

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen  
Vår ref.: 828967

Vår dato: 07.01.2016  
Deres ref.:  
Medlemsnr.:

### Høringssvar til først og fremst

NOUen presenterer tiltak for å bedre akuttberedskapen utenfor sykehus. Utvalget presenterer sine vurderinger av hvordan den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus kan forbedres og hva som kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv og andre ved akutt sykdom og skade. I utredningen blir det foreslått en rekke tiltak for å forbedre de prehospitale tjenestene (fastleger, legevakt, hjemmebaserte tjenester, kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten), inklusive nasjonale krav til legevakt. Utvalget tar også for seg skoler, idrettslag, arbeidsplasser, de frivillige og andre etaters rolle og foreslår blant annet en nasjonal førstehjelpsstrategi.

NSF har gitt innspill til utvalgets arbeid og avgitt høringssvar til utvalgets delrapport, som var et av grunnlagsdokumentene til sykehusplanen og primærmeldingen. NSF fastholder disse innspillene, men vil i dette høringssvaret også gi tilbakemelding utover tidligere innspill. En overordnet tilbakemelding er at utredningen lider av en gjennomgående mangel på beskrivelse av sykepleie i tjenester der sykepleiere og spesialsykepleiere tar et stort ansvar. Vi er uten sammenligning den største profesjonsgruppen i disse tjenestene, men er nærmest fraværende i både beskrivelser av hvordan tjenestene fungerer i dag og tiltak for å utvikle tjenesten for fremtiden. Dette svekker utredningens troverdighet i vesentlig grad. Likevel er NSF positive til en del grep som foreslås på systemnivå knyttet til virkemidler for bedre samhandling, samt forslag til endringer i finansieringsordninger, som bedre legger til rette for et helhetlig ansvar, samt nødvendig innovasjon og tjenesteutvikling. Disse tiltakene er viktige og vil bidra til bedre og mer bruk sykepleiernes og andre helsearbeideres kompetanse til beste for pasientene.

I de fire første kapitlene reiser utvalget en rekke gode problemstillinger rundt de store og brede utviklingstrekkene i helse- og omsorgstjenesten, herunder gode beskrivelser av systemene i andre land. En stor utfordring knyttet til mandatet for dette utvalget er alle grenseflatene til andre tjenester, som akuttmottak og andre sentrale kommunale deltjenester, samt alle oppgavene som tilligger tjenestene som er omtalt, men som ikke kan defineres inn i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Dette er utfordrende



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt 22  
Postboks 456  
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09  
Telefaks: 22 04 32 40  
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no  
Bankgiro: 1600 49 66698  
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:  
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

på mange måter, men først og fremst så vil utredningens relevans i forhold til de generelle utviklingstrekkene være sentralt om NOUen skal bli et verktøy for å utvikle tjenestene videre. NSF mener NOUen er tydelig på en del sentrale virkemidler på systemnivå, men i utredningen er det vesentlige mangler i beskrivelsene av hvordan tjenestene faktisk fungerer i dag. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det oppstått et stort kompetansegap mellom de oppgaver som skal utføres og kompetansen til personellet. Kommunene har i mange år tatt imot langt flere og sykere pasienter fra sykehusene enn før. Skal man lykkes med å dempe veksten i sykehusbehandling ved å hindre innleggelser som kan håndteres i kommunene, så må det ansettes og utvikles sykepleiere med utvidet vurderingskompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi savner en beskrivelse av utviklingspotensialet i sykepleietjenesten, samt en beskrivelse av de roller og funksjoner vi har i dag i for eksempel ambulansetjeneste og legevakt.

Sykepleieren har en bred kompetanse som det er lett å videreutvikle til et egnet nivå for prehospitalt arbeid. NSF ser at grunnutdanningen for sykepleiere ikke alene ivaretar behovet for kompetanse innen operativt ambulansearbeide og deler av kunnskapsbehovet innen det akuttmedisinske arbeidet. Samtidig er det i dag stort behov for kjennskap og forståelse av både kommunehelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens oppgaver og funksjon for å gjøre gode vurderinger prehospitalt. Dette ligger allerede i sykepleierens kunnskap gjennom både teori- og praksisstudier.

Sykepleiere inngår som en del av dagens akuttmedisinske tilbud både innenfor og utenfor institusjon. Sykepleiere med videreutdanning innen anestesi og intensiv utgjør viktig kompetanse i komplekse faglige oppgaver også innen ambulansetransport både i luft og på vei. Endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene medfører økt transport av pasienter som krever intensiv behandling/overvåkning i transportsituasjonen. Dette ivaretas i dag på en god måte av spesialsykepleiere. Sykepleierens kompetanse er også kjernen i både på AMK-sentraler, legevakt og i akuttmottak. Her jobber det både sykepleiere og spesialsykepleiere.

Det er både enklere og raskere å opparbeide kunnskap også innen det ambulansoperative og tekniske arbeidet, dersom en har en solid grunnkunnskap som utgangspunkt - slik sykepleiere har. Det dreier seg om kunnskap om omsorg, etikk, anatomi/fysiologi, sykdomslære, kommunikasjon, samt en observasjons- og handlingskompetanse. NSF er av den klare oppfatning at arbeidets art og kompleksitet best ivaretas gjennom masterutdanning for sykepleiere innen det akuttmedisinske arbeidet, regulert av nasjonal rammeplan med moduler innen akuttmottak og prehospitalt arbeid.

Utredningen beskriver videre godt de utfordringene med den manglende digitaliseringen i de akuttmedisinske tjenestene, og behovet for å utbedre dette. Hovedmålet for IKT-støtte i den akuttmedisinske kjede må være at nødvendig informasjon er tilgjengelig til rett tid, på rett sted og til rett person, og at det er mulig å tilføre medisinsk og helsefaglig kompetanse via teknologiske løsninger i akutte situasjoner. Det er derfor behov for at hele den akuttmedisinske kjeden har tilgang til effektive digitale informasjons- og kommunikasjonsløsninger som kan brukes både online og offline når tilgang til nødvendig infrastruktur ikke er mulig. I løsningene må det ligge prosess- og klinisk beslutningsstøtte som er tilpasset behovene til de ulike delene av akuttkjeden. De elektroniske løsningene må være integrert med de elektroniske

pasientjournalssystemene som virksomhetene benytter ellers. Det innebærer en felles arkitektur, felles informasjonsmodeller og felles kodeverk og terminologi som er egnet for tjenesten. Dette kan bidra til å forenkle arbeidet med kvalitetsforbedring, forskning og tjenesteinnovasjon.

Da ansvaret for digitaliseringen i den akuttmedisinske kjede er delt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er det behov for en større grad av sentral koordinering og finansiering av løsninger slik at det oppnås en raskere, mer målrettet og systematisk innsats. Dette gjelder for øvrig helse helse- og omsorgstjenesten.

NSF vil forsøksvis kommentere på alle utvalgets forslag strukturert under hvert kapittel. I kapittel 12 og 13 har vi en overordnet tilbakemelding til utvalget.

### **Kap 5 Felles utfordringer: Utvalgets forslag med kommentarer fra NSF**

1. Samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester må revitaliseres og utvikles.
2. Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og felles plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
3. Alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene.
  - NSF mener om punkt 1,2 og 3: Forslagene støttes i sin helhet og er i tråd med NSF sine innspill.
4. For de alvorligste akuttmedisinske tilstandene må det utarbeides fagplaner som fortløpende og forpliktende involverer aktuelle fagmiljøer
  - NSF mener om punkt 4: Forslaget støttes, men det må understrekes at det forutsetter at relevant sykepleiekompetanse i denne sammenhengen er inkludert under aktuelle fagmiljøer.
5. Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.
  - NSF mener om punkt 5: Dette utviklingspunktet støttes under forutsetning at det inkluderer alle aktuelle profesjoner. I tillegg er det viktig at en slik satsning sees i sammenheng med øvrige lederutdanninger og program for feltet.
6. De regionale helseforetakene bør etablere et nasjonalt prehospitallt lederorgan for å sikre bedre samordning av tjenestene.
  - NSF mener om punkt 6: NSF er usikker på om et nytt lederorgan vil bidra til den ønskede utviklingen. Her er det mye overlappende tjenester, samt deler av kjeden som ligger utenfor helseforetakenes forvaltningsansvar. Hvilken

påvirkning på for eksempel den kommunale tjenesteutviklingen vil et slikt lederorgan ha ?

7. Statens Helsetilsyn/Fylkesmannen bør gjennomføre tilsyn med samhandlingen rundt tjenesteavtale 11 mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester.
  - NSF mener om punkt 7: NSF støtter behovet for å se spesifikt på om den lovpålagte tjenesteavtale 11 blir håndhevet. Likevel mener NSF det med fordel kunne vært gjort en gjennomgang eller kartlegging av hvorvidt denne tjenesteavtalen er inngått etter forutsetningene. Dette punktet bør sees i sammenheng med de ovennevnte punktene med forslag til utvikling av samhandlingsinstituttet på disse områdene generelt.

## **Kap 6 Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap. Utvalgets forslag med kommentarer fra NSF**

1. Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide en veileder for bruk av frivillige i helsetjenesten. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med de frivillige og med representanter fra helsetjenesten.
2. Støtte opp under eksisterende organisering av samarbeid mellom frivillige og den offentlige helsetjenesten. De frivilliges autonomi sikres ved at organisasjonene har hovedansvaret for utdanning av personellet, men at utdanningsplaner og godkjenningsordninger skal fremlegges for godkjenning.
  - NSF mener om punkt 1 og 2: Det bør stå veileder til bruk av frivillige i helse- og omsorgstjenesten da dette speiler lovlyden, samt intensjonen med tiltaket jf. forutgående tekst.
3. Det bør skje en rolleavklaring med hensyn til bruk av frivillige i akuttberedskap.
  - NSF mener om punkt 3: Dette bør ivaretas i utviklingen av veiledende materiell.
4. Felles prosedyrer bør utvikles som sikrer samhandling mellom helse, politi og frivillige ved pasientoppdrag utenfor vei.
  - NSF støtter forslaget
5. En nasjonal tilskuddsordning etableres i regi av Helse- og omsorgsdepartementet som gjør de frivillige organisasjonene i stand til å ivareta faglighet, organisering og koordinering av innsatsen. Det bør medføre at helseforetakene får en god modell for oppdragsbasert finansiering lokalt. Det bør vurderes å etablere like satser innenfor helse og redningstjenesten for øvrig.
  - NSF mener om punkt 5: NSF savner en vurdering av hensiktsmessigheten av et slikt tilskuddsordning. Er det hensiktsmessig at HOD forvalter et slikt tilskudd ? og hva er konsekvensene av oppdragsfinansiert frivillighet ?
6. Samarbeidet mellom kommuner, helseforetak og de frivillige beredskapsorganisasjonene må styrkes både i samvirke, avtaleverk, øvelser og

samtrening.

- NSF støtter forslaget
7. En tydelig frivillighetspolitikk med tanke på helseberedskap utarbeides. Den bør bygge på kunnskap om hva som er drivkraften for at den enkelte skal bruke av egen tid og egne midler på å løse samfunnsoppgaver.
    - NSF mener dette må inn i den generelle politikktutviklingen knyttet til frivillighet i helse- og omsorgstjenesten.
  8. Organisasjonene bør i samarbeid med helsetjenesten etablere et prøveprosjekt for innhenting av erfaringer før utkalling av frivillige fra hjemmevakt etableres som en fast del av den akuttmedisinske beredskapen.
    - NSF støtter at det innhentes mer informasjon og vurdering av hensiktsmessighet av et slikt tiltak.
  9. Frivillige organisasjoner tas med i kartverket over den akuttmedisinske kjede som utarbeides av Norsk pasientregister.
  10. Det etableres en yrkesskadeforsikring for de frivillige redningsorganisasjonene som gjelder når de utfører oppdrag på anmodning fra AMK.
    - NSF mener om punkt 9 og 10: Før tiltakene iverksettes bør det vurderes hvorvidt en tjeneste basert på frivillighet er egnet i en beredskapssammenheng, herunder i hvilken grad det er mulig å tilpasse deltakelse, der frivillighet er utgangspunkt.
  11. Helsedirektoratet bør sammen med idrettsforbundet, relevante bransjeforbund, nødetater og frivillige organisasjoner utarbeide retningslinjer for dimensjonering og organisering av helseberedskap ved idretts- og kulturarrangementer.
    - NSF støtter forslaget.

#### Om Akutthjelpere

12. Det bør settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal utrede akutthjelperes funksjon med tanke på ansvarsfordeling og kostnader. Det må utarbeides klare retningslinjer for både ansvarsfordeling og kostnader knyttet til akutthjelperordningen
13. Begrepet akutthjelper bør defineres nærmere og det bør gjøres en avklaring rundt rammene for faglig ansvar knyttet til akutthjelperfunksjonen, og juridiske forhold som f.eks. taushetsplikt og dokumentasjonsplikt til frivillige som samarbeider med helsetjenesten.
  - NSF mener om punkt 12 og 13: NSF ber om at profesjonsorganisasjonene blir involvert i dette arbeidet. Det er viktig at skille mellom formelt og uformelt ansvar i den akuttmedisinske tjeneste ikke viskes ut. Det vil kunne medføre en svekket reell beredskap.

#### Kap 7 Kvalitet og pasientsikkerhet

1. Det foretas en kraftsamling og samordning av det nasjonale kompetansemiljøet i spesialisthelsetjenesten for å oppnå bedre samlet kompetanse og kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid.
  - NSF er enig i at det er viktig å se kompetanseutvikling i sammenheng. Det er likevel viktig å ikke tro at samordning i alle sammenhenger fører til høyere kvalitet. Like viktig er det å anerkjenne det tverrfaglige bidraget i tjenestene også når det gjelder kompetanseutvikling.
2. Nasjonale myndigheter setter i verk et kvalitetsløft som omfatter mer offentlig finansiert forskning, utvikling av data, kodeverk, nasjonale veiledere, faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer for de prehospitale tjenestene.
  - NSF mener: Dette er et viktig arbeid. En viktig forutsetning for å lykkes med dette arbeidet er at prosessene inkluderer bredden av kompetansen i tjenestene, både når det gjelder utvikling, revidering og implementering av retningslinjer, veileder og forskning.
3. Elektronisk pasientjournal tas i bruk ambulansetjenesten. Ulike journalsystemer integreres i en felles, nasjonal løsning, slik at de ulike leddene i akuttkjeden kan videreformidle helseopplysninger for å sikre god pasientbehandling.
  - Forslaget støttes
4. Meldeordningen for uønskede hendelser gjøres gjeldene for de prehospitale tjenestene i primærhelsetjenesten.
  - Forslaget støttes
5. Det etableres et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene på helsenorge.no.
  - NSF mener: Må inkludere bredden av kompetanse i tjenestene
6. Responstider forskriftsfestes ikke, men inngår i et helhetlig kvalitetsindikatorsett.
  - NSF mener: Det må tydeliggjøres jf andre punkter på temaet i NOUen som fremstår motstridende.
7. Krav om samordnet prosess med felles akuttmedisinske planer forskriftsfestes i en framtidig revidert akuttmedisinforskrift.
  - Kommentar fra NSF: Støttes av NSF under forutsetning av at arbeidet inkluderer bredden av kompetanse i tjenestene.
8. Helsedirektoratets definisjonskatalog revideres.
  - NSF har ingen merknader

## Kap 8 Strategi for å redde liv- tidlig respons og førstehjelp

### Om førstehjelp

1. Det bør utvikles en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet Et program for livslang læring.
2. Helsedirektoratet bør få ansvaret for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for førstehjelp. Oppdaterte retningslinjer bør gjøres allment tilgjengelig på HelseNorge.no.
3. Det er nødvendig å styrke kunnskapen om psykiske lidelser og rus i førstehjelpsopplæringen ved at dette tas inn i de generelle førstehjelpskursene
4. Det bør sikres at alle helsepersonellgrupper kan førstehjelp, og at førstehjelp og hjerte-lungeredning tas inn tidlig i studieplanene på de respektive utdanninger.
5. Førstehjelp bør inngå som et obligatorisk element i introduksjonsprogrammet for innvandrere.
  - NSF mener om forslag 1-5:Forslagene støttes.

### Om skolen

1. Det bør utarbeides en ny nasjonal veileder som dekker førstehjelpsområdet for både grunnskole og videregående skole.
2. Førstehjelp og livbergende førstehjelp bør inngå i kompetansemålene for kroppsøving i videregående opplæring.
3. Kompetansemålene for førstehjelp og livbergende førstehjelp i læreplanen for grunnskolen er for generelle, og målene bør presiseres nærmere.
4. Det bør utarbeides veiledningsmateriell for førstehjelp som inngår i utdanningsprogram for helse og oppvekstfag i videregående skole.
5. Krav om kunnskap og ferdigheter i førstehjelp og livbergende førstehjelp er så viktig at det bør inn i forskrift til rammeplanene for lærerutdanningene.
6. Det bør foretas en forskningsbasert evaluering av førstehjelpsopplæringen i utdanningssektoren.
  - NSF mener om forslag 1-6: Tiltakene støttes. Det er viktig at skolehelsetjenesten kobles på dette arbeidet.

## Kap 9 Medisinsk nødmeldetjeneste

1. Tekniske muligheter bør tas i bruk for å korte ned aksesstiden i LV-sentralene. Kommentar fra NSF: Støttes av NSF

2. Samarbeid mellom LV-sentraler kan styrke tjenesten og bidra til å gjøre sentralene mer robuste ved ulykker og større hendelser. Etablering av nettverk av LV-sentraler bør prøves. Felles ledelse bør prøves ut, med sikte på kompetanseutvikling og trening i samhandling om akuttmedisinske situasjoner.
  - NSF mener: NSF støtter forslaget.
3. Dersom det stilles krav til aksesstid i LV-sentralene, bør det ligge mellom krav til aksesstid i fastlegetjenesten og AMK-sentralene.
  - NSF mener: Forslaget støttes
4. Organiseringen av LV-sentraler må sikre at sentralene kan oppfylle krav til tjenesten, og blant annet sikre kontroll med akuttmedisinske ressurser og effektiv kommunikasjon med lege i vakt og med AMK-sentralene. Ansvaret for LV-sentral bør ikke legges til fastlegekontor.
  - NSF mener: Den lokale styringen av LV og ressurser til LV må styrkes. 2/3 av telefonhenvendelser til LV håndteres av spl alene alene. Forslaget støttes, men sykepleiekompetansen bør også nevnes.
5. Det bør legges økte ressurser i telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier i LV-sentralene fordi det kan spare ressursbruk til konsultasjoner og transport, og gir spart tid og ressurser for pasienter og pårørende.
  - NSF mener: Forslaget støttes
6. Utvikling av nasjonale telefontjenester som yter service mot alle LV-sentralene, bør utredes og utvikles. Et aktuelt område er innen psykisk helse og rus.
  - NSF mener: Dette har vært varslet i flere år. Det er viktig at man tar lærdom fra lignende tiltak i land vi kan sammenligne oss med. I Sverige har det vært en rekke saker der det har skjedd feil. Det er viktig at en slik ordning er godt koordinert med de enkelte LV sentralene og sikrer kvalitet i vurdering og oppfølging.
7. Legevaktsentraler og AMK bør ha tilknyttet spesialsykepleiere med akuttpsykiatrisk kompetanse, slik at de kan ha egne konsultasjoner med pasienter på telefon.
  - NSF mener: Forslaget støttes. Tiltaket vil være bra for å forebygge selvmord, unødvendige tvangsinnleggelse og sikre rett hjelp til rett tid. I tillegg er det viktig at den barnefaglige kompetansen på LV styrkes jf pasientgrunnlaget.
8. Nettbasert rådgivning og veiledning bør etableres innenfor medisinsk nødmeldetjeneste. En viktig del av veiledningen bør ta sikte på å gi råd til pasienter og pårørende om deres helseproblem kvalifiserer for kontakt mot medisinsk nødnummer, legevaktjenesten eller fastlegetjenesten, eventuelt andre helse- og omsorgstjenester.
  - NSF mener: Forslaget støttes. Tiden er overmoden for å utvikle bedre og kvalitetssikret nettinformasjon til befolkningen om hva man kan forvente seg



av de ulike tjenestene.

9. AMK-sentralene må ta i bruk logistikkverktøy og etablere nødvendig beslutningsstøtte. Medisinsk indeks bør valideres og gjøres tilgjengelig som elektronisk beslutningsstøtteverktøy.
10. En nasjonal veileder bør utvikles med krav til kompetanseutvikling i medisinsk nødmeldetjeneste, herunder retningslinjer for utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering. Det bør samarbeides med de andre nødetatene om dette.
11. Behovet for høyere utdanningstilbud i medisinsk nødmeldetjeneste og akademiske lærer- og forskerstillinger i faget bør utredes.
12. En nasjonal veileder som kan bidra til avklaring av ansvar, roller og funksjoner i AMK-sentralene bør utvikles. Veilederen bør tydeliggjøre hvordan AMK-sentralen ledes operativt.
13. De regionale helseforetakene bør klargjøre R-AMK-sentralenes rolle og gi dem nødvendige fullmakter. Likeledes formaliseres arbeidet til R-AMK-forum.
14. AMK-sentralenes myndighet til å kunne lede oppdrag og aksjoner bør tydeliggjøres.
15. Koordinering av luftambulanssevirkksomheten (AMK-LA-funksjonen for ambulanshelikopter) i hver region bør legges til R-AMK.
16. R-AMK bør få lege i kontinuerlig tilstedevakt.
  - NSFs kommentarer til punktene 9-16: NSF er involvert i oppfølgingen av disse punktene i et eget arbeid og er enig i hovedretningen.

NSF vil tillegge:

- Ansvaret for følgetjenesten med nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført fra kommunene til de regionale helseforetakene 1. januar 2010. Vaktberedskapen med kvalifisert jordmor er et lokalt kommunalt ansvar. Helseforetak og kommuner skal inngå felles avtaler om jordmortjenesten som sikrer forsvarlighet i fødselsomsorgen.

NSF mener derfor

- «Sørge for ansvaret» for følgetjenesten må tydeliggjøres. Halvparten av norske kommuner har ikke jordmor overhodet. Med sentraliseringstendensen i fødselsomsorgen og strenge seleksjonskrav, så må både finansierings og sørge for ansvaret ligge hos RHFene for å sikre forsvarlig følge ved risikofødsler. Først når jordmordekningen kommer opp på et vesentlig høyere nivå kan det bli aktuelt å se dette mer i sammenheng.

## **Kap 10 Øyeblikkelig hjelptilbudet i kommunene**

NSF støtte utvalgets beskrivelser om ønsket utvikling. Teambaserte( fler- og tverr faglige) tjenester bør inngå som en ny og sentral del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må utvikles virkemidler som gjør kommunene i stand til å utvikle slike teambaserte tjenester. Disse tjenestene, må utvikles til å være et kompetanse- og ressurscenter for den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste gjennom opplæring

og ambulante team både i hjemmetjenesten, omsorgsboliger og sykehjem. Mange steder vil det være hensiktsmessig og ønskelig å legge ansvar for LV og hjemmesykepleie samlet. Integreerte tjenester må utvikles til å bli et kunnskapsbasert kraftsentrum i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nouen peker på noen viktige og nødvendige utviklingsbehov, som NSF mener også vil kunne bidra til å utvikle hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mer teambasert og samlokalisert kompetanse vil ha en kvalitetsdrivende effekt som samlet vil møte befolkningens ønsker og behov. I tillegg vil det være et kommunalt kontaktpunkt for operasjonalisering av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. NSF vil understreke at en slik utvikling vil være vanskelig å realisere uten at det gjennomføres en grunnleggende endring i finansieringssystemene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene

#### En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste

1. Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelig-hjelptilbudet i sin kommune, som utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetak om felles planer for akuttmedisinske tjenester
2. Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
3. Det bør i størst mulig grad etableres tverrfaglige øyeblikkelig hjelp-team i kommunene med god kompetanse.
4. Regjeringen bør utrede virkemidler for å utvikle øyeblikkelig hjelp-team i kommunene.
  - NSF mener: Forslagene støttes, men det savnes en mer konkret vurdering av virkemidler for å utvikle tjenestene til å bli mer integrert og tverrfaglige. Videre arbeid må sees i sammenheng med oppfølgingen av meld 26 om fremtidens primærhelsetjeneste.

#### Styring og ledelse

1. Utvalget foreslår å styrke ledelsen og samle flere av de ulike ø-hjelptjenestene i kommunene, slik at de framstår som én tjeneste.
2. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av ø-hjelptjenestene i kommunene er representert.
3. I ethvert legevaktdistrikt uansett størrelse skal det være en medisinsk faglig legevaktleder i minst 20 pst. stilling. Hvis legevakten har et befolkningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjøre minst 50 pst.
4. Kommuneoverlegens rolle må styrkes, spesielt med hensyn til å utvikle samarbeid mellom de ulike ø-hjelptjenestene i kommunen.
5. Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.
  - NSF mener: at disse målsettingene ikke kan gjennomføres uten at det gjøres grunnleggende endringer i finansieringssystemene der man i større

grad forener det kommunale sørge for ansvaret og finansieringsansvaret for tjenestene. NSF støtter tiltak som tar sikte på å utvikle ledelse og å fremme samarbeid. Roller og nødvendig kompetanse må ta utgangspunkt i tjenestene som skal driftes på en måte som gir befolkningen gode tjenester, og ikke med utgangspunkt i profesjon. Det er nødvendig med flere spesialsykepleiere med god klinisk vurderingskompetanse som kan sikre forsvarlig oppfølging inn mot de eldre og syke, gjerne i et tverrfaglig ø-hjelps team.

#### Vurdering av legevakttjenesten

1. Utvalget foreslår at det 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.
2. Det 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 95 pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter.
3. Helsedirektoratet fastsetter nærmere retningslinjer for utforming og innhold i legevakttjenesten.
  - NSF mener: Behovet for å utvikle veiledere og nye forskrifter for legevaktstjenesten og ber om å bli involvert i arbeidet. NSF er usikker på om forslaget til responstid egner seg i en forskrift, men heller bør utformes som en norm forankret i en veileder.

#### Økt tilgjengelighet hos fastlegene:

1. Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp.
2. Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av ø-hjelppasienter registreres.
3. Legevakt bør gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.
  - NSF støtter forslagene

#### Fast lønn:

1. Fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen.
2. Det bør legges bedre til rette for flere fastlønte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.
3. Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevakttjenesten, og det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

- NSF mener: Forslagene er i tråd med våre innspill. Et annet viktig argument for fastlønn er at det bedre legger til rette for hensiktsmessig arbeidsdeling mellom personellgrupper.

#### Utrykninger og sykebesøk:

1. Lege og annet legevaktpersonell må i større grad enn i dag delta i utrykning ved varsling fra AMK-sentral.
2. Kommuner og helseforetak må etablere kvalitetsmål som måler andel legedeltakelse i akuttmedisinske utrykninger. Et første steg er en benchmarking der kommuner og helseforetak kartlegger og måler seg mot sammenlignbare kommuner og helseforetak. Nasjonale myndigheter bør stille krav om at kvalitetsmål innføres og følges opp jevnlig.
3. AMK-sentralenes varslingsplikt overfor legevakter må innskjerpes ved hastegrad akutt. Ved hastegrad haster må AMK-sentralene i større grad enn i dag varsle legevakt.
4. Nasjonale myndigheter bør igangsette forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader i færre sykehusinnleggelse og færre eller kortere ambulansetransporter. Forsøk bør settes i verk og evalueres.
5. På sikt må det etableres en eller flere nasjonale normer for legedeltakelse ved akuttmedisinske utrykninger.
6. Økt omfang 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.
7. 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.

- NSF støtter forslagene.

#### Forslag knyttet til styrket rekruttering i legevakt:

1. Det må legges til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid.
2. Det må etableres krav til legevaktjenesten som sikrer legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet med minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.
3. Ved utrykning og sykebesøk må lege og støttepersonell dra sammen og legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy
4. Legevakt bør telle i resertifiseringen for spesialiteten i allmenntidmedisin
5. Departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt.

- NSF mener om forslagene 1-5: NSF støtter forslagene, men vil understreke at det ida nesten utelukkende er sykepleiere og spesialsykepleiere som innehar den rollen som her refereres til som støttepersonell

## Kap 11 Ambulansetjenesten

Dette kapittelet har store mangler i hvordan tjenestene beskrives. I ambulansetjenesten jobber og bidrar det mange sykepleiere spesialsykepleiere, og jordmødre Det er derfor svært skuffende for en profesjon som tar mye ansvar i denne tjenesten at kapittelet kun omfatter ambulansesfag og medisin,

I Norden er anestesi både en lege og en sykepleie spesialitet. Denne modellen bidrar til at kompetansetilgang ikke er et problem i Norden. Anestesisykepleiernes rolle og funksjon i dag, samt utviklingspotensialet videre er fraværende i utredningen. I tillegg baserer utvalget sine konklusjoner på rapporter fra land, det ikke er mulig å sammenligne seg med, gitt at disse, herunder Skottland, ikke har utviklet anestesikompetanse hos sykepleiere. Derfor blir situasjonsbeskrivelsene og tiltakene som foreslås, så langt fra virkeligheten at det er nødvendig med en ny gjennomgang for å sikre at det er samsvar mellom tiltak og øvrige politiske målsettinger om å utvikle denne tjenesten. I forhold til spesialsykepleiere og leger, så foreslår utvalget med sine tiltak, slik vi ser det, en oppgaveglidning fra spesialsykepleier til uerfarne leger. NSF vil tro at dette ikke er gjennomtenkt og vil derfor understreke at tiltakene kan bidra til en reversering av den kompetansen som er utviklet over lang tid og som har vært en suksess. I tillegg er det en tendens som bryter med den overordnede politikken om å bruke tilgjengelig kompetanse på en best mulig måte og legge til rette for fornuftig og bærekraftig arbeidsdeling. Et annet element, som også mangler er følgetjenesten knyttet til risikofødsler, som ikke er utviklet i takt med sentraliseringen av fødetilbud. I en egen rapport fra ambulansesarbeiderne selv, oppgis det at det i disse tilfellene oppleves som uttrykt at ambulansesfagarbeider ofte står alene. NSF er opptatt av at finansierings og sørge for ansvaret for følgetjenesten knyttet til risikofødsler må tydeliggjøres. Halvparten av landets kommuner har ingen jordmortjeneste. Derfor må ansvaret for denne funksjonen legges til RHFene.

1. Det etableres en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansesfaget på bachelornivå.
  2. Fagplanene for dagens ambulansesarbeiderutdanning må revideres. En slik revisjon bør også inneholde løsning på dagens aldersutfordringer knyttet til førerkortkrav i ambulansetjenesten.
  3. Det foretas endringer i kravene til kompetanse i akuttmedisinforskriften slik at intensjonene i utdanningen av ambulansesfaget ivaretas.
  4. Samarbeidsprosjekter der ambulansespersonell involveres i primærhelsetjenesten settes i gang og evalueres (jf. paramedic practioners i Skottland)
- NSF mener om punkt 1-4: Når det gjelder behovet for å opprette en egen ambulansesfagutdanning på bachelornivå viser vi til tidligere innspill i saken. Det er også viktig at når man ser på hvordan kompetansebehovet og reguleringen av rett kompetanse i tjenesten skal skje, legger til rette for en fleksibel og bærekraftig bruk av kompetanse i ambulansetjenesten, herunder sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere, som jobber i og bidrar inn i

- tjenesten og gjør en god jobb. Uansett grunnkompetanse vil det også i fremtiden i visse situasjoner være behov for tilleggskompetanse i enkelte prehospitale oppdrag. Speialsykepleieres deltakelse i prehospitale oppdrag er en forsterkning av teamet .Når det vises til erfaringer fra Skottland så er det viktig å understreke at vi i Norge har utviklet spisskompetanse i sykepleie innen akuttberedskap, de ikke har i Skottland. Derfor bør slike prosjekter tilpasses norske forhold og øvrige kompetansebehov i tjenestene.
5. Der det er pasientgrunnlag for det, etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåking eller behandling (syketransportbiler).
    - NSF støtter forslag 5.
  6. Helseforetakene gjennomfører analyser av hvilke former for anestesilegeutrykning som er best egnet i sine områder.
    - NSF mener om 6: Dette punktet må utvides til også å omfatte uttrykning med anesthesisykepleiere. Det er forskjeller mellom hvordan kompetansen brukes. Undersøkelser der man sammenligner uttrykning med anesthesisykepleier i Østfold med uttrykninger med anestsibemannet legebil i Oslo, viser at anesthesisykepleier i Østfold håndterer tilsvarende grad av alvorlige tilfeller, som anestesilegene i Oslo. Rett bruk av kompetanse for å ivareta RHFenes sørge for ansvar , må være utgangspunktet for en slik analyse og ikke profesjon.
  7. Helseforetakene bør samarbeide rundt etablering av intensivambulanser med vaktordning for sykehusbasert spesialfølge.
    - NSF mener om forslag 7: Med økende grad av funksjonsfordeling mellom sykehus kan behovet for å følge kritisk syke pasienter til andre sykehus forventes å øke både når det gjelder akutte og planlagte situasjoner. NSF mener at faste vaktordninger for sekundæroppdrag med fordel kan kombineres med deltagelse i primæroppdrag. Gjennom faste vaktordninger for dedikert personell, oftest anesthesi- og intensivsykepleiere, gis forutsigbarhet for alle parter. De sykepleierne som deltar i disse vaktordningene er kjent med utstyr, prosedyrer og transportfartøy (ambulanser, fly og helikopter) som brukes. Dette er svært viktig for alle parter for å kunne gjøre en faglig god jobb under mer ukjente rammer. I sykehusenes/helseforetakenes beredskapsplaner er anesthesisykepleiere blant annet tildelt oppgaver med å kunne rykke ut ved store ulykker og katastrofer for innsats på skadested/samleplass. Det forutsetter kunnskap. En viktig måte å skaffe slik kunnskap og erfaring på er nettopp å delta i «dagliglivets hendelser».
  8. Regelverk som handler om båtambulansen gjennomgås med formål å forenkle, samordne, tydeliggjøre og redusere muligheter for spill og unødvendig byråkratiske løsninger.
    - NSF støtter forslag 8.
  9. Offentlig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten bør utredes.
    - NSF støtter forslag 9.

10. Regionale helseforetak må i samarbeid sikre at planlegging og utvikling av luftambulansetjenesten inngår som en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Konkrete retningslinjer for bruk av tjenesten må utvikles lokalt for å sikre et likeverdig helsetjenestetilbud.

- NSF støtter forslag 10.

## Kapittel 12 psykisk helse og rus

Kapittelet gir en god beskrivelse av de utfordringer som akutte tjenester står overfor innen tjenestefeltene psykisk helse og rus. De presiserer blant annet at fastleger og legevakt har en lovpålagt plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. Det gis i utredningen helt klare føringer på at denne plikten bør være likestilt overfor mennesker som har behov for akutte tjenester innen psykisk helsesvikt og / eller rus som innen somatisk helsesvikt. Dette er svært bra.

I andre avsnitt i kap 12.1 bør imidlertid noe av teksten endres. Det står: «Undersøkelser og behandling for psykisk sykdom og ruslidelser gis både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten er fastlegene og legevakt de viktigste aktørene.» Det står videre at «I tillegg har mange kommuner tilbud om .....

Dette gir ikke et riktig bilde av omfanget av kommunal tjenesteyting over for disse gruppene. Hele to tredjedeler av norske kommuner har organisert psykisk helsearbeid i egen enhet, mens tilnærmet en tredjedel har organisert kommunalt rusarbeid i egen enhet. Ca. en fjerdedel av kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet i sammen med rus. Den resterende del av kommunene har valgt andre organisasjonsformer for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Alle kommuner har et organisert arbeid innen tjenestefeltene, og ikke bare «mange». Dessuten er disse tjeneste under utvikling.

Det bør isteden stå.

*«I primærhelsetjenesten er fastlegene og legevakt, i sammen med de kommunalt psykisk helse- og rustjenestene, de viktigste aktørene.»*

Det er svært positivt at utvalget anerkjenner behovet for akutt psykiatrisk helse og ruskompetanse på legevakt og AMK. Det vil bidra til å styrke tjenestetilbudet til denne pasientgruppen. Som det påpekes i utredningen er det mange som vil være i behov av akutte tjenester utenfor «kontortiden». Av hensyn til kvalitet i tjenesten og reduksjon av tvangsbruk vil psykisk helse og ruskompetanse være viktig. Særlig i den tid det er store variasjoner og begrensninger i de ambulante og akutte tjenestene ved DPSene. Sykepleiere innen for legevakt har en lang tradisjon for å arbeide tett og tverrfaglig med legevaktslegene. Som utvalget foreslår vil spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus være med på å styrke kommunale akutte tjenester. Dette er særlig viktig i en tid hvor kommunene vil ha et økende ansvar overfor mennesker som sliter med psykisk helsesvikt og rus, også på døgn fra 2017.

Dette er en pasientgruppe som ofte har vært kasteballer i systemene, og til dels stemoderlig behandling. Særlig gjelder dette gruppen hvor tvang er aktuelt og akutte henvendelser på rus. Det er pr i dag en utfordring å gi akutte, tilgjengelige og differensierte tjenester til disse gruppene. Sykepleiere på legevakt og AMK vil både kunne ivareta akutfaglige vurderinger og bidra til å koordinere oppfølgingen av pasienten. Det være seg om de går tilbake til den kommunale psykisk helse- og rustjenesten, eller henvises til øyeblikkelig hjelp innen spesialisthelsetjenesten, herunder DPS.

Som utredningen beskriver, er det mange legevaktspasienter med alvorlig helseutfordringer innen psykisk helse og rus. I verste fall hvor livet står på spill. Det være seg vurdering av suicidal atferd, alvorlig psykoser, voldsrisiko og overdoser/ intoksikasjon av mennesker i alle aldre. Det er derfor svært viktig med rammer som gir mulighet for gode vurderinger og gode handlingsvalg over for denne pasientgruppa. Til tross for politisk og nasjonale faglige intensjoner er det fremdeles store variasjoner i de akutte tjenestene. Det gjelder, som det påpekes i utredningen, blant annet innen de akutte oppsøkende helseteam fra DPS. «Akutteamene i Norge er bare delvis implementert i henhold til modellen for ambulante akutteam og at de har derfor heller ikke fullt ut fylt denne rollen som de har vært tiltenkt i psykisk helsevern.» Noen team opererer også etter prinsippet om henvisning fra fastlege, noe som må sies å være kontraindisert jmfør prinsippet om rask og tilgjengelig helsehjelp.

Som det påpekes i utredningen er ambulansse og politi viktige støttespillere ved etablering av tjenester til mennesker med alvorlig psykisk helsesvikt og / eller alvorlige rusproblemer. Det må sørges for nært og operativ samhandling som ivaretar både kravene om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette er særlig viktig overfor sårbare pasienter som er i krenkbare og umyndiggjorte situasjoner. God kompetanse om psykisk helse og rus hos ambulanssepersonellet er en forutsetning for gode tjenester til denne gruppa. Politiet har en viktig rolle der det foreligger en voldsrisiko, og hvor sikkerheten til pasienter, ansatte og andre er truet. Det være seg på legevakt, og i transportsituasjoner over kortere eller lengre distanser.

- NSF mener i likhet med utvalget at akutttilbudet til mennesker med psykisk helse- og alvorlige rusproblemer på styrkes. NSF slutter seg derfor til utvalgets forslag om behovet for økt tilgjengelighet, kompetanse, sikkerhet og behovet for informasjon knyttet til vurdering av alvorlighet med tilhørende underpunkter. Særlig vil vi fremme behovet for gode tverrfaglig vurderinger hvor liv og helse står på spill. Her vil spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus med legevaktserfaring bidra til utvikling av gode kommunale akutte tjenester til denne pasientgruppen.
- NSF mener videre at det er viktig å utvikle sykepleiekompetansen innen psykisk helse- og rus i kommunene særlig dersom øyeblikkelig hjelp døgn og ordning for ferdigbehandlede fra døgnbehandling innen PH og TSB, slik det er varslet. Hjemmesykepleien er en viktig arena for å håndtere og utvikle tilbudet.
- NSF mener at de psykososiale kriseteamene burde vært omtalt i tilknytning til utvikling av LV. Disse er særlig viktig ift til oppfølging av pårørende ved selvmord og andre traumatiske hendelser.

### **Kapittel 13 Hjerneslag**

Selv om Norge har god slagbehandling kan den bli bedre. Da er blant annet raskere diagnostikk for utvelgelse av pasienter til behandling med trombolyse (blodpropløsende behandling), eller eventuelt trombektomi (fising av blodpropp), viktig. I tillegg er det fortsatt avgjørende for pasienter som har eller ikke har gjennomgått denne behandlingen å komme til en god slagenhet for videre oppfølging.



Det er mange ulike faktorer som kan bidra til en raskere og bedre behandling ved akutt hjerneslag, og utvalget har mange gode forslag. Nedenfor kommenterer LHL Hjerneslag en del av forslagene i forhold til det vi anser som viktig for god akutt slagbehandling.

### 1. Undervisning om slagbehandling for helsepersonell.

- NSF mener: Det er et uutnyttet potensiale for å bidra til bedre og raskere slagbehandling ved en systematisk kompetanseheving for helsepersonell. Pasientene varsler ikke alltid om hjerneslag ved å kontakte 113, men henvender seg andre steder som for eksempel til fastlege, legevakt, hjemmesykepleie eller direkte oppmøte på akuttmottak. Her bør pasientene møte helsepersonell med kompetanse på å identifisere akutt hjerneslag og hvilke tiltak som bør settes i verk. Alt for mange pasienter rapporterer i dag til oss at de ikke har blitt tatt på alvor med slagsymptomer når de har kontaktet andre enn 113.

### 2. Inkludere prehospital diagnostikk, triagering og transport i revisjonen av nasjonale retningslinjer for slagbehandling

- NSF mener: De nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag har vært i flittig bruk etter utgivelsen i 2010. Å innlemme prehospital diagnostikk, triagering og transport i disse kan være et godt hjelpemiddel for å gjøre denne delen av slagbehandlingen ytterligere kjent. Vi støtter også det uttrykte behovet for en oppdatert versjon av medisinsk indeks til bruk for AMK.

### 3 Utvikling av bildediagnostikk

- NSF mener: For å stille presis diagnose er man avhengig av avansert bildediagnostikk, som må være operativ hele døgnet, også på lokalsykehus og rundt om i distriktene. I nasjonal helse- og sykehusplanen pekes det på at det for mange pasienter i framtida, så kan blodproppløsende behandling startes ved små sykehus eller kanskje i ambulansen, men hvis blodproppen må fiskes ut gjennom blodåresystemet, må behandlingen skje ved større sykehus. Har man ikke et godt tilbud om røntgendiagnostikk hele døgnet, vil ikke pasientene som kommer inn utenfor aktiv vakt få rask nok diagnose og gå glipp av verdifull behandling. Alle lokalsykehus som behandler hjerneslag bør ha et reelt døgntilbud med CT og lege med minimum lege i spesialisering –kompetanse (LIS) på vakt. I tillegg bør sykehuset ha en egen dedikert slagenhet. De bør ha gode rutiner på konferering med et større slagsentra, helst med tilgang på teleslag.
- NSF mener det er et stort potensial å gjøre teknologi knyttet til utredning tilgjengelig i hjemmesykepleien for å unngå unødvendige innleggelse, samt sikre rask respons på begynnende hjerneslag.

### 3. RHFene utvikler egen strategi for hjerneslag

- NSF mener: De regionale helseforetakene bør, slik utvalget foreslår, utvikle sin egen strategi for hjerneslag. I den sammenheng er det avgjørende å organisere en god triagering i forhold til hvilke slagpasienter som skal hvor. Vi mener det er viktig fortsatt å ivareta den viktige behandlingen som foregår på landets slagenheter i en tid hvor det ses stor gevinst i bruk av mer avansert behandling. For majoriteten av de slagrammede er slagenhetsbehandling fortsatt det viktigste tiltaket og dette må ikke miste fokus ved en ny organisering. En kan se for seg at om mange pasienter skal forbi lokalsykehuset og direkte til et spesialisert slagsenter så kan de bli triagert på et lavt nivå etter avklaring av at trombektomi behandling ikke kan gjennomføres. Det er viktig at de da ikke blir liggende lenge i et akutt mottak og vente på overføring til lokalsykehuset og videre behandling i slagenheten. Dette er særlig ugunstig for de eldre pasientene.
- Mange har nytte av behandling i en desentralisert slagenhet med tilbud om trombolyse. Dette fordrer at kvaliteten på behandlingen er god. Kvalitetsindikatorerne fra Norsk Hjerneslagregister er gode parametre for å vurdere kvaliteten i slagenhetene. I tillegg bør det stilles krav til slagkompetansen hos det medisinske og tverrfaglige team. På disse slagenhetene er kjennskapen til det lokale rehabiliteringstilbudet god og forutsetningene for kontinuitet i forløpet til stede.
- Samtidig mener vi det er viktig at det er et definert sted i de regionale helseforetakene som har et tydelig faglig hovedansvar for slagbehandlingen i sitt distrikt med gode rutiner for kompetanseutveksling og gjensidig hospitering. På denne måten kan de mer desentraliserte slagenhetene nyte godt av den spesialiserte slagkompetansen i spesialistsentrene.

### **Avsluttende kommentarer**

NSF takker for involveringen i arbeidet og ønsker å være en konstruktiv bidragsyter i det videre arbeidet. Vi mener det er mye positivt i utredningen, men at det blir krevende å følge opp så mange enkeltpunkter som det legges opp til. Her gjenstår det et betydelig prioriteringsarbeid.

Med vennlig hilsen

Eli G. By  
Forbundsleder

Kari Elisabeth Bugge  
Fagsjef

Kopi: [Kopi her]