

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 13/4124
Vår ref.: 15/13585-5
Saksbehandler: Bjørn Jamtli
Dato: 16.03.2016

Hørings svar - NOU 2015:17 Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 21. desember 2015.

Innledningsvis vil vi bemerke at vi i all hovedsak støtter utvalgets vurderinger og forslag til tiltak for å styrke det akuttmedisinske tjenestetilbudet utenfor sykehus.

Helsedirektoratets hørings svar er flerdelt. Først presenterer vi en oppsummering av våre viktigste merknader til utvalgets innstilling. Deretter følger en nærmere gjennomgang og begrunnelse av våre vurderinger. På to områder har vi funnet det nødvendig å utdype våre vurderinger nærmere. Dette søkes ivare tatt gjennom to vedlegg til hørings svaret.

Del 1 – oppsummering

- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om økt innsats for kunnskapsspredning og undervisning om hjerneslag til befolkningen. Vi mener dette er særlig viktig fordi hjerneslag i motsetning til andre tidskritiske tilstander kan ha et noe mer diffust forløp som medfører at publikum avventer å kontakte helsetjenesten.
- Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering av at befolkningen er en viktig ressurs for å øke overlevelsen og begrense helseskader ved akutt sykdom eller skade og støtter utvalgets forslag om å etablere en nasjonal førstehjelpsstrategi. Vi savner imidlertid en strategi for hvordan man kan sikre at førstehjelpskunnskaper også kan ivaretas for den voksne delen av befolkningen.
- Helsedirektoratet vurderer at utvikling og implementering av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er et svært viktig virkemiddel for å bygge ned de ulemper som ansvarsdelingen mellom helseforetak og kommuner medfører for det akuttmedisinske tjenestetilbudet utenfor sykehus.

Helsedirektoratet

Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

Bjørn Jamtli, tlf.: 24163394

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag til styrking av akutttilbudet til pasienter med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer, men har enkelte merknader til utvalgets faktagrunnlag.
- Helsedirektoratet savner en diskusjon av hvordan akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kan ha en mer aktiv rolle i arbeidet med å forebygge alvorlig sykdom og skader.
- Helsedirektoratet savner en nærmere beskrivelse og vurdering av samarbeidet mellom de tre nødetatene når det gjelder håndtering av alvorlige hendelser utenfor sykehus.
- Helsedirektoratet savner en vurdering av hvordan den akuttmedisinske kjeden kan nyttiggjøre seg det mulighetsrommet som velferdsteknologiske løsninger vil kunne gi.
- Helsedirektoratet foreslår at det nedsettes et utvalg som gis i mandat å foreta en bredere utredning av de frivillige organisasjonenes rolle.
- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om å etablere en 3-årig bachelor-utdanning for ambulanspersonell. Vi mener samtidig at det er behov for å gjennomgå – og tilpasse dagens ambulansarbeiderutdanning i videregående skole slik at denne utdanningen korresponderer bedre med utfordringsbildet og kravet til faglig forsvarlighet i tjenesten.
- Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering av at det er behov for en tydeliggjøring av hvilken myndighet AMK-sentralene har til å lede gjennomføringen av oppdrag og aksjoner og at det utvikles en veileder for AMK-sentraler. En slik veileder i tillegg kan klargjøre R-AMK funksjonen, oppstille krav til rekvirering og koordinering av luftambulansetjenesteressurser og klargjøre AMK-sentralenes myndighet til å lede oppdrag og aksjoner.
- Helsedirektoratet vurderer at helseforetakene bør gis i oppdrag å utvikle modeller for hvordan AMK-sentralene på en mer effektiv måte kan håndtere bestilte pasienttransportoppdrag. Slike modeller vurderes å være særlig aktuelle i større byer og tettsteder med høyt oppdragsvolum.
- Helsedirektoratet anser at det er nødvendig med en nærmere beskrivelse og analyse av AMK-sentralenes organisering og oppgaveløsning. Vi legger til grunn at dette ivaretas av den departementsoppnevnte arbeidsgruppen for «*Optimal organisering av medisinsk nødmeldetjeneste med hovedvekt på AMK-sentraler*».
- Helsedirektoratet anser at det bør utvikles modeller for samarbeid mellom kommuner og helseforetak om å bemanne og drifte ambulanser. Modellene bør legge opp til at ambulansen i tillegg til å utøve rene ambulansoppdrag også tar del i kommunehelse-

tjenestens øvrige oppgaver. Slike modeller vurderes å være særlig aktuelle i distriktene hvor deler av tjenesten kjennetegnes av et lavt oppdragsvolum.

- Helsedirektoratet støtter forslaget om en gjennomgang av luftambulansetjenestens kapasitet og basestruktur. Vi mener også at det er behov for å se nærmere på hvordan luftambulansetjenesten bidrar til å sikre at sentrale helsepolitiske mål som at alle innbyggere skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet uavhengig av bosted, alder, funksjonsnivå osv., oppfylles.
- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om å innføre nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevaktjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i retningslinjer eller veileder fra Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet vil anbefale at det settes i gang et arbeid sammen med KS og Den norske legeforening for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid, samt tilpasse fastlegens legevaktarbeid innenfor normal ukentlig arbeidstid.
- Helsedirektoratet støtter forslaget om at departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt.
- Helsedirektoratet støtter forslaget om at alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene.

Del 2 - kommentarer til de ulike deler av innstillingen

Kapittel 1 Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte

Helsedirektoratet har ingen vesentlige merknader til innholdet i dette kapitlet. Vi merker oss imidlertid at utvalget ikke har hatt representanter for medisinsk nødmeldetjeneste, og anser at dette kan være egnet til å svekke legitimiteten til utvalgets faglige anbefalinger på dette området.

Kapittel 3 Verdier og mulighetsrom

Helsedirektoratet har ingen merknader til dette kapitlet.

Kapittel 4 Strukturer og utviklingstrekk

Under pkt. 4.1 til 4.4 gir utvalget en kort beskrivelse av gjeldende lovverk, oppstilling av ulike deler av den sentrale helseforvaltning med tilhørende ansvar og oppgaver, og peker på ulikheter ved styringen av de prehospitale tjenestene i hhv. primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalgets fremstilling gir etter vår vurdering et noe fragmentert bilde av hvordan sentrale helsemyndigheter utøver sin styring av prehospitale tjenester.

Akuttmedisinforskriften er unik ved at den oppstiller spesifikke minimumskrav til kompetanse, organisering osv. for de prehospitale tjenestene. Tilsvarende forskriftsregulering finnes ikke i noen annen del av helsetjenesten. Uavhengig av de krav som fremgår av akuttmedisin-forskriften gjelder også det generelle forsvarlighetskravet for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Statens helsetilsyn har gjennom de siste 10-15 år behandlet en rekke tilsynssaker mot legevakt, AMK og ambulansetjenesten som har operasjonalisert og konkretisert dette generelle forsvarlighetskravet. Dette gjelder bl.a. krav til bemanning og kompetanse i bilambulanser¹, krav til minimumsbemanning av AMK-sentraler² og AMK-svartid.³

Når det gjelder utvalgets beskrivelse av viktige samfunnstrekk (pkt. 4.5) gir dette en kortfattet beskrivelse av enkelte utviklingstrekk. Beskrivelsen fremstår som nyttig, men det er samtidig noe utfordrende å se sammenhengen med øvrige kapitler i utredningen. Eksempelvis er det her vist til en økning i antall henvendelser om psykisk sykdom og rus til AMK-sentralene som ikke er drøftet nærmere i kapitlet om medisinsk nødmeldetjeneste (kap.9).

Pkt. 4.6.3 om forebygging og folkehelse fremstår som svært generelt. Helsedirektoratet savner bl.a. en problematisering og konkretisering av hvordan akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kan ha en mer aktiv rolle i forebygging av alvorlig sykdom og skader. Vi har utdypet dette nærmere i vedlegg 1.

Velferdsteknologiske løsninger er etter vår vurdering diskutert noe overfladisk i kapittel 4 og 9. Til dette vil Helsedirektoratet bemerke følgende:

¹ [Påleggssak mot Finnmark fylkeskommune, Statens helsetilsyn 2001](#)

² [Tilsynssak mot Nordlandssykehuset HF, Statens helsetilsyn 2005](#)

³ [Påleggssak mot Oslo Universitetssykehus HF, AMK- Oslo og Akershus, Statens helsetilsyn 2013](#)

Velferdsteknologiske løsninger må forventes å bli en viktig del av helse- og omsorgstjenestetilbudet fremover. Økt bruk av velferdsteknologiske løsninger vil kunne gi tilgang til viktig medisinsk informasjon, som kan understøtte kliniske vurderinger i den akuttmedisinske kjeden. Vi savner en vurdering av hvordan den akuttmedisinske kjeden kan nyttiggjøre seg det mulighetsrommet som velferdsteknologiske løsninger vil kunne gi. Dette omfatter både informasjon som kan gi bedre beslutningsgrunnlag, men også muligheter for å kommunisere med befolkningen via lyd, bilde og video. Det etterlyses også vurderinger av hvilken plass den akuttmedisinske kjeden bør ha i utbredelsen av velferdsteknologiske løsninger. Videre må det forventes at den akuttmedisinske kjeden tilpasser seg den nasjonale arkitekturen og infrastrukturen som nå etableres for velferdsteknologiområdet.

Kapittel 5 Felles utfordringer

Samarbeidet mellom helsetjenesten og de øvrige nødetatene (brann og politi) har vært gjenstand for betydelig kritikk, bl.a. etter hendelsene 22. juli 2011. Både i tiden før og etter 22. juli har det foregått en betydelig diskusjon om virkemidler for å bedre dette samarbeidet. På denne bakgrunn savner Helsedirektoratet en nærmere beskrivelse og vurdering av hvordan prehospitale tjenester samarbeider og samhandler med de øvrige nødetatene.

Helsedirektoratet vurderer at utvikling og implementering av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er et svært viktig virkemiddel for å bygge ned de ulemper som ansvarsdelingen mellom helseforetak og kommuner medfører for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Vi støtter derfor utvalgets forslag om å revitalisere og utvikle slike samarbeidsavtaler. Et hovedanliggende vil være å konkretisere og operasjonalisere innholdet i slike avtaler.

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om at de regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt lederorgan for prehospitale tjenester for å sikre større grad av standardisering og samordning på regionalt og nasjonalt nivå. Det vises i den sammenheng til den samarbeidsmodellen som er etablert for statens luftambulansetjeneste.

Helsedirektoratet deler utvalgets vurdering av at tilsyn kan benyttes som et virkemiddel for å sikre utvikling og implementering av helsepolitiske beslutninger. Samtidig er vi usikre på om det normative grunnlaget for å føre tilsyn med samhandlingen rundt tjenesteavtale 11 om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er tilstrekkelig utviklet til at dette egner seg for landsomfattende tilsyn.

Utvalgets rapport underbygger direktoratets oppfatning av at den pågående sentraliseringen av både ambulansetjeneste og legevaktjeneste uten felles planlegging og risikovurdering er svært uheldig for det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen. Helsedirektoratet vurderer derfor at forslaget om at alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser som svært viktig for å sikre et forsvarlig akuttmedisinsk tilbud til befolkningen.

Helsedirektoratet støtter forslaget om at det satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og mener dette må gis høy prioritet i det videre arbeidet med å styrke det akuttmedisinske tilbudet.

Kapittel 6 Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap

Helsedirektoratet deler utvalgets vurdering av betydningen av frivillige organisasjoner og de frivilliges viktige rolle som supplement til den offentlige akuttmedisinske beredskapen. Samtidig er det klart at de frivillige også har en viktig rolle i øvrige deler av redningstjenesten og landets samlede beredskap for å håndtere større hendelser. Utvalget peker på en rekke relevante forhold knyttet til behov for avklaringer om de frivilliges rolle, ansvar, finansiering osv. Vi deler utvalgets oppfatning av at det er behov for å styrke og formalisere samarbeidet mellom kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Samtidig er det vår oppfatning at de frivilliges rolle bør sees i et bredere perspektiv. Vi foreslår derfor at det nedsettes et utvalg som gis i mandat å foreta en bredere utredning av de frivillige organisasjonenes rolle. I tillegg til representanter fra helsetjenesten og de frivillige organisasjonene bør utvalget også bestå av representanter fra politi, brann- og redningstjenesten, Hovedredningsentralene og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Uavhengig av behovet for en nærmere utredning av de frivillige organisasjonenes rolle, støtter vi utvalgets forslag om at de må utarbeides nærmere retningslinjer for akutthjelpere. Vi ser det som naturlig at denne oppgaven ivaretas av Helsedirektoratet.

Tilsvarende mener vi at opplæring i førstehjelp og livreddende prosedyrer bør være en prioritert oppgave for frivillige organisasjoner. Vi vil likevel ikke anbefale at det gis noen form for nasjonal «godkjenning» av førstehjelpere (pkt. 6.3.). Det kan lett oppstå misforståelser hvis personell fra frivillige organisasjoner opptrer med noe som kan forveksles med offentlig autorisasjon som helsepersonell.

Kapittel 7 Kvalitet og pasientsikkerhet

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om å styrke innsatsen innen analyse, forskning og utviklingsarbeid innen akuttmedisin utenfor sykehus. Vi mener de regionale helseforetakene må ha en sentral rolle i å sikre nødvendig kapasitet og finansiering av eksisterende kompetansemiljøer innen spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer bør også prioriteres.

En viktig forutsetning for å drive analyse, forskning og utviklingsarbeid innen akuttmedisin utenfor sykehus er at det foreligger pålitelige data fra tjenestene. Vi støtter derfor utvalgets vurdering av at det er påtrengende behov for en nasjonal elektronisk pasientjournal i alle ledd av den akuttmedisinske kjede. Det vises i den sammenheng til at det per i dag ikke foreligger nasjonale data fra ambulansetjenesten og at datagrunnlaget fra legevakt og legevaktssentraler er svært mangelfullt.

Kapittel 8 Strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp

Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering av at befolkningen er en viktig ressurs for å øke overlevelsen og begrense helseskader ved akutt sykdom eller skade. Vi støtter derfor utvalgets forslag om å etablere en nasjonal førstehjelpsstrategi for å sikre livslang læring i livreddende førstehjelp.

Utvalgets forslag om styrking og konkretisering av læreplaner i grunnskolen og videregående skoler vurderes som hensiktsmessig. Vi savner imidlertid en strategi for hvordan man kan sikre at førstehjelpskunnskaper også kan ivaretas for den voksne delen av befolkningen.

Eksempelvis mener vi at arbeidsgiver på samme måte som for brannvernområdet bør gis et ansvar for å sikre ansatte tilgang til grunnleggende førstehjelp. På samme måte som krav til brannøvelse bør det også innføres plikt til å gjennomføre førstehjelpsøvelser i bedrifter.

Utvalget har foreslått at Helsedirektoratet bør få ansvar for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for førstehjelp. Dette ut fra en vurdering av at det er behov for å forbedre kvaliteten i førstehjelpsopplæringen og skille den normative funksjonen Norsk førstehjelpsråd og Norsk resuscitasjonsråd har hatt i forhold til det faglige innholdet i førstehjelpsopplæringen fra den kommersielle interessen disse har for å utvikle lisensierte produkter som kan begrense arbeidet med å spre kunnskap. Helsedirektoratet ser det som formålstjenlig å ha en nærmere dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan dette arbeidet best kan tilrettelegges.

Kapittel 9 Medisinsk nødmeldetjeneste

Legevaktsentralene:

Helsedirektoratet støtter forslaget om at tekniske muligheter bør tas i bruk for å korte ned svartiden i legevaktsentralene, og mener at dette bl.a. kan løses slik som utvalget peker på gjennom felles nettverk og virtuelle løsninger.

Vi viser for øvrig til våre anbefalinger i vårt «*Drøftingsnotat om fremtidens legevaktsentraler*» jf. brev av 15. september 2015 til Akuttutvalget.

AMK-sentralene.

Utvalget redegjør for mange relevante sider ved AMK-sentralenes funksjoner og utfordringer. Helsedirektoratet har forståelse for at utvalget har vektlagt at andre pågående arbeider vil avklare flere sider ved AMK-sentralenes utfordringsbilde, men finner likevel grunn til å bemerke følgende:

Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering av behovet for å styrke AMK-operatørens kompetanse og sikre tilgang til nødvendig akuttpsykiatrisk og medisinsk, inkludert rusmedisinsk, fagkompetanse i AMK-sentralene. Det vises i den sammenheng til Helsedirektoratets rapport om utviklingstrekk frem mot 2030.⁴ Fra denne rapporten hitsettes:

... faktorer som befolkningsutvikling, endret sykelighet, ny medisinsk kunnskap og teknologi, nye metoder for diagnostikk og behandling, samt betydelige strukturendringer i den offentlige helsetjenesten, trolig vil medføre betydelig økning i antallet henvendelser til helsetjenesten om akuttmedisinske tilstander. AMK- og legevaktsentraler har og vil trolig også få en enda mer sentral rolle i forhold til å

⁴ Helsedirektoratet. (2014). Mot 2030 – en trendanalyse av utviklingstrekk som påvirker medisinsk nødmeldetjeneste.

håndtere slike henvendelser. Sammenholdt med utviklingen av mer differensiert velferdstilbud, omsorgs- og helsetjeneste-tilbud og helsetjenestetilbud vil dette kreve en styrking av AMK- og legevakt-sentralene vurderings-, koordinerings- og silingsfunksjon. Helseledelsen mener dette bør ivaretas gjennom å styrke AMK- og LV-operatørens helsefaglige kompetanse, sikre bedre medisinsk faglig involvering og samtidig utvikle og implementere bedre beslutningsstøtteverktøy.

Under pkt. 9.5 om ledelse og samarbeid, har utvalget uttalt at akuttmedisinforskriften krever at AMK-sentralene skal iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag uten at dette er fulgt opp med en tilstrekkelig tydeliggjøring av hvilken myndighet AMK-sentralene har til å lede gjennomføringen av oppdrag og aksjoner.

Helseledelsen deler utvalgets vurdering på dette punkt. Vi mener en slik klargjøring bør inngå i en fremtidig veileder for AMK-sentraler. En slik veileder vil bl.a. ta utgangspunkt i gjeldende regelverk på området. Nåværende akuttmedisinforskrift inneholder ikke bestemmelser om dette. I forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (FOR 2005-03-18 nr. 252), som nå er opphevet, var det presisert at AMK-sentralene skulle «styre og koordinere ambulansoppdrag (§ 9 bokstav c). Helseledelsen mener det bør vurderes å ta inn en tilsvarende presisering i akuttmedisinforskriften.

Gjennom det pågående arbeidet i den departementsoppnevnte arbeidsgruppen for «*Optimal organisering av medisinsk nødmeldetjeneste med hovedvekt på AMK-sentraler*» har Helseledelsen identifisert noen viktige ulikheter i AMK-sentralenes organisering og oppgaveløsning. Det eksisterer i dag to hovedmodeller:

Modell 1:

AMK – sentralen mottar medisinske nødmeldinger, vurderer og iverksetter akuttmedisinsk respons, samt gir innringer råd om livreddende førstehjelpstiltak som f.eks. frie luftveier og HLR osv. Etter at oppdraget er gitt til ambulans, luftambulans eller legevakt og dialogen med innringer er avsluttet, har AMK-sentralen liten eller ingen befattning med den videre håndteringen av oppdraget. Dialog mellom utrykkende enhet og sykehus/lege skjer i stor grad direkte uten at AMK er involvert. Modell 1 vurderes å være implementert i Helse Sør-Øst.

Modell 2:

AMK – sentralen mottar medisinske nødmeldinger, vurderer og iverksetter akuttmedisinsk respons, samt gir innringer råd om livreddende førstehjelpstiltak. AMK-sentralen følger oppdraget helt frem til levering av pasient i sykehus. Dialogen mellom utrykkende enhet og sykehus/lege skjer via AMK-sentralen som bl.a. avklarer leveringssted, melder inn vitale parameter for pasienten og andre relevante opplysninger til mottakende sykehus. Modell 2 er for en stor del implementert i øvrige deler av landet.

Helseledelsen legger til grunn at den departementsoppnevnte arbeidsgruppen for «*Optimal organisering av medisinsk nødmeldetjeneste med hovedvekt på AMK-sentraler*» skal gi råd om AMK-sentralenes fremtidig organisering. Arbeidsgruppen skal levere sin innstilling 16. august 2016 og vil gi en langt mer utdypende vurdering av ulike organisasjonsformer. Helseledelsen vil imidlertid påpeke følgende:

Gjennom det pågående arbeidet med å utvikle en veileder for organisering av helsetjenesteinnsatsen ved større hendelser (et oppfølgingspunkt etter 22. juli – hendelsene), har Helsedirektoratet sett at modell 2 innebærer en betydelig sårbarhet ved større hendelser dersom man skal forfølge likhetsprinsippet, dvs. at større hendelser skal håndteres i tråd med hvordan man håndterer ordinære hendelser.

Akuttmedisinforskriften krever at 90 prosent av alle henvendelser til medisinsk nødnummer 113 skal besvares innen 10 sekunder. Vi merker oss at utvalget under pkt. 7.9 (s. 69) har uttalt at man finner det uheldig å forskriftsfeste denne typen spesifikke krav da dette kan dreie oppmerksomheten mot ett spesielt tidsintervall. Helsedirektoratet anser at kort svartid i medisinsk nødmeldetjeneste er en viktig kvalitet for befolkningen. Dette ut fra en vurdering av raske og kvalifiserte svar ved henvendelser om medisinsk nødhjelp innebærer en viktig trygghet for befolkningen. Av hensyn til utfallet for pasienten anser vi det videre som viktig at AMK-sentralene kan foreta raske avklaringer om tidskritiske tilstander som f.eks. hjertestans, alvorlige traumer, hjerteinfarkt og hjerneslag.

Helsedirektoratet anser det som viktig å avklare hvordan AMK-modellene påvirker AMK-svartid. Tallene utvalget har fremlagt for AMK-svartid (Tabell 9.1 s. 97), indikere at modell 1, som i stor grad er implementert i Helse Sør-Øst, kan ha økt svartid, mens modell 2 som bl.a. benyttes i Helse Midt-Norge synes å kunne bidra til redusert svartid. Til dette vil vi bemerke at en slik sammenlikning har en betydelig svakhet ved at det mangler data for effektivitet, dvs. antall håndterte henvendelser per operatør. Helsedirektoratet legger til grunn at arbeidsgruppen for «Optimal organisering av medisinsk nødmeldetjeneste med hovedvekt på AMK-sentraler» vil underbygge sine anbefalinger med denne typen datainnhenting og analyser.

En stor del (opp mot 40 – 50 %) av henvendelsene til AMK-sentralene gjelder planlagte transportoppdrag med lav hastegrad (se for øvrig vedlegg 2 om ambulansetjenesten). Kapasitetsmessig vil håndtering av denne typen transportoppdrag kunne påvirke svartiden i AMK-sentralene betydelig. Helsedirektoratet er kjent med at AMK Oslo har etablert webbaserte bestillingsordninger for planlagte ambulanse- og syke transportoppdrag. Etter vår oppfatning bør slike systemer tas i bruk ved flere AMK-sentraler.

Kapittel 10 Øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunene

Helsedirektoratet anser det som viktig at kommunene videreutvikler samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. I hvilken grad legevakt bør samlokaliseres med andre tjenester er mer komplisert. Slike tjenester kan f.eks. være øyeblikkelig-hjelp døgnopphold, rehabiliteringsavdelinger, intermedieærplasser og sykehjemsplasser. Dersom en slik samlokalisering har til hensikt å benytte legevaktens personell inn i mot de øvrige tjenestene, og vice versa, må både avtalemessige og faglige hensyn vurderes, og det må gjøres risiko – og sårbarhetsanalyser med utgangspunkt i den enkelte tjeneste som inngår i samarbeidet.

Legevaktarbeid er regulert gjennom sentrale lover, forskrifter, og avtaler. Erfaringer fra å benytte legevaktleger inn i øyeblikkelig-hjelp døgnopphold har enkelte steder bydd på utfordringer i forhold til avtaleverket. Dessuten må faglige hensyn vurderes, da personell i legevakt ikke uten videre har nødvendig kompetanse innenfor de øvrige tjenestene, samt at

f.eks. tilsynsleger og sykepleiere i sykehjem ikke har den nødvendige kompetanse til å utføre legevaktoppgaver.

På den annen side kan samlokalisering av tjenester ha fordeler når det gjelder overføring av pasienter, utveksling av faglige råd og veiledning, som kan være viktige momenter. Videre vil lokale forhold være av betydning for en slik samlokalisering.

Helsedirektoratet vil derfor foreslå at andre setning i forslaget endres og at forslaget dermed blir som følger:

Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt og må ut i fra lokale, faglige og driftsmessige forhold vurdere om legevakten bør samlokaliseres med andre tjenester.

Utvalget foreslår at det i et hvert legevaktdistrikt uansett størrelse, skal det være en medisinsk faglig legevaktleder i minst 20 prosent stilling. Hvis legevakten har et befolkningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjøre minst 50 prosent.

Helsedirektoratet støtter en styrking av ledelse i legevakt, men mener at dette punktet er uklart i sin betydning, og kun delvis dekkende for ledelse i legevakt. Videre at de angitte stillingsstørrelser ikke sikrer nødvendig kvalitetsutvikling av legevakttjenesten. Slik dette forslaget er formet er det kun den medisinsk faglige funksjonen som styrkes, og det sier ikke noe om den daglige, administrative ledelsen av legevakten. Helsedirektoratet vil derfor foreslå at krav til ledelse i legevakt blir en del av oppdraget med å utarbeide nasjonale krav til legevakttjenesten.

Utvalget foreslår at det bør innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakttjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet støtter dette forslaget som må gis høy prioritet og vil anbefale at Helse- direktoratet gis i oppdrag å utarbeide nasjonale krav for legevakttjenesten.

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

Helsedirektoratet vil fremheve betydningen av nasjonale krav til maksimal reisetid til legevakt, men vil anbefale at dette blir en del av oppdraget med å utarbeide nasjonale krav til legevakttjenesten.

Utvalget foreslår at nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn i større grad tas i bruk i legevakttjenesten, og det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

Helsedirektoratet støtter forslaget, men vil samtidig understreke at dette er et omfattende arbeid, hvor både faglige, avtalemessige og økonomiske konsekvenser må utredes nærmere i et samarbeid mellom Helsedirektoratet KS og Den norske legeförening.

Utvalget foreslår at nasjonale myndigheter bør igangsette forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader som følge av færre sykehusinnleggelses og færre, eller kortere ambulansetransporter.

Helsedirektoratet støtter dette forslaget som bør prioriteres høyt.

Utvalget går inn for en økning i omfanget av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører minst 20–40 sykebesøk, inkludert utrykninger, per 1000 innbyggere per år.

Helsedirektoratet mener dette bør bli en del av arbeidet med å utvikle en veileder for legevaktstjenesten, og at dette således ikke kan defineres nærmere her.

Utvalget foreslår at kommuner og helseforetak bør inngå samarbeid rundt drift av legevaktbiler til bruk for legevaktlege i sykebesøk og utrykninger. Det må inngås forpliktende avtaler som blant annet regulerer økonomiske forhold.

Helsedirektoratet deler utvalgets vurdering vedrørende behovet for legeutrykning knyttet opp i mot rød og gul respons, og at dette er et viktig område. Direktoratet ønsker imidlertid ikke spesifikt å anbefale hvordan en slik ordning skal etableres. Noen steder vil det ligge naturlig til rette for et samarbeid med helseforetaket, andre steder vil ikke dette være praktisk gjennomførbart, ei heller ønskelig. Hvordan kommunene/legevaktene ønsker å rigge dette tilbudet må derfor bli opp til den enkelte kommune/legevakt. Det vises for øvrig til våre anbefalinger i vedlegg 2 om ambulansetjenesten i distriktene.

Utvalget foreslår at det må etableres krav til legevaktstjenesten som sikrer legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet med minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.

Helsedirektoratet mener at forslaget om bemanningsfaktor bør bli en del av utarbeidelsen av en veileder for legevaktstjenesten.

Utvalget foreslår at lege og støttepersonell ved utrykning og sykebesøk skal rykke ut sammen og at legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy.

Helsedirektoratet støtter dette forslaget og vi viser i denne sammenheng til rapport fra Nklm om Uniformering av legevaktstjenesten, utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk legevaktforum.

Utvalget foreslår at legevakt bør telle i resertifiseringen for spesialiteten i allmenntilleggsmedisin

Helsedirektoratet støtter dette forslaget som er svært viktig for å styrke rekrutteringen av fastleger til legevaktstjenesten.

Utvalget foreslår at departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt.

Helsedirektoratet støtter dette forslaget og har ingen ytterligere kommentarer til dette her utover å underbygge og gjenta det faktum at fastlegene er ryggraden i dagens legevaktordning.

Kapittel 11 Ambulansetjenesten

Akuttutvalget har i sin innstilling gitt en fremstilling av utfordringsbildet for ambulansetjenesten som i hovedsak samstemmer med Helsedirektoratets vurderinger. Vi savner imidlertid en mer helhetlig vurdering av utfordringsbildet og mer konkrete forslag til hvordan helsetjenesten og sentrale helsemyndigheter skal møte disse utfordringene. Vi har derfor tillatt oss å gi en mer utfyllende vurdering på dette området. Denne vurderingen fremgår av vedlegg 2.

Uavhengig av dette støtter Helsedirektoratet utvalgets forslag om å etablere en 3-årig bachelor-utdanning for ambulansepersonell. Vi mener samtidig at det er behov for å gjennomgå – og tilpasse dagens ambulansearbeiderutdanning i videregående skole slik at denne utdanningen korresponderer bedre med utfordringsbildet og kravet til faglig forsvarlighet i tjenesten.

Kapittel 12 Psykisk helse og rus

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag til styrking av akutttilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Styrkingen må foregå både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Økt tilgjengelighet i akutte situasjoner er helt vesentlig og pasientene må møtes av personell med god kompetanse innen psykisk helse- og rusmiddelproblematikk. I tillegg vektlegges nødvendige tiltak for å ivareta sikkerheten i akuttsituasjoner.

Helsedirektoratet vil i tillegg påpeke at det innen psykisk helse- og rusfeltet er mange aktører i akuttsituasjoner, og at derfor er stort behov for at tjenestene planlegges og utvikles i sammenheng. Dette begrunnes blant annet med at sentrale politiske føringer tilsier at både kommune og spesialisthelsetjeneste skal bygge opp og tilby øyeblikkelig hjelp og gode akutt-tjenester gjennom døgnet. Det må sikres god informasjon om akutttilbudet slik at befolkningen vet hvor de kan få hjelp når de trenger det.

Utvalgets forslag om etablering av faste samarbeidsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten, legevakt og kommunale helse- og omsorgstjenester for håndtering av pasientgrupper som bruker mange helsetjenester fra flere aktører er viktig. Et slikt samarbeid bør i tillegg inkludere felles kompetanse- og tjenesteutvikling. Finansieringen bør i større grad understøtte dette. Økt grad av teambasert tilnærming i akutte situasjoner er en ønsket utvikling.

Det er store variasjoner i legevaktstrukturen, og det er begrenset kompetanse både i legevakt og hos ambulansepersonell om psykiske lidelser og rusrelaterte problemer i akutte situasjoner. Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om at alle AMK- og legevaktssentraler etablerer en telefontjeneste bemannet med personell som har høy kompetanse innen akuttpsykiatri. Direktoratet mener også kompetanse innen akutt rusbehandling bør inkluderes.

Andre merknader:

- Utvalget skriver at «*Behandling i den spesialiserte helsetjenesten skjer i hovedsak etter vurdering og henvisning fra primærhelsetjenesten. Et viktig unntak er Psykiatrisk legevakt i*

Oslo som er åpen på ettermiddags- og kveldstid på hverdager og helligdager, og der alle kan henvende seg direkte.»

Helsedirektoratet vil bemerke at det er etablert ambulante akutteam ved DPS og omtrent halvparten av disse tar i mot pasienter ved direkte henvendelser. Psykiatriske poliklinikker ivaretar øyeblikkelig-hjelp-henvendelser på dagtid.

- Utvalget skriver at «*Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbyr sjelden akutt hjelp.*»
Til dette vil Helsedirektoratet bemerke at det siden 2009 er etablert rusakutttilbud i 7 helseforetak.
- Utvalget skriver at «*Fra 2013 bør disse teamene ha utvidet åpningstid til 24/7*» (Konferanse i 2010 – Strategigruppe 2).
Helsedirektoratet vil bemerke at dette ikke har vært føringer fra myndighetene, men: «Det er en helsepolitisk føring at DPS skal ha tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. Dette kan skje i samarbeid med andre enheter i spesialisthelsetjenesten der lokale forhold gjør det nødvendig, men det bør være ett telefonnummer for alle akutthenvendelser». (IS-2156)
DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam, men kan også velge andre modeller for akuttjenestene. (IS-2156)
- Utvalget skriver at «*Ambulante tiltak skal ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling, men være et supplement som skal brukes før døgnbehandling blir nødvendig.*»
Helsedirektoratet vil bemerke at dette står ikke i rapporten som det vises til (IS-2156).
Her står det:
 - Det er et overordnet mål å redusere behovet for innleggelser i døgnavdeling og redusere behovet for bruk av tvang gjennom å tilby hjelp nærmere der pasienten bor og på et tidligere tidspunkt i forløpet.
 - Ambulante tiltak skal ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling der dette er nødvendig.

Kapittel 13 Hjerneslag

Helsedirektoratet merker seg at hjerneslag er valgt som eksempel på en stor pasientgruppe der tidlig respons og avklarte retningslinjer gjennom hele pasientforløpet har stor betydning for resultatet.

Helsedirektoratet anser det som viktig at retningslinjene som trekkes opp gjennom utvalgsarbeidet samordnes med det pågående arbeidet med revisjon av den nasjonale retningslinjen for slagbehandling. Helsedirektoratet vil på sin side ta ansvar for å sikre at pakkeforløp for slagbehandling også inkluderer de prehospitaltjenestene.

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om økt innsats for kunnskapsspredning og undervisning om hjerneslag til befolkningen. Vi mener dette er særlig viktig fordi hjerneslag i motsetning til flere andre tidskritiske tilstander kan ha en noe mer diffust forløp som kan medføre unødvendig tids- og derfor også prognosetap, ved at publikum avventer å kontakte helsetjenesten.

Andre merknader:

- Det er grunn til å vurdere betydningen av akronymer (FAST, SMIL osv). Publikumsundersøkelser har vist at kunnskapen om slike akronymer er relativt lav.
- Det er et vesentlig poeng at pasienten skal komme raskt til bildediagnostikk ved CT. Det er imidlertid sparsom indikasjon for tidlig MR-undersøkelse. Når CT og MR er satt opp i samme setning, kan det skape forventning om å etablere MR-maskiner flere steder i den tidlige fasen av pasientforløpet. (pkt 13.3.) « *Nevroradiologi i form av CT eller MR står sentralt..*»
- Tid til oppstart av trombolyse har vist seg å være en egnet kvalitetsindikator ved hjerneslagsbehandling. For videre utvikling av kvalitetsindikatorer bør man vurdere pasientrapportert funksjonstilstand i en eller annen form.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
divisjonsdirektør

Steinar Olsen
avdelingsdirektør

Vedlegg 1 - Folkehelse og forebygging i prehospitaler tjenester

Innledning

Folkehelsearbeid har bl.a. som formål å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, og beskytte befolkningen mot helsetrusler (fhl § 3). Spesialisthelsetjenestens ansvar for å drive folkehelsearbeid og forebygging fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a annet ledd som lyder:

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.»

Tilsvarende fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 at kommunene har ansvar for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Bestemmelsens første og andre ledd lyder:

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Vurdering

Folkehelsearbeid og forebygging er tradisjonelt sett sjelden assosiert med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, noe som også reflekteres ved at dette ikke er omtalt i Akuttutvalgets innstilling NOU 2015:17.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at det foreligger et betydelig potensiale for å utvikle dette fagområdet innen de prehospitaler tjenestene. For å anskueliggjøre mulige innfallsvinkler har vi i det videre skissert noen aktuelle innsatsområder:

Forebyggende tiltak mot trafikkulykker

Folkehelseinstituttets har vurdert at datagrunnlaget for vegtrafikkulykker er mangelfullt :⁵

Mens vi har god statistikk for antall som dør i veitrafikkulykker, er usikkerheten stor når det gjelder antall skader. Politiet fører løpende statistikk, men mange ulykker og skader blir ikke rapportert. I 2007 registrerte politiet over 12 000 personskader. Det antas at totalt antall skader er tre ganger så høyt og omfatter om lag 32 500 lettere skader og 3600 alvorlige skader per år. Som "alvorlige skader" har man her tatt med alle skader unntatt de som fører til dødsfall innen et år, og unntatt de som bare trenger kortvarig behandling og ikke gir varige mén.

For 2006 er det beregnet at trafikkulykker førte til over 2000 tapte friske leveår som følge av skader/sykdom og cirka 8400 tapte leveår som følge av dødsfall (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Selv om skader underrapporteres, forteller registreringene likevel at antall skader synker. Fra 1998 til 2008 falt antall registrerte hardt skadde fra 1329 til 828. Antall registrerte lettere skadde falt fra cirka 10 800 til 7 300.

⁵ [Folkehelseinstituttet: Trafikkulykker - faktaark med helsestatistikk](#)

Fra andre samfunnssektorer vet vi at det å identifisere nesten-ulykker og ulykker med mindre alvorlig utfall ofte har like stor læringsverdi med tanke på forebygging som fatale ulykker. Helsedirektoratet vurderer at AMK- sentralene og ambulansetjenesten vil kunne sammenstille geodata og pasientdata som kan danne grunnlag for bedret identifisering av ulykkesbelastede veger, vegkryss osv. i tillegg til de ulykkene som medfører alvorlig skade eller død. Dette forutsetter et tettere og mer formalisert samarbeid mellom AMK/ambulansetjenesten og vegmyndighetene.

Forebyggende tiltak mot bruddskader

Årlig brykker cirka 9000 voksne nordmenn hoften og 15 000 håndleddet. Et stort antall får også av sammenfallsbrudd i ryggvirvlene. Kvinner og menn i Oslo er på verdenstoppen i brudd. Syv av ti hoftebrudd rammer kvinner. Risikoen for brudd øker kraftig fra 70 års alder. Det er beregnet at hoftebruddene koster det norske samfunnet ca. 2 milliarder kroner årlig. Årsakene til den høye hoftebruddfrekvensen i Norge er i stor grad ukjente.⁶

Legevakt, AMK- sentraler og ambulansetjenesten vil kunne sammenstille geodata og pasientdata som kan danne grunnlag for bedret identifisering av risikofaktorer og risikoområder både innendørs og utendørs. Dataene kan benyttes som grunnlag for konkrete tiltak overfor risikogrupper og som grunnlag for forebyggende tiltak som f.eks. salting/strøing av gangveier osv.

Forebygging av overdoser/intoksikasjoner knyttet til rusmidler

AMK/ambulansetjenesten vil sammen med sykehusenes akuttmottak tidlig kunne identifisere bruk av nye rusmidler og identifisere partier med særlig høy konsentrasjon av virkestoffer. Ett eksempel på dette er en hendelse sommeren 2014 hvor AMK Oslo og Akershus gikk ut i media med advarsel om særlig høy konsentrasjon av heroin med påfølgende økning i antallet alvorlige overdoser. Tilsvarende tiltak er tidligere iverksatt i Helse Bergen HF i forbindelse med intoksikasjoner knyttet til inntak av GHB.

Forebyggende tiltak overfor storforbrukere av akuttmedisinske tjenester

En liten gruppe pasienter har et stort forbruk av akuttmedisinske tjenester. Tidlig identifisering av slike storforbrukere og iverksetting av adekvate oppfølgingstiltak i samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten vil kunne forebygge unødvendige henvendelser til legevakt, AMK/ ambulansetjenesten og innleggelse i sykehus.

Tidlig identifisering av symptomer på hjerteinfarkt og hjerneslag.

Det er velkjent at tid fra symptomdebut til endelig behandling ved bl.a. hjerteinfarkt og hjerneslag er av stor betydning for utfallet (alt fra ingen varige men, til varig invaliditet eller død). En nylig publisert studie av pasienter som ble innlagt med hjerneslag ved AHUS viste også at halvparten av forsinkelsen i behandlingsstart av hjerneslagpasienter skyltes pasientenes vegring mot å kontakte helsetjenesten.⁷

Helsedirektoratet anser at publikumsinformasjon og medieoppslag kan påvirke publikum til å identifisere tidlige symptomer og kontakte AMK/legevakt. Erfaringer fra andre land med at ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten har et lokalt engasjement i forhold

⁶ [Folkehelseinstituttet: Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd](#)

⁷ [BMJ. Prehospital delay in acute stroke and TIA](#)

informasjonskampanjer, undervisningstilbud til ulike risikogrupper og befolkningen generelt bør vurderes også i Norge.(se for øvrig vedlegg 2 om aktuelle innsatsområder for ambulansetjenesten i distriktene)

Vedlegg 2 - Ambulansetjenesten

Forutsetninger

Våre vurderinger tar utgangspunkt i en videreføring av sentrale helsepolitiske mål om at helsetjenesten skal sikre befolkningen mest mulig likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder funksjonsnivå, bosted og sosial tilhørighet. Dette gjelder i særdeleshet akuttmedisinske tjenester hvor tilgang til - og forutsigbarheten i et akuttmedisinsk tjenestetilbud anses som sentralt for befolkningens trygghetsfølelse. Den økonomiske utviklingen i Norge med sterk reduksjon i oljeinntektene, økte pensjonsforpliktelser og andre sosiale utgifter, tilsier at det i årene som kommer ikke vil være rom for økte bevilgninger til helse- og omsorgssektoren.

Levealderen i Norge har de siste tiårene vist en jevn økning med en derav følgende økende andel eldre med flere og sammensatte lidelser, multifarmasi osv. Så langt vi kan vurdere det er det ingen tegn på at denne utviklingen vil endres selv om man trolig vil få en utflating av de senere års aldersutvikling. Parallelt med aldersutviklingen vil man samlet sett få en befolkningsøkning i Norge, dels som følge av økt levealder, og dels på grunn av økt innvandring. Befolkningsveksten vil innebære økt forbruk av helsetjenester med derav følgende kostnadsøkning.

Basert på den forventede befolkningsutviklingen og behandlingsbehov er det estimert et betydelig økt behov for helsepersonell frem mot 2030. Dette gjelder særlig helsefagarbeidere (de tidligere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og sykepleiere, med en beregnet underdekning for 2030 på henholdsvis nær 41 500 og nær 13 000 i referansealternativet fra SSB.

De siste tiårene har det vært en sterk tendens til sentralisering med fraflytting fra utkantene inn mot byer og tettsteder. En gjennomgående tendens ved denne sentraliseringen er at det i all hovedsak er den yngre og friskere del av befolkningen som flytter til byer og tettsteder, mens den eldre, og mer sykelige del av befolkningen blir boende i distriktene. Denne utviklingen utfordrer helsetjenesten og særlig den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus.

Det forrige akuttutvalget (NOU 1998:9 Hvis det haster...) fremla dokumentasjon for primærhelsetjenestens viktige rolle for å regulere antall innleggelser i sykehus. Et hovedfunn var at dersom primærhelsetjenesten øker henvisningsfrekvensen til sykehus med 1 prosent, utgjør dette en økning i antall innleggelser i sykehus på 10 prosent. Helsedirektoratet legger til grunn at disse funnene i all hovedsak også er gjeldende i dagnes situasjon.

Den lokale akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus utgjøres av kommunal legevakt, øvrige kommunale ressurser (f.eks. hjemmebaserte tjenester) og ambulansetjenesten (bil, båt og luft). Legevakt i kommunene er et kommunalt ansvar, mens ambulansetjenesten er et statlig ansvar. Det foreligger en rekke politiske og juridiske incentiver til å etablere gode samarbeidsløsninger mellom helseforetak og kommuner også på det akuttmedisinske området. Per dato vurderes det likevel å være et betydelig potensiale for å videreutvikle dette

samarbeidet, bl.a. gjennom å utvikle og konkretisere innholdet i pålagte samarbeidsavtaler jf. helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Siden slutten av 1990-tallet har det vært en ønsket strategi for legevakt i kommunene å etablere stasjonære legevakter og redusere bruken av utrykninger og hjemmebesøk. Dette ut fra en vurdering av man på denne måten kan sikre en mer effektiv ressursutnyttelse, bedre kvaliteten på undersøkelser og behandling av pasienter i legevakt, og bidra til å redusere vaktbelastningen og derved også bedre rekrutteringen av allmennleger. Parallelt med dette har man sett en betydelig økning i antall ambulanseoppdrag. Dette kan skyldes flere forhold, f.eks. økt tendens til henvisning av pasienter til sykehus, økning i sekundærtransporter som følge av økende spesialisering og funksjonsdeling mellom sykehus. Samtidig synes det klart at det foreligger pålitelige tall for at ambulansetjenesten i økende grad benyttes til å gjøre primærvurdering av pasienter som tidligere ble tilsett av lege i hjemmet, samt en økning i transporter av pasienter til og fra stasjonær legevakt.

I ny akuttmedisinforskrift er det fastsatt krav om at legevaktlege skal kunne rykke ut ved behov, og at legevakten skal ha utstyr for dette. Akuttutvalget foreslår at dagens finansieringsordning for legevakt (stykkprisfinansiering), bør erstattes med fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger. Selv med et slikt tiltak mener vi det er lite trolig at omfanget av legevaktutrykninger vil øke dramatisk i tiden som kommer. Gitt at dette er en riktig vurdering vil det i stadig større grad være ambulansepersonell som blir sendt ut for å gjøre primærvurderinger av pasienter, og for å bringe pasienter inn til legevakt eller sykehus for diagnostikk og behandling.

Datagrunnlaget for prehospitaler tjenester og særlig ambulansetjenesten er dårlig utbygget gir således generelt et dårlig grunnlag for å gjøre gode kvalitative analyser som kan danne styringsgrunnlag for dette tjenesteområdet på nasjonalt nivå. Dette er bl.a. en konsekvens av at det ikke er innført elektronisk journal i ambulansetjenesten.

Både akuttutvalget og regjeringen har foreslått at det etableres en bachelorutdanning innen prehospital akuttmedisin (paramedic-utdanning). Helsedirektoratet har i sin rapport «Kompetansebehov i ambulansefag» støttet dette initiativet. Dette ut fra en vurdering av at det både er viktig å utvikle en akademisk karriereveg innen prehospital akuttmedisin som kan stimulere til fagutvikling og forskning, men fremfor alt å etablere en utdanning som i større grad kvalifiserer til å håndtere en aldrende befolkning med sammensatte problemstillinger, rus og psykiske lidelser, samt utvikling av mer avanserte diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter utenfor sykehus. En slik utdanning vil også kunne gi en breddekompetanse som vil være av stor verdi for den fremtidige organisering av det akuttmedisinske tilbudet i distriktene.

Parallelt med dette pågår det en gjennomgang av dagens ambulansearbeiderutdanning i regi av Faglig Råd for Helse og Oppvekstfag. Rådet har fremlagt et forslag om utvidelse og endret organisering av ambulansearbeiderutdanningen som også tar utgangspunkt i det endrede kompetansebehovet. Også denne reviderte utdanningsmodellen vurderes å kunne gi en breddekompetanse som vil være av stor verdi for den fremtidige organisering av det akuttmedisinske tilbudet i distriktene.

Det pågår en betydelig teknologisk utvikling som bl.a. muliggjør videobasert dialog mellom pasient, AMK-personell, ambulansepersonell, legevaktlege og sykehusspesialist. Denne teknologien må tas i bruk der dette er hensiktsmessig. Bruk av teknologi for å hindre unødvendig forflytning av pasienter vurderes å være et viktig tiltak for å møte fremtidens utfordringsbilde utenfor sykehus. Å etablere videobasert dialog mellom ambulansepersonell hos pasient og lege i legevakt eller sykehus er trolig mulig uten store teknologiske investeringer eller tilpasninger til eksisterende teknologiske plattformer.

Vurderinger

På samme måte som akuttutvalget er det vår vurdering at ambulansetjenesten (bilambulansetjenesten) har to hovedutfordringer:

1. I byer og tettsteder er det betydelige kapasitetsproblemer. Kapasitetsproblemene fører til utfordringer med å sikre akseptabel akuttberedskap for å håndtere tidskritiske hendelser.
2. I gravgrendte strøk innebærer lavt oppdragsvolum og kravene til å opprettholde akseptabel akuttberedskap særlige utfordringer. Lavt oppdragsvolum gjør det til en betydelig utfordring å vedlikeholde kompetansenivået blant ambulansepersonellet og innebærer en dårlig utnyttelse av kapasitet og kompetanse i distriktene. For helseforetakene vil kostnadene i forhold til antall ambulanseoppdrag være svært høy sammenlignet med byer og tettsteder. Over tid vil dette øke risikoen for at ambulansestasjoner i distriktene nedlegges og at ambulansberedskapen sentraliseres til byer og tettsteder. Sett hen til den betydelige sentraliseringen av legevakter de senere år anser vi at en slik utvikling vil kunne innebære en alvorlig svekking av akuttberedskapen i distriktene.

Ad pkt. 1:

AMK-data for 2013 viser at mer enn halvparten av alle registrerte hendelser eller ca. 400.000 ambulanseoppdrag, var bestilte oppdrag til AMK. En betydelig andel av disse er oppdrag til og fra sykehus, legevakt og andre helseinstitusjoner. Både transportavstand og behovet for observasjon og behandling under transporten, tilsier at det for et stort antall oppdrag ikke er nødvendig å gjennomføre denne typen pasienttransport med bruk av fullverdige akuttambulanser. Det vurderes derfor å være et betydelig potensiale for at denne typen transporter kan gjennomføres som syketransport.

Som kjent er det etablert syketransportordninger flere steder i landet. Gitt at disse er bemannet med to personell og transporterer en og en pasient, vil effektivitetsgevinsten ved bruk av syketransportbil sammenlignet med bruk av ordinær ambulanse være begrenset. En modell med syketransportbiler med flere senger – og sitteplasser, samt muligheten for å legge opp tilpassede kjøreruter med «slot-tid» for bestillerne, vil trolig kunne øke effektiviteten av en slik tjeneste betydelig.

På denne bakgrunn finner Helsedirektoratet at helseforetakene bør gis i oppdrag å utvikle modeller for hvordan man på en mer effektiv måte kan håndtere bestilte pasienttransportoppdrag som ikke krever observasjon og behandling.

Ad pkt. 2:

Som tidligere nevnt utgjøres den lokale akuttberedskapen i all hovedsak av 3 innsatsfaktorer, kommunal legevakt, andre kommunale helsetjenester og ambulansetjenesten.

Legevakttjenesten på vakttid, dvs. kveld og natt kjennetegnes av interkommunale samarbeidsløsninger med stadig større geografiske legevakt-distrikter. Dersom helseforetakene skulle nedlegge eller flytte lokale ambulanser i distriktene for å øke effektiviteten, her beregnet som kostnad per oppdrag, vil dette åpenbart ha alvorlige konsekvenser for den lokale akuttberedskapen i distriktene.

En slik utvikling er bl.a. beskrevet i et nylig publisert avisoppslag i Bergens Tidende⁸. Her fremgår det at man i Kvam og nærliggende kommuner i Hordaland i løpet av en 15 års periode har redusert antallet ambulanser fra fire til en. Dette har ifølge allmennlegene svekket akuttberedskapen i kommunen betydelig.

Ambulansetjenesten i grisgrendte strøk kjennetegnes bl.a. ved at enkelte ambulansestasjoner har et lavt antall ambulanseoppdrag med tilsvarende stor andel beredskapstid, dvs. vakttid uten pågående ambulanseoppdrag. Dette kan bla. illustreres ved tall HelseDirektoratet har mottatt Helse Midt-Norge RHF. En gjennomgang av i alt 11 ambulansestasjoner i grisgrendte strøk viste at disse i gjennomsnitt hadde 377 ambulanseoppdrag per år (315 – 423), dvs. ca. ett ambulanseoppdrag per døgn. Tilsvarende at man i gjennomsnitt hadde en beredskapstid på 88 prosent (83 – 94 %).

Spørsmålet blir da om man gjennom annen organisering og bruk av ambulanseressurser i samarbeid med kommunene kan utnytte det betydelige potensialet som ligger i denne tjenesten og samtidig sikre akuttmedisinsk beredskap for tidskritiske hendelser.

HelseDirektoratet anser at det på nasjonalt nivå bør kunne utvikles modeller for denne typen samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Et slikt samarbeid kan f.eks. ta utgangspunkt i følgende:

1. Lokal ambulanse bemannes med personell fra helseforetak og kommune(r)
2. For å opprettholde lokal akuttmedisinsk beredskap bør ambulansen fortrinnsvis utøve sin virksomhet lokalt dvs. i vertskommunen(e). I de tilfeller det kreves lengre transport av pasient til sykehus med tilsvarende lang fravær i kommunen etableres det rendezvous-løsninger med annen ambulanse.
3. Ambulansen kan i tillegg til å utøve rene ambulanseoppdrag også ta del i kommunehelsetjenestens øvrige oppgaver som f.eks.:
 - a. Klargjøring av pasienter i legevakt med innhenting av primær anamnese blodprøvetagning osv.
 - b. Bistand til hjemmebaserte tjenester
 - c. Bistand til KAD-enhet
 - d. Forebyggende helseinnsats i kommunen
 - e. Transport av legevaktlege

⁸ [Leger slår alarm om tilbudet til pasienter i Kvam](#). Bergens tidende 14. februar 2016

4. Helseforetaket tar ansvar for å stille til disposisjon ambulansefartøy og ambulanspersonell nr. en
5. Kommunen(e) tar ansvar for å bemanne ambulansen med ambulanspersonell nr. to – f.eks. sykepleier med tilleggsutdanning og/eller paramedic.
6. Samarbeidet, oppgaver og økonomisk ansvarsdeling mellom helseforetak og kommune(r) reguleres gjennom lovfestet samarbeidsavtaler.

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres pilotprosjekter for å vurdere hvordan dette best kan tilrettelegges. Vi har allerede etablert et samarbeid med Helse Midt-Norge RHF på dette området og ser det som hensiktsmessig å utvikle dette samarbeidet videre med henblikk på å utforme slike pilotprosjekter.