske tilstander.

Luftambulansetjenesten har imidlertid utviklet seg til å bli en svært sammensatt tjeneste som dekker svært ulike funksjoner og oppgaver, alt fra spesialisert nivå der det utøves avansert akuttmedisinsk intervensjon til et relativt basalt nivå der formålet først og fremst er rask transport til og fra eller mellom sykehus. Dette er en viktig faktor for den sterke aktivitetsøkningen for tjenesten i de senere år.

Bakgrunnen for endringen er blant annet den kraftige økningen i bruken av luftambulanse til tilbakeføringsoppdrag. Man nærmer seg nå kapasitetsgrensen for luftambulansedyene. Det er en reell frykt for at disse oppdragene kan gå på bekostning av akuttmedisinske oppdrag.

Organisering av tilbakeføringsoppdrag og AMK-sentralenes rolle

Det er først og fremst luftambulansedyene som foretar tilbakeføringsoppdrag. Av disse dyene er ett lokalisert i Sør-Norge (Ålesund) og de seks andre i Nord-Norge, spredt til fem baser: Brønnøysund, Bodø, Tromsø, Alta og Kirkenes.

I følge forskrift om nødmeldetjeneste skal AMK-sentralene ha ansvaret for iverksetting og oppfølging av akutte ambulansedyoppdrag. For ambulansedyene og overføringsdyet i Sør-Norge har vakthavende lege ved AMK-sentralen i Ålesund og Tromsø avgjørelsesmyndighet ved iverksettelse av oppdrag. Dette gjelder for alle typer oppdrag uansett hastegrad. I praksis betyr dette at selv om retningslinjene åpner for bruk av luftambulanse til oppdrag som ikke kan

begrunnes med verken hastegrad eller behov for spesiell medisinsk kompetanse, er AMK-sentralene tillagt rolle som «portvakt». De har myndighet til å avvise oppdrag med luftambulanse etter egen medisinsk vurdering.

Utviklingstrekk for tilbakeføringer med luftambulanse

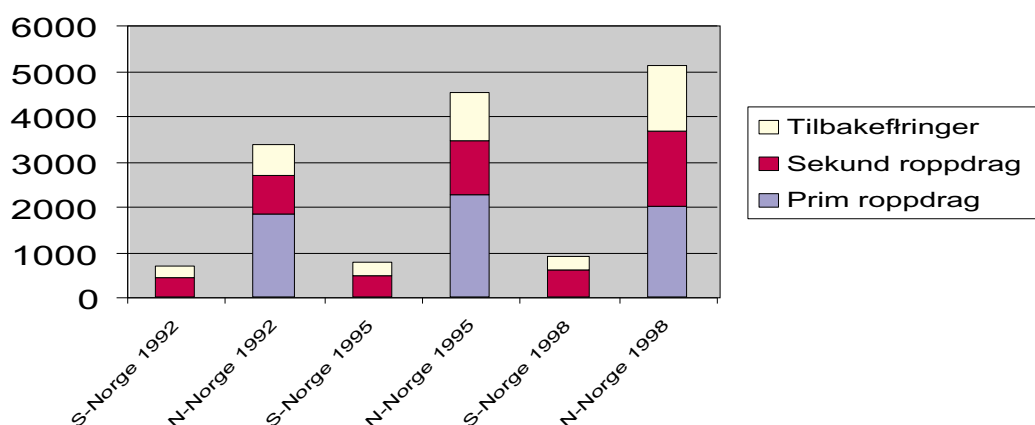
Det har vært en sterk økning i volumet av oppdrag med luftambulansetjenestens fly. I tillegg finner man et klart skille i utviklingen for Sør- og Nord-Norge. Det var 1757 tilbakeføringsoppdrag i alt i 1998, og 1458 eller 83 prosent av disse foregikk ved flybasene i Nord-Norge. Tabell 5.4 viser også at den økningen av tilbakeføringer som har skjedd i perioden, har vært lokalisert til basene i Nord-Norge. For Sør-Norges del er utviklingen i sterk grad begrenset av at det kun finnes et fly. Samlet sett økte antall tilbakeføringsoppdrag fra 918 i 1992 til 1757 i 1998, nesten en dobling av antall transporter i løpet av seks år.

Tabell 5.4:¹ viser antall pasienter transportert med flyambulanse i perioden 1992-1998.

Type oppdrag	1992		1995		1998	
	N-Norge	S-Norge	N-Norge	S-Norge	N-Norge	S-Norge
Primæroppdrag	1849	7	2241	15	1986	0
Sekundæroppdrag	846	432	1206	453	1670	614
Tilbakeføringsoppdrag	659	259	1049	297	1458	299

¹ Tallene i tabell 5.4 er også grafisk fremstilt i figur 5.10.

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.



Figur 5.10 Viser en grafisk fremstilling av antall pasienter transportert med flyambulanse i perioden 1992-1998.

De økonomiske konsekvensene for fylkeskommunene vil bli forskjellig når de nå må betale for tilbakeføringer med luftambulanseflyene selv. Basert på en variabel oppdragspris på kroner 4 550 (teknisk timepris) for en vei, vil kostnadene bli ubetydelige for de fleste av landets fylkeskommuner. De tre nordligste fylkene vil imidlertid få høyere utgifter ved ordningen. Staten vil fortsatt betale for de faste kostnadene og for helsepersonellet. Fylkeskommu-

nen skal bare betale for teknisk flytimepris. Gjennomsnittskostnaden per luftambulanseoppdrag er ca. 25 000 kroner. Se tabell 5.6.

Andre former for flytransport : Syketransportflyet i Sør-Norge

Det er AMK-sentralen ved Sentralsykehuset i Akershus som tar i mot bestillinger, og koordinerer transport med syketransportflyet. Flyet er bemannet med medisinsk ledsagerpersonell (ambulanspersonell), og er utstyrt primært for oksygenbehandling. Flyet har også akuttmedisinsk utstyr og defibrillator, men pasienten skal ikke ha behov for annet enn ordinær pleie og oksygenbehandling. Det er plass til to bårer og to sittende pasienter/pasasjerer.

Syketransportflyet er operativt på dagtid, med en tjenestetid fra mandag til og med lørdag fra klokken 0800 til 1900. Syketransportflyet skal i utgangspunktet benyttes til transport i Sør-Norge. Pasienter som tilbakeføres med dette flyet, er generelt mindre alvorlig syke, enn pasienter som tilbakeføres med luftambulansflyet i Sør-Norge. Syketransportflyet hadde i 1988 totalt 688 oppdrag, der 242 var tilbakeføringsoppdrag.

Økonomiske konsekvenser

I tabell 5.5 presenteres totale oppdragstall og økonomi for flyambulansetjenesten og for syketransportflyet i Sør-Norge. Tallene er fra 1998. Som tabellen viser, er det relativt store variasjoner i utgifter per oppdrag og per flytime. Alta har to fly, derav den store oppdragsmengden.

Tabell 5.5: Aktivitet og årlige kostnader for luftambulansflyene og syketransportflyet i Sør-Norge fordelt etter base. 1998-tall inklusiv helsepersonell.

Base	Totale Kostnader	Antall oppdrag	Kroner per oppdrag	Antall flytimer	Kroner per Flytimer
Alta	18 890 664	1 517	12 452	1 825	10 351
Bodø	9 582 362	954	10 044	952	10 065
Brønnøysund	7 712 632	766	12 680	989	9 820
Kirkenes	9 103 314	935	9 736	815	11 170
Tromsø	10 068 729	950	10 598	1 092	9 220
Ålesund	11 226 794	913	12 296	1 424	7 884
Bakvaktstfly	1 186 080				
LAT	69 770 575	6 035	11 561	7 097	9 831
Syketransportfly	8 699 760	688	12 645	980	8 877

Kilde: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Flyene i Alta og Brønnøysund har høyest utgifter per oppdrag av luftambulansflyene. Dette forklares med at antall oppdrag er noe mindre for flyene ved disse basene enn ved de andre basene.

Det er verdt å merke seg at flyet i Ålesund har ca. 30 prosent flere flytimer enn det mest aktive flyet i Nord-Norge.

Syketransportflyet er ca. 1,1 millioner kroner billigere på årsbasis, enn gjennomsnittskostnadene for luftambulanseflyene. Dette skyldes at flyet ikke har døgnkontinuerlig vakt.

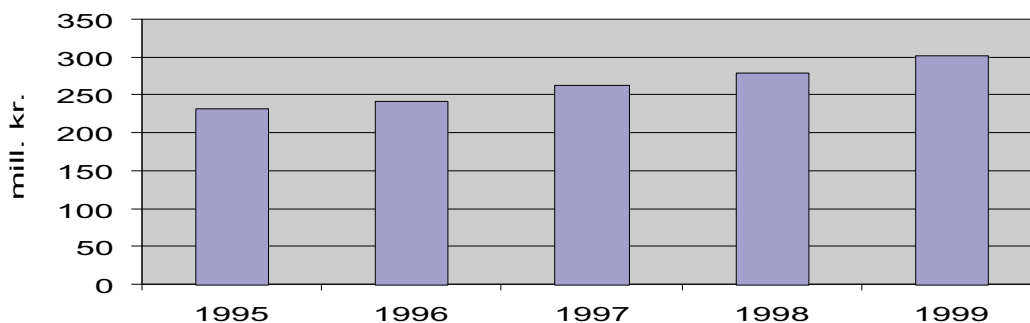
5.1.7 Utgifter og finansiering

Staten dekker kostnader til bemanningen av helsepersonell i luftambulanse-tjenesten ved rammetilskudd til fylkeskommuner som har luftambulanseba-ser. Rammetilskuddene dekker utgifter til lønn, personlig utstyr, forsikring, kurs/hospitering, diett og reiseutgifter, telefonutgifter ved basene og medika-menter. Staten forutsetter at fylkeskommunene administrerer ordningen innenfor de rammer som er gitt.

Rikstrygdeverket bekoster utgifter til medisinsk-teknisk utstyr, og vedli-kehold av utstyret. Medisinsk forbruksmateriell bekostes av fylkeskommu-nene.

I henhold til Ot. prp. nr. 54 (1983-84), «Transporttjenestene i helsevese-net», dekker rammetilskuddet til fylkeskommunene i stor grad utgifter til en beredskapsordning. Gjennom beredskapsordningen tilføres den enkelte fyl-keskommune ressurser som bør kunne nyttiggjøres også utenfor denne tje-nesten. Av denne grunn ble det ansett som rimelig at den enkelte fylkeskom-mune som hadde base for luftambulanse, derfor selv måtte beregne å dekke noen av utgiftene. Stortinget var i 1984 av den oppfatning at de fylkeskommu-ner som fant det fornuftig at deler av den ordinære ambulansetjenesten skulle utføres med luftambulanse i stedet for bil- eller båtambulanse, selv skulle dekke utgiftene for disse tjenestene.

Finansieringen av den flyoperative delen av tjenesten er forankret i folke-trygden. De samlede utgiftene til luftambulanse og helsepersonell utgjorde i 1995 232 millioner kroner. I 1998 var folketrygdens utgifter til bruk av luftam-bulanse 221 millioner kroner, mens utgifter til legebemanning var ca. 59 milli-oner kroner. Dette utgjør til sammen 280 millioner kroner. I 1999 var utgiftene for folketrygden steget til 243 millioner kroner. Utgiftene til legebemanning var stort sett det samme (60 millioner kroner). Tilsammen utgjorde utgiftene drøye 300 millioner kroner i 1999.



Figur 5.11 Kostnadsutviklingen for luftambulansetjenesten i perioden 1995 til 1999.

Folketrygden dekker som hovedregel utgiftene når oppdraget er utført av et selskap som har avtale med Rikstrygdeverket om transport for folketryg-dens regning. Videre er det en forutsetning at rekvisisjonen er foretatt i sam-svar med retningslinjene for rekvirering av luftambulanse. Etter forskrift om

dekning av utgifter ved luftambulansetransport kan utgifter dekkes hvis det foreligger sykdom eller skade som krever så hurtig og effektiv legehjelp at bruk av ambulansebil- eller båt eller andre mer tidkrevende transportmidler kan medføre fare for medlemmets liv eller helse, eller når det er helt nødvendig med en skånsom transport til sykehus enn det som kan skje med andre transportmidler.

Tabell 5.6 gir en sammenligning av kostnader for luftambulanse og bilambulanse.

Tabell 5.6: Sammenligning av kostnader for luftambulanse og bilambulanse.

	Luftambulanse	Bilambulanse
Totale kostnader 1998	280 708 000	843 500 000
Antall oppdrag	11 237	391 103
Gj. Kostnad per oppdrag	24 980	2 157

De samlede statlige kostnader til luftambulansetjenesten har steget fra 190 millioner kroner i 1992 til om lag 300 millioner kroner i 1999. For transportdelen har blant annet utgifter til helikopter steget betydelig. Dette skyldes i hovedsak etablering av tre nye baser i Førde, Arendal og Ål. I tillegg er det fortløpende satt i verk tiltak for å bedre sikkerheten i tjenesten.

Utgiftene til ambulansefly har vært relativt stabile til tross for en sterk aktivitetsvekst for disse flyene og etablering av en ny base i Bodø fra 1994. Utgifter til landingsavgifter har imidlertid steget sterkt, noe som skyldes dels høyere avgifter og større aktivitet.

Også for den medisinske tjenesten har kostnadene steget sterkt fra om lag 40 millioner kroner i 1993 til ca. 60 millioner kroner i 1999. Dette skyldes hovedsakelig etablering av flere nye ambulans- og redningsbaser med legebemannning. I tillegg har flere fylkeskommuner fått forhøyet sine tilskudd fra departementet blant annet på grunn av høyere lønnsutgifter.

I tillegg til det statlige tilskuddet kommer bidrag fra Stiftelsen Norsk Luftambulanse til helsedelen av luftambulansetjenesten på ca 30 millioner kroner i 1999. Dette er den totale bevilgningen fra stiftelsen som etter opplysninger fra stiftelsen selv har gått til å finansiere kostnader til legebil, forbedret legeberedskap, andre basekostnader og redningsmenn med videre.

5.2 Hva er problemene?

Norge har en av verdens best utbygde og best medisinskfaglig utrustede luftambulansetjeneste. Det er viktig å ha dette klart for seg når det trekkes fram forhold der det er rom for forbedringer. Viktige overordnede problemstillinger som behandles i dette kapitlet er:

- Manglende politiske målsetninger og krav til det medisinske innholdet i tjenesten.
- For dårlig utnyttelse av legeressursene på luftambulansebasene.
- Lite fokus på medisinsk nytteverdi for tjenesten.
- Manglende helhetlig plan for organisering av tjenesten.
- Manglende retningslinjer for baseplassering.
- Krav til sikkerhet.

5.3 Målsetninger for tjenesten og nyttekostnadsanalyse

5.3.1 Helsepolitiske målsetninger for tjenesten

I NOU 1998:8 «Luftambulansetjenesten i Norge» ble det påpekt at det er luftambulansens egenskaper som transportmiddel, og betydningen av å få visse pasienter raskt fram til egnet behandlingssted som det til nå er blitt mest fokusert på. Helsepolitiske målsettinger er drøftet i begrenset grad. Luftambulansplanen fra 1988 fikk for eksempel kun en kortfattet omtale i statsbudsjettet for 1988. Senere baseopprettelser har skjedd etter lokale initiativ og påtrykk og ikke som følge av en helhetlig statlig planlegging. Denne mangelen på klare politiske målsettinger for tjenesten gjør en helsepolitisk evaluering vanskelig.

Den nasjonale luftambulansplanen

Dagens luftambulansetjeneste er basert på den nasjonale luftambulansplanen som ble utformet av departementet i 1987 og godkjent av Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 1988. Planen var basert på en rapport fra en arbeidsgruppe, som var oppnevnt av Sosialdepartementet. Gruppen vurderte de medisinskfaglige og administrative spørsmål i tilknytningen til statens ansvar for luftambulansetjenesten. Kriterier for baselokalisering ble ikke systematisk gjennomgått, men kravet til geografisk likeverdig helsetjeneste var et viktig kriterium. Stortinget behandlet den nasjonale luftambulansplanen i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1988 (St. prp. nr. 1 1987-88), der det kort under post 72 heter:

«Fra 1. januar 1988 skal det etableres en landsdekkende luftambulansetjeneste. Luftambulansen skal være legebemannet med beredskap hele døgnet. Luftambulansetjenesten vil bli drevet fra:

- 8 helikopterbaser (Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Bergen, Stavanger, Lørenskog og Dombås).
- 2 flybaser (Kirkenes og Alta).
- 4 baser for redningstjenesten (Banak, Bodø, Ørland og Sola).

I tillegg skal det være fly i beredskap i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund for overføring av pasienter mellom sykehus».

Overordnede helsepolitiske målsetninger

Luftambulansetjenesten er en del av ambulansetjenesten som igjen er en del av helsetjenesten. Overordnede politiske mål for helsetjenesten gjelder derfor også for luftambulansetjenesten. De overordnede målene har ligget fast i en årrekke og har hatt tverrpolitisk støtte.

Luftambulansetjenestens primære målgruppe skal være alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling. Dette er i samsvar med dagens prioriteringsretningslinjer, og de retningslinjer for prioritering som er vedtatt i ny lov om spesialisthelsetjenester. Tjenesten kan også betraktes som et effektivt virkemiddel for å jevne ut forskjeller i tilgjengelighet til spesialiserte akuttmedisinske tilbud som følge av landets geografi og bosetningsmønster.

Integrering av tjenesten i den øvrige ambulansetjenesten og akuttmedisinske kjede

Luftambulansetjenesten utgjør et ledd i den akuttmedisinske kjede som omfatter tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende sykdom eller skade. De andre leddene i kjeden utgjøres av primærlege, kommunal legevakt, medisinsk nødmeldetjeneste, øvrig ambulansetjeneste, prehospital spesialisert akuttmedisin til innleggelse på sykehus med ulike spesialiseringsnivå, akuttmottak og andre akuttavdelinger i sykehus.

Det er denne kjedens samlede ytelser som bestemmer det medisinske utfallet. Erfaringer tilsier at det er grunn til å minne om at ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd. Rask transport og høykompetent prehospital akuttmedisin er ikke tilstrekkelig dersom sykehuset ikke har et apparat som sikrer god videre diagnostikk og behandling. Den praktiske betydningen av dette er at kjeden må vurderes samlet, og det er meget tungtveiende argument for at ambulanshelikoptertjenesten i størst mulig grad bør integreres i den øvrige ambulansetjenesten og den øvrige spesialiserte akuttmedisinske helse-tjeneste. Tjenesten er i dag dimensjonert i forhold til den sykehusstruktur som finnes i landet, det vil si i forhold til hvilke sykehus som har akuttmedisinske tilbud. Dersom det skjer en større funksjonsfordeling mellom sykehusene med hensyn til tilbud innenfor akuttmedisin, må også dimensjoneringen av ambulans- og luftambulansetjenesten vurderes i forhold til dette.

Betydningen av at luftambulansetjenesten integreres i den øvrige helsetjenesten er understreket flere steder. I St. meld. nr. 50 (1993-94) «Samarbeid og styring» heter det blant annet at:

«luftambulansetjenesten bidrar til å oppfylle noen av de sentrale målene i norsk helsepolitikk som lik tilgjengelighet til tjenesten uavhengig av bosted. Bruk av luftambulansen må sees i sammenheng med sykehusstruktur og alternative transporttilbud som for eksempel bil- og båtambulanse»

I «Rapport om luftambulansetjenesten 1986» vises det til sosialkomiteens uttalelse (Innst. O. nr. 28 (1984-85)):

«Komiteen ser i likhet med departementet de faglige fordeler for luftambulansetjenesten som følger av en tilknytning til de større sykehusenes anesthesiavdelinger. En slik faglig medisinsk tilknytning bør finne sted uansett om vedkommende luftambulanse har fast stasjon ved sykehuset eller ikke»

I forbindelse med tidligere drøftinger om faglige målsetninger for ambulansetjenesten og akuttmedisin generelt har det vært fokusert på luftambulansens egenskaper som transportmiddel og betydningen av å få visse pasienter fort nok fram til egnet behandlingssted. Luftambulanseutvalget i 1977 (Hegbomutvalget) beskrev det slik:

«Bruk av luftambulanse vurderes som aktuelt:

- Ved øyeblikkelig hjelp, alvorlige skader eller akutte sykdommer der øvrig transportmidler ikke kan bringe pasienten hurtig nok i kontakt med den medisinske behandlingsapparatet.
- Når hensyn til pasienten krever skånsom transport.
- Når bruk av andre transportmidler ikke er hensiktsmessig på

grunn av lange distanser eller vær- og føreforhold, eller når det gjelder transport fra isolerte/vanskelig tilgjengelige strøk»

Departementets vurdering og forslag

Luftambulansetjenesten skal bidra til høy beredskap og effektiv transport av alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akutt helsehjelp.

Departementet mener at Luftambulansetjenesten skal være en del av ambulansetjenesten som igjen er en del av helsetjenesten. For luftambulansetjenesten gjelder derfor også de overordnede politiske mål for helsetjenesten som likeverdig helsetjenestetilbud, god faglig standard av helsetjenestetilbudet, pasienten i sentrum og ivaretagelse av pasientens rettigheter. Videre skal prioritering skje på grunnlag av sykdommens alvorlighet og av forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen. Ressursutnyttelsen skal være effektiv, og målet er å få best mulig helse ut fra hver krone.

Luftambulansetjenestens primære målgruppe skal være alvorlig syke og skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling.

Luftambulansetjenesten skal utgjøre et ledd i den akuttmedisinske kjede. Det er kjedens samlede ytelser som bestemmer det medisinske utfallet.

Ambulansehelikoptertjenesten skal i størst mulig grad integreres i den øvrige ambulansetjeneste og i den øvrige spesialiserte akuttmedisinske helse-tjeneste.

5.3.2 Faglige målsetninger for tjenesten

Det er først i NOU 1998:8 «Luftambulansetjenesten i Norge» det foretas en grundig vurdering av de faglige målsetningene for luftambulansetjenesten.

Studier av kompetansekrav til helsepersonell i luftambulansetjenesten

I «Rapport om Luftambulansetjenesten» fra Sosialdepartementet i 1986, slås det fast at helsegevinsten ligger i å få kvalifisert hjelp raskt ut til åstedet, stabilisere pasienten der og klargjøre denne for transport til sykehuset. Dette vil innebære at legebemannet helikopter bør ha kort beredskapstid. Likeledes er konklusjonen at det ligger en helsegevinst i det å frakte pasienten hurtig til sykehus med kvalifisert overvåkning under transporten. Det stadfestes også i rapporten at alt helsepersonell som deltar i luftambulansetjeneste, bør ha særlige kunnskaper i akuttmedisin. Men hva som menes med «særlige kunnskaper i akuttmedisin», defineres ikke.

I vurderingen av den norske luftambulansetjenesten er det avgjørende å ta hensyn til at Statens luftambulanse i dag er en sammensatt tjeneste som dekker ulike funksjoner og oppgaver. Man dekker alt fra et spesialisert nivå der det utøves intensiv medisinsk intervensjon, til et relativt basalt nivå der formålet først og fremst er rask transport til sykehus under tilsyn og tilbakeføringsoppdrag. Målgruppene er svært ulike for ulike deler av tjenesten, og dermed vil også den medisinske nytteverdien variere sterkt avhengig av pasientgruppe og situasjon.

Luftambulansetjenestens primære og prioriterte oppgave er å bidra til at befolkningen får nødvendig akuttmedisinsk behandling. I praksis kan dette være å:

- Bringe medisinsk utstyr og /eller kompetent personell raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter.
- Yte kvalifisert prehospital akuttmedisinsk diagnostikk, behandling og overvåking.
- Bringe pasienten til et adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten.
- Overføre alvorlig syke/skadde pasienter til et høyere omsorgsnivå for å sikre adekvat behandling.
- Være en ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner.

Fordi akutt, kritisk sykdom eller skade oftest oppstår utenfor sykehus, foregår en viktig, ofte avgjørende del av akuttmedisinen prehospitalt. I valget mellom alternative ambulanseformer er det i en slik situasjon pasientens behov som må være styrende. Den relative medisinske gevinsten luftambulansen kan tilføre, er knyttet til tre elementer:

- a) Tidsgevinster.
- b) Tilgang til medisinsk spesialkompetanse og utstyr utover det som finnes lokalt.
- c) Enklere transport av pasienten til et spesialisert omsorgsnivå, om nødvendig.

Også andre pasientgrupper enn de som kan defineres inn under akuttmedisinske tilstander, eller tilstander hvor luftambulansens innsats kan forventes å gi medisinsk gevinst, faller inn under dagens tjeneste.

Når det gjelder kompetansekrav til legene, er dette drøftet i en rapport fra SURA-utvalget (Samarbeidsutvalget for bruk av 330-skvadronens helikoptere i luftambulansetjenesten) i 1985. Utvalget mente det var nødvendig å komme fram til en permanent legebemanning av redningstjenestens helikoptre både ut fra det økende antall ambulanseoppdrag og det faktum at en rekke av søk- og redningsoppdrag ender som ambulanseoppdrag. Det ble foreslått at legetjenesten skulle ivaretas av et begrenset antall leger for å sikre nødvendig samtrening med besetning og kontinuitet. Legene burde ha spesialkompetanse i akuttmedisin, enten ved at de arbeider ved anesthesiavdelingen på nærliggende sykehus, eller primærleger med tilleggsutdanning i akuttmedisin og årlig hospitering ved sykehus.

Det medisinske personellets kompetanse er av vesentlig betydning for utfallet. To retrospektive undersøkelser (Snow et al. 1986, Rhee et al. 1986) konkluderer med at lege var nødvendig i rundt 25 prosent av tilfellene, potensielt nødvendig i 40 prosent og unødvendig i 35 prosent av tilfellene. Nyten er størst når helikopteret bemannes med klinisk og akuttmedisinsk erfaren lege. Kompetansen slår ut både i forhold til korrekt diagnostikk, vurderingsevne og ferdigheter i akuttmedisinske prosedyrer. Flere undersøkelser legger spesielt vekt på betydningen av legens diagnostiske og vurderende ferdigheter. Det finnes også undersøkelser som ikke viser sikker gevinst av legebemanning. Skal man høste ut de store gevinstene, der disse er å hente, blir likevel konklusjonen at ambulanshelikoptrene bør bemannes av leger med akuttmedisinsk kompetanse. Ved en del oppdrag vil ikke denne kompetansen være avgjørende, men i utrykningsøyeblikket vil man ofte ikke vite sikkert hvilke tilstander som foreligger. Selv om man teoretisk kunne tenke seg fleksibel medisinsk bemanning, vil det også være store praktiske vanskeligheter forbundet med å gjennomføre en slik ordning.

Nasjonal ekspertkonferanse om akuttmedisinsk beredskap

I 1992 ble det holdt en nasjonal ekspertkonferanse om akuttmedisinsk beredskap ved lokalsykehus i regi av Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, Rådet for medisinsk forskning. Dette resulterte i en rapport der ulike generelle faglige mål og krav til akuttmedisin drøftes.

Akuttmedisinsk beredskap defineres som «døgnskategorisk beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending». Med uoppholdelig menes en tidsramme fra minutter til timer, men ikke tilstander som kan vente til neste dag.

De fleste prosedyrer som inngår i en akuttmedisinsk behandling på et vel fungerende lokalsykehus bør også kunne utføres av luftambulansen om den skal fungere som et spesialisert prehospital akuttmedisinsk tilbud.

Departementets vurderinger og forslag

Luftambulansetjenester, slik de utøves i praksis, spenner over et vidt spekter fra medisinsk velbegrunnede akuttintervensjoner til ikke-hastetransporter av pasienter med mindre alvorlige tilstander der selve transporten er det primære. På bakgrunn av denne praksisen og innholdet i dagens tjeneste med svært høyt beredskapsnivå og høyspesialisert kompetanse, finner departementet grunn til å presisere hovedformålet. Luftambulansetjenestens primære og prioriterte oppgave skal være å bidra til at befolkningen får nødvendig akuttmedisinsk behandling. I praksis vil dette være å:

- Bringe medisinsk utstyr og/eller kompetent personell raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter.
- Yte kvalifisert prehospital akuttmedisinsk diagnostikk, behandling og overvåking.
- Bringe pasienten til et adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten.
- Overføre alvorlig syke/skadde pasienter til et høyere omsorgsnivå for å sikre adekvat behandling.
- Være ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner.

Fordi akutt, kritisk sykdom eller skade oftest oppstår utenfor sykehus, foregår en viktig, ofte avgjørende del av akuttmedisinen prehospitalt. I valget mellom alternative ambulanseformer er det i en slik situasjon pasientens behov som må være styrende. Den relative medisinske gevinsten luftambulansen kan tilføre, er knyttet til tre elementer:

- Tidsgevinster.
- Tilgang til medisinsk spesialkompetanse og utstyr utover det som finnes lokalt.
- Enklere transport av pasienten til et spesialisert omsorgsnivå, om nødvendig.

Også andre pasientgrupper enn de som kan defineres inn under akuttmedisinske tilstander, eller tilstander hvor luftambulansens innsats kan forventes å gi medisinsk gevinst, faller inn under dagens tjeneste. Ved siden av pasientens tilstand vil det være lokale forhold og alternativer som påvirker og forskyver terskelen for når det er riktig å benytte luftambulanse. I slike tilfeller kan luftambulansetjenesten framstå som det beste alternativet ut ifra en samlet medisinsk, helseøkonomisk og transportøkonomisk vurdering for å transportere pasienter som trenger medisinsk tilsyn eller behandling under transporten.

Tilbakeføring av pasienter til et lavere omsorgsnivå for å kunne utnytte spesialiserte helsetjenesteressurser optimalt er et eksempel på dette.

Når det gjelder ambulansflyene i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund bør disse i fremtiden ha mulighet til å ha med anestesilege ved behov. Flyene fra disse basene transporter relativt ofte pasienter med behov for avansert overvåking eller medisinsk behandling. Det må etableres beredskapsordninger som sikrer dette. Merutgiftene er anslått til ca. 4 millioner kroner. Anbefalingen er i samsvar med tilrådingen fra luftambulanseutvalget.

Departementet mener at en tilsvarende beredskapsordning ikke er nødvendig for ambulansflyet i Bodø. Flyene i Tromsø og Brønnøysund vil dekke det aktuelle området på en tilfredsstillende måte.

5.3.3 Utnyttelse av legeressurser på luftambulansebasene

For helikopterbasene er det nødvendig å ha en bemanning med anestesileger for å kunne gi et tilbud til pasienter ved kritisk sykdom og/eller ved skader etter ulykker. Vanligvis trenger en helikopterbase 3-4 årsverk leger til rent vaktarbeid, mens utrykningsfrekvensen varierer fra ca. 300 til ca. 1400 per år. I kritiske situasjoner er tidsfaktoren av stor betydning, og legen må være tilgjengelig for umiddelbar utrykning.

Fysisk nærhet til sykehus gir ingen garanti for en god ressursutnyttelse av legeressursene på basene. På de baser som er sykehusnære bør man utnytte legers arbeidskapasitet i sykehuset. I tillegg bør baser både med og uten sykehusnærhet kunne utnytte legers kompetanse til undervisning og opplæring innenfor prehospital akuttmedisin.

Erfaringer fra Akershus:

Ved helikopterbasen på Lørenskog er luftambulansetjenesten i dag lagt inn under Avdeling for Akuttmedisin ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA). Denne avdelingen ble 1. januar 1998 skilt ut fra Anestesiavdelingen som egen driftsenhet. Avdeling for Akuttmedisin har fortsatt en sterk faglig forankring til Anestesiavdelingen, blant annet dekker avdelingens leger en bakvaktsturnus på Anestesiavdelingen. På denne måten sikres fagnivået innenfor anestesifaget, samtidig som legene på Avdeling for Akuttmedisin er et nyttig tilskudd til Anestesiavdelingen.

Avdeling for Akuttmedisin har fått ansvaret for følgende oppgaver:

- Sykehusets mottakelse (systemansvar og driftsansvar, de enkelte avdelingene har fag-/behandlingsansvar for mottak av pasienter).
- AMK-sentralen ved Sentralsykehuset i Akershus.
- Luftambulansetjenesten (medisinsk drift), herunder også ansvar for syke-transportflyet, intensivambulansen og helseberedskapen på Gardermoen.

Disse driftsenhetene trenger døgnskategorisk legerberedskap, men den trenger ikke å medføre fysisk tilstedeværelse. Beredskapen kan fungere via kontakt over helseradio- eller telenettet.

Avdelingens vakthavende lege har følgende funksjoner:

- Vakthavende luftambulanselege (primæroppgaven).
- Vakthavende AMK-lege (alltid tilgjengelig via helseradionettet alternativt mobiltelefon selv om legen er ute på oppdrag).
- Vakthavende ambulanslege (tilgjengelig for konsultasjoner via helseradi-

- onettet, eventuelt bistand gjennom utrykking med helikopter eller legebil).
- Konsultativt tilgjengelig for sykepleierkoordinator i mottakelsen (for eksempel ved kapasitetsproblemer ved akuttmottaket).

Legene vil ved større ulykker/katastrofer være godt oppdatert i forhold til resurstilgang, og vil sammen med ambulansetjenesten og AMK-sentralen utgjøre en betydelig ressurs.

De administrative oppgavene i avdelingen er fordelt mellom avdelingens leger og disse oppgavene fyller dagene som ikke er belagt med vaktarbeid. I tillegg vil vakthavende lege i ledige stunder kunne arbeide med faste administrative oppgaver, for eksempel utdanningsprogram og kvalitetssikring av ambulansetjenesten.

Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at akershusmodellen vil kunne brukes for andre luftambulansebasen. I byer hvor tjenesten er knyttet opp til større sykehus, vil det være mulig å etablere egne avdelinger eller seksjoner for akuttmedisin som også har ansvar for luftambulansetjenesten.

Fysisk nærhet til sykehuset er imidlertid ingen forutsetning. Det er selvsagt en fordel at legen deler av døgnet har mulighet for å være fysisk tilstede ved AMK-sentralen, men siden denne funksjonen stort sett løses via samband er ikke fysisk tilstedeværelse en forutsetning. Det samme gjelder selvsagt funksjonen overfor ambulansetjenesten og til en viss grad mottakelsen.

Luftambulansebasene kan ses på som fylkeskommunale eller regionale «akuttmedisinske kompetansesentre» og fylkeskommunene burde utnytte disse ressursene på en bedre måte. Det gjelder også på tvers av fylkesgrensene.

Ved større sykehus som har luftambulansebase og AMK-sentral, vurderer departementet etter erfaringene fra Akershus at følgende oppgaver for vakthavende AMK-leger bør legges til luftambulansebasene:

- Vakthavende ambulanselege (konsulent for ambulansetjenesten for eksempel der hvor lokal lege ikke er tilstede og kan gi tillatelse til medisinering).
- Basene bør også i større grad brukes til planlegging og gjennomføring av undervisning og kvalitetssikring av den øvrige prehospitale tjenesten, herunder primærhelsetjenestens funksjon innenfor det akuttmedisinske feltet. Dette krever imidlertid noe ressurser utover ren vakttid, og forutsetter at fylkeskommunen bidrar med noe midler.
- Fylkene bør i større grad utnytte luftambulanselegen i katastrofeplanlegging/beredskap.

Dersom luftambulansebasene kan fungere som «akuttmedisinske kompetansesentre» må fylkeskommunene organisere den prehospitale akuttmedisin slik at ressursene kan utnyttes på best mulig måte.

Det må også vurderes hvordan den medisinske delen av tjenesten kan utnyttes når fylkeskommunen velger å sette bort den medisinske delen til private tjenesteytere, for eksempel inngår avtale med Norsk luftambulanse (NLA) eller andre aktører om å bruke deres leger. Disse legene bruker sin fri-

tiden til å arbeider for private selskaper. I slike tilfeller bør de nevnte oppgavene kunne tas med i fylkeskommunens kontrakt med tjenesteyter.

5.3.4 Nytte/kostnadsanalyse av tjenesten

Medisinsk nytte er knyttet til vunne leveår og bedret livskvalitet som følge av medisinsk innsats. Utfallet ved akuttmedisinske tilstander er særlig avhengig av to forhold: Tid og medisinsk behandling. Det er ikke gjort mange studier av nytten ved bruk av luftambulansetjenesten. I de undersøkelser som er gjennomført anslås andelen livreddende oppdrag å ligge mellom 2-12 prosent, men tallene er sterkt avhengig av hvilke pasientgrupper som inngår i undersøkelsene.

Tromsøundersøkelsen

Nytten av luftambulansen ved basen i Tromsø er vurdert i et eget studie (Hotvedt et al. 1996). De 370 pasientene som ble behandlet i løpet av et år, er gjennomgått i ettertid av et ekspertpanel, der nytten er vurdert i forhold til alternativ ambulansetjeneste. 11 prosent av pasientene hadde hatt medisinsk nytte av luftambulansetjenesten. Effekt målt i antall vunne leveår ble anslått til 291. Størst gevinst fant man for gruppen barn og fødende. Gevinsten for pasienter med hjerte-karlidelser var tvilsom. Det var også en liten forekomst av skader blant pasientene i undersøkelsen. Funnene viser imidlertid helt klart betydningen av aldersfaktoren: Det vinnes flere forventede leveår når yngre pasienter redde fra død eller sykdom.

Tromsøundersøkelsen (Hotvedt et al) gjør også en helseøkonomisk vurdering av tjenesten som tar hensyn til ulykkestallene. Fra 1988 til 1992 var frekvensen av uhell med dødelig utgang i luftambulansetjenesten i Norge ca. 6,5 per 100 000 flytimer. Trekket data fra 1986-87 inn var frekvensen 15,5 per 100 000 flytimer. Risikoen for tapte leveår for helikopterbemanningen i forbindelse med ulykker balanserer nesten med inntjente leveår for noen pasientgrupper.

Tromsøundersøkelsen viser at det er leveår å tjene ved luftambulansetjeneste i grisgrendte strøk, men at gevinsten er ujevnt fordelt for de ulike pasientgruppene. En tjeneste som er så dyr og risikofylt, bør reserveres for pasienter hvor nytteeffekten er størst. I følge undersøkelsen er dette ved akuttmedisinske tilstander, ved fødsel og hos unge pasienter med akutte pustebesvær og livstruende infeksjoner. For pasienter med hjertesykdom var helsegevinsten liten. Det kan derfor stilles spørsmål om rutinebruk av helikopter til denne pasientgruppen kan forsvares.

Tromsøundersøkelsen konkluderer med at den virkelige nytten ved å bruke luftambulansen er knyttet til en liten andel av alle pasienter som transporteres. 10 prosent av pasientene som ble behandlet/transportert med legehelikopter i Tromsø hadde nytteverdi og 2 prosent av pasientene stod for 95 prosent av den medisinske gevinsten i form av vunne leveår.

En viktig problemstilling er i hvilken grad luftambulansen gir økt medisinsk nytte ved å transportere pasienten til et sykehus med høyere akuttmedisinsk kompetanse, enn det alternativ ambulansetransport kan gjøre innenfor akseptable tidsrammer. Dette kan enten skje i tilslutning til primæroppdraget, eller ved overføring fra lokalsykehus til mer spesialisert sykehus etter innledende diagnostikk og behandling lokalt. For behandling av multitraumer er

nyttens ved overføring med luftambulanse til spesialisert behandlingssentre klart dokumentert. For øvrige overføringspasienter mangler systematiske studier, både med hensyn til medisinsk nytte og helseøkonomiske vurderinger. Flere nivåer og flere spesialiserte sykehus vil føre til et større behov for overføringer mellom sykehus.

Det er delte meninger om Tromsøundersøkelsen i fagmiljøet. Blant annet innvendes det at forholdene i Troms er vesentlig annerledes enn andre steder i landet, og at tallmaterialet undersøkelsen bruker ligger relativt langt tilbake i tid (1989-1990). Det er likevel den metodologisk beste undersøkelsen som er gjort av tjenesten i Norge.

Rogalandprosjektet

Et prosjekt i Rogaland, (ledet av seksjonsoverlege Hans Morten Lossius ved Ullevål sykehus), har reist spørsmålet om anestesilegebemannet utryknings-tjeneste har medisinsk gevinst i form av vunne pasient-leveår sammenlignet med alternativ prehospital tjeneste.

Resultatene fra studien er ikke fullstendig analysert, da prosjektet ennå ikke er avsluttet. Beskrivelsen her gir derfor et utdrag fra og er ikke en fullstendig redegjørelse av Rogalandsprosjektet eller resultatene fra studiet.

Målsetting for Rogalandsprosjektet

Målsetting for studiet er å beregne vunne leveår for pasienter med akutt skade eller sykdom behandlet av anestesilegebemannet utrykningstjeneste, sammenlignet med tilgjengelige alternative prehospitale tjenester. Studiet viser fordelingen av vunne leveår på ulike pasientgrupper, og hvilke faktorer som har betydning for at tjenesten gir vunne leveår. Det er kun pasienter som befinner seg utenfor sykehus med akutfunksjon som er inkludert i studiet.

Materiale og metode for Rogalandsprosjektet

Sentralsjukehuset i Rogaland er Norges fjerde største sykehus og har et opptaksområde på omlag 350 000 innbyggere. Sykehuset har tilgjengelige ressurser som ambulansehelikopter og utrykningsbil bemannet med anestesilege. Helikopter og utrykningsbil er lokalisert nær sykehuset og har 5 minutters responstid. Det utføres henholdsvis 400 og 600 primærutrykninger med helikopter og bil til syke og skadde utenfor sykehus per år. Anestesilegebemannet utrykningstjeneste alarmeres fra AMK-sentralen ved Sentralsjukehuset i Rogaland.

I 16 måneder fra og med 1. mars 1998 ble alle primæroppdrag ved basen fortløpende registrert. Medisinske og operative forhold ble dokumentert på et standardisert registreringsskjema.

På grunnlag av de innsamlede opplysninger vurderte to erfarne utrykningsleger de registrerte oppdragene og sammenlignet medisinsk behandling utført av den anestesilegebemannede tjenesten og/eller eventuell innspart tid til avgjørende medisinsk behandling ble gitt. Dette ble vurdert mot et realistisk alternativ basert på eksisterende medisinsk beredskap, aktuelle akuttmedisinske kvalifikasjoner, og beregnede tidsforbruk. De akuttmedisinske kvali-

fikasjonene ble vurdert på grunnlag av krav til formell utdanning og eksisterende medisinske prosedyrer ved den aktuelle tjeneste.

Oppdragene ble sortert i to grupper:

1. Oppdrag der det antas at anestesilegebemannet utrykning ga medisinsk gevinst i forhold til reell alternativ prehospital tjeneste.
2. Oppdrag der det antas at anestesilegebemannet utrykning ikke ga medisinsk gevinst i forhold til reell alternativ prehospital tjeneste.

Resultater fra Rogalandsprosjektet

En foreløpig analyse viser at det i studieperioden ble registrert 1 098 primær-oppgjør med pasientkontakt. Av disse ble 653 (59 prosent) utført med bil og 445 (41 prosent) med helikopter.

Av de 957 pasientene som ankom sykehus i live ble det vurdert at 415 pasienter (43 prosent) hadde hatt medisinsk gevinst av behandling og/eller transport av tjenesten. Det var 58 av disse pasientene som døde etter ankomst til sykehus. Resymé for 357 (415 minus 58) pasienter ble fremlagt for ekspertpanelet.

Ekspertpanelet fant totalt 639,5 vunne leveår fordelt på 80 pasienter. Av disse var 32 pasienter med 326,3 vunne leveår fordelt på biloppdrag og 48 pasienter med 307,1 vunne leveår på helikopteroppdrag.

Ti pasienter stod for mer enn 50 prosent av de vunne leveår (320,9 vunne leveår). Av disse var fire alvorlig skadd, tre hadde sirkulasjonsstans på grunn av hjerterytmeforstyrrelse, to hadde respirasjonsstans på grunn av akutt luftveissykdom, og en respirasjonsstans på grunn av intraktable status epilepticus. Hos alle disse ti pasientene var det den spesialiserte medisinske behandling utført av anestesileger som ble vurdert som avgjørende for vunne leveår.

Nyttekostnadsvurderinger i Rogalandsprosjektet

I Norge utføres det mer enn fem tusen anestesilegebemannede utrykninger hvert år.

For 80 (9 prosent) av 843 pasienter som ble utskrevet fra sykehus i live fant Rogalandsprosjektet en sannsynlighet for at anestesilegebemannet utrykningstjeneste ga overlevelse. Ti pasienter stod for mer enn 50 prosent av de vunne leveår. Karper med flere fant ved en evalueringen av Dombås-basen at innsatsen fra denne helikoptertjenesten kunne ha bidratt til å redde liv for 13 av 242 pasienter (5 prosent), og Hotvedt med flere (Tromsø undersøkelsen) estimert at 10 prosent av pasientene hadde nytteverdi av behandling/transport med legehelikopteret i Tromsø. I sistnevnte materiale stod (2 prosent) av pasientene for 95 prosent av medisinsk gevinst i form av vunne leveår - se ovenfor om Tromsøundersøkelsen. Rogalandsprosjektet beregnet at tjenesten ga totalt 639,5 vunne leveår.

Tabell 5.7, 5.8 og 5.9 viser antall pasienter i Rogalandsprosjektet fordelt etter aldersgruppe, ulike sykdoms- og skadegrupper og andel pasienter med vunne leveår. Hovedtyngden av pasienter finnes innenfor gruppen hjerte/kar-sykdommer, og her finnes også de fleste pasientene (antall 47) med vunne leveår. Imidlertid er antall vunne leveår lavt, og dette henger sammen med at gjennomsnittsalderen for disse pasientene er høy og de har en redusert for-

ventet levetid. Hos denne pasientgruppen var fordelingen mellom bil- og helikopteroppdrag tilnærmet lik, og det var en kombinasjon av avansert prehospital medikamentell behandling (inklusive blodproppopløsende behandling) og innspart tid til tilsvarende behandling på sykehus som i størst grad bidro til vunne leveår.

Hos et flertall av de pasientene der ekspertpanelet vurderte at anestesilegebemannet utrykningstjeneste hadde gitt medisinsk gevinst i form av vunne leveår, var det spesialisert medisinsk behandling som ble tillagt størst betydning.

Rogalandsprosjektets konklusjon

Rogalandsprosjektet indikerer at anestesilegebemannet utrykningstjeneste i Norge gir et betydelig antall vunne pasient-levetår. Spesielt understrekes betydningen av spesialisert akuttmedisinsk behandling.

Tabell 5.7: Antall vunne leveår for pasienter fordelt etter aldersgruppe. Tallene i parentes gjelder kvinner i prosent.

Totalt 1098	Primæroppdrag		Pasienter med vunnet leveår		Antall vunne leveår (kvinner)	
Alder (år)	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil
<1	5 (20)	10 (70)	0	0	0	0
1-5	26 (62)	39 (44)	6 (67)	1 (0)	48,8 (23,1)	3,7 (0)
6-15	28 (29)	24 (54)	2 (0)	1 (0)	15,2 (0)	58,8 (0)
16-25	58 (36)	60 (35)	5 (0)	2 (50)	94,8 (0)	28,1 (6,1)
26-45	80 (25)	134 (36)	7 (29)	6 (33)	55,3 (4,5)	98,6 (40,8)
46-65	114 (35)	133 (29)	16 (13)	11 (18)	70,8 (11,9)	95,9 (29,6)
66-80	94 (32)	168 (40)	11 (45)	8 (25)	22,9 (5,9)	37,7 (2,7)
> 80	40 (43)	85 (42)	0	3 (33)	0	3,6 (0,3)

Kilde: Rogalandsprosjektet.

Tabell 5.8: Fordeling av pasienter (> 15 år) etter skade og viktige sykdomsgrupper (kvinner i parentes i prosent).

	Primæroppdrag		Antall pasienter med vunne leveår		Antall vunne leveår (kvinner)	
	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil
Skader	116 (29)	106 (36)	10 (10)	2 (50)	153,9 (10,6)	25,42 (3,38)
Hjerte/kar	179 (27)	272 (32)	24 (21)	23 (17)	74,7 (6,3)	196,6 (38,7)
Luftveis problemer	16 (50)	31 (48)	0	2 (100)	0	31,3 (31,3)
Selvpåført	15 (40)	50 (34)	0	2 (50)	0	7,5 (6,1)
Forgiftning						

Kilde: Rogalandsprosjektet.

Tabell 5.9: Fordeling av pasienter (<16 år) etter skade og viktige sykdomsgrupper (kvinner i parentes i prosent).

	Primæroppdrag		Antall pasienter med vunne leveår		Antall vunne leveår (kvinner)	
	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil	Helikopter	Bil
Skader	24 (38)	16 (44)	4 (50)	0	26,5 (11,4)	0
Infeksjon	4 (0)	2 (50)	1 (0)	0	3,6	0
Luftveisproblemer	4 (50)	16 (56)	0	1 (0)	0	58,8
Krampetilstander ¹	12 (25)	17 (41)	2 (50)	1 (0)	30,7 (7,9)	3,7 (0)

¹ Inklusiv feberkrampe

Kilde: Rogalandsprosjektet.

Departementets vurderinger og forslag

Medisinsk nytte er knyttet til vunne leveår og bedret livskvalitet som følge av medisinsk innsats. Det er gjort flere undersøkelser om betydningen av tidsfaktor og medisinsk behandling generelt i akuttmedisinen, særlig ved skader, men nytten ved bruk av luftambulansetjeneste er det gjort færre studier av. Det er dessuten faglig uenighet og sprikende funn i de undersøkelsene som foreligger.

Tromsøundersøkelsen gjør en helseøkonomisk vurdering av tjenesten som tar hensyn til ulykkestallene. Undersøkelsen viser at det er leveår å tjene ved luftambulansetjeneste i grisgrendte strøk, men at gevinsten er ujevnt fordelt for de ulike pasientgrupper. En tjeneste som er så dyr og risikofylt, bør reserveres for pasienter hvor nytteeffekten er størst.

Foreløpige resultater fra Rogalandsprosjektet viser ca. 640 vunne leveår fordelt på 80 pasienter. Ti pasienter sto for mer enn 50 prosent av de vunne leveår.

Medisinsk nytte av rask prehospital spesialisert akuttmedisinsk innsats, samt hurtig transport til sykehus er etter departementets oppfatning rimelig dokumentert for store pasientgrupper. Bruken av luftambulansen er i mange tilfeller den beste måten å realisere denne nytten på, men den medisinske nytten avhenger av mange forhold som må tas i betraktning når ambulansetjeneste velges. Sikkerheten vil alltid være viktig og må holdes på et akseptabelt nivå.

5.4 Organisering av tjenesten

5.4.1 Statlig eller fylkeskommunalt ansvar for luftambulansetjenesten?

Ansvar for tjenesten

Etter sykehusloven har staten ansvaret for planlegging-, utbygging og drift av luftambulansetjenesten. Planleggingsansvaret skal utøves i samarbeid med fylkeskommunene og tjenesten skal inngå i det respektive fylkes helseplan. Det er Sosial- og helsedepartementet som har det overordnede ansvaret for Statens luftambulansetjeneste. Driftsansvaret for transportdelen av tjenesten er delegert til Rikstrygdeverket. Fylkeskommunene har på sin side fått delegert ansvaret for den medisinske bemanningen av helikoptrene og flyene.

Fylkeskommunens ansvar i henhold til sykehusloven innebærer et krav om at tjenesten ikke drives på en slik måte at den antas å ha skadelige følger for pasienten eller deres omgivelser, eller på annen uforsvarlig måte.

At fylkeskommunene har fått delegert ansvaret for den medisinske bemanningen av luftambulansetjenesten innebærer ikke et krav om at fylkeskommunene selv skal drive tjenesten. Fylkeskommunene vil kunne oppfylle sine forpliktelser ved å inngå avtaler med for eksempel private aktører dersom befolkningen på denne måten kan sikres forsvarlig dekning av tjenesten.

I luftambulansetjenesten har flere fylkeskommuner inngått avtale med stiftelsen Norsk luftambulanse om legebemanning av tjenesten ved flere baser. Uansett hvordan fylkeskommunen organiserer de tjenestene den er pålagt etter loven, vil den fortsatt være ansvarlig for at tjenesten er organisert og drives forsvarlig. Rettslig sett har fylkeskommunene et overordnet ansvar for tjenesten, selv om den blir satt bort til private som for eksempel stiftelsen Norsk luftambulanse.

Tidligere vurderinger av ansvar for tjenesten

Spørsmålet om statlig eller fylkeskommunalt ansvar for luftambulansetjenesten ble drøftet i Ot. prp. nr. 54 (1983-84), «Transporttjenestene i helsevesenet» og i St. meld. nr. 50 (1993-94), «Samarbeid og styring, mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste» (Helsemeldingen). I begge stortingsdokumentene konkluderte regjeringen med at ansvaret for luftambulansetjenesten bør være statlig.

Hovedargumentene for et fortsatt statlig ansvar var:

- Fylkeskommunene er enkeltvis for små til å kunne forsvare å drive tjenesten i egen regi.
- Fylkesgrensene utgjør ingen naturlig grense for tjenestens virkeområde.
- Behovet og utgiftene til tjenesten er svært varierende fra fylkeskommune til fylkeskommune.
- Luftambulansetjenesten har nær tilknytning til den statlige redningstjenesten.

Stortinget og Regjeringen var enige om at det skulle arbeides videre med en nærmere avklaring av det forvaltningsmessige ansvaret for luftambulansetjenesten.

Ulemper med dagens organisering

Et hovedproblem ved dagens luftambulansetjeneste er at integreringen i den øvrige ambulansetjeneste og spesialisthelsetjeneste kan synes å være ivaretatt i ulik grad. Videre kan det reises spørsmål om luftambulansetjenesten har utviklet seg til å bli en prioritert tjeneste i forhold til annen helsetjeneste.

Gjennom Stortingets behandling av St. meld. nr. 24 (1996-97), «Om tilgjengelighet og faglighet (Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste)» i Inst. S. nr. 257 (1996-97), er det lagt et nytt og sterkere grunnlag for regional helseplanlegging. Muligheten for statlig styring av fylkeskommunal og regional helseplanlegging er vesentlig styrket. Når spørsmålet om ansvar for luftambu-

lansetjenesten skal drøftes i dag er det rimelig å vurdere det fylkeskommunale alternativ i et regionalt perspektiv.

5.4.2 Luftambulanseutvalgets forslag og høringsuttalelser

Luftambulanseutvalget har drøftet tre alternative modeller for den framtidige organisering av luftambulansetjenesten:

- Modell 1: Statlig ansvar med delegert medisinsk ansvar til fylkeskommunene (dagens ordning).
- Modell 2: Fylkeskommunalt ansvar for luftambulansetjenesten som for annen spesialisert helsetjeneste. Planleggingen forutsettes å skje i et regionalt perspektiv.
- Modell 3: Delt ansvar der fylkeskommunen har det totale finansielle ansvaret for luftambulansetjenesten, mens staten har det driftsmessige ansvaret for transportsystemet.

Et stort flertall i utvalget (representanter fra Kommunenes Sentralforbund, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Rikstrygdeverket, Trygdeavdelingen i Sosial- og helsedepartementet, Justisdepartementet, Luftfartstilsynet, Flymedisinsk institutt og Norsk institutt for sykehusforskning) gikk inn for et fortsatt statlig ansvar (modell en). Et mindretall i utvalget (Sykehusavdelingen i Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegen i Sogn og Fjordane) gikk inn for en fylkeskommunal modell (modell to). Ansvaret forutsettes ivaretatt i et regionalt perspektiv.

Et stort flertall i høringsrunden tar et klart standpunkt for en statlig organisering. Dette gjelder Kommunens Sentralforbund, de aller fleste fylkeskommuner og kommuner, Rikstrygdeverket, Legeforeningen, alle brukerorganisasjoner og fagforbund, de aller fleste fylkesleger og helseregioner. Et fåtall instanser (herunder Statens helsetilsyn, enkelte fylkesleger, kommuner og fylkeskommuner) støtter mindretallets forslag. Enkelte instanser mener for eksempel for sin del at eventuelle ulemper ved et fylkeskommunalt ansvar kan oppveies ved bruk av statlige styringsmidler.

5.4.3 Departementets vurderinger og forlag

Departementet mener at det først og fremst er to modeller som er aktuelle å vurdere for framtidig organisering av luftambulansetjenesten. Den ene modellen er der staten har hovedansvaret. Det er en videreføring av dagens ansvar. Ansvaret for den medisinske delen av tjenesten forutsettes imidlertid lagt til fylkeskommunene. Det er den samme ordning som i dag. Den andre modellen er et rent fylkeskommunalt ansvar for luftambulansetjenesten, på lik linje med annen spesialisert helsetjeneste. Planleggingen forutsettes å skje i et regionalt perspektiv.

Fordeler og ulemper ved en statlig modell

En total statlig overtakelse av både helse- og transportdelen av tjenesten anses ikke aktuelt. Helsedelen må samordnes med fylkeskommunal helsetjeneste. En videreføring av dagens statlige ansvar forutsetter derfor et delt ansvar med fylkeskommunene når det gjelder den medisinske delen av tjenesten.

Fordeler ved en statlig modell er:

- Hensynet til tjenestens fylkesovergripende særpreg kan ivaretas. Gjeste-

- pasientproblematikken elimineres.
- En statlig modell gir best mulighet for effektiv og fleksibel planlegging og styring. Den kan best sikre et nasjonalt likeverdig tilbud.
 - En statlig modell gir best mulighet for effektiv og fleksibel planlegging og styring av overføringsoppdrag i et nasjonalt perspektiv. Ambulanseflyene kan betraktes som en felles ressurs.
 - Statlig ansvar skaper minst problemer i forhold til bruken av redningstjenestens helikoptre i luftambulansetjenesten.
 - Et statlig ansvar kan best sikre opparbeidelse og vedlikehold av kompetanse i forhold til flere sider av tjenesten: Sikkerhet, opplæring, kontraktsinngåelse og oppfølging overfor flyoperatører (kvalitetsrevisjoner med videre).
 - Mulighet for standardisering og ensartet ivaretagelse av en rekke sentrale kvalitetsaspekter som medisinsk teknisk utstyr, kommunikasjonssystemer, rapporteringsprosedyrer med videre.
 - Kvalitetssikring og oppfølging med den flyoperative del av tjenesten kan lettest ivaretas i en statlig modell.

Ulemper ved en statlig modell er:

- Luftambulansetjenesten kan forbli en særtjeneste i forhold til annen helse-tjeneste. Forutsetningene for en helhetlig vurdering og integrering i den øvrige ambulansetjeneste og spesialisthelsetjeneste ansvarsmessig, prioriteringsmessig og funksjonelt er dårligere ved et statlig ansvar.
- Fylkeskommunene vil ha et økonomisk motiv til å bruke luftambulanse i stedet for bil- og båtambulansetjeneste som de har ansvaret for i dag. Denne vridningseffekten vil bli mindre i og med endringene i forbindelse med statsbudsjettet for 2000 der fylkeskommunene nå skal betale for tilbakeføringsoppdrag.

Fordeler og ulemper ved en fylkeskommunal modell

I en ren fylkeskommunal modell får fylkeskommunene det fulle ansvaret for luftambulansetjenesten på lik linje med annen spesialisert helsetjeneste. Planlegging forutsettes å skje på regionalt nivå. Finansieringen skjer ved at dagens statlige utgifter går inn i rammene til fylkeskommunene. Ordninger for gjestepasientoppgjør må etableres for denne tjenesten som for andre helsetjenester.

Fordeler ved en fylkeskommunal modell er:

- Luftambulansetjenesten blir sidestilt med den øvrige fylkeskommunale helsetjeneste. Forutsetningen legges til rette for en helhetlig vurdering, utbygging og integrering av den samlede ambulansetjeneste og øvrige spesialiserte akuttmedisinske kjede ved fylkeskommunal regi.
- Et samlet fylkeskommunalt ansvar for all ambulansetjeneste vil bidra til å sikre riktig bruk av luftambulansetjenesten sett i forhold til den øvrige ambulansetjeneste.

Ulemper ved en fylkeskommunal modell er:

- Generelt større vanskeligheter med nasjonal standardisering.
- Urasjonelt og ressursløsende at en rekke fylkeskommuner eller helseregioner enkeltvis skal bygge opp kompetanse og et administrativt og utøvende apparat for kontraktsinngåelse, kontraktsoppfølging, kvalitetssikring og tilsyn.

- Antall gjestepasientoppgjør mellom fylkeskommunene vil øke.
- Fylkeskommunalt ansvar vil kunne skape problemer i forhold til bruken av redningstjenestens helikoptre i luftambulansetjenesten.
- Redningshelikoptre bør fortsatt inngå i luftambulansetjenesten. Finansieringen for disse helikopterene skal fortsatt være statlig.

Flere av disse ulempene vil kunne reduseres ved opprettelse av et Statens luftambulanseskontor og statlige retningslinjer for å koordinere virksomheten bedre. Et statlig luftambulanseskontor passer imidlertid dårlig inn i en fylkeskommunal modell. Etablering av et Statens luftambulanseskontor er drøftet under punkt 5.5.

Det er et mål å integrere luftambulansetjenesten i den øvrige ambulansetjeneste og spesialisthelsetjeneste i størst mulig grad. Dette taler i sterk grad for et fylkeskommunalt ansvar for luftambulansetjenesten. Samtidig er det viktig å ivareta ønsket om en rasjonell flyoperativ del med tilfredsstillende sikkerhetsnivå. Dette gjelder både ansvarsmessig, prioriteringsmessig og funksjonelt.

Departementet foreslår etter en samlet vurdering at dagens organisering videreføres. Det innebærer at staten inntil videre skal ha ansvaret for å organisere, planlegge og drive luftambulansetjenesten.

Bakgrunnen for denne vurderingen er flere hensyn. Først og fremst hensynet til flysikkerhetsmessig oppfølging. Videre vil et statelig ansvar best ivareta kravet til et nasjonalt likeverdig tilbud. Hensynet til standardisering av utstyr med videre på nasjonalt nivå er også sentralt. Deretter kommer forholdet til redningstjenesten som en viktig del av luftambulansetjenesten. I tillegg kommer det forhold at tjenesten har en sterk fylkesovergripende karakter. Fylkeskommunen bør imidlertid fortsatt ha ansvaret for den medisinske delen av tjenesten som i sterkere grad bør integreres i de sykehusene der basene er plassert. En slik faglig medisinsk tilknytning bør finne sted uavhengig om vedkommende luftambulansbase er stasjonert ved sykehus eller ikke.

Spørsmålet om den framtidige plassering av ansvaret for luftambulansetjenesten må imidlertid ses i sammenheng med Regjeringens arbeid med fornyelse av offentlig forvaltning, arbeidet med å utrede regional inndeling og utredningen om syketransportansvaret.

5.5 Statens luftambulanseskontor

Luftambulansetjenesten er delt i en helsedel og en transportdel. Organiseringen av tjenesten går fram av figur 5.1.

5.5.1 Organisering

Spesielt helsepersonellet, men også operatørselskapene har uttrykt behov for bedre samordning mellom helse- og transporttjenesten på statlig nivå. Et delt ansvar kan medføre uoversiktlig og mindre rasjonell statlig ledelse. En sentral samling av ansvar vil imidlertid på den annen side kunne påvirke organiseringen på lavere nivå.

Utgangspunktet for en bedre framtidig organisering av luftambulansetjenesten bør innebære at en definerer hvilke oppgaver som naturlig hører inn under tjenesten.

5.5.2 Luftambulanseutvalgets forslag og høringsutalelser

Etter sykehusloven har staten både planlegging-, utbygging og driftsansvar for tjenesten. Luftambulanseutvalget (NOU 1998:8) foreslo å opprette et statlig luftambulansekontor og mener det er en forutsetning for at staten skal ivareta sitt ansvar innenfor en statlig modell på en tilfredsstillende måte.

Utvalget mener det er tre mulige plasseringer av et statlig luftambulansekontor: I Sosial- og helsedepartementet, i Rikstrygdeverket eller som et frittstående kontor.

Etter utvalgets oppfatning er opprettelse av et nytt, frittstående kontor lite aktuelt. Det vil bli et lite og sårbart kontor. Alternativet kan imidlertid være mer realistisk dersom det legges flere funksjoner til et slikt kontor.

Rikstrygdeverket har i dag ansvaret for den flyoperative delen av tjenesten. I NOU 1998:8 og i høringsuttalelsene fremkommer det at Rikstrygdeverket har god styring og kontroll med transportdelen av tjenesten. Utvalget mener imidlertid at Rikstrygdeverket ikke er et naturlig sted å plassere et kontor med ansvar for utøvende helsetjenester.

Utvalget foreslo etter dette at luftambulansekontoret bør plasseres i departementets sykehusavdeling. Dette vil imidlertid bryte med prinsippet om ikke å ha driftsansvar for helsetjenester i departementet.

5.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Et Statens luftambulansekontor bør ha følgende oppgaver:

- Styring, koordinering og oppfølging av transporttjenesten med fly og helikopter.
- Samordning av transporttjenesten og den medisinske tjenesten.
- Samordning av luftambulansetjenesten med den offentlige redningstjenesten.
- Evaluering og oppfølging av den medisinske delen av tjenesten. Etter de samme prinsipper som gjelder for den øvrige del av helsetjenesten.
- Forholde seg til offentlige tilsynsorgan innen fagområdet, spesielt Luftfartstilsynet og Statens helsetilsyn.

Kontoret må ha flyoperativ kompetanse for å ta stilling til kvalitets- og sikkerhetsspørsmål knyttet til tjenesten. Kontoret må videre ha medisinsk kompetanse. Kontoret antas å kreve en bemanning på 3-5 årsverk. Kontoret må i sitt arbeid ha bistand fra ulike kompetansemiljøer som medisinsk-teknisk materiellutvalg, operativt forum, Regionsykehuset i Trondheim (medisinsk teknisk utstyr), Hovedredningssentralene, Luftforsvaret, Flymedisinsk institutt, Legeforeningen og Sykepleierforbundet med flere.

Departementet ser problemene med dagens uoversiktlige organisering og mener at en instans på statlig nivå får et samlet ansvar for både helse- og transportdelen av tjenesten.

Opprettelse av et nytt frittstående kontor med ansvar for bare Statens luftambulanse kan bli et lite og sårbart kontor. Det vil trolig også være ressursmessig ugunstig. Det vil være mer heldig at det legges flere oppgaver til kontoret.

Departementet er uenig med utvalgets flertall som ønsker å plassere kontoret i Sykehusavdelingen i departementet, fordi det ikke er ønskelig å trekke

rene driftsoppgaver inn i departementet. Statens helsetilsyn er også uaktuelt, da de driver tilsynsmyndighet og ikke har driftsoppgaver.

Det er nødvendig at oppgavene ivaretas av et kompetent organ. Etter departementets oppfatning kan oppgavene best ivaretas av Rikstrygdeverket.

Rikstrygdeverket har opparbeidet kompetanse på luftambulansetjenesten og har i dag ansvaret for den flyoperative delen av tjenesten. Staten har videre kompetanse på arbeidet med innkjøp/avtaler. Dette vil bli ytterligere utviklet i Rikstrygdeverkets nye organisasjonsmodell. Rikstrygdeverket er ellers positiv til å ta et helhetlig ansvar for luftambulansetjenesten. Staten ivaretar dessuten helsetjenester på andre områder.

I Rikstrygdeverket opptar arbeidet med luftambulansevirksomheten i dag to årsverk. I tillegg trekker man på spesialkompetanse fra så vel offentlig som private virksomheter og annen kompetanse i Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket vil foreta nødvendige endringer i sin organisasjon for å sikre best mulig organisering av tjenesten.

For å ivareta de oppgavene som er skissert ovenfor, anser departementet det som nødvendig å utvide med ytterligere tre årsverk.

5.6 Basestruktur

Luftambulansetjenesten blir i dag i hovedtrekk regulert av den nasjonale luftambulanseplanen fra 1988 der det ble besluttet å opprette helikopterbasen i Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Bergen, Stavanger, Lørenskog og Dombås. Ambulanseflybaser skulle etableres i Kirkenes, Alta, Tromsø, Brønnøysund og Ålesund. Redningstjenestens helikoptre på Banak, Ørland, Sola og i Bodø skulle inngå i luftambulansetjenesten basert på avtale mellom Forsvarsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Det er senere opprettet helikopterbasen i Førde (1990), i Arendal (1991) og Ål i Hallingdal (1994). En ny flybase ble etablert i Bodø i 1994.

Antall baser og lokalisering av baser bestemmes i dag blant annet ut fra følgende hovedmål:

- Tjenesten skal være organisatorisk og faglig integrert med den øvrige ambulansetjeneste og helsetjeneste.
- Tilpasning til brukernes behov.
- Effektiv ressursutnyttelse.
- Rimelig geografisk fordeling.

5.6.1 Ulemper ved dagens baseplassering

Den nasjonale luftambulanseplanen bygger i hovedsak på en rapport utarbeidet i 1986. I rapporten er det ingen systematisk drøftelse av kriterier for valg av baselokalisering. Det går likevel fram at kravet til et geografisk likeverdig tjenestetilbud er et viktig kriterium. Når det gjelder lokalisering av basene, vises det også til sosialkomiteens innstilling til proposisjonen om transporttjenestene i helsevesenet (Innst. O. nr. 28 1984-85):

«Komiteen ser i likhet med departementet de faglige fordelene for luftambulansetjenesten som følger av en tilknytning til de større sykehusenes anestesiydelinger. En slik faglig medisinsk tilknytning bør finne sted uansett om vedkommende luftambulanse har fast stasjon ved sykehuset eller ikke.»

De helikopterbasene som er opprettet etter 1988 har kommet som følge av lokalt initiativ og påtrykk og i mindre grad som et resultat av sentralt styrt planlegging og evaluering. De er politisk vedtatt gjennom formuleringer og bevilgninger i de respektive års statsbudsjetter. Bare for Ål-basen forelå det en rimelig grundig utredning som beslutningsgrunnlag. Ny flybase ble etablert i Bodø i 1994.

5.6.2 Luftambulansetvalgets forslag og høringsuttalelser

I NOU 1998:8 gir luftambulansetvalget uttrykk for at beslutninger om opprettelse av ambulanshelikopterbase må bygge på en bred vurdering der flere forhold inngår. Ved etablering eller flytting av baser skal det foreligge krav til sykehusnærhet, dekningsgrad og helseøkonomi. Luftambulansetjenestens primære oppgave skal være transport av alvorlig syke eller skadde personer som trenger akuttmedisinsk behandling. Tjenesten kan også bidra til utjevning av forskjeller i tilgjengelighet til spesialiserte helsetjenester på grunn av geografi og bosettingsmønster. Hovedkriteriene kan sammenfattes som følger:

- Luftambulansetjenesten skal være organisatorisk og faglig integrert med den øvrige ambulansetjeneste og spesialiserte helsetjeneste. For at dette kan fungere på en tilfredsstillende måte bør basene lokaliseres ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap.
- Likeverdig helsetjenestetilbud til alle uavhengig av bosted (geografisk rettferdighet), alder, kjønn og sosial status. Målsettingen er at 90 prosent av landets befolkning skal nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter.
- Helseøkonomiske vurderinger. Størst mulig nytte av luftambulansetjenesten i forhold til kostnadene. Nyten av tjenesten avhenger av en rekke forhold, blant annet befolkningsunderlag/forekomst av ulike behov, alternative lokale tilbud for transport/behandling, sykehusstruktur/-organisering, geografi/kommunikasjonsmessige forhold og flyoperative forhold/regularitet og sikkerhetsnivå.
- Helsetjenestetilbudet skal sette pasienten i sentrum og ivareta pasientrettighetene, samt være faglig forsvarlig.

Ut fra disse kriteriene foreslår utvalget at basestrukturen i hovedsak opprettholdes slik som den er i dag, med noen justeringer:

- Luftambulanshelikopteret i Brønnøysund foreslås flyttet til Sandnessjøen.
- Luftambulanshelikopteret på Dombås foreslås flyttet til Lillehammer.
- Ambulanseflybasen i Brønnøysund foreslås flyttet til Trondheim (Værnes).
- Ambulanseflybasen i Ålesund (Vigra) foreslås flyttet til Bergen.
- Redningshelikopterbasen i Banak foreslås flyttet til Hammerfest.
- Redningshelikopterbasen på Ørlandet foreslås tatt ut av luftambulansetjenesten.
- Redningshelikopterbasen på Sola foreslås tatt ut av luftambulansetjenesten.

De redningshelikoptre som ikke inngår i luftambulansetjenesten bør kunne brukes ved akuttmedisinske krisesituasjoner der annen luftambulanse ikke er

tilgjengelig eller ikke kan brukes på grunn av flyoperative årsaker (værforhold, tekniske problemer).

Forslag om endringer i basestrukturen har ikke uventet engasjert flesteparten av høringsinstansene og de fleste har svart ut fra sine interesser i nærområdet. En del instanser har støttet utvalgets forslag (blant annet Statens helsetilsyn, Legeforeningen og Sykepleierforbundet). Andre (blant annet Kommunal- og regionaldepartementet som ønsker et helsetjenestetilbud i nærheten av der folk bor) er kritiske, særlig til flytting av de sivile helikopterbasene fra Brønnøysund til Værnes og fra Dombås til Lillehammer. Førstnevnte oppfattes som problematisk på grunn av dagens veistandard i området, og at organiseringen av helsetilbudet i regionen for tiden er under diskusjon. Sistnevnte anses som problematisk på grunn av operative forhold, likeverdig tilbud og helsepolitiske målsettinger. I tillegg ønsker flere instanser at flybasene i Brønnøysund og Ålesund opprettholdes.

En rekke instanser, herunder Justisdepartementet samt Hovedredningsentralen i Sør-Norge, ønsker at redningshelikopterbasene på Sola og på Ørland blir opprettholdt som en del av luftambulansetjenesten. Rikstrykdeverket ønsker en konsekvensanalyse av at redningshelikoptrene på Sola og Ørland tas ut av luftambulansetjenesten. Ellers er det noen få uttalelser fra lokale instanser som ønsker flytting av andre baser, eventuelt etablering av nye baser.

5.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Et av de overordnede målene innenfor norsk helsepolitikk, er en rimelig fordeling av de ulike tjenestene. Dette omfatter både en rimelig lik tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester og til spesialiserte behandlingstilbud uavhengig av bosted. Akuttmedisinske tjenester omfatter både hjelp der man befinner seg i sykdoms- eller skadeøyeblikket, sikker transport og tilgang til nødvendig sykehusbehandling.

I samspill mellom første- og andrelinjetjenesten og mellom ulike typer sykehusstilbud, kan man betrakte luftambulansen som en utjevnende faktor. Luftambulansen kan gi raskere behandling og transport for de som bor langt fra sykehus, og den kan bringe, eventuelt overføre pasienter til de sykehusene der spesialiserte tilbud er tilgjengelig.

Brukes luftambulansen som et verktøy for å kompensere for ulik tilgjengelighet til andre tjenester, bør basene i stor grad plasseres der de alternative tilbudene er dårligst. Basenes geografiske plassering, med kun fire baser nord for Trondheim, gir grunnlag for å spørre hvor godt helikoptrene er i så måte. Man bør også stille spørsmål ved hvor stor en slik skjevfordeling kan være. Luftambulansen skal også være et supplerende høyspesialisert tilbud i tettbygde strøk med relativt godt utbygde alternative tjenester.

Departementet mener det er viktig at hovedprinsippene for baselokalisering blir fulgt ved etablering av nye baser eller ved flytting av baser. Luftambulansetjenesten bør være organisert og faglig integrert med den øvrige ambulansetjeneste og spesialiserte helsetjeneste. Dette tilsier at basene bør være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap. Videre bør tjenesten ha et likeverdig helsetjenestetilbud uavhengig av bosted (geografisk rettferdighet) ved at 90 prosent av landets befolkning skal nås av legebeman-

net ambulanse i løpet av 45 minutter. Helseøkonomiske vurderinger tilsier at basemønstret skal gi størst mulig nytte i forhold til kostnadene. De samme kriteriene er lagt til grunn for ambulanseflybasene. Virkningen vil imidlertid måtte bli noe annerledes for flyene, da kriteriet for nærhet til sykehus i vesentlig grad begrunnes med at det er behov for akuttmedisinsk legekompentanse i forbindelse med krevende transporter. I ambulanseflyene kreves det at det skal være med anestesisykepleier.

Helikopterbaser

Departementet er enig med utvalgets forslag når det gjelder opprettholdelse av helikopterbasene i Tromsø, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Ål og Lørenskog.

Ambulansehelikopterbaser i Brønnøysund/Sandnessjøen og Dombås/Lillehammer?

Kriteriet om at luftambulansen skal være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap er i utgangspunktet viktig. Hele det akuttmedisinske tilbudet bør som hovedregel sees samlet. En slik faglig medisinsk tilknytning bør finne sted uansett om den aktuelle luftambulanse er stasjonert ved sykehus eller ikke. Departementet legger vekt på at det skal være rimelig lik tilgjengelighet for alle til akuttmedisinske tjenester uavhengig av bosted. Dette tilsier at enkeltbasene bør lokaliseres utenfor sykehus. Kravet til dekningsgrad ivaretas best med dagens lokalisering. Både Oppland og Nordland fylkeskommune går i mot en flytting av basene.

På bakgrunn av høringsuttalelsene og etter en samlet vurdering foreslår departementet at basene i Brønnøysund og på Dombås opprettholdes.

Når det gjelder Sysselmannens beredskapshelikopter på Svalbard, inngår det i dag ikke i luftambulansetjenesten. Helikopteret ivaretar de få luftambulanseoppdragene som er nødvendig. Finansieringen skjer delvis over sykehushets budsjett, fra folketrygden eller ved refusjoner/forsikringer fra det land pasienten er hjemmehørende i.

Luftambulanseutvalget foreslo at dagens ordning på Svalbard skal opprettholdes. Departementet er enig med utvalget og foreslår ingen endringer i ordningen på Svalbard.

Ambulanseflybaser

Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at ambulanseflybasene i Kirkenes, Alta, Tromsø og Bodø opprettholdes.

Ambulanseflybase i Brønnøysund eller Trondheim (Værnes)?

Nordland Fylkeskommune utaler at flytting av basen fra Brønnøysund til Trondheim vil svekke tilbudet i Nordland og i helseregion Nord. Nord-Trøndelag slutter seg til utvalgets forslag, mens Sør-Trøndelag uttaler at en flytting av basen fra Brønnøysund til Værnes vurderes ikke å ha spesiell betydning for fylkeskommunen. Regionsykehuset i Trondheim uttaler at det kan virke hen-

siktsmessig å flytte basen for å avhjelpe kapasitetsmangelen for flyambulanse-transport i Sør-Norge.

Etter Rikstrygdeverkets vurdering er det lite realistisk at både helikopter- og flybasen flyttes fra Brønnøysund. Oppdatert statistikk viser at flyet i Brønnøysund gradvis har forandret oppdragsmønster og flyr mer nordover. Årsaken til dette er at syketransportflyet i Sør-Norge tar en del av de transporter som Brønnøysundflyet tidligere utførte. Flyet i Brønnøysund har deltatt i en «pool» i Nord-Norge med de andre ambulansflyene. En flytting bør etter departementets vurdering ikke skje før alle konsekvenser er utredet bedre.

Departementet foreslår at ambulansflybasen i Brønnøysund opprettholdes.

Ambulanseflybase i Ålesund (Vigra) eller i Bergen?

Møre og Romsdal fylkeskommune uttaler at dagens baseplassering bør opprettholdes. Hordaland fylkeskommune ønsker at basen flyttes til Bergen. Rikstrygdeverket legger vekt på at den kompetansen Sentralsykehuset i Møre og Romsdal har fått ved overføringsflyet i Ålesund opprettholdes. Basen har utført flest kuvøsetransporter i Norge (mer enn 1000 transporter på 11 år). Rikstrygdeverket foreslår derfor at basen opprettholdes. En flytting av basen til Bergen vil innebære at flyet knyttes til et regionsykehus, mer optimal plassering og enklere å bemanne. På den annen side foreslås det ikke i denne meldingen at overføringsflyet skal flyttes fra Brønnøysund til Værnes. Dermed vil det bli vanskeligere å over/tilbakeføre pasienter i blant annet Trøndelag-fylkene. Det har tidligere vært stasjonert et redningshelikopter på Vigra. Helikopteret ble flyttet til Rygge i 1999. Det vil få konsekvenser hvis ambulansflyet også skal flyttes.

Departementet foreslår etter en samlet vurdering at overføringsflyet i Ålesund (Vigra) opprettholdes.

Redningshelikopterbasen

Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at redningshelikopterbasen i Bodø fortsatt skal være en del av ambulansflytjenesten.

Redningshelikopterbase i Banak eller Hammerfest?

Ansvar for redningstjenesten og redningshelikoptertjenesten er «delt» mellom Justisdepartementet og Forsvarsdepartementet. Justisdepartementet har ansvaret for redningstjenesten, mens Forsvarsdepartementet har operatøransvaret. Justisdepartementet skal etter planen legge fram en stortingsmelding om redningshelikoptertjenesten. Spørsmålet om baseplassering i Finnmark vil bli behandlet i den kommende stortingsmeldingen om redningshelikoptertjenesten.

Redningshelikopterbasen på Sola og Ørland?

Justisdepartementet uttaler i forbindelse med høringen at det kan svekke redningshelikopterbesetningens kompetanse dersom de slutter å fly ambulansoppdrag. Skvadronen trenger å fly egentrening og ambulansoppdragene gir også operativ trening og nyttig erfaring med å benytte medisinsk utstyr om

bord. Rikstrygdeverket mener at Sola og Ørland ikke bør tas ut av luftambulansetjenesten før konsekvensene er nærmere utredet.

Departementet er ikke enig i utvalgets forlag om at basene bør tas ut av luftambulansetjenesten og slutter seg til Justisdepartementets og Rikstrygdeverkets uttalelser.

Redningshelikopteret på Ørland har hatt en relativt stor økning av antall ambulanseoppdrag de siste årene, fra 195 oppdrag i 1995 til 278 i 1997. Av oppdragene i 1997 var 265 primæroppdrag. Redningshelikopteret på Sola utfører mange sekundæroppdrag. Det vil si at pasienten allerede er hospitalisert, men det foreligger et medisinsk behov for å frakte pasienten til et sykehus med høyere omsorgsnivå. Fra 2000 skal fylkeskommunene betale for tilbakeføringstransportene. Tilbakeføringsoppdrag er oppdrag der pasienten blir fraktet fra et høyere til et lavere omsorgsnivå. Redningshelikopterene på Ørland og Sola utfører en del tilbakeføringsoppdrag. En endring av finansieringsordningen vil sannsynligvis innebære færre tilbakeføringstransporter som igjen vil føre til at redningshelikoptrene vil bli brukt mer fornuftig. Sosial- og helsedepartementet vil også drøfte med Forsvarsdepartementet og Justisdepartementet en reduksjon i bruk av redningstjenestens helikoptre til tilbakeføringsoppdrag. Dette vil innebære bedre beredskap hos redningstjenesten.

Departementet foreslår etter dette at redningshelikopterbasene på Sola og Ørland opprettholdes.

Redningshelikoptertjenestens videre plass i luftambulansetjenesten

Departementet er enig i at redningshelikoptre ikke bør benyttes til ikke-akutte ambulanseoppdrag, som tilbakeføringsoppdrag. En eventuell svekkelse av beredskapen for ambulanshelikoptre vurderes heller ikke som gyldig grunn for bruk av redningstjenestens helikoptre. Der det er alternative luftambulanseressurser bør redningstjenestens helikoptre i utgangspunktet være et supplement til den øvrige luftambulansetjenesten. Dette begrunnes dels i at skvadronens primæroppgave er redningstjeneste, lengere utrykningstid og økonomi. Kostnadene ved bruk av redningstjenestens helikoptre er vesentlig høyere per flytime enn for sivile ambulanshelikoptre.

Departementet mener det er behov for omfattende endringer i avtalen mellom Sosial- og helsedepartementet og Forsvarsdepartementet om bruken av redningshelikoptre til ambulanseoppdrag. Det vil bli satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra Forsvaret og Rikstrygdeverket som skal fremme forslag til en bedre organisering og finansiering for framtiden. Samtidig vil de to departementene ta sikte på å inngå en ny avtale om bruken av redningstjenestens helikoptre i luftambulansetjenesten.

Når det gjelder spørsmålet om legebemanning på redningstjenestens helikoptre vises det til den kommende stortingsmeldingen om redningshelikoptertjenesten.

Hovedprinsipper for fremtidig baselokaliserings

Ved etablering av nye baser mener departementet at hovedprinsippene for baselokaliserings (sykehusnærhet, likeverdighet, dekningsgrad og helseøkonomi) blir fulgt. Luftambulansetjenesten bør være organisert og faglig integrert med den øvrige ambulansetjenesten og spesialiserte helsetjeneste.

Dette tilsier at eventuelle nye baser bør være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap.

Departementet finner at luftambulansetjenesten, og i særdeleshet ambulanshelikoptertjenestens nytteverdi i all hovedsak er knyttet til kort reaksjonstid, rask transport av akuttmedisinsk kompetanse ut til pasient/skadested og rask transport av pasienter inn til sykehus for endelig behandling. En forutsetning for effektiv utnyttelse av denne akuttmedisinske ressursen er derfor kort avstand mellom helikopterlandingsplass og akuttsykehusenes mottagelsesavdelinger.

5.7 Sikkerhet

Siden den nasjonale luftambulanseplanen ble gjennomført i 1988 har det vært tre store helikopterhavarier og ett flyhavari. Til sammen 12 mennesker har omkommet. Ambulanseflyving med helikopter har vært betydelig mer risikofylt enn andre virksomheter det er naturlig å sammenligne med.

De relativt mange ulykkene i luftambulansetjenesten har sterkt påvirket tjenestens samlede nytte i negativ retning. En anestesioverlege har uttrykt dette forholdet på en treffende måte:

«Ved den siste ulykken med Airlift i Førde i 1996, hvor 4 besetningsmedlemmer omkom, gikk anslagsvis 170 forventede leveår tapt. Man skal redde livet til veldig mange pasienter før et slikt tap kan forsvares».

Luftfartsmyndighetene definerer gjennom sine krav til flyoperasjoner en minstandard til sikkerheten. Det er varslet endringer i dette regelverket ved innføring av et nytt felleseuropeisk regelverk, det såkalte Joint Aviation Regulations Operations, (JAR-OPS 3).

Det er et faktum at de aller fleste ulykker med ambulanshelikopter har skjedd i mørke eller forhold med meget dårlig sikt. Luftambulansetjenesten med helikopter representerer et betydelig høyere risikonivå enn andre flyoperasjoner. Operasjonene reguleres av felles europeiske forskrifter. Luftfartsmyndigheten vurderer fortløpende om det er grunnlag for nasjonale tilleggskrav. I de senere år er det iverksatt en rekke tiltak for å høyne sikkerheten. Tjenesten bør på visse områder definere egne, høyere standarder enn luftfartsmyndighetenes krav for å bedre sikkerheten. For eksempel kan det reises spørsmål om helikopterene i det hele tatt bør fly i mørket eller i dårlig vær.

5.7.1 Luftambulanseutvalgets forslag og høringsuttalelser

Utvalget foreslår ulike tiltak for å bedre sikkerheten i tjenesten knyttet til kvalifikasjonskrav, flyfølging (flight following), mørkeflyving, kvalitetsikring og tilsyn.

Bemanning

Spørsmålet om et ambulanshelikopter bør ha to piloter eller en pilot og en redningsmann/flyteknikker tar ikke utvalget standpunkt til. Utvalget mener at spørsmålet må avgjøres av luftfartsmyndighetene innenfor rammene av det til enhver tid gjeldende regelverk.

Opplæring

Utvalget mener at alt helsepersonell som deltar i luftambulansetjenesten skal gjennomgå nødvendig opplæring i forhold til den fly-operative delen av tjenesten. Herunder temaer som menneskelige faktorer og samhandling under flyging.

Flyfølging

AMK-sentralene har i dag ansvar for å følge opp og koordinere ambulanseoppdrag. Det vil bli å vite hvor luftambulansen er og hvilket oppdrag det eventuelt er ute på. Det er hensiktsmessig at AMK-sentralene fortsetter å ivareta denne funksjonen og at dette gjøres formelt klart i kontrakter og avtaler. Tilfredsstillende prosedyrer må utarbeides og nødvendig opplæring sikres.

Mørkeflyving

I enkelte land (Tyskland og Frankrike) flys det stort sett bare på dagtid. Bakgrunnen er at ulykker stort sett skjer i mørke og ved dårlig sikt. I Norge vil en slik praksis innebære en drastisk reduksjon av tilbudet. Reduksjonen vil slå hardest ut i Nord-Norge. Utvalget mener det ikke vil være naturlig å innføre en slik restriksjon av tjenesten i Norge. Dersom luftfartsmyndighetenes krav i framtiden til fartøy, utstyr og bemanning ved operasjoner i mørke øker, vil kostnadene ved fortsatt mørkeflyving også øke vesentlig. Det vil da være rimelig med en ny vurdering av kost-nytte forholdene ved mørkeflyving.

Høringsuttalelser

Høringsuttalelsene er enige om at flysikkerhet er viktig. Det er få spesielle forhold som påpekes av flere høringsinstanser som går på konkrete forhold/forbedringer innen sikkerheten i luftambulansetjenesten.

5.7.2 Innstilling fra sikkerhetsgruppen-oppfølging

Innstillingen identifiserte de viktigste flyoperative risikoområdene i forbindelse med helikoptervirksomheten i Statens luftambulansetjeneste og foreslo prioriterte risikoreduserende tiltak.

Sikkerhetsgruppen mente at luftambulansetjenesten har, både i perioden før den ble etablert som landsdekkende tjeneste i 1988 og i årene deretter, sannsynligvis vært den mest ulykkesutsatte virksomhet i norsk ervervsmessig luftfart. Risikobildet er imidlertid sammensatt. På bakgrunn av rapportene etter de ulykkene som har rammet tjenesten er de viktigste risikoreduserende tiltakene etter sikkerhetsgruppens oppfatning:

- Best mulig kompetanse hos det personalet som tjenestegjør i cockpit. Dette oppnås gjennom å sette krav til bakgrunn, selektering, utdanning, trening, samt innføre krav til instrumentbevis og trening.
- Seleksjon, utdanning og trening av hele besetningen i kommunikasjon, rollefordeling og samhandling blant annet ved CRM-trening (Crew Resource Management).
- Gode styrings- og organisasjonsmodeller (kvalitetssystemer) sammen med systematiske holdningsskapende og risikoreduserende tiltak.

Departementets oppfølging

I statsbudsjettet for 1998 fulgte Regjeringen opp med følgende tiltak:

- De nye felles- europeiske luftfartsreglene (JAR-OPS 3) vil kreve at det som hovedregel skal være to piloter ved flyving om natten. Luftfartsmyndighetene kan likevel, under bestemte forhold og forutsetninger, godkjenne et konsept med en flyger. Departementet foreslo for Stortinget at samme konsept benyttes på dag og natt. Det skal ikke tillates at en operatør flyr med en pilot på dagen og to på natten fra de baser der luftfartsmyndighetene bestemmer at det skal være to piloter. Stortinget sluttet seg til forslaget.
- Departementet var enig med sikkerhetsgruppen i at trening og samtrening av hele besetningen er svært viktig for økt flysikkerhet. Samtrening er viktig for å:
 - gi informasjon og skape forståelse for det enkelte medlems oppgaver.
 - forhindre at den medisinske bemanning påvirker piloten til å avvike fra fastsatte minimumskrav til sikkerhet.
 - ivareta bevisstheten om risikoforhold ved bakkeopphold, trene på samarbeid og herunder, nødsituasjoner.

Fra 1. januar 1998 ble det gjennomført Crew Resource Management (CRM-kurs) som obligatoriske og felles for samtlige som arbeider i luftambulansetjenesten. Flygere som arbeider i tjenesten må dessuten ha og vedlikeholde instrumentbevis. I tillegg ble det etablert en form for utprøving og valg av ny teknologi som «nattlysbriller» og elektroniske kart (Moving Map).

I statsbudsjettet for 1999 ble det videre foreslått opprettet en ny reservehelikopterordning som innebar bedre sikkerhet i luftambulansetjenesten. Forslaget kom opprinnelig fra sikkerhetsgruppen og ble ytterligere aktualisert da luftfartsmyndighetene skjerpet kravene til en-motors helikoptre. Disse helikoptrene kan ikke lenger fly over vann, hav, tett bebygde strøk med videre. Det ble dermed avsatt 4 millioner kroner til to-motors reservehelikoptre i tjenesten. Stortinget sluttet seg til forslaget.

Rikstrygdeverkets oppfølging

Rikstrygdeverket ble bedt om å vurdere og følge opp følgende tiltak fra sikkerhetsgruppen:

- Forbedre landingsplasser (i samarbeid med Luftfarttilsynet).
- Merking av luftspenn (overfor Luftfarttilsynet/Samferdselsdepartementet).
- Bedre værtjeneste (i samarbeid med Luftfarttilsynet).
- Personlig sikkerhetsutstyr.
- Nye arbeids- og hviletids- bestemmelser.
- Bedre rapportering og analyse av hendelser.
- Kvalifikasjonskrav til cockpit crew.
- Seleksjon (fysiske og psykiske krav til piloter).
- Framtidige helikoptertyper.
- Fast tekniker bemanning ved basene.

Departementet har fått opplyst fra Rikstrygdeverket at statens kartverk i løpet av år 2000 vil legge fram et nasjonalt register over luftfartshindre. Prosjektet

er et samarbeidsprosjekt med Forsvarets militær- geografiske tjeneste og Luftfartstilsynet.

Etablering av en ordning med personlig sikkerhetsutstyr (hjelmer med videre) er meldt inn til Rikstrygdeverket fra de medisinske baselederne og ordningen er gjennomført fra 1999/2000.

Rikstrygdeverket vil sammen med blant annet Luftfartstilsynet og Flymedisinsk institutt fastsette krav til kvalifikasjoner, seleksjon, nye arbeids- og hviletids bestemmelser, tekniker bemanning og framtidige helikoptertyper for neste avtaleperiode. Avtaleperioden vil løpe fra 2001 til 2004.

Rikstrygdeverket har videre inngått en avtale med SAS FLIGHT ACADEMY om simulator trening for helikoptermannskap i Statene luftambulanse.

Det er for øvrig etablert et prøveprosjekt for Modular Health and Usage Monitoring System (MHUMS). «Følere» blir montert i skrog og motor på helikopterene for blant annet å signalisere feil på et tidlig stadium.

Rikstrygdeverket gjennomfører årlige kvalitetsrevisjoner av operatørene i luftambulansetjenesten blant annet med sikte på å bedre sikkerheten i tjenesten.

Rikstrygdeverket har videre satt i verk tiltak for å forbedre den medisinske tjenesten i flykabinene. Det er installert pasientlys med eget batteri og ladestrøm for medisinskteknisk utstyr.

Rikstrygdeverket har videre i samarbeid med Statens helsetilsyn samarbeidet om anskaffelse av nye radioer, samt tilhørende oppgradering av radioutstyret i AMK-sentralene.

Ordningen med et visst antall timer til trening av piloter i forbindelse med å holde vedlike instrumentbevis og CRM-kurs, vil bli videreført. Videre vil arbeidet med å forbedre landingsplasser og ruter fastsatt for helikoptre i samarbeid med Luftfartstilsynet bli videreført. Rikstrygdeverket vil også videreføre arbeidet med innføring av nattlysbriller på enkelte baser.

5.7.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet ba luftambulanseutvalget om å vurdere nærmere følgende supplerende tiltak som ble foreslått av sikkerhetsutvalget:

- Målsetting for tjenesten.
- Crewkonsept.
- Krav til «flight following» (flyfølging).
- Samordnet statlig styring av tjenesten.
- Rekvirering, alarmering og varsling.
- Kvalifikasjonskrav og trening for helsepersonell.
- Seleksjon (fysisk og psykisk skikkethet for tjenesten).
- Begrensning av antall medvirkende.
- Iverksetting av vedtatt crew-konsept.
- Eventuelt endret basekonsept.
- Avklare legebilens plass i tjenesten.

Disse tiltakene vil være av vesentlig betydning for sikkerheten i luftambulansetjenesten. Departementet vil i det følgende kommentere de ulike forslagene.

Samordnet statlig styring

Samordnet statlig styring samt rekvirering, alarmering og varsling er omtalt tidligere i meldingen. Det vises her til vurderingene og forslagene under punkt 5.1.5 og 5.5.

Målsetting

Sikkerhetsgruppen påpekte at en helhetlig målsetning for luftambulansetjenesten er viktig for sikkerheten i tjenesten,

Departementet mener at luftambulansetjenesten skal være en integrert del av den samlede ambulansetjeneste og den øvrige helsetjeneste og skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger.

Luftambulansetjenestens primære målgruppe skal være alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling.

Hovedoppgaven for luftambulansetjenesten bør derfor etter departementets mening være å yte spesialisert akuttmedisin. Sekundæroppgaven bør være andre typer pasienttransporter som for eksempel tilbakeføringstransporter.

Bemanningscrewkonsept

De som bemanner ambulanshelikoptrene bør ha kompetanse på akuttmedisin, flyoperative forhold og redningsteknisk kompetanse.

Den flyoperative kompetansen kan ivaretas av to piloter eller av en pilot og en hjelpemann med flyoperativ kompetanse i samsvar med Luftfartstilsynets krav.

Departementet mener at en redningsmann bør imøtekomme operative, medisinske og fysiske krav til tjenesten. Redningsmannen bør ha formell kompetanse i form av:

- Fagbrev for ambulansepersonell.
- Kompetansebevis for utrykningskjøring.
- Basiskunnskaper i fjellklatring/redning.
- Sportsdykkerbevis.
- Godkjent legeundersøkelse for privatflyvere.
- Luftfartstilsynets krav til redningsmann.

En redningsmannen bør ellers ha inngående kjennskap til følgende fagfelt:

- Redning og sikring i bratt og glatt terreng.
- Søk og redning i snøskred, herunder samarbeid med lavinehund.
- Prinsipper for søk etter savnede.
- Katastrofeorganisering.
- Skadestedssamband.
- Frigjøring av fastklemte fra bilvrak med videre.
- Brannslokking.
- Redningsdykking, fungere som «linemann».
- Oppreden ved truende situasjoner/våpentruassel.

En redningsmannen bør videre kunne utføre følgende oppgaver:

- Forberede og gjennomføre underhengende helikopteroperasjoner.
- Sikre et skadested mot ytre farer.
- Fungere som «operativ leder sanitet» på et skadested.

- Gjennomføre berging av mennesker i vannoverflaten.
- Føre utrykningskjøretøy (legebil).
- Operere samband på helseradionettet og skadestedssamband.

Redningsmannsfunksjonen innbefatter også medisinske tjenester. For at anestesilegen skal ha kvalifisert assistanse i det medisinske arbeidet og for å kunne yte nødvendig medisinsk hjelp når redningsmannen er alene med pasienten, bør redningsmannen ha inngående kjennskap til:

- Alle aktuelle behandlingsmetoder som nyttes av legene i luftambulansetjenesten.
- Alt medisinsk utstyr som brukes i tjenesten.
- Egen kompetanse i livbergende førstehjelp, smertebehandling, infusjonstjeneste.

De ovennevnte kravene til redningsmannen er bedriftsinterne krav som er knyttet opp til virksomhetsområdet og disse kravene inngår ikke i dag i myndighetenes kravspesifikasjoner til luftambulansetjenesten. Redningsmannen må være fysisk og psykisk skikket til disse sammensatte oppgavene. Dette setter store krav til seleksjon før og under utdanningen. Departementet mener at det offentlige også bør stille tilsvarende kompetansekrav til redningsmannen.

Luftfartstilsynet vil i de nye luftfartsforskriftene kunne godkjenne operatørens valg av den flyoperative kompetanse. Dette skjer for hver base ut fra den beskrivelse operatøren gir av virksomheten.

Den redningstekniske kompetansen kan etter departementets oppfatning best ivaretas av en person med redningsteknisk opplæring, som regel ambulansepersonell eller sykepleier.

Over 80 prosent av legene i dagens luftambulansetjeneste har godkjent spesialistutdanning innen anesthesi. De aller fleste har dessuten mer enn to års anestesipraksis. Det er godt dokumentert at det medisinske personellets kompetanse er av vesentlig betydning for utfallet ved en stor del av oppdragene. Dette er av vesentlig betydning også for sikkerheten i tjenesten.

Departementet mener at bemanningen av ambulansehelikoptrene primært bør være anestesilege med minimum to års erfaring fra tjeneste ved anesthesiavdeling. I en overgangsperiode må man akseptere en noe lavere kompetansenivå av hensyn til rekrutteringssituasjonen for spesialister og en balansert dimensjonert akuttmedisinsk kjede. Dette er i samsvar med utvalgets innstilling.

Ambulanseflyene er i dag bemannet med to piloter og en intensiv- eller anesthesisykepleier. Fra visse baser (Kirkenes og Alta) kan en primærlege være med flyet i tillegg etter en konkret vurdering hvis det finnes nødvendig for at transporten skal være faglig forsvarlig.

Departementet mener at ambulanseflyene i Tromsø, Brønnøysund og i Ålesund bør ha mulighet til å ha med anestesilege. Disse flyene transporter ofte pasienter med behov for avansert overvåking eller medisinsk behandling. Det bør etableres beredskapsordninger som sikrer dette. Merutgiften er beregnet til 3 millioner kroner.

Flyfølging

Flyfølging er en beskrevet prosedyre for hvordan det skal være radiokontakt mellom en instans på bakken og luftfartøyet under flyving. Man vil vite hvor fartøyet til enhver tid befinner seg. AMK-sentralene har etter «Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste» ansvar for å følge opp og koordinere ambulanseoppdrag. Departementet mener at det er mest hensiktsmessig at AMK-sentralene fortsetter å ivareta denne funksjonen. Dette bør imidlertid gjøres formelt klart i kontrakter og avtaler. Det bør utarbeides tilfredsstillende prosedyrer og nødvendig opplæring må sikres. Videre må det utarbeides avtaler om samarbeid mellom AMK-sentralene og hovedredningssentralene som koordinerer ressursene ved redningsaksjoner.

Legebiler

Legebiler er personbiler som er utstyrt med medisinsk-teknisk utstyr og stasjonert ved luftambulansebasene. Lege fra luftambulansen og redningsmann rykker ut i legebilen i nærmiljøet. Legebilen finnes i dag ved ni baser og finansieres av stiftelsen Norsk Luftambulanse. Utvalget mente at legebilen i visse situasjoner kan være et nyttig element i den akuttmedisinske kjede.

Legebilen brukes i dag til to typer oppdrag:

- Oppdrag der legebil blir valgt i stedet for helikopter for eksempel når avstanden fra basen til skadestedet er kort.
- Oppdrag der legebil må brukes fordi været er så dårlig at helikopter ikke kan benyttes.

Legebilen vil imidlertid ofte rykke ut i tillegg til ambulanse. Legebilen kan ikke frakte pasienter til sykehus. En legebemannet ambulansebil vil derfor være en bedre løsning hvis den er plassert i tilknytning til et sykehus som har luftambulansebase.

Departementet mener at det bør være opp til fylkeskommunen å vurdere om det bør etableres en ordning med legebil- eller legebemannet ambulansebil for å øke fleksibiliteten i tjenesten. Hvis fylkeskommunen etablerer en slik ordning med legebiler ved luftambulansebasen må dette baseres på en forpliktende avtale mellom fylkeskommunen, vertskommunen og kommuner i basens nærområde, om bruk av henholdsvis legevaktlege, ambulansehelikopterlege og bilambulanse. Det forutsettes at utrykninger bare skal skje i basens nærområde og på de samme indikasjoner som ved bruk av ambulansehelikopter/fly. Departementet forutsetter at en legebil under enhver omstendighet ikke overtar kommunale legevaktsfunksjoner.

Moving Map

Tidligere har dette vært utstyr som har vært benyttet i militære operasjoner der kravet til nøyaktig navigering i meget lav høyde er nødvendig for å finne fram.

Systemet har mange muligheter. De viktigste er:

- Ved å trykke på en knapp vises nærmeste flyplass med retning og avstand og hvor lang flytiden er. I tillegg vil man få fram all nødvendig informasjon om flyplassen.
- Systemet gir varsel (lyd og bilde) når man nærmer seg et hinder som kan være farlig for flyvingen. Dette kan for eksempel være luftspenn, master,

løypestrenger. Alle kommuner er pliktig til å melde inn alle lufthindringer i sin kommune. Denne hinderdatabasen vil så bli lastet inn i systemet.

- Ved hjelp av en stasjon kan man følge helikoptrets rute og på denne måten ivareta en viktig «flight following» funksjon.

Det er ikke meningen at bruk av Moving Map skal føre til at de værmessige kravene til flyving senkes eller at det skal flys til områder som tidligere ikke ble fløyet til om natten. Moving Map skal være et hjelpemiddel til og ingen erstatning for vanlig navigasjon ved hjelp av kart.

Systemet har vært prøvd ut i luftambulansetjenesten med godt resultat. Det tas sikte på å installere systemet på de aller fleste luftambulanshelikopterene i løpet av det første året.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å bedre sikkerheten i Statens luftambulansetjeneste i de senere år. Luftambulansetjenesten må som utgangspunktet i framtiden minst basere seg på luftfartsmyndighetens krav til sikkerhet. I visse sammenhenger bør tjenesten definere egne høyere standarder for bedre sikkerhet.

5.8 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag

- Luftambulansetjenesten skal bidra til høy beredskap og rask og effektiv hjelp ved alvorlig og akutt helsesvikt.
- Luftambulansetjenesten skal være en helsetjeneste.
- Luftambulansetjenesten skal være en integrert del av den samlede ambulansetjenesten og den øvrige helsetjenesten, og skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger.
- Luftambulansetjenesten skal inntil videre være et statlig ansvar. Fylkeskommunen skal fortsatt ha ansvaret for den medisinske delen av tjenesten. Spørsmålet om den framtidige plasseringen av ansvaret for luftambulansetjenesten må ses i sammenheng med Regjeringens arbeid med fornyelse av offentlig forvaltning, arbeidet med å utrede regional inndeling og utredningen om syketransportansvaret.
- Det etableres et Statens luftambulanskontor i Rikstrykdeverket med ansvar for både helse- og transportdelen.
- Det foreslås at følgende basemønster opprettholdes:
 - *Sivile helikopterbaser:* Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Ål, Lørenskog og Dombås.
 - *Redningshelikopterbaser som inngår i luftambulansetjenesten:* Banak, Bodø, Ørland, og Sola.
 - *Flybaser:* Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Brønnøysund og Ålesund.
- Ambulanseflybasen i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund bemannes med anestesilege ved behov.
- Det er gjennomført en rekke tiltak for å bedre sikkerheten i statens luftambulansetjeneste i de senere år. Luftambulansetjenesten må som utgangspunktet i framtiden minst basere seg på luftfartsmyndighetens krav til sikkerhet. I visse sammenhenger bør tjenesten definere egne høyere standarder for bedre sikkerhet.

6 Akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten

6.1 Beskrivelse av dagens situasjon

6.1.1 Lovgrunnlag

Somatiske sykehus reguleres i dag av lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus mv. Sykehusloven vil bli erstattet av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten mm, som etter planen skal tre i kraft 01.01.2001.

Spesialisthelsetjenesteloven er en av flere nye helselover som vil erstatte store deler av dagens helselovgivning (se boks 6.1).

Boks 6.1 De nye helselovene

Stortinget vedtok våren 1999 fire nye helselover:

- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten mm. (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) Det tas sikte på at lovene skal tre i kraft 01.01.2001.

Loven er i stor grad en videreføring og modernisering av gjeldende rett, men inneholder også en del endringer. Det legges for eksempel opp til et mer fleksibelt system, der fylkeskommunens organisatoriske frihet vektlegges. På områder der nasjonale interesser er sentrale (f.eks. bestemmelsene om legefordeling og om regionalt samarbeid), gis imidlertid departementet adgang til sterkere styring.

Boks 6.2 Nye bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven

- Spesialisthelsetjenesteloven erstatter, i tillegg til sykehusloven, organisatoriske bestemmelser i psykisk helsevernloven.
- Det skilles i sterkere grad mellom fylkeskommunens ansvar til å sørge for et forsvarlig tilbud av spesialisthelsetjenester (kan ikke overlates til andre aktører) og fylkeskommunens rolle som tjenesteyter (kan overlates til andre aktører).
- Eiernes og ledelsens ansvar for en forsvarlig helsetjeneste presiseres.
- Legenes særskilte posisjon fremheves på noen punkter.
- Helseinstitusjonene pålegges informasjonsplikt, både i forhold til befolkningen generelt og i forhold til den enkelte pasient, etter at behandlingen

er avsluttet.

- Fylkeskommunene pålegges plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Helsepersonell ansatt i offentlige helseinstitusjoner pålegges veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten.
- Det understrekes at helsetjenesten skal sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for en forsvarlig yrkesutøvelse, og at pasienter og pårørende gis opplæring ved behov.

6.1.2 Organisering

Helseregioner og sykehusstruktur

Som virkemiddel til en mer effektiv og funksjonell sykehusstruktur, besluttet Stortinget i sin behandling av St.meld. nr. 9 «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen» (1974-75) (Innst. S. nr. 236 (1974-75)), at landet skulle deles inn i fem helseregioner.

Hver helseregion skulle ha en sykehusstruktur bestående av *regionsykehus* (et i hver region), *sentralsykehus* (i hvert fylke unntatt Finnmark) og *lokalsykehus* (forskjellig antall i hvert fylke). Region- og sentralsykehusene skulle ha varierende grad av spesialisering. Lokalsykehusene skulle ha kirurgisk, indremedisinsk og røntgen/laboratorieavdeling, og i de fleste tilfeller fødeavdeling. Det skulle være akuttberedskap ved alle sykehus.

I 1999 ble den opprinnelige inndelingen av helseregionene endret. Den nåværende inndeling er:

- *Helseregion Øst*: Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland og Oslo.
- *Helseregion Sør*: Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.
- *Helseregion Vest*: Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane.
- *Helseregion Midt-Norge*: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.
- *Helseregion Nord*: Nordland, Troms og Finnmark.

Regionale helseutvalg og regionale helseplaner

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 48 (1997-98) «Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern» (Innst. O. nr 65 (1997-98)), ble det besluttet å formalisere de regionale helseutvalgene fra 01.01.1999.

Erkjennelsen som ligger til grunn for formaliseringen av de regionale helseutvalgene er at de samlede ressursene i spesialisthelsetjenesten - herunder helsepersonell - utnyttes for dårlig. Det samme ble også understreket i Stortingets behandling av St.meld. nr. 24 «Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» (1996-97) (Innst. S. nr. 237 (1996-97)). Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene er derfor et hovedmål med det regionale helseplanarbeidet.

De fylkeskommunene som utgjør en helseregion er nå pålagt å utarbeide regionale helseplaner, som skal vedtas av departementet. I tilfeller av konflikt mellom fylkeskommunene, eller der planen ikke samsvarer med gjeldende prinsipper for den nasjonale helsepolitikken, kan Staten gjøre endringer.

Departementets vedtak av regionale helseplaner erstatter tidligere ordning med godkjenning av fylkeskommunale helseplaner.

I forskrift om regional helseplan som trådte i kraft 10.02.1999, og i rundskriv I-19/99 og I-34/99, er det stilt krav til innhold og utforming av de regionale planene. Forskriften og rundskrivene er basert på modell for regional helseplanlegging slik det er skissert i arbeidsgrupperapporten «Konkretisering og gjennomføring av modell for regionalt helsesamarbeid/nasjonal styring», som ble avgitt til Sosial- og helsedepartementet 24.06.1998.

I henhold til forskriften skal det regionale helseutvalg utarbeide en fireårig regional helseplan for spesialisthelsetjenesten i regionen. Det er lagt opp til at de regionale planene skal være overordnede og strategiske dokumenter med en tiltaksdel som inkluderer særlige nasjonale satsingsområder. Planene skal være styringsdokumenter for regionene, mens fylkeskommunene har ansvar for gjennomføringen. For den første planperiode er følgende nasjonale satsingsområder valgt:

- Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene
- Kreftbehandling
- Psykisk helsevern

Ut over dette vil det være opp til hver enkelt helseregion å definere områder som er særlig aktuelle for regionalt samarbeid.

Førstegangsgjennomføring av planleggings- og vedtaksfasen i den regionale helseplanprosessen er koordinert med valg av fylkesting, og vil foregå i årene 2000 og 2001. Departementet vil vedta regional helseplan etter at denne har vært behandlet av fylkestingene i regionen (første gang i februar 2001). Høringsutkastene vil foreligge i løpet av våren/sommeren 2000.

Det legges opp til et rapporteringssystem fra regionene med en begrenset årlig rapportering om gjennomføring av tiltak som skal iverksettes i planperioden, samt en overordnet resultatrapportering hvert fjerde år. En samlet resultatrapport for helseregionene vil bli bearbeidet og offentliggjort i St. prp. nr. 1 (første gang i 2002). I forbindelse med resultatrapporteringen er styringsinformasjon rettet mot sykehusene, fylkeskommunene, helseregionene og statlige helsemyndigheter publisert på Internett. Systemet er utviklet og driftes av SINTEF Unimed, NIS og ble gjort tilgjengelig 1. mars 2000.

Departementet skal gjennomføre en flerårig prosess- og resultatevaluering av det regionale helsesamarbeidet der flere eksterne forskningsmiljøer er involvert. Målet med evalueringen er å få innsikt i hvordan den regionale samarbeidsprosessen forløper og effektene av denne reformen. Resultatene kan benyttes som innspill til de regionale samarbeidsprosessene og som basis for videre regional og nasjonal planlegging. Evalueringen skal foregå i årene 2000-2004/5.

Godkjenning av sykehus og større utbyggingsprosjekter

Behovet for bedre arbeids- og funksjonsfordeling i sykehussektoren kommer også til uttrykk gjennom foreliggende utbyggingsplaner for sykehusene. En oversikt over fylkeskommunenes planer for renovering/nybygg av sykehus i tidsrommet 1999-2010, basert på en kartlegging våren 1999, viser investeringsplaner i somatiske sykehus som foreløpig beløper seg til ca. 34 milliarder kro-

ner. Regionale helseplaner skal være hovedinstrumentet for vurdering av behov for og prioritering av utbyggingsprosjekter, i tillegg til de vurderinger som skjer internt i den enkelte fylkeskommune.

Godkjenning av sykehus er en oppgave som fra juli 1998 tilligger Sosial- og helsedepartementet etter at delegasjon til Statens helsetilsyn ble trukket tilbake. Fra det tidspunkt regionale helseplaner er vedtatt i 2001, vil departementet ved behandling av søknad om godkjenning av institusjoner og/eller helse tjenester, vektlegge at disse inngår i vedtatt regional helseplan.

Rundskriv I-20/99 inneholder prosedyrer og kriterier for godkjenning av sykehus i perioden fram til de første regionale helseplanene er vedtatt. Departementet har stilt krav om at både større utbyggingsprosjekter og utstyrsinvesteringer som kan påvirke organisering og funksjonsfordeling mellom sykehus skal utredes og vurderes i et regionalt perspektiv og behandles i de regionale helseutvalg før godkjenning i departementet.

Sykehusstruktur i helseregionene (per juni 2000)

Helseregion Øst

Det finnes ti somatiske sykehus i Helseregion Øst. Av disse har ni sykehus akuttfunksjon både i kirurgi og indremedisin, mens ett sykehus har akuttfunksjon bare i indremedisin. Ett sykehus har mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet for akuttfunksjonen, fem sykehus har mellom 40 000 og 100 000 innbyggere og tre sykehus har mer enn 100 000 innbyggere.

Boks 6.3 Akuttberedskap ved sykehus i Helseregion Øst

Sykehus med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi:

- Oppland: Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik, Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer
- Oslo: Ullevål sykehus, Aker sykehus, Diakonhjemmet sykehus
- Akershus: Sentralsykehuset i Akershus, Stensby sykehus, Bærum sykehus (Ski sykehus og Martina Hansens Hospital tar også til en viss grad imot akutt tilfeller, men har ikke døgnåpent)
- Østfold: Sykehuset Østfold avd. Fredrikstad, Sykehuset Østfold avd. Moss
- Hedmark: Sentralsykehuset i Hedmark avd. Elverum (kun ortopedi), Sentralsykehuset i Hedmark avd. Hamar (kun bløtdelskirurgi)

Sykehus med akuttfunksjon bare i indremedisin:

- Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Hedmark: Kongsvinger sjukehus, Tynset sjukehus

Sykehus med fødeavdeling:

- Oppland: Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik, Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer
- Oslo: Ullevål sykehus, Aker sykehus (kun fødsler hvor man ikke forventer komplikasjoner)

- Akershus: Sentralsykehuset i Akershus, Bærum sykehus
- Østfold: Sykehuset i Østfold avd. Fredrikstad,
- Hedmark: Sentralsykehuset i Hedmark, avd. Elverum, Kongsvinger sjukehus

Sykehus med fødestue:

- Hedmark: Tynset sjukehus

Fødestuer utenfor sykehusene:

- Oppland: Lom helseheim, Valdres fødestugo

Helseregion Sør

Helseregion Sør har 12 somatiske sykehus med i alt 20 enheter, i tillegg til Riks- og Radiumhospitalet. Utenom regionsykehusene har 12 sykehus eller 13 enheter akuttfunksjon i kirurgi og indremedisin. En av enhetene er i ferd med å avvikle akuttfunksjonen. Tre sykehus har mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet for akuttfunksjonen, fem sykehus har mellom 40 000 og 100 000 innbyggere og fem sykehus har mer enn 100 000 innbyggere.

Boks 6.4 Akuttberedskap ved sykehus i Helseregion Sør*Sykehus med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi:*

- Vestfold: Sentralsykehuset i Vestfold (SiV) - Tønsberg, SiV - Larvik, SiV - Sandefjord. Det er fylkestingsvedtak på å avvikle akuttfunksjonene i Sandefjord.
- Buskerud: Buskerud sentralsykehus FKF, Ringerike sykehus FKF Buskerud, Kongsberg sykehus FKF Buskerud
- Telemark: Telemark sentralsykehus avd. Skien, Notodden sykehus, Rjukan sykehus, (Kragerø kombinerte helseinstitusjon har 30 sykehussenger - 1 dag kirurgi og 1 dag indremedisin per uke).
- Aust-Agder: Aust-Agder sentralsykehus
- Vest-Agder: Vest-Agder sentralsykehus, Lister sykehus avd. Flekkefjord, Mandal sykehus (Har akuttfunksjoner frem til klokken 22:00 på hverdager)

Sykehus med akuttfunksjon bare i indremedisin:

- Horten sykehus har indremedisinske akuttfunksjoner per d.d, men det ble gjort fylkestingsvedtak om avvikling i 1997. Vedtaket er nå i ferd med å iverksettes.

Sykehus med fødeavdeling:

- Vestfold: Sentralsykehuset i Vestfold - Tønsberg

- Buskerud: Buskerud sentralsykehus FKF, Ringerike sykehus FKF Buskerud, Kongsberg sykehus FKF Buskerud
- Telemark: Telemark sentralsjukehus avd. Skien
- Aust-Agder: Aust-Agder sentralsykehus
- Vest-Agder: Vest-Agder sentralsykehus, Lister sykehus avd. Flekkefjord

Sykehus med fødestue:

- Telemark: Rjukan sykehus (drevet av Tinn kommune)

Fødestuer utenfor sykehusene:

- Buskerud: Hallingdal sjukestugu

Helseregion Vest

I Helseregion Vest finnes det 15 somatiske sykehus. Ti av disse sykehusene har akutfunksjon både i kirurgi og indremedisin og ett sykehus har akutfunksjon i indremedisin og delvis i kirurgi. Fire sykehus har mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet for akutfunksjonen, to sykehus har mellom 40 000 og 100 000 innbyggere og fire sykehus har mer enn 100 000 innbyggere (se boks 6.5).

Boks 6.5 Akuttberedskap ved sykehus i Helseregion Vest*Sykehus med akutfunksjon i indremedisin og kirurgi:*

- Sogn og Fjordane: Fylkessjukehuset i Lærdal, Fylkessjukehuset i Nordfjordeid, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane avd. Førde, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane avd. Florø (delvis kirurgisk akutfunksjon)
- Hordaland: Fylkessjukehuset i Odda, Fylkessjukehuset på Voss, Fylkesykehuset på Stord, Haukeland sykehus, Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass
- Rogaland: Fylkessykehuset i Haugesund, Sentralsjukehuset i Rogaland, Stavanger

Sykehus med fødeavdeling:

- Sogn og Fjordane: Fylkessjukehuset i Lærdal, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane avd. Førde, Nordfjordeid sjukehus
- Hordaland: Fylkessjukehuset i Odda, Fylkessjukehuset på Voss, Fylkesykehuset på Stord, Haukeland sykehus
- Rogaland: Fylkessykehuset i Haugesund, Sentralsykehus i Rogaland, Stavanger

Sykehus med fødestue:

- Rogaland: Fylkessykehuset i Haugesund avd Sauda, Sentralsykehuset i

Rogaland avd. Egersund

Helseregion Midt-Norge

Helseregion Midt-Norge har ni somatiske sykehus. Av disse har åtte sykehus akuttfunksjon både i kirurgi og indremedisin og ett sykehus har akuttfunksjon bare i indremedisin. Ingen sykehus har mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet for akuttfunksjonen, sju sykehus har mellom 40 000 og 100 000 innbyggere og ett sykehus har mer enn 100 000 innbyggere (se boks 6.6).

Boks 6.6 Akuttberedskap ved sykehus i Helseregion Midt-Norge

Sykehus med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi:

- Nord-Trøndelag: Namdal sykehus, Innherred sykehus
- Sør-Trøndelag: Regionsykehuset i Trondheim, Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus
- Møre og Romsdal: Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal, Fylkessjukehuset i Molde, Fylkessjukehuset i Kristiansund, Fylkessjukehuset i Volda

Sykehus med fødeavdeling:

- Nord-Trøndelag: Namdal sykehus, Innherred sykehus
- Sør-Trøndelag: Regionsykehuset i Trondheim, Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus
- Møre og Romsdal: Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal, Fylkessjukehuset i Molde, Fylkessjukehuset i Kristiansund, Fylkessjukehuset i Volda

Fødestuer utenfor sykehusene:

- Sør-Trøndelag: Ørland helsesenter, Oppdal helsesenter

Helseregion Nord

I Helseregion Nord er det 11 somatiske sykehus. Alle har akuttfunksjon i hovedspesialitetene kirurgi og indremedisin. Syv sykehus har mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet for akuttfunksjonen, tre sykehus har mellom 40 000 og 100 000 innbyggere, og ett sykehus har mer enn 100 000 innbyggere (se boks 6.7).

Boks 6.7 Akuttberedskap ved sykehus i Helseregion Nord
Sykehus med akuttfunksjon i indremedisin og kirurgi:

- Finnmark: Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus
- Troms: Regionsykehuset i Tromsø, Harstad sykehus
- Nordland: Narvik sykehus, Stokmarknes sykehus, Lofoten sykehus, Nordland sentralsykehus, Rana sykehus, Sandnessjøen sykehus, Vefsn sykehus

Sykehus med fødeavdeling:

- Finnmark: Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus
- Troms: Regionsykehuset i Tromsø, Harstad sykehus
- Nordland: Narvik sykehus, Stokmarknes sykehus, Nordland sentralsykehus, Rana sykehus, Sandnessjøen sykehus, Vefsn sykehus

Sykehus med fødestuer:

- Nordland: Lofoten sykehus

Fødestuer utenfor sykehusene:

- Finnmark: Alta helsesenter
- Troms: Lenvik helsesenter, Sonjatun helsesenter
- Nordland: Brønnøysund sykehjem, Røde Kors sykestue, Andenes, Nordfold og Leikanger sykestue

6.1.3 Sengekapasitet og type sykehusinnleggelser
Sengekapasitet

Kapasiteten ved landets somatiske sykehus var 13 755 senger i 1998; en liten nedgang fra 1997 da tall senger var 13 840. Kapasiteten har holdt seg relativt stabil siden 1992 (jf. tabell 6.1).

Det er relativt store fylkesvise forskjeller i antall sykehussenger per innbygger. Ytterpunktene er Finnmark med 3,81 sykehussenger per 1 000 innbyggere og Akershus med 2,55 sykehussenger per 1 000 innbyggere.

Tabell 6.1: Antall effektive senger¹ per 1000 innbyggere og totalt for perioden 1992 til 1998.

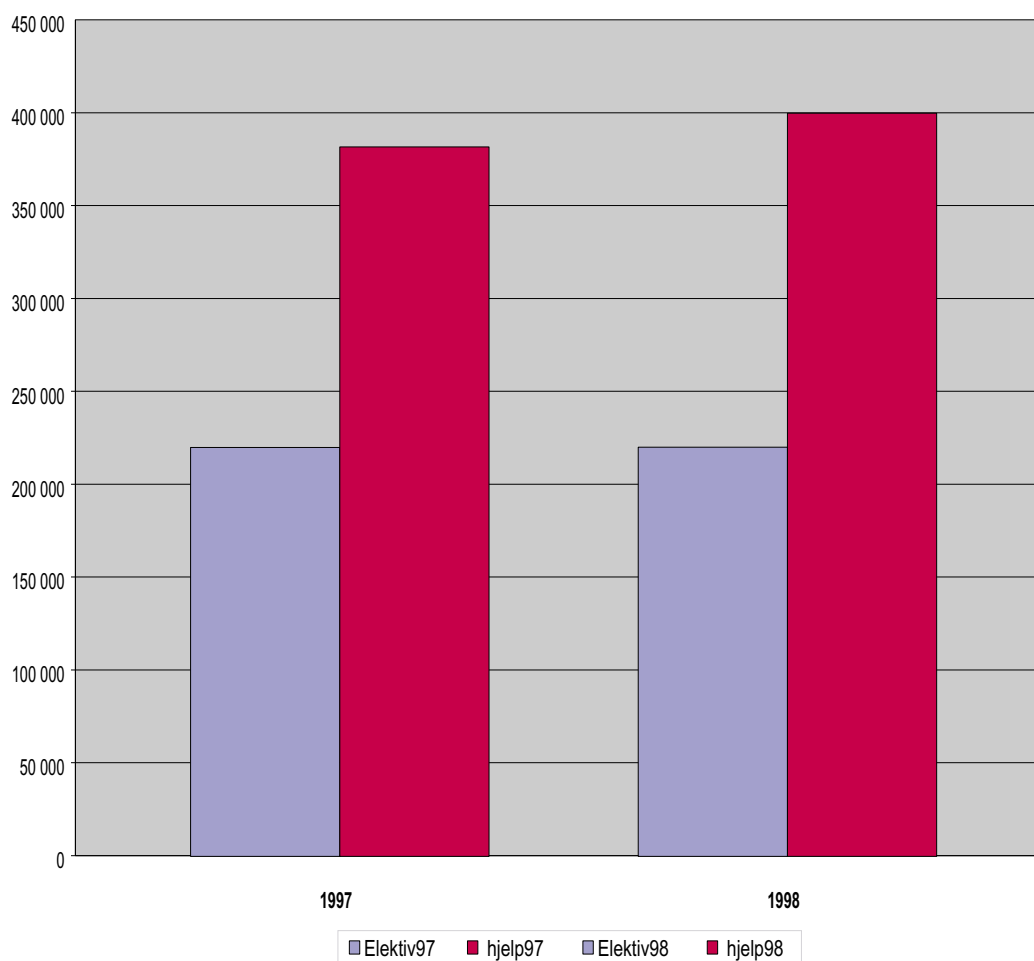
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Antall effektive senger per 1000 innbyggere	3,23	3,17	3,22	3,14	3,13	3,13	3,08
Totalt antall effektive senger	13 907	13 714	14 002	13 729	13 788	13 840	13 755

¹ Størrelsen «effektive senger» fremkommer ved å dividere antall tilgjengelig sengedøgn i løpet av et år med antall dager i året. Det tas m.a.o. hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengninger av avdelinger/poster og andre årsaker til redusert tilbud i løpet av året.

Kilde: SINTEF: SAMDATA sykehus, Tabeller 1998, 4/99 s. 26

Sykehusinnleggelser

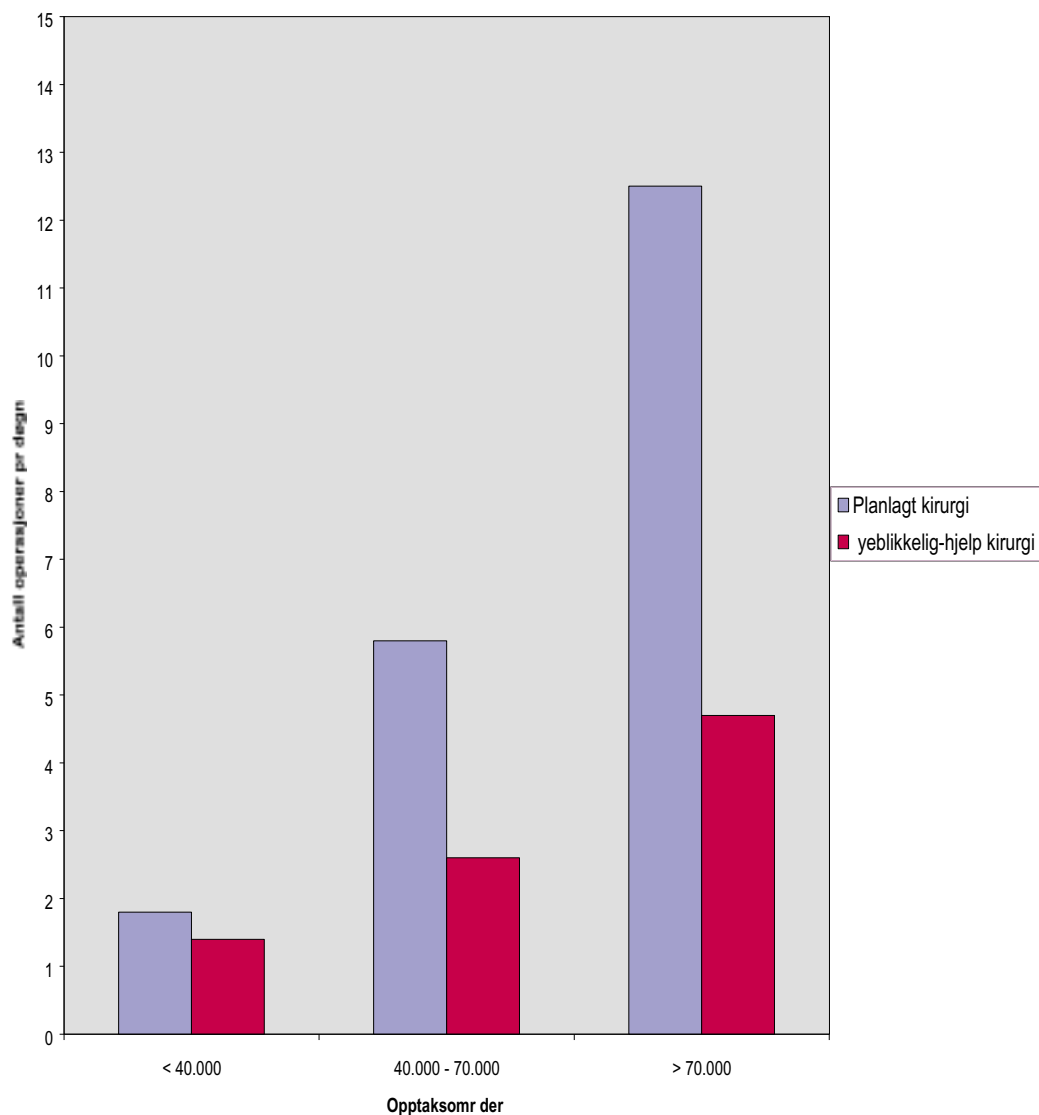
Innleggelser i sykehus kan kategoriseres som elektive (planlagte) eller ø-hjelp (ikke-planlagte). Det fant sted 220 153 elektive og 381 915 ø-hjelp innleggelser i 1997. I 1998 var det 220 320 elektive innleggelser og 400 081 ø-hjelp innleggelser. Aktivitetsveksten har altså først og fremst kommet som ø-hjelp innleggelser (se figur 6.1 og vedlegg 2 tabell 2.1).



Figur 6.1 Totalt antall innleggelser fordelt på kategoriene ø-hjelp og elektiv. 1997 og 1998.

Kilde: SINTEF: SAMDATA sykehus, 1999

Det er store variasjoner mellom fylkeskommunene i fordelingen mellom antall elektive- og ø-hjelp innleggelser (se vedlegg 2, tabell 2.1). Sykehusenes størrelse er en viktig forklaringsfaktor her, da større sykehus utfører en større andel elektive inngrep enn små sykehus (se figur 6.2).



Figur 6.2 Antall operasjoner per døgn fordelt på planlagt kirurgi (fem dager per uke) og ø-hjelp-kirurgi (syv døgn per uke), etter opptaksområde

Kilde: NOU 1998:9

6.1.4 Helsepersonell

Økning i antall årsverk i sykehus

Det totale antallet årsverk i sykehusene økte med 15 prosent fra 1994 til 1998 (se tabell 6.2). Antallet lege- og sykepleierårsverk økte med henholdsvis 28 og 21 prosent i samme periode.

Tabell 6.2: Antall årsverk fordelt på ulike personellkategorier. 1994-1998.

Personellgrupper	1994	1995	1996	1997	1998	Samlet endring 1994-1998
Leger	4 988	5 211	5 533	5 969	6 424	28%
Sykepleiere	17 115	17 896	18 892	19 908	20 829	21%
Annet pleiepers.	6 106	5 999	5 966	5 717	5 633	- 8%
Annet behandl. pers.	4 537	4 753	4 941	5 282	5 685	25%
Adm./annet personell	14 892	15 091	15 724	15 881	16 108	8%
I alt	47 636	48 949	51 056	52 756	54 678	15%

Kilde: SINTEF: SAMDATA sykehus 3/99 s. 15

Økning i studiekapasitet for leger og sykepleiere

Studiekapasitet på legestudiet har økt fra 310 i 1990 til 594 i 1998 (92 %). Året 1997/98 ble det uteksaminert 330 leger fra cand.med studiet. I tillegg ble det uteksaminert 65 fra tilleggskurs for utenlandsleger.

Også på sykepleierstudiet har studiekapasiteten økt; fra 2 520 i 1990 til 4 144 i 1998 (64 %). Antall opptak til studieplasser for sykepleiere var 4 391 i 1999 (KUF), og mange studerer også i Danmark og Sverige.

Vakanstall

Til tross for økning i studiekapasitet er det fortsatt en del ubesatte legestillinger i landet, også ved sykehusene. Tall fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefording (NR) viser at 693,3 av totalt 8 980 årsverk er meldt ubesatte ved utgangen av 1999. Dette utgjør en andel på ca. åtte prosent. Flere av disse stillingene er imidlertid besatt gjennom ulike vikarordninger, så det reelle vakanstallet er en god del lavere.

Den prosentvise andelen ubesatte årsverk for leger i spesialisthelsetjenesten varierer mellom helseregionene ²⁹⁾. Mens Helseregion Øst har en ledighet på 3,6 prosent i 1999, er ledigheten i Helseregion Nord på 15,2 prosent. Sammenlignet med 1998 har det skjedd en signifikant reduksjon i ledighet, særlig i Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord (jf. tabell 6.3).

Tabell 6.3: Samlet ledighet i spesialisthelsetjenesten (overleger, avtalespesialister og assistentleger)

	1998/1999	1999/2000 (Anslag)
Helseregion Øst	Ca. 4 % ¹	3,6 %
Helseregion Sør	Ca. 6 % ¹	6,7 %
Helseregion Vest	10,1 %	9,4 %
Helseregion Midt-Norge	14,5 %	12,3 %

²⁹⁾ Forskjellene i ledighet er enda større mellom fylkeskommunene. Ytterpunkter er Sogn og Fjordane (23 %) og Nordland (21 %), samt Oslo (1 %) og Statens sykehus (1%).

Tabell 6.3: Samlet ledighet i spesialisthelsetjenesten (overleger, avtalespesialister og assistentleger)

Helseregion Nord	19,5 %	15,2 %
------------------	--------	--------

¹ Fjorårets data ble presentert med de gamle helseregionene og Statens sykehus for seg. Derfor er % ubesatte stillinger i fjor noe skjønnsmessig fordelt på ny regioninndeling på Østlandet. Statens sykehus er lagt til Helseregion Øst unntatt statens senter for barne- og ungdomspsykiatri som er overtatt av Oslo kommune og tilhører helseregion Øst.

Kilde: Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefordeling 2000

Nedgangen i langtidsubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten fra 1998 til 1999 har bidratt til å snu en trend med flere års økning i ledighet. NR anslår nedgangen til ca. 40 prosent, og det til tross for en tildeling på ytterligere 80 stillinger i 1999.

Det er også mangel på sykepleiere mange steder i landet, særlig i de store byene. Offisielle tall fra a-etat anslår et behov på 3 700 nye sykepleierstillinger i 1999. Mangelen på sykepleiere til tross, tall fra Kommunenes sentralforbund viser at det fant sted en vekst i utførte sykepleierårsverk på ca. tre prosent fra 1998 til 1999 (PAI-registeret). Omfanget av ledige sykepleierstillinger skyldes således i høy grad at antall nyopprettede stillinger har økt utover tilgangen på personell.

6.1.5 Medisinsk utvikling og framtidens sykehus

Som nevnt i kapittel 6.1.2 foreligger det planer om betydelig utbygging og fornyelse av sykehusbygninger. Disse må ses i sammenheng med forventet medisinsk utvikling og forestillingen om hvordan framtidens sykehus skal være.

Rapport fra Helseregion Øst: behov for sykehustjenester og karakteristiske utviklingsfordeler

I følge en rapport fra Helseregion Øst (1999), kan endring i behov for sykehustjenester oppstå av flere grunner. De viktigste er:

- Endring i befolkningenes størrelse og sammensetning.
- Endringer i sykdommenes utbredelse i befolkningen.
- Endringer i behandlingsmuligheter og behandlingsmåter.

Sammenhengen mellom befolkningsutvikling og behov for sykehustjenester er klar. Jo eldre befolkningen er, desto større blir behovet for sykehustjenester.

Sammenhengen mellom befolkningens sykkelighet og behovet for sykehustjenester er ikke like enkel, og bortsett fra på noen få fagområder (hjerte-/karsykdommer og kreft) finnes det lite kunnskap om dette.

Et sykdomstilfelle representerer imidlertid ikke et behov for sykehustjeneste før sykehuset har et egnet behandlingstilbud for den aktuelle sykdomstilstand. Det er dermed ofte nye behandlingsmuligheter i sykehusene, og ikke økt sykkelighet, som har skapt økt behov for sykehustjenester.

Rapporten fra Helseregion Øst fremhever *reduksjon i liggetid* som et karakteristisk trekk ved utviklingen i norske sykehus de siste par tiår. Fra 1976 til 1998 ble gjennomsnittelig liggetid praktisk talt halvert; i tidsrommet

1991-1998 fra 7,2 til 6,3 dager. Dersom denne utviklingen skulle fortsette vil gjennomsnittlig liggetid bli redusert med 34 prosent fra 1998 til 2020. Årsaken er først og fremst å finne i nye, enklere, mer effektive og skånsomme diagnostiske og behandlingsmessige metoder, samt bedre metoder for planlegging og styring av sykehusopphold.

Et annet karakteristisk trekk ved utviklingen de siste par tiår er, i følge rapporten, at stadig flere pasienter kan få fullgod *behandling uten innleggelse*, enten poliklinisk eller som dagpasienter. Dette har i hovedsak samme bakgrunn som reduksjonene i liggetid.

Det er i rapporten også vist at noen sykehus har betraktelig kortere gjennomsnittlig liggetid enn andre for de samme diagnosegrupper. Dersom dette betraktes som «best practice» viser det samtidig hvilket merforbruk det er i andre sykehus og i andre fylker. En tilpasning i de øvrige sykehus og fylker til «best practice» vil igjen innebære vesentlige reduksjoner blant annet i bruken av senger i sykehus.

Boks 6.8 Endringer i pasientsammensetningen i norske sykehus

Pasientsammensetningen i dagens sykehusavdelinger er svært forskjellig fra den som var for noen tiår siden:

- Pasienter med *matesår* var en dominerende gruppe i indremedisinske avdelinger for 30 år siden, og for 20 år siden ble mange av dem innlagt i kirurgiske avdelinger. I dag behandles slike pasienter medikamentelt, og har praktisk talt forsvunnet fra sykehusenes avdelinger.
- *Hofteopererte* pasienter er et eksempel på det motsatte. For 25 år siden fantes det knapt slike pasienter i norske sykehus. I dag utgjør de en betydelig gruppe.
- Det samme gjelder pasienter med *hjerter- karsykdommer*, der nye behandlingsmetoder de siste tiår har ført til en betydelig økning i antall behandlede pasienter. Dette til tross for at antall nye tilfeller per år er redusert.

Framtidas sykehus - et scenario

I følge rapporten fra Helseregion Øst vil de ovennevnte utviklingstrekkene få konsekvenser for hvordan sykehusene vil framstå i fremtiden. Det kan for eksempel påregnes en videre omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinisk behandling. Areal til sengeposter vil oppta en stadig mindre del av det totale arealet. I stedet vil mer av arealet i sykehusene være knyttet til diagnostiske og behandlingsmessige aktiviteter.

Framtidas sykehus antas å være bygget omkring en mottakelsesavdeling/ poliklinikk som ligger i nær tilknytning til primærhelsetjenestens legevaktordning (FAM). Observasjonssenger vil være til disposisjon. Fra mottakelsen vil det være god adkomst til lokaler for undersøkelse og behandling, som vil måtte være dimensjonert for den betydelige veksten som kommer i dagbehandling og poliklinisk behandling. De fleste utredninger og en vesentlig del av behandlingene vil foregå uten innleggelse. Pasienter som i stor grad er selv-

hjulpane vil få opphold i pasient- og sykehotell. Samarbeidet med primærhelsetjenesten vil styrkes, for eksempel gjennom standardiserte behandlingsprogram.

Boks 6.9 Alternativ behovsanalyse for Helseregion Øst

I forbindelse med arbeidet for å anslå behovet for sykehustjenester i Helseregion Øst fram til 2020 ble det gjennomført en «alternativ behovsanalyse» av SINTEF Unimed NIS (august 1999).

I det følgende gjengis to scenarier om konsekvenser for etterspørsel etter sykehustjenester som følge av endringer i behandlingspraksis.

Ø-hjelp: ikke opererte pasienter

Dette er pasienter som blir innlagt på grunn av akutt sykdom eller skade. Gruppen er sammensatt, og omfatter både pasienter med livstruende tilstander som krever intensiv overvåkning og behandling, og pasienter som relativt snart viser seg ikke å ha behov for sykehusopphold. De siste blir som oftest sendt hjem etter kort tid, av og til med avtale om poliklinisk besøk.

Denne pasientgruppen er sterkt voksende og fører mange steder til overfylte avdelinger og stort arbeidspress. Mange av pasientene er eldre mennesker med kroniske sykdommer, og disse blir ofte utskrevet etter kort tid uten at det er stilt noen ny diagnose eller instituert ny behandling.

Akuttmedisinsk fagråd i Akershus refererer til en undersøkelse som konkluderer med at 30-40 prosent av innleggelsene i Akershus kunne vært unngått ved bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehus.

En godt organisert legevakt med god kommunikasjon med sykehuset, for eksempel i form av et felles akuttmedisinsk mottak (FAM) med observasjonsplasser, vil kunne ta hånd om en god del av disse pasientene. I tillegg er det sannsynlig at en god oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer kan forebygge mange akutte innleggelser i denne gruppen.

Liggetid, som en generell indikasjon på alvorlighetsgrad, er valgt som indikator for å vurdere hvilke sykehusopphold som kan unngås, gitt visse endringer i behandlingspraksis.

Dette gir følgende scenario: Pasienter under 70 år med liggetid på høyst en dag, behandles uten innleggelse. Av de pasienter som er 70 år eller eldre, og som har høyst en dag liggetid, blir halvparten behandlet uten innleggelse. For de pasienter som fortsatt må innlegges, blir liggetidene redusert med 25 prosent.

For Helseregion Øst vil et slik scenario for behandling gi reduksjon tilsvarende 25 prosent sykehusoppholdene og 27 prosent av liggedagene i 2020, sammenlignet med framskriving basert på dagens behandlingspraksis av denne pasientgruppa.

Ø-hjelp: opererte pasienter

Dette er pasienter som er innlagt med akutt sykdom eller skade, og som viser seg å ha behov for kirurgisk behandling. Som regel er det behov for en viss utredning og vurdering før pasienten kan opereres, og det antas derfor at innleggelse er hensiktsmessig i de fleste tilfeller.

Det er forutsatt følgende scenario: Pasienten blir innlagt, og postoperativ liggetid reduseres med 25 prosent.

For Helseregion Øst vil et slik scenario for behandling gi reduksjon tilsvarende 25 prosent av liggedagene i 2020, sammenlignet med framskriving basert på dagens behandlingspraksis av denne pasientgruppa.

Konsekvenser av reduksjon i liggetid

Den antatte reduksjonen i liggetid vil medføre en nær tilsvarende økning i antall dagpasienter eller polikliniske besøk. Pasientene vil i de fleste tilfeller ha behov for noenlunde de samme medisinske ressurser som om de hadde vært innlagt.

6.1.6 Utgifter og finansiering

I 1999 var fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til helse 40,6 milliarder kroner, noe som utgjør 60 prosent av fylkeskommunenes totale brutto driftsutgifter (St.prp. nr. 47) 1999-2000 «Om sykehusøkonomi og budsjett 2000»). I tillegg var statens utgifter til statlige sykehus ca. 1,47 milliarder kroner (St.prp. nr. 1 (1999-2000)).

Aktivitetsvekst og effektivisering

Økt kapasitet har ført til at norske sykehus behandler flere pasienter enn noen gang tidligere. Aktivitetsveksten har først og fremst kommet som økning i antall ø-hjelp innleggelser (se kap. 6.1.3).

De første resultatene fra evalueringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) viser at utstyr og personell utnyttes stadig mer effektivt. Antall brudd på ventelistegarantien har gått ned, særlig i 1998.

De økonomiske problemene i sykehussektoren

I vedtatt statsbudsjett for 2000 er det lagt opp til to prosent vekst i pasientbehandlingen fra 1999 til 2000. Under Stortingets behandling ble det reist tvil om det økonomiske grunnlaget for dette. Bakgrunnen var informasjon om at sykehusene og fylkeskommunene ville få store underskudd for 1999. Samlet hadde fylkeskommunene utenom Oslo et netto driftsunderskudd på over 500 millioner kroner dette år.

Med dette som utgangspunkt fremmet Regjeringen 14.04.2000 St.prp. nr. 47 (1999-2000) «Om sykehusøkonomi og budsjett 2000». Som følge av Stortingets behandling (Innst. S. nr. 241 (1999-2000)) ble det vedtatt en ekstrabevilgning på 1,77 milliarder kroner for å bidra til en løsning av de umiddelbare økonomiske problemene i sykehussektoren. De økonomiske problemene i sykehussektoren har nær sammenheng med fylkeskommunenes økonomi, som

har forverret seg betydelig i perioden 1997-1999. Hovedårsaken er at det over tid har utviklet seg et gap mellom sykehusenes kostnader ved økt pasientbehandling og fylkeskommunenes inntektsgrunnlag for å finansiere disse. I tillegg har aktivitetstallene for 1999 blitt høyere enn forventet, med tilhørende konsekvenser for fylkeskommunenes utgifter.

Ekstrabevilgningen på 1,77 milliarder kroner fikk følgende innretning:

- De frie inntektene til fylkeskommunene styrkes med i alt 460 millioner kroner fordelt ved inntektssystemets kriterier.
- Kompensasjon for økt registrert pasienttyngde i innsatsstyrt finansiering (ISF) ble økt med ca. 100 millioner kroner. Parallelt iverksettes forsterket kontrollordning med utbetalingsgrunnlaget.
- For å sette i verk de nødvendige endringer i ISF med hensyn til kreftbehandling ble bevilgningen økt med 30 millioner kroner.
- For å dekke økt utbetaling i årsavregningen i ISF for 1999 på 230 millioner kroner, samt videreføring av dette nivået i år 2000, ble det bevilget 510 millioner kroner.
- Dessuten ble ISF-ordningen generelt økt med 300 millioner kroner.
- Poliklinikkstakstene ble justert med 2,8 prosent, i takt med forutsatt prisvekst i kommuneopplegget. En tilleggsbevilgning på 80 millioner kroner tar høyde for dette.
- Regionsykehustilskuddet ble økt med i alt 250 millioner kroner; derav 97 millioner kroner for å videreføre 1999 bevilgningen og 153 millioner kroner for å avhjelpe regionsykehusenes økonomiske situasjon.
- Rikshospitalets statstilskudd ble økt med 40 millioner kroner med samme begrunnelse som regionsykehustilskuddet.

I St.prp. nr. 47 vurderete regjeringen det slik at utviklingen i sykehusøkonomien tilsier at det er behov for en omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsmodeller. Regjeringen vil derfor på et senere tidspunkt komme tilbake med konkrete forslag til forbedringer på dette feltet.

Det vises for øvrig til St.prp. nr. 47 (1999-2000) og Innst. S. nr. 241 (1999-2000) for nærmere informasjon om økonomien i sykehussektoren.

6.2 Hva er problemene?

Det finnes mange og komplekse problemer i spesialisthelsetjenesten. St.meld. nr. 24 (1996-97) oppsummerer *pasientenes* hovedproblemer til for lang ventetid på behandling, ikke god nok kvalitet på tjenestene, for liten frihet i valg av sykehus og for store regionale forskjeller i tjenestetilbudet.

Myndighetenes hovedproblemer er, i følge samme melding, uhensiktsmessig organisering, dårlig ressursutnyttelse og mangel på helsepersonell.

I det følgende fokuseres det på problemer som først og fremst er knyttet til *akuttberedskapen* i spesialisthelsetjenesten. Slike problemer omfatter:

- En ikke tilpasset sykehusstruktur.
- Ikke godt nok samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Press på indremedisinske avdelinger når det gjelder ø-hjelp innleggelser.
- Ressurskrevende kirurgisk beredskap.
- En for lite differensiert fødselsomsorg.
- Mangel på- og for dårlig utnyttelse av helsepersonell.
- For lite fokus på ledelse og organisering.
- Ikke tilstrekkelig fokus på kvalitet.

6.3 En bedre tilpasset sykehusstruktur

Det har i løpet av de siste 10-15 år skjedd store endringer i sykehusstruktur³⁰⁾ særlig når det gjelder lokalsykehus. Fødeavdelinger er sentralisert til sentralsykehus i fylker med kort avstand mellom sykehusene (eks. Vestfold og Østfold). Noen sykehus har opprettholdt akutfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi (eks. Lovisenberg Diakonale Sykehus). Andre sykehus driver utelukkende med planlagt behandling (eks. Lister sykehus avd. Farsund). Endringer i sykehusstruktur har skjedd etter godkjenning fra departementet, som med dette har «løst opp i» strukturen som ble godkjent på slutten av 1970-tallet.

Faktorer som har gjort endringer i sykehusstruktur nødvendig er blant annet utvikling i medisinske spesialiteter (dvs. flere grenspesialiteter), ny medisinsk teknologi og bedre kommunikasjonsmuligheter. I tillegg har rekrutteringsproblemer når det gjelder helsepersonell, og få ø-hjelp pasienter på lokalsykehus, gitt en svært dårlig utnytting av kostbare vaktordninger.

6.3.1 Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalget (NOU 1998:9) fremmer forslag om ny struktur for akuttmedisinsk beredskap, både i og utenfor sykehus. Forslaget til ny sykehusstruktur innebærer at den tradisjonelle tredelingen med lokal-, sentral- og regionsykehus forlates.

I forslaget er den akuttmedisinske beredskapen inndelt i tre nivåer (se tabell 6.4).

Nivå 1 omfatter de prehospitale tjenestene, det vil si primærhelse-, ambulanse- og nødmeldetjenesten.

Nivå 2 består av tre sykehusmodeller (A, B og C):

- Modell A har døgnkontinuerlig akuttberedskap i indremedisin og kan ha fødetilbud i form av fødestue.
- Modell B har akuttberedskap i indremedisin og i ett av de kirurgiske fagområder (ortopedi eller bløtdelskirurgi, anestesi og fødselshjelp), samt fødeavdeling eller fødestue.
- Modell C har akuttberedskap innen indremedisin, ortopedi, bløtdelskirurgi, anestesi, gynekologi og fødeavdeling.

Nivå 3 består av sykehus som ivaretar høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin, samt alle andre spesialiteter.

Sykehusmodell A har kun indremedisinsk beredskap, hvilket vil innebære en sentralisering av kirurgisk akuttmedisinsk beredskap. Sykehusmodell B har kun beredskap i ett av de kirurgiske fagområder ortopedi eller bløtdelskirurgi, og vil dermed resultere i sterkere skille mellom spesialitetene.

Tabell 6.4: Akuttutvalgets forslag til ny nivåinndeling av akuttmedisinsk beredskap

NIVÅ 3	Sykehus med høyspesialiserte funksjoner
NIVÅ 2	Sykehusmodell A, B og C
NIVÅ 1	Prehospitale tjenester

³⁰⁾ Lokal-, sentral- og regionsykehus.

Det har i høringen kommet få innvendinger mot akuttutvalgets forslag til nivåstruktur (nivå 1, 2 og 3). Debatten går først og fremst på forslaget til sykehusmodeller (modell A, B og C på nivå 2).

Forslaget til modell C er minst omtalt hos høringsinstansene. Modellen tilsvarende de fleste sentralsykehus og store lokalsykehus³¹⁾, og innebærer i realiteten ingen endringer for disse. Forslagene til modell A og B er derimot i sterkt fokus, noe som følger av at begge berører det tradisjonelle tredelte lokalsykehus: Modell A fordi den ikke har kirurgisk akuttberedskap, og modell B fordi den ikke bygger på generell kirurgi.

Prinsippene som ligger til grunn for den foreslåtte sykehusstrukturen mottas positivt av flere høringsinstanser. Flere fylkeskommuner, helseregioner, store sykehus og Statens helsetilsyn gir for eksempel uttrykk for at det er fornuftig og nødvendig å samle akuttberedskapen på færre sykehus (særlig i sentrale strøk), dersom krav til faglig forsvarlighet og effektiv ressursutnyttelse skal kunne innfris.

Det er likevel en rekke innvendinger mot de foreslåtte sykehusmodeller, særlig blant kommuner, fylkeskommuner, lokalsykehus og interesseorganisasjoner. En motmelding til akuttutvalgets innstilling ble laget av en gruppe på ti leger.

Mange høringsinstanser hevder at sykehusmodellene vil føre til et svekket behandlings- og service tilbud overfor pasientene. Det begrunnes med at mange syke vil få lenger reisevei og at befolkningens følelse av utrygghet vil øke.

Det fryktes videre at særlig sykehusmodell A vil få problemer med å rekruttere helsepersonell. Mangel på kirurgisk akuttmedisinsk beredskap vil gjøre det mindre faglig attraktivt å ha sin arbeidsplass her, noe som igjen kan føre til nedleggelser på sikt. Noen høringsinstanser påpeker at behovet for leger med bredere utdanningsbakgrunn vil kreve en sterkere styring av spesialistutdanningen som motvekt til pågående subspesialisering. Andre er opptatt av at det vil bli vanskelig å rekruttere turnuskandidater og assistentleger når bare deler av tjenesten kan utføres på sykehuset.

Mange høringsinstanser er også av den oppfatning at de foreslåtte sykehusmodellene vil gi økt akuttmedisinsk belastning på primærhelsetjenesten, særlig legevakten. Hvis kommunelegene må overta et større indremedisinsk ansvar fra sykehuslegene, kan dette skape enda større vanskeligheter for rekruttering til distriktene. Det fremheves som et paradoks at grenspesialiserte sykehus skal kunne fraskrive seg ansvar for flere områder av medisinen, mens primærlegene må påta seg disse oppgavene.

Flere høringsinstanser hevder at den foreslåtte sykehusstrukturen vil medføre økte kostnader. Dette gjelder for eksempel for ambulansetjenesten som må bruke mer tid på å frakte pasienter mellom sykehus med ulike funksjoner. Det hevdes også at små sykehus er rimeligere i drift enn større sykehus, og at den samfunnsmessige økonomiske gevinsten av å sentralisere akuttberedskapen ikke er mulig å påvise.

³¹⁾ Med +/- 100 000 i opptaksområdet

6.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Det har vært hevdet fra mange hold at eksisterende sykehusstruktur ikke er tilpasset den utvikling som har funnet sted i de senere år. En endring i sykehusstruktur har derfor lenge vært ansett som ett viktig virkemiddel for å nå målet om et sykehusstilbud som sikrer befolkningens behov for en tilgjengelig helsetjeneste, og som samtidig ivaretar krav til faglig kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene.

Departementet støtter denne vurderingen, og behovet for endring av sykehusstruktur har da også vært omtalt i to stortingsmeldinger på 1990-tallet: St.meld. 50 nr. (1993-94) «Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste», (Innst. S. nr. 165 (1994-95)), og St. meld. nr. 24 (1996-97) «Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» (Innst. S. nr. 327 (1996-1997)).

Departementet finner det likevel ikke hensiktsmessig å formelt erstatte den eksisterende sykehusstruktur med akuttutvalgets forslag til ny sykehusstruktur. Årsaken til det er at de foreslåtte sykehusmodellene kan fremstå som noe rigide i forhold til dagens behov. I tillegg har departementet lagt vekt på den skepsis som kommer til uttrykk hos en rekke høringsinstanser.

Departementet er likevel av den oppfatning at utfordringer som for eksempel rekruttering av helsepersonell og ressursutnyttelse (som også påpekes av mange høringsinstanser) nettopp må løses gjennom endringer i sykehusstrukturen - herunder rasjonalisering av akuttberedskapen.

Departementet vil derfor gi akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller en retningsgivende status for den fremtidige sykehusplanleggingen. Samtidig åpnes det også opp for muligheter for kombinasjoner av de foreslåtte sykehusmodellene.

Departementet vil likevel understreke at uansett hvilken sykehusstruktur som velges i de kommende regionale helseplaner, så må den overordnede målsetningen være at befolkningen får et medisinskfaglig akseptabelt tilbud om akuttmedisinske tjenester, og at tjenesten ytes gjennom effektiv bruk av ressurser.

Tilbudet om sykehusenes akuttmedisinske tjenester må videre være forutsigbart over tid. Forutsigbarhet innebærer at beredskapsnivået og funksjonsfordelingen er entydig kommunisert til publikum og de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden, og at den er «konstant» gjennom hele døgnet.

I tillegg vil departementet påpeke at eventuelle endringer i sykehusstruktur må følges av ny dimensjonering av de andre ledd i den akuttmedisinske kjeden, særlig ambulansetjenesten (se kap. 4).

Det vises for øvrig til kapittel 6.5 og 6.6 for departementets tilrådinger når det gjelder indremedisinsk og kirurgiske beredskap i sykehus.

6.4 Samarbeidsordninger med primærhelsetjenesten må utvides

Drakamp mellom kommuner og fylkeskommuner om penger, ansvar, kompetanse og personell fører til samarbeidsproblemer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Som resultat møter pasientene flaskehalser og en ikke-sammenhengende behandlingskjede, mens forvaltningsnivåene utfører unødvendig og ressurskrevende dobbeltarbeid.

På flere områder er det finansieringsordningene som skaper hindringer for samarbeidet mellom helsetjenester på forskjellige forvaltningsnivåer. Eksempler på dette er finansieringen av telemedisin, respiratorbruk i hjemmet, livshjelp, spesialisthelsetjenester til psykisk utviklingshemmede, psykiatri geriatri, felles akuttmottak (FAM), og sykestuer.

Dette kapittelet vil ta for seg felles akuttmottak (FAM) og sykestuer, da disse berører akuttmedisin spesielt. De øvrige problemfeltene vil bli behandlet i andre sammenhenger. Målet er utvidede samarbeidsordninger mellom helsetjenester på forskjellige forvaltningsområder, gjennom mer fleksible finansieringsordninger og/eller organisatoriske løsninger som tar høyde for at stadig større deler av spesialistbehandlingen flyttes ut av sykehusene og inn i primærhelsetjenesten.

6.4.1 Felles akuttmottak (FAM)

Felles akuttmottak (FAM) betyr at legevakten i vertskommunen og eventuelt nærliggende kommuner er samordnet med sykehusets akuttmottak. FAM er underlagt to forskjellige forvaltningsnivåer: Sykehusets akuttmottak sorterer under fylkeskommunen og legevakten under kommunen.

Samarbeidet gjør at pasienten kun trenger å henvende seg til ett sted ved akutt skade eller sykdom. Det gjør også at primærlegen lettere kan innhente faglige råd fra spesialister fra sykehuset, uten at pasienten må legges inn på sykehuset.

FAM har etterhvert blitt etablert på mange sykehus, for eksempel i Narvik (se boks 6.10).

Boks 6.10 Prosjektet «Nye Narvik sykehus»

Kravene til økt effektivitet, bedre kvalitet og mer fornøyde pasienter har resultert i prosjektet «Nye Narvik sykehus». Prosjektet støttes av Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, Narvik fylkeskommune og Sosial- og helsedepartementet.

Prosjektet innebærer et forsøk med ny lokalsykehusmodell, basert på et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus og legevakt, og de to forvaltningsnivåene de sorterer under.

Et element i modellen er en flerfaglig legevakt samlokalisert med sykehusets akuttmottak (FAM). Legevakten skal drives av primærleger på skift, som etter behov kan trekke på sykehusets service og personell. Observasjonssenger er en del av opplegget.

Planen er at det skal tas inn fagpersoner som har kompetanse innen omsorg, rus og psykiatri, noe det ofte er behov for på nattetid. Blant hovedmålene er bedre faglig vurdering av pasientene og færre sykehusinnleggelser.

6.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Felles akuttmottak (FAM) er et eksempel på hvordan det akuttmedisinske samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan styrkes. Departementet vil derfor oppfordre fylkeskommuner og kommuner til å etablere FAM der dette synes hensiktsmessig. Dette er også i tråd med akuttutvalgets forslag.

Departementet er oppmerksom på faren for at FAM kan øke mulighetene for «for sikkerhet skyld-medisin», slik at flere pasienter blir gitt tilbud på et høyere behandlingsnivå enn strengt tatt nødvendig. Erfaringer fra blant annet Narvik sykehus tyder imidlertid på det motsatte, nemlig at FAM vil kunne redusere belastningen på sykehusene - særlig når det gjelder ø-hjelp innleggelser (se boks 6.10). «For sikkerhet skyld-medisin» kan dessuten motvirkes ved å bygge ut flere observasjonssenger knyttet til FAM. På denne måten kan pasienter med uklare lidelser holdes under oppsyn før de eventuelt legges inn på sykehuset.

6.4.3 Sykestuer

Sykestuer vs. sykehjem: oppgaver og ansvarsforhold

Dette følges av kommunehelsetjenesteloven at kommunenes helsetjenester skal omfatte *sykehjem*». Sykehjemmenes oppgaver er medisinsk oppfølging med sikte på tilbakeføring til hjemmet, avlastning, permanent opphold, spesielt tilrettelagt opphold funksjonshemmede, skjermet enhet for senil dement, selvstendig boenhet for barn/ungdom, dagopphold, natteopphold og terminalpleie. Sykehjem fungerer i praksis først og fremst som varig hjem for eldre med svekket helse, redusert førlighet og omfattende hjelpebehov.

Sykestuene tilhører derimot fylkeskommunenes ansvarsområde. Sykestuene er i sykehusloven definert som: «Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig» (§ 1 og § 15).

Sykestuene kan ivareta akuttfunksjoner der avstanden til sykehus er lang. Eksempler på det er observasjon i påvente av transport til sykehus og behandling av enklere medisinske tilstander.

I ny spesialisthelsetjenestelov er sykestuene ikke regulert. Dette begrunnes med at det kan virke konserverende å lovfeste hvilke institusjonstyper fylkeskommunen skal sørge for å ha et tilbud av. Ved definering av institusjonstyper som i dagens sykehuslov ilegges føringer på fylkeskommunene som kan hindre utvikling av nye tjenestetilbud i takt med behov og faglig utvikling.

Sykestuenes utbredelse og omfang

I 1972 fantes det 64 sykestuer med i alt 1005 senger fordelt på 15 av landets fylker. I dag er det kun 18 tilbake. Disse har til sammen ca. 100 sykestuesenger, hvorav nesten halvparten er i Finnmark. Sykestuenes størrelse varierer fra en til åtte senger.

Den store reduksjonen i antall sykestuer fant sted som følge av sykehjemsreformen i 1988, som overførte ansvaret for sykehjem fra fylkeskommune til kommune. Ansvarsoverføringen førte til at fylkeskommunene ikke lengre så

behov for drift av sykestuer i kommunene. Sykestuesengene ble i stedet omdefinert til sykehjem og innlemmet i den ordinære kommunale sykehjemsdriften.

I en del kommuner, og spesielt i Finnmark, ønsket man imidlertid å opprettholde sykestuene. Her finnes derfor fortsatt sykestuer som ivaretar deler av både sykehusenes og sykehjemmenes funksjoner, og som inngår som del av fylkeskommunens ansvar etter sykehusloven.

Sykestuene er vanligvis samlokalisert med sykehjem, helsesenter og fødestuer og kan ha konsultasjonsordning med spesialhelsetjenesten. Med få unntak er de plassert i kommuner med lang avstand til sykehus, og kan derfor ha en viktig beredskapsfunksjon. I tillegg ivaretar sykestuene på en god måte hensynet til pasienten som kan få behandling nærmere hjem og familie, og slippe lang reisevei når det ikke er behov for mer spesialiserte tjenester.

Boks 6.11 Studie om sykestuer i Finnmark

En doktoravhandling fra 1998 av Ivar Aaros omhandler sykestuer i Finnmark. Her fremgår det at den vanligste bruken av sykestuer omfatter:

- Observasjon av akutte sykdommer (f.eks. smerte, astma og hjerteproblemer).
- Behandling av pasienter med kroniske sykdommer med akutt forverring (f.eks. kreft, astma, hjerneslag, hjertesvikt).
- Oppfølgende behandling mellom to sykehusopphold (f.eks. kreft, beinbrudd og operasjoner).
- Pleie- og omsorg i livets siste fase (f.eks. siste stadier av kreft, hjerneslag og hjertesykdom).

Bruken av sykestuer har ført til at:

- 45 prosent av sykestueoppholdene har erstattet innleggelser i sykehus.
- Liggetiden på sykehus er redusert.
- De samfunnsmessige utgiftene blir lavere fordi sykestuebehandling er billigere enn sykehusopphold.

I gråsonen mellom to forvaltningsnivåer

Sykestuene ivaretar funksjoner som delvis er del av spesialisthelsetjenesten og delvis del av av primærhelsetjenesten. Sykestuene ligger derfor i gråsonen mellom forvaltningsnivåene fylkeskommune og kommune. I Ot. prp. nr. 48 (1985-86) «Om sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste» heter det at det kan være vanskelig å trekke noen klar linje mellom funksjoner i sykehjem og sykestuer. I St.meld. nr. 24 omtales sykestuer som en «halvanenlinjetjeneste». Den uklare funksjonsfordelingen reiser spørsmål om ansvarsfordeling og finansiering.

Forholdet til innsatsstyrt finansiering av sykehus

Innsatsstyrt finansiering i sykehus (ISF) går ut på at for hver pasient som behandles i somatiske sykehus, dekker staten en andel av hva det koster å behandle denne pasienten.

En del oppgaver i spesialisthelsetjenesten som foregår ved sykehus, utføres også ved sykestuer og i noen tilfeller ved sykehjem. Det gjelder blant annet dialysebehandling, respiratorbehandling og andre oppgaver i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I likhet med fødestuer mottar ikke sykestuer og sykehjem statlig refusjon for denne type pasientbehandling som i sin helhet finansieres over fylkeskommunens ramme.

De ulike finansieringsordningene for primær- og spesialisthelsetjenesten gjør det vanskelig å få til en smidig fordeling av oppgavene mellom fylkeskommuner og kommuner, og aktualiserer spørsmålet om ansvars- og kostnadsfordeling forvaltningsnivåene i mellom.

Sykehjemmenes og sykestuenes fremtid

Det kan være vanskelig å skille mellom hvilke arbeidsoppgaver som defineres som sykehjems-, sykestue- og sykehus tilbud. Arbeidsoppgavene og ansvar for tjenestene kan også variere fylkene i mellom. Videre forskyver ny kunnskap og ny teknologi grensene for hva medisinen kan gjøre, og endrer oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En trend er at flere oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene nå overføres til primærhelsetjenesten. Sykestuetilbudet er avgrenset til et lite antall kommuner, mens enkelte kommuner gir lignende tilbud i sykehjem. En diskusjon om sykestuenes fremtid må derfor ses i sammenheng med sykehjemmenes rolle generelt.

I Sosial- og helsedepartementets rapport «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» (1999) drøftes tre modeller for fremtidig organisering og finansiering av sykestuer:

1. Betrakte sykestuefunksjoner som en desentralisert spesialisthelsetjeneste, eventuelt ambulant tjeneste, under et fylkeskommunalt faglig og økonomisk ansvar.
2. Betrakte organisering av sykestuefunksjoner i kommunene som et kommunalt ansvar, som del av sykehjemmenes medisinske tilbud.
3. La oppbyggingen av tilbud som ligger i gråsonen mellom fylkeskommunalt- og kommunalt ansvar baseres på samarbeidsavtale mellom fylkeskommune og kommune, ut fra at dette vil være nyttig for begge parter.

Rapporten ble sendt på høring til kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn, Statens helsetilsyn, fylkesleger, brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner og en rekke faginstanser.

Svært mange høringsinstanser viser til at den økende oppgaveoverføringen fra annen- til førstelinjetjenesten er problematisk for kommunene å håndtere. Det kommer klart frem en bekymring for fremtiden i forhold til hvordan kommunene skal make dette både økonomisk, og i forhold til et økende behov for kompetanse på en rekke områder.

Sykehjemmene betraktes som viktige i videreutvikling av det kommunale tilbudet. Mange steder er sykehjemmene i ferd med å endre seg fra permanent bosted, til et sted med tilbud om korttidsopphold for avlastning, observa-

sjon, rehabilitering, akutt pleie og omsorg ved livets slutt. Det legges vekt på at denne endringen skjer blant annet som følge av utviklingen i annenlinjetjenesten, med tidlig utskriving av pasienter og behov for kortere eller lengre tids tett oppfølging eller utskriving. Samtidig pekes det på at sykehjemmene ikke må utvikles til B-sykehus for enkelte brukergrupper. Det kommer til uttrykk et sterkt ønske om at forholdene må legges til rette vedrørende regelverk og finansieringsordninger, slik at kommunene kan videreutvikle helse-, pleie- og omsorgstilbudet ut fra brukernes og pasientenes behov.

Få høringsinstanser har tatt opp *sykestuenes* framtidige rolle og funksjon. De som uttaler seg fremholder at sykestuene er et viktig ledd i den akuttmedisinske kjede, hvor pasienter kan få stabiliserende behandling eller kyndig observasjon og primærbehandling før de blir videresendt. Det påpekes at sykestuenes fremtid må ses i sammenheng med sykehjemmenes framtidige rolle og funksjoner.

6.4.4 Departementets vurderinger og forslag

I budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000) heter det at «Stortinget ber Regjeringen, inntil akuttmeldingen er behandlet, om å bidra til at sykestuer som innehar akuttberedskap, kan opprettholde driften. Stortinget ser det som viktig at disse sykestuene opprettholdes, og at deres framtidige status blir avklart i forbindelse med akuttmeldingen som er ventet våren 2000» (Romertallsvedtak XV).

Departementet er oppmerksom på at den generelle befolkningsutviklingen med økt levealder vil føre til økt behandlingsbehov i fremtiden, særlig når det gjelder ø-hjelpinnleggelser ved indremedisinske avdelinger i sykehus (jf. kap. 6.5). Økt bruk av sykehjem/sykestuer vil etter departementets oppfatning kunne avlaste sykehusene for funksjoner som både kan ivaretas rimeligere, og på en mer hensiktsmessig måte, på et lavere behandlingsnivå.

Sykestuene er som nevnt mangfoldige i forhold til organisering og hvilke pasienter som behandles. Noen sykestuer har primærhelsetjenestefunksjoner, mens andre utfører klare spesialisthelsetjenesteoppgaver. Dette har ført til uklarhet med hensyn til organisatoriske rammer og finansieringsansvar.

Det er imidlertid ikke ønskelig at pasienter som kan få et helsemessig forsvarelig tilbud, som samtidig er samfunnsøkonomisk lønnsomt, får et dårligere tilbud på grunn av finansieringsordningen. Departementet utreder derfor muligheten for å inkludere de sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste, og som er del av fylkeskommunens ordinære tilbud av spesialisthelsetjeneste, i ISF-ordningen fra 2001.

6.5 Indremedisinsk beredskap må styrkes

Økende levealder og færre fødsler fører til en stadig økende andel eldre i befolkningen. Ø-hjelp innleggelser ved indremedisinske avdelinger domineres allerede i dag av eldre pasienter. Befolkningsutviklingen vil uten tvil øke presset på disse avdelingene, og skape store kapasitets- og ressursmessige utfordringer fremover.

6.5.1 Ø-hjelp innleggelser domineres av indremedisinske lidelser

I henhold til en undersøkelse utført av akuttutvalget ble det i løpet av tre måneder (01.12.1997-28.02.1998) registrert i underkant av 33 000 ø-hjelp innleggelser på de 32 sykehusene som deltok i undersøkelsen.

Innleggelsene var fordelt på 60,3 prosent ved medisinske avdelinger, 36,4 prosent ved kirurgiske avdelinger og 3,3 prosent ved andre avdelinger (hovedsakelig gynekologiske-, nevrologiske- og barneavdelinger).

Ø-hjelp innleggelser domineres altså av indremedisinske lidelser. Hjertelidelser, hjerneslag og lungesykdommer er for eksempel meget utbredt. Disse lidelsene forekommer først og fremst hos eldre personer (se vedlegg 2, tabell 2.2).

Tabell 6.5: De 20 vanligste ø-hjelp innleggingsdiagnoser fra primærlege (N=32 606)

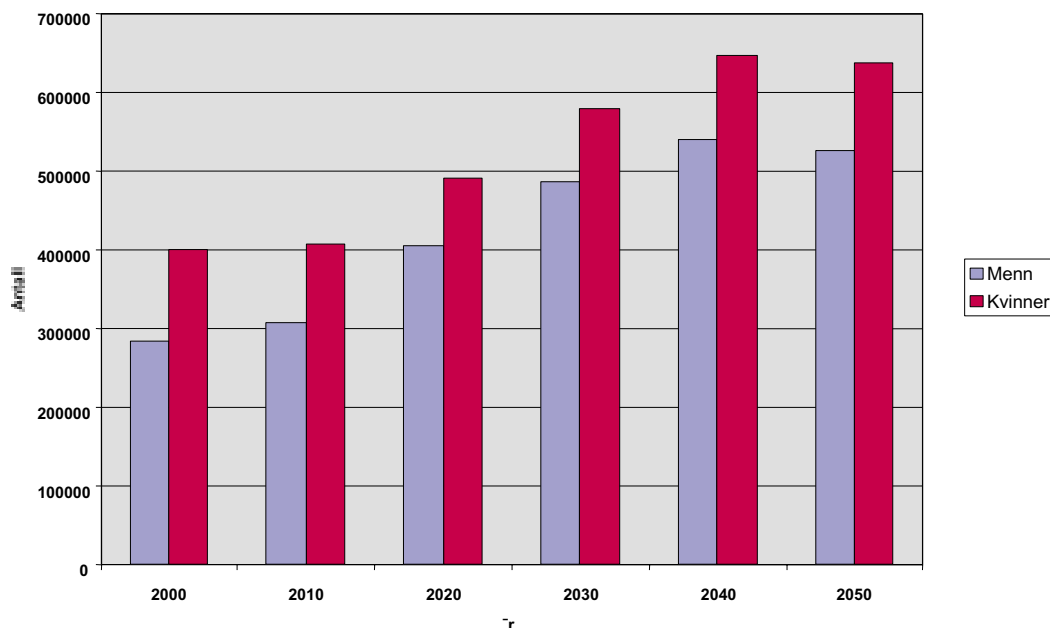
Innleggelsesdiagnose	Ant. per 100 000 innb. per år
Brystsmerter	721
Magesmerter	519
Lungebetennelse	364
Hjerneslag / hjernedrypp	362
Lårhalsbrudd	263
Hjertesvikt	197
Tungpusten	167
Astma	162
Hjernerystelse	160
Hjerteinfarkt	149
Blindtarmbetennelse	145
Besvimelse	136
Truende hjerteinfarkt	136
Feber	131
Blodpropp i leggen	111
Forgiftning	101
Overflytting av beh.pasient	99
Diagnose ikke angitt	94
Skader og ulykker	93
Nedsatt allmenntilstand	93

Kilde: NOU 1998:9 s. 73

6.5.2 Økningen i antall eldre vil øke behovet for sykehustjenester

Rapporten «Scenario 2030- Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030» (1999) fra Statens helsetilsyn tar for seg sammenhengen mellom økende levealder og sykdomsutvikling.

Det tas utgangspunkt i prognoser for vekst i antall eldre fra 2000 til 2050 fordelt på kjønn (se figur 6.3). Etter prognosen vil antall kvinner over 65 år øke med ca. 85 prosent³²⁾ i dette tidsrommet, mens antall menn over 65 år vil øke med ca. 60 prosent³³⁾.



Figur 6.3 Antall 65 år og eldre fram til 2050

Kilde: Statens helsetilsyn 1999

Rapporten konkluderer med at økningen i antall eldre vil ha omfattende konsekvenser for sykdomsutviklingen:

- Store sykdomsgrupper (eks. aldersdemens, blodtrykk, slag, hjertesvikt, diabetes, kreft, leddgikt, lårhalsbrudd, hofteproteser) som dominerer i høy alder vil øke sin utbredelse med 40 til 60 prosent fram mot 2030 (se vedlegg 2, tabell 2.3).
- En nedgang i dødelige sykdommer som hjerte-karsykdommer (som allerede er observert) og kreft (hvor man venter på et gjennombrudd), vil forlenge livet til mennesker med kroniske lidelser som aldersdemens, muskel- og skjelettsykdommer, diabetes etc.
- Dekning av pleiebehovet, som vil øke ned minst 60 prosent fram til 2030 og enda mer frem mot 2050, blir et problem fordi andelen «pleier-produserende» aldersgrupper ikke vil øke i det hele tatt fram mot dette tidspunkt ³⁴⁾

Som tidligere nevnt domineres ø-hjelp innleggelser i sykehus av eldre pasienter med indremedisinske lidelser (jf. kap. 6.5.1). Andre undersøkelser som Statens helsetilsyn har utført viser at 42 prosent av pasientene i indremedisinske avdelinger er 75 år og over, og at hver fjerde pasient har behov for spesialisert kompetanse innen geriatri.

Reduksjon i antall sykdommer man dør av og økning i antall sykdommer man dør med, vil resultere i flere eldre med økt antall år med funksjonssvikt. Dette vil igjen føre til økt behov for sykehustjenester.

³²⁾ Fra ca. 400 000 i 2000 til ca. 635 000 i 2050.

³³⁾ Fra ca. 285 000 i 2000 til 525 000 i 2050

³⁴⁾ I analysene er kvinners rekruttering til pleieryrkene i ulike aldersklasser lagt til grunn og holdt konstant i perioden.

6.5.3 Lærings- og mestringssentre kan redusere behov for ø-hjelp innleggelser

En meget stor andel av pasienter ved sykehusenes indremedisinske avdelinger er personer med kroniske sykdommer. For disse pasientene er opplæring og mestring en forutsetning for å oppnå ønsket virkning av behandling.

Mestring av kronisk sykdom reduserer faren for utvikling av senkomplikasjoner og tilleggssykdommer. Mestring kan også føre til at akutt forverring av tilstanden forebygges eller hindres i å utvikle seg, fordi pasienten selv kan iverksette adekvate tiltak eller søke lege før tilstanden eventuelt forverrer seg. Tryggere og mer kunnskapsrike pasienter kan dermed føre til at behovet for ø-hjelp innleggelser i sykehus sjeldnere vil være nødvendig.

I ny spesialisthelsetjenestelov har departementet innført en ny formålsbestemmelse for sykehusene (§ 3.8). I denne formålsbestemmelsen sidestilles opplæring av pasienter med kroniske lidelser med pasientbehandling, undervisning av helsepersonell og forskning.

Departementet har, i samarbeid med sykehus, sykehuseiere og pasientorganisasjoner etablert lærings- og mestringssentre for kronisk syke ved Aker sykehus i Oslo og ved Sentralsykehuset i Nordland i Bodø. I Statsbudsjettet for 2000 er det avsatt 600 000 kroner til etablering av et nytt lærings- og mestringssenter i Kristiansand (VAS).

Det arbeides også med planer for etablering av et nasjonalt kompetansesenter. Sentrene utvikler og gjennomfører pedagogiske tiltak i samarbeid mellom brukere og helsepersonell, samt utarbeider nytt informasjonsmaterieil og har tilgjengelig Internett med veiledning i bruk.

6.5.4 Departementets vurderinger og forslag

Det vil skje en kraftig vekst i antall eldre over 65 år frem mot år 2050. Veksten i antall eldre vil ha omfattende konsekvenser for sykdomsutviklingen, med reduksjon i antall sykdommer man dør av og økning i antall sykdommer man dør med. Dette vil igjen vil føre til økt behov for sykehustjenester.

Bruk av lærings- og mestringssentre vil kunne «dempe trykket» noe, da personer med kroniske sykdommer utgjør en meget stor andel av innlagte pasienter med indremedisinske lidelser. En styrket primærhelsetjeneste, økt poliklinisk aktivitet og mer ambulant behandling vil også virke i samme retning.

Likevel er det ingen tvil om at hovedtendensen fremover vil bli flere ø-hjelp innleggelser og økt press på sykehusenes indremedisinske avdelinger. Departementet vil derfor ikke foreslå noen prinsipielle endringer når det gjelder sykehusenes akuttmedisinske beredskap i indremedisin.

Departementet er i stedet av den oppfatning at det totale tilbudet i akuttmedisinsk beredskap i indremedisin må styrkes i takt med det økte behov som følge av økningen i antall eldre. Departementet ber derfor de regionale helseutvalgene om å vurdere sin kapasitet på indremedisinsk beredskap, samt klargjøre organisasjonsstrukturen på hvilke sykehus som har hvilke funksjoner.

De erfaringer som til nå er gjort med at enkelte sykehus bare har indremedisinsk akuttfunksjoner, synes å bekrefte at dette er en modell som godt kan brukes i deler av landet. Modellen er også i tråd med med akuttutvalgets anbe-

falinger. Multitraumepasienter (f.eks. ved bilulykker) vil uansett bli fraktet til sykehus med full beredskap, eventuelt etter stabilisering lokalt.

Departementet vil understreke at planleggingen må ha et langsiktig mål slik at sykehusenes tilbud er forutsigbare over tid. Departementet har derfor bedt de regionale helseutvalgene om å lage strategier utover den første fireårige planperioden.

6.6 Kirurgisk beredskap må rasjonaliseres

Kirurgisk beredskap ved sykehusene er svært ressurskrevende, både når det gjelder personell og kostnader. Vaktene har ofte lav arbeidsbelastning, men er lange og gir legene rett til avspasering. Sammenhengende fritid gjør det mulig for legene å ta kortvarig arbeid ved andre - gjerne private - sykehus. Mange sykehus med vakante stillinger må så ta i bruk dyr overtid for å dekke vaktberedskapen. Den ressurskrevende kirurgiske beredskapen gjør det vanskelig å utnytte kapasiteten for planlagte inngrep på en god måte.

6.6.1 Volumet av ø-hjelp operasjoner er enklere inngrep

Akuttutvalget utførte en undersøkelse om ø-hjelp operasjoner ved 32 norske sykehus over en periode på tre måneder (01.12.1997-28.02.1998). Undersøkelsen omfattet 7 100 ø-hjelp operasjoner, og det viste seg at det først og fremst er enklere inngrep som utgjør det store volumet. Eksempler på det er brudd- og sårbehandling og fjerning av blindtarm (se vedlegg 2, tabell 2.4).

6.6.2 Enkelte små sykehus har svært få ø-hjelp inngrep kvelds- og nattetid

Akuttutvalgets undersøkelse viste at det i forhold til befolkningsgrunnlaget utføres like mange ø-hjelp inngrep ved store (mer enn 70 000 innbyggerer i opptaksområdet), mellomstore (40-70 000 innbyggerer i opptaksområdet) og små sykehus (under 40 000 innbyggerer i opptaksområdet). Enkelte inngrep utføres imidlertid oftere, eller kun ved de store sykehusene. Dette skyldes naturlig seleksjon av mer krevende prosedyrer til høyere kompetansenivå.

I motsetning til planlagt kirurgi som stort sett utføres i regulær arbeidstid, foretas ø-hjelp inngrep gjennom hele døgnet. I følge akuttutvalgets undersøkelse får pasienter med tilstander som krever umiddelbar operasjon (hastegrad «akutt» eller «haster») rask hjelp på alle sykehus uavhengig av sykehusets størrelse og omfang av planlagt aktivitet - forutsatt at de har kommet til rett behandlingsnivå.

Pasienter med tilstander der det er medisinsk forsvarlig at operasjonen kan vente håndteres imidlertid, i henhold til undersøkelsen, forskjellig ved store og små sykehus. Ved de små sykehusene legges ø-hjelp operasjoner med lav hastegrad til dagtid, mens de ved store sykehus legges til kvelds- og nattetid.

Akuttutvalgets undersøkelse viste videre at det utføres svært få ø-hjelp inngrep på kveld- og nattetid ved enkelte små sykehus (dvs. mindre enn 40 000 innbyggerer i opptaksområdet). Bare ca. fem prosent av ø-hjelp kirurgien finner sted i tidsrommet mellom klokken 24:00-08:00; et gjennomsnitt på en til to

operasjoner i måneden. Ett sykehus utførte kun ett inngrep mellom klokken 24:00 og 08:00 i løpet av de tre månedene undersøkelsen pågikk.

Beredskapen for ø-hjelpoperasjoner kvelds- og nattetid er med andre ord svært sjelden i bruk ved enkelte småsykehus. Store sykehus utnytter på sin side tilgjengelige medisinske service- og støttefunksjoner i mye større grad gjennom hele døgnet.

6.6.3 Vaktberedskapen er svært ressurskrevende

Sykehusenes vaktberedskap er med andre ord svært ressurskrevende. Det kreves fire til fem stillingshjemler for hver spesialitet som skal ha vaktberedskap. Avdelinger som tar i mot ø-hjelp pasienter må for eksempel ha spesialistvakt. Det betyr at det siste leddet i en vaktkjede må være spesialist i de aktuelle fagområdene, det vil si i indremedisin og/eller kirurgi. Der det er behov for anestesilege eller gynekolog for akutt hjelp, må også denne type spesialist være i vakt. Vaktdøgnet er delt inn i tilstedevakt, eller passiv beredskap i vaktrom på sykehus eller hjemme (se boks 6.12).

Boks 6.12 Vaktberedskap i sykehus

Ved et sykehus med fødeavdeling og vaktberedskap i kirurgi kreves følgende bemanning (timer per døgn):

- Ortoped/generell kirurg eller mage-tarm kirurg: 8 t. tilstedevakt/16 t. hjemmevakt
- Anestesiolog: 8 t. tilstedevakt/16 t. hjemmevakt
- Anestesisykepleier: 24 t. tilstedevakt/16 t. hjemmevakt
- Operasjonssykepleier: 24 t. tilstedevakt/ 8 t. hjemmevakt
- Gynekolog: 8 t. tilstedevakt/16 t. hjemmevakt
- Jordmor: 24 t. tilstedevakt

Kilde: NOU 1998:9 s. 85

6.6.4 Generell kirurgi og ortopedi er nå to spesialiteter

Kirurgi var tidligere én medisinsk spesialitet. I forbindelse med behandlingen av St. meld. 24 vedtok departementet i 1997 å dele kirurgien i to spesialiteter: Ortopedi og generell kirurgi.

Bakgrunnen for denne oppdelingen var ønsket om å effektivisere dagens utdanningsopplegg, noe som igjen skulle føre til kortere utdanningstid, økt utdanningskapasitet, og dermed bedre rekruttering av spesialister. Videre skulle utdanningens innhold samsvare bedre med framtidig sykehusstruktur og de arbeidsoppgaver som spesialistene skal utføre. I tillegg var målet at grenspesialister og spesialister skulle kunne konsentrere seg om spesialisert planlagt arbeid, der dette var mulig å skille fra ø-hjelp funksjonen.

6.6.5 Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet identifisert og innhentet relevante internasjonale systematiske oversikter og registerdata om forholdet mellom *pasientvolum*³⁵⁾ og *behandlingskvalitet*. Innholdet i disse rapportene er oppsummert og vurdert i en rapport avgitt departementet i november 1999.

Systematiske oversikter

SMM valgte å basere seg på følgende systematiske oversikter:

- *NHS-CRD report 8 (1997): «Concentration and choice in the provision of hospital services»*: Her fremgår det at vurderinger om bedre behandlingskvalitet³⁶⁾ ved store sykehus ofte skyldes variasjon i kasus og alvorlighetsgrad snarere enn forskjeller i ferdigheter hos personalet. Det finnes allikevel en dokumentert positiv sammenheng mellom sykehusvolum og behandlingskvalitet for 11 av 28 vurderte prosedyrer (39 %). For seks av 28 prosedyrer (20 %) er det dokumentert bedre behandlingsresultater for pasienter behandlet av kirurger som utfører mange inngrep. Manglende sammenheng mellom behandlingskvalitet og sykehusvolum er dokumentert for sju av 28 prosedyrer (24 %), og mellom behandlingskvalitet og kirurgvolum for to av 28 prosedyrer (6 %). For én prosedyre³⁷⁾, er mortaliteten høyere ved sykehus som behandler mange pasienter.
- *Landstingsförbundet (1995): «Är stora sjukhus bättre än små. Om volymens betydelse för kvaliteten inom kirurgin»*: Her konkluderes det med at litteraturen viser at det ikke finnes noen entydig sammenheng mellom volum og behandlingskvalitet for 54 prosent av de vurderte sykdomstilstandene på sykehusnivå, og for 68 prosent av de vurderte sykdomstilstandene på kirurnivå. Dokumentasjonen viser en positiv sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet for 33 prosent av disse prosedyrene på sykehusnivå, og for 25 prosent på kirurnivå. Rapporten understreker imidlertid at denne type konklusjoner er beheftet med mange mulige feilkilder, og at tolkning av materialet derfor må gjøres med stor forsiktighet.
- *Helsedirektoratet (1993): «Pasientvolum og behandlingskvalitet»*: Her vises det til at det finnes en sikker sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet for 63 prosent av vurderte publikasjoner. Videre viser 21 prosent av publikasjonene en usikker sammenheng, og 16 prosent ingen sammenheng. På denne bakgrunn understrekes det at pasientvolum utgjør en så viktig faktor i påvirkning av behandlingsresultatene at den må tas hensyn til, selv om graden av sammenheng varierer mellom de ulike fagområder og prosedyrer.

Registerdata

I tillegg har SMM vurdert følgende rapporter som baserer seg på registerdata:

- *Quality and performance in the NHS (1999): «Clinical indicators (6)»* Her fremgår det at det ikke finnes noen statistisk sammenheng mellom størrelse på sykehus eller spesialiseringsgrad og behandlingskvalitet. Enkelte

³⁵⁾ Dvs. antall behandlede pasienter

³⁶⁾ Målt ved grad av mortalitet, morbiditet og komplikasjoner.

³⁷⁾ Ikke kirurgisk behandling av sykdom i galleblære.

sykehus har imidlertid betydelig avvik fra gjennomsnittet når det gjelder noen disse kliniske faktorene ³⁸⁾

- *SPRI (1997): «Er stora sjukhus bedre än små» (7)* Rapporten viser at produktivitet ikke kan kobles til sykehusstørrelse. Av de 17 länsdels-sykehuse som inngår i analysen anses åtte å ha optimal produktivitet. Disse finnes både blant større og mindre sykehus. Flere mindre sykehus anses som for små for sine oppgaver, og flere store sykehus for store for sine. Det konkluderes derfor med at flere små sykehus kan vinne på å bli større, mens flere store sykehus kan vinne på å bli mindre.

SMMs konklusjon

På bakgrunn av de ovennevnte systematiske oversikter og registerdata konkluderer SMM med at det ikke foreligger vitenskapelig grunnlag i litteraturen om en generell positiv sammenheng mellom behandlingskvalitet og sykehusenes, eller kirurgenes, pasientvolum.

Det presiseres allikevel at en slik sammenheng finnes for ca. en tredjedel av de vurderte prosedyrene ³⁹⁾. Sammenhengen gjelder blant annet for enkelte kirurgiske inngrep, behandling av visse hjertesykdommer, intensivbehandling av nyfødte og kreftbehandling (se boks 6.13).

Boks 6.13 Pasientvolum og behandlingskvalitet

I følge en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering (1999) omfatter identifisert positiv sammenheng mellom *sykehusenes pasientvolum* og *behandlingskvalitet* følgende prosedyrer:

- Abdominale aorta aneurismer (utposninger på hovedpulsåra)
- AIDS
- Akutt hjerteinfarkt
- Benamputasjoner
- Hjertekateterisering (innføring av rør i hjertet)
- Kneproteser
- Kolecystektomi (fjerning av galleblære)
- Koronar bypass kirurgi (en operasjon på hjertets kransarterier)
- Malignt teratom (ondartet svulst med utgangspunkt i forstervev)
- Neonatal intensivbehandling (overvåkning av nyfødte)
- Pediatrisk hjertekirurgi (hjertekirurgi på barn)
- PTCA (inngrep gjennom tynne rør inn i årer og hulrom)
- Tynntarmskirurgi

På tilsvarende måte er det identifisert en positiv sammenheng mellom *legenes pasientvolum* og *behandlingskvalitet* for følgende prosedyrer:

³⁸⁾ Rapporten baserer seg på seks vurderte kliniske faktorer, f.eks. «mortalitetsrate på sykehus innen 30 dager etter operasjon, gruppert etter akutt eller planlagt innleggelse».

³⁹⁾ SMM understreker at konklusjonen er basert på en begrenset mengde litteratur, at kvaliteten på litteraturen varierer, og at denne type forskning er beheftet med metodologiske problemer.

- Brystkreft
- Katarakt (grå stær)
- Pancreaskreft (kreft i bukspyttkjertel)
- PTCA (inngrep gjennom tynne rør inn i årer og hulrom)
- Spiserørskreft
- Tynntarmsoperasjoner

6.6.6 Funksjonsfordeling mellom sykehus

Funksjonsfordeling, eller oppgavefordeling, mellom sykehus har tradisjonelt vært basert på forventninger og intensjoner om:

- *Bedre kvalitet:* Økt grad av funksjonsfordeling skal bidra til bedret kvalitet i behandlingen ut fra forutsetningen om at «øvelse gjør mester».
- *Bedre økonomi:* Økt grad av funksjonsfordeling skal bedre sykehusenes effektivitet og totale driftsøkonomi på grunn av:
 - Generell bemanningsreduksjon.
 - Realisering av det som kan betegnes som generelle stordriftsfordeler.
 - Økonomiske gevinster gjennom økt grad av skjerming av elektiv virksomhet.
- Redusert dublering av vaktordninger (særlig relatert til leger).
- Redusert behov for dublering av kostbart utstyr.

Funksjonsfordelinger er iverksatt, eller planlegges iverksatt, mellom en rekke sykehus. For eksempler se HOS-prosjektet (se boks 6.14) og BEST-prosjektet (se boks 6.15).

Boks 6.14 HOS-prosjektet

Det såkalte HOS-prosjektet startet opp i 1997 som et treårig prosjekt med sikte på å prøve ut en samarbeidsmodell på tvers av fylkesgrensene mellom fylkessykehusene i Haugesund, Odda og Stord.

Som resultat er det gjennomført en rekke funksjonsfordelinger på flere områder. Blant disse er:

Forflytting av personell:

- Pasienter som skal ha hoftekirurgi ved fylkessykehusene på Stord og Odda vurderes ved poliklinikken på Fylkessykehuset i Haugesund av spesialister fra henholdsvis Stord og Odda.
- Karkirurgisk klinikk er etablert på Fylkessykehuset i Stord for pasienter fra Sunnhordaland med spesialist fra Haugesund.
- Fylkessykehuset i Haugesund foretar større øre-nese-halsinngrep for pasienter fra Sunnhordaland med spesialist fra Stord.
- Spesialister fra sykehusene på Stord og Odda utfører urinlekkasje-operasjoner ved det andre sykehuset.

Forflytting av pasienter:

- Pasienter fra Sunnhordaland med behov for pacemaker, karkirurgi, øre-nese-hals inngrep, visse andre kirurgiske inngrep og risikoføddende har et behandlingstilbud ved Fylkessykehuset i Haugesund.
- Pasienter fra Hardanger som har gynekologiske lidelser, som trenger kirurgiske inngrep, eller er risikoføddende, har et behandlingstilbud ved Fylkessykehuset i Haugesund.
- Kvinnelige pasienter fra Haugesund-området med urinlekkasje behandles ved Fylkessykehuset på Stord.
- Pasienter fra Haugesund-området som skal utføre hoftekirurgi fordeles mellom fylkessykehusene på Stord og Odda.

Boks 6.15 BEST-prosjektet

BEST-prosjektet, som står for «bedre og systematisk traumebehandling», ble startet av to anestesileger i 1996. Det er nå et samarbeid mellom større og mindre sykehus i Finnmark, Nordland og Hordaland. Prosjektets formål er å bidra til en kvalitetsheving av traumeomsorgen i den akutte kjeden.

Prosjektet er basert på en kursmodell bestående av tverrfaglig trening kombinert med simulering og videofilming. Hensikten med kurset er å gjøre personalet ved lokal- og sentralsykehus i stand til å redde flere pasienter med alvorlige og livstruende skader.

Kurset baserer seg på teknikker fra flytrygging og moderne pedagogikk, kombinert med de nyeste internasjonale standarder for god traumebehandling. Opplæringen foregår på det enkelte sykehus, med det teamet og de lokaler som er de ansattes hverdag.

Erfaringene fra BEST-prosjektet viser at det har overføringsverdi til endringsprosesser og funksjonsfordelinger ved andre sykehus rundt om i landet. Prosjektet ble tildelt 2. pris i «Det nytter»-prisen for 2000.

Funksjonsfordelinger mellom sykehus i Helseregion Øst

Det regionale helseutvalget for Helseregion Øst igangsatte i 1999 et prosjekt ⁴⁰⁾ om behandlingskapasiteten for sine somatiske sykehustjenester ⁴¹⁾. Pro-

⁴⁰⁾ Prosjektet var delt inn i fire delprosjekter, som resulterte i én hovedrapport samt følgende delrapporter: Delrapport 1: «Analyse av eksisterende kapasitet i hele Helseregion Øst», delrapport 2: «Behovsanalyse for senge-/behandlingskapasitet i hele Helseregion Øst», delrapport 3: «Alternativ behovsanalyse» (se boks 6.9) og delrapport 4: «Frigjort kapasitet ved eventuelle funksjonsfordelinger. Kostnadsvurderinger av nybygg eller utbygging av eksisterende bygg».

⁴¹⁾ I rapporten er det også foretatt en gjennomgang av erfaringer som er gjort andre steder når det gjelder samarbeid og funksjonsfordeling mellom sykehus, blant annet hos Helseregion Vest, Helseregion Midt-Norge, Helseregion Nord, samt «Hovedstadsområdet København».

sjektets utgangspunkt var det økende behovet for spesialisthelsetjenester i Akershus, samt foreliggende planer om utvidelse av sykehuskapasiteten.

Det ble i denne sammenheng påpekt at de gjennomførte funksjonsfordelingene i Helseregion Øst i liten grad har vært gjenstand for systematisk evaluering. Å fastslå hvilke effekter de har hatt er derfor svært vanskelig. Det er imidlertid på det rene at klare økonomiske effekter er vanskelig å spore. Årsaker til det kan være at det er meget krevende å ta ut økonomiske gevinster og besparelser i økonomiske oppgangstider, og at funksjonsfordelingene har vært fulgt av forventninger om økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Den funksjonsfordelingen som synes å ha størst potensiale, særlig når det gjelder kapasitet, synes å være *skillet mellom akutt og elektiv kirurgi*. Årsaken antas å være at mindre tid og ressurser benyttes til beredskap for akuttsituasjoner. I tillegg er det grunn til å tro at det har funnet sted en viss reduksjon i driftsutgifter som ikke er direkte lønnsrelaterte, blant annet på grunn av redusert behov for dublering av en del utstyr.

For oppsummering av funksjonsfordelinger i Helseregion Øst se boks 6.16.

Boks 6.16 Funksjonsfordelinger i Helseregion Øst

Østfold fylkeskommune

Fra og med 1986/87 ble alle fødsler og all gynekologi som krever innleggelse samlet i Fredrikstad.

I 1993 ble det fattet politisk vedtak om oppgavefordeling i kirurgiske fagområder. Ø-hjelp aktivitet ble så lokalisert til Østfold Sentralsykehus avd. Fredrikstad og avd. Moss.

Alle sykehusene i Østfold utfører planlagt kirurgisk aktivitet, med noen grad av oppgavefordeling. Indre Østfold sykehus har ortopedi og generell kirurgi, pasienter overflyttet fra andre sykehus, samt poliklinisk behandling. Halden sykehus har elektive inngrep i ortopedi og generell kirurgi, poliklinisk behandling, samt ansvar for pasienter overflyttet fra andre sykehus. Østfold sentralsykehus avd. Sarpsborg har kirurgisk virksomhet avgrenset til urologi, plastisk kirurgi og dagkirurgi, samt poliklinisk behandling.

Ved behandlingen av Helse- og sosialplan for perioden 1996-1999 ble oppgavefordelingen innen indremedisin behandlet. Det ble vedtatt at det skal være fullstendig kirurgisk og medisinsk beredskap i Moss og Fredrikstad. I Sarpsborg, Indre Østfold og Halden skal det være akutt grunnberedskap. Denne planen ble fullt ut gjennomført i løpet av vinteren-98 og våren-99.

Fra 1998 er sykehusene organisatorisk samlet til ett sykehus: Sykehuset Østfold. Driften er fortsatt lokalisert på fem steder: Askim, Halden, Fredrikstad, Moss og Sarpsborg.

Østfold fylkesting har vedtatt å samle alle akuttfunksjoner i ett nytt sykehus. Dagens sykehusbygninger ønskes brukt som «nærpsykehus» i samarbeid med kommunene.

Akershus fylkeskommune

Akershus fylkesting har satt i gang utredning for å utvikle samarbeidet mellom Sentralsykehuset i Akershus og Stensby sykehus. Sykehusebene har felles styre og samarbeider blant annet om innkjøp. Felles ventelister og samordning av røntgen og laboratoriefunksjoner vurderes.

En avtale mellom staten og Akershus fylkeskommune innebærer at Akershus får utført en rekke sentralsykehusfunksjoner ved Statens sykehus; i første rekke Rikshospitalet, men også Det norske Radiumhospital og Voksentoppen.

På oppdrag fra samarbeidskomiteen mellom Oslo og Akershus ble en rapport av Stadaas / Dolva-utvalget lagt frem i 1995. Utvalget anbefalte blant annet å redusere antall sykehus med døgnkontinuerlig akuttfunksjon fra åtte til tre eller fire. Et potensiale for besparelse på ca. 150 millioner kroner ble estimert, men forutsatte en rekke investeringer. Oslo kommune inntok derfor som standpunkt å ikke legge saken frem for politisk behandling, men uttrykte positiv innstilling til samarbeid. Oppfølgingen av rapporten avventet ny inndeling av helseregionene på Østlandet, men prinsippene for organisering av akuttberedskapen i Oslo ble i all hovedsak fulgt opp i forslaget til regional helseplan for daværende Helseregion 1.

Oslo kommune

Funksjonsfordelinger mellom Ullevål sykehus og Aker sykehus omfatter:

- Aker sykehus: Regional smerteklinikk, karkirurgi inklusive intervensjonsradiologi (1999), ca. 2 000 ukompliserte fødsler (1999), urologi samlet i en urologisk avdeling (2000).
- Ullevål sykehus: Pediatriske avdelingene samlet på Barnesenteret (1998), de fleste fødsler (deriblant alle risikofødsler) og gynekologiske avdelinger samlet i Kvinnesenteret (1999), thoraxkirurgi (1999).

Funksjonsfordelinger mellom Aker sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) omfatter:

- Aker sykehus: Ansvar for kirurgien i Lovisenberg sektor.
- LDS: Lokalsykehusansvar for indremedisin i sin sektor, elektiv kirurgi (alt vesentlig i ortopedi) i samarbeid med Aker sykehus.

En evaluering av samarbeidet mellom Aker sykehus og LDS viste at antallet somatiske heldøgnsenger var blitt redusert med 3,5 prosent fra 1992 til 1994. Man konkluderte med at skjermingen av den elektive virksomheten ved LDS hadde fungert, og at dette hadde ført til økt produktivitet og samtidig sikret kvaliteten på tjenestene.

Hedmark fylkeskommune

I 1996 vedtok Fylkestinget i Hedmark blant annet å organisere Sentralsykehuset i Hedmark som en funksjonell enhet med ett opptaksområde; videreføre samordningsprosessen med tanke på å organisere fagområdene under én felles ledelse på ulike funksjonsområder, samt samle de innleggelser og de spesialiserte funksjoner som faglig hører sammen og er avhengig av hverandre med tyngdepunkt i Elverum.

Driftsstyret for Sentralsykehuset i Hedmark vedtok i 1998 å samle fødsler og gynekologi i Elverum, bløtdelskirurgisk virksomhet i Hamar og ortopedi i Elverum. Dette ble gjennomført i første halvår 1999.

I 1994 ble revmatologi samlet ved at virksomheten (inkl. rehabiliteringssenger) ble flyttet fra Sør-Odal revmatiske sykehus til Kongsvinger sykehus.

Det foreligger en samarbeidsavtale mellom Hedmark og Sør-Trøndelag fylkeskommune om diverse funksjonsfordelinger når det gjelder ø-hjelp og elektiv virksomhet for den såkalte «fjellregionen» (dvs. området mellom Tynset sykehus og RiT avd. Røros).

I februar 2000 vedtok Fylkestinget at sentralsykehusfunksjonene fortsatt skal være delt mellom Hamar og Elverum. Det ble også vedtatt at bygningene skal beholdes, men pusses opp og bygges ut for 1,2 milliarder kroner.

Oppland fylkeskommune

I 1998 fattet Fylkestinget vedtak om å slå sammen alle sykehusene i Oppland i en organisatorisk enhet. Oppland sentralsykehus (OSS) er etablert fra 01.01.2000, bestående av OSS avd. Lillehammer (tidl. Lillehammer sentralsykehus), OSS avd. Gjøvik (tidl. Gjøvik sykehus) og OSS avd. Reinsvoll (tidl. Oppland psykiatriske sykehus). Omorganiseringen innbefatter også samordning og samarbeid inklusive funksjonsfordeling, særlig mellom sykehusene i Lillehammer og Gjøvik.

Det er ikke gjort noen systematisk evaluering av erfaringene med funksjonsfordelingen, da denne skjer fortløpende av fagrådet for den enkelte spesialitet.

Funksjonsfordelinger mellom regionsykehus i Oslo

Som oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 37 «Et sted må grensen gå - Om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet» (1997-98), har det siden februar 1999 vært arbeidet med å finne frem til en bedre samordning av oppgavene til regionssykehusene i Oslo. Samordningen er en eierstyrt prosess mellom Staten og Oslo kommune, med god kontakt til de berørte helseregionene (Sør og Øst), Helsetilsynet og Universitetet i Oslo.

Det overordnede mandatet for samordningsprosessen definerer følgende målsetninger:

- Å sikre en god kvalitet og kapasitet i regionsykehustjenesten for Helseregion Øst og Sør, basert på en optimal funksjonsfordeling mellom sykehusene.
- Å få en mer kostnadseffektiv og kvalitetsmessig bedret pasientbehandling.
- Å legge til rette for en god regionsykehusfunksjon knyttet til fagutvikling, forskning, undervisning og faglig veiledning, basert på en funksjonsfordeling mellom sykehusene.
- Å etablere en institusjonell ordning som kan ivareta behovet for samordning på permanent basis.

Det ble valgt å starte med arbeidsgrupper innen fagområdene ortopedi, nevrokirurgi, kreftbehandling og medisinsk genetikk utfra kriterier som stort pasientvolum, problemer med kapasitet/ventetider og høye investeringskostnader (for arbeidsgruppenes forslag se boks 6.17).

Senere har det kommet til arbeidsgrupper innen øre-nese-hals sykdommer, øyesykdommer, hudsykdommer og plastisk kirurgi. Prosessen med å følge opp forslagene er nå i gang.

Boks 6.17 Arbeidsgruppenes forslag til samordning av regionsykehusfunksjonene i Oslo

Ortopedi

I tråd med anbefalingene fra arbeidsgruppen for ortopedi er Ullevål sykehus (US) og Rikshospitalets (RH) virksomhet innen ortopedi er nå etablert under én faglig ledelse med ansvar for all ortopedi på regionalt nivå, samt lokal- og sentralfunksjonene for US. Dette innebærer at det vesentlige av elektiv kirurgi er samlet i én avdeling lokalisert til RHs senter for ortopedi. Traumatologi (ø-hjelp) foregår ved en seksjon ved US. På sikt er det forventet kvalitetsgevinst og kapasitetsøkning med ca. 600 operasjoner per år (6-8 %) og 2 000-3 000 polikliniske konsultasjoner. Enheten ble satt i gang som et prøveprosjekt på to år fra januar 2000, og er basert på en samarbeidsavtale mellom US og RH. Prosjektet blir løpende evaluert som grunnlag for en eventuell beslutning om permanente ordninger.

Kreftbehandling

Det er i forslaget fra arbeidsgruppen for kreftbehandling tatt utgangspunkt i fordeling av strålekapasitet mellom Ullevål sykehus (US) og Det Norske Radiumhospital (DNR), og mellom disse enhetene og satelittavdelingene i Helseregion Sør og Øst. Det er foreslått en inndeling i «kreftregioner» der US skal betjene befolkningen i Oslo, Hedmark, Oppland og Østfold, mens DNR skal dekke Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Det er også nedfelt retningslinjer for funksjonsfordeling mellom regionsykehusene når det gjelder flere krefttyper, herunder kreft hos barn.

Nevrokirurgi

Forslaget til arbeidsgruppen for nevrokirurgi omhandler faglig oppgavefordeling, samordning og økt kapasitet. Organisatorisk kan dette gjennomføres med adskilte ansvarsområder og betalingsordninger regulert ved avtale mellom RH og US. Funksjonsfordelingen innebærer i hovedtrekk at skader behandles US, og sykdommer og misdannelser ved RH. Det er også bred enighet om behovet for å øke kapasiteten innen nevrokirurgi i Oslo-området. Arbeidsgruppen kom i desember 1999 med en tilleggsutredning som anslår behovet for kapasitetsøkningen for Helseregion Sør og Øst, og med forslag til en trinnvis gjennom-

føring av funksjonsfordelingen. Endelig forslag til gjennomføring skal etter planen foreligge innen høsten 2000.

Medisinsk genetikk

Arbeidsgruppen for medisinsk genetikk har ikke kunnet samles om en felles løsning, men departementet vil ta initiativ til at dette arbeidet skal videreføres.

6.6.7 Departementets vurderinger og forslag

Forholdene for kirurgisk beredskap i sykehus er annerledes enn for indremedisinsk beredskap, mye på grunn av et langt mindre volum. Særlig ved enkelte små sykehus utføres det svært få ø-hjelp inngrep kvelds- og nattetid, slik at den omfattende kirurgiske vaktberedskapen sjelden er i bruk. På denne bakgrunn mener departementet at det finnes rom og behov for rasjonalisering av den kirurgiske akuttberedskapen.

Departementet har stilt krav til de regionale helseutvalg om å gjennomgå dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene (se kap 6.1.2). I denne sammenheng vil departementet peke på nødvendigheten av å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen, da effekten vil være størst her.

Der forholdene ligger til rette for det kan det for eksempel skilles mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap. Det betyr at små sykehus gjerne kan ha indremedisinsk beredskap, selv om de ikke har kirurgisk beredskap (jf. kap. 6.5). Dette er også i tråd med akuttutvalgets anbefalinger.

Departementet er likevel av den oppfatning at «legevaktberedskap» (f.eks. ordinære brudd, enklere skader) er nødvendig ved alle sykehus. Alle sykehus må også kunne gi nødvendig stabilisering før videre transport. En slik beredskap vil kunne fange opp mye av volumet for kirurgisk ø-hjelp, da de fleste ø-hjelp operasjoner gjelder enklere skader (jf. kap. 6.6.1).

En annen måte å rasjonalisere den kirurgiske akuttberedskap på er at de regionale helseutvalgene i sin planlegging tar hensyn til at generell kirurgi og ortopedi nå er to spesialiteter, og samler spesialistene ved forskjellige sykehus. En slik oppgavefordeling vil også kunne avhjelpe den forventede mangelen på generelle kirurger fremover.

Departementet vil videre oppfordre helseregionene til økt grad av funksjonsfordeling mellom sykehus når det gjelder større elektive inngrep, for eksempel ved sentralisering av visse prosedyrer. Selv om litteraturen dokumenterer positiv sammenheng mellom volum og kvalitet for visse prosedyrer (jf. kap. 6.6.5), ønsker ikke departementet at befolkningsgrunnlaget alene skal være avgjørende for hvilke funksjoner sykehusene skal ha. I stedet understrekes behovet for et systematisk samarbeid mellom sykehus som nødvendig for at små sykehus skal være levedyktige.

Endringer i sykehusstrukturen vil kreve ny dimensjonering av de andre leddene i den akuttmedisinske kjede - særlig ambulansetjenesten - hvis den akuttmedisinske beredskapen skal forbli faglig forsvarlig. Departementet har

derfor blant annet foreslått forskriftsfestede krav til tomannsbetjening av ambulanser, hvorav én person med kompetanse tilsvarende fagbrev (se kapittel 4).

6.7 Fødselsomsorgen må differensieres

Fra 1930 til 1970 økte antallet fødeinstitusjoner i Norge fra 11 til nesten 200, for så å bli nesten halvert på 1990-tallet. Reduksjonen i antall fødeinstitusjoner har skjedd ved nedleggelse av små fødestuer (med 1-12 fødsler per år) og små fødeseksjoner ved sykehus. Den har først og fremst funnet sted på det sentrale østlandsområdet hvor det er korte avstander mellom sykehusene.

Hvert år skjer det ca. 60 000 fødsler i Norge. Hele 98 prosent av disse finner sted ved sykehus, resten ved fødestuer, i hjemmet eller under transport. Ca. 65 prosent av fødslene skjer ved de store fødeinstitusjonene (over 1 500 fødsler per år). Kun litt over én prosent av alle fødsler skjer ved de minste fødeinstitusjonene (færre enn 143 fødsler per år).

For å opprettholde en fødeavdeling på et tilfredsstillende kvalitetsnivå er kravene til vaktberedskap for ulike personellgrupper relativt omfattende. En fødeavdeling må blant annet dekke opp 24 timers vaktberedskap av gynekolog.

Mindre fødeavdelinger har store problemer med å rekruttere gynekologer, og må ta i bruk svært dyre overtids- og vikarordninger. Ved store fødeavdelinger er det kapasitetsproblemer, særlig når det gjelder intensivbehandling av for tidlig fødte og alvorlig syke nyfødte.

Det er derfor behov for å differensiere fødeavdelingene med hensyn til hvilke fødende som kan mottas hvor og hvilke som bør henvises til fødesteder med bredere kompetanse.

6.7.1 Faglige krav til fødeinstitusjoner

Helsetilsynets utredning fra 1997

I Helsetilsynets utredning 1/97 «Faglige krav til fødeinstitusjoner» foreslås følgende inndeling:

- *Kvinneklinikker:* Minst 1 500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.
- *Fødeavdelinger:* Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege (kun unntaksvis og som en overgangsordning skal kirurger kunne delta i vaktberedskap), nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- *Fødestuer:* Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

Utredningen foreslår at *selektering* av fødende skal skje ved at:

- Fødeavdelinger overfører fødende med alvorlige komplikasjoner til kvinneklinikker, og fødende med forventet behandling av nyfødt barn til sykehus med nyfødtavdeling.
- Fødestuer overfører fødende der det forventes komplikasjoner (unormalt leie, flere fostre, for tidlig fødsel etc.) til fødeavdelinger/kvinneklinikker.

Seleksjonen bør være strengere ved fødestuer med lang reisetid til sykehus enn der hvor fødestuer er lokalisert i nærheten av sykehus.

Utredningens forslag til krav til fødeistitusjoner, ble også foreslått i St. meld. nr. 24. Forslagene høstet motforestillinger på Stortinget (Innst. S. nr. 237 (1996-97)). Sosialkomiteen ga blant annet uttrykk for at det i grisgrendte strøk ikke bør være et absolutt minstekrav med 400 fødsler for å opprettholde en fødeavdeling.

Akuttutvalgets forslag og høringsuttalelser

Akuttutvalgets innstilling (NOU 1998:9) slutter seg i hovedsak til de anbefalinger som er gitt i Helsetilsynets utredning som nevnt ovenfor.

Forslagene knyttet til fødselsomsorg får relativt liten oppmerksomhet blant høringsinstansene. Av dem som uttaler seg, er de fleste enige i akuttutvalgets anbefalinger, og synes det er positivt at Helsetilsynets utredning legges til grunn.

Noen momenter, som for eksempel den foreslåtte nedre grense på 400 fødsler for opprettholdelse av fødeavdeling, er imidlertid gjenstand for en viss diskusjon. Det argumenteres blant annet mot å fokusere for mye på et bestemt tall, da geografi og værforhold må tas i betraktning.

Den Norske Jordmorforening (DNJ) advarer mot en ytterligere sentralisering av fødselsomsorgen og støtter omgjøring av små fødeavdelinger til fødestuer, der alternativet er nedlegging av fødetilbudet. Det påpekes at en omlegging av fødselsomsorgen vil gjøre det nødvendig hospiteringsordninger for jordmødrene.

Norsk sykepleierforbund (NSF) savner også vektlegging av hospiteringsordninger i akuttutvalgets anbefalinger, noe som de mener er minst like viktig ved fødestuer og i primærhelsetjeneste, som ved kvinneklinikker og fødeavdelinger.

Nasjonal fagkonferanse i 1999

I november 1999 ble det, etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet, avholdt en nasjonal fagkonferanse om fødselsomsorgen i Bodø, med Norges forskningsråd og statens helsetilsyn som arrangører. Rapporten fra konferansen - «Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde?» - ble forelagt departementet i januar 2000.

Hovedkonklusjonene fra konferansens foredrag og debatter var som følger:

- Det er lite uenighet om at svangerskap med erkjente risikofaktorer og forventet premature fødsler bør sentraliseres til større sentre med definert oppgave til å håndtere disse fødslene. Hva som defineres som risikosvangerskap vil imidlertid kunne variere mellom regionene avhengig av de enkelte regioners erfaring, tradisjon og reiseavstand til større sentre.
- Kvinner med forventede lavrisiko-fødsler har i utgangspunktet en svært lav risiko for komplikasjoner, men disse vil ikke alltid kunne forutsees. Ulike medisinske miljøer i Norge har ulik oppfatning om hvilket fødetilbud disse kvinner bør tilbys. På den ene siden argumenteres det for en ytterligere sentralisering til større fødeenheter, på den andre siden argumenteres det for en desentralisert fødselsomsorg. Begge alternativer

- synes å være medisinsk forsvarlig utfra erfaringer fra land som har valgt ulike alternativer og fra ulike undersøkelser innen området.
- Spørsmålet om den videre organisering av fødselsomsorgen i Norge skal medføre ytterlige sentralisering av fødeinstitusjoner eller opprettholdelse av et desentralisert fødetilbud, er derfor mer et politisk enn et medisinsk spørsmål. Velges det siste alternativet vil det være ønskelig med gjennomgang, mulig omdefinering og sikring av personellressurser til desentraliserte fødesteder for eksempel etter modell av Lofoten-prosjektet (se boks 6.18).
 - Det bør tilstrebes størst mulig grad av kontinuitet i svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Godt samarbeid og kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell, mellom ulike grupper av helsepersonell og mellom ulike helsetjenestenivåer er derfor nødvendig.
 - Det er et stort behov for videre forskning- og utviklingsarbeid innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge.

Paneldebatten dreide seg om temaene *seleksjon, ressursfordeling og kontinuitet*:

Det ble vist til at det i følge norsk og utenlandsk forskning er mulig å *selektere* gravide kvinner etter risiko for komplikasjoner under fødselen, både hva angår risiko for operative inngrep og risiko for barnet. Alle leger og jordmødre som deltar i svangerskapsomsorgen må derfor ha kunnskap nok til å *selektere*, slik at kvinnene kan henvises til riktig nivå for fødsel. Seleksjon må også gjelde barnets tilstand og eventuelt behov for ekspertise, behandling og transport til høyere spesialiseringsnivå. Alle fødeenheter må ha beredskap og trent personell til å ta seg av dårlige barn og øyeblikkelige katastrofetilstander. Det behøver ikke nødvendigvis å være barnelege eller anestesilege, men det må klargjøres hvilken ekspertise som er nødvendig på stedet, samt hvilke barn som skal overflyttes til et høyere nivå.

Det ble påpekt at *ressursfordeling* i hovedsak er et problem om geografisk fordeling av fagfolk. Det er vanskelig å rekruttere gynekologer til mindre fødeavdelinger. I Nordland trengs for eksempel 15-20 flere gynekologer for å dekke alle vakter ved fødeavdelingene med en gynekolog, og disse gynekologene vil da ikke ha tilstrekkelig beskjeftigelse på dagtid. Fødeavdelinger må derfor tilpasses de rådende forhold, som ved Gravdal sykehus i Lofoten, der vakthavende kirurger kan foreta nødvendige operative forløsninger, og fødeavdelingen for øvrig fungerer som en fødestue. Jordmødre og leger i allmennpraksis og helsearbeidere i svangerskapsomsorgen i første- og annenlinjetjenesten må dessuten kunne samarbeide om svangerskapsomsorgen. I tillegg er legkvinner/brukeres erfaring og kunnskap viktige ressurser som det bør tas hensyn til i den videre planleggingen.

Panelet understreket viktigheten av *kontinuitet* i svangerskapsomsorgen. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehus-/spesialisthelsetjenesten er generelt sett ikke bra nok. Omorganisering av jordmorstillinger, der jordmødre for eksempel kan ha kombinerte stillinger ved sykehusene og i primærhelsetjenesten, er et mulig middel både til bedre kontinuitet og dialog mellom de to nivåene.

Boks 6.18 «Lofotenprosjektet»: Fødeenhet i lokalsykehus

Prosjektet «Fødeenhet i lokalsykehus» innbefatter en alternativ driftsform ved Lofoten sykehus i toårsperioden fra 01.01.1997 til 31.12.1998. Denne driftsform skal videreføres inntil endelig politisk beslutning tas om fremtidig organisering av fødselshjelpen i Lofoten.

Fødeavdelingen ved Lofoten sykehus har vært en liten avdeling med 260 til 300 fødsler per år. Vaktansvaret har vært delt mellom to kirurger og en gynekolog, og det er disse legenes bekymring for avdelingens fremtid som har foranlediget prosjektet.

Bakgrunnen for bekymringen var erkjennelsen av at man i fremtiden ikke kunne regne med at kirurger vil ha ansvar for et fag de verken har formell kompetanse eller praktisk erfaring i. Legene hadde også liten tro på at avdelingen kunne endres til en vanlig fødeavdeling / gynekologisk avdeling med tre til fire gynekologer ansatt. Verken rekrutteringsmulighetene eller volumet av arbeidsoppgaver på dagtid tilsa noen realisme i en slik spesialistbemanning i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Det var derfor ønskelig å utprøve en alternativ driftsform med seleksjon av lavrisikofødende til Lofoten sykehus. I begynnelsen møtte prosjektet stor motstand både fra deler av lokalbefolkningen og blant helsepersonell, fordi mange oppfattet dette som første steg mot nedleggelse av fødeavdelingen.

Prosjektet er imidlertid gjennomført med stor arbeidsinnsats og entusiasme fra involvert helsepersonell. I prosjektperioden har avdelingen vært omgjort til såkalt «modifisert fødestue», det vil si en jordmorstyrt fødeenhet som ikke har ekskludert førstegangsfødende, og med leger i vakt som har kunnet gjøre keisersnitt. I prosjektperioden var det henholdsvis 211 (1997) og 224 (1998) fødsler ved Lofoten sykehus.

Følgende hovedfunn er gjort i prosjektperioden:

- Driftsomleggingen har vært medisinsk forsvarlig. Det oppstod ingen alvorlige komplikasjoner for mor eller barn som kan relateres til den nye driftsformen.
- Ca 70 prosent av de fødende i Lofoten kunne forløses ved Lofoten sykehus.
- Svangerskapsomsorgen synes å ha blitt bedre.
- Den kontinuerlige seleksjonsprosessen synes å ha fungert godt. Det er mulig å skille en lavrisiko- og høyrisikogruppe. Sannsynligheten for å få et sykt barn etter fødsel i Lofoten var i forsøksperioden mindre enn tidligere. De fleste syke barn ble født ved Nordland sentralsykehus (NSS).
- Det ble utført 13 keisersnitt (3 %) ved Lofotens sykehus i prosjektperioden, ni (4,3 %) første året og bare fire (1,8 %) siste året. De siste fem år før prosjektstart ble det utført ca 40 keisersnitt årlig ved Lofoten sykehus. For hele fødepopulasjonen i Lofoten, enten fødselen skjedde i Lofoten eller i Bodø, var behovet for operative forløsninger (keisersnitt, tang, vakuum) redusert i prosjektperioden. Forløsning ved keisersnitt ble redusert med 25 prosent.
- Av de som var endelig utvalgt til fødsel ved Lofoten sykehus måtte 8,2 prosent overflyttes til NSS.
- I prosjektperioden var det ingen transportfødsler mellom Lofoten sykehus og NSS.

Ulike modeller for fremtidig organisering av fødselshjelpen i Lofoten har blitt drøftet. Uansett hvilken som velges så er det enighet om at følgende forutsetninger må være til stede for å ivareta en forsvarlig drift:

- God svangerskapsomsorg med en kontinuerlig seleksjonsprosess.
- Tilfredsstillende bemanning med mulighet til faglig oppdatering.
- Godt samarbeid mellom Lofoten sykehus og NSS.
- Gode transportmuligheter.
- Løpende dokumentasjon og drøftelse av driftsresultater, innbefattet ekstern evaluering.

6.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Det overordnede målet for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal kunne tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge, og at det skal holde god faglig standard.

Departementet foreslår at Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres *veiledende* for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen. Inndelingen anbefales av akuttutvalget, og møter få innsigelser blant høringsinstansene. Den forutsetter imidlertid at den fødende får god oppfølging av jordmor under svangerskapet, at risikofødsler blir selektert til riktig nivå, og at det utarbeides klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjoner skal samarbeide.

Ved tre av landets lokalsykehus er det fødestuer i sykehuset. På bakgrunn av de gode erfaringene som er gjort blant annet ved Lofoten sykehus (se boks 6.18), vil departementet anbefale at fødestuemodellen også utprøves ved andre lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år. Fødestuer er jordmorstyrt, og vil derfor redusere problemet med å rekruttere gynekologer til de minste sykehusene.

6.7.3 Nyfødtmedisin

Moderne fødselsomsorg (bl.a. selektering) og intensivbehandling har gjort det mulig å redde for tidlig fødte barn som for få år siden ikke ble betraktet som levedyktige. Nyfødtmedisin omfatter alle nyfødte barn fra fødsel og i de første levemånedene.

I Norge føder ca. seks prosent av de gravide for tidlig (23-37 graviditetsuke). Ca. ti prosent av alle nyfødte barn overflyttes til nyfødt-intensivavdeling. Av disse er ca. 50 prosent for tidlig fødte barn, og ca. 50 prosent fullborne barn som av forskjellige årsaker krever intensivbehandling.

Nyfødtmedisin har hatt en enorm utvikling de siste årene. Det er nå et stort medisinsk fagområde som omfatter mange forskjellige kategorier av syke nyfødte. Det er også et fagfelt med stort kommunikasjons- og samarbeidsbehov med andre medisinske spesialiteter som gynekologi, obstetrikk (fødselshjelp), medisinsk genetikk, forsterkemedisin, barnekirurgi og de fleste pediatriiske subspecialiteter. Utfordringene er derfor store når det gjelder diagnostikk og behandling, noe som preger arbeidet på en nyfødt-intensiv post.

Konsensuskonferanse om grenser for behandling av for tidlig fødte barn i 1998

Grenser for behandling av for tidlig fødte barn var tema for Norges forskningsråds konsensuskonferanse i november 1998. Konferansen belyste sjansene for overlevelse og risikoen for funksjonshemninger. Det ble lagt vekt på å identifisere forhold som kan forutsi om behandlingen vil bli særlig smertefull, eller medføre en høy risiko for alvorlige funksjonshemninger senere. I tillegg ble juridiske og etiske betraktninger trukket inn for å bidra til en helhetlig vurdering av når det kan være riktig å gi eller avstå fra livreddende behandling.

Hovedkonklusjonene fra konferansen var blant annet:

- Fødsel av et ekstremt prematurt barn bør skje på det sted der barnet skal behandles. Når ekstremt prematur fødsel forventes, bør derfor mor om mulig overflyttes til behandlende sykehus før fødselen,
- Behandling av barn født før fullgått 26. svangerskapsuke, bør sentraliseres til regionsykehus for at det kan utvikles god kompetanse i behandlingen av disse svært små.
- Barn med svangerskapsalder under fullgatte 23 uker, eller fødselsvekt under 500 gram, har svært dårlig prognose (få overlever og mange får sen-skader). Med økende alder og vekt bedres prognosen, men det er store variasjoner i rapporterte resultater.
- I avgjørelsen om å behandle eller avstå fra behandlingen må hensyn primært tas til barnets sykdom og leveutsikter, men hensyn til familien må også tillegges vekt. Hensyn til samfunnet kan ikke tillegges vekt ved vurdering av det enkelte tilfellet.
- Det kan ikke fastsettes strenge kriterier, kun veiledende retningslinjer med henblikk på barn som skal behandles, og når man skal avstå fra behandlingen.
- Hos barn med svangerskapsalder under fullgatte 23 uker, bør behandling bare gis etter informert samtykke av foreldre og etter en etablert behandlingsprotokoll godkjent av en regional komité for medisinsk forskningsetikk, fordi behandling av barn i denne alder må ses på som eksperimentell i Norge i dag.
- Beslutningen om å behandle barn født etter fullgatte 23 og før 25 fullgatte uker, må vurderes individuelt basert på vitalitet og ut fra den enkelte leges skjønn.
- Barn født ved en svangerskapsalder på fullgatte 25 uker eller mer, skal i utgangspunktet få livreddende behandling.

Kapasitetsproblemer for intensivbehandling av nyfødte

Kapasiteten ved nyfødtavdelingene for intensivbehandling av for tidlig fødte og alvorlig syke nyfødte er for liten. Dette gjelder særlig ved flere av regionsykehusene, men situasjonen ved sentralsykehusene er også vanskelig.

Kapasitetsproblemene er et resultat av flere faktorer. Antall fødsler har økt med ca. 20 prosent de siste ti årene, samtidig har det funnet sted en medisinsk utvikling der mer premature barn behandles. Antall barn som respiratorbehandles har for eksempel økt med 20 prosent fra 1994 til 1998. Dødelighet ved livstruende sykdom i denne pasientgruppa er halvert de siste ti årene (fra 6,9 til 3,4 %), og overlevelse blant nyfødte med 500-1000 gram fødselsvekt er i dag på 85-90 prosent. Ressurstilførselen har ikke stått i forhold til denne utviklingen.

Problemene er også et kompetanseproblem, spesielt på sykepleiesiden. Dette gjelder rekruttering av kvalifiserte sykepleiere, men også stor grad av «gjennomtrekk» og tap av erfarne intensivsykepleiere ved nyfødteksjonene. Det hevdes at det tar to år for en avdeling å utdanne kvalifiserte intensivsykepleiere for behandling av nyfødte, noe som krever mye ressurser i allerede hardt belastende avdelinger.

6.7.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet støtter konsensuskonferansens konklusjon om at fødsel av ekstremt premature barn bør skje på det sted der barnet skal behandles. Departementet er også enig i at behandling av barn født før fullgått 26. svangerskapsuke bør sentraliseres til regionsykehus, slik at det kan utvikles god kompetanse i behandlingen av disse svært små barna.

I februar 2000 ble det utarbeidet to arbeidsgrupperapporter om kapasitetsbehov ved nyfødtavdelingene og kompetanseoppbygging for sykepleiere, med utgangspunkt i kapasitetsproblemene ved regionsykehusene i Helseregion Sør og Øst. Rapportene har vært på høring i alle fylkeskommuner, og høringsuttalelsene vil danne grunnlag for langsiktig oppfølging som vil gjelde alle helseregioner.

Det er enighet om at hovedproblemet er mangel på kvalifisert personell, og at det derfor kan ta tid før situasjonen igjen blir tilfredsstillende. Departementet har derfor arbeidet parallelt med tiltak for å bedre den akutte situasjonen i Helseregion Sør og Øst, blant annet for midlertidig å avhjelpe bemanningssituasjonen ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet.

Fra høsten 2000 iverksettes et kurs i Oslo-området for videreopplæring av sykepleiere slik at nyutdannede sykepleiere kan gå inn i tjenesten på nyfødtintensivavdelingene enten ved region- eller sentralsykehusene. Departementet har avsatt midler til undervisning i 2000, mens det er forutsatt at sykehusene betaler lønnsutgifter i opplæringsperioden. Hvis tiltaket blir vellykket vil det være aktuelt å videreføre dette i 2001, og utvide opplæringstilbudet til sykepleiere som allerede har vært i arbeid en stund, samt tildele midler for tilsvarende tiltak i alle helseregioner.

Departementet vil be Statens helsetilsyn om å oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon innen fagområdet nyfødtmedisin (herunder den foreliggende arbeidsgrupperapporten og høringsuttalelsene). Det vil særlig være sentralt å få omforente forslag til oppgavefordeling mellom sentral- og regionsykehusene og retningslinjer for areal, utstyr og stillinger ved sykehusene. Dette vil bli drøftet med helseregionene som grunnlag for regional planlegging og prioriteringer ved sykehusene. Intensivbehandling av nyfødte vil også bli trukket inn i de pågående forhandlingene mellom departementet og Oslo kommune om funksjonsfordeling mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet (jf. kap. 6.6.6).

6.8 Helsepersonellens kompetanse må utnyttes bedre

Norge har aldri hatt så mye helsepersonell som nå. Hver 40. nordmann er sykepleier, hver 300. nordmann er lege. I følge tall fra OECDs helsedatabase

hadde kun Spania og Italia i Vest-Europa flere leger per innbygger enn Norge i 1998, og kun Finland hadde flere sykepleiere.

Til tross for dette er dagens situasjonsbeskrivelse påfallende lik situasjonen for tretti år siden; nemlig mangel på kvalifisert helsepersonell - også i sykehusene.

Årsaker til dette er blant annet å finne i økt spesialisering, samt omfattende og ressurskrevende ordninger når det gjelder vaktberedskap i sykehus. I tillegg er det en utbredt holdning at organiseringen av helsepersonell ikke bra nok, slik at leger og sykepleiere deler av arbeidsdagen på oppgaver som for eksempel hjelpepleiere og kontorpersonell kunne ha utført like godt.

Departementet har iverksatt flere tiltak med tanke på å bedre tilgangen på, og utnyttelsen av, helsepersonell. Blant disse er handlingsplan for sosial- og helsepersonell (jf. 6.8.2), ny ordning med legefordeling (jf. 6.8.3) og gjennomgang av spesialistutdanningen (jf. 6.8.4).

6.8.1 Mer spesialisering gir økt personellbehov

Utviklingen på det medisinske feltet har gjort det umulig for den enkelte lege å beherske alt. Mange undersøkelses- og behandlingsmetoder krever så mye trening og erfaring at de må utføres av spesielt opplærte personer. Alt dette har ført til at medisinen har blitt - og kommer til å bli - stadig mer spesialisert.

Spesialiseringen har resultert i flere profesjonsgrupper, men også til større skiller innenfor den enkelte profesjon. Legene har ledet an: Mens man før hadde såkalte generelle spesialister, har man nå en rekke gren-spesialister.

Utviklingen i retning av økt spesialisering er uunngåelig, for uten vil ikke moderne medisin kunne utøves. Men spesialisering medfører også ulemper. Jo flere sykehus som etablerer høyspesialiserte tilbud, desto vanskeligere blir det å tilfredsstille personellbehovet og desto dyrere blir helsetjenesten. Økt spesialisering krever nemlig flere spesialister for å dekke hele fagfeltet. Dette er særlig problematisk for de små sykehusene, som ikke kan bygge sin virksomhet på personell som bare mestrer en liten del av fagfeltet, og som får problemer med rekruttering av nødvendig personell. De spesialiserte personellgruppene representerer dermed mulige flaskehalser i dekning av personellbehovet.

6.8.2 Handlingsplan for sosial- og helsepersonell 1998-2001

Behovet for kvalifisert personell er bakgrunnen for at departementet har iverksatt en handlingsplan for sosial- og helsepersonell (1998-2001). Handlingsplanen foreligger nå i tredje utgave og omfatter tiltaksområder som:

- Bedre geografisk fordeling ved å videreføre og styrke ordningen med rekruttering av helsepersonell til områder med dårlig dekning, samt bidra til stabilitet i distriktene.
- Rekruttering av leger, tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell fra utlandet.
- Bedre ledelse, organisasjon og personalpolitikk ved at:
 - Prinsippet om enhetlig ledelse på alle nivåer lovfestes i ny spesialisthelsetjenestelov.
 - Ny felles lov for alt helsepersonell som åpner for mer fleksibel og

- rasjonell bruk av personellet.
- Utvikling av bedre ledelses- og organisasjonsmodeller i sykehus.
- Opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.
- Overordnet plan for utdanningen innen ulike medisinske spesialiteter.
- Større arbeidsinnsats og mindre uførepensjonering gjennom bedre arbeidsmiljø:
 - Arbeidsgiver har ansvar for å sikre et godt arbeidsmiljø og for å legge forholdene til rette for at heltidsarbeid kan kombineres med omsorgsansvar, og for at alle som ønsker det skal få mulighet til å arbeide i full stilling og stå i stillingen frem til pensjonsalder.
 - Prosjektprogram rettet mot arbeidsmiljø og helse i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2001.
 - Etter- og videreutdanningstiltak for personell i pleie- og omsorgstjenestene og innen psykisk helsearbeid.

6.8.3 Ny ordning for legefording

For å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger har Stortinget vedtatt en ny ordning for regulering av legemarkedet ⁴²⁾, som ble gjort gjeldende fra 01.01.1999 (Ot. prp. nr. 4 (1998-99)) gjennom tilføyelser til sykehusloven og kommunehelsetjenesteloven).

Ordningen innebærer at departementet fastsetter årlige rammer for hvor mange nye legestillinger/-hjemler som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten, inkludert statens egne sykehus og privat spesialistpraksis. Ikke-kliniske legespesialiststillinger omfattes ikke av ordningen.

Den årlige fordelingsrammen baseres på råd fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR), som ble etablert 1. januar 2000. NR er et rådgivende organ for departementet i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av- og kvaliteten på spesialistutdanningen. NR holder oversikt over lovlig opprettede legestillinger innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten holder NR i tillegg oversikt over fordelingen på spesialitet, sykehus, fylkeskommune og helseregion.

Sosial- og helsedepartementet har, etter tilråding fra NR, gitt en ramme på 80 nye legespesialiststillinger for år 2000. Områdene kreft, psykiatri og primærhelsetjenesten skal prioriteres, sistnevnte særlig av hensyn til fastlegeordningen som etter planen skal innføres 01.06.2001.

NR tilrår at 40 av disse 80 stillingene bør være utdanningsstillinger innenfor 15 spesialiteter der rekrutteringen til legespesialister er relativt svak. De øvrige 40 stillingene kan brukes til å dekke andre områder, men med utgangspunkt i prioritering av kreftomsorg og psykiatri.

⁴²⁾ Den nye ordningen for legefording avløste en tidligere avtalebasert ordning, som ble administrert av et partsammensatt utvalg, det såkalte ULS. Legefordingensavtalen ble inngått i 1998 av Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening og ble senere tiltrådt av Staten. I henhold til denne avtalen skulle det ikke opprettes nye legestillinger uten at det er innhentet tillatelse til dette fra det partsammensatte utvalget Utvalg for Legestillinger og Stillingsstruktur (ULS).

Fylkeskommunenes søknader skal koordineres av de regionale helseutvalgene, og oversendes departementet ⁴³⁾. Deretter vil søknadene bli behandlet i Sosial- og helsedepartementet, som tildeler stillingskvoter til helseregionene. Helseregionene gjør den endelige fordelingen av de enkelte stillingen.

6.8.4 Spesialistutdanningen skal gjennomgås

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) er departementets rådgivende organ i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av, og kvaliteten på, spesialistutdanningen. Rådet er sammensatt av de sentrale aktørene i spesialistutdanningen, samt én representant for pasientene.

Departementet ga sommeren 1999 NR i oppdrag å vurdere dagens spesialistutdanning for leger og foreslå forbedringer både hva angår utdanningens kvalitet og effektivitet.

Viktige elementer i utredningen vil blant annet omfatte en eventuell effektivisering av utdanningen gjennom forkorting og effektivisering av utdanningstiden, bortfall av frivillig sideutdanning, universitetenes og helseregionenes rolle i spesialistutdanningen og styrking av forskning og undervisning. NR vil videre ansvarliggjøre sykehuseierne og den enkelte avdelingsoverlege, og vurdere behovet for nye og endrede spesialiteter og statlige satsingsområder i spesialistutdanning og rekruttering av leger. Resultatet av gjennomgangen vil foreligge ved årsskiftet 2000/2001.

6.8.5 Legeårsverk og aktivitet

SINTEF Unimed utførte våren 2000 en analyse av utviklingen i antall leger og aktivitet ved de somatiske sykehusene på 1990-tallet. Bakgrunnen for analysen var rapporter fra SAMDATA Sykehus, som to år på rad presenterte tall på at veksten i antall legeårsverk var sterkere enn veksten i aktivitet - målt i forhold til innlagte pasienter og aktiviteten ved poliklinikkene.

SINTEF Unimeds analyse tar utgangspunkt i flere hypoteser om årsaker til fallet i legeproduktivitet.

En hypotese er at forsknings- og undervisningsvirksomhet har økt mer i omfang enn veksten i antall leger. Resultatene av analysen viser imidlertid at det i den aktuelle perioden har vært en marginalt svakere vekst i antall medisinerstudenter enn for leger. Dersom det antas at legenes arbeidsmengde per student ikke har endret seg vesentlig i den aktuelle perioden, indikerer det at økt undervisningsvirksomhet ikke kan forklare fallet i legeproduktivitet.

En annen hypotese er at mer av den samlede legeressursen går med til vaktarbeid på tider av døgnet da aktiviteten ved sykehusene er lav. Ved enkelte sykehus var det nemlig utført foreløpige undersøkelser om vaktberedskap som indikerte at dette kunne være en aktuell forklaringsfaktor. SINTEF Unimed ba derfor alle DRG-sykehusene besvare et spørreskjema hvor de ble bedt om å avgi opplysninger om vaktordninger tidligere på 1990-tallet og per i dag. Resultatene av analysen tyder imidlertid ikke på at det er noen sammenheng mellom utvidede vaktordninger og fall i legeproduktivitet.

⁴³⁾ Søknadene fra Statlige sykehus behandles som del av Helseregion Sør.

En tredje hypotese er at mangel på andre personellgrupper enn leger medfører «flaskehalsproblematikk». Det ble heller ikke funnet noen statistisk signifikant korrelasjon mellom angivelse av flaskehalser og estimat for legeproduktivitet.

Ingen av de nevnte hypoteser om årsaker til fall i legeproduktiviteten blir altså bekreftet. Det kan skyldes begrenset datamateriale, fordi mange sykehus har problemer med å få frem relevante data, særlig for tidligere år. Resultatene kan imidlertid også styrke antakelsen om at leger bruker mer tid på pasientene fordi behandlingen er mer avansert enn tidligere.

6.8.6 Departementets vurderinger og forslag

Mangelen på helsepersonell er en av årsakene til at departementet ønsker rasjonalisering av den kirurgiske beredskapen (jf. kap. 6.6). Når alle sykehus dekker alle spesialiteter, samt ø-hjelp, blir mangelen på kvalifisert personell større en strengt tatt nødvendig, fordi mye personell avsettes til vaktberedskap.

Mangelen på helsepersonell er også en årsak til at departementet ikke ønsker å styrke grenspesialiseringen ved de mindre sykehus, selv om den medisinskteknologiske utviklingen går i denne retning. Høy grad av grenspesialisering fører til mange parallelle vaktordninger og mye legetid til passiv vaktberedskap, og gir lavere produktivitet.

I stedet oppfordrer departementet til rasjonalisering av vaktberedskapen, særlig ved mindre sykehus. Det kan for eksempel gjøres ved å begrense bruken av parallelle vaktskift, ikke minst på nattetid. Departementet vil derfor, i forbindelse med NRs gjennomgang av spesialistutdanningen, be om at det utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grenspesialitetene i en hovedspesialitet.

For å utnytte legeressursene ved større sykehus på en bedre måte, anbefaler departementet at det vurderes å utvide tidsrommet for utføring av elektive inngrep til for eksempel klokken 20:00-22:00.

6.9 Det må arbeides for en bedre organisering og ledelse i sykehus

En god framtidig organisering av akuttmedisinsk beredskap i sykehus er blant annet avhengig av en god ledelse og en hensiktsmessig organisering. I henhold til NOU 1997:2 «Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus» finnes det et stort potensiale for bedre organisering og ledelse av sykehus.

6.9.1 Forum for organisasjonsutvikling i sykehus

I NOU 1997:2 ble det i noen utstrekning foreslått tiltak som innføring av prinsippet om leder, lovforankring av ordningen med pasientansvarlig lege og tilsvarende mulighet for andre helsefaggrupper. Disse forslagene er fulgt opp i ny spesialisthelsetjenestelov. I følge utvalgets oppfatning må imidlertid det meste av utviklings- og forbedringsarbeidet gjennomføres i sykehusene selv, med utgangspunkt i de konkrete lokale forholdene.

For å understøtte dette arbeidet, og i samsvar med tilråding fra utvalget, ble derfor Forum for organisasjonsutvikling i sykehus etablert av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund (KS).

Forumet har 20 medlemmer fra KS, Statens helsetilsyn, fylkeskommunene, sykehusene og pasientorganisasjoner. Arbeidet finansieres av SHD, KS og fylkeskommunene.

Forumet fikk som oppgave å utvikle en samlet strategi for arbeidet med organisasjons- og ledelsesutvikling i sykehus. Forumet la frem sin strategi i februar 1998, og har innenfor denne rammen gitt støtte til om lag 50 lokale utviklingsprosjekter. Per april 2000 gjelder fire satsingsområder:

- Tiltak for bedre ledelse i sykehus.
- Tiltak som kan understøtte samarbeidsprosesser og helhet i behandlingsforløp.
- Tiltak som kan bedre bruken av arbeidskraft i sykehus («rett person på rett plass»).
- Tiltak som kan bedre samarbeid og samspill med pasient og primærhelse-tjeneste.

En sentral del av Forumets arbeid i den kommende perioden vil være å dokumentere og evaluere erfaringer fra prosjektene og gjennomføre tiltak som kan formidle erfaringene til andre sykehus. Ulike former for nettverksarbeid vil bli prioritert. Siktemålet er at norske sykehus skal bli et samlet lærings- og utviklingsmiljø som i fellesskap arbeider med å utvikle strategier for god ledelse og organisering i sykehus, og der sykehusene kan inspirere hverandre til å gjennomføre forbedringstiltak.

6.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Flere av problemstillingene som inngår i arbeidet til Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, samt flere lokale utviklingstiltak har relevans når sykehus skal velge opplegg for sine akuttberedskapsfunksjoner. Det skal nevnes:

- Spørsmålet om i hvilken grad og på hvilken måte sykehus bør ha opplegg som beskytter elektiv operasjonsvirksomhet. Slike opplegg kan blant annet redusere utsettelse som forårsakes av at personell må brukes til ø-hjelp funksjoner og på den måten bli et bedre tilbud til pasientene.
- Spørsmålet om sykehus i større grad bør la organisasjonsløsninger og systemer styres ut fra helhet i behandlingsforløp, og hvordan en slik tankegang eventuelt også bør påvirke opplegg for medisinsk akuttberedskap.
- Analyser av legespesialisters bruk av arbeidstiden og særlig i hvilken grad det legges til rette for at denne innrettes mot direkte pasientrelatert arbeid - og spørsmål om tiltak som kan gi bedre bruk av ressursene.
- Spørsmål om kontorphersonell kan anvendes på måter som frigjør helsefaglige ressurser som det er knapphet på.
- Utprøving av nye forsøk for organisering av arbeid, for eksempel bruk av faste arbeidslag.

Departementet vil videreføre arbeidet som er startet i Forumets regi med å utvikle nettverk som kan inspirere til læring og forbedringstiltak. Departementet vil imidlertid også understreke at en god framtidig organisering av medisinsk akuttberedskap avhenger av at sykehusene aktivt arbeider med slike problemstillinger.

6.10 Kvalitet i den akuttmedisinske beredskap må mer i fokus

Sykehusene har tradisjonelt vært stilt ovenfor kravet om å behandle flest mulig pasienter. Fokuset på kvaliteten på den medisinske behandlingen har derfor ofte kommet i bakgrunnen.

Med unntak av antall klagesaker og reinnleggelser, finnes det lite systematisk registrering av data som kan vise om kvaliteten utvikler seg i positiv eller negativ retning. Lovfestede pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og fristilling av sykehus vil imidlertid føre til at sykehusene må kunne dokumentere kvaliteten på sine tjenester på en helt annen måte enn tidligere.

I det følgende oppsummeres enkelte studiers konklusjoner når det gjelder behandlingskvalitetens forhold til funksjonsfordeling, pasientvolum, tilgjengelighet og behandling på riktig nivå.

6.10.1 Forholdet til funksjonsfordeling

Alle sykehus må i følge lovverket kunne gi nødvendig hjelp i en akuttsituasjon. Spesialiserte helsetjenester krever et visst volum for at kvaliteten skal bli tilfredsstillende. Dette har vært et av hovedargumentene for den nasjonale satsingen på økt funksjonsfordeling.

En gjennomgang av funksjonsfordeling i Helseregion Øst konkluderte for eksempel med at gjennomførte funksjonsfordelinger har hatt kvalitetsmessig positiv innvirkning på pasientbehandlingen, selv om faktiske data er mangelfulle på dette området.

6.10.2 Forholdet til pasientvolum

En vurdering av relevant litteratur i tidsrommet 1982-1996, utført av Senter for medisinsk metodevurdering, konkluderte med at sammenhengen mellom behandlingskvalitet og volum ikke er entydig. Likevel er det dokumentert en slik sammenheng for ca. en tredjedel av de vurderte prosedyrene (jf. kap. 6.6.5).

6.10.3 Forholdet til tilgjengelighet

National Health Service (NHS) i England foretok i 1997 en systematisk litteraturgjennomgang fra perioden 1980-1996 om sammenhengen mellom tilgjengelighet og utnyttelse av sykehustilbud. Det ble konkludert med at det ikke finnes entydige bevis om at lang avstand til sykehus påvirker pasientenes helsetilstand negativt. Likevel tyder tilgjengelige data på at astma, diabetes og perinatal mortalitet øker med økende avstand til sykehus, mens avstanden ikke har betydning for sykdommer som bryst- og livmorkreft, eller behandling av trafikkskadede personer.

6.10.4 Forholdet til behandling på riktig nivå

Det sier seg selv at behandling på riktig nivå vil sikre bedre effektivitet og behandlingskvalitet for pasienten. Unngåelse av unødvendige ø-hjelp innleggelser vil også virke i samme retning. Det kan f.eks. gjøres gjennom en godt organisert legevakt med god kommunikasjon med sykehus (f.eks. i form av et felles akuttmedisinsk mottak (FAM) med observasjonsplasser), oppbygging

av det polikliniske tilbudet, samt en godt organisert oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer

6.10.5 Departementets vurderinger og forslag

For å kunne optimalisere kvaliteten i den akuttmedisinske beredskap er det viktig å måle behandlingsresultater og kvalitet på pasientbehandlingen. Ønsket om, og behovet for, nasjonale systemer for måling av kvaliteten på pasientbehandlingen, er uttrykt av fagmiljøene, sykehuseierne, de regionale helseutvalgene og Helsetilsynet. Flere fagmiljøer i Norge har allerede på eget initiativ etablert kliniske kvalitetsregistre innen enkelte fagområder.

Utover behovet fra fagmiljøene for å vite mer om behandlingskvaliteten, vil også nye helsepolitiske realiteter - som lovfestede pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og fristilling av sykehus - kreve at sykehusene må kunne dokumentere kvaliteten på virksomheten. Innføring av fritt sykehusvalg vil for eksempel føre til at både pasienter og allmennleger har et legitimt behov i vurdere institusjoners kvalitet opp mot hverandre.

Endelig må ressurstilgang sees i sammenheng med kvalitet, fordi innsparinger som går ut over kvaliteten både vil svekke tilbudet til den enkelte pasient og sannsynligvis redusere den totale effektiviteten ved at nye ressurser må settes inn for å bøte på feil og mangler som oppstår på grunn av svikt i kvaliteten.

Departementet anser nå tiden som moden til at det kan etableres en nasjonal konsensus om rapportering og publisering av et begrenset utvalg *kvalitetsindikatorer* for den somatiske helsetjenesten. Indikatorene bør gi generell informasjon om behandlingskvaliteten i de somatiske sykehusene i Norge.

Departementet har i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund nedsatt en arbeidsgruppe som blant annet skal komme med anbefaling om hvilke kvalitetsindikatorer man bør satse på, både i et kortsiktig og et mer langsiktig perspektiv.

I tillegg er for år 2000 bevilget 1,5 millioner kroner over statsbudsjettet til etablering av nasjonale *kvalitetsregistre*. I denne forbindelse har Statens helse-tilsyn nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere forhold knyttet til etableringen av et landsdekkende nett av eksisterende og nye kvalitetsregistre innen de viktigste medisinske fagfeltene i Norge. De medisinske kvalitetsregistrene skal i hovedsak være et hjelpemiddel for forbedring av klinisk praksis, og en forutsetning er derfor at disse forankres i de enkelte fagmiljøene.

6.11 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag

- Samarbeidsordningene med primærhelsetjenesten må utvides.
 - Departementet oppfordrer fylkeskommuner og kommuner til å etablere felles akuttmottak (FAM) der dette synes formålstjenlig.
 - Departementet utreder muligheten for å inkludere de sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste, og som er del av fylkeskommunens ordinære tilbud av spesialisthelsetjeneste, i ISF-ordningen fra 2001.
- Indremedisinsk beredskap må styrkes. Departementet vil ikke foreslå noen prinsipielle endringer, men oppfordrer de regionale helseutvalgene til å ta hensyn til det økte behovet som vil oppstå som følge av økningen i

antall eldre. Departementet ber derfor de regionale helseutvalgene om å vurdere sin kapasitet på indremedisinsk beredskap, samt klargjøre organisasjonsstrukturen på hvilke sykehus som utfører hvilke oppgaver.

- Kirurgisk beredskap må rasjonaliseres. Departementet har stilt krav til de regionale helseutvalg om å gjennomgå dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. I denne sammenheng vil departementet særlig peke på nødvendigheten av å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen, da effekten vil være størst her. Der forholdene ligger til rette for det kan det for eksempel skilles mellom indremedisinsk og kirurgisk beredskap ved sykehusene. Departementet vil også oppfordre de regionale helseutvalgene til funksjonsfordeling når det gjelder større elektive inngrep, samt sentralisering av visse prosedyrer.
- Fødselsomsorgen må differensieres.
 - Departementet ber om at Helsetilsynets foreslåtte tredeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres veiledende i planleggingen av fremtidens fødselsomsorg.
 - Departementet ønsker at fødestuemodellen i sykehus prøves ut ved lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år.
 - Departementet vil be Helsetilsynet om å oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon innen fagområdet nyfødttmedisin (herunder den foreliggende arbeidsgrupperapporten og høringsuttalelsene). Det vil være særlig sentralt å få omforente forslag til oppgavefordeling mellom sentral- og regionsykehusene.
- Helsepersonellets kompetanse må utnyttes bedre. Etter departementet oppfatning bør vaktberedskapen, særlig og fremst ved små sykehus, kunne rasjonaliseres. Det kan for eksempel gjøres gjennom begrensning av bruken av parallelle vaktskift, ikke minst på nattetid. Departementet vil, i forbindelse med NRs gjennomgang av spesialistutdanningen, be om at det utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grenspesialitetene i en hovedspesialitet. I tillegg oppfordrer departementet til at sykehusene utfører elektive aktiviteter utover ordinær arbeidstid (f.eks. til kl. 20:00-22:00).
- Det må arbeides for en bedre organisering og ledelse i sykehus. Departementet vil videreføre arbeidet som er startet i Forum for organisasjonsutvikling i sykehus med hensyn til å utvikle nettverk som kan inspirere til læring og forbedringstiltak.
- Kvalitet må komme mer i fokus, også når det gjelder akuttmedisinsk beredskap. Departementet ønsker at det i årene fremover skal etableres et sett av nasjonale kvalitetsindikatorer, samt nasjonale medisinske kvalitetsregistre for alle de store fagområdene.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Et fellestrekk ved de fleste forslagene er at de legger opp til en best mulig faglig utnyttelse av blant annet personell og utstyr, hvilket også betyr en bedre utnyttelse av de økonomiske ressurser. I det følgende foretas en gjennomgang av økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte tiltak.

7.1 Akuttmedisinsk kommunikasjon m.m.

Førstehjelp

Departementet tar sikte på å utvikle førstehjelpprosjektet videre for andre trinn enn 8. klasse i norsk grunnskole. Økonomiske konsekvenser vil avhenge av om finansieringen vil tilligge departementet eller ikke, etter reforhandlinger med de respektive parter ved utgangen av 2001.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Departementet fremmer ingen nye forslag om medisinsk nødmeldetjeneste i meldingen; dermed ingen økonomiske og administrative konsekvenser. Utviklingen av TETRA og et eventuelt fremtidig felles nødnummer vil imidlertid fremtvinge ekstrakostnader, men også muligheter for innsparinger gjennom koordinering av ressurser.

Sjøfartsmedisin

Departementet vil ta initiativ til å koordinere og integrere dagens ordning med Radio Medico i den medisinske nødmeldetjenesten, med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert rådgivningstjeneste til skip. Departementet stiller seg positiv til opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og ser det som naturlig at dette samordnes med rådgivningstjenesten til skip. Fremtidige kostnader avhenger av medfinansiering av andre aktører.

Telemedisin

Departementet vil sette i gang et forprosjekt der Koompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt senter for telemedisin deltar, for å klargjøre i hvilke situasjoner telemedisinske metoder kan brukes innenfor telemedisin. Dette medfører ingen administrative eller økonomiske konsekvenser i denne omgang.

Kompetansekrav for prehospital akuttmedisin

Departementet vil opprette et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin for å styrke kompetansen og koordinere ressurser innen akuttmedisin. De økonomiske kostnadene av dette må utredes, men antas å være i størrelsesordenen 2-3 millioner kroner. Departementet kommer tilbake til dette i ordinær budsjettsammenheng.

Samordning av regelverk og retningslinjer

Departementet vil utarbeide en felles forskrift for prehospital akuttmedisin som omfatter nødmeldetjenesten, legevakt i primærhelsetjenesten, og ambulansetjenesten (inkl. luftambulansetjenesten). Dette vil ikke få særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Forholdet mellom helsetjenesten og redningstjenesten

Lov om helsemessig og sosial beredskap (Ot. prp. nr. 89 (1998-99)) inneholder blant annet krav om samordnet planlegging av beredskapstiltak mellom helse- tjenestens ulike ledd. Dette vil medføre et visst merarbeid med hensyn til å koordinere tjenestene, men samtidig finnes det også muligheter for innsparinger som følge av en mer hensiktsmessig bruk av ressursene.

Departementet vil vurdere om det er behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen ved redningssentralene, samt vurdere gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støtteordninger ved ulykker og katastrofer (Rundskriv I 18/92). Det er ingen økonomiske og administrative konsekvenser forbundet med disse forslagene.

7.2 Akuttberedskap i kommunehelsetjenesten

Organisering av legevakttjenesten

Innføringen av fastlegeordningen, som etter planen skal skje 01.06.2001, vil bedre tilgjengeligheten til lege på dagtid, og dermed redusere presset på legevakt på kveld og natt. Dette forventes å redusere trygdens utgifter til legevakt.

Akuttmedisinsk kompetanse hos leger i legevakt

Departementet anbefaler at den akuttmedisinske kompetanse hos leger i legevakt styrkes gjennom lokale, frivillige tiltak. Dette medfører ingen administrative eller økonomiske konsekvenser.

7.3 Den fylkeskommunale ambulansetjenesten

Bemanning av ambulansebiler

Departementet vil innføre krav i form av forskrift om tomannsbetjening av ambulansebiler som hovedregel. En undersøkelse foretatt av SINTEF Unimed viser at dette allerede er innført i alle bortsett fra fem fylkeskommuner (Hedmark, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland og Finnmark). For disse fylkeskommunene er kostnadene forbundet med en oppgradering beregnet til anslagsvis 55-82 millioner kroner.

Separate beregninger som er gjort i Møre og Romsdal viser at den laveste summen (55 mill. kr.) er den mest realistiske. Adgang til dispensasjon for små tjenester, mot at disse etablerer avtaler om fast ledsagertjeneste med for eksempel sykehjem eller primærhelsetjeneste, vil også kunne redusere kostnadene.

Kompetanse hos ambulanspersonell

Departementet vil stille krav i form av forskrift om at *minst én av* ambulanspersonellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev (jf. det nye ambulansfaget) innen en overgangsordning på seks år. Mer utdanning kan medføre økte lønnskrav, og dermed muligheter for merutgifter til lønn for fylkeskommunene.

Departementet anbefaler at fylkeskommunene, da særlig dem som har ambulansetjenester med stor aktivitet, etablerer en form for videreutdanning av ambulanspersonell. Dette vil medføre merutgifter for de fylkeskommunene som velger å gjøre dette, men kan vanskelig beregnes på grunn av lokale variasjoner.

Responstid

Departementet vil gjøre akuttutvalgets forslag til responstider for ambulansbiler *veiledende* for fylkeskommunene i planlegging av tjenestetilbudet. Dette medfører ingen umiddelbare økonomiske eller administrative konsekvenser.

Samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevakt

Departementet oppfordrer fylkeskommunene til å formalisere samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevakt, for eksempel gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team. Anbefalingen vil kunne få administrative konsekvenser i form av omorganiseringer, noe som igjen kan virke kostnadsbesparende (koordinering av ressurser).

Oppgjørsordning for ambulansetransporter over fylkesgrensene

Departementet understreker at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt, uansett hvor transporten finner sted, og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som ø-hjelp i sykehus i oppholdskommunen. Dette vil ikke få administrative eller økonomiske konsekvenser for fylkeskommunene.

7.4 Luftambulansetjenesten

Organisering av tjenesten

Departementet vil etablere et Statens luftambulanseskontor i Rikstrygdeverket. Fylkeskommunene og andre berørte instanser vil få en sentral koordinator å forholde seg til, noe som vil innebære en administrativ forenkling.

Etablering av et Statens luftambulanseskontor i Rikstrygdeverket vil innebære nye oppgaver og ansvar for etaten. Arbeidet med luftambulanssevirkomhet opptar i dag to årsverk i Rikstrygdeverket. I tillegg trekker man på spesialkompetanse fra så vel offentlige som private virksomheter og annen kompetanse og bistand internt i Rikstrygdeverket. For å ivareta de oppgaver som er skissert under kapittel 5.5 anser departementet det nødvendig å utvide virksomheten i Rikstrygdeverket med ytterligere tre årsverk. Dette vil utgjøre en statlig merutgift på 1-2 millioner kroner.

Basestruktur

Det varsles ingen endringer i basestrukturen; dermed ingen administrative eller økonomiske konsekvenser.

Legebemanning av ambulansefly

Departementet vil gi ambulanseflyene i Tromsø, Brønnøysund og i Ålesund mulighet til å ha med anestesilege ved behov. Statlige merutgifter er beregnet til 4 millioner kroner. Dette vil ikke få administrative konsekvenser for trygdeetaten.

Tilbakeføringsoppdrag

Departementet ønsker at bruken av redningstjenestens helikoptre blant annet til tilbakeføringsoppdrag reduseres. Det vil bli ført drøftelser om dette med Forsvarsdepartementet. Det tas sikte på redusert bruk fra 1000 timer (refusjon for 1999) til 750 timer (2001), noe som vil medføre mindreutgifter for folketrygden på anslagsvis 6 millioner kroner. Dette vil ikke få administrative konsekvenser for trygdeetaten.

7.5 Akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsordninger med primærhelsetjenesten

Departementet oppfordrer fylkeskommuner og kommuner til å etablere felles akuttmottak (FAM) der dette synes formålstjenlig. Her finnes det muligheter for økonomiske innsparinger (koordinering av ressurser).

Departementet utreder muligheten for å inkludere de sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste, og som er del av fylkeskommunens ordinære tilbud av spesialisthelsetjeneste, i ISF-ordningen fra 2001. De økonomiske konsekvensene er uklare og avhengige av avgrensingen i forhold til sykehjem. Departementet vil komme tilbake til saken i ordinær budsjettssammenheng.

Indremedisinsk beredskap

Departementet går ikke inn for prinsipielle endringer når det gjelder indremedisinsk beredskap i sykehusene, men er av den oppfatning at det totale tilbudet må styrkes i takt med økt behov som følge av økningen i antall eldre. Departementet har ingen oversikt over de økonomiske og administrative konsekvensene av en slik styrking, da disse vil avhenge av de regionale helseutvalgenes forslag til nybygging og utvidelse av eksisterende sykehus.

Kirurgisk beredskap

Departementet har stilt krav til de regionale helseutvalg om å gjennomgå dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. I denne sammenheng har departementet særlig pekt på nødvendigheten av å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen, da effekten vil være størst her. Der forholdene ligger til rette for det, kan det for eksempel skilles mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske

beredskap. Gjennom omdisponering av ressurser vil det her være muligheter for fylkeskommunale innsparinger.

Fødselsomsorg

Departementet vil gjøre Helsetilsynets tredeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) fødestuer (minst 40 fødsler per år) *veiledende* planleggingen av fremtidens fødselsomsorg. Departementet anbefaler at fødestuemodellen i sykehus prøves ut ved lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år. Anbefalingene medfører ingen direkte økonomiske konsekvenser, men omdisponeringer innenfor eksisterende rammer.

Helsepersonell

Departementet mener at vaktberedskapen, særlig ved små sykehus, bør kunne rasjonaliseres noe. Det kan for eksempel gjøres ved å begrense bruken av parallelle vaktskift, ikke minst på nattetid. I forbindelse med NRs gjennomgang av spesialistutdanningen, vil departementet be om at det utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grenspesialitetene i en hovedspesialitet. Økonomiske konsekvenser er her vanskelig å beregne, da slike vil avhenge av planene innenfor den enkelte fylkeskommune og helseregion. Det bør imidlertid være muligheter for fylkeskommunale innsparinger.

Kvalitet

Departementet tar i årene fremover sikte på å etablere et sett av nasjonale kvalitetsindikatorer, samt nasjonale medisinske kvalitetsregistre for alle de store fagområdene. Dette vil bli en del av den ordinære budsjettering.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 30. juni 2000 om akuttmedisinsk beredskap blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Vedlegg til kap. 4

1.1 Om ambulansefaget

1.1.1 Grunnkurset

I følge «Studieretning for helse- og sosialfag.» (1993) er grunnkurset normalt ettårig. Det av studieretningsfagene helsefag inneholder modulene forebyggende arbeid, kost- og ernæringslære, hygiene og førstehjelp, samt sosialfag, som består av modulene sosialfag og psykologi. I tillegg kommer de allmenne fag norsk, engelsk, naturfag, kroppsøving og valgfag.

Elevene skal kunne:

- Forklare sammenhengen mellom teori og praktisk handling for de tilstander/situasjoner der førstehjelp skal benyttes.
- Utføre førstehjelp i øvelsessituasjoner.
- Formidle kunnskaper og ferdigheter om førstehjelp til andre.

1.1.2 Videregående kurs (VK1)

I henhold til «Studieregningsfagene i videregående kurs I - Ambulansefaget (1997) er VK1 normalt ettårig. VK1 inneholder studieretningsfagene grunnleggende ambulansemedisin, vitale livsfunksjoner, sykdomslære, akutte tilstander og ambulansetjenestens operative funksjoner, de allmenne fag norsk, engelsk, samfunnslære og kroppsøving, samt valgfag.

I følge læreplanen legges det vekt på:

- Fysisk og psykisk styrke.
- Evne til å vise medmenneskelighet og utvise respekt for andre menneskers egenverd.
- Evne til å ivareta nødvendige sikkerhetsmessige forhold for å skape et akseptabelt sikkerhetsnivå for pasienter og personale.
- Evne til å mestre ulike operative forhold.
- Evne til å tilpasse seg medisinsk faglig veiledning og kontroll.
- Evne til å ta ansvar for egen faglig utvikling.

De allmenne fagene fra grunnkurs og videregående kurs I gir *delkompetanse* i forhold til generell studiekompetanse. For å oppnå generell studiekompetanse kreves kunnskaper tilsvarende et bestemt nivå, eller timeantall, i de felles allmenne fagene (norsk, engelsk, samfunnslære, nyere historie, matematikk, naturfag). For elever som har avsluttet fagopplæringen med fagbrev, oppnås generell studiekompetanse ved å ta de resterende fag.

Felles mål for studieretningsfagene er som følger:

- Kunne bruke utstyret i ambulansetjenesten på en forsvarlig måte.
- Kjenne kravet til delegering fra medisinsk ansvarlig lege og følge kunne følge instruks og motta veiledning fra vedkommende.
- Ha kunnskaper om de vitale livsfunksjonene og kroppens fysiologiske reaksjoner.
- Kunne ivareta pasienters grunnleggende behov for pleie og omsorg og kunne bistå og støtte pasienter og pårørende.
- Kunne tilfredsstille ambulansetjenestens krav til fysisk og psykisk styrke.

- Ha kunnskaper om medikamentlære.
- Kunne undersøke pasienter og kunne utføre en sikker og hensiktsmessig pasienttransport.
- Ha kunnskaper om prehospital håndtering av pasienter.
- Kunne opprettholde en forsvarlig hygiene og kunne ta hensyn til egen og andres helse og sikkerhet og det indre og ytre miljø.
- Ha kunnskaper om internkontroll og kvalitetssikring.
- Kunne følge prosedyrer og kunne bruke behandlingsprotokoller.
- Kunne utføre akuttmedisinske ferdigheter på en trygg og sikker måte.
- Kunne føre nødvendig dokumentasjon og kunne avlegge rapport.
- Kjenne egne muligheter og begrensninger og kunne ta ansvar for egen faglig utvikling.
- Kunne ta ansvar for egen læring.
- Ha kunnskaper om ulike operative forhold.
- Kunne arbeide i team.
- Kunne kommunisere klart og tydelig.

I tillegg er det formulert en rekke mål for de enkelte studieretningsfagene.

1.1.3 Opplæring i bedrift

Det fremgår i «Opplæring i bedrift» (1998) at søkeren normalt må ha bestått VK1 ambulansefag eller tilsvarende for å inngå lærekontrakt. Opplæring i bedrift er vanligvis ett års heltidsopplæring som kombineres med en ett års verdiskapning. Felles mål for opplæring i bedrift er:

- Kunne utføre ambulanseoppdrag på en sikker og forsvarlig måte og kunne følge tjenestens krav til internkontroll og kvalitetssikring.
- Kunne følge instruks om motta veiledning fra medisinsk ansvarlig lege og/eller kollega.
- Kunne utføre livreddende førstehjelp.
- Kunne iverksette prehospital håndtering av pasienter.
- Kunne undersøke og observere pasienter ved hjelp av klinikk og monitorering.
- Kunne bruke verneutstyr på korrekt måte og kunne opprettholde en forsvarlig hygiene.
- Kunne ivareta egen og andres helse og sikkerhet under utførelse av arbeidet og kunne følge ergonomiske prinsipper for å forebygge belastningslidelser eller helseskader.
- Kunne arbeide på en måte som tar hensyn til miljøet.
- Kunne bruke ulike kartverk og navigasjonsmidler for å finne frem til sykdoms-/skadested.
- Vise evne til å kommunisere med pasienter og pårørende og kunne innhente relevante opplysninger.
- Kunne anvende teoretiske kunnskaper i praksis.
- Kunne rapportere skriftlig og muntlig om gjennomførte arbeidsoppgaver og kunne føre nødvendig dokumentasjon.
- Kunne arbeide selvstendig, ansvarlig og planmessig.
- Kunne kommunisere og samarbeide med andre yrkesgrupper.
- På bakgrunn av kristne og humanistiske verdier kunne vis en adferd som fremmer likeverd og likestilling.
- Vise respekt for mennesker i ulike livsfaser og livsforhold og for mennesker med ulik kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status.

- Kunne følge gjeldene faglige, etiske og juridiske retningslinjer, herunder overholde taushetsplikten.
- Kunne vurdere kvaliteten på eget arbeid og kunne utvikle yrkesidentitet.
- Kunne håndtere medikamenter i samsvar med lover, forskrifter og tjenesteinstruks.
- Kunne ta ansvar for egen læring.
- Kjenne fagets tradisjoner, egenart og fremtidige utviklingsmuligheter.
- Kjenne ambulansetjenestens betydning i samfunnet.
- Ha kunnskaper om bedriftens oppgaver lokalt, nasjonalt og eventuelt internasjonalt.
- Kjenne egen plassering og funksjon i tjenesten og kunne forstå når annen kompetanse er nødvendig.
- Kunne bruke tilgjengelig informasjonsteknologi.

I tillegg finnes en rekke delmål innenfor modulene pleie- og omsorgstiltak, hygiene og håndtering av medikamenter, prehospital håndtering og operative funksjoner, kjøreteknikk og bedriftslære.

1.1.4 Fagprøven

I henhold til Retningslinjer for den praktiske delen av fagprøven (1998) skal en del av denne gjennomføres på prøvestasjon og en del i virksomheten der kandidaten har fått hovedvekten av sin opplæring/praksis. Fagprøven skal normalt gjennomføres innenfor en tidsramme på tre vanlige arbeidsdager, og prøvenemnda har ansvar for at den gjennomføres i tråd med retningslinjene.

Fagprøven består av en planleggingsdel, en gjennomføringsdel og en dokumentasjonsdel. Alle mål i læreplanen for opplæring i bedrift for ambulansesfaget kan være gjenstand for prøving. Følgende sentrale områder av faget skal inngå i fagprøven:

- kommunikasjon, samarbeid og omsorg
- undersøkelsesmetodikk
- pasientbehandling
- overvåkningstiltak
- kontroll, klargjøring og bruk av utstyr
- helse-, miljø- og sikkerhet
- rapportering

I den delen av fagprøven som legges til prøvestasjon skal kandidaten prøves i forhold til prehospital håndtering av følgende tilstander:

- Den livløse pasient
- Den bevisstløse pasient
- Den alvorlig syke pasient
- Den traumatiserte pasient

Tabell 1.1: Antall ambulansebiler, bårebiler og ambulansebåter etter fylke. 1996-1998

	Ambulansebiler			Bårebiler			Ambulansebåter		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Østfold	12	14	25	1	1	2	-	-	-
Akershus	22	22	21	-	-	-	1	1	-
Oslo	25	25	23	-	-	-	1	-	1
Hedmark	28	27	26	-	-	-	-	-	-
Oppland	37	37	37	-	-	-	-	-	-
Buskerud	33	33	33	-	-	-	-	-	-
Vestfold	15	11	11	-	-	-	-	-	-
Telemark	25	25	25	-	-	-	1	1	1
Aust-Agder	19	19	19	-	-	-	4	4	4
Vest-Agder	15	16	16	-	-	-	-	-	-
Rogaland	29	29	36	11	12	12	3	3	2
Hordaland	58	57	52	2	3				
Sogn og Fjordane	45	45	46	5	2	2	7	7	7
Møre og Romsdal	43	48	47	6	6	6	6	6	5
Sør-Trøndelag	30	30	29	-	-	-	1	1	1
Nord-Trøndelag	23	23	23	-	-	-	-	-	-
Nordland	55	58	63	8	9	9	14	14	14
Troms	40	40	40	5	5	5	4	4	4
Finnmark	32	32	32	-	-	-	3	5	5
Totalt	586	592	604	38	38	36	48	48	47

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 1999

Tabell 1.2: Antall ambulanserbiler, oppdrag og kjørte kilometer. Totalt og per innbygger, etter fylke. 1998.

	Antall amb.biler	Antall oppdrag	Antall kjørte km.	Antall opp- drag per bil	Antall km. per bil	Antall km. per oppdrag	Antall amb.biler per 100 000 innb.	Antall oppdrag per 1000 innb.
Østfold	25	23 101	978 201	924	39 128	42	10	94
Akers- hus	21	31 911	1 540 188	1 520	73 342	48	5	69
Oslo	23	44 248	875 000	1 924	38 043	20	5	88
Hed- mark	26	17 393	1 412 419	669	54 324	81	14	93
Oppland	37	14 067	1 631 443	380	44 093	116	20	77
Buske- rud	33	23 078	1 502 050	699	45 517	65	14	98
Vestfold	11	14 306	561 103	1 301	51 009	39	5	68
Tele- mark	25	17 183	992 189	687	39 688	58	15	104
Aust- Agder	19	8 319	720 996	438	37 947	87	19	82
Vest- Agder	16	10 500	699 317	656	43 707	67	10	68
Roga- land	36	27 683	1 036 413	769	28 789	37	10	75
Horda- land	52	47 824	2 090 351	920	40 199	44	12	111
Sogn og Fjordane	46	10 027	1 288 902	218	28 020	129	43	93
Møre og Romsdal	47	20 073	1 531 067	427	32 576	76	19	83
Sør- Trønde- lag	29	19 559	1 346 535	674	46 432	69	11	75
Nord- Trønde- lag	23	10 032	1 080 066	436	46 959	108	18	79
Nord- land	63	24 000	2 050 000	381	32 540	85	26	101
Troms	40	15 864	1 750 963	397	43 774	110	27	106
Finn- mark	32	11 935	1 171 739	373	36 617	98	43	161
Totalt	604	391 103	24 258 942	648	40 164	62	14	88

Kilde: Statistisk sentralbyrå 1999

Vedlegg 2

Vedlegg til kap. 6

Tabell 2.1: Antall innleggelser per fylkeskommune fordelt på kategoriene ø-hjelp og elektiv. 1997 og 1998

	Elektiv 1998	Ø-hjelp 1998	Elektiv 1997	Ø-hjelp 1997
Østfold	15 161	24 525	12 811	23 308
Akershus	19 895	34 789	19 113	33 468
Oslo	19 728	42 493	20 214	39 750
Hedmark	9 428	18 720	9 828	18 385
Oppland	10 918	17 288	11 497	16 552
Buskerud	10 963	21 174	10 930	20 344
Vestfold	12 022	17 786	11 467	17 061
Telemark	10 466	15 230	10 222	13 927
Aust-Agder	5 357	9 344	5 795	8 971
Vest-Agder	8 584	14 035	8 729	13 476
Rogaland	14 844	30 987	13 877	29 904
Hordaland	16 563	42 600	17 146	40 575
Sogn og Fjordane	7 596	10 913	7 601	9 953
Møre og Romsdal	13 764	21 696	14 010	20 725
Sør-Trøndelag	11 048	23 433	10 569	22 725
Nord-Trøndelag	6 131	12 099	6 831	11 566
Nordland	14 273	24 374	15 901	23 078
Troms	8 612	11 743	8 651	11 312
Finnmark	4 967	6 852	4 961	6 835
Total	220 320	400 081	220 153	381 915

Kilde: SINTEF Unimed 1999

Tabell 2.2: De tyve vanligste innleggelsesdiagnoser fra primærlege fordelt på aldersgrupper (N=32 606)

61-70 år		71-80 år		81-90 år		>90 år	
Innleggelsesdiag-nose	Ant. per 100 000 innb. per år	Innleggelsesdiag-nose	Ant. per 100 000 innb. per år	Innleggelsesdiag-nose	Ant. per 100 000 innb. per år	Innleggelsesdiag-nose	Ant. per 100 000 innb. per år
Brystsmerter	141	Brystsmerter	203	Brystsmerter	135	Lårhalsbrudd	32
Magesmerter	52	Hjerneslag, Hjernedrypp	160	Hjerneslag, Hjernedrypp	112	Lungebetennelse	18
Hjerneslag, Hjernedrypp	50	Lungebetennelse	96	Lårhalsbrudd	108	Hjerneslag, Hjernedrypp	13
Lungebetennelse	41	Lårhalsbrudd	80	Lungebetennelse	90	Brystsmerter	11
Truende hjerteinfarkt	30	Magesmerter	79	Hjertesvikt	75	Hjertesvikt	10
Hjerteinfarkt	28	Hjertesvikt	74	Magesmerter	43	Lav blodprosent	8
Hjertesvikt	28	Hjerteinfarkt	52	Tungpussten	35	Magesmerter	7
Overflytting av behandlet pasient	27	Tungpussten	47	Hjerteinfarkt	34	Tungpussten	6
Astma	24	Truende hjerteinfarkt	44	Besvimelse	33	Blodproppi leggen	4
Kronisk lungelidelse	24	Besvimelse	42	Nedsatt allmenntilstand	29	Besvimelse	4
Lårhalsbrudd	23	Astma	40	Lav blodprosent	24	Tarmslyng	4
Tungpussten	21	Kronisk lungelidelse	37	Blodproppi leggen	23	Hjerteinfarkt	3
Hjerteflimmer	17	Blodproppi leggen	34	Truende hjerteinfarkt	22	Sosial isolasjon	3
Blodproppi leggen	15	Hjerteflimmer	30	Hjerteflimmer	18	Blodig oppkast	3
Lungekreft	15	Nedsatt allmenntilstand	28	Astma	16	Vannlaatings problemer	3
Besvimelse	15	Overflytting av behandlet pasient	25	Blodig oppkast	16	Blod i avføring	2
Hjertekrampe	13	Diagnose ikke angitt	23	Hjertekrampe	14	Nedsatt allmenntilstand	2

Tabell 2.2: De tyve vanligste innleggelsesdiagnoser fra primærlege fordelt på aldersgrupper (N=32 606)

Nedsatt allmenntilstand	12	Hjertekrampe	21	Tarmslyng	14	Uttørring	2
Tarmslyng	12	Tarmslyng	21	Kronisk lungelidelse	12	Lårbrudd	2
Feber	10	Diagnose ikke angitt	19	Diagnose ikke angitt	12	Blodpropp i leggen	2

Kilde: NOU 1998:9 s. 106-107

Tabell 2.3: Prosentvis endring av forskjellige sykdommer fram til 2030

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Menn							
Aldersdemens	0	4,7	7,0	12,8	28,2	53,4	78,8
Blodtrykk	0	-0,7	6,7	25,4	42,6	57,9	70,2
Slag	0	-2,5	5,1	23,4	46,7	58,4	69,2
Hjertesvikt	0	3,4	10,4	24,0	39,9	58,8	78,9
Diabetes	0	1,6	7,4	22,3	38,3	57,4	74,1
Kreft	0	0,7	6,5	21,5	38,5	56,5	72,4
Leddgikt	0	5,5	17,3	29,5	44,5	59,2	74,9
Lårhalsbrudd	0	7,0	14,6	25,9	40,1	59,4	86,2
Hofteproteser	0	-1,1	5,5	23,5	40,3	56,7	68,4
Kvinner							
Aldersdemens	0	6,0	9,9	11,8	16,4	27,9	44,2
Blodtrykk	0	-2,1	-0,2	9,4	21,0	32,7	43,2
Slag	0	-2,7	2,4	12,8	26,7	34,4	42,8
Hjertesvikt	0	3,3	6,6	12,3	19,6	30,6	44,9
Diabetes	0	-0,3	1,1	8,3	18,2	30,1	42,6
Kreft	0	-0,7	1,3	9,6	19,4	31,4	43,4
Leddgikt	0	2,4	10,4	18,3	28,1	38,2	49,1
Lårhalsbrudd	0	4,0	6,9	10,6	16,5	27,6	43,3
Hofteproteser	0	-4,2	-2,9	8,5	21,4	34,0	42,8

Kilde: Statens helsetilsyn: «Scenario 2030-Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030» 1999

Tabell 2.4: De vanligste ø-hjelps operasjoner fordelt på opptaksområder (N=7 100)

Opptaksomr. <40 000 innb. (sykehus: 15, befolkning: 375 966)		Opptaksomr. 40 000-70 000 innb. (Sykehus: 9, Befolkning: 450 156)		Opptaksomr. 40 000-70 000 innb. (Sykehus: 9, Befolkning: 450 156)	
Operasjonsgr.	Ant. Inngrep per 100 000 innb. per år	Operasjonsgr.	Ant. Inngrep per 100 000 innb. per år	Operasjonsgr.	Ant. Inngrep per 100 000 innb. per år
Bruddbehandling med plate, skrue	285	Bruddbehandling med plate, skrue	263	Bruddbehandling med plate, skrue	346
Utskraping etter spontan abort	128	Utskraping etter spontan abort	150	Utskraping etter spontan abort	116
Fjerning av blindtarm	97	Annen bruddbehandling	136	Keisersnitt	101
Annen bruddbehandling	94	Keisersnitt	99	Fjerning av blindtarm	99
Keisersnitt	76	Fjerning av blindtarm	96	Annen bruddbehandling	81
Sying av sår	64	Revisjon av sår	71	Revisjon av sår	62
Revisjon av sår	56	Kikkertundersøkelse av bukhulen	45	Eksplorativt inngrep i buken	58
Oppretting av luksert ledd	48	Kikkertundersøkelse av endetarm	39	Kikkertundersøkelse av endetarm	38
Kikkertundersøkelse av urinblære	45	Drenering av puss fra sår	36	Drenering av puss fra sår	34
Gipsing av brudd	45	Oppretting av luksert ledd	36	Kikkertundersøkelse av magesekk	34
Oppretting av brudd i underarm	48	Eksplorativt inngrep i buken	36	Sying av sår	27
Drenering av puss fra sår	34	Innleggelse av dren i brysthulen	34	Oppretting av luksert ledd	25
Kikkertundersøkelse av bukhulen	32	Sying av sår	34	Kikkertundersøkelse av bukhulen	25
Eksplorativt inngrep i buken	30	Kikkertundersøkelse av urinblære	28	Innleggelse av dren i brysthulen	24
Innleggelse av dren i brysthulen	29	Kikkertinnngrep i ledd	27	Sying av sene på fot	22
Utskraping av livmor	28	Oppretting av brudd i underarm	25	Sying av sene på arm/hånd	21

Tabell 2.4: De vanligste ø-hjelps operasjoner fordelt på opptaksområder (N=7 100)

Gynekologisk undersøkelse	22	Gipsing av brudd	23	Kikkertinngrep i ledd	20
Innlegging av pacemaker	21	Sying av sene på fot	20	Utskraping av livmor	19
Tapping av væske fra bukhulen	20	Inngrep for tarmslyng	20	Inngrep for tarmslyng	17
Kikkertundersøkelse av magesekk	20	Drenering av byll ved endetarmsåpning	19	Oppretting av brudd i underarm	16

Kilde: NOU 1998:9 s. 108
