

Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet

Akuttutvalgets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 31. oktober 2014

INNHOOLD

1	INNLEDNING	7
1.1	Akuttutvalgets mandat	7
1.2	Delrapport som innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om primærhelsetjenesten	7
1.2.1	Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan	7
1.2.2	Innspill til Stortingsmelding om primærhelsetjenesten	8
1.3	Utkast til akuttmedisinforskrift	8
1.4	Begrepene i rapporten	9
1.5	Sammendrag	9
1.5.1	Felles tiltak for å møte felles utfordringer	10
1.5.2	Utalgetts forslag til endringer i kommunenes ø-hjelptilbud	11
1.5.3	Utalgetts forslag til endringer i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten	12
2	STATUS, UTVIKLINGSTREKK OG FELLES UTFORDRINGER	13
2.1	Utviklingstrekk som påvirker etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	13
2.1.1	Demografi	13
2.1.2	Sykelighet og epidemiologi	14
2.1.3	Medisinsk spesialisering	15
2.1.4	Tilgjengelighet (avstand og reisetid) til sykehus og legevakt	16
2.1.5	Nødnett og ny teknologi	17
2.1.6	Forventningsgapet	19
2.2	Sentralisering av tjenester	19
2.2.1	Sentralisering av akuttfunksjoner i sykehus	19
2.2.2	AMK-sentraler og legevaktsentraler	21
2.2.3	Legevakt	22
2.2.4	Ambulansetjenesten	22
2.3	Kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus	22
2.4	Elektronisk pasientjournal (EPJ)	23
2.5	Få nasjonale krav i lover og forskrifter	24
2.6	Samhandling mellom foretak og kommuner – samhandlingsavtaler og samtrening	24
2.6.1	Samhandlingsavtaler	24
2.6.2	Krav til samtrening	25

2.7	God akuttberedskap gir trygghet	26
2.7.1	Hjertestans utenfor sykehus	26
2.7.2	Hjerneslag	28
3	KOMMUNENS ØYEBLIKKEG HJELP TILBUD	29
3.1	Innledning	29
3.2	Utviklingstrekk	29
3.2.1	Nye behov og framtidens pasienter i kommunene	29
3.2.2	Nye ø-hjelptilbud i kommunene	29
3.2.3	Fastlegenes ø-hjelptilbud	31
3.2.4	Pasientbehandling i legevaktjeneste	32
3.2.5	Organisatoriske endringer i legevakt	33
3.2.6	Bemanning - som regel én lege på vakt	34
3.2.7	Prioritering av pasienter i legevakt	34
3.2.8	Sykebesøk og utrykninger	38
3.3	Utfordringer	42
3.3.1	Utfordring 1: Et lite helhetlig ø-hjelptilbud i kommunene	42
3.3.2	Utfordring 2: Prioritering av pasienter i legevakt	43
3.3.3	Utfordring 3: Rekruttering til legevakt blir ikke lettere i framtiden	45
3.3.4	Utfordring 4: Lang reisevei for mange innbyggere	46
3.3.5	Utfordring 5: Behov for et kvalitetsløft	48
4	PREHOSPITALE TJENESTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	49
4.1	Innledning	49
4.2	AMK-sentralene	49
4.2.1	Organisering av AMK-sentralene	50
4.2.2	Samarbeid med nødetatene brann og politi	51
4.2.3	Bemanning og kompetanse	51
4.2.4	Aktivitetsutvikling	51
4.2.5	Vurdering av hastegrad	52
4.2.6	Utfordringer AMK - sentralene	52
4.3	Status ambulansetjenesten	53
4.3.1	Organisering av ambulansetjenesten	53
4.3.2	Aktivitetsutviklingen i ambulansetjenesten	54
4.3.3	Akuttoppdragenes epidemiologi	55
4.3.4	Utviklingen innen bilambulanse	55
4.3.5	Båtambulansen	57
4.3.6	Utdanning og kompetanse	57
4.3.7	Videreutdanning for ambulansespersonell	58
4.3.8	Utdanningsbakgrunn og antall ansatte i ambulansetjenesten	58
4.3.9	Utfordringer ambulansetjenesten	59
4.4	Responstider	60

4.4.1	Responstider for ambulansetjenesten i andre land	61
4.4.2	En ny tilnærming	61
4.5	Luftambulansetjenesten	62
4.5.1	Organisering og finansiering	62
4.5.2	Kostnader	63
4.5.3	Kompetanse og bemanning	64
4.5.4	Rekvirering av luftambulanse	65
4.5.5	Aktivitetsutvikling	66
4.5.6	Redningshelikoptre	68
4.5.7	Legebil	68
4.5.8	Responstider og dekningsgrad	69
4.5.9	Nytteeffekten av legebemannet ambulanse	69
4.5.10	Luftambulansens pasienter	70
4.5.11	Utfordringer	71
4.6	En sammenhengende akuttmedisinsk kjede	72
5	PREHOSPITALE TJENESTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN I ANDRE LAND	73
5.1	Sverige	73
5.1.1	Ambulansetjeneste	73
5.1.2	Nødmeldetjeneste	74
5.1.3	Luftambulanse	74
5.1.4	Kompetanse	74
5.1.5	Responstider og ambulansejournal	74
5.1.6	Kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden	75
5.2	Danmark	75
5.2.1	Ambulansetjeneste	75
5.2.2	Nødmeldetjeneste	75
5.2.3	Luftambulanse	75
5.2.4	Legebemannet utrykningstjeneste	75
5.2.5	Kompetanse	75
5.2.6	Responstider og ambulansejournal	76
5.2.7	Kvalitetsindikatorer	76
5.3	Storbritannia	76
5.3.1	Ambulansetjeneste	76
5.3.2	Nødmeldetjeneste	76
5.3.3	Luftambulanse	76
5.3.4	Kompetanse	77
5.3.5	Responstider og ambulansejournal	77
5.3.6	Kvalitetsindikatorer	78
5.4	Nederland	78
5.4.1	Ambulansetjeneste	78
5.4.2	Nødmeldetjeneste	78
5.4.3	Luftambulanse	79
5.4.4	Kompetanse	79

5.4.5	Responstider	79
5.4.6	Kvalitetsindikatorer	79
6	UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG	79
6.1	Innledning	79
6.2	Framtidens helsetjenester og utfordringer i dag	80
6.3	Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus	82
6.4	Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser	82
6.5	Ledelse	84
6.5.1	Akuttmedisinske tjenester i kommunene	84
6.5.2	Ledelse og samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten	86
6.6	Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning	87
6.7	Responstider	90
6.8	Utdanning innen ambulansefaget	91
6.9	Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken	92
6.10	Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene	93
6.10.1	En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene	93
6.10.2	Vurdering av legevaktjenesten	95
6.10.3	Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn	97
6.10.4	Bedre prioritering i legevakt: Krav til økt omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt	98
6.10.5	Bedre prioritering i legevakt: Bedre tilbud til psykisk syke og personer med rusproblemer	99
6.10.6	Bedre prioritering i legevakt: Økt tilgjengelighet hos fastlegene	100
6.10.7	Bedre prioritering i legevakt: Telefon som viktigste kontaktmåte og fastsetting av hastegrad	101
6.10.8	Behov for økt rekruttering: Samordnede tiltak	101
6.10.9	Lang reisetid for innbyggerne: Nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne	104
6.10.10	Behov for et kvalitetsløft: Nye kompetansekrav i legevakt	105
6.10.11	Styrking av fastlegeordningen	106
6.11	Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten	106
6.11.1	Sykehusstruktur og prehospitale tjenester	106
6.11.2	Medisinsk nødmeldetjeneste og faglig samarbeid med politi og brannvesen	107
6.11.3	Ambulansetjenesten	107
6.11.4	Luftambulansetjenesten	109
6.11.5	Hjerneslag	111
6.12	En sammenhengende akuttmedisinsk kjede	111

7	ØKONOMISK-ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	113
7.1	Forslagene som omhandler kommunehelsetjenesten	113
7.1.1	Maksimal reisetid for innbyggerne i hvert legevakt-distrikt (jf. 6.10.9)	113
7.1.2	Uniformert legevaktbil med støttepersonell (jf. 6.10.8)	115
7.1.3	Fastlønn (jf. 6.10.3 og 6.10.8)	116
7.1.4	Ledelse på kommunalt nivå (jf. 6.5.1)	116
7.1.5	Andre forslag	117
7.2	Forslagene som omhandler spesialisthelsetjenesten	117
7.2.1	Ledelse (jf. 6.5.2)	117
7.2.2	Bachelor i paramedic (jf. 6.8)	117
7.2.3	Community paramedic (jf. 6.9)	117
7.2.4	Differensiert ambulansetjeneste (jf. 6.11.3)	118
7.2.5	Ambulanseutrykninger med lege fra helseforetaket (jf. 6.11.3)	118
7.2.6	Konsekvenser for den akuttmedisinske kjede ved endringer i sykehusstruktur (jf. 6.11.1)	118
7.2.7	Utvidet åpningstid i DPS (jf. 6.10.5)	118
7.3	Kvalitet og pasientsikkerhet (jf. 6.6 og 6.7)	118

1 Innledning

1.1 Akuttutvalgets mandat

Akuttutvalget er et offentlig utvalg, ledet av fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Regjeringen oppnevnte Akuttutvalget høsten 2013. Utvalget har i mandat å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. For legevakt er det gitt i mandat å foreslå nasjonale krav til legevakt og i tillegg skal utvalget se på de frivilliges rolle og befolkningsperspektivet. Utvalget er også bedt om å avklare roller, se på behov for folkeopplysnings- og kompetansehevingstiltak, utrede samarbeidsformer, etablere felles strategier og tiltak på tvers av organisasjoner, og gjennomgå dagens regelverk. Fristen for den offentlige utredningen er 1. desember 2015.

1.2 Delrapport som innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om primærhelsetjenesten

Regjeringen skal i løpet av 2015 legge fram en Stortingsmelding om primærhelsetjenesten og en Nasjonal helse- og sykehusplan. Organiseringen av framtidens primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og innretning på den akuttmedisinske kjeden, henger nært sammen.

I brev datert 12. mai 2014 har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Akuttutvalget om å levere to rapporter som ledd i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Akuttutvalget mener det er hensiktsmessig å gi en samlet beskrivelse av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og leverer derfor en rapport som innspill til de to stortingsmeldingene. Innholdet i delrapporten er spisset mot de utfordringer som stortingsmeldingene skal adressere og utvalget har valgt å konsentrere seg om ambulansetjenestene og legevakt. Rapporten er skrevet innenfor et begrenset tidsrom og det har ikke vært mulig å få utredet alle aspekter og virkninger av forslagene.

Akuttutvalget vil i sitt videre arbeid videreutvikle flere av problemstillingene og tjenesteområdene fra denne delrapporten sammen med de områder i mandatet som ikke er behandlet. Spesielt vil vi peke på at ø-hjelp-tilbudet til psykisk syke og personer med rusproblemer i liten grad er omtalt. De frivillige rednings- og beredskapsorganisasjoners rolle, AMK-sentralene og legevaktsentralene er andre aktører som er lite omtalt og som utvalget vil komme nærmere tilbake til i den offentlige utredningen med frist i desember 2015. Det gjelder også utfordringer med tidlig diagnostikk og behandling av hjerneslag.

1.2.1 Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonale helse- og sykehusplan skal skissere prinsipper og kriterier for ulike typer sykehus og framtidig sykehusstruktur, slik at Stortinget kan vedta nasjonale prinsipper for sykehusstruktur og hvilke typer sykehus og andre virksomheter spesialisthelsetjenesten skal ha. Nasjonal helse- og sykehusplan skal være regjeringens operative redskap for å ruste tjenesten til å møte det framtidige

behovet for helsetjenester. Ett av flere mål for planen er å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet i hele landet.

Helse- og omsorgsdepartementet har uttrykt behov for at akuttutvalget spesielt drøfter utfordringer og foreslår tiltak i ambulansetjenesten i innspillet til Nasjonal helse- og sykehusplan. Akuttutvalget har derfor spisset innspillet i tråd med det. Utfordringer med tidlig diagnostikk og behandling av hjerneslag vil også få en utvidet omtale i NOU.

1.2.2 Innspill til Stortingsmelding om primærhelsetjenesten

Stortingsmelding om primærhelsetjenesten legges fram våren 2015. Det er varslet at målet er å bygge en moderne primærhelsetjeneste som svarer på det samhandlingsreformen krever. Helse- og omsorgsministeren har i taler lagt vekt på behovet for å rekruttere helsepersonell med høyere utdanning som vil bli i kommunen og bygge attraktive og spennende fagmiljøer som igjen rekrutterer gode folk. Andre mål er å utvikle nye arbeidsmåter og nye tilbud, og få mer tverrfaglighet og større bredde i yrkesgruppene i kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Akuttutvalget om å foreslå nasjonale krav til legevakt for en styrket legevaktjeneste. Dette er derfor et hovedinnhold i omtalen av kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud. Utvalget har lagt vekt på å foreslå innføring av noen få, men høyt prioriterte nasjonale krav som kan få betydning for den framtidige utviklingen av legevaktjenesten. Utvalget har gått inn for krav som har som mål å skape en bedre dimensjonering av tjenesten i ulike deler av landet med høyere kvalitet og sterkere prioritering av dem som trenger tjenesten mest. Det er også lagt vekt på å utvikle forslag som kan lette rekrutteringen av personell.

1.3 Utkast til akuttmedisinforskrift

I regjeringen Solbergs politiske plattform er det satt som mål å styrke kvaliteten og innføre strengere krav til legevaktstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet la sommeren 2014 fram forslag til revidert akuttmedisinforskrift.

Sentrale forslag i høringsutkastet til ny akuttmedisinforskrift er blant annet presisering av utrykningsplikt for legevakt ved ulykker og andre akutte tilstander, nye kompetansekrav til legevaktlege, plikt til å etablere bakvaktordninger der lege i vakt ikke oppfyller kompetansekravene, forsterkning av plikten til samhandling og styrket samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene, krav til aksestider for legevaktssentraler og AMK-sentraler, krav til nasjonalt legevaktnummer m.m. I forslaget er det også stilt krav om at også én person til, utover den som må være ambulansearbeider, skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell med nødvendig ambulansesfaglig kompetanse. I tillegg må begge personene som skal bemanne ambulansen ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført en høring av ny akuttmedisinforskrift i 2014. Akuttutvalget har valgt ikke å kommentere forslagene til høringsutkastet, men flere av områdene som er omtalt i denne rapporten er omtalt i forslag til ny akuttforskrift.

1.4 Begrepene i rapporten

Helseforetak og kommuner har sammen et ansvar for å sikre et godt akuttmedisinsk tilbud. Begrepet akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er definert i gjeldende akutforskrift til å gjelde medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Akuttutvalgets mandat omfatter også fastlegene og nye ø-hjelp-døgntilbud. I denne rapporten brukes begrepet akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus om alle disse tjenestene.

Adjektivet ”prehospital” er synonymt med tiltak som foregår utenfor sykehus, som regel i forkant av ankomst til sykehus. Prehospital brukes i denne rapporten i enkelte sammenhenger som uttrykk for all aktivitet som skjer utenfor sykehus, som for eksempel omtalen av prehospitalt responstider eller innsatstider. I omtale av de enkelte tjenestene, er prehospitalt tjenester i hovedsak brukt om spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, det vil si akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) og ambulansetjeneste, mens ”akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus” er brukt om de samlede tjenestene, jf. forrige avsnitt.

AMK-sentraler og legevaktsentraler (LV-sentraler) bruker Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp for å sette hastegrad og prioritere. Det er tre hastegrader. Rød er høyeste hastegrad og brukes for antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke og lege alarmeres. Gul er mellomste hastegrad og brukes for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet eller tilstander der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege. Grønn er laveste hastegrad og brukes for tilstander der det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

1.5 Sammendrag

Akuttutvalget er bedt om å levere delrapport som innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med Stortingsmelding om primærhelsetjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan. Denne delrapporten er spisset mot de utfordringene som stortingsmeldingene skal adressere. Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdraget til Akuttutvalget uttrykt at det er nødvendig å foreslå tiltak for en styrket legevakttjeneste, og dette er derfor et hovedinnhold i omtalen av kommunenes ø-hjelpstilbud. Videre er det uttrykt behov for at innspillet til Nasjonal helse- og sykehusplan drøfter og foreslår tiltak i ambulansetjenesten, og det er derfor vektlagt i innspillet til helseplanen. Utvalget ønsker å gi en samlet beskrivelse av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, og leverer derfor en samlet rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

De siste tiårene har norsk helsetjeneste gjennomgått viktige endringer. Sentralisering av sykehusfunksjoner, samling av akutfunksjoner ved færre sykehus og større og færre legevakter påvirker behovet for og etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utviklingen har ført til at det prehospitalt rom er blitt utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før. Kortere liggetid i sykehus har dessuten medført at flere pasienter tas hånd hjemme i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenester og kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det har foregått store og viktige endringsprosesser i helsetjenesten i de 16 årene som er gått siden forrige Akuttutvalg la fram sin innstilling. Fastlegereformen (2001), helseforetaksreformen (2002) og

Samhandlingsreformen (2009) er tre sentrale reformer. Fra 2016 lovfestes nye øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Regjeringen planlegger dessuten en kommunereform. Med større kommuner er det sannsynlig at enkelte funksjoner sentraliseres. Det aktualiserer behovet for å se på ny hvordan akuttmedisinske tjenester rettes mot utkantene og spredtbygde områder i kommunene, men også på de kapasitetsutfordringer som de store byene representerer for ambulansetjenesten.

1.5.1 Felles tiltak for å møte felles utfordringer

Utvalget foreslår en tydelig nasjonal strategi for å møte utfordringene. Innholdet i en nasjonal strategi må sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område, bedre samarbeidet og styrke ledelsen, heve kvaliteten i tjenestene og styrke forskningen, innføre nasjonale kvalitetsmål, heve utdanningsnivået og kompetansen hos personellet. Videre må strategien øke samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og fremme nytenkning om bruken av personell i tjenesten. Utvalget foreslår også at en nasjonal strategi må ta sikte på å styrke ø-hjelptilbudet i kommunene og de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetak og kommuner må i større grad sikre en felles planlegging av de akuttmedisinske ressursene. Samhandlingsavtalene som omhandler akuttmedisinske tjenester må revitaliseres, konkretiseres og settes i verk. Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og helseforetak må utarbeide forpliktende og operative planer for tjenesten.

I helseforetak bør ledere av prehospitale tjenester få en mer framskutt posisjon i egen organisasjon ved at de regionale helseforetakene etablerer strukturer som sikrer bedre samordning på nasjonalt nivå. I kommunene pekes det på behov for at man samler flere av de ulike ø-hjelptilbudene, slik at de i større grad framstår som én tjeneste, med en felles ledelse. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert, og kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes.

Utvalget foreslår et kvalitetsløft som innebærer at det bygges opp et nasjonalt fagmiljø for analyse, forskning og utvikling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det etableres data, kodeverk, nasjonale kvalitetsmål og nasjonale kvalitetsindikatorer for alle akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er behov for mer offentlig finansiert forskning og en kraftsamling av kompetansemiljøene i den akuttmedisinske kjeden. Elektronisk pasientjournal må tas i bruk i ambulansetjenesten og det må legges til rette for elektronisk meldingsutveksling.

Utvalget foreslår en ny tilnærming til responstider. Responstider bør innføres som en del av nasjonale kvalitetsmål for hele den akuttmedisinske kjeden. Ledere må følge opp resultater og sette i verk tiltak når målene for responstider ikke nås. Utvalget foreslår at det arbeides videre med å utvikle en standard for prehospitale innsatstider som tar utgangspunkt i at det må settes i verk tiltak innen en gitt tidsfrist, men som åpner for at ulike prehospitale ressurser kan settes inn tidligere enn i dag.

1.5.2 Utvalgets forslag til endringer i kommunenes ø-hjelptilbud

Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Utvalget foreslår at alle kommunene må ha en plan for ø-hjelptilbudet i sin kommune der det klargjøres hvilke forventninger kommunen har til det faglige innholdet i de ulike ø-hjelptjenestene.

De interkommunale legevaktene dekker i alt 348 av landets kommuner. Lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere, og dette har vist seg å ha større betydning for bruken av legevakt enn tidligere antatt. Utvalget mener det er utfordrende at etterspørselen etter legevakt faller i nesten samme grad for akutte tilfeller med høy hastegrad som for pasienttilfeller med lavere hastegrad.

Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet. Realiteten er imidlertid at bemanningen er lav, i hovedsak med én lege på vakt til enhver tid på døgnet, og med høy vikarbruk i mange distrikter. Få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner, forteller om en tjeneste som på mange måter har utviklet seg bort fra å behandle dem som trenger det mest.

Akuttutvalgets inntrykk er at legevakt er i ferd med å bli en marginalisert tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Utvalget tror det er uheldig om utviklingen av legevaktstjenesten fortsetter i samme spor. Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten.

Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav til 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. Intensjonen er at kravet skal få betydning for dimensjonering av legevaktstjenesten i et legevaktdistrikt, og medføre kortere reisetid for innbyggerne i områder der det i dag er lang reisetid til legevakt.

Utvalget foreslår at fastlønn tas i bruk i større grad i legevaktstjenesten for å bidra til endret prioritering i virksomheten og styrke rekrutteringen. Virkningene av fastlønn bør analyseres og utredes nærmere.

Mange akuttmedisinske situasjoner er preget av usikkerhet om pasientens tilstand. Studier viser at deltakelse og vurdering av lege i akuttmedisinske situasjoner er viktig for å gi pasienter behandling på rett nivå, og økt legedeltakelse kan bidra til å redusere unødvendige innleggelser i sykehus. Utvalget mener det bør stimuleres til økt omfang av sykebesøk og utrykning fra legevakt. Utvalget foreslår en målsetting om 75 pst. legedeltakelse i utrykning ved rød respons og en nasjonal norm om at legevakten utfører 20-40 sykebesøk og utrykninger per 1000 innbyggere.

Utvalget mener det er behov for å øke tilgjengeligheten hos fastlegene for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp. Legevakt bør kunne gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.

Mange steder er det utfordringer i samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten om pasienter med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Utvalget foreslår tiltak for bedre kompetanseheving og tilgjengelighet i legevakt for å møte disse utfordringene.

1.5.3 Utvalgets forslag til endringer i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Selv med høyere legeutrykning i framtiden, vil ambulansepersonell i mange vanskelige medisinske situasjoner fortsatt være uten legestøtte. Ambulansepersonell med høyskoleutdanning vil bidra til å heve kompetansen i ambulansefaget vesentlig. Utvalget foreslår at det etableres en nasjonal høyskoleutdanning innen ambulansefaget på bachelornivå. En slik utdanning vil blant også legge til rette for nytenkning om personell. I Storbritannia er det etablert en ny funksjon for ambulansepersonell (community paramedic) for å redusere gapet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Funksjonen er utviklet for spredt bebygde områder og fullferdig ambulanseberedskap kan beholdes på steder der det ellers ikke er virksomhetsmessig grunnlag for det. Utvalget foreslår at en modell for community paramedic tilpasset norske forhold prøves ut.

Med endringer i sykehusstruktur, må det kompenseres med tiltak i den prehospitale tjenesten i spesialisthelsetjenesten. Det er gjort lite analyser om disse sammenhengene. Når det gjøres endringer i helseforetakenes struktur, må de prehospitale tjenestene inkluderes i planleggingen. Utvalget mener det er behov for grundigere utredninger som analyser hvordan endringer i sykehusstruktur og organisering i legevakt påvirker kapasitet i ambulansetjenesten.

Myndighetene har i flere år utredet nødmeldetjenesten. Utvalget vil komme nærmere tilbake til AMK-sentralene i endelig NOU, men framhever i denne delrapporten at medisinsk nødnummer 113 må beholdes og at AMK-sentralene må videreutvikle det faglige samarbeidet med de øvrige nødmeldesentralene innen brann og helse.

Der det er pasientgrunnlag for det, bør det etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåkning og behandling, såkalte "hvite biler". Tiltaket kan redusere kostnader, frigjøre akuttberedskap, avlaste den ordinære ambulansetjenesten og gi en bedre tjeneste til en stor pasientgruppe. Utvalget foreslår å utvikle ambulansetilbudet til intensivpasienter, smittepasienter og pasienter som trenger avansert behandling under transport. Helseforetakene må avgi personell til slike spesialambulanser.

I planlegging av ambulansetjenester må luftambulansetjenesten være en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Utvalget mener at offentlig drift av den operative tjenesten av luftambulansetjenesten bør utredes og at de regionale helseforetakene i samarbeid bør utarbeide en nasjonal luftambulanseplan.

Utvalget foreslår en økt innsats for å bedre kunnskapen om hjerneslag hos helsepersonell. Utvalget mener at prehospital behandling av hjerneslag må inngå i de nasjonale retningslinjene når disse skal revideres. Det er behov for økt forskning innen hjerneslag når det gjelder prehospital diagnostikk og nytteverdi av høyspesialiserte behandlinger.

2 Status, utviklingstrekk og felles utfordringer

Hvert år kommer flere enn 40 000 nordmenn opp i situasjoner som er livstruende. Om lag 2500 pasienter rammes årlig av plutselig og uventet hjertestans hvor det startes hjertelungeredning og rundt 15 000 personer rammes av hjerneslag i Norge. Det er godt dokumentert at tidlig og god akuttmedisin kan redde liv og forebygge senskader. Det handler også om trygghet i hverdagen. Trygghet er vanskelig å måle og opplevd trygghet er ikke alltid reell. Når akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, er det viktig å bli tatt raskt hånd om av kyndige fagfolk. Dette oppleves så avgjørende for mange at det har betydning for livskvalitet og indirekte også for bosetningsmønster og distriktspolitikk. I dette kapitlet omtales viktige utviklingstrekk som er felles for akuttmedisinske tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

2.1 Utviklingstrekk som påvirker etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Den akuttmedisinske kjeden vil bli påvirket av samfunnsutviklingen på lik linje med den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Faktorer som vil kunne påvirke etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er demografi, sykkelighet i befolkning, reisetid og teknologi.

2.1.1 Demografi

Norge er inne i en av historiens perioder med sterkest befolkningsvekst. I 2013 var det registrert 5 109 056 innbyggere i Norge. Ifølge SSBs befolkningsframskrivning¹, vil antallet passere seks mill. i løpet av 2030 og syv mill. i 2065 etter mellomalternativet. Veksten har vært størst i og rundt storbyene de siste 30 – 40 årene, og den har vært særlig sterk fra midten av 2000-tallet. Av Norges befolkning bor nå 44 pst. i storbyregionene, mens omlag 11 pst. bor i småsenterregioner eller spredtbygde områder. Median kommunestørrelse i Norge er 4613 innbyggere per 1.1.14. Ifølge SSBs middelalternativ vil denne utviklingen fortsette, og det blir fortsatt sterk vekst i og rundt de store byene. Selv om landsdelssentrene vil vokse, ser veksten ut til å bli enda større i kommunene som ligger rundt storbyene. Det er en økende grad av mobilitet i befolkningen, og det vil innebære ytterligere press på de akuttmedisinske tjenestene i disse områdene.

Andel eldre over 70 år vil øke fra omlag 10 pst. til omlag 13 pst. som andel av befolkningen fram mot 2030. Deretter vil andelen eldre stige til 19 pst. i 2060. Andelen eldre vil være særlig stor i utkantkommunene. Økningen i aldersgruppen over 70 år er viktig, fordi 70 åringer forbruker mer av helsetjenester enn yngre aldersgrupper. Gruppen eldre over 70 år har omtrent fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper. Gjennomsnittlig levealder vil øke fram mot 2040, og flere vil leve med kroniske sykdommer over tid.

Ifølge SSB er antall innvandrere som bor i Norge mer enn doblet siden 2004, og utgjør 12 pst. av befolkningen. Nettoinnvandringen til Norge har de siste årene ligget på mellom 40 000 og 50 000 personer. Europeiske innvandrere bosetter seg over hele landet, mens ikke-vestlige innvandrere er sterkt konsentrert i Oslo-regionen. For de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus innebærer denne utviklingen behov for både språk- og kulturkompetanse.

2.1.2 Sykelighet og epidemiologi

Behovet for legehjelp øker med økende alder. Ifølge SAMDATA-rapporten fra 2013² har eldre over 80 år i perioden fra 2003 til 2013 økt med 5,5 pst., mens økningen i aldersgruppen 67 – 79 år var på 21,3 pst i samme periode. Sistnevnte aldersgruppe utgjorde i 2013 9,4 pst. av befolkningen, men stod for 15 pst. av alle døgnopphold ved sykehusene. Aldersgruppen over 80 år utgjorde 4,3 pst. av befolkningen, men stod for 15 pst. av alle døgnopphold.

Det anslås en vekst i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, til tross for at helsetilstanden i befolkningen er god, og at særlig helsetilstanden blant eldre er bedre enn tidligere. Veksten i etterspørselen skyldes at flere personer lever lengre enn før med funksjonshemninger, medfødte lidelser og kronisk sykdom, mens flere overlever akutt og alvorlig sykdom. Det er grunn til å forvente økende forekomst av kreftsykdommer.

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som forårsaker flest dødsfall i Norge, selv om dødeligheten ved hjerteinfarkt har falt betydelig de siste 40 – 50 årene. En av de viktigste årsakene til dette er en bedret akuttbehandling med muligheter for både utblokking av hjertets kransarterier og medikamentell oppløsning av blodpropper. Behandling av akutt hjerteinfarkt vil fortsatt være en utfordring for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. SAMDATA-rapporten 2013 viser at det i perioden 2009 – 2013 har vært en økning på om lag 8400 pasienter med hjerte-kar-sykdommer som har vært i kontakt med sykehus. For denne pasientgruppen har akutte innleggelser utgjort en andel på om lag 78 pst. Av alle sykehusinnleggelser de siste årene.

Hjerneslag er den tredje vanligste dødsårsak i Norge og de fleste tilfellene oppstår etter 70 år. For hjerneslagpasienter utgjør akutte innleggelser om lag 97 pst. av alle sykehusinnleggelser. I løpet av de siste årene er det utviklet både bedre diagnostiske metoder og muligheter for akuttbehandling med trombolyse, men pasientforløpene er ikke så strømlinjeformede som ved akutt hjerteinfarkt.

Helsedirektoratet har gjort beregninger som tilsier at mellom 250 000 og 300 000 personer har besvær på grunn av KOLS, men mange av disse har ennå ikke fått diagnosen Kols. Akutt pustebesvær er en hyppig årsak til kontakt med både legevakt og ambulansetransport for akuttbehandling ved sykehus og representerer en stor utfordring for de prehospitaltjenester. Pasienter med Kols som legges inn i sykehus har normalt en akutt forverring og er til dels svært dårlige. Andelen akutte innleggelser ligger på om lag 90 pst. av alle innleggelser for denne pasientgruppen.

Det anslås at over 200 000 personer i 2013 levde med kreft og at antallet nye tilfeller er økende hvert år. Andelen akutte innleggelser for denne sykdomsgruppen er ikke så stor som ved de andre store folkesykdommene. På grunn av mer uttalt sentralisering av behandlingen av kreftsykdommer vil kreftpasienter stå for en større del av den transport som foregår mellom ulike helseforetak.

De senere år har det vært en jevn økning i antallet henvendelser til AMK³ vedrørende både psykisk sykdom og rus. AMK-sentralene håndterte i 2013 nesten 48.000 hendelser knyttet til fellesbetegnelsen rus og psykisk helsevern. Rusmidler en viktig årsak til at spesielt unge mennesker skades alvorlig i trafikkuulykker og andre ulykker. Personer med samtidig rus- og psykiske lidelser er særlig

utsatt for ulykker, voldshendelser og tidlig død. Fra 1999 til 2010 var det en økning på mer enn 150 pst. i antallet innleggelser i somatisk sykehus med diagnosen akutt forgiftning.

Ambulansetjenestene påvirkes også av skadepotensialet i ulike aktiviteter. Norske sykehus registrerte i 2013 mer enn 300 000 personskader. Norsk pasientregister (NPR) har fra 2009 gjennomført årlige registreringer av personskader, men det er fortsatt noe mangelfull registrering.⁴ Pasienter som blir utsatt for skader og ulykker er en viktig del av ambulansetjenestenes gjøremål. De fleste personskadene som ble innrapportert var resultat av ulykker hvorav fall var den hyppigste årsaken. Skadene varierte ellers fra multitraumer ved trafikkulykker til beinbrudd i fjellet.

Dødsulykker i trafikken har sunket de siste tiårene som følge av bedre veier og sikrere kjøretøy. Det har vært en bekymringsfull utvikling av ulykker innen ekstremsport (klatring, basehopping, off-piste skisport, dykking) som aktivt markedsføres av turistnæringen. Når det først skjer ulykker innenfor dette feltet, medfører dette ofte risikofylte redningsoppdrag og krevende transporter hvor det som oftest er luftambulansen som er involvert.

2.1.3 Medisinsk spesialisering

Det er ulike trender innen de medisinske spesialiteter når det gjelder spesialisering. Det er en sterk trend mot spesialisering innen det kirurgiske fagfeltet, mens trenden innenfor indremedisin for en stor del trekker litt i motsatt retning. Pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer har behov for et helhetlig tilbud der man ser hele personen og ikke bare et enkelt organ eller en enkelt diagnose. En økende eldrebefolkning forsterker dette behovet. I noen land er det etablert nye sykehusspesialiteter med en mer generell innretning, for eksempel hospitalistspesialiteten i USA. Helsedirektoratet har foreslått en ny spesialitet innen mottaks- og indremedisin for å imøtekomme behovet for generell indremedisinsk kompetanse i sykehus. En slik spesialitet vil kunne gjøre mindre sykehus mer robust og i stand til å ivareta tilbudet til mange grupper pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

Medisinsk kunnskap, forskning og behandling de senere år har vært gjennom en rivende utvikling. Tidligere kunne generalister ha god oversikt over sine respektive fagområder. I dag er det vanskelig for den enkelte helsearbeider å beherske hele feltet. Mange undersøkelses- og behandlingsmetoder krever så mye trening og erfaring at de må utføres av spesielt trentede personer. På mange områder er det en sammenheng mellom volum av prosedyrer og kvalitet. Utviklingen innenfor kreftkirurgi og behandling av akutt hjerteinfarkt med PCI-behandling og blodproppløsende behandling illustrerer denne problemstillingen. Moderne hjerteinfarktbehandling har redusert liggetiden for denne pasientgruppen betydelig⁵. I Norge er det 7 PCI sentre, noe som er et lavt antall sammenliknet med Sverige som har 28.

Det er ikke mange år siden røntgen stort sett dreide seg om diagnostikk, mens det nå kan gjøres minimalt invasive inngrep under bildeveiledning. I dag er disse teknikkene førstevalg når f.eks. trange blodkar skal åpnes.

Den medisinske utvikling tilsier at det vil bli vanskelig å stanse denne spesialiseringen. Spesialisering innebærer å velge "dybde" framfor "bredde". Konsekvensen er at det blir behov for å ha flere

spesialister for å dekke hele det medisinske kunnskapsfeltet og større avhengighet av at det til enhver tid er nok spesialister innen hver enkelt gruppe. Et lite pasientgrunnlag gjør at det blir utfordrende med delte vakter innenfor samme hovedspesialitet. Stadig færre føler seg kompetente på "det generelle" i sin spesialitet. Vaktberedskapen har derfor på mange sykehus gått i retning i flere spesialiserte vaktlag, der det tidligere stort sett var generalister i et vaktskikt.

Spesialisering fører i noen tilfeller til sentralisering for å utnytte kostbare investeringer og fordi spesialutdannet personale er mangelvare. Kapitalkrevende høyteknologi og subspecialiserte prosedyrer tenderer til å trekke pasientene inn mot regionsykehusene. Avansert og billig teknologi som er enkel å bruke, kan bidra til å gjøre sentraliseringen mindre omfattende.

2.1.4 Tilgjengelighet (avstand og reisetid) til sykehus og legevakt

Samling av spesialiserte akutttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og sentralisering av ambulansestasjoner har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i den akuttmedisinske kjeden. Det finnes imidlertid ikke et helhetlig kart som viser hvor både AMK-sentraler, akuttsykehus, ambulansestasjoner, legevaktsentraler og legevakter er inntegnet. Akuttutvalget tar sikte på å presentere et slikt kart i sin endelige innstilling, men omtaler foreløpig kort de fakta som utvalget har hatt tilgang til per 1. november 2014.

2.1.4.1 Reisetid til sykehus

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har gitt Akuttutvalget data over reisetid fra kommunesenter til nærmeste sykehus med akuttfunksjoner. Data over reisetid er i hovedsak basert på grunnlagsmateriale fra et doktorgradsarbeid fra 2013[i], og dataene er oppdatert sommeren 2014. Reisetid er i hovedsak basert på reise med privatbil. For enkelte kommuner er reisetid til sjøs beregnet. Lengst reisetid med mer enn 4 timer, har 6 kommuner i Nordland og Finnmark. Det er 16 kommuner som har mer enn 3 timers reisetid til nærmeste sykehus med akuttfunksjoner. Åtte av disse kommunene er i Finnmark, seks i Nordland og to i Troms. I alt 43 kommuner har mer enn 2 timers reisetid. Den største kommunen med mer enn 2 timers reisetid er Lenvik kommune (11 600 innbyggere) i Troms. 139 kommuner har mer enn én times reisevei og den største kommunen med mer enn 60 minutters reisetid er Alta kommune (19 800 innbyggere).

Avstand til sykehus har betydning for etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, men det foreligger relativt lite forskning om dette. Det er dessuten få eller ingen studier som har sett på om det skjer en forskyvning av etterspørsel fra sykehus over til legevakt på steder der innbyggerne har lang vei til sykehus. Lang reisetid til sykehus bør være en viktig faktor ved planlegging av framtidig lokalisering av legevakter, ambulansestasjoner og luftambulansebaser.

2.1.4.2 Avstand og reisetid til legevakt

De fleste innbyggerne i Norge har relativt kort reisetid og avstand til nærmeste legevakt, selv om variasjonen er stor. Nklm har foretatt en gjennomgang av avstand og reisetid til legevakt i hele landet som viser at reisetid til legevakt varierer fra ett minutt til 131 minutter. Median reisetid til legevakt er 22 minutter og median reiseavstand er 19 kilometer. Materialet fra Nklm omfatter 417 av landets 428 kommuner. Undersøkelsen viser at 1,7 pst av befolkningen fordelt på 40 kommuner

har mer enn 60 min reisetid til legevakt og 5,4 pst av befolkningen fordelt på 97 kommuner har mer enn 40 min reisetid til legevakt.

Mer enn 10 pst. av innbyggerne i region Nord bor i kommuner med lengre gjennomsnittlig reisetid enn 40 minutter. Deretter følger helseregion Midt med 8 pst., region Vest med 5 pst. og helseregion Sør-Øst med 4 pst. I alt 35 av 40 kommuner med mer enn 60 minutters reisetid, har et gjennomsnittlig folketall på bare 1500 innbyggere. Studier viser at reisetid og avstand har stor betydning for etterspørselen etter legevaktstjenester. Dette er nærmere omtalt i kapittel 3.

2.1.5 Nødnett og ny teknologi

Stortinget vedtok i 2006 å starte arbeidet med leveranse av et nytt digitalt kommunikasjonsnett som skulle erstatte det gamle helseradionettet. Nødnett skal styrke samfunnets sikkerhet og beredskap, effektivisere nødetatenes arbeid, ivareta kravet til avlyttingssikkerhet og bedre koordineringen ved store ulykker. Nødnettet skal gi helsetjenesten et robust og fleksibelt, avlytningssikkert kommunikasjonsnett med god dekning og talekvalitet. Teknologien legger til rette for bedre samhandling både i helsetjenesten og styrket samvirke med de andre nødetatene. Nødnettet blir derfor et av de viktigste verktøyene for personell i ambulansetjenesten, legevaktsentralene, AMK og i akuttmottakene og vil bedre kommunikasjonsflyten i den akuttmedisinske kjede. En suksessfaktor for å hente ut potensialet er at alle leger i legevaktsordningen er tilgjengelige i nødnett.

Det nye nødnettet løser de samme oppgavene som helseradionettet, men gir flere muligheter. På lengre sikt er det sannsynlig at nødnettet kan benyttes av hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene, kommunale ø-hjelps døgnplasser, ambulante team i psykisk helsevern, bakvakter i legevakt og på sykehusavdelinger og frivillige rednings og beredskapsorganisasjoner. Det er kommunenes og helseforetakenes ansvar å utnytte nødnettets potensiale slik at befolkningen får gode helsetjenester.

Når legevaktlegen blir like tilgjengelig i nødnett som ambulansepersonell, vil samhandlingen i den akuttmedisinske kjede bli bedre og det vil i større grad bli mulig å gi god og tilstrekkelig behandling i hjemmet eller på skadestedet. Resultatet kan bli færre unødvendige innleggelser av kronisk syke med symptomforverring. En bedre utnyttelse av nødnettet forutsetter at det utvikles prosedyrer for hvordan AMK, ambulansetjenesten, akuttmottakene og legevaktstjenesten skal jobbe sammen og utnytte hverandres kompetanse.

Rakkestadprosjektet⁶ ble etablert i 2010 som et pilotprosjekt i Rakkestad kommune med Sykehuset Østfold HF og Helsedirektoratet som samarbeidspartnere. Prosjektet ble etablert for å utforske og prøve ut hvordan det nye nødnettet kan effektivisere og forenkle samhandling mellom AMK, ambulansetjenesten, vaktlegene og kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

Rapporten fra prosjektet viser at nødnettet kobler helseressursene tettere sammen slik at de utgjør et sterkere lag som spiller godt sammen. En samlet vurdering av erfaringene tyder på at Rakkestad-modellen har potensial til å redusere gjennomsnittlig responstid, behandle flere uten belastende transport til sykehus og effektivisere samhandlingen både i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede.

Det er flere utfordringer knyttet til innføring av nødnett og det er viktig at kommuner og foretak tar høyde for at det bestilles nok nødnettradioer. I tillegg må det understrekes at legevaktleger må beherske og være tilgjengelig i nødnett for å ivareta kommunikasjon med AMK, legevaktsentraler og andre nødetater.

2.1.5.1 VAKe

Videobasert Akuttmedisinsk konferanse (VAKe) er en kommunikasjonsløsning som skal understøtte standardiserte pasientforløp. Med VAKe-systemet kan akuttmedisinske team eller enkeltklinikere ved lokale legesentre, legevaktsentraler eller lokale akuttsykehus konsultere kolleger eller team av spesialister ved større sykehus i vanskelige akuttmedisinske situasjoner. VAKe gjør det mulig å etablere virtuelle akuttmedisinske team som kan vurdere kritisk syke og skadede på tross av store avstander. VAKe synes også å være et nyttig verktøy for koordinering av innsats mellom sykehus og mellom førstelinjetjenester (f.eks. kommunale ø-hjelp-poster eller legevakt) og sykehus. Helse Nord har besluttet å innføre VAKe som gjennomgående kommunikasjonsløsning i akuttberedskapen i alle sine helseforetak. Slike videokonferanser i akuttmedisinske situasjoner kan bidra til trygghet hos legfolk og bedre felles forståelse hos akuttmedisinsk personell. VAKe er et godt eksempel på telemedisinske løsninger som i større grad bør prøves ut.

2.1.5.2 Multifunksjonsmonitorer

En multifunksjonsmonitor er en enhet som overvåker vitale parametre på pasienter under undersøkelse, stabilisering og under ambulansetransport. Den har også en innebygget hjertestarter. Det er omlag 735 multifunksjonsmonitorer i bruk i ambulansefartøyene og disse brukes også i legevakter. I 2014 ble det inngått en avtale i regi av HINAS (Helseforetakenes innkjøpsservice) om innkjøp av en felles multifunksjonsmonitor. En felles monitor vil forenkle behandlingen av pasienter i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer og ambulansenheter og kommunikasjon mellom ambulanse og sykehus med overføring av 12-kanalers EKG og andre vitale parametre. I tillegg vil den kommunale legevaktstjenesten og sykehusenes akuttmottak kunne benytte seg av avtalen slik at hele den akuttmedisinske kjede har muligheten til å bruke det samme overvåkningsutstyret. Innføring av felles multifunksjonsmonitorer på tvers av forvaltningsnivåene er et godt eksempel på hvordan framtidige utfordringer kan løses.

2.1.5.3 mHelse = mobilHelse

WHO har foreslått følgende definisjon av mHelse: *"mHealth is a component of eHealth and defines mHealth as medical and public health practice supported by mobile devices, such as mobile phones, patient monitoring devices, personal digital assistants (PDA's) and other wireless devices"*. Det er mye som tyder på at mHelse kan bli en viktig faktor i helsetjenesten i årene som kommer. Det er allerede lansert fjernstyrte overvåkningsløsninger for eldre. App'er er på full fart inn på det medisinske området. I dag er det registrert ca. 1500 ulike medisinske apper. Områdene hvor apper kan bidra til beslutningsstøtte er førstehjelp med brukerveiledning i akutte situasjoner og tidlig varsling. Iphone har lansert en app som gjør at mobiltelefonen kan fungere som pulsoksymeter, men foreløpig er den ikke godkjent til medisinsk bruk. Norsk Luftambulanses app "Help 113 GPS" kombinerer posisjonering og kontakt. Legevakthåndboken er innarbeidet som et oppslagsverk for

alle som er involvert i allmennmedisin og legevakt. I 2012 ble den gjort tilgjengelig som applikasjon til smarttelefoner og nettbrett. Over 55 000 har lastet den ned.

2.1.5.4 Velferdsteknologi

I Meld. St. 29 Morgendagens omsorg (2012-2013) lanseres Omsorgsplan 2020. Et sentralt mål i meldingen er å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, nye faglige metoder og arbeidsformer og endringer av organisatoriske og fysiske rammer. Mange prosjekter er allerede i gang i kommuner og prosjektene omhandler blant annet trygghetspakker, alarmsentral, GPS-sporing, elektriske låssystemer og andre løsninger som skal gi bedre trygghet for brukere og pårørende. Det er utplassert omlag 75.000 trygghetsalarmer som er tildelt gjennom kommunene. Det er forventet at antallet trygghetsalarmer vil fordobles fram til 2030 som følge av befolkningsutviklingen og økende behov for å få behandling i eget hjem.

Omsorgsboligene i Kampen Omsorg+ var blant de første som tok i bruk nettbrett til hver enkelt beboer. I nettbrettet ligger internett, telefon og det er tilknyttet trygghetsalarm. Nettbrettet kan brukes til andre helseformål som å koble til en blodtryksmåler eller ta bilder av føflekker og sende til legekantoret.

2.1.6 Forventningsgapet

Pasienten har utviklet seg fra å være en passiv mottaker av helsetjenester til å bli langt mer aktivt medvirkende. Aktive og godt orienterte pasienter medvirker i planleggingen og oppfølgingen av egen helsehjelp og er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. Samtidig vil deltakende og godt orienterte pasienter ofte stille krav om tilgang til nye og bedre behandlingsformer og bruk av nye medisiner slik at publikums forventninger til hvilke utfordringer helsetjenesten kan løse er økende.

Det medisinske fagfelt er i en rivende utvikling når det gjelder diagnostikk og behandling. En større andel eldre i befolkningen og stadig dyrere behandlingsmetoder vil gi stor kostnadsvekst i årene som kommer og tvinge fram en bedre prioritering. Endringen vil utfordre etablerte arbeidsrutiner og samarbeidsmåter for helsepersonell og dette vil igjen kreve gode og åpne prosesser knyttet til forskning, metodevurdering og prioriteringer.

Dette gjelder også i akutte tilfeller hvor det ofte er tidsmessige faktorer som avgjør hvilken behandling som kan gis og hvor den skal gis. Dermed blir også den prehospitale fasen av et pasientforløp viktigere enn tidligere. Befolkningen har utviklet klare forventninger til at det skal foreligge et tilbud om rask hjelp og transport hvis en akutt situasjon oppstår.

Det er i flere utredninger kommet analyser som viser at det går mot et underskudd på helsepersonell i årene som kommer og at det særlig vil bli mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere.⁷ Dette vil få størst konsekvenser for omsorgstjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten, allmennhelsetjenesten og den akuttmedisinske kjeden.

2.2 Sentralisering av tjenester

2.2.1 Sentralisering av akuttfunksjoner i sykehus

Dagens sykehusstruktur er i stor grad historisk betinget. Lokaliseringen av sykehusene har vært relativt tilfeldig og fulgte stort sett prinsippet om at alle byer skulle ha sykehus. Små byer og

tettsteder med industriutvikling og store avstander til nærmeste by som Odda, Sauda, Rjukan, Høyanger og Kirkenes fikk også egne sykehus.

Sykehusreformen (2002) innebar at staten overtok ansvaret for sykehusene. Et av formålene med reformen var en økt funksjonsdeling mellom sykehus. SAMDATA-tall fra 2007⁸ viste at den kirurgiske akuttbehandlingen og fødselsomsorgen ble mer sentralisert etter sykehusreformen. Sentraliseringen og nedgangen i antall sykehus med akuttfunksjoner har fortsatt, og i dag er det 51 akuttsykehus, hvorav fem av disse sykehusene kun har akuttfunksjon innen indremedisin. Mellom 1992 og 2000 var mer enn 27 pst av alle norske sykehus involvert i en eller flere sammenslåinger og mellom 2000 og 2010 var mer enn 90 pst av alle offentlige sykehus involvert i sammenslåingsprosesser.⁹

Den medisinsk-faglige utvikling muliggjør desentralisering av noen tjenester, men framtvinger samtidig sentralisering av andre. Behandling av tilstander som krever spesialkompetanse, avansert utstyr eller har lite pasientgrunnlag og store kostnader, tilbys få steder. Behandling av traumepasienter er et eksempel på dette. Traumeutvalget¹⁰ leverte sin innstilling i 2007 og foreslo at det skulle opprettes ett traumesenter i hver region og at sykehus som ikke har kompetanse til nødkirurgiske prosedyrer ikke skulle ta imot alvorlig skadde pasienter. Sentraliseringen av behandlingen av traumepasienter er en stor utfordring for alle de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus fra AMK-sentralenes varsling til involvering av lokale akuttmedisinske team og ambulansetjenesten.

Lokalsykehuset er det nære sykehusstilbudet og lokalsykehuspasienter utgjør 60 – 75 pst av pasientene i norske sykehus. Omlag 60 pst av alle pasienter legges inn som øyeblikkelig hjelp og de fleste av disse med indremedisinske problemstillinger.

SAMDATA-rapporten fra 2013 viser at ratene for døgnbehandling i perioden 2003-2013 generelt har gått ned, men ikke for bostedsområder som tilhører høyt spesialiserte sykehus (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø) som fikk en økning i døgnbehandling fra 2011 til 2013. I

lokalsykehusområdene for Ski sykehus, Flekkefjord sykehus, Lærdal sykehus, helgelandsykehuset Sandnessjøen og Mo i Rana samt Narvik og Kirkenes sykehus har nedgangen i dag- og døgnopphold vært større enn 10 pst. De høyt spesialiserte sykehusene økte i perioden 2003-2013 økte andel av den kirurgiske akuttbehandlingen fra 41 til 44 pst, mens det var en nedgang i tilsvarende andel ved lokalsykehusene. Medisinsk akuttbehandling lå derimot på samme nivå i samme periode og med uendret andel for lokalsykehusene. Totalt antall medisinske akuttbehandlinger økte imidlertid i perioden fra 480 144 til 543 000 og når dette tas hensyn til, økte behandlingen for lokalsykehusenes del med 8,7 pst.

I perioden 2003 til 2013 har det vært betydelige endringer i struktur og organisering av helseforetakene. Helse Øst og Helse Sør er blitt en region og mange sykehus/enheter har fått betydelige funksjonsendringer og endret tjenestetilbud.

Det er gjort lite undersøkelser om sammenhengen mellom sykehusstruktur, bosetting og forbruk av ambulansetjenester. Sintef publiserte i 2011¹¹ en undersøkelse av spesialisthelsetjenesten i Norden

som belyste både tilgjengelig akuttberedskap og sammenhengen mellom ambulanser, bosettingsstruktur og befolkningstetthet.

Karakteristika ved den norske sykehusstrukturen er en desentralisert akuttberedskap hvor befolkningsgrunnlag for sykehusenheteres lokale akutfunksjon er lavere enn i våre naboland. Det er variasjoner innad i alle land, men Danmark har gjennomgående et større befolkningsgrunnlag for sine akuttsykehus. Norge har flere bil- og luftambulanseressurser, noe som forklares av spredt bosetting.

Sintef-undersøkelsen viste at antall innbyggere per ambulanse har en tydelig geografisk variasjon. Områdene i sør har generelt flere innbyggere per ambulanse enn lenger nord i Norge, Sverige, Danmark og Finland. Forskjellene mellom landene framstår som størst i Norge. Tallene fra Sverige og Finland er imidlertid ikke komplette i denne undersøkelsen.

Land	Totalt	Høyeste	Laveste
Norge 4 regioner**	9545	13751	3786
Norge 17 distrikt***	9512	24666	2429
Finland 9 sh.distrikt	(14120)	32202	6538
Sverige 14 landsting	(16329)	19074	7148
Danmark 4 regioner	20206	28479	12443

Antall innbyggere per ambulanse i de nordiske land. Kolonnen høyeste er regionen med flest innbyggere per ambulanse og kolonnen laveste er regionen med færrest innbyggere per ambulanse. *Tall fra Finland og Sverige er ikke komplette, **Innrapportert på skjema fra Sintef, ***Tall fra SSB (2009).

Undersøkelsen trekker fram befolkningsgrunnlag som den viktigste forklaringen på forskjellene i antall ambulanser og bosettingsstruktur. Det er en klar samvariasjon mellom antall innbyggere og befolkningstetthet. Sintefs undersøkelse viser at Norge har flest luftfartøy (fly og helikopter) blant de nordiske landene. Luftambulansen i Sverige og Danmark er nærmere beskrevet i kapittel 5.

I løpet av de siste årene er det gjort betydelige endringer i sykehusstruktur i Norge. De prehospitalene tjenestene er sensitive for organisatoriske endringer i øvrige deler av helsetjenesten enten det er sentralisering av tjenestetilbud i interkommunale legevakter eller sentralisering og funksjonsfordeling av akutfunksjoner i spesialisthelsetjenesten. Det er en utbredt oppfatning at de prehospitalene tjenestene i for liten grad er med på planleggingen av slike strukturelle endringer. Dette kan bety at struktur og kapasitet i ambulansetjenestene ikke tilpasses de planlagte endringene. Funksjonsdeling av sykehus vil ofte øke behovet for ambulansetjenester og påvirker også AMK-sentralene når kompetanse og kapasitet for mottak av pasienter med ulike sykdoms- og skadetilstander skal klarlegges.

2.2.2 AMK-sentraler og legevaktsentraler

I 1998 var det totalt 44 AMK-sentraler, 203 legevaktsentraler hvorav omlag 1/3 interkommunale. 35 AMK-sentraler hadde også legevaktsentral-funksjon. Både AMK-sentraler og legevaktsentraler har vært gjennom en omfattende sentralisering i de senere år og dette er beskrevet nærmere i kapittel 3 og 4.

2.2.3 Legevakt

Før Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i august 2005, fantes ingen sentral registrering av legevakter og legevaktdistrikter. Data fra Nasjonalt legevaktregister i 2014 bekrefter at legevaktdistriktene er sentralisert i færre og større distrikter. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3.

2.2.4 Ambulansetjenesten

Det har vært en utvikling i retning av færre ambulanser og ambulansestasjoner i de senere år. I følge SSB var 490 bilambulansetjenester drevet av helseforetak, mens tre ble drevet av kommuner og 22 av private/ideelle organisasjoner. Ambulansetjenesten er nærmere beskrevet i kapittel 4.

2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus

Kvalitet og pasientsikkerhet får stadig større oppmerksomhet, både politisk og i tjenesten. I helse- og omsorgstjenesten i kommunene er det reflektert gjennom kvalitetsavtalen mellom regjering og KS. I spesialisthelsetjenesten har styring på kvalitet blitt mer framtrедende i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester gir en generell oversikt over sentrale utviklingstrekk, mål og tiltak for bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten i generelt.

Helsedirektoratet har foreslått en nasjonal strategisk satsing på akuttmedisinske data fra 2015 for å styrke kvalitet og bredde i data fra den akuttmedisinske kjede.

Det er imidlertid betydelige utfordringer knyttet kvalitet og pasientsikkerhet. Disse kan oppsummeres som følgende:

- *Datagrunnlaget for evaluering av den akuttmedisinske kjeden er begrenset.* Data som rapporteres fra den prehospitale delen av tjenesten er i hovedsak virksomhetsdata som måler aktivitet og produktivitet. Kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten på selve pasientbehandlingen mangler. Utfallsdata for akuttmedisinske tilstander som rapporteres er begrenset til 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse, hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd. Indikatorene som beskriver konkrete aktiviteter i et pasientforløp måler kun innsjukhus aktivitet. Disse indikatorene er kun indirekte mål på hvordan den akuttmedisinske kjeden fungerer.
- *Elektroniske løsninger og enhetlig metode for registrering av data mangler.* Det er flere mangler ved elektroniske løsninger og metode for registrering av data som hindrer en systematisk evaluering av hele pasientforløp og kvaliteten på kjeden som en helhet. Ambulansetjenesten mangler elektronisk pasientjournal og de elektroniske journalsystemene som er i bruk kommuniserer ikke med hverandre. Elektroniske løsninger for automatisk registrering av data mangler og medfører at registrering av data medfører uønsket merarbeid for helsepersonellet. Kodeverk for helseopplysninger som samsvarer på tvers av leddene i kjeden mangler også. Ambulansetjenesten har i liten grad tatt i bruk logistikkverktøy for å planlegge virksomheten.

- *Det mangler nasjonale evidensbaserte retningslinjer og prosedyrer for håndtering av akuttmedisinske tilstander.* Mangelen på nasjonale retningslinjer gjør det utfordrende å måle kvaliteten på behandlingen pasienten mottar. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Medisinsk indeks) er ikke validert, oppdateres sjelden og det er variasjoner i bruk. I ambulansetjenesten utarbeides retningslinjer og prosedyrer lokalt i helseforetaket. Det er variasjon i tjenesten og akuttmedisinske prosedyrer er ikke bygget systematisk på evidens. Offentlig finansiert akuttmedisinsk forskning er beskjeden, og foregår hovedsakelig i tilknytning til universitetssykehusene. Miljøene er små og det er liten samordning av forskningsvirksomheten.
- *Kvalitetsmålinger brukes ikke systematisk i evaluering av tjenesten og som grunnlag for helseøkonomiske investeringer og kvalitetsforbedrende tiltak.* Tjenesten har dermed begrenset mulighet til å lære av sine feil, endre prosedyrer og gjøre nødvendige forbedringer av utdanning og opplæring.

Det er etablert kompetansesentre innen den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS), Nasjonalt kompetansesenter for legevakt (Nklm) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (Kokom) er viktige aktører før å styrke forskning og fagutvikling på området. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er sentral for å ivareta et distriktperspektiv. Det er en utfordring at kompetansesentrene er små med beskjeden bemanning, og noen steder uhensiktsmessig organisert.

Tilsyn med den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus er gjerne innrettet mot enkelte deler av kjeden i stedet for helheten og er vesentlig hendelsesorientert og ikke systemorientert. Det er over åtte år siden det ble gjennomført et landsomfattende tilsyn med legevakter¹². Helsetilsynet pekte på mangelfull tilgjengelighet til legevakt, manglende planer for opplæring, øvelser og oppdateringer og mangelfulle systemer for internkontroll.

2.4 Elektronisk pasientjournal (EPJ)

I Meld. St. 9 (2012-2013) En innbygger – en journal beskriver regjeringen mål, utfordringer og tiltak for elektronisk pasientjournal. Et sentralt mål er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Meldingen beskrives også sentrale utfordringer når det gjelder elektroniske pasientjournaler: De teknologiske mulighetene utnyttes ikke, det er for mange selvstendige aktører og det er mange systemer med liten integrasjon. De strategiske grepene som foreslås i stortingsmeldingen: utrede en journal, etablere nye digitale tjenester for pasienter og brukere – ”Min helse” på nett, anbefale en sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og fullføre igangsatte tiltak.

En effektiv akuttmedisinsk kjede krever god samhandling og kommunikasjon mellom leddene. Det er et stort behov for å innføre elektronisk pasientjournal. I legevakt er det behov for et elektronisk journalsystem som er tilpasset legevaktens særtrekk. Journalsystemet brukes i dag i første rekke ved konsultasjon på legevaktstasjonen, men framtidige journalsystem bør tilpasses håndtering av telefonhenvendelser i legevaktssentralen, hastegradsvurderinger, sykebesøk og utrykninger.

Journalsystemet må legge til rette for informasjonsutveksling og tettere samarbeid med aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Elektronisk meldingsutveksling bør ta over for papirhenvisninger.

Innføring av en nasjonal kjernejournal startet i 2012. Formålet med en kjernejournal er økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til informasjon om pasientens legemidler, allergier og annen viktig informasjon. Opplysningene i kjernejournalen kan være viktig for at en pasient får god behandling i den akutte fase og må derfor være lett tilgjengelig for alle ledd i den akuttmedisinske kjede.

2.5 Få nasjonale krav i lover og forskrifter

I gjeldende akuttmedisinforskrift fra 2005¹³ er det få nasjonale krav knyttet til tjenestene. Samtrening nevnes og at tjenestene skal kunne kommunisere i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Mange steder er fortsatt ikke samtrening på plass og få fastleger er knyttet til det gamle helseradionettet. Når det gjelder leger og deltagelse i legevakt, er det ingen kompetansekrav utover autorisasjon som lege og godkjenning av legevaktssleder. Lydlogg er i gjeldende forskrift et skal-krav til AMK og et kan-krav til legevaktssentraler. Det har resultert i at alle AMK-sentraler har lydlogg på plass, mens bare halvparten av legevaktssentralene har innført lydlogg.

Når det gjelder ambulansetjenesten, er det krav om at minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider og det øvrige helsepersonellet må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Minst ett av ambulansepersonellet skal også inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

I fastlegeforskriften er det flere krav om tilgjengelighet (vanlige timer innen fem dager og at telefoner skal besvares innen to minutter), plikt til deltakelse i legevakt og kommunens organiserte øyeblikkelig-hjelp-tjeneste på dagtid samt å tilby listeinnbyggere øyeblikkelig-hjelp-timer i åpningstiden.

2.6 Samhandling mellom foretak og kommuner - samhandlingsavtaler og samtrening

2.6.1 Samhandlingsavtaler

Samarbeid og samhandling er en viktig del av kommunenes og helseforetakenes plikt til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester. I gjeldende forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester fra sykehus heter det at organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legge til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Slike øvelser er lagt inn som bindende krav og det anbefales at helsepersonell deltar i relevant opplæring og kursvirksomhet i akuttmedisinske team og at det avsettes nødvendig tid til øvelser og praktisk trening.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen og ved å legge opp til samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Helse- og omsorgstjenesteloven lister opp hva avtalene som et minimum skal omfatte. Tjenesteavtale 11 omhandler «Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for

den akuttmedisinske kjede» og avtalene skal inneholde en beskrivelse av tilbudet om øyeblikkelig hjelp i kommunen. Partene oppfordres til å se tilbudene om øyeblikkelig hjelp i sammenheng og bli enige om løsninger som er gode og hensiktsmessige både for pasientene, kommunene og helseforetakene. Det er framhevet eksplisitt at avtalen bør beskrive:

- hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende kjede
- hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling
- hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal ivaretas

Partene skal selv finne lokale løsninger til det beste for pasientene og lovens minimumskrav er ikke til hinder for gode praktiske løsninger på konkrete samhandlingsutfordringer. Det er ingen godkjenningsordning for samarbeidsavtalene. De regionale helseforetakene skal sende inn avtalene til Helsedirektoratet, men direktoratet skal verken godkjenne eller kontrollere innholdet.

Landsomfattende tilsyn med samhandling i de akuttmedisinske tjenestene, kan være et sterkt statlig tiltak på dette området. Tilsyn kan gi grunnlag for læring og kvalitetsutvikling.

Avtalene skal bygge på og være et redskap for å sikre at generelle krav til samarbeid og andre plikter til forsvarlig helsetjenester blir oppfylt. Dette er helt sentrale lovbestemmelser og tema som fylkesmannen skal føre tilsyn med. Ved et tilsyn med ambulansetjenesten vil det være naturlig å se på hvordan helseforetakets samarbeider med de kommunene ambulansene skal betjene. Ved et tilsyn med kommunens øyeblikkelig-hjelp tilbud, vil det være hensiktsmessig å se på kommunenes samarbeid med helseforetakene.

KS utga en rapport høsten 2014¹⁴ om hvordan samarbeidsavtaler etterleves. Undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, har idratt til tydeliggjøring av ansvar – og oppgavefordeling samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Tjenesteavtalen som omhandler akuttmedisinsk samtrening er imidlertid ikke spesifikt omtalt i rapporten.

2.6.2 Krav til samtrening

Systematisk trening i samhandling er viktig i alle deler i det akuttmedisinske nettverket og må følges opp i både rurale og urbane strøk. Måten treningen organiseres på må tilpasses lokale forhold og hvilke deler av nettverket som skal trene på å samhandle under tidspress. Treningen er i første rekke beregnet på personell i legevakter og ambulanser, men bør omfatte alle aktører i den akuttmedisinske kjeden som involveres i håndteringen av akuttmedisinske hendelser lokalt.

Den viktigste grunn til å innføre trening i samtrening er å bedre pasientsikkerheten lokalt. Flere forskningsgrupper har nylig evaluert forholdet mellom teamtrening og pasientsikkerhet. Forhold ved teamarbeid, som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap, tillit og felles mentale modeller henger sammen med kliniske resultater. En gruppe i USA¹⁵ fant at teamtrening var godt egnet som en av de anbefalte pasientsikkerhetsstrategiene for landet.

Forskning over en periode på 4 år i en middels stor norsk kommune (Alta)¹⁶ har vist at slik trening mellom de lokale ressursene skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena som

oppretholdes av aktørene selv. I akuttsituasjoner er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller og har trent på god kommunikasjon og forstår hvordan hensiktsmessig ledelse foregår. Dette er sentrale elementer i samhandling. Treningen skal være realistisk, slik at feil og uheldige vaner avdekkes og deltagerne motiveres til endring.

Fra rapporten Legevaktorganisering i Norge 2014 framgår det at 83 pst av legevaktene gjennomfører opplæring i Metoder og behandlingsprosedyrer på legevakt og 58 pst i Innsats på skadested og funksjonen fagleder helse. Rapportene gir et bilde på at samtrening med andre deler av den akuttmedisinske kjede kunne vært bedre. En undersøkelse blant samtlige kommuner i Troms og Finnmark i 2008, viste at bare en av fire kommuner trener akuttmedisinske prosedyrer sammen med ambulansepersonell.¹⁷

Kommunelege Sverre Rørtveit gjorde våren 2012 en spørreundersøkelse blant kommuneoverlegene i Hordaland.¹⁸ Resultatene viste at 69 pst. av legene i Hordaland trente akuttmedisinske prosedyrer, alene eller sammen med andre yrkesgrupper, en gang i året eller mer. 31 pst av legene gjennomførte ikke akuttmedisinsk trening i det hele tatt.

2.7 God akuttberedskap gir trygghet

Når akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, er det viktig å bli tatt hånd om av kyndige fagfolk. Tidstap i den akuttmedisinske kjede må begrenses for å bedre tryggheten og sluttresultatet av den medisinske behandlingen. Det er mange eksempler på at pasienter ut fra symptomer og situasjoner burde ha varslet helsetjenesten tidligere. Helsetjenesten må ta slike utfordringer alvorlig ved å være tydelige og gi gode råd om viktigheten av å gi beskjed, ikke minst når det virkelig haster. Rask tilgang til akuttmedisinske tjenester av høy kvalitet er av avgjørende helsemessig betydning og viktig for befolkningens trygghetsfølelse. Tid er ofte en kritisk faktor som kan ha stor betydning for pasientens overlevelse og rehabiliteringspotensiale.

2.7.1 Hjertestans utenfor sykehus

Plutselig hjertestans utenfor sykehus er en av de tilstandene hvor betydningen av tidsforsinkelser er best studert. Det er stor enighet om at kun tre tiltak utenfor sykehus er vist å bidra vesentlig til bedret overlevelse – og disse er alle sterkt tidsavhengige:

1. Tid til erkjennelse av tilstanden og varsling av helsevesenet
2. Tid til oppstart av hjerte- og lungeredning (HLR)
3. Tid til første defibrillering (for de pasienter som har en rytme som er sjokkbar)

I tillegg kommer tidlig og systematisk intensivbehandling når egensirkulasjonen er gjenopprettet. Mange internasjonale eksperter vil hevde at alle som overlever hjertestans utenfor sykehus, bør behandles videre på et sykehus med omfattende erfaring med pasientgruppen. Dette berører ikke direkte responstiden på vei ut til pasienten, men kan få stor betydning for dimensjonering av beredskapen for sekundærtransport med spesialressurser og fordeling av akuttfunksjoner på lokal – og sentralsykehus.

2.7.1.1 Gjenkjenne og varsle

At noen observerer en hjertestans, gir en økt sannsynlighet for overlevelse i alle publiserte studier. Det svenske hjerte-lunge-registeret har prøvd å anslå intervallet mellom observert kollaps og mottatt henvendelse til medisinsk nødtelefon. Registeret har i sin årlige rapport beskrevet utviklingen i dette tidsintervallet som har sunket fra median fem minutter på 90-tallet til to minutter i 2010. Det er metodologiske problemer med å bestemme dette intervallet, men i en artikkel fant Herlitz og medarbeidere at sjansene for overlevelse sank med 30 pst. per minutt forsinkelse i varsling. Dette leddet er utenfor kontroll av den profesjonelle helsetjenesten og kan bare påvirkes av opplysningskampanjer og opplæring av legfolk.

2.7.1.2 Tid til start av hjerte-lungeredning (HLR)

Oppstart av HLR før ambulansens ankomst gir 2-3 ganger forbedret overlevelse. Betydningen av ulik type HLR (15:2, 30:2 eller kun kompresjoner) er også undersøkt, men konklusjonene er ikke entydige. Kvaliteten av legfolks HLR har også vist seg å bety noe for overlevelse i de tre studiene som har sett på dette (Wik, Hoeyweghen, Gallagher). Data fra det Danske hjertestansregisteret viser at det er en klar sammenheng mellom økt overlevelse og antall personer som får HLR av de som observerer hjertestansen eller kollapsen.¹⁹

Tid fra kollaps til legfolks oppstart av HLR er undersøkt i et fåtall studier. Denne tiden samsvarer med ambulansens responstid, dersom ikke innringer kan starte HLR på egen hånd eller på oppfordring fra AMK. Dette er den viktigste forklaringen på den store betydningen av dette tidsintervallet i alle studier. Nylige studier som har sett på AMK's rolle for å få flere til å starte med HLR, støtter anbefalingen om å forenkle instruksjonene til kun brystkompresjoner for de innringere som ikke kan eller vil utføre munn-til-munn-metode (Svensson, Rea).

2.7.1.3 Tid til første defibrillering

Pasienter med en første hjerterytmie som lar seg behandle med et elektrisk støt mot hjertet (defibrillering) er mellom 20 og 30 pst. Denne andelen har sunket i løpet av de seneste tiår og mulige forklaringer kan være pasientseleksjon ved at det startes behandling på flere pasienter nå enn tidligere, øket responstid, medisinske forhold og økt levealder som gir et annet og mer sammensatt sykdomspanorama i befolkningen. Tid mellom kollaps og første defibrillering er viktig for god behandling av hjertestanspasienter, men krever en defibrillator som ambulansetjenesten ofte kommer med først. Responstiden er derfor alltid en viktig faktor i studier av disse pasientene. En naturlig forlengelse av denne tankegangen er å spre defibrillatorer utover og trene legfolk i bruken av dem, slik at det første elektrostøtet kan bli en del av førstehjelpen før ambulansen kommer.

Alle de tre viktigste tiltakene i hjertestansbehandlingen utenfor sykehus berører responstid. Responstid og kvalitet på behandlingen er forhold som lar seg påvirke av organisasjon og ressurser. Overlevelse etter hjertestans utenfor sykehus er derfor hyppig brukt som en kvalitetsindikator for akuttmedisinske systemer. Hjertestansregisteret kan følge betydningen av responstiden på overlevelse og bidra med kvalitetsindikatorer for denne tilstanden for alle ledd i behandlingskjeden.

Det er vanskelig å sette en bestemt tidsgrense for responstid, men det er grunnlag for å si at jo snarere jo bedre.

2.7.2 Hjerneslag

Årlig rammes rundt 15 000 personer av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er den tredje hyppigste årsak til død og den hyppigste årsak til alvorlig funksjonshemming og langvarig institusjonsomsorg. I dag omtales hjerneslag på linje med akutt hjerteinfarkt, respirasjonsforstyrrelser og traumer som tilstander som krever spesiell innsats også i den prehospitale fase.

Epidemiologiske beregninger viser at det sannsynligvis kan bli opptil 50 pst flere som årlig rammes av hjerneslag i årene som kommer. Forskning på slagbehandling har vært lite prioritert og fagfeltet preges av begrenset forskningsbasert kunnskap.

Bakgrunnen for den rivende utviklingen innen hjerneslagbehandling skyldes flere faktorer. En viktig faktor var introduksjonen og utviklingen av nevroradiologi med CT som kom på 80-tallet og MR på 90-tallet. Den andre «revolusjonen» startet på slutten av 90-tallet da amerikanske studier viste at blodproppløsende behandling kunne forhindre hjerneslake ved slag.

I vestlige land står hjerneslag for 3-4 pst. av samfunnets samlede bruk av helseutgifter. En artikkel fra Tidsskriftet Legeforeningen 2007²⁰ anslår at et enkelt norsk hjerneslag i snitt medførte kostnader på 600 000 kroner, mens de samlede nasjonale årlige hjerneslagkostnadene var på anslagsvis 7-8 mrd. Ressursbruken ved hjerneslag er så stor at det er behov for å forbedre kunnskapen om de helseøkonomiske aspektene.

Nasjonale retningslinjer for hjerneslagbehandling fra Helsedirektoratet ble lansert i 2010²¹ og det foregår i dag en revisjon av retningslinjene som er planlagt ferdig høsten 2015. Det står lite om den prehospitale delen av tiltakskjedene i disse retningslinjene. De nasjonale retningslinjene fra 2010 påpeker at det «vil være nødvendig å etablere noen spesialiserte slagsentre i Norge. Disse sentrene bør også fungere som ressursbase med rådgivning og kompetanseoverføring til de øvrige slagenhetene i regionen»

Fra 2013 registrerer Nasjonalt hjerneslagregister alle pasienter som skrives ut fra sykehus med diagnosen hjerneslag. Norge har en desentralisert behandling av hjerneslag med 53 slagenheter. Antallet pasienter som behandles i en slagenhet er et viktig kvalitetsmål. Øvrige kvalitetsindikatorer i akuttbehandlingen av hjerneslag er trombolysfrekvens og tidsbruk fra pasientens ankomst til start av medikamentell trombolyse eller kirurgisk fjerning av blodproppen.

Den europeiske slagorganisasjonen (ESO) kom med nye retningslinjer i 2013. ESO skiller mellom primære hjerneslagsentre og regionale hjerneslagsentre. Et primært hjerneslagsenter har slagkompetente leger i vakt døgnet rundt, alle dager og har også døgntilgang til CT, radiolog, anestesilege, laboratorium og slagenhet. Et regionalt hjerneslagsenter har dessuten et spesialistbasert hjerneslagvaktteam 24/7 og tilgang til utvidede ressurser både innenfor radiologisk diagnostikk og avansert intervensjonsbehandling samt minst 4 dedikerte overvåkningssenger for slagpasienter. Norge har per i dag ikke et slagsenter som kan godkjennes etter ESO-anbefalinger for hjerneslagbehandling i Europa.

3 Kommunens øyeblikkelig hjelp tilbud

3.1 Innledning

Kommunene har et lovpålagt ansvar for øyeblikkelig hjelp, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5. Nærmere bestemmelser er gitt i gjeldende akutforskrift. Kommunenes tjenester omfatter legevakt, medisinsk nødmeldetjeneste (legevaktsentraler) og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Legevakttjeneste skal ytes hele døgnet. Kommunene kan pålegge fastleger å delta i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i fastlegens kontortid, samt å delta i organisert legevaktordning utenfor fastlegenes kontortid, jf. merknad til gjeldende akutforskrift.

3.2 Utviklingstrekk

3.2.1 Nye behov og framtidens pasienter i kommunene

”Framtidens pasienter” er for en stor del eldre mennesker med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser. Disse pasientgruppene er godt beskrevet i grunnlaget for samhandlingsreformen, der analysene pekte på at å behandle stadig flere pasienter i sykehus som blir stadig mer spesialiserte og funksjonsdelte, både er ressurskrevende og ikke nødvendigvis til beste for pasientene. Samhandlingsreformen har i stedet lagt vekt på generalistkompetansen som sentral for å behandle personer med forverring av kroniske og sammensatte lidelser, og har forutsatt at mer av pasientbehandlingen skal skje på kommunalt nivå.

Kommunene har i flere år tatt imot stadig dårligere pasienter. Det er en følge av kortere liggetid i sykehus og at stadig flere mennesker som før ble ivaretatt i institusjon nå bor hjemme. Kommunenes omsorgstjenester har i mange år bygget opp omfattende hjemmebaserte tilbud for pasienter som f. eks. hjemmedialyse og hjemmerespirator, i et samarbeid med helseforetakene. Nye kommunale tilbud bygges opp både innenfor psykisk helse og rus og nye ø-hjelp-døgnplasser. En nytenkning om hjemmebaserte tjenester rettet mot akutt syke pasienter, er i ferd med å utvikles og settes ut i praksis. Behandling på rett omsorgsnivå er viktig for hver enkelt pasient og for kvaliteten helse- og omsorgstjenestene i kommuner og helseforetak.

3.2.2 Nye ø-hjelptilbud i kommunene

3.2.2.1 Nye ø-hjelp døgntilbud

Fra 2016 lovfestes kommunenes plikt til å etablere øyeblikkelig-hjelp døgntilbud. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Formålet er å gi tjenester nærmere der pasienten bor og utvider plikten kommunene i dag har til at øyeblikkelig hjelp tilbudet også skal omfatte døgnopphold. Mange kommuner har allerede startet på etableringen av ø-hjelp døgntilbud slik at innfasingen skjer gradvis.

Kommunale ø-hjelp døgnopphold er et viktig element i samhandlingsreformen og innebærer en ny oppgave for kommunene ved at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene knyttet til pasientkategorier som tidligere ville blitt lagt inn i sykehus.

Mange kommuner har valgt å legge kommunale ø-hjelp døgnopphold til eller i nær tilknytning til legevakt. Andelen av denne modellen synes økende, mens det i starten var en overvekt av enheter knyttet til sykehjem, ifølge Helsedirektoratet.

I rapporten Legevaktorganisering i Norge (2014) fra Nklm oppgis det at 33 pst. av landets legevakter er samlokalisert med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Foreløpige erfaringer fra kommunene viser at omkring 75 pst. har valgt å organisere nye kommunenes ø-hjelptilbud i et interkommunalt samarbeid.

Høsten 2013 gjennomførte Deloitte to undersøkelser på oppdrag både fra Helsedirektoratet og KS og intervjuet bl.a. personell ved 16 ø-hjelp tilbud. Den største utfordringen har vært hvilket nivå legebemanningen skal ha. Enkelte kommunale ø-hjelp-tilbud har døgnskcontinuerlig legebemanning, mens de fleste baserer seg på å tilkalle legevakten enten om kvelden og natten eller i helgene. Noen kommuner har avtalt planlagt tilsyn av legevakt, mens andre tilkaller legevakten etter behov. Flere kommuner oppgir at de har gjort endringer i kommunal ø-hjelp-tilbudet for å sikre daglig legevisitt eller planlegger å gjøre dette. Det er foreløpig gjort lite på forskning på kommunale ø-hjelp-senger.

Under samme tak – legevakt, kommunale ø-hjelpsenger og omsorgstjenester

Fra våren 2015 etableres Valdres lokalmedisinske senter i et nybygg i Fagernes; et samarbeid mellom seks Valdreskommuner. Det planlegges å samle en rekke helse- og omsorgstjenester fra både kommune, fylkeskommune og helseforetak. Av tjenester med heldøgns beredskap er interkommunal legevakt, legevaktsentral, intermediaærvdeling med kommunale akutte døgnplasser. Nord-Aurdal kommune skal ha lokaler for hjemmetjenestene med heldøgns beredskap og sykehjem. I tillegg kommer jordmortjeneste i døgnskcontinuerlig vaktberedskap. Andre helse- og omsorgstjenester med åpningstid på dagtid skal også etableres i samme bygg - tannhelsetjenester, fysioterapi og ergoterapi, spesialistpoliklinikktilbud (blant annet barsel- og ammepoliklinikk), røntgen og dialyse. Senteret har kort avstand til ambulansestasjonen i Fagernes, men er ikke samlokalisert med denne. (Kilde: Toril Naustdal, Nord-Aurdal kommune)

3.2.2.2 Fra legevakt til helsevakt - nye roller for legevaktsentralen?

Trondheim kommune har gjennom flere år planlagt gjennomføringen av en Helsevakt. Helsevakten er under etablering og skal inneholde legevaktsentral, legevakt og akutt ambulerende oppfølgingstjenester. Helsevakten er én felles dør inn og ett felles telefonnummer innbyggerne i Trondheim kan ringe ved alle uplanlagte behov for helse- og omsorgstjenester, herunder akutt sykdom og skade samt henvendelser til kommunenes trygghetspatrulje, krisesenter og kriseteam. Målet er å gjøre det enkelt for befolkningen og en slik samlet tjeneste skal bidra til økt sikkerhet og trygghet for brukerne og deres pårørende ved at henvendelsene sikres videre oppfølging. Legevaktsentralen blir en naturlig del av Helsevakten, men den skal også være noe mer. Ny velferdsteknologi er en del av grunnlaget for Helsevakten. Mottak av meldinger fra brukere/innbyggere som er utstyrt med velferdsteknologiske innretninger er en del av grunnlaget for Helsevaktens oppfølging av spesielt syke eldre og personer med store pleie- og omsorgsbehov.

Innføring av nasjonalt legevaktnummer 116 117 vil gjøre at legevaktsentralen får større betydning for medisinsk rådgivning enn før. Ifølge Nklm bør det utredes om en slik rolle bør utvikles mer bevisst, i tråd med systemer som finnes i utlandet. Fordelen med legevaktsentraler er at

befolkningen kommer i kontakt med lokalt helsepersonell som ikke bare kan svare på faglige spørsmål, men som kjenner det lokale tjenestetilbudet og kan tilby ulike former for oppfølging. Det ligger godt til rette for et slikt "totaltilbud" knyttet til legevaktsentralene i Norge.

3.2.2.3 Felles nasjonalt legevaktnummer

I 2011 ble det vedtatt å innføre et felles, nasjonalt telefonnummer 116 117 til alle legevaktsentraler i landet. Det nasjonale legevaktnummeret er hjemlet i forslaget til den reviderte forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og blir innført parallelt med at forskriften vedtas og trer i kraft. Et nasjonalt legevaktnummer innebærer en forenkling og effektivisering av befolkningens tilgang til legevakt. Et felles telefonnummer er lett å huske og vil dermed ha stor betydning for befolkningens tilgang til legevaktstjenesten. Det forventes også at bedre tilgjengelighet til legevakt og en tydeliggjøring overfor innbyggerne av hvor de kan henvende seg i gitte situasjoner, vil redusere antallet unødvendige oppringninger til nødnummer 113. Dette vil sikre at akutte henvendelser til helsetjenesten skjer på rett nivå.

3.2.3 Fastlegenes ø-hjelptilbud

Etter fastlegeforskriften har fastlegen plikt til å delta i legevakt enten det dreier seg om legevakt utenfor ordinær åpningstid eller kommunens øyeblikkelig-hjelp-tjeneste på dagtid. I tillegg skal fastlegen innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.

Kommunen har ansvaret for en døgnskuttet legevaktsordning. På dagtid forutsettes ø-hjelptilbudet som regel ivarettatt av fastlegene selv, mens beredskapen på ettermiddag, kveld, natt og i helgene ivaretas gjennom legevaktordninger. Fastlegene skal også samarbeide om øyeblikkelig hjelp for å dekke opp ved fravær fra praksis.

I forbindelse med fastlegereformen i 2001 ble det innført mer forpliktende bestemmelser om øyeblikkelig hjelp på dagtid, men det er mange eksempler på at det ikke er etablert et godt nok system på dagtid når det gjelder legevaktordning.

På landsbasis blir det tatt imot mange flere øyeblikkelig-hjelp-pasienter daglig i fastlegeordningen enn på legevakt. På legevakt er det årlig ca. 900 000 legekonsultasjoner og omlag 60 pst. av disse skjer i ukedagene. Nklm anslår at landets omlag 2000 legekontor er med gjennomsnittlig 3 leger hvor hver tar ca. 10 ø-hjelp-pasienter per dag, gir dette et totalantall på ca. 4 mill. ø-hjelp-pasienter i året.

I andre land har fastlegekontorer lengre åpningstid enn i Norge, i England er det f. eks. vanlig med åpningstid til 18:30. I Danmark har det vært en del av fastlegeavtalen at man en gang i uka skulle ha kveldsåpent kontor til kl. 20:00. Spørsmålet er om kveldsåpne fastlegekontorer vil føre til at presset på legevakten ble mindre ved at andre legers pasienter kunne henvende seg til den som har kveldsåpen praksis. Dette strider egentlig mot fastlegeordningens ideologi med vektlegging av verdien av kontinuitet i lege/pasientforholdet. Det er mange som vil hevde at kveldsåpne legekontorer først og fremst bør sees på som økt tilgjengelighet for fastlegens listeinnbyggere, men med samme eller noe høyere antall øyeblikkelig-hjelp-timer en slik kveldsåpen dag, ville det kunne

innebære at legevakten fikk mindre søkning. Utviklingen i Norge går i retning av at flere fastleger slår seg sammen i større, felles legepraksiser. Med en slik utvikling, er det mulig å tenke seg at et stort legekontor med 8-10 leger, har mulighet for å ha kveldsåpent de fleste hverdagene. Kostnadssiden er imidlertid i liten grad utredet, blant annet ville en slik ny kveldsåpen legepraksis trolig øke omfanget av fastlegenes bruk av kveldstakster.

I en studie fra 2008 om fastlegepasienters bruk av legevakt ble det påvist stor variasjon i bruk av legevakt. Den viktigste konklusjonen fra studien var at hvis fastleger hadde bedre tilgjengelighet for akutte henvendelser ville dette kunne gi et potensial for flytting av flere hundre tusen kontakter fra legevakt til fastlege.

Risvollan legesenter i Trondheim har innført en modell for tildeling av time hos fastlegen samme dag som de tar kontakt. Målet er bedre tilgjengelighet ved telefonhenvendelser, kortere ventetid, færre forsinkelser på venterommet og unngå at folk drar til legevakten i stedet for å gå til fastlegen. Time samme dag er mulig fordi fastlegene har ryddet plass i avtaleboken slik at de har 50-60 pst. ledig kapasitet hver dag. Pasientene tar kontakt med legesenteret ved hjelp av telefon eller SMS. Alle pasienter som har fastlege ved legesenteret, får tilbud om time samme dag eller senest neste morgen dersom SMS sendes om ettermiddagen. Positive effekter er bedre tilgjengelighet, ventetid på under én dag, flere pasienter får time og færre henvendelser til legevakten fra pasienter som tilhører legesenteret. Det er gjort utredninger som viser at per dag vil 0,7 – 0,8 pst. av pasientene på legens liste ønske legetime.

3.2.4 Pasientbehandling i legevakttjeneste

Mange pasienter som tar kontakt med legevakt kan ha tidlige og uspesifikke tegn til sykdom. Dette betyr at det er vanskeligere å stille diagnose fordi tilstanden har vart i kort tid, og typiske symptomer og funn på bestemte tilstander har ofte ikke utviklet seg.

I internasjonal sammenheng er den norske legevakttjenesten spesiell. Få andre land har bygget opp en akuttmedisinsk primærhelsetjeneste med et døgnåpent lavterskeltilbud som er åpent for alle.

De fleste kontaktene til legevakten er vanlige tilstander som legevaktsykepleiere og legevaktleger vil kunne håndtere raskt og effektivt på en god måte. Mange akuttmedisinske tilstander er også enkle å identifisere. Men mellom disse gruppene forekommer et ganske stort volum av kontakter som trenger rask avklaring av om det skjuler seg noe akutt og i verste fall livstruende. Dette krever spesifikk og systematisk klinisk tilnærming som bygger på de generelle allmennmedisinske arbeidsteknikkene for vurdering av usorterte pasientpopulasjoner samt gode verktøy for hastegradsvurdering og prioritering. Sentralt er også rådgivning, spesielt på telefon, som må ta høyde for stor usikkerhet og at tilstanden kan være i utvikling. Handlingsvalgene må derfor skje på mer usikkert grunnlag enn ellers. Usikkerheten kan minimaliseres gjennom kompetanse, teknologi og organisering, men kan ikke elimineres helt.

I Norge er det i Austevoll gjort ett større bredt anlagt forsøk på å studere prehospital akuttmedisin i en større bredde ved at alle data fra akuttmedisinsk aktivitet utført av fastleger, legevakt og ambulansetjeneste ble registrert i en 2-årsperiode 2005-2007. Kommunen har 4500 innbyggere og

antallet akutthendinger begrenset (236 tilfeller i perioden), men registreringen skjedde systematisk. Et stort antall variabler innenfor emnene innmelding, alarmering, kliniske forhold og diagnostikk, triage i to sekvenser, behandling og transport ble registrert.

Ett hovedfunn i studien er at antallet akuttmedisinske hendinger er høyere enn det som har vært antatt tidligere, da en i Austevoll registrerte en hendelsesinsidens på 27 per 1000 innbyggere per år, mens det før hadde vært vanlig å anta 10 hendinger per 1000 innbyggere per år. Forskjellen skyldes sannsynligvis at det i en del mindre kommuner er tradisjon for at innmelding av akutte tilfeller også skjer til lokale instanser (legevaktssentral eller direkte til legekantor), og at alle tilfelle registrert ved alle innmeldingsinstanser ble registrert i denne studien.

Akuttmedisin i lokalsamfunnet er ikke avgrenset til noen få kjernetilstander. 62 ulike ICPC-diagnoser ble registrert som årsak til de enkelte hendingene. Av andre funn kan nevnes at i 43 pst. av tilfellene vurderte legen tilstanden ved pasientundersøkelsen som mindre alvorlig enn hun eller han først hadde antatt, mens hun i 11 pst. vurderte situasjonen som mer alvorlig enn først antatt (ref).

Studien konkluderer med forholdsvis høy hyppighet av akuttmedisinske hendinger, et stort spekter av ulike tilstander som årsak til akuttmedisinske hendinger og en stor usikkerhet om hvor alvorlige de akuttmedisinske hendingene er. Dette er faktorer som har direkte betydning for hvordan rollefordelingen i den prehospitale akuttmedisinen bør være. Undersøkelsen viser at det er behov for store medisinske kunnskaper i den prehospitale prosessen.

3.2.5 Organisatoriske endringer i legevakt

Utviklingen mot interkommunalt samarbeid har vært tydelig de siste årene og per i dag er dette den dominerende organisasjonsform. I 18 av 19 fylker har et flertall av kommunene gått inn i interkommunale legevaktordninger, og 11 fylker har så få som 0-2 kommuner med egne, kommunale legevakter. I 2014 var det i Norge 191 legevaktdistrikter. I alt 348 kommuner (80 pst.) er dekket av 111 interkommunale legevakter. Hver interkommunal legevakt dekker i snitt tre kommuner. Kun 80 av landets 428 kommuner har i 2014 en ren kommunal legevakt. Det er bare Finnmark som har en klar dominans av kommunale legevakter og få interkommunale løsninger. I tillegg finnes det flere kommunale legevakter i Nordland, Troms og Møre og Romsdal, men også i disse fylkene er de i mindretall.

Helsedirektoratet har anslått et antall på 3300 helsepersonell, fordelt på om lag 1600 årsverk ved norske legevakter. Nklm (2014) har anslått at mellom 8000 og 10 000 personer hvert år arbeider i legevaktjeneste, mange i kun et lite antall vakter.

Det er stor variasjon i hvordan legevaktdistriktene er organisert. Noen kommuner tilhører en legevaktordning med ett fast legevaktlokale, enten i egen eller annen kommune, både på ettermiddag, kveld, natt og i helger. Andre kommuner har legevakt i vekslende lokaler. I noen interkommunale vaktordninger varierer legevaktlokalet etter hvilken kommune som stiller med lege. Flere andre steder håndteres mesteparten av legevaktaktiviteten lokalt på ettermiddag og kveld og på dagtid i helger, mens legevakten på natt er sentralisert til en større nattlegevakt. I tillegg finnes en rekke andre varianter hvor legevakten ikke har ett fast lokale.

Legevaktene i Bergen og Oslo har i mange år samarbeidet med lokale helseforetak og har utviklet utvidede tjenester som gjør at de er vanskelige å sammenligne med den gjennomsnittlige norske legevakt. Utfordringene for storbyene er også spesielle med noen andre pasientkategorier f. eks. flere innvandrere, flere med midlertidig opphold og flere pasienter med rusproblemer.

3.2.6 Bemanning - som regel én lege på vakt

Rapporten Legevaktorganisering i Norge av Nklm²², viser at 80 pst. av legevaktene har kun én lege på vakt på kveld, natt og helg, 40 pst. av legevaktene er uten sykepleier på vakt til enhver tid på døgnet og bare 20 pst. av legevaktene har organisert bakvaktlege for lege i vakt. Å være kun én lege på vakt, er en opplevd realitet for de fleste legevaktleger som til enhver tid er på vakt i legevakt-Norge. Å utøve en medisinsk-faglig tjeneste uten et fagmiljø å støtte seg til er faglig lite tilfredsstillende.

En undersøkelse Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjennomførte i 2011 ved alle landets legevakter viste at 85 pst. av legene som var på vakt «i går kveld», var eneste lege på jobb.²³ Av legene som var alene, var 19 pst. turnuslege, 21 pst var vikar. I alt 9 pst. av legene alene på vakt hadde problemer med å forstå og gjøre seg forstått på norsk.

Beredskapsbakvakt brukes i legevaktdistrikter som dekker store områder, og der det kan være vanskelig eller praktisk umulig for legevaktlegen å reise fra legevaktkontoret ved hastetilfeller langt unna. Det kan dreie seg om beredskapsbakvakt ut fra store reiseavstander i et legevaktdistrikt, veiledning ved manglende kompetanse hos primærvakten eller reservekapasitet ved stor pågang på legevakten. Skjåk kommune har f. eks. en fast bakvaktordning der lege drar til pasient eller skadested etter varsling fra legevaktsentral eller AMK. Denne ordningen ble etablert da Skjåk gikk inn i det interkommunale samarbeidet om Nord-Gudbrandsdal legevakt med legevaktlokale på Otta.

Tidligere var slik bakvakt kun en mer proforma telefonbakvakt, men i forslag til ny akuttmedisinforskrift stilles det mer eksplisitt krav om bakvakt med utrykningsplikt når primærvakten ikke innehar nødvendig kompetanse.

3.2.7 Prioritering av pasienter i legevakt

Legevaktene i Norge har et stort klinisk omfang. I snitt gjennomføres det om lag 5 300 kontakter per dag ved landets legevakter. Av dette er om lag 1 500 telefonkontakter og enkle kontakter, og om lag 3 700 konsultasjoner, hovedsakelig med lege. Det er ca. 1,3 millioner konsultasjoner med lege på legevaktlokalene årlig. I tillegg kommer telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier, utrykning, sykebesøk og andre henvendelser. I 2013 var det omlag 266 konsultasjoner per 1000 innbyggere, over 95 pst. av disse er med lege, mens et lite antall konsultasjoner er med sykepleier. Samlet kontaktrate ved legevaktene var i 2013 omlag 360 kontakter per 1000 innbyggere²⁴. Bak disse gjennomsnittstallene er det store forskjeller mellom de enkelte legevaktdistriktene.

På linje med bruken av helsetjenester for øvrig, øker også bruken av legevakttjenester. Telefonkontakter er vanlig ved mindre alvorlige tilstander der legetilsyn ikke vurderes som nødvendig. Mens legevaktene håndterte om lag 1,626 mill. kontakter i 2006, var antallet økt til om lag 1,942 mill. kontakter i 2013; en årlig gjennomsnittlig volumvekst på om lag 2,8 pst. Andelen

telefonkontakter av de totale kontakttyper har økt fra 17,1 til 25,0 pst., mens antall telefonkontakter har økt fra 278 156 til 485 738.

3.2.7.1 Mange lette pasienttilfeller i legevakt

Fastleger, legevaktsentraler og AMK mottar hvert år mange henvendelser som krever rask reaksjon fra helsepersonell. De mest tidskritiske henvendelsene skal i utgangspunktet gå til AMK og det er dermed riktig og logisk at legevaktene rapporterer om færre tidskritiske pasienter enn AMK.

Hvert år håndteres om lag 45 000 pasientkontakter med høyeste hastegrad (rød) ved norske legevakter. Likevel står disse pasientkontaktene for kun 2,5 pst. av all aktivitet ved legevaktene. De fleste pasientkontaktene har lav hastegrad. Om lag 73 pst. av aktiviteten ved legevakt klassifiseres hvert år i laveste hastegrad (grønn), 24,5 pst. i mellomste hastegrad (gul) og 2,5 pst. i høyeste hastegrad (rød). Disse andelene har vært stabile over tid. Målt i rater per innbygger, anslås det at blant de om lag 360 pasientkontaktene som legevaktene i snitt har per 1000 innbyggere per år, er det 9,1 røde kontakter, 88,1 gule kontakter og 262,2 grønne kontakter.

3.2.7.2 Bruk av legevakt gjennom døgnet og gjennom året

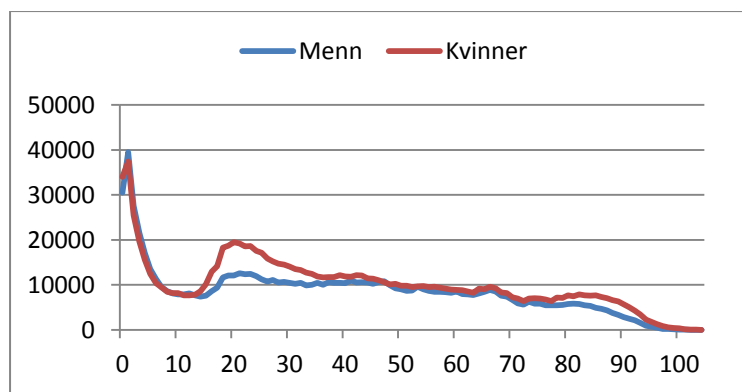
Helg, høytider og ferier er legevaktenes høysesong. Om lag 40 pst. av legevaktkontaktene skjer i helgene, mens 60 pst. skjer i ukedagene. På hverdagene er det svingninger i antall kontakter gjennom døgnet, med en topp mellom kl. 17-22. I helgene er antall kontakter mer jevnt fordelt gjennom døgnet.

Pågangen på legevakt påvirkes både av befolkningsstørrelse og alderssammensetning. Bruken påvirkes også av yrkes- og næringsstrukturen i den eller de kommunene som legevakten yter tjeneste. Det har også noe å si om legevaktdistriktet har videregående skoler eller høyskoler og universitet, og hvordan avstander og kommunikasjonsmønster er. Antall flyktninger, midlertidige arbeidsinnvandrere og andre personer uten fastlege påvirker også pågangen.

3.2.7.3 Bruk av legevakt i ulike aldersgrupper

Aldersgruppene med spesielt høyt forbruk av legevaktjenester er spedbarn og småbarn i alderen 0-2 år, unge voksne omkring 20-25 år og de eldste eldre fra 90 år og oppover. Kontaktraten per individ i disse aldersklassene ligger betydelig høyere enn kontaktraten per individ i øvrige aldersklasser. Den høye kontaktraten blant unge voksne skyldes trolig studenter som har flyttet hjemmefra og som ikke har skaffet seg fastlege på studiestedet.

Den høye legevaktbruken blant personer på 90 år er ikke overraskende, men utgjør i dag en relativt liten andel av legevaktenes virksomhet på fordi de er en svært liten del av befolkningen. De eldste eldre vil i fremtiden utgjøre en større andel av befolkningen med økt etterspørsel etter legevaktjenester som følge.



Antall kontakter ved landets legevakter i 2013, etter pasientens alder. Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

3.2.7.4 Hastegradsvurdering og triage

Triagesystemer og beslutningsstøtteverktøy anvendes i den akuttmedisinske kjeden som verktøy for hastegradsvurdering og prioritering (triage). Hastegraden er retningsgivende for hvor raskt pasienten skal ha legetilsyn og behandling. I systemene som er tatt i bruk i Norge er den også veiledende for videre tiltak i pasientforløpet. Formålet med triage er å fange opp pasientene med akutt behov for helsehjelp eller høy risiko for forverring av sin tilstand og sikre at de får behandling først.

Legevaktssentralenes faglige rolle knytter seg i hovedsak til hastegradsvurdering, rådgivning og timebestilling. Hastegradsvurdering er kjernekompetansen til personalet i legevaktssentralene. Rådgivning foregår i stort omfang, og blant Vaktårnlegevaktene ble 20 pst. av henvendelsene håndtert med rådgivning i 2013. Ifølge Nklm (2014) er det stort behov for å kvalitetssikre rådgivningsfunksjonen, både gjennom bruk av digitale verktøy og kompetanse hos personellet. Timebestilling er en logistikkfunksjon som må finnes i legevaktssentralen. Ulike systemer med tildeling av time for pasienter med grønn hastegrad medfører mindre venting og bedre planlegging av aktiviteten. Ifølge Nklm (2014) er det et servicemål i seg selv å hindre at pasienter med lav hastegrad blir værende lenge i ventekø på legevaktstasjonen.

NAKOS gjennomførte i 2014 en nasjonal kartlegging av bruk av triagesystem ved legevakt, i ambulansetjenesten og i akuttmottak. Ved telefonhenvendelser til legevakten anvender 68 pst. av legevaktene Medisinsk Indeks og 56 pst. Telefonråd som verktøy for fastsettelse av hastegrad. Få legevakter bruker triagesystem ved direkte oppmøte på legevakten.

Tradisjonelt refererer triage til fordeling av begrensede medisinske ressurser basert på en relativ hastegradsvurdering. I kartleggingen oppga 79 pst. av legevaktene at de sjelden eller aldri opplever kø som følge av begrensede legeressurser. Erfaring viser imidlertid at triagesystemer også er et egnet verktøy for samhandling i kjeden og et egnet verktøy for beslutningsstøtte, kvalitetssikring og standardisering i den akuttmedisinske tjenesten. Det er viktig å understreke at et triagesystem ikke kan veie opp for manglende ressurser eller manglende kompetanse og erfaring hos helsepersonellet.

3.2.7.5 Akutttilbudet til psykisk syke og pasienter med rusproblemer

Innenfor primærhelsetjenesten er fastlegene og legevakt de viktigste aktørene for pasienter med psykisk sykdom og rusproblemer. I tillegg har mange kommuner tilbud om oppfølging ved psykiatriske sykepleiere, enten som del av hjemmesykepleietjenestene eller som egen tjeneste. I mange kommuner finnes det også spesialiserte botilbud med varierende grad av oppfølging og organiserte kriseteam eller instanser som kan kontaktes direkte ved livskriser. Fastleger og legevakt er de eneste som har lovpålagt plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. For fastleger gjelder denne plikten innenfor kontorets åpningstider. Legevakten dekker resten av døgnet, samt helg- og helligdager. Det finnes ingen studier som direkte har undersøkt kvaliteten på arbeidet som gjøres ved norske legevakter for pasienter som henvender seg med psykiske lidelser eller rusproblematikk. Studier har imidlertid vist at legevaktleger er like flinke som andre henvisende instanser til å velge ut hvilke pasienter som bør innlegges akutt.

Behandling i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak etter vurdering i og henvisning fra primærhelsetjenesten. Et viktig unntak er Psykiatrisk legevakt ved Oslo legevakt, som er åpen på ettermiddags- og kveldstid på hverdager, helger og helligdager og der alle kan henvende seg direkte.

Spesialisthelsetjenesten har et desentralisert og hovedsakelig poliklinisk tilbud ved de distriktpsykiatriske sentre (DPS) og et spesialisert døgntilbud på sykehus. DPS skal være kontaktflaten mot førstelinjen, og har døgntilbud, men det er oftest elektive innleggelser og de foregår på dagtid på hverdager. De fleste akuttinnleggelser skjer derfor til akuttpsykiatriske sykehusavdelinger. Alle DPS har akutte, ambulante team, men deres funksjon er ulik. Noen er lavterskeltilbud og kan kontaktes direkte, mens andre krever henvisning fra førstelinjen. Noen har åpent på kveldstid og helger, mens andre ikke har det.

Spesialisthelsetjenesten innenfor tverrfaglig rusbehandling tilbyr sjelden akutt hjelp, selv om de har ø-hjelp-plikt. Unntaket er Rusakuttmottaket i Oslo og Bergen. Overvåkning av intoksikasjoner foregår vanligvis på medisinske akuttavdelinger.

I 2013 ble det registrert ca. 1,94 millioner pasientkontakter til norske legevakter. Det ble gitt en diagnose relatert til psykisk lidelse ved 101 034 kontakter, dvs. 5,2 pst. av totalt antall kontakter. Andelen kontakter med slike diagnoser har vært relativt stabil siden 2006. Samtidig har det vært en betydelig økning i antall legevaktkontakter med en psykiatrisk diagnose. I 2006 var antallet 55 618, noe som gir en økning på 82 pst. mellom 2006 og 2013 uten at vi har gode forklaringer på årsakene til dette.

Langt flere pasienter enn dem som får en slik diagnose, har problemer relatert til rus eller psykisk lidelse. I en studie fra 2010 ble det gitt en rusdiagnose i 32 pst. av kontaktene som ble vurdert som relatert til rus. Tilsvarende ble det gitt en psykiatridiagnose i 58 pst. av kontaktene relatert til psykisk lidelse, og 70 pst. av kontaktene som var relatert til både rus og psykisk lidelse.

Ved vurdering av hastegrad blir henvendelser om psykisk lidelse eller rus i gjennomsnitt vurdert til å ha litt høyere alvorlighetsgrad enn andre typer henvendelser. Diagnoser relatert til psykiske lidelser diagnoser er overrepresentert om natten og hos voksne i alderen 16-60 år.

De hyppigst brukte psykiatridiagnosene er relatert til rus (21,2 pst.), depresjon (20,4 pst.) og angst (19,4 pst.) Diagnosen stoffmisbruk økte i tidsrommet 2006 – 2013 med 300 pst. Det er grunn til å anta at den høye forekomsten av diagnoser relatert til psykiske lidelser på natt i stor grad skyldes rusrelaterte problemstillinger.

Det ser også ut til at antall henvendelser relatert til selvmordsproblematikk er høyere på legevakt enn hos fastlegene, til tross for at det er et betydelig mindre totalvolum av henvendelser til legevakt sammenliknet med hos fastlegene

En studie fra 2012 utforsket legevaktens håndtering av henvendelser relatert til rus og/eller psykisk lidelse. I 34 pst. av kontaktene ble pasienten innlagt. Det var færre innleggelser for rent rusrelaterte henvendelser (30 pst.), enn for henvendelser relatert til både rus og psykisk lidelse (43 pst.). Ved innleggelse av pasienter med rusrelatert lidelse, ble de aller fleste pasientene innlagt i medisinske og kirurgiske avdelinger. Svært få av de rusrelaterte innleggelsene gikk til spesialisthelsetjenesten i psykiatri eller akutt tverrfaglig rusbehandling. Totalt 15 pst. av legekontaktene endte med en akuttinnleggelse i psykisk helsevern. Det ble brukt tvangsparagraf ved 38 pst. av disse innleggelsene. En studie fra Oslo om håndtering av intoksikasjoner i prehospitaltjenester i Oslo viste at de fleste alkoholintoksikasjonene ble håndtert på legevakt, i motsetning til opiatintoksikasjonene som ble håndtert av ambulansetjenesten, og medikamentintoksikasjonene der sykehusinnleggelse oftest var nødvendig.

Politiet bringer mange personer som er ruspåvirket og har atferdsforstyrrelser til undersøkelser på legevakt. Det er grunn til å tro at legevakter håndterer disse pasientene forskjellig, basert på faglig kultur og hvilke tilbud som fins for denne gruppen. Noen steder legges de ofte inn i akuttpsykiatriske døgnavdelinger, kanskje på tvang. Andre steder har man fokus på pasientens ruslidelse og gir tilbud om rusrelatert behandling. Det siste kan medføre at pasienter som ikke ønsker helsetjenester, forlater legevakten med eller uten politi. Det finnes ikke tall for antall personer som hvert år settes i fyllarresten. Dette er et viktig grensesnitt som det er lite kunnskap om.

En stor andel av akuttinnleggelsene til psykiatriske døgnavdelinger kommer fra legevakt. En enda større andel av tvangsinnleggelsene kommer fra legevakt. Samtidig er andelen tvangsinnleggelser som underkjennes ved paragrafvurderingen i sykehus høyere for innleggelser fra legevakt, enn for innleggelser fra fastleger og spesialisthelsetjenesten. Dette kan skyldes at pasientens tilstand bedres på grunn av endret rusnivå i løpet av det inntil 24 timer lange intervallet fra vurdering ved legevakt til paragrafvurderingen på sykehuset. Mangel på alternative tiltak eller dårlige vurderinger ved legevaktlegen kan også være årsaker.

3.2.8 Sykebesøk og utrykninger

3.2.8.1 Sykebesøk

Sykebesøk av lege forstås som at lege reiser hjem til en pasient eller til den institusjonen der pasienten bor. Det mangler nasjonale retningslinjer for omfang av sykebesøk eller kriterier for sykebesøk fra legevakt. I stor grad kan derfor den enkelte legevakt selv avgjøre sin egen policy med

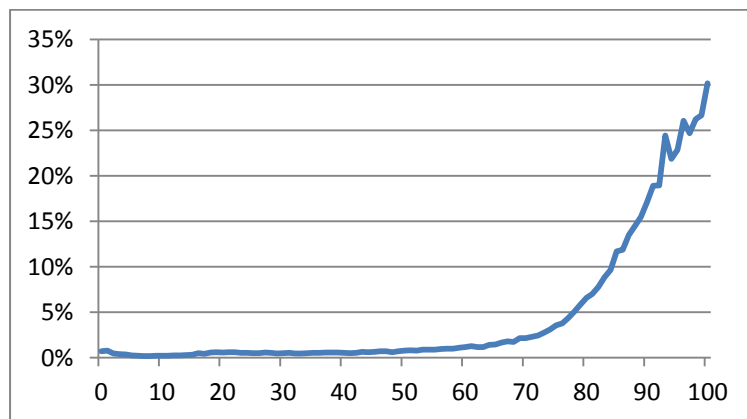
hensyn til å dra i sykebesøk. Om lag 6 pst. av landets legevakter har i undersøkelser oppgitt at de aldri gjennomfører sykebesøk.

Utviklingen av legevakt de siste tiårene har vært mot en stasjonær legevaktvirksomhet. Antall sykebesøk har gått kraftig ned de siste tiårene og det kan stilles spørsmål ved om legevaktene i dag utfører for få sykebesøk i forhold til behovet. Demografiske og epidemiologiske endringer i retning av flere eldre og flere personer med sammensatte og kroniske lidelser, tilsier også økte tilfeller av akutt sykdomsforverring eller skade. Utviklingen i omsorgssektoren, der mange personer med store behov gis omfattende medisinsk utstyr som f. eks. hjemmerespirator eller smertepumpe og tilsyn av hjemmetjenester flere ganger i døgnet, innebærer at de fleste eldre fortsetter å bo i eget hjem.

I årsstatistikk fra Nklm er antall sykebesøk og utrykninger registrert i henhold til KUHR-data. Sykebesøk er kategorisert sammen med utrykning der legevaktlege rykker ut som ledd i en ambulanseutrykning rekvirert fra AMK-sentralene. På regningskortene til legene skilles det ikke mellom sykebesøk eller utrykning og begge går under rubrikken "sykebesøk".

I 1995 foretok legevaktene om lag 685 000 hjemmebesøk, i 2000 omkring 357 000 sykebesøk, mens bare 66 986 sykebesøk og utrykninger ble registrert i 2013.

Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. For personer på 90 år og eldre skjer om lag 20-30 pst. av kontaktene i form av sykebesøk.



Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder. 2013. Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Det er vaktleger i små utkantkommuner som oftest reiser i sykebesøk. Sentralitet har betydning for andel sykebesøk som en del av legevaktens virksomhet. Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden og regnes på en skala fra 0 (minst sentral) til 3 (mest sentral). Mens sykebesøkene utgjør 6,0 pst. av alle kontaktene til legevakt i de minst sentrale kommunene, synker denne andelen drastisk når kommunesentralitet øker. Det er i de minste kommunene, med færre enn 2000 innbyggere at sykebesøk høyest andel av alle kontakter til legevakt. En årsak til dette kan være at mange småkommuner ikke har eget legevaktlokale.

I storbyene er det svært sprikende funn: Oslo kommune utfører årlig om lag 15 000 sykebesøk og står dermed for over 20 pst. av sykebesøkene i hele landet. Bergen har kun en egen sykebesøksordning for sykehjem og pleie- og omsorgstjenesten. Tromsø har svært få sykebesøk, men Trondheim var tidlig ute med egen legevaktbil og har hatt økt antall sykebesøk de siste årene.

Flere sykebesøk i Drammensregionen i 2014



Våren 2014 ble den første uniformerte legevaktbilen i Norge etter nye retningslinjer, tatt i bruk. Eier er Drammensregionen interkommunale legevakt som har et opptaksområde på om lag 130 000 innbyggere i Drammen, Lier, Svelvik, Sande og Nedre Eiker. Lengste avstand fra legevakten til ytterkanten av distriktet er om lag 45 km. Bilen er bemannet med dedikert mannskap på to personer – en legevaktlege og en sykepleier – for å øke kapasiteten til å foreta sykebesøk og utrykninger. Bilen har GPS-sporing og kan følges av AMK-sentralen. Bilen er ikke rigget for pasienttransport, men er utstyrt med akuttmedisinsk utstyr – legekoffert, medikamenter, hjertestarter, EKG, inhalasjonsutstyr, utstyr for sutur, kateterisering og blodprøvetaking. Erfaringen fra første halvår er at behovet er spesielt stort blant eldre på sykehjem og eldre i omsorgsbolig, og det er til disse pasientgruppene de fleste sykebesøkene går til. Kilde: Drammensregionens legevakt IKS

Nklms studie av sammenhengen mellom reiseavstand til legevakt og etterspørselen etter legevaktstjenester viser også en nedgang i antall sykebesøk fra legevakt med økende avstand fra legevaktkontor til pasient. Det motsatte kunne ha vært like sannsynlig, nemlig at innbyggere med lang reiseavstand til legevakt i større grad møtes av en mobil legetjeneste med mulighet for å oppsøke pasienten. Funnene fra denne studien viser imidlertid at sykebesøk utføres sjeldent, og at lege som regel drar i sykebesøk til pasienter som bor nær legevaktlokalet.

3.2.8.2 Utrykninger

Når AMK-sentralene beslutter at en henvendelse skal klassifiseres som rød respons, følger det av Medisinsk indeks at ambulanse skal sendes ut og at lege skal alarmeres. Når legevakt alarmeres fra AMK, er det legevaktlegens selvstendige ansvar å avgjøre om han eller hun følger med på en utrykning. På legevakter som er samlokalisert med ambulansestasjon eller med sykehus, hender det at legen følger med ambulansen fra ambulansbasen. I andre tilfeller bruker legen kjøretøy fra legevakten, egen bil eller reiser i drosje. Ambulansebåt/skyssbåt brukes også i noen tilfeller.

Studier viser at AMK-sentralene i ulike grad varsler legevakt ved rød respons. Det finnes ikke registrert statistikk over dette, men Zakariassen (2010) fant at AMK-sentralene varslet legevaktlege i om lag halvparten av tilfellene med rød respons-utrykning. Forskjellene var store mellom de tre AMK-sentralene som ble undersøkt og viste at den viktigste faktor for om en lege ble alarmert eller

ikke, var hvilken AMK-sentral legen ble alarmert fra. Manglende helseradiobruk blant legene hadde mindre betydning.

Ifølge Zakariassen (2010) rykket legevaktlege ut oftere i situasjoner etter varsling fra AMK når pasienten i etterkant fikk en NACA-score på 4 eller høyere, noe som indikerer en livstruende situasjon. NACA-score brukes for å angi alvorlighetsgrad av sykdom eller skade hos pasienter i ambulanse eller luftambulanse, jo høyere score, jo mer alvorlig tilstand. Flertallet av henvendelsene fra AMK (70 pst.) var knyttet til pasienter med en NACA-score på 0-3 som indikerer en ikke-livstruende situasjon. Studien viste også at dobbelt så mange pasienter ble kjørt direkte til sykehuset hvis legevaktlegen ikke var varslet ved rød respons (31 pst.), sammenlignet med når legen var varslet (16 pst.). Funnene kan tolkes dithen at om AMK-sentralene varsler legevaktlegene oftere, vil det kunne føre til reduksjon av unødvendige transporter direkte til akuttmottakene og dermed færre innleggelser i sykehus.

Studiene viser store variasjoner i legers deltakelse i utrykninger til akutt syke eller skadde pasienter. Ved storbylegevakten i Trondheim fant Momyr og Kindt (2011) en involveringsgrad på 13 pst. Dette til tross for et eget utrykningskjøretøy som er fast bemannet med legevaktlege og ambulansearbeider på dag- og kveldstid, samt tilgjengelig utrykningskjøretøy og sjåfør om natten. I det interkommunale legevaktsamarbeidet i Orkdalsregionen var tilsvarende tall 32 pst. og ved den lokale legevakten i Oppdal 50 pst.

68 legevakter (36 pst) oppgir at de har tilgang til egen bil, men det er 29 pst av bilene som er uniformerte og enda færre godkjent som utrykningskjøretøy.

3.2.8.3 Lite ressurser til ledelse og fagutvikling i legevakt

Ifølge Nklm 2014 er det avsatt få ressurser til kvalitetsutvikling og ledelse i legevakt. Både daglig leder og medisinsk-faglig leder er som oftest i deltidsstillinger. Det er ikke uvanlig at medisinsk-faglig leder med tittel av legevaktsjef har en stilling på 20 pst.

Med 1-2 ansatte på vakt i de fleste legevakter, er det lite rom for oppbygging av fagmiljø eller fagutvikling. I tillegg deltar fastlegene i stadig mindre gradlegevakttjeneste og det samme gjelder andelen av spesialister i allmennmedisin. Dette har uheldige konsekvenser for kvalitetsnivået i legevakttjenesten.

Høy vikarbruk er allerede omtalt. I tillegg er det få kompetansekrav til legevakt, noe som medfører at uerfarne leger på vakt i mange tilfeller ikke har støtte fra en mer erfaren lege. I praksis kan leger ta selvstendige vakter, uten at de har særlig kjennskap til allmennmedisin eller akuttmedisin, medisinsk nødmeldetjeneste eller til lokale forhold.

Nasjonale programmer for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten har hittil i liten grad omfattet legevakt. Helsetilsynet utfører også få systemtilsyn og få planlagte tilsyn med legevakttjeneste.

Leger som er spesialist i allmennmedisin, må fornye sin spesialisering hvert femte år. Hittil har det ikke vært krav om legevakttjeneste i en slik resertifisering, og fast ansatte legevaktleger kan heller

ikke resertifiseres uten å opparbeide tilstrekkelig praksis som fastlege. I Helsedirektoratets spesialitetsutredning som høsten 2014 er ute på høring, er det fremmet krav om at legevakt også må være en del av etterutdanningen.

3.3 Utfordringer

3.3.1 Utfordring 1: Et lite helhetlig ø-hjelptilbud i kommunene

Dagens ø-hjelp-tilbud i kommunene består av svært mange ulike tjenester, med forankring i ulike deler av kommunenes organisasjon og med nokså ulikt personell. Døgnbaserte hjemmetjenester, sykehjem, base for trygghetsalarm, sosiale vaktteam, barnevernvakt er eksempler på slike tjenester. Legevakt eksisterer ofte på siden av disse tjenestene med lite samarbeid med øvrige tjenester. Utviklingen av nye ø-hjelp døgntilbud representerer i så måte en mulighet for nytenkning og nyorganisering av bredere og mer sammensatte tilbud.

Utvikling av et mer helhetlig akutttilbud som retter seg mot pasientens behov for ulike former for akutthjelp er viktig for framtiden. For legevakt vil videreutvikling av tjenesten i en samlokalisering eller samorganisering med de nye kommunale ø-hjelp døgnplassene, være det som peker seg ut som det mest aktuelle.

Samorganisering eller samlokalisering med omsorgstjenesten, som for eksempel de døgnbaserte hjemmetjenestene kan være en annen utviklingsretning fordi det vil bli mer legeressurser inn i tjenester rett mot personer med store omsorgsbehov. Nytenkning omkring både lege- og sykepleieressurser i de ulike døgnbaserte tjenestene i kommunene kan være en riktig vei å gå.

Samlokalisering av legevakt med andre helse- og omsorgstjenester kan være viktig for utvikling av legevakt som en del av en mer helhetlig tjeneste. Samlokalisering av legevakt med døgnbaserte hjemmetjenester, kommunale ø-hjelp døgntilbud, ambulansestasjon og sykehjem gir potensiale for å få til en lettere samordning av ulike ø-hjelptilbud i kommunen. I mange nye kommunale ø-hjelp døgntilbud brukes legevaktlege som tilsynslege, og planlagt legevisitt organiseres i tillegg til at legevaktlege tilkalles ved uplanlagte behov.

Samlokalisering med ambulansestasjon er et tiltak som gjør det lettere for legevaktlege å delta i utrykning, og som bør vektlegges i planlegging av legevakttjeneste. Felles lokaler med ambulansepersonell kan også muliggjøre mer samtrening der man utvikler hverandres ferdigheter og øker kompetansen hos begge parter. Bare 8 pst. av legevaktene i landet er imidlertid samlokalisert med ambulansestasjon²⁵. Et eksempel på tre legevakter som er samlokalisert med ambulanse i samme bygg uten å være samlokalisert med sykehus, er Værnesregionen legevakt, Gran og Lunner legevakt og Alta.

Samlokalisering med andre nødetater (brann, politi) er relativt sjelden, men et eksempel på at denne løsningen nylig er valgt, er etableringen av Gran og Lunner interkommunale legevakt i nødetatsbygget på Gran i 2013. Brann- og redningstjeneste deltar i økende grad samme med ambulanse og legevaktlege ved ulykker.

Alle distriktpsykiatriske sentre (DPS) skal ha ambulante akutteam hele eller deler av døgnet. Basert på lokale forhold og forutsetninger kan det tenkes ulike former for samarbeid og felles lokalisering. Det er et argument for samlokalisering med legevakt, slik at alle får førstelinjetjeneste samme sted.

Samlokalisering med sykehus er relativt vanlig, og 17 pst. av dagens legevakter er samlokalisert med sykehus. I tilfeller der legevakt lokaliseres i sykehus, viser utviklingen at kommune og helseforetak foretrekker at legevakten er i en egen organisasjon som er heleid av kommunen, og ikke en del av sykehusets organisasjon. Forrige akuttutvalg foreslo at man opprettet felles akuttmottak (FAM) der det var mulig hvor legevakten var integrert eller samorganisert med sykehusets akuttmottak i et felles eierskap og felles ledelse. Dette forslaget ble fremmet på et tidspunkt da 6 pst. av legevaktene var organisert med felles akuttmottak med sykehus. I St. meld 43. "Om akuttberedskap", ble dette fulgt opp og regjeringen oppfordret fylkeskommuner og kommuner til å etablere felles akuttmottak. Men utviklingen har gått i motsatt retning. I Nasjonalt legevaktregister for 2014 er det registrert fem felles akuttmottak, eller 3 pst. av alle legevakter. Felles akuttmottak er med andre ord en modell som i stor grad er forlatt av dem som har prøvd den ut, og det har ikke tilkommet noen nye. Det finnes svært sparsom dokumentasjon på effektene av FAM-modellen for norsk legevakt.

3.3.2 Utfordring 2: Prioritering av pasienter i legevakt

3.3.2.1 Legevaktene prioriterer i for liten grad de sykeste pasientene

Legevakt møtes ofte med kritikk av at de kun behandler pasienter som for en stor del kunne ha ventet til neste dag, og som omtalt i avsnitt 3.2.7.1, klassifiseres 73 pst. av pasientkontaktene i laveste hastegrad (grønn). Laveste hastegrad er knyttet til tilstander der tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og kan forelegges lege til vurdering ved "første passende anledning", ifølge Medisinsk indeks.

Pågangen på mange legevakter er stor, og økt kapasitet hos fastlegene til å ta imot flere pasienter i løpet av kort tid, kan delvis avhjelpe pågangen på legevakt. Nklm (2014) viser til at det mange steder er for liten kapasitet i fastlegeordningen og at legevakten opplever pågang tidlig på ettermiddagen fra pasienter som burde ha kommet til på fastlegekontoret. I befolkningen er det dessuten et økende ønske og forventning om kveldsåpne tilbud, og mange ønsker å gå til lege utenfor ordinær arbeidstid, og foretrekker dermed legevakt framfor fastlege.

Prioritering på legevakt er styrt av flere forhold hvor både organisering, finansiering og avlønning er en viktig del. Blant de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, er legevakt den eneste tjenesten der legene mottar direkte refusjoner fra trygden. Finansieringen av legevaktlegenes arbeid følger finansieringen av fastlegeordningen.

Dagens finansiering og avlønning av legevakttjeneste bidrar til høy produksjon i form av antall kontakter og konsultasjoner. Kommunene har i dag ikke hånd om en vesentlig inntektsstrøm fra staten til legevakttjenesten og dette svekker kommunenes styringsmuligheter. Statlige refusjoner utbetales direkte til legevaktlegene. Det er grunn til å tro at prioritering mellom pasienter og pasientgrupper påvirkes av de økonomiske insentivene som følger av dagens avlønningsmønster og finansiering slik at både psykisk syke og ruspasienter nedprioriteres i dagens legevakttjeneste.

Få sykebesøk og varierende deltagelse i utrykninger til akuttmedisinske situasjoner sier noe om en ulik prioritering. Mye av dette kan skyldes mangel på økonomiske incentiver, men også beredskapsmessige hensyn ved at legevakstasjonen ikke er kontinuerlig betjent. Ved noen legevakter er det tradisjon for å kalle inn bakvakt for å få til ekstra bemanning på legevaktkontoret for slike tilfeller, men de fleste steder er det ingen slik praksis.

Heving av kompetansen i legevaktsentralenes hastegradsvurdering er viktig. Ifølge Nklm (2014) bør kompetansekravene i denne funksjonen styrkes hos alt aktuelt helsepersonell, inkludert leger. Legene bør også få en mer aktiv rolle i legevaktsentralen med økt bruk av telefonkonsultasjoner og kontroll av råd og beslutninger gitt av personellet i legevaktsentralen.

3.3.2.2 For dårlig tilbud til psykisk syke og pasienter med rusproblemer

Akuttutvalgets inntrykk gjennom møte med legevaktpersonell og kommuneoverleger, er at legevakt i mange tilfeller ikke prioriterer psykisk syke og rusmisbrukere, som regel fordi disse pasientene krever lang tid og det kan være tidkrevende å få kontakt med DPS, ambulante team, rusakutt eller sykehus for avtale om videre ivaretagelse og behandling av pasienten.

En av kjerneoppgavene i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er å sørge for at pasienter får riktig hjelp på riktig helsetjenestenivå. Noen av pasientene med rusproblem eller dårlig psykisk helse er vanskelige å henvise videre, og psykisk lidelse eller intoksikasjon blir noen ganger brukt som et argument fra spesialisthelsetjenesten for at pasienten ikke får spesialiserte somatiske eller psykiatriske tjenester. I en 25 år gammel norsk studie ble det observert at legevaktleger kom i skvis mellom pasient/pårørende og spesialisthelsetjenesten i psykiatri ved problemstillinger relatert til psykisk sykdom. Noen steder har legevaktlegene uttalte samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Dette preger legene i møtet med pasientene. De kvier seg for å kontakte spesialisthelsetjenesten ved behov for rådgivning eller assistanse og for den logistikken som er involvert ved behov for innleggelse.

Utenfor vanlig kontortid er tilbudet fra spesialisthelsetjenesten mange steder begrenset til en akutt (tvangs)innleggelse. Opprettelsen av akutt ambulante team ved distriktpsykiatriske sentre skulle bøte på dette, men disse teamene har ofte verken vært akutte eller ambulante.

Legevaktleger møter uselekterte pasienter med et vidt spekter av lidelser som medfører at de må forholde seg til hele bredden av første-, andre- og tredjelinjetjenester. Dette gjør det vanskelig å forholde seg til nyetablerte prosjekter og tilbud for spesielle pasientgrupper. For de største legevaktene gir også pasientenes sektortilhørighet og ulikheter i tilbud mellom sektorene ytterligere utfordringer. Dette gjelder også akuttinstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med unntak av Akuttposten i Bergen og Rusakuttmottaket i Oslo.

Samlet peker resultater fra flere studier på fire områder der det er behov for kompetanseheving på legevakt:

1. Vurdering av selvmordsrisiko
2. Lovverk om bruk av tvang
3. Ivaretagelse av egen sikkerhet

4. Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner

Selvmondsatferd er en viktig medvirkende faktor ved mange akuttinnleggelser. Over 50 pst. av pasientene som ble innlagt ved akuttpsykiatrisk mottak i Bergen, hadde selvmondsproblematikk. Vurdering av selvmondsrisiko og bruk av tvang er noe mange leger synes er vanskelig, spesielt fordi en feilvurdering kan ha svært alvorlige konsekvenser. Legevaktleger har større risiko enn andre leger for å møte disse problemstillingene i klinisk arbeid. De oftere står alene i sine kliniske vurderinger. Risiko for selvmond som del av den aktuelle problemstillingen er da også assosiert med hyppigere underkjenning av tvangsparagraf ved paragrafvurdering i sykehus. Det sier kanskje noe om at legevaktleger oftere bruker tvang ved innleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger, "for å være på den sikre siden", men sykehuslegen har en velutstyrt avdeling med kompetent personale å spille på, og derfor lettere kan forholde seg til hovedkriteriet for tvang, nemlig om det foreligger en alvorlig sinnslidelse eller ikke. Det er også store geografiske forskjeller i bruk av tvang i Norge. Legevaktleger bør i tillegg ha vurdering av selvmondsrisiko og bruk av tvang i psykisk helsevern som ledd i etter- og videreutdanningen.

En studie har vist at 32 pst. av ansatte ved norske legevakter har vært utsatt for fysisk voldsutøvelse fra pasienter eller pårørende i løpet av den tiden de har arbeidet ved legevakt. To av tre hendelser ble relatert til rus eller psykiske lidelser hos pasienten. Noen leger er bekymret for egen sikkerhet, spesielt i møte med pasienter som er så ruset eller så psykisk syke at deres atferd oppleves uforutsigbar. Internasjonal forskning tyder på at bekymring for egen sikkerhet reduserer legenes villighet til å delta i vakt. Mange steder i Norge er legevaktpersonell alene hele eller deler av døgnet, uten at det er iverksatt adekvate sikkerhetstiltak. Dette tilsier at legevaktpersonell bør få opplæring i sikkerhetstenkning, og at kunnskap om lokale sikkerhetstiltak bør inngå i et opplæringsprogram ved legevakten. Et slikt lokalt opplæringsprogram bør også inneholde informasjon om lokal organisering av psykisk helsevern og aktuelle samarbeidspartnere på grunn av de store variasjonene fra sted til sted i rutiner og tilgjengelige samarbeidspartnere.

3.3.3 Utfordring 3: Rekruttering til legevakt blir ikke lettere i framtiden

Ifølge NSDM (2014) er mangel på kvalifisert helsepersonell den største trussel mot god helsehjelp for befolkningen i rurale områder i dag. Legemangel møtes med vikarbruk og mange med utenlandsk opprinnelse. Dette er krevende fordi legene kan være preget av språkproblemer og manglende kjennskap til lokale forhold. Vikarstafetter rammer de kronisk syke pasientene fordi kjennskap til pasienten over tid og et godt utviklet lokalt samarbeid er nødvendig for å gi gode tjenester til disse pasientene.

Det finnes ingen samlet oversikt over hvor utbredt problemet med legemangel er nasjonalt, ifølge NSDM (2014) og har derfor inngått et samarbeid med Helsedirektoratet for å utarbeide en slik oversikt. Sykepleiere er den yrkesgruppen kommunene i nord rapporterer som mest utfordrende å rekruttere og dette er en utfordring distriktene deler med både bykommuner og sykehus lenger sør. Ved økt bruk av vikarer kommer kommunene inn i negative spiraler. Steder der det er vanskelig å opprettholde kvaliteten i tjenesten, vil i neste omgang være enda mindre attraktive å søke seg til.

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 var det totalt 3 585 fastleger med en kvinneandel på 28,8 pst. Per juni 2014 var det 4 475 fastleger og kvinneandelen var økt til 39,4 pst. Antall kvinnelige fastleger har økt jevnt i hele perioden. I tillegg er 75 pst. av dagens medisinstudenter kvinner. Gjennomsnittsalderen på fastleger økte fra 46,0 år i 2001 til 48,5 år i 2009. De siste årene har gjennomsnittsalderen gått ned til 47,9 år og andelen fastleger under 30 år har steget fra 1,0 pst. i 2010 til 2,0 pst. i 2014.

I 2001 var gjennomsnittlig listelengde om lag 1175 innbyggere. De første årene steg tallet noe, men i 2010 og 2011 var listelengden på samme nivå som i 2001. Fra 2011 til 2014 har det vært en nedgang i listelengde slik at den nå er i snitt 1136 innbyggere. Nedgangen i gjennomsnittlig listestørrelse tyder på at det de siste årene er kommet til flere fastleger enn det den rene befolkningsøkning skulle tilsi.

Sandvik, Hunskaar og Diaz ²⁶ pekte på at fastlegenes deltakelse i legevakt varierer mellom sentrale og desentrale strøk av landet. I de mest rurale områdene (sentralitet 0) er så mye som 77 pst. av fastlegene med i legevakt, mens det i de mest sentrale områdene (sentralitet 3) er deltagelsen så lav som 42 pst. Samme studie viste at kvinnelige fastleger har lavere vakt deltakelse enn mannlige i alle aldersgrupper, og de har færre pasientkontakter. Vaktdeltakelsen avtar med fastlegenes alder, med økende listelengde og med økende sentralitet. Innvandrerfastleger med kort botid i Norge har den høyeste vaktdeltakelsen (81 pst.).

Nklm (2014) viser at andelen fastleger som deltar i legevakt har falt nokså jevnt fra 44 pst. i 2006 til 37 pst. i 2012 målt som legegruppens prosentvis andel av alle kontakter. Tilsvarende er andelen deltakende spesialister i allmennmedisin falt fra 30 pst. til 24 pst., mens kvinneandelen holder seg mellom 21 pst. og 26 pst. i samme periode. Deltakelsen i vakt for alle allmennlegespesialistene som gruppe, faller fra 35 pst. i aldersgruppen 30-39 år til 16 pst. i aldersgruppen 50-59. 6 pst. av legene som deltar i vakt er over 60 år. Andelen med de mest kompetente legene, spesialister i allmennmedisin og erfarne fastleger som deltar i vakt, er beskjedne og fallende.

Økt aktivitet i helseforetakene og økt behov for leger i kommunehelsetjenesten gjør at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten konkurrerer om de samme legene. Helsedirektoratet har i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet uttrykt bekymring for at det har vært en netto tilvekst på kun 8 fastlegeårsverk i perioden 1. juli til 1. november 2013, mens den tilsvarende veksten for spesialisthelsetjenesten er 190 årsverk i samme periode. Det er særlig bekymringsfullt at det er i hovedsak en nedgang i årsverksinnsatsen for fastlegene i små kommuner i helseregion Nord. Det er usikkert hvorvidt endringene i årsverksveksten skyldes naturlig variasjon eller om det er starten på en trend, men utvalget er av den oppfatning at aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten påvirker en mulig vekst av leger i kommunene.

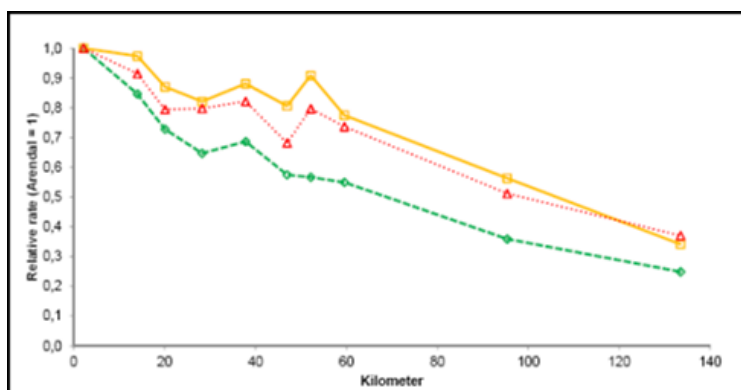
3.3.4 Utfordring 4: Lang reisevei for mange innbyggere

Interkommunalt samarbeid om legevakt betyr at legevaktdistriktene blir færre og større. Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette. For mange innbyggere har dette ført til økt avstand og reisetid til legevakt.

Nklm har utført ulike studier i løpet av 2013 og 2014 av hva som påvirker etterspørselen etter legevaktjenester. Disse studiene tyder på at reisevei er en avgjørende faktor for hvordan innbyggerne bruker legevakten og at disse ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsratene ikke kan forklares med medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold.

Den første studien, Raknes og Hunsår ²⁷, bygget på data fra Arendal legevaktdistrikt som dekker ti kommuner i Aust-Agder og Telemark i et interkommunalt legevaktdistrikt på om lag 90 000 innbyggere. Legevaktdistriktet har én legevakt, lokalisert til Arendal sykehus, og lengste reiseavstand fra befolkningstygndepunktet i kommunen lengst unna er ca. 13 mil. Befolkningstygndepunkt er basert på en postnummerbasert metode der antall innbyggere som hører til hver postnummers GPS-koordinat benyttes for å beregne det befolkningstygndepunktet i kommunen.

Studien viste at etterspørselen etter legevaktjenester falt drastisk med økt reisetid. Innbyggere med en reisevei på 76 km kontaktet legevakten halvparten så ofte som dem som bodde i umiddelbar nærhet av legevaktlokalet. Raten for konsultasjoner med lege, ble halvert etter 43 km. Studien tydet også på at legevaktlegen har høyere terskel for å dra hjem til pasientene som bor langt unna legevakten. Femti km økt reisevei var assosiert med en firedels reduksjon i sykebesøksrate fra legevaktlege. Studien viste også en nedgang i antall røde kontakter som var tilnærmet lik nedgangen i grønne og gule responser, selv om fallet i etterspørselen er størst for de grønne henvendelsene.



Figur 3. Legevaktkontakter i forhold til avstand fra legevakten, fordelt på hastegrad (grønn, gul og rød). Basert på Vaktårndata fra Arendal legevakt. ²⁸

I 2014 utførte Raknes, Morken og Hunsår en oppfølgende studie fra 315 av landets kommuner som bekreftet at lang reiseavstand til legevakt er assosiert med redusert aktivitet (upublisert studie). Reduksjonen i det samlede antall kontakter, inkludert telefonkontakter, er på nivå med tidligere funn i studien fra Arendal, mens reduksjonen av legekonsultasjonsraten var noe lavere. En økt reiseavstand på 50 km medførte om lag 50 pst. nedgang i antall konsultasjoner, telefonkonsultasjoner og sykebesøk på legevakt. Sammenhengen mellom reiseavstand og redusert legevaktforbruk synes å være en generell sammenheng som er gyldig for resten av landet. Resultatene kan i følge artikkelforfatterne tolkes slik at innbyggere perifert i store legevaktdistrikter reelt sett har dårligere tilgang til akuttmedisinske primærhelsetjenester enn innbyggere med kortere reisevei til legevakt.

Akuttutvalget har utarbeidet en oversikt over hvordan beregnet reisetid til legevakt fordeles mellom kommuner som har kommunale legevakter, og kommuner som deltar i interkommunale samarbeid. Av de 97 kommunene med mer enn 40 minutters reisetid er 93 kommuner (96 pst.) med i interkommunalt legevaktsamarbeid, mens 4 kommuner har egen kommunal legevakt. Av de 40 kommunene med mer enn 60 minutters reisetid, er 37 kommuner (93 pst.) med i interkommunalt legevaktsamarbeid, mens 3 kommuner (7 pst.) har kommunale legevakter. Funnene viser at det i hovedsak er kommuner i ytterkantene av interkommunale legevaktdistrikter som dekker store geografiske områder, som har lengre reisetid enn 40 og 60 minutter til nærmeste legevakt.

3.3.5 Utfordring 5: Behov for et kvalitetsløft

3.3.5.1 Varierende kompetanse i legevakt

Flere aktører som Riksrevisjonen, Helsetilsynet, Legeforeningen, Nklm og NSDM har i ulike sammenhenger og gjennom mange år pekt på at det er store kompetanseutfordringer i legevakttjenesten.

I forbindelse med revisjon av akuttmedisinforskriften skriver Helse- og omsorgsdepartementet at for legevakttjenesten er det som et første skritt valgt å prioritere kompetanseheving i tjenesten. Det har vært få formelle krav til legevaktpersonell. En del av grunnlaget for denne kritikken er at det som regel er det bare én lege på vakt og at mange turnusleger og vikarleger har selvstendig vakt uten støtte fra mer erfaren lege. I tillegg er det lav deltakelse både fra fastleger og spesialister i allmennmedisin. I tillegg er det språkproblemer hos en del leger med autorisasjon fra utlandet uten tidligere erfaring fra norsk primærhelsetjeneste.

Øvrig personell kan være nyutdannete sykepleiere eller annet helsepersonell med lite erfaring fra legevakt og sparsom opplæring lokalt.

3.3.5.2 Risiko og pasientsikkerhet

I 2006 la Statens helsetilsyns fram rapporten "Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger". Rapporten viste utfordringer med kvalitet i legevakter på flere områder. Flere steder var det mangelfull tilgjengelighet til legevakt og at de fleste kommunene manglet planer for opplæring, øvelser og oppdatering. Flere kommuner manglet internkontrollsystemer. Rapporten pekte på at et skiftende personale, spesielt blant legene, er en utfordring for internkontrollen. Flere steder var det manglende eller uklare retningslinjer for avvikshåndtering.

I forslag til handlingsplan for legevakt (2009) oppsummerte Nklm at sjansen for medisinske feil og pasientskader øker dersom: arbeidet går fort eller pasientstrømmen er stor, legen ikke kjenner pasienten, familien eller lokalmiljøet, det er korttidsvikarer som ikke kjenner system og rutiner, legen har liten erfaring, legen har ikke tilgang til et minimum av diagnostisk utstyr eller legen arbeider alene, uten faglig støtte fra kollega eller bakvakt

Det er imidlertid liten kunnskap om hvilke feil og uønskede hendelser som skjer i legevakt. Kunnskapssenterets meldeordning for uønskede hendelser omfatter ikke primærhelsetjenesten. Det er også lite forskning om pasientsikkerhet i legevakt. Det er derfor behov for at det gjøres et

kvalitetsløft i legevakt – med vekt på bedre systemer for internkontroll, bedre system for oppfølging av uønskede hendelser og en mer systematisk opplæring av de ansatte.

4 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

4.1 Innledning

De prehospitale tjenestene er regulert i spesialisthelsetjenesteloven, og er nærmere spesifisert i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

4.2 AMK-sentralene

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten. Medisinsk nødmeldetjenesten består av medisinsk nødnummer (113),

akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, og legevaktsentraler (LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten.

Medisinsk nødmeldetjeneste skal sikre befolkningen direkte kontakt med helsetjenesten og sikre kontakt mellom helsepersonell i vakt, i sykehus, i oppdrag utenfor sykehus, og mellom sykehusene²⁹. AMK-sentralenes oppgaver er å motta nødanrop fra publikum, vurdere situasjonen, gi profesjonell veiledning til innringer og sette i verk nødvendige tiltak som utrykning og koordinering av innsats. I tillegg til å motta og håndtere 113-anrop ivaretar også AMK-sentralene mottak av rekvirering og koordinering av et stort antall planlagte ambulanseoppdrag.

Henvendelser til AMK håndteres etter det såkalte fagkyndighetsprinsippet, dvs at innringer kommer i direkte kontakt med kvalifisert helsepersonell (sykepleier eller ambulansarbeider). Ved behov kan også vakthavende AMK-lege kontaktes for konsultasjon.

4.2.1 Organisering av AMK-sentralene

Ansvaret for å etablere og drifte AMK-sentralene er en del av de regionale helseforetakenes sørge for- ansvar. Det har i løpet av de siste ti årene skjedd mer enn en halvering av antallet AMK-sentraler. Det er i dag 19 AMK-sentraler (20 med Svalbard), og disse er ulike mht areal og befolkningsgrunnlag. Reduksjonen er gjennomført i tråd med Stortingets behandling av St. meld. nr 43 (1999-2000), Om akuttmedisinsk beredskap jf. Innst. S nr. 300 (2000-2001), der et flertall la til grunn at det ut fra hensyn til volum og kvalitet maksimalt skulle være én AMK-sentral i hvert fylke.

Flere regionale helseforetak har i løpet av 2013 gjennomgått AMK-strukturen i sin region. I Helse Midt – Norge er det fattet vedtak om å endre AMK-strukturen slik at det er en AMK-sentral i hvert helseforetak – lokalisert til Ålesund, Trondheim og Namsos. I Helse Nord slås sentralen i Harstad og UNN sammen. Styret har bedt om at muligheten for en organisering med to AMK-sentraler i Nord-Norge utredes. I Helse Sør-Øst slås AMK-sentralen i Østfold sammen med AMK-sentralen for Oslo og Akershus.

AMK-sentralene er i all hovedsak lokalisert i sykehus som en integrert del av akuttmottaket eller i umiddelbar nærhet innenfor sykehusområdet. I Drammen er nødmeldesentralene for helse, politi og brann samlokalisert. Det er inngått en intensjonsavtale mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset, Salten politidistrikt og Salten brann om å avklare mulighetene for samlokalisering av nødetatenes alarmsentraler

AMK-sentralene er knutepunktet for styring og koordinering av ambulanseressurser med hensyn til akutt og hasteoppdrag og planlagte/bestilte oppdrag. Et antall dedikerte AMK-sentraler koordinerer luftambulanse (AMK-LA). I Helse Sør-Øst er det bestemt at det skal være en AMK-LA sentral for hele regionen for å sikre bedre oversikt, koordinering og utnyttelse av luftambulanseressursene.

AMK-sentralene har en viktig silings- og styringsfunksjon med hensyn til å sette i verk akuttmedisinsk respons og bruk av andre helsetjenesteressurser. Dette gjelder både varsling av primærhelsetjenesten (f.eks. utkalling av legevaktslege) og spesialisthelsetjenesten (f.eks. iverksetting av traumemottak eller andre fast track- behandlingslinjer i sykehus). Noen AMK-sentraler fungerer som legevaktsentral for en eller flere kommuner i nærområdet.

4.2.2 Samarbeid med nødetatene brann og politi

Majoriteten av henvendelsene til AMK-sentralene håndteres av helsetjenesten alene. I 2013 resulterte 19723 av 851870 hendelser til AMK-sentraler i varsling av andre nødetater.

Samarbeid med nødetatene har vært gjenstand for mange utredninger. Fenn-rapporten fra 2004 foreslo felles nødnummer og felles nødmeldesentraler for helse, politi og brann. I St.meld.nr. 22 (2007–2008) Samfunnssikkerhet – samvirke og samordning slo daværende regjeringen fast at den tok sikte på å innføre felles nødnummer og etablere felles nødmeldesentraler for brannvesen, politi og helsetjeneste. Det ble satt ned en arbeidsgruppe som skulle utrede alternativer til framtidig organisering av nødmeldetjenesten. Arbeidsgruppen la i 2009 fram utredningen ”112. Forslag til framtidig organisering av nødmeldetjenesten”. Arbeidsgruppen anbefalte at det ble etablert syv eller åtte 112-sentraler som skulle motta alle anrop over nødnummer 112. De nye 112-sentralene skulle overta all virksomhet ved dagens 110-sentraler og AMK-sentraler knyttet til håndtering av nødmeldinger og koordinering av ressurser. Politiets operasjonssentraler skulle beholdes med unntak av at alle 112-anrop skulle mottas av de nye 112-sentralene. De regionale helseforetakene, Statens Helsetilsyn og Helsedirektoratet uttrykte i sine høringsuttalelser til 112-rapporten at medisinsk nødnummer 113 burde videreføres.

I NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli kommisjonen ble det pekt på manglende kapasitet til å håndtere anrop på nødtelefonnumre under angrepene. I forbindelse med Stortingets behandling av innstilling fra den særskilte komité fattet Stortinget følgende vedtak: Stortinget ber regjeringen fremme egen sak om felles nødnummer, slik Stortinget tidligere har forutsatt. Utredningen om nasjonalt nødmeldingsprosjekt skal i følge mandatet foreligge innen utgangen av 2014.

4.2.3 Bemanning og kompetanse

AMK-operatører er nesten utelukkende sykepleiere og ambulansearbeidere. Hovedoppgaven til sykepleier er mottak, fastsetting av hastegrad og veiledning av 113-samtaler. Ambulansearbeiders hovedoppgave er koordinering og styring av de prehospitale ressursene til helseforetakene.

Det er krav om at AMK-sentraler skal bemannes med helsepersonell. 112- rapporten viste at det var om lag 400 årsverk knyttet til drift av AMK-sentralene, hvorav 230 årsverk for sykepleiere og 130 årsverk for ambulansekoordinatorer. Andre funksjoner som leder, teknisk drift, fagutvikling mv utgjorde 40 årsverk. Temaer som bemanning og kompetanse i AMK-sentralene er sentrale temaer som vil bli belyst i endelig NOU.

4.2.4 Aktivitetsutvikling

Helsedirektoratet har utgitt årsrapport for aktivitet i AMK sentraler for 2013. De 19 AMK-sentralene registrerte 851 870 hendelser i 2013, hvorav 383 649 (48 pst.) ble formidlet via nødnummer 113.

Det har vært en jevn økning i antall henvendelser til AMK-sentralene de senere år. Fra 2010 har antall henvendelser økt med 10,8 pst. Det har vært en aktivitetsøkning i perioden 2010–2013 i nær sagt alle AMK-sentralene. Samtlige av landets sentraler har hatt en befolkningsvekst i perioden dataene er samlet inn. Aktivitetsveksten i AMK-sentralene var større enn befolkningsveksten i

samme periode. I 2011 og 2012 var det imidlertid utfordringer med registreringspraksis som kan forklare noe av økningen.

AMK-sentralen i Oslo og Akershus har flest antall henvendelser etterfulgt av AMK-sentralen i Bergen og Innlandet. Antall henvendelser per 1000 innbyggere er imidlertid størst i AMK-sentralene i Finnmark etterfulgt av Nordmøre og Romsdal og Bodø. Samtidig framgår det av rapporten at det er betydelig variasjon i antallet henvendelser til AMK-sentralene pga ulik registreringspraksis og at noen AMK-sentraler utfører andre oppgaver for helseforetakene. En undersøkelse fra 2011³⁰ fant en variasjon i kontaktraten fra 34 til 119 per 1000 innbyggere. Det finnes lite kunnskap om årsakene til denne variasjonen.

4.2.5 Vurdering av hastegrad

AMK-sentraler bruker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Medisinsk Indeks) for å sikre enhetlig respons på meldingene. Medisinsk indeks er et kriteriebasert støtteverktøy i arbeidet med å vurdere hastegrad og behandlingsnivå. Datasystemet i sentralene inneholder enkelte elementer fra Indeks, som stedslokalisering, bevissthetsnivå og kriterier. Hendelser definert som hastegrad akutt (rød) krever et indeksekriterium før de kan avsluttes, mens sentralene selv kan bestemme om kriterium fra Medisinsk indeks også skal registreres obligatorisk ved hastegrad vanlig (grønn).

Ved rød respons skal ambulanse og legevaktlege i det aktuelle distrikt varsles. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3. Det er i dag ingen tidskrav til de ulike hastegradene, men det er nasjonale anbefalte mål til responstider for ambulanse.

Tall fra Helsedirektoratet for 2013 viser at 22 pst av henvendelsene til AMK fikk hastegraden rød (akuttoppdrag). En undersøkelse³¹ gjennomført i 2011 i alle AMK sentralene viste at det var stor spredning mellom AMK sentralene for akuttoppdragene. Spredningen var på mellom 5 og 31 per 1000 innbyggere for akuttoppdragene. Studien viste at kriteriet uavklart problem utgjør om lag 20 pst. av henvendelsene til 113, og at det var en variasjon på 10-42 pst. mellom AMK-sentralene. Det skyldes trolig forskjeller i bruk og fortolkning av Medisinsk indeks mellom sentralene.

En studie publisert i 2011³² viste at AMK-sentralene behandler hendelser med kriteriet brystmerter md kriteriet "brystsmerte" med høyere hastegrad enn det som i ettertid viste seg å være nødvendig, såkalt overtriagering. Studien viste at kun en fjerdedel av pasientene med brystmerter hadde en potensielt livstruende tilstand. Når ambulansene kommer fram til pasienten og har gjort sin første vurdering, vil det i en del tilfeller føre til en nedgradering av hastegraden. Det foregår dermed en overtriagering i AMK-sentralene. Det er likevel konsensus om at det er nødvendig for å sikre at alle pasientene får rett behandlingsmulighet.

4.2.6 Utfordringer AMK - sentralene

Det er varierende grad av etterlevelse av Medisinsk indeks. En studie fra 2005³³ evaluerte AMK-operatørenes håndtering av rusrelaterte hendelser. En gjennomgang av lydloggene viste at faktisk etterlevelse av Medisinsk indeks var 64 pst. En studie fra 2011³⁴ viste at gjennomsnittlig egenrapportert bruk av Medisinsk indeks var på over 75 pst, men at det var forskjeller mellom

operatørene og de forskjellige sentralene. Det var også en betydelig forskjell i koding og i hastegradsvurdering mellom sentralene.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp ble innført i 1994. Systemet ble utarbeidet med mål om å kunne utløse ressurser med riktig kompetansenivå ut fra pasientens medisinske behov, basert på et sett kriterier samt fastsette riktig hastegrad. Medisinsk indeks ble revidert i 1999, 2005 og 2009 og det er nødvendig at indeks valideres mot erfaringsdata og deretter revideres.

AMK-sentralene har i for liten grad tatt i bruk logistikkverktøy og virkemidler for å planlegge og å utnytte den samlede ambulanseberedskapen i operativ drift. Manglende data gjør det krevende å gjøre prediksjonsanalyser. Utfordringer med manglende data er beskrevet i kapittel 2.

4.3 Status ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli en viktig del av den prehospitale akuttmedisinske kjeden.

Økt kunnskap om ambulansefaget, bedre utdanning og ny teknologi gir økte muligheter for avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus. Ambulansetjenesten omtales i dag som sykehusets forlengede arm. I løpet av de senere år er det utviklet prehospitale behandlingsopplegg for akutte sykdoms- og skadetilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus. Et eksempel er såkalt "Fast-Track" behandling av ulike sykdoms- og skadetilstander, f.eks. behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Ved tidlig identifisering av symptomer på hjerneslag vil ambulanspersonell kunne varsle sykehuset og bringe pasienten direkte til CT undersøkelse og nevrologisk undersøkelse av spesialist uten forsinkende ledd i legevakt eller akuttmottak i sykehus.

På en rekke andre områder utvikles det diagnostiske hjelpemidler som f.eks. hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker/prosedyrer og mobile røntgen/CT-løsninger, som på sikt vil kunne tas i bruk ved akutt sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus. Felles for disse er at de krever økt kompetanse i det ytterste leddet av kjeden, dvs. ambulansetjenesten og legevakt.

4.3.1 Organisering av ambulansetjenesten

Tidligere var ambulansetjenesten drevet av private. De senere årene har helseforetakene gradvis tatt over driften og i dag er ambulansetjenesten en del av den offentlige helsetjenesten.

Helseforetakene har valgt ulike modeller for organisering av ambulansetjenesten. I Helse Midt-Norge ble det i 2013 opprettet et eget helseforetak, Ambulanse Midt-Norge HF, som har ansvar for ambulansedriften i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Det er besluttet å avvikle Ambulanse Midt-Norge fra 2015, og ambulansetjenesten overføres til de tre helseforetakene i regionen. I de øvrige helseregionene er de prehospitale tjenestene organisert under hvert helseforetak, enten som egen klinikk eller som en del av det inhospitale akuttmedisinske miljøet med begrunnelse om at det skaper en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede. De prehospitale tjenestene kan også være organisert som en enhet underlagt en avdeling, med flere ledernivåer mellom sykehusledelse og leder for prehospitale tjenester. Pasientreiser inngår gjerne i enhetene som har ansvar for de prehospitale tjenestene. De regionale helseforetakene og helseforetakene har i varierende grad oppdaterte planer for de prehospitale tjenestene.

Noen steder er ambulansetjenesten samlokalisert med andre tjenester og nødetater for å skape større fagmiljø og mulighet for kompetanseutvikling. I Stjørdal er f.eks. ambulansetjenesten samlokalisert med legevakt, og brannstasjon og lensmannskontor er nærmeste naboer.

4.3.2 Aktivitetsutviklingen i ambulansetjenesten

Det finnes lite analyser om aktivitetsutviklingen i ambulansetjenesten på nasjonalt nivå. Spesialisering, nedbygging av antall sykehussenger, funksjonsfordeling, større legevaktdistrikt, demografi og sykdomsutvikling er faktorer som påvirker etterspørselen etter ambulansetjenesten. Nye behandlingsmetoder og retningslinjer for pasientbehandling medfører også økt antall transporter inn mot regionsykehusene.

Nasjonale data viser at det har vært en til dels kraftig vekst i oppdragsmengden til ambulansetjenesten. I 2013 utførte ambulansetjenesten 650 919 oppdrag med bil eller båtambulanse, en økning på 2,9 pst fra 2012³⁵. Tall fra SSB viser at det har vært en økning i antall ambulanseoppdrag med bil på om lag 42 pst. fra 2002–2013. Tall fra SSB viser videre at det har vært en oppdragsøkning i alle kategoriene (akutt, haster og vanlig) de senere årene. Data fra 2011³⁶ tyder på antall akuttoppdrag utgjør om lag 21 per 1000 innbyggere.

En stor del av oppdragene i ambulansetjenesten er transportoppdrag. Eksempler på slike oppdrag er overføring av pasient fra et sykehus til et annet, enten til et høyere eller lavere omsorgsnivå eller andre fagspesialiteter. Det kan også være hjemtransport eller transport til institusjon i primærhelsetjenesten etter avsluttet sykehusbehandling, overføring til rehabiliteringsinstitusjon eller overføring av mellom institusjoner i primærhelsetjenesten. Det kan også være transport til og fra poliklinikk, røntgenundersøkelser mv. Totalt ble det formidlet 377 163 bestilte oppdrag til AMK i 2013. Antall bestilte oppdrag økt med syv pst. sammenliknet med året før.

Det er forskjeller i forbruk av ambulansetjenester mellom de fire helseregionene. En rapport Sintef publiserte i 2005³⁷ viste at Helse Nord lå 36 pst. over landsgjennomsnittet i antall ambulanseoppdrag per innbygger. Nyere tall fra Helsedirektoratet viser at forbruket av ambulansetjenester fortsatt er høyere i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene i landet. Tall for 2013 viser at befolkningsjustert antall ambulanseoppdrag per AMK sentral per 1000 innbyggere er høyest i Finnmark, Tromsø og Helgeland. Også AMK-sentralen i Bodø har et høyt forbruk av ambulansetjenester per 1000 innbygger.

Sintef rapporten trekker fram følgende forhold som forklaringer på det høye forbruket av ambulanser i Helse Nord:

- Omfattende bruk av ambulansebåt og ambulansefly i tillegg til ambulansebil, medfører ofte flere transportoppdrag per pasient.
- Flere områder i regionen har en ustabil primærlegedekning, noe som kan føre til hyppigere innleggelse på sykehus.
- Helse Nord har et høyere forbruk av sykehussenger enn resten av landet. Dette kan indikere høyere behov for ambulansetransport.

- Sammenslåing av legevaktdistriktene til større enheter/områder gir lengre avstander mellom pasient og legekontor. Dette kan føre til økt behov for inntransport av pasienter til legekontoret (legene velger i mindre grad å reise ut).
- Få sykehus med et differensiert, medisinsk tilbud. Det kan medvirke til økt overflytting av pasienter mellom sykehus.
- Den desentrale lokaliseringen av ambulanser gir relativt god tilgang på ambulanseressurser, samtidig som det er begrenset tilgang på alternative transportmidler for pasienttransport (for eksempel bårebiler). Dette kan gi et høyere forbruk av oppdrag klassifisert med hastegrad "vanlig".

Målt i antall ambulanseoppdrag per AMK-sentral er det Oslo og Akershus som har klart flest oppdrag.

4.3.3 Akuttoppdragenes epidemiologi

Det er gjort enkelte undersøkelser om akuttoppdragene som kan gi et innblikk i hvilke pasienter ambulansetjenesten møter. I 2007 ble det gjennomført en undersøkelse³⁸ i en periode på tre måneder med data fra AMK-sentralene i Haugesund, Stavanger og Innlandet. Studien gikk gjennom oppdragene som ble gitt hastegraden akutt av AMK-sentralene, og det er i hovedsak på disse oppdragene at ambulansetjenesten møter de største utfordringene med tanke på diagnostikk og behandling. I undersøkelsen ble ambulansejournalen for bil- og båtambulanse gjennomgått. Data fra ambulansejournalen ble deretter klassifisert i ICPC -2 (internasjonale klassifikasjon for sykdommer og symptomer som brukes i primærhelsetjenesten). I tillegg ble pasientene gitt en NACA- skår. Graderingen går fra 0 (ingen skade eller sykdom) til 7 (død).

Undersøkelsen viste at det i løpet av perioden var 5105 røde responser, dvs en rate for rød respons på om lag 25 per 1000 innbyggere. Median alder var 57 år og 55 pst. av pasientene var menn. 90 pst av de røde responsene omhandlet sykdom, mens de resterende omhandlet ulykker. Studien viste at over 70 pst. av de røde responsene ikke var livstruende. Menn utgjorde 61 pst. av pasientene i gruppen ulykker, hvor median alder var 37 år. Brystmerter var den hyppigst brukte kategorien i Medisinsk indeks av de røde responsene, mens ulykker utgjorde 12 pst. Brystmerter, dyspné (åndenød), nevrologiske utfall og synkope (besvimelse) var de vanligste symptomene. 50 pst. av pasientene med livstruende tilstander (høy NACA, dvs 4-7) var over 70 år.

Studien viste at røde responser dreier seg om en stor variasjon av tilstander og symptomer. Forfatterne konkluderer med at diagnostisk kompetanse direkte tilgjengelig hos pasienten er svært viktig i akuttsituasjonene, og at større lege-involvering i akuttsituasjonene er nødvendig.

Samlet sett er det lite forskning om akuttoppdragenes epidemiologi, og det er behov for mer kunnskap om dette.

4.3.4 Utviklingen innen bilambulanse

Tall fra SSB viser at det i 2013 var 490 bilambulansetjenester drevet av helseforetak, tre av kommuner og 22 av private/ideelle organisasjoner. Tall fra 2011 viser at 187 av stasjonene hadde kontinuerlig vakt, mens 119 hadde hjemmevakt. I større byer har ambulansestasjonene flere

døgnbemannede biler, mens det i distriktene ofte bare er en bil per stasjon. Det finnes ikke nasjonalt tilgjengelige tall for aktiviteten per ambulansestasjon.

Ved små, desentrale tjenester er det ofte lange avstander til sykehus eller legekantor. Selv om aktiviteten målt i antall oppdrag er liten, vil den samlede kjørelengden og transporttiden med pasient være relativt større. På nasjonalt nivå har aktiviteten steget jevnt de senere årene. Det har gitt utslag i et økende antall timer på oppdrag for ambulansetjenesten. I 2013 var ambulansetjenesten på oppdrag i 890023 timer mot 705215 timer i 2011. Antall beredskapstimer er blitt redusert.

I de senere årene er det utviklet ulike konsepter for ambulansetjenesten. Et eksempel er såkalt single paramedic-enheter, dvs enmannsbetjente enheter som kan starte avansert behandling, i påvente av videre oppfølging eller samarbeid med andre. Single paramedic-enheter har ikke mulighet for pasienttransport. Sammen med first-responder (lokalt brannvesen, utstyrt med hjertestarter og oksygen) er dette et supplement i områder med lengre avstand til ambulanse, og hvis ambulansen er opptatt. I 2013 ble det etablert en single paramedic-ambulanse på Nesodden. Bakgrunnen for etableringen var lang responstid for ambulanse til dette området. Bilen er fullt utstyrt som en ambulanse, men transporterer ikke pasienter. Tjenesten er bemannet med personell fra andre ambulansestasjoner, og er samlokalisert med brannvesenet. Brannvesenet har en first responder enhet med defibrillator som rykker ut sammen med single paramedic - ambulansen. Tjenesten er et tilbud i tillegg til bil- og luftambulanse. Gjennomsnittlig oppdragsmengde er om lag fire per døgn.

Helseforetakene har i de senere år satt i verk flere tiltak for å utnytte ressursene bedre, som f.eks etablering av kjørekontorer, helseekspress og koordinering av transportene. Ved noen sykehus har det økte behov for akutt hjelp gått ut over det øvrige transporttilbudet til pasienter som skal utskrives og som trenger båretransport til andre institusjoner. For å kunne tilby alle lik og god tjeneste har Oslo Universitetssykehus lansert en ny tjeneste med nye biler bemannet med helsearbeidere. Dette er et transporttilbud for pasienter som skal fra sykehuset til andre institusjoner, og som trenger båretransport. Det vises til omtalen av "hvite biler".

Stadig flere utrykninger omhandler pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. Historisk har politiet forestått en betydelig andel transporter av psykisk syke. En del pasienter og pårørende har opplevd dette som stigmatiserende. I en studie fra Hordaland³⁹ skjedde 30 pst. av akuttinnleggelsene fra legevakt til psykiatrisk avdeling med assistanse fra politiet. En spesialisert psykiatriambulanse ble første gang etablert i Bergen i 2005. Bakgrunnen for etableringen var et ønske om et transporttilbud for psykisk syke som var preget av respekt, likeverd og faglighet. Det er etablert et tilsvarende tilbud i Stavanger. I Oslo og Trondheim er det valgt en annen modell, der ambulansarbeidere har fått tilleggsutdanning for å kunne gi et bedre tilbud til disse pasientene.

I oppdragsdokumentet for de regionale helseforetakene for 2014 er det gitt i oppdrag å etablere transporttilbud for psykisk syke. De regionale helseforetakene er bedt om å etablere prosjekter for etablering av slike transporttilbud. Målet for prosjektene er å sikre verdighet for brukere og pårørende. Prosjektene skal bidra til å forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling. Videre

skal prosjektene etablere et godt samarbeid med kommunale tjenester. Etablering av egne ambulanser for transport av psykisk syke skal vurderes som et ledd i prosjektet.

4.3.5 Båambulansen

Lang kystlinje med mange øyer og fjorder og spredt befolkning, gjør at båt som transportmiddel for lege og pasient har lang tradisjon. Til tross for endringer i transportforhold og bosettingsmønster langs kysten, er det fremdeles steder hvor befolkningen mangler eller har dårlig veiforbindelse til omverdenen. Båt er derfor et egnet og nødvendig framkomstmiddel for å gi befolkningen et forsvarlig tilbud om helsehjelp.

Ifølge en undersøkelse foretatt i 2009⁴⁰, er det stor variasjon av båttjenesten på landsbasis. Tjenesten er mest utbredt i Helse Nord. Da undersøkelsen ble gjennomført, ble det identifisert totalt 60 båter, hvorav 42 hadde medisinsk utstyr og/eller personell om bord. Det typiske bildet er at båtene blir benyttet i kombinasjon med andre funksjoner utover ambulanse, da særlig i legevakt («legeskyssbåt»). Av de 42 ble 16 benyttet utelukkende til slike helseoppdrag, men de øvrige også hadde andre funksjoner. I undersøkelsesåret ble det utført 10 773 helseoppdrag, hvorav 51 pst. var ambulanseoppdrag, 36 pst. var helsepersonellskyss, mens 13 pst. var syketransport. Helsepersonellbemanning varierte. Mange av ambulanse-/legeskyssbåtene hadde fast helsepersonellbemanning, mens kombinasjonsbåtene i større grad tok med ambulansepersonell eller lege med ved behov.

4.3.6 Utdanning og kompetanse

I NOU 1998:9 Hvis det haster... ble det påpekt store forskjeller i ambulansepersonellens utdanningsnivå og kompetanse på grunn av manglende offentlig styring. Utvalget foreslo følgende krav til opplæring:

- Personell på transport- og dagambulanser (ikke akuttoppdrag), deltidsansatt personell og vikarer utdannes i henhold til NOU 1976:2.
- Profesjonelt, heltidsansatt ambulansepersonell utdannes i henhold til ny ambulanseutdanning/fagplan for videregående skole som fører til fagbrev. Dette bør være det normale utdanningsnivået for ambulansepersonell i Norge.
- Større ambulansetjenester vil ha behov for personell med spesialutdanning og utvidede delegerte fullmakter. Utdanning av spesialkompetent ambulansepersonell må bygge på fagutdanning/fagbrev og være innenfor høyskolesystemet. Utdanningen bør kunne gis innenfor følgende områder: kliniske- og operative fag, pedagogiske fag og administrative fag. I tilknytning til dette bør det etableres et nasjonalt undervisningssenter i prehospitalet akuttmedisin som også skal ivareta forskningsoppgaver.

Ambulansefaget ble godkjent i 1996 og etablert i videregående opplæring etter hovedmodellen for fagopplæring i arbeidslivet med to år i skole og to år i lære. Opplæringen blir dokumentert ved tildeling av fagbrev. Etter oppnådd fagbrev kan det søkes om autorisasjon som ambulansearbeider. Etter avlagt fagprøve er det mulig å ta ett års påbygning og få generell studiekompetanse.

I gjeldende forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, ble det tatt inn at ambulansebiler- og båter skulle være betjent av minst to helsepersonell. Ett helsepersonell skulle ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider, mens det øvrige helsepersonell måtte kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2009⁴¹ med anbefaling om at det burde etableres en formalisert utdanning innen ambulansefaget på høyskolenivå. Anbefalingen var bl.a. begrunnet ut fra hensynet om at ambulansepersonell utfører vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høyskoleutdanning. Anbefalingen pekte også på at modellen skal legge til rette for en bredere kompetanseplattform med mulighet for en mer fleksibel bruk av kompetansen og at ambulansepersonell med høyskoleutdanning vil kunne ha tilleggsoppgaver og arbeide tettere sammen med kommunens leger og sykepleiere

Helsedirektoratet la i 2014 fram en rapport om Kompetansekrav i ambulansefag⁴². Rapporten påpekte at ambulansefaget i videregående opplæring og ambulansearbeideren som yrkeskategori utgjør grunnmuren i tjenesten, men at det er behov for ytterligere kompetanseheving. Vurderingene til arbeidsgruppen pekte mot en ny utdanning innen ambulansefag på bachelornivå. Arbeidsgruppen foreslo å etablere to-tre piloter som kunne bidra til utprøving av bachelorutdanningen i paramedic.

4.3.7 Videreutdanning for ambulansepersonell

Høyskolen i Lillehammer startet i 2003 et videreutdanningstilbud i paramedic på 60 studiepoeng. Fra 2008 har det også vært tilbud om et påbyggingskurs på 30 studiepoeng. Opptakskrav er fagbrev som ambulansearbeider, studiekompetanse eller godkjent realkompetanse. Det er også krav om minimum ett års erfaring fra ambulansesyket i full stilling. Studiet blir gjennomført på deltid over to år. I 2011 ble studieplanen revidert og det ble utarbeidet en felles studieplan for Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Østfold og Betanien diakonale høgskole.

Høsten 2014 starter Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) en bachelorutdanning i ambulansefaget i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Universitetet i Stavanger starter en masterutdanning i prehospitalet akuttmedisin.

I tillegg gjennomfører helseforetakene en rekke kurs og etterutdanninger for sine ansatte.

4.3.8 Utdanningsbakgrunn og antall ansatte i ambulansetjenesten

Rapporten fra Helsedirektoratet om Kompetansebehov i ambulansefaget viser til at det i 2008 var om lag 3300 årsverk i bil- og båtambulansetjenesten. Disse var fordelt mellom 210 sykepleiere, 2241 ambulansearbeidere og 862 ambulansepersonell med annen utdanning. I 2012 var det registrert 4187 årsverk og 4881 sysselsatte. Det er grunn til å anta at 2785 av disse er ambulansearbeidere. Det finnes liten detaljert statistikk om ambulansetjenesten og de utdanningsgruppene som hører inn under tjenesten. Ifølge rapporten fra Helsedirektoratet kan økningen på 400 årsverk fra 2008 forklares med at det utdannes flere ambulansearbeidere og at kompetansekravene i gjeldende akutforskrift i større grad er implementert i virksomhetene.

Tall fra SSB viser at det var 3777 sysselsatte ambulansesarbeidere i 2012. Ikke alle jobber nødvendigvis i ambulansetjenesten. Forskjellen mellom antall sysselsatte og årsverk kan, ifølge Helsedirektoratet være en pekepinn på deltidsbruk. Siden 2001 har det blitt autorisert 4 741 ambulansesarbeidere, hvorav 335 i 2013.

4.3.9 Utfordringer ambulansetjenesten

NOU 1998:9 Hvis det haster... slo fast at bil- og båtambulansen faglig sett var det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Utredningen fastslo at det var nødvendig med en betydelig opprustning av ambulansetjenesten både faglig, organisatorisk og kapasitetsmessig. Ambulansetjenesten framstår i dag som en mer robust tjeneste, men noen av utfordringene som ble påpekt av forrige akuttutvalg er fortsatt gjeldende.

Tall fra SSB viser at det har vært en jevn aktivitetsøkning i ambulansetjenesten uten at antall ambulanserbiler har økt nevneverdig. I sentrale strøk opplever ambulansetjenesten kapasitetsproblemer, noe som fører til utfordringer med å sikre akseptabel beredskap.

Ambulansetjenester i spredt bebygde strøk har ofte lange avstander til sykehus eller legekantor. Lang transporttid medfører fravær fra ambulansestasjonen med tilsvarende redusert beredskap. Samtidighetskonflikter kan derfor være et problem ved tjenester med lange avstander, selv om oppdragsmengden er lav.

I noen spredt bebygde områder er det en stagnering eller til og med fall i oppdragsmengdene. Lavt oppdragsvolum gir spesielle utfordringer med å vedlikeholde kompetansen til de ansatte og for nyrekruttering. Skal det være forsvarlig å ha en ambulansseenhet på et avansert nivå, avhenger det at personellet har muligheter for å vedlikeholde sin kompetanse. Det er særlig viktig med hensyn til ferdigheter i akuttmedisinske prosedyrer.

Lavt oppdragsvolum har ført til at ambulansestasjonene enkelte steder er blitt sentralisert. En slik utvikling er utfordrende, fordi dette er tjenester der avstanden til neste ambulansestasjon er stor og tilstedeværelsen av ambulansen i bygda betyr mye for befolkningens opplevde trygghet. Sentralisering av ambulansetjenesten i spredt bebygde strøk er også utfordrende fordi det øker responstiden fram til pasienten. I disse områdene foregår det gjerne også en sentralisering av legevaktfunksjonen. Lege er dermed sjeldnere til stede ved akuttsituasjoner, og ambulansepersonellet må ofte alene ta hånd om kritisk syke pasienter.

Antall transportoppdrag utgjør en betydelig andel av ambulanssevirkomheten, og kan gå ut over akuttberedskapen. Med økende sentralisering av sykehusfunksjoner og legevakt, øker også transportoppdragene for ambulansetjenesten.

Det er svakheter med dagens utdanningssystem i ambulansefaget. De som tar læretiden på to år umiddelbart etter videregående skole må ha førerkort klasse B i to år før de kan få såkalt kompetansebevis for utrykningskjøretøy og lovlig føre ambulansen under utrykning. Dagens unge kan få førerkort klasse B ved fylte 18 år, mens en stor del av dagens ambulanserbiler krever klasse C 1 som har 20-års-aldersgrense. Dette fører blant annet til at det ambulansepersonellet med best faglig kompetanse må kjøre bilen, mens den mest uerfarne sitter bak med pasienten.

Ambulansefag på videregående nivå gir ikke formalkompetanse i farmakologi og det gis lite undervisning innen fagområdene rus og psykiatri i ambulansefag på videregående.

Helsedirektoratets rapport Kompetansebehov i ambulansefag beskriver en betydelig bedriftsintern utdanning og etterutdanning. Tidligere utredninger⁴³ viser til at denne opplæringen er blitt så omfattende at deler bør flyttes til utdanningsinstitusjonene.

4.4 Responstider

Bedre veier, utbygging av telekommunikasjon, tilgang til moderne ambulanser, fly og helikoptre, kombinert med økende muligheter for behandling av livstruende sykdom og skader, har ført til økende oppmerksomhet på responstider i ambulansetjenesten. Responstid er definert som tidsintervallet fra AMK blir oppringt om en hendelse til pasienten får helsehjelp. Det forrige akuttutvalget foreslo krav til responstid for ambulanse (tiden fra AMK anroper ambulanse til ambulansen er framme hos pasienten). Utvalget mente at responstiden for ambulansetjenesten var for lang og foreslo følgende krav:

- Akuttoppdrag: Innen tre år skal 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 12 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være åtte minutter. Innen tre år skal 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk nås av ambulanse innen 25 minutter.
- Hasteoppdrag: Innen tre år skal 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 30 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være 20 minutter. Innen tre år skal 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk nås av ambulanse innen 40 minutter.

Forslaget fikk en blandet mottakelse blant høringsinstansene. Kommuner og fylkeskommuner (som var eier av sykehusene og hadde ansvaret for ambulansetjenesten) mente kravene var urealistiske på grunn av variasjon i vær, veiforhold og avstander. Det ble stilt spørsmål om reduksjon i utrykningstid var mulig uten desentralisering og kostnadsøkning. Statens helsetilsyn savnet en faglig begrunnelse for forslaget. I St. meld. nr 43 Om akuttmedisinsk beredskap (1999 – 2000) ble responstider gjort veiledende i planleggingen av helsetilbudet med følgende mål:

- Akuttoppdrag: 12 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk.
- Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk.

Sintef Unimed utredet i 2002 de økonomiske konsekvensene av krav til responstider i ambulansetjenesten. Utredningen antydte økte årlige driftsutgifter på 224 mill. kroner.

Rapporten fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet pekte på at det ikke fantes nasjonale sammenliknbare data om responstid og anbefalte ikke å forskriftsfeste responstid før nasjonale måleparametere var på plass. Arbeidsgruppen anbefalte at det innen 2015 burde være klart om det skal være differensierte responstidskrav for ambulanse i helseregionene ut fra demografi og geografi. Arbeidsgruppen mente at det innen 2015 burde være grunnlag for å innføre responstidskrav. Arbeidsgruppen anbefalte at responstidskrav ble sett i sammenheng med primærhelsetjenestens ressurser, organisering og mulighet til å sette i verk legeutrykning mv.

Helsedirektoratets rapport med data fra de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene viser at ingen av de regionale helseforetakene i 2013 oppfylte de nasjonale målene om at ambulansen i 90 pst. av tilfellene skal rekke fram til pasienten innen 12 minutter i tettbygde strøk og 25 minutter i ikke-tettbygde strøk.

4.4.1 Responstider for ambulansetjenesten i andre land

Vestlige land som Norge sammenlikner seg med, har innført responstider for ambulansetjenesten. I Sverige og Danmark fatter de politiske myndighetene i len og regioner vedtak om mål for responstidene, og målene for responstid varierer fra de ulike len og regioner. I Storbritannia har Helsedepartementet nedfelt nasjonale krav om responstider for alvorlige og akutte hendelser. I 2011 ble responstider for alvorlige, men ikke akutte hendelser erstattet av et sett med 11 kliniske kvalitetsindikatorer. I Nederland fastsettes responstidene i forbindelse med de årlige budsjettforhandlingene.

Responstidsmålene varierer også i landene. I Nederland er responstidskravet 15 minutter for 95 pst. av befolkningen for de mest akutte hendelsene. I Storbritannia er kravet 8 minutter for 75 pst. for de mest akutte hendelsene. I Sverige varierer kravene fra 10 til 30 minutter for de mest akutte hendelsene. I Danmark er det store lokale variasjoner. I Region Hovedstaden er responstidskravet 13 minutter for 90 pst. av befolkningen. Rapporten Framtidens prehospitale tjenester⁴⁴ gir utfyllende eksempler på responstider.

4.4.2 En ny tilnærming

Innenfor spesialisthelsetjenesten publiseres det nasjonale kvalitetsindikatorer på virksomhetsnivå innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Norge har kommet kort sammenliknet med andre land i utviklingen av kvalitetsindikatorer, og det er ikke utviklet kvalitetsindikatorer for de prehospitale tjenestene. Det er utviklet noen prosessindikatorer som 30-dagers overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag, og som kan si noe om prehospital innsats. NAKOS har fått i oppdrag å undersøke datagrunnlaget for å utvikle et kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene.

Helsedirektoratet publiserer tall for responstid for ambulansetjenesten, aksestid hos AMK-sentralene (tiden fra det ringer på 113 til AMK-operatør tar telefonen) og AMK – aktiveringstid (tiden fra AMK-operatøren svarer 113 til det første tiltaket er satt i verk). Dette gir en indikasjon på tidsintervaller i deler av det prehospitalt rommet. Det publiseres ikke data om omsorgstid (fra ambulansetjenesten henter pasienten til leveringssted).

Plutselig hjertestans utenfor sykehus, akutt hjerteinfarkt, hjerneslag, akutte pusteproblemer og alvorlige skader eller traumer er tidskritiske tilstander der relevant behandling må gis tidlig i behandlingsforløpet for å være effektiv. De benevnes ofte «The first hour Quintet». Ved noen av disse tilstandene er tidlig spesialisert behandling nødvendig. I andre tilfeller er det primært nødvendig med basale førstehjelpstiltak, mens profesjonell hjelp kan komme noe senere. Et eksempel på dette er plutselig hjertestans utenfor sykehus (beskrevet i kapittel 2). Tid mellom kollaps og første defibrillering er viktig for overlevelse, og responstid er derfor viktig. I dag er det utplassert defibrillatorer på arbeidsplasser, brannstasjoner mv, og i flere tilfeller kan derfor brannvesen eller førstehjelpsgrupper utføre tiltaket før ambulanse kommer. En alternativ tilnærming

til responstider kan derfor være å utvikle en standard for prehospitale innsatstider, som tar utgangspunkt i at det må settes i verk tiltak innen en gitt tidsfrist, men som åpner for at ulike prehospitale ressurser kan sette i verk tiltaket før ambulansen kommer – som i eksemplet over. En viktig, men ofte undervurdert ressurs er pasientens pårørende og annet publikum. Legfolks innsats innen førstehjelp og tidlige varsling kan være avgjørende for utfallet. Forsinket varsling er en vanlig årsak til at pasienter kommer for sent til effektiv behandling. Innsatstidene til publikum bør derfor inngå i standarden.

For de nevnte tilstandene er det godt dokumentert at tid er en viktig faktor for utfallet, og en standard for prehospitale innsatstider kan derfor benytte disse tilstandene, eller noen av dem, som dimensjonerende hendelser. En slik standard kan åpne for å kompensere med organiserte førstehjelpsgrupper tilknyttet brannvesenet der det er langt mellom ambulansene. Målet er et mest mulig likeverdig akuttmedisinsk tilbud, selv om organiseringen vil være ulik rundt om i landet. En tenkning rundt en standard for prehospitale innsatstider bør derfor utvikles.

Tiltak	Tidsfrist fra hendelse	Kan utføres av
Erkjenne hjertestans	2 min	Publikum
Varsle 113	3 min	Publikum > 6 år
Basal HLR	3 min	Publikum > 14 år
Defibrillering	8 min	Førstehjelpsgrupper Opplært personell Ambulanse Legevakt
Avansert HLR	15 min	Ambulanse Legevakt Spesialpersonell
Intensivbehandling	45 min	Spesialpersonell Sykehus

Eksempel på Standard for prehospitale innsatstider ved hjertestans:

4.5 Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten representerer et viktig ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Norges geografi og befolkningens bosettingsmønster gjør at luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten skal bidra til likeverdig helsetjenestetilbud og er en forutsetning for at pasienten skal kunne dra nytte av moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander selv om avstander til aktuelt sykehus er lang. Luftambulansetjenesten er et supplement til den ordinære bil- og båtambulansetjenesten.

4.5.1 Organisering og finansiering

I 1988 ble det etablert en nasjonal luftambulansetjeneste, der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrygdeverket om dedikert beredskap med spesialinnredete ambulansefly og -helikoptre.

Helsepersonellbemanningen ble besørget av fylkeskommunale sykehus. Etter helseforetaksreformen i 2002 ble sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten overført til de regionale helseforetakene. I 2004 etablerte de regionale helseforetakene et felles datterselskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, som har det operative ansvaret for tjenesten.

Luftambulansetjenesten ANS inngår kontrakter med private om fly- og helikoptertjenestene. Flykontraktene inngås etter ordinære anbudsprosesser og har en varighet på seks år med opsjon for forlenging i ytterligere fire år. Luftambulansetjenesten ANS har for tiden kontrakt med to operatører (Norsk luftambulanse AS og Lufttransport AS) for ambulansefly og ambulanshelikoptre. Regelverket for offentlig anskaffelser setter begrensninger for endringer i luftambulansstrukturen mens kontraktene løper. Det kan derfor ta lang tid fra et nytt behov oppstår til luftambulansetjenesten kan etterkomme behovet.

Luftambulansetjenesten ANS eier og vedlikeholder det medisinske utstyret i alle luftfartøylene og besørger den operative koordineringen av alle ambulanseflyene. Denne flykoordineringssentralen er samlokalisert med AMK-sentralen i Tromsø. Luftambulansetjenesten ANS har også ansvaret for å fastsette retningslinjer for bruk av tjenesten og er et kompetansesenter for helseforetakene på utvalgte områder. Helseforetakene ivaretar det medisinske ansvaret for tjenester, herunder medisinsk bemanning.

Den nasjonale og offentlige finansierte luftambulansetjenesten har 12 ambulanshelikoptre, operert fra 11 baser, og ni ambulansfly, operert fra syv baser. I tillegg er det to helikoptre og to fly som reservemateriell. Våren 2015 blir det etablert en ny ambulanshelikopterbase på Evenes. Samtlige fartøy, inkludert redningshelikoptrene, er utstyrt med avansert medisinsk overvåknings- og behandlingsutstyr. Det gjør det mulig med medisinsk intervensjon på stedet og intensivbehandling under transport.

Helse- og omsorgsdepartementet har avtale med Justis- og beredskapsdepartementet om at redningshelikoptrene kan benyttes til luftambulansoppdrag dersom ikke søk- og redningsoppdrag må prioriteres foran. Redningshelikoptre har samme bemanning som ambulanshelikoptre. Innen 2020 vil dagens redningshelikoptre bli erstattet av en ny type redningshelikoptre (AW 101) som har økt gjennomføringsevne i dårlig vær og som kan fly lengre og raskere enn dagens redningshelikoptre.

Våren 2014 inngikk de regionale helseforetakene en samarbeidsavtale med de seks svenske landstingene langs riksgrensen. Avtalene innebærer at partene kan rekvirere ambulanshelikopter fra hverandre over grensen etter gitte kriterier. De mest aktuelle svenske basene er Karlstad, Østersund og Gøteborg. I 2015 etableres den en ambulanshelikopterbase i Mora.

Luftambulansetjenesten ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne, de regionale helseforetakene. Tilskuddet beregnes ut fra aktiviteten i den enkelte region.

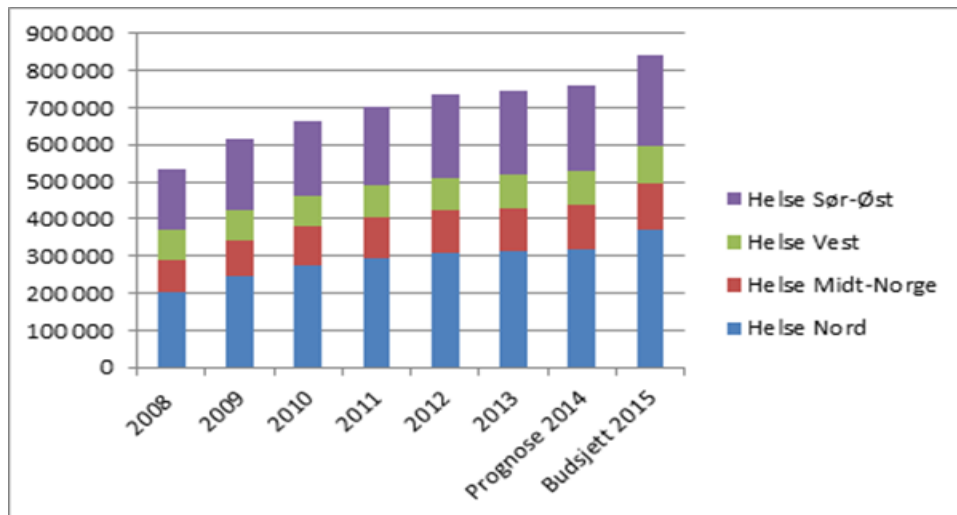
4.5.2 Kostnader

I perioden 2004-2014 har kostnadene steget fra 397 mill. kroner i 2004 til 764 mill. kroner i 2014. Kapitalkostnader og kostnader til drift og vedlikehold har vært sterke drivere i denne utviklingen. En

sterk kostnadsdriver de senere år har vært nye og strengere felleseuropeiske regelverk knyttet til blant annet flymateriellet og arbeids- og hviletidsbestemmelsene.

Luftambulansetjenesten ANS har gjennomført en konkurranse om operatørkontrakten på ny base på Evenes. Årskostnadene på den operative driften vil øke fra dagens nivå på 29 mill. kroner til 43 mill. kroner i den nye kontrakten – til tross for konkurranse mellom flere tilbydere om kontrakten.

I perioden 2006-2013 har årskostnadene for Luftambulansetjenesten økt med 61 pst. I samme periode har antall flytimer kun økt med 12 pst. Kostnadsveksten har dermed vært betydelig sterkere enn aktivitetsveksten i denne perioden.



Kostnader i mill. kroner for perioden 2008-2015.

Kostnader til medisinsk bemanning, medikamenter og forbruksmateriell dekkes av helseforetakene med luftambulanse og kommer i tillegg til kostnadene til Luftambulansetjenesten ANS.

4.5.3 Kompetanse og bemanning

Luftambulansetjenesten er en høykompetent tjeneste og representerer "den spisse enden" i den prehospitalt behandlingskjeden. Helsepersonellet er ansatt av helseforetakene og er faglig forankret i sykehusenes anestes- og intensivmiljøer. Det er et viktig prinsipp at legene og sykepleierne jevnlig har tjeneste i sykehusavdelingen for å opprettholde og utvikle sin faglige kompetanse.

I gjeldende akuttmedisinforskrift framgår det at ambulanshelikopter og redningshelikopter som benyttes i ambulansetjeneste skal være bemannet med lege med akuttmedisinsk kompetanse. Samtlige leger er i dag anestesileger, de fleste med spesialistkompetanse. I tillegg til lege skal fartøyet bemannes med ambulansarbeider eller sykepleier med redningsteknisk kompetanse. Ambulansefly skal være bemannet med intensiv- eller anestesisykepleier. I tillegg er det anestesilege i bakvakt ved fire flybaser for deltakelse for oppdrag der dette er nødvendig.

Redningshelikoptrene har anestesilege, redningsmann, systemoperatør, tekniker og to piloter. Ambulanseflyene er bemannet med anesthesi- eller intensivsykepleier og to piloter.

Det er en pågående diskusjon om dagens besetningskonsept i ambulanshelikoptertjenesten er tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig pasientbehandling i framtiden. Under flyging er legen alene i kabinen, med unntak av helikopteret i Ålesund. Med en økende grad av avansert behandling under transporten, spesielt krevende intensivtransporter og kuvøsetransporter mellom sykehus, kan det være behov for flere hender ved enkelte baser.

For ytterligere å presisere det faglige nivået har Luftambulansetjenesten ANS utarbeidet nasjonale standarder for luftambulanseleger og flysykepleiere. Hensikten med standardene er å bidra til at luftambulansetjenesten framstår med god og likest mulig kvalitet over hele landet. Standardene har status som en veiledende norm. Utkast til ny akuttmedisinforskrift har fjernet krav til kompetanse for luftambulansepersonell, og viser i stedet til standarden utviklet av Luftambulansetjenesten ANS.

Det er også fastsatt en nasjonal standard for redningsmenn som beskriver myndighetskrav til redningsmenn i luftambulansetjeneste (LAT), redningshelikoptertjeneste og SAR offshore.

Alt personell ved samtlige ambulanse- og redningshelikopterbaser har tilstedevakt døgnet rundt og er i høy beredskap. Ved akuttoppdrag er basenes reaksjonstid (fra alarm til avgang) normalt mellom fem og ti minutter, varierende med tid på døgnet, behov for informasjonsinnhenting, planlegging mv. Ved ambulansflybasene i Kirkenes, Alta og Tromsø har personellet tilstedevakt. Ved de øvrige flybasene er det hjemmevakt og én times beredskap om natten.

4.5.4 Rekvirering av luftambulanse

En overordnet føring er at bruk av luftambulanse skal skje etter samme kriterier som øvrige spesialisthelsetjenester. Dette er nærmere beskrevet i prioriteringsforskriften om rett til nødvendig helsehjelp. Gjeldende akuttforskrift gir også føringer om bruk av luftambulansen.

Ambulanshelikoptertjenesten skal primært bringe akuttmedisinsk utstyr og særlig kompetent helsepersonell raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter. Ambulanshelikoptertjenesten skal bringe pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten under pågående overvåking og behandling, herunder yte akuttmedisinsk diagnostikk. Tjenesten skal utføre enkle søk- og redningsoperasjoner.

Luftambulansetjenesten kan unntaksvis benyttes til tilbakeoverføringer av pasienter der lufttransport er nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. I slike tilfeller skal beredskapsmessige hensyn tas i forkant av en eventuell rekvirering. Hensyn til responstid og samtidighetskonflikter er en del av de beredskapsmessige hensyn. I motsetning til ambulanshelikoptrene, utgjør slike tilbakeføringsoppdrag en stor andel av ambulansflyenes virksomhet (36 pst.). De store sykehusene returnerer pasienter til lokalsykehusene tidlig postoperativ og frigjør dermed egen akuttberedskap og intensivkapasitet.

Luftambulansen er en akuttmedisinsk ressurs med høyt medisinsk faglig nivå. Tjenesten har utviklet seg til å bli en sammensatt tjeneste som dekker ulike funksjoner og oppgaver - alt fra avanserte akuttmedisinske intervensjoner til noe mer basale funksjoner når det er behov for rask og skånsom transport. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av luftambulanse. Retningslinjene skal ivareta

myndighetens føringer og gjøre dem anvendbare for AMK-sentraler og helsepersonell. Retningslinjene er en oppsummering av føringene i forskrift.

Behovet for luftambulanse vurderes av den AMK-sentralen som får primærmeldingen fra et hendelsessted. Ambulansehelikopterbasen blir alarmert av AMK-sentraler som har tilleggsfunksjonen å "følge" helikoptrene på oppdrag, såkalte AMK-LA-sentraler. Det er vakthavende lege som har endelig beslutningsmyndighet om bruk av ambulansehelikopter på medisinsk grunnlag. Fartøysjefen vurderer operative forhold og kan kansellere på grunnlag av det.

I evalueringsrapportene etter 22. juli er det tydeliggjort et behov for en mer enhetlig koordinering av ambulansehelikoptrene. I dag er det like mange AMK-LA-sentraler som ambulansehelikopterbaser, men det er besluttet at alle ambulansehelikoptrene i Helse Sør-Øst i framtiden skal følges av AMK Oslo og Akershus alene. AMK Tromsø skal følge både Tromsø- og Evenes-helikopteret. AMK-sentraler som ikke har tilknyttet sitt eget helikopter, må aktivere denne ressursen gjennom aktuell AMK-LA-sentral. Ambulansehelikoptrene kan transportere inntil to bårepasienter.

Ambulanseflyene rekvireres også gjennom AMK-sentralene, men den flyoperative styringen skjer nasjonalt fra Flykoordineringssentralen i Tromsø. Denne er samlokalisert med AMK Tromsø. De ambulanseflyene som brukes i dag (Beech 200) kan operere på kortbanenettet og har i tillegg kapasitet til å fly til Svalbard og Jan Mayen. De har to fullverdige båreplasser.

Redningshelikoptrene er operativt underlagt de to hovedredningssentralene, og AMK må henvende seg dit for å få gjennomført ambulanseoppdrag.

4.5.5 Aktivitetsutvikling

Luftambulansetjenesten utfører tre typer oppdrag:

Primæroppdrag er utrykning til en pasient/hendelse utenfor institusjon.

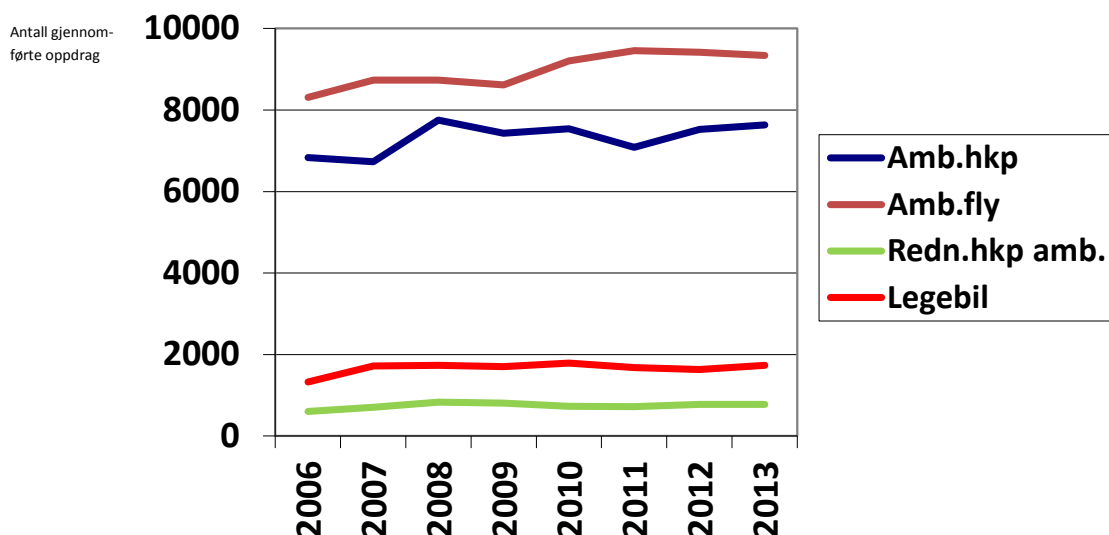
Sekundæroppdrag er overføring mellom sykehus til et høyere omsorgsnivå.

Tilbakeføringsoppdrag er overføring mellom sykehus til et lavere omsorgsnivå, typisk tilbake til lokalt sykehus. Det er nesten bare ambulanseflyene som utfører slike oppdrag.

Søk- og redningsoppdrag (SAR). Dette er oppdrag som utføres på oppdrag for politiet eller en av hovedredningssentralene.

Luftambulansetjenesten gjennomførte i 2013 totalt 18 156 oppdrag (17 727 oppdrag i 2012). Fra 2012 til 2013 steg antall oppdrag inkludert legebil med 2,9 pst. 19 859 pasienter ble assistert/transportert i 2013 (19 775 i 2012).

De senere årene har trenden vært en svak økning i aktiviteten i luftambulansen. Den største økningen i aktiviteten fra tiden fant sted i de første årene etter at staten tok ansvaret for luftambulansetjenesten i 1988. Det skyldtes i stor grad etableringen av mange nye baser.



Aktivitetsutvikling i luftambulansetjenesten

4.5.5.1 Ambulansehelikopter

Tall fra Luftambulansetjenesten ANS viser at det på enkelte baser er variasjoner årlig og mellom basene med hensyn til antall helikopteroppdrag som er satt i verk. Utvikling i oppdragstype over tid kan reflektere regionale utviklingstrekk innen sykehusstruktur, legevaktstruktur og i den land- og sjøbaserte ambulansetjenesten. Økende kompetanse i ambulansetjenesten kan i noen situasjoner føre til redusert behov for legebemannet helikopterutrykning. Sentralisering av ambulansestructuren kan medføre flere helikopteroppdrag i distriktene.

Enkelte baser beskriver endringer i organisering av kommunal legevakt i retning av større dekningsområder, og at det er en tendens til flere henvendelser fra slike distrikter. Det er en utvikling som på sikt kan medføre flere luftambulanseoppdrag.

I 2013 gjennomførte ambulansehelikoptrene 7657 oppdrag (mot 7525 i 2012).

Ambulansehelikoptrene utfører først og fremst primæroppdrag. Helse Sør-Øst skiller seg ut fra de øvrige regionale helseforetakene gjennom en sterk vekst i primæroppdrag. I de øvrige regionale helseforetakene er det en jevn utvikling i primæroppdrag.

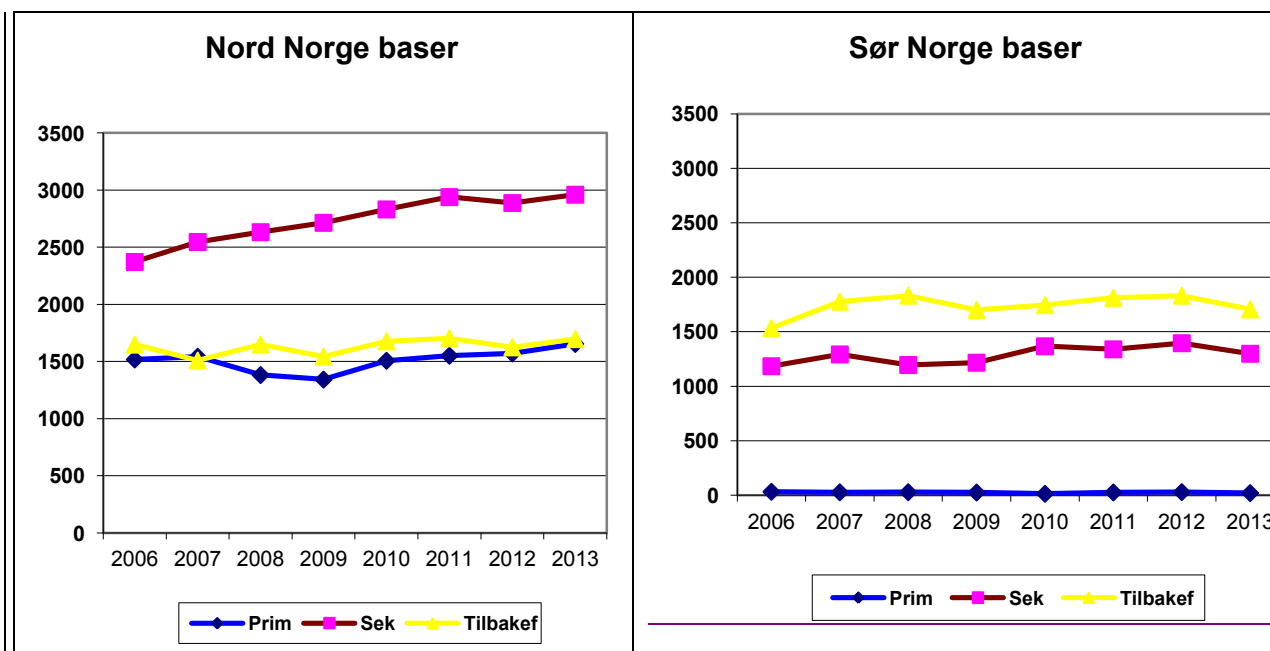
Ambulansehelikoptrene utfører få sekundæroppdrag, til tross for at strukturendringer og funksjonsfordeling mellom sykehusene skulle tilsi at stadig flere pasienter må frys fra lokalsykehusene til de større sykehusene. Andelen sekundæroppdrag har vært stabil på om lag 20 pst. på nasjonalt nivå. Det kan forklares med at pasientene blir flydd direkte til et ressurssykehus i stedet for lokalsykehuset. Eksempler er traumepasienter og pasienter med hjerteinfarkt som er aktuelle for primær PCI. Sekundæroppdragene er gjerne preget av høy hastegrad og pasienter som er behandlingskrevende.

Ambulansehelikoptrene utfører et lite, men økende antall tilbakeføringsoppdrag – oppdrag som denne tjenesten unntaksvis skal utføre. Plassmangel ved intensivavdelingene ved de store sykehusene og behov for å frigjøre kapasitet kan være årsaker.

Hastegradene varierer mellom basene. På nasjonalt nivå utgjorde akuttoppdrag om lag 78 pst. av oppdragene, mens hasteoppdrag utgjorde 19 pst. Nesten 1900 oppdrag ble påbegynt og avbrutt underveis. Den vanligste årsaken til kanselleringer er at lokale ressurser på stedet melder tilbake at det ikke er behov for luftambulans. I 2013 ble 17,7 pst. av henvendelsene enten avvist før eller kansellert etter oppstart med denne begrunnelsen. 8,4 pst. ble ikke gjennomført fordi været var for dårlig og 4,8 pst. på grunn av en samtidighetskonflikt. Ved samtidighetskonflikt ved en base ble ofte oppdraget overført til en annen luftambulansbase.

4.5.5.2 Ambulansefly

Det er stor variasjon i oppdragsprofilene mellom ambulansflyene i nord og i sør. Tall fra Luftambulansetjenesten ANS viser at ambulansflyene i Nord i større grad er en beredskapsressurs. Det gjenspeiles i flere akuttoppdrag og et større antall primæroppdrag. Når ambulansflyene brukes i primæroppdrag i Nord-Norge, er hastegraden oftest høy. Tallene viser at dette langt på vei er et Finnmarkfenomen.



Oversikt over aktivitetsutvikling for ambulansfly fordelt på oppdragstyper

I 2013 gjennomførte ambulansflyene 9399 oppdrag (mot 9417 i 2012). 13 pst. av oppdragene hadde hastegrad akutt, mens 20 pst. var hastegrad haster. 58 pst. av oppdragene var bestilt på forhånd, gjerne til neste dag. En del av sekundæroppdragene har også høy hastegrad både i nord og i sør.

4.5.6 Redningshelikoptre

I 2013 gjennomførte redningshelikoptre 762 ambulansoppdrag. Oppdragstypene varierer fra base til base, avhengig av om det er ambulanshelikopter i området. Størsteparten av oppdragene er imidlertid primæroppdrag.

4.5.7 Legebil

Luftambulansen benytter i en del tilfeller bil som alternativt transportmiddel når et helikopteroppdrag ikke kan gjennomføres på grunn av vær, fartøYTEkniske forhold eller fordi bil er det mest hensiktsmessige. Stiftelsen Norsk Luftambulanse finansierer biler ved ambulanse- og redningshelikopterbasene. Et typisk oppdrag for legebilen er sirkulasjonsstans i basenes nærområde eller pasient i behov av kvalifisert luftveishåndtering. I 2013 gjennomførte luftambulansetjenesten 1773 oppdrag med legebiler. Alvorlighetsgraden er høy ved oppdragene og godt over 90 pst av oppdragene i 2013 var akuttoppdrag. Hjerne- og lungeredning utføres ved om lag 20 pst. av utrykningene.

Det er ambulansehelikoptrenes personell som bemanner legebilen. Legebilberedskapen er derfor en kostnadseffektiv forsterkning av det akuttmedisinske tilbudet, siden det ikke genererer økt personellbehov. Enkelte oppdrag omfatter møtekjøring med bilambulanse. Det er stor forskjell mellom luftambulansebasene i bruken av legebil. I de større byene er det et potensial for mange oppdrag, og på disse stedene er det samarbeid med legevakt for å avgrense legebilens rolle.

4.5.8 Responstider og dekningsgrad

St. meld nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap slo fast at tjenesten bør ha et likeverdig helsetjenestetilbud uavhengig av bosted (geografisk rettferdighet) ved at 90 pst. av landets befolkning skal nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Målsettingen om legebemannet ambulanse omfatter således mer enn bare luftambulansen.

Med dagens basestruktur for ambulansehelikopter er 97 pst. av befolkningen teoretisk sett dekket av denne målsettingen. Når ny base på Evenes er etablert, blir dekningen omlag 99 pst. En del baser dekker flere kommuner. I 2011 ble 127 kommuner besøkt av to forskjellige baser, 34 kommuner ble besøkt av tre forskjellige baser og syv kommuner ble besøkt av fire forskjellige baser. Reelle responstider for primære akuttoppdrag i 2011 viste at median flytid ut til pasienten for alle oppdrag var 19 minutter, hvorav 25 pst. ble gjennomført innen 13 minutter og 25 pst. på 28 minutter eller mer. I 20 pst. av alle oppdragene var flytiden 30 minutter eller mer. Det er forskjeller mellom basene når det gjelder flytider, og ni av basene har flytider på 30 minutter eller mer i 25 pst. av oppdragene.

I 2013 la Stiftelsen norsk luftambulanse (Snla) fram en utredning om kapasitet og basestruktur. Snla mener at et luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 minutter fra nødmeldingen ringes inn. På bakgrunn av utredningen mener stiftelsen det er nødvendig med nye helikopterbaser, spesielt dreier behovet om baser for områdene i Telemark og Innlandet.

4.5.9 Nytteeffekten av legebemannet ambulanse

Den medisinske nytteeffekten av prehospitale tjenester er forbundet med tidlig kvalifisert vurdering og triage, tidlig akuttmedisinsk intervensjon, rask og kvalifisert transport direkte til rett omsorgsnivå og rask og kvalifisert overføring til høyere omsorgsnivå.

European Resuscitation Council lanserte i 2002 fem kritiske tilstander der rask kvalifisert respons har betydning for overlevelse og livskvalitet: Hjertestans, brystmerter/akutt coronart syndrom, hjerneslag, respirasjonssvikt og alvorlig traume. Innen disse områdene er det behov for rask diagnostisering og behandling på stedet av personell med høy spesialkompetanse og rask transport

til rett sykehus for endelig behandling. I slike tidskritiske akuttmedisinske tilstander kan legebemannede tjenester som luftambulansetjenesten ha betydning for utfallet.

I en prospektiv studie⁴⁵ fra Sjælland i Danmark ble effekten av legebemannet ambulanshelikopter evaluert med hensyn til hvordan hardt skadde pasienter ble håndtert og deres overlevelse etter 30 dager. Etter at tjenesten var etablert, ble langt flere pasienter transportert direkte til traumesenter sammenliknet med tidligere (økning fra 50 pst. til 66 pst.). Median tidsforsinkelse før definitiv behandling ble redusert fra 218 minutter til 90 minutter. Samtidig ble dødelighet etter 30 dager redusert fra 29 pst. til 14 pst.

Ved hjertestans har legehelikopteret liten effekt dersom ikke leddene foran i kjeden fungerer. Overlevelsen ved hjertestans faller med ti pst. per minutt, og det er avgjørende med hjertelungeredning og tidligst mulig elektrisk defibrillering (bruk av hjertestarter) for at pasienten skal overleve. Slik innsats må nesten alltid utføres av lokale ressurser før legehelikopterets ankomst. Ved de andre tilstandene nevnt over er pasienten også avhengig av rask alarmering, og oppstart av behandling fra lokal ambulanse og legevaktlege.

4.5.10 Luftambulansens pasienter

Pasienter med hjerte/kar-sykdom utgjør den største pasientgruppen i luftambulansen. I 2013 utgjorde disse pasientene om lag 26 pst. av pasientene i ambulanseflyene og 13. pst. av ambulanshelikoptergruppen. Et fåtall sykehus har beredskap for PCI -behandling ("utblokking") ved akutt hjerteinfarkt, og luftambulanse brukes derfor ofte for å transportere disse pasientene til sykehus som har tilbud om dette. Ambulanseflyene tilbakefører i tillegg pasienter som er hjerteoperert to til fire dager etter inngrep.

Behandling av hjerneslag er ikke i samme grad sentralisert som akutt hjerteinfarkt. I 2013 utgjorde diagnosegruppen forstyrrelse i hjernesirkulasjonen 4,7 pst. av pasientene i ambulanseflytjenesten og 9,3 pst. av pasientene i ambulanshelikoptertjenesten. Det har kun vært en svak økning av denne pasientkategorien de siste årene.

Pasienter med primærdiagnose relatert til svangerskap utgjorde i 2013 2,6 pst av pasientene i ambulanshelikoptrene, og 4,3 pst. og 3,4 pst. for henholdsvis redningshelikoptre og ambulansefly. Det er en klar overvekt i Nord-Norge av pasienter med primærdiagnose svangerskap og som må transporteres med luftambulanse.

Pasienter som blir transportert i kuvøse utgjør en liten del av luftambulansens pasienter. Dette er krevende transporter og kun noen få baser har volum nok til å vinne god nok erfaring med disse pasientene.

Ambulanseflyene i Nord-Norge transporterer et økende antall pasienter med en psykiatrisk primærdiagnose. I Helse Nord er det kun to sykehus med akuttpsykiatriske avdelinger og mange øyeblikkelig hjelp pasienter må transporteres med fly. Dette er transporter som er krevende å organisere - både med henblikk på ledsagertjeneste og fordi det må være politifølge av sikkerhetsgrunner.

Alle pasienter luftambulansetjenesten er i kontakt med blir gitt en skår på grad av alvorlighet (NACA-skår). Graderingen går fra (0: ingen skade eller sykdom til 7: død).

For alle akutte primæroppdrag i 2011 var snitt NACA skår fire. Av alle oppdrag fikk 59 pst. av pasientene skår fra fire til seks, hvor NACA skår fire utgjorde 39 pst. Når NACA skår legges til grunn ser det ut til at luftambulansetjenesten i stor grad har oppdrag rettet mot de mest trengende pasientene.

Likevel fikk 40 pst. av oppdragene NACA fra tre eller under, et lavt skår for en høykompetent tjeneste. Et lavt NACA skår kan være et oppdrag som krever luftambulanse, f.eks en pasient med ankelbrudd i fjellet. Ankelbrudd vil ikke generere høy NACA skår, men det vil likevel være nødvendig å bruke helikopter med hensyn til smertelindring, forebygging av nedkjøling mv.

Pasientpopulasjonen er fordelt ulike på fartøyskategoriene. Det er flere pasienter med skader som fraktes med ambulanshelikopter (omlag 34 pst) enn ambulansfly (omlag 12 pst). Med ulike pasientgrupper, er også aldersfordelingen ulik ved at ambulansflytjenesten har en eldre pasientpopulasjon.

4.5.11 Utfordringer

Luftambulansens aktivitet har ikke økt dramatisk de siste årene, men det er ulik belastning på basene. Det gjelder særlig ambulanshelikoptrene. Kapasitetsutfordringer kommer til uttrykk gjennom samtidighetskonflikter og utmelding på grunn av besetningens behov for å hvile. Basene er ikke satt opp med bakvakter som kan tre inn i slike situasjoner. Lørenskog er den basen som har størst utfordringer knyttet til utmelding på grunn av tjenestetid.

Vær er en viktig årsak til kanselleringer. Spesielt under mørketiden i Nord-Norge kan ambulanshelikoptrene i lange perioder være tvunget til å stå på bakken. En undersøkelse fra 2009⁴⁶ fra tre innlandskommuner på Helgeland i 2006 – 2007 viste at ambulanshelikopteret gjennomførte syv av 24 nødvendige oppdrag i området i perioden november - februar. Om sommeren var regulariteten langt bedre. Luftambulansetjenestens regularitet er også avhengig av andre forhold som er særegent for luftfart, og slike forhold bidrar også til kanselleringer.

Luftambulanse, og spesielt ambulanshelikopteroperasjoner, har en høy risikoprofil. Helikoptret rykker ut dag og natt på kort varsel, ofte uten å ha detaljkunnskap om forholdene på åstedet, som landingsforhold, hindringer, værforhold osv. Tjenesten var utsatt for flere dødsulykker på 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet. Anbefalinger fra et sikkerhetsutvalg i 1997 førte til skjerpede kompetansekrav, trening, rutiner og sikkerhetsutstyr. Uhellsraten er kraftig redusert i de senere år, men et helikopterhavari med to omkomne i 2014 viser at sikkerhetsarbeids fortsatt må prioriteres. Selv om det er ønskelig med kort reaksjonstid, må besetningen ta nødvendig tid for å innhente informasjon og planlegge flygningen. Det skjer vanligvis innen 15 minutter, men ofte betydelig raskere. Det er også viktig å begrense luftambulanseoppdrag til de situasjonene der det er en klar helsegevinst. Å vite hvilke tilstander og situasjoner dette er og hvordan de identifiseres ved alarmtidspunktet, er et område det er behov for forskning om.

Luftambulansetjenesten er kostnadsintensiv. Nye arbeidstidsbestemmelser for pilotene i ambulanseflyene medførte for få år tilbake at vaktordningen måtte endres, og bidro til en årlig kostnadsøkning på om lag 50 mill. kroner. Mye tyder på at en liknende endring vil slå inn for ambulansehelikopterbesetningene. De operative kostnadene øker vesentlig mer enn aktiviteten.

Intensivtransport innebærer transport av kritisk syke pasienter med behov for aktiv overvåkning og behandling. Sykehusene har varierende praksis for organisering av intensivtransporter. Det er vanlig å bestille luftambulanse for å transportere en behandlingskrevende pasient, dels på grunn av stor transportavstand, men også fordi luftambulanse er bekvemt for sykehuset ettersom kvalifisert personell følger med. Noen sykehus har ikke organiserte transportteam og har heller ikke forberedt konsept for intensivtransport i samarbeid med lokal ambulansetjeneste. Å sende med eget anestesier eller intensivpersonell på kort varsel vil forstyrre virksomheten på avdelingen og belaster sykehuset økonomisk. Det kan derfor være et økonomisk insitament for å benytte luftambulanse. Samfunnsøkonomisk er dette uheldig, fordi luftambulansetjeneste er kostnadskrevende. Det svekker også beredskapen. Sykehusene bør derfor være forberedt på selv å gjennomføre intensivtransporter, men forutsetningen for dette varierer rundt om i landet.

Ved bruk av ambulansefly må sykehusene organisere transporten til flyplassen med bruk av egen ambulanse og eget følgepersonell. Disse transportene er en utfordring. Ambulanseflyene må ikke sjelden vente lenge på flyplassen fordi det ikke er ledig ambulanse for transport av pasienten til eller fra flyet. Dette medfører forsinkelser for avvikling av ambulanseflytransportene. Disse har gjerne et tettepakket program hele dagen. Luftambulansetjenesten ANS gjennomfører en egen kartlegging av dette problemet i 2014.

Det er faglige utfordringer ved kuvøsetransporter. Svært premature nyfødte er krevende og må ledsages av spesielt kompetent personell. Mange kuvøsetransporter utføres av samme anesthesi/intensivpersonell som utfører andre intensivtransporter. Bare noen få av disse har tilstrekkelig volum for å kunne vedlikeholde den spesielle kompetansen og treningen som kreves. Det er et ønske ved flere andre sykehus at transportmiljøene, som primært er luftambulansetilstandene, knytter nærmere samarbeid med barnelegene. Det kan også være aktuelt å begrense antall luftambulansetilstander som skal tilby transport av de mest krevende nyfødte.

4.6 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Ved flere av de alvorligste akuttmedisinske tilstandene som hjerteinfarkt, hjerneslag og multitraume er pasientens sluttresultat (grad av overlevelse og funksjonsnivå) alltid avhengig av en sammenhengende og i alle ledd godt fungerende kjede gjennom både den prehospitale og den hospitale fasen. Et brudd eller en funksjonssvikt i en del av kjeden vil ikke kunne kompenseres selv ved optimal funksjon av de andre leddene. Dette gjør at planverk, triagerings-, behandlings- og transportplaner for prehospital fase av disse tilstandene ikke kan utformes uten tilpasning til den sykehusstrukturen og sykehusspesialiseringen som til en hver tid foreligger i det aktuelle helseforetak.

5 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten i andre land

I dette kapitlet omtales andre lands medisinske nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste. Få andre land har akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som ligner på norsk legevakttjeneste, slike ø-hjelptilbud på primærhelsetjenestenivå er derfor ikke omtalt her.

5.1 Sverige

5.1.1 Ambulansetjeneste

Sverige er delt inn i 21 len (fylker). Lenene har ansvaret for helsetjenestene til befolkningen, inkludert ambulansetjenesten. Lenene har avtale med SOS Alarm (selskap eid av den svenske stat) om alarmering og koordinering av ambulanser. Det finnes få nasjonale retningslinjer for ambulanse- og nødmeldetjenesten. Det kan derfor være forskjeller mellom lenene hva gjelder organisering av tjenestene og personellet kompetanse.

Riksrevisjonen i Sverige gjorde i 2012⁴⁷ en undersøkelse av den akuttmedisinske kjeden. Granskningen var rettet mot effektivitet og sikkerhet i alarmeringsfasen. Bakgrunnen for undersøkelsen var økende responstider i ambulansetjenesten og flere klagesaker. Riksrevisjonens rapport konkluderte med at statens styring av SOS Alarm, regelverket og tilsynet ikke i tilstrekkelig grad bidro til en sikker nødmeldetjeneste. Riksrevisjonen pekte på at helse- og tilsynsmyndighetene burde øke engasjementet mot tjenesten gjennom aktivt eierskap, forskrifter og tilsyn.

5.1.2 Nødmeldetjeneste

SOS Alarm har nasjonalt ansvar for nødnummer 112 (ambulanse, brann, politi) og informasjonsnummer 113 13 (informasjon til publikum om store ulykker og katastrofer). SOS Alarm har i dag 15 nødmeldingssentraler i Sverige. 112-sentralene tar årlig i mot om lag 3,5 mill. samtaler (713 000 "ambulansesamtaler" i 2011). Svenskt Medicinskt Index (oversatt fra norsk "Indeks") har blitt brukt for beslutningsstøtte siden 2007. Fra 2008 finnes det en elektronisk versjon av svensk Index. Det benyttes fire hastegrader.

5.1.3 Luftambulanse

Det er åtte baser for ambulanshelikoptre, drevet av landstingene. De tre nordligste basene er i Gällivare, Lycksele og Östersund. I Midt-Sverige er ambulanshelikoptre stasjonert i Stockholm (to i sommermånedene), Karlstad og Uppsala. I den sørlige delen av Sverige finnes det helikopterbasen på Gotland og i Göteborg. Det planlegges en ny base i Dalarna. Det er fire baser for ambulansfly i Luleå, Umeå, Stockholm og Göteborg. Det er behov for en bedre nasjonal standardisering av tjenesten og luftambulansetjenesten er under omorganisering. En utredning i regi av Sveriges kommuner og Landsting i 2012⁴⁸ konkluderte med at det er mer gunstig økonomisk å drive tjenesten selv framfor å sette den ut til private operatører.

5.1.4 Kompetanse

Det er to yrkeskategorier som jobber i ambulansetjenesten: ambulanssjukvårdere (hjelpepleier med påbyggningsutdanning på 20 uker) og sykepleiere. Fra 2005 skal alle ambulanser i Sverige være bemannet med minimum en offentlig godkjent sykepleier (forutsetning for å kunne administrere legemidler). Det finnes i dag spesialistutdanning for sykepleiere på universitetsnivå. Utdanningen gir godkjenning som "spesialistsjukskoterska med inriktning mot ambulanssjukvård" og bygger på godkjent sykepleierutdanning (180 høyskolepoeng - Hp). Spesialistutdanningen tilsvarer 60 Hp (ett år heltid eller to år deltid). Flere len har besluttet at medisinske Nødsamtaler til SOS Alarm (112) skal tas i mot av sykepleier.

5.1.5 Responstider og ambulansejournal

De politiske myndighetene (Landsting) i hvert len beslutter krav til responstider.

Ambulansetjenestene er i ferd med å innføre digitale systemer for oppdragshåndtering og

elektronisk ambulansejournal. Det gjør det mulig blant annet å eksportere data til det nasjonale hjertestansregisteret og lokale kvalitetsregistre. Seks len har i dag fullt ut "digitaliserte" ambulansetjenester. Flere len har delvis digitaliserte tjenester.

5.1.6 Kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden

Kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten besluttet av hvert len. Socialstyrelsen og Sveriges kommuner og Landsting (SKL) publiserer årlig rapporten Öppna jämförelser i Hälso- och sjukvård, der lenene blir sammenliknet på kvalitetsindikatorer, blant annet responstider.

5.2 Danmark

5.2.1 Ambulansetjeneste

Danmark har fem regioner (folkevalgte, administrative enheter) som sammen med kommunene har ansvaret for planlegging og drift av helsetjenesten. Prehospital beredskap og ambulansetjeneste er underlagt sykehusene. Sundhedsministeriet har satt krav til utdanning, materiell og dimensjonering av ambulansetjenestene gjennom "bekendtgørelse 1150/11, præhospitalbekendtgørelsen"⁴⁹.

5.2.2 Nødmeldetjeneste

Danmark har felles nødnummer 112 for nødetatene (ambulanse, brann, politi). Politiet mottar primært nødsamtaler, og setter medisinske samtaler over til AMK-Vagtcentral. Politiet kan velge å være i medlytt. Det er en AMK-Vaktcentral i hver region. I tillegg har regionene etablert ulike telefonnumre for akutt, ikke livstruende sykdom eller skade. Tjenestene er differensiert i "Ambulancekørsel" og "Sygetransportkørsel". Det er fire hastegrader. Dansk Indeks for Akuthjælp (oversatt fra norsk Indeks og tilpasset danske forhold), ble innført som beslutningsstøtteverktøy ved samtlige AMK-Vagtcentraler i 2011. AMK-Vagtcentraler bruker en elektronisk versjon av indeks.

5.2.3 Luftambulanse

Det har vært prøvedrift med "akutlægehelikopter" siden 2010. Fra 2014 vil Danmark ha en nasjonal helikopterberedskap med tre baser i Ringsted, Skive og Billund. Helikopterene er bemannet med pilot, redningsmann og lege (anestesilege fra regionalt sykehus).

5.2.4 Legebemannet utrykningstjeneste

En undersøkelse publisert i 2010⁵⁰ viser at Danmark skiller seg vesentlig ut fra de øvrige nordiske landene gjennom utbredt bruk av legebemannet utrykningstjeneste, dvs legebiler bemannet med anestesileger. Den utbredte bruken av legebemannet utrykningstjenesten kan delvis forklares med at undersøkelsen ble gjort før det var etablert en nasjonal dansk helikopterberedskap.

5.2.5 Kompetanse

Utdanningen av ambulansepersonell i Danmark skjer i regi av det offentlige skolesystemet og er regulert i "præhospitalbekendtgørelsen". Det er lagt opp til et gjennomgående utdanningsforløp, med "Sundhedsfaglig fællesindgang". Ambulanseutdanningen er delt inn i tre nivåer. Nivå I, ambulanseassistent, er en yrkesutdanning (Redderutdannelsen) over to år og syv måneder (teori og praksis). Nivå II: ambulansebehandler har arbeidet minimum 18 måneder som ambulanseassistent. Etterutdanning over fem uker (tre uker teori og to uker praksis i sykehus og ambulanse). Nivå III: ambulansebehandler med særlig kompetanse (Paramedics) har arbeidet minimum tre år som

ambulansebehandler. Etterutdannelse med åtte uker fjernundervisning og fem uker oppmøtebasert undervisning (teori og praksis).

5.2.6 Responstider og ambulansejournal

Responstid er definert i Bekendtgørelse 1150: "Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponert på regionens AMK-vagtcentral modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator og indtil ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende". Regionene fatter politiske vedtak om mål for responstider. Regionene har derfor ulike mål for responstider for ambulansetjenesten og syketransport med utgangspunkt i geografiske forhold.

Det er innført felles elektronisk pasientjournal for hele Danmark. Alle ambulansetjenester har samme digitale system for oppdragshåndtering og registrering av pasientdata. Beslutningen om innkjøp og innføring av fellesdigitale systemer fattes av helseregionene på bakgrunn av råd fra de fem regionale prehospitale ledere. De regionale lederne for de prehospitale tjenestene har felles møter hver 14. dag.

5.2.7 Kvalitetsindikatorer

Det føres statistikk på plutselig hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneslag, akutte pusteproblemer og alvorlige skader. Dansk hjertestansregister ble etablert i 2000 og samler data fra hele Danmark (hjertestans utenfor sykehus).

5.3 Storbritannia

5.3.1 Ambulansetjeneste

UK Ambulance Service er den offentlige ambulansetjenesten i Storbritannia, og inngår i det offentlige helsevesenet, National Health Service (NHS). Ambulansetjenesten er organisert i selvstendige "ambulance trusts" (ambulanseforetak). Det finnes i dag ti NHS Ambulance Trusts for England og et "ambulance trust" for henholdsvis Skottland, Wales og Nord-Irland. Det finnes også nasjonale faglige overbygninger og organisasjoner. De mest sentrale er: The Association of Ambulance Chief Executives (AAACE), College of Paramedics og The Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee (JRCALC) som utgir UK Ambulance Services Clinical Practice Guidelines. Ambulansetjenestene har en akutt-del (Emergency Service) der ambulansepersonell rykker ut til akutt- og nødsituasjoner, og en pasienttransportdel (Patient Transport Service) der transportkjøretøy befordrer pasienter til og fra avtalt behandling ved sykehus.

5.3.2 Nødmeldetjeneste

Det er felles nødnummer 999 for nødetatene (ambulanse, politi, brann og kystvakt). Publikum kan også bruke EU-nummeret 112. Nødsamtaler går først til teleoperatøren som setter videre til nødetatenes egne alarmsentraler. Pasienter som trenger helsehjelp som ikke er akutt, eller trenger annen form for helseservice, kan ringe 111 (NHS24-service). Ambulanseforetakene har egne alarmsentraler som foretar utalarmering og koordinering av ambulanser og gir råd til publikum.

5.3.3 Luftambulanse

Luftambulansetjenesten i Storbritannia er organisert i Association of Air Ambulances UK. Det er 27 operatører i England og Wales. Disse opererer 36 helikoptre. Scottish ambulance service opererer to helikoptre og to ambulansefly. Det er ingen luftambulansetjeneste i Nord Irland.

5.3.4 Kompetanse

Ambulansetjenesten har i hovedsak tre nivåer operativt personell: emergency care assistant, paramedic og senior paramedic (emergency care practitioners). Utdanningsløp for emergency care assistant (ECA) er vanligvis en ettårig utdanning med seks til ni uker teori med påfølgende tolv måneders praksis under supervisjon. Paramedicutdanningen består av to løp som begge fører fram til tittelen autorisert paramedic. Det ene er en ettårig bedriftsintern utdanning som bygger på ECA med påfølgende tolv måneder praksis undersupervisjon. Det andre løpet er 3-årig bachelor paramedic universitetsutdanning. Personell som er utdannet paramedic (både som ettårig bedriftsintern utdanning og 3-årig bachelor paramedic) kan ta en klinisk etterutdannelse for å bli senior paramedic. Denne etterutdanningen gir diagnostiske og terapeutiske kunnskaper og ferdigheter. Senior paramedic arbeider i ambulansetjeneste, akuttmottak, skadestuer, mv. En senior paramedic kan ha flere ulike jobbtitler, f.eks community paramedic som er beskrevet under.

For drøye ti år siden innførte Storbritannia en ny type helsearbeider, community paramedic, for å redusere gapet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Community paramedic samarbeider nært med primærlegen med selvstendig oppfølging av helsetilbudet til kommunens innbyggere. Funksjonen bygger på ambulansefaglig kompetanse og en tilleggskompetanse for oppgaver som hører til primærhelsetjenesten. Det kan være vurdering av banale sykdommer, forverring hos kronikere, sårbehandling, enkel frakturbehandling, vaksinasjon, smittevern, osv. Denne type funksjon er utviklet særlig for spredt bebygde områder. Fullverdig ambulanseberedskap kan da beholdes på steder der det ellers ikke er virksomhetsmessig grunnlag for det, og oppgaver kan ivaretas gjennom bruk av beredskapstid. Ambulanseforetak og lokale myndigheter deler utgiftene mellom seg.

Ambulanseforetakene har knyttet til seg frivillig personell i funksjoner som Community First Responder (akutthjelper) eller Volunteer Car Driver. Legfolk gis trening i livreddende førstehjelp og/eller pasienttransport. Akutthjelpere er utstyrt med førstehjelpsutstyr, oftest inkludert en "hjertestarter" (AED), og kan varsles fra alarmsentralen ved ulike akutte hendelser. Ordningen er særlig aktuell i områder med lang avstand til akuttmedisinske ressurser. Frivillige sjåfører bruker eget kjøretøy for transport av pasienter til og fra avtalt behandling ved legekontor, klinikker og sykehus.

De som betjener transportenhetene betegnes som ambulance care assistant eller patient transport service driver (PTS). Det kreves fullført videregående skole og et tre ukers kurs på arbeidsplassen. Emergency medical dispatcher/ call handler mottar og behandler 999 anrop og har bedriftsintern utdanning av ulik varighet.

5.3.5 Responstider og ambulansejournal

Det britiske helsedepartementet vedtok i 2011 nasjonale krav til responstider for alvorlige og livstruende tilstander. Det er variasjoner i utforming av kvalitetsmål og servicenivå i de enkelte

ambulansetjenestene. Ambulansetjenesten kan vedta strengere krav enn de satt av Department of Health.⁵¹ Fra 2011 er kategori B (alvorlige, men ikke livstruende tilstander) erstattet av et sett med kliniske kvalitetsindikatorer.

- Kategori A (rød); umiddelbar livstruende sykdom eller skade
- Ambulanse framme hos pasienten innen 8 minutter i 75 pst. av hendelsene
- Innen 19 minutter i 95 pst. av hendelsene
- Kategori C (grønn); ikke alvorlig eller livstruende tilstand, deles i 4 kategorier etter klinisk tilstand
- C (grønn) 1; ambulanse framme innen 20 minutter i 75 pst. av hendelsene
- C (grønn) 2; ambulanse framme innen 30 minutter i 95 pst. Av hendelsene
- C (grønn) 3; vurdering via telefon innen 60 minutter
- C (grønn) 4; vurdering via telefon innen 60 minutter eller av ambulansepersonell innen 4 timer

Alle ambulansenheter har elektroniske pasientjournaler. Det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser. Alle guidelines finnes i elektronisk format.

5.3.6 Kvalitetsindikatorer

De nasjonale kvalitetsindikatorene er inndelt i to hovedkategorier: System Indicators (AmbSYS) og Clinical Outcomes (AmbCO). Alle kvalitetsmål publiseres på hjemmesidene til Department of Health og de enkelte ambulansetjenestene. Det settes regelmessig i verk offentlige kampanjer for å redusere feil og misbruk av ambulansetjenesten.

5.4 Nederland

5.4.1 Ambulansetjeneste

Ambulansetjenesten i Nederland drives av 25 regionale tjenester, Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV). Ministry of Health, Welfare and Sport ratifiserte i 2013 en 5-årig nasjonal ambulanseplan, Interim Ambulance Care Act. RAV har totalt 5330 ansatte, 207 ambulansestasjoner og 725 ambulanser. Det ble gjennomført 1.1 mill. ambulanseoppdrag i 2013. Ambulansetjenesten er differensiert i akutt- og transportenheter. Tjenestene er i ferd med å innføre "rapid responder" enheter i form av motorsykkel og sykkel "ambulanser". Det er utviklet nasjonale guidelines og behandlingsprotokoller. Det er innført elektroniske pasientjournaler.

5.4.2 Nødmeldetjeneste

Landet er delt i 25 regioner med hver sin nødmeldesentral, Ambulance Care Dispatch Centre (Meldkamer Ambulancezorg). De aller fleste i samlokalisasjon med politi og brann. Felles nødnummer 112. Medisinsk operatør er sykepleier. Et system for beslutningsstøtte og prioritering ("Index") er basert på nasjonale evidensbaserte guidelines og protokoller utviklet av the Dutch Ambulance Institute. Nødmeldetjenesten bruker et databasert beslutningsstøtteverktøy, og de opererer med tre hastegrader.

5.4.3 Luftambulanse

Det er en statlig luftambulansetjeneste med fire helikoptre som bemannes med mobile medical teams (MMT). I grenseområdene samhandler tjenesten med luftambulanse fra Belgia og Tyskland. Den nederlandske kystvakten har tre SAR helikoptre.

5.4.4 Kompetanse

Det er to nivåer ambulanspersonell: Ambulance nurse og ambulance driver. I 1992 ble det lovbestemt at ambulansene skulle bemannes med sykepleiere med spesialutdanning og det ble innført autorisasjon som ambulansesykepleier. Per i dag er det omlag 2220 ambulansesykepleiere i Nederland, noe som utgjør over halvparten av ambulansepersonellet. Academy for Ambulance Care har ansvaret for nasjonale og regionale utdanninger.

5.4.5 Responstider

Det er The National Reference Framework for Distribution and Availability som regulerer ambulanseberedskap og responstider. Dette er mål om at 97 pst. av befolkningen skal nås innen 15 minutter.

5.4.6 Kvalitetsindikatorer

Det er utviklet kvalitetsindikatorer for traumepasienter (tidsmål). Utover dette er kvalitetssystemene basert på krav i helselovgivningen og nasjonale behandlingsprotokoller.

6 Utvalgets vurderinger og forslag

6.1 Innledning

Selv med de utfordringer Norge har med store avstander, liten befolkning og til dels spredtbygd bosettingsmønster, møter innbyggerne en god medisinsk akuttjeneste. AMK-sentraler, ambulansetjeneste, legevakt og legevaktsentraler er pilarene i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I tillegg behandler fastlegene et stort antall ø-hjelphenvendelser hver dag.

Det akuttmedisinske tilbudet til befolkningen forsøker å innfri viktige forventninger og allmenne verdier som har stor betydning for folk. Utvalget legger vekt på følgende verdier:

- Trygghet for at alle blir tatt hånd om ved akutt sykdom eller skade
- Nærhet til viktige helsetjenester
- Kvalitet i utøvelsen av tjenestene og kompetanse hos helsepersonellet
- Forutsigbarhet om hvor pasienter skal henvende seg og forutsigbarhet i hvordan pasienter håndteres
- Stabilitet i organisering av tjenestene med endringsprosesser som skjer på en god og forutsigbar måte

Rettferdighet og likhet er viktige verdier i samfunnet. I helse- og omsorgspolitikken er dette uttrykt gjennom målet om likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, alder, kjønn og etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Akuttutvalget har lagt vekt på målet om likeverdige helsetjenester i arbeidet med denne rapporten.

Innbyggere svarer gjerne at nærhet er en sentral verdi for opplevd trygghet, mens pasienter og pårørende framhever kvalitet som viktigere enn nærhet til tilbudet. En politikk for utvikling av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus må balansere hensynet mellom nærhet og kvalitet og medisinsk-faglig kompetanse i tjenesten.

Akuttutvalget har så langt knyttet kontakt med ulike akuttmedisinske fagmiljøer, flere kommuner og helseforetak. Utvalgets inntrykk er at de viktigste verdiene er ivaretatt i den akuttmedisinske kjeden, men det er betydelige forskjeller og utfordringer knyttet til nærhet til de akuttmedisinske tjenestene. Beslutningsprosessene i viktige prehospitale planleggingsspørsmål er ofte ukoordinerte mellom kommunehelsetjeneste og helseforetak. Det er også en utfordring at pasienter kan oppleve ulike forløp og helsemessige resultater av samme sykdom eller skade, fordi den akuttmedisinske kjeden har ulike vilkår. En viktig ambisjon for Akuttutvalget er å fremme forslag som kan bidra til å redusere disse forskjellene.

Det har foregått store og viktige endringsprosesser i helsetjenesten i de 16 årene som er gått siden forrige Akuttutvalg la fram sin innstilling. Fastlegereformen (2001), helseforetaksreformen (2002) og samhandlingsreformen (2009) er tre sentrale reformer. Regjeringen planlegger dessuten en kommunereform som innebærer færre og større kommuner og mulig endrede ansvarsområder. Kommunebegrepet får på mange måter et nytt innhold, både med hensyn til oppgaver, geografiske avstander og folketall i løpet av en 5-10-årsperiode. Et stort interkommunalt legevaktdistrikt i dag, kan bli en enkelt kommune i framtiden. Med større kommuner er det sannsynlig at enkelte funksjoner sentraliseres. Det aktualiserer behovet for å se på ny på hvordan akuttmedisinske tjenester rettes mot utkantene og spredtbygde områder i kommunene. En særskilt utfordring i arbeidet har vært knyttet til at mye av omtalen og analyser er basert på nåværende kommuneinndeling, og at framtidig kommunestruktur ikke er kjent.

6.2 Framtidens helsetjenester og utfordringer i dag

Det er vanskelig å forutsi nøyaktig hvilke helsetjenester pasienter vil etterspørre i framtiden og hvilke nye behandlingsmuligheter de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus kan gi i framtiden. Innovasjon og ny teknologi skaper nye muligheter til å behandle sykdommer og lidelser utenfor sykehus som tidligere kun ble tilbudt i sykehus. Hjerneslag er et sykdomsområde der mulighetene for god behandling har bedret seg radikalt de siste årene. Ved tidlige prehospitale tiltak kan pasienter sikres et langt bedre helsemessig resultat enn før. Utvalget mener det er spesielt viktig å bygge opp gode helsetjenester rettet mot framtidens pasienter som vil stille større krav og ha større forventninger til kvalitet ved akuttmedisinske tilstander. En befolkning med et stadig økende antall eldre mennesker vil også gi økt antall akuttmedisinske hendelser som følge av underliggende kronisk sykdom.

Kommunene har i flere år tatt imot stadig dårligere pasienter som en følge av kortere liggetid i sykehus og at stadig flere som før ble ivaretatt i institusjon nå bor hjemme. Kommunenes omsorgstjenester har i mange år bygget opp omfattende hjemmebaserte tilbud for pasienter som f.eks. hjemmedialyse og hjemmerespirator. Nye kommunale tilbud bygges opp både innenfor psykisk helse og rusbehandling og nye ø-hjelp døgnplasser.

Helseforetakene bygger også opp nye akutttilbud innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En helsetjeneste som er mer tilgjengelig og mobil skaper trygghet og sikkerhet hos pasientene og deres pårørende og er i tråd med oppdatert kunnskap.

Mangel på kvalifisert helsepersonell er en utfordring for å sikre akuttmedisinske tjenester for befolkningen i distrikter og utkantkommuner. Utvalget foreslår en betydelig satsing på å løfte kvaliteten og styrke ledelse og organisering av tilbudet til "framtidens pasienter" ved akutt sykdom. En viktig del av dette er å sikre framtidig rekruttering av helsepersonell, sterke og stabile fagmiljøer, kvalitet, kompetanseutvikling og god pasientbehandling.

Akuttutvalget mener det er betydelige drivkrefter i retning av økt etterspørsel de neste 10-20 årene etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, og har omtalt dette i kapittel 2.

Økt spesialisering av sykehusfunksjoner og samling av akuttfunksjoner til færre sykehus er den utviklingen som ofte gis størst oppmerksomhet. Samtidig er utviklingen gått i retning av færre og større legevakt-distrikter med interkommunal legevakt som den dominerende organisasjonsformen.

Utvalget mener det er en særskilt utfordring at både helseforetak og kommuner har en tendens til samtidig å sentralisere sine tilbud. Det finnes lite kunnskap om sammenhengen mellom sykehusstruktur og behov for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utviklingen i retning av økt spesialisering og funksjonsfordeling i sykehus medfører at det prehospitale rom utvides, og en faglig kompetent primærhelsetjeneste og ambulansetjeneste får større betydning enn før.

Akutt syke eller skadde pasienter må tas hånd om og avgjørelser må tas raskt. I slike situasjoner er det en risiko for at ressursbruk flyttes over til et annet ledd i akuttkjeden, dersom ett nivå er underdimensjonert eller uten tilstrekkelig kompetanse til å ta fullt ansvar for pasienten. Rett dimensjonering av tjenestene for å sikre god pasientbehandling er derfor viktig.

Pasientene må bli møtt med kompetanse og god pasientforståelse i hele den akuttmedisinske kjede. Forskningsbasert kunnskap tyder på at deltakelse i utrykning av leger med god allmennmedisinsk kunnskap og erfaring, bidrar til at pasienter i større grad tas hånd om i primærhelsetjenesten og sjeldnere legges inn i sykehus. Etter utvalgets syn understreker dette behovet for en god primærhelsetjeneste som har vurderingskompetanse til å avgjøre hvem som skal til sykehus eller behandles lokalt.

6.3 Nasjonal strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus

En tydelig strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus er nødvendig for å møte utfordringene som beskrives ovenfor og bør derfor være en ambisjon i regjeringens arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan og den framtidige stortingsmeldingen om primærhelsetjeneste.

Utvalget mener det er viktig at innholdet i en nasjonal strategi sikrer en felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område, bedrer samarbeidet og styrker ledelsen av tjenestene, hever kvaliteten og styrker forskningen, øker samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og fremmer nytenkning omkring bruken av personell samt styrker ø-hjelptilbudet i kommunene og de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Dette er nærmere beskrevet under punktene 6.4.-6.12.

De ulike akuttjenestene må ha tilstrekkelige økonomiske ressurser og kompetanse, slik at ikke et ledd i akuttkjeden er underdimensjonert.

Utvalget foreslår:

- En tydelig strategi fra nasjonale myndigheter for en styrket akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og en effektiv akuttmedisinsk kjede.
- En nasjonal strategi går ut på å:
 - sikre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske ressursene i et område (6.4.)
 - bedre samarbeidet og styrke ledelsen av tjenestene (6.5.)
 - heve kvaliteten i tjenestene og styrke forskningen i den akuttmedisinske kjede utenfor sykehus (6.6.)
 - innføre nasjonale kvalitetsmål (6.7)
 - heve utdanningsnivået og styrke kompetansen hos personellet (6.8.)
 - øke samhandlingen mellom leddene i akuttkjeden og tenke nytt omkring bruken av personell (6.9.)
 - styrke ø-hjelptilbudet i kommunene (6.10.)
 - styrke de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten (6.11.)
 - en sammenhengende akuttmedisinsk kjede (6.12)
- De ulike akuttjenestene må ha tilstrekkelige økonomiske ressurser og kompetanse, slik at ikke et ledd i akuttkjeden er underdimensjonert.

6.4 Felles planlegging av akuttmedisinske ressurser

Et viktig mål er å utvikle et godt fungerende samvirke av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utvalget mener at det best kan skje ved at kommuner og helseforetak inngår i et nærmere samarbeid og utvikler en felles arena for framtidig planlegging av tjenestens ressursbruk, dimensjonering og lokalisering. Det er ingen selvfølge at kommuner og helseforetak går i en slik retning. Utvalget mener det er nødvendig at Helse- og omsorgsdepartementet gir oppmerksomhet til og øver påtrykk for å sikre at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenester.

Dette kan enklest gjøres gjennom å utvikle og revitalisere de lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommuner og foretak om akuttmedisinske tjenester som var ett av tiltakene i samhandlingsreformen hjemlet i Helse og omsorgsloven om Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Akuttutvalgets inntrykk er at de inngåtte samhandlingsavtalene om akuttmedisinske tjenester i liten grad er et planleggingsverktøy på dette feltet og at de heller ikke har særlig betydning for pasientbehandling eller ressursbruk. Avtalene trenger derfor å forbedres og konkretiseres. Det må gjøres klart at kommuner og helseforetak ikke kan endre dimensjoneringen av sin akuttmedisinske beredskap uten at det skjer i samarbeid og dialog. Endringer må baseres på gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser. Formålet med mer konkret og forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommuner er å sikre den akuttmedisinske beredskapen lokalt og få en bedre utnyttelse av de samlede helsetjenesteressursene.

Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende plan for akuttmedisinske tjenester. Det er en fordel at en slik plan omfatter et større geografisk område enn den enkelte kommune, slik at planen utarbeides i et samarbeid mellom flere kommuner og ett eller flere helseforetak. Det må stilles krav om at planene skal omfatte både medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste og kommunale ø-hjelptjenester, legevakt og andre døgnbaserte tilbud rettet mot akutt sykdom. Planene må møte innbyggernes og pasientenes behov for en tilgjengelig og faglig helse- og omsorgstjeneste ved akutt sykdom og skade. Formålet med planen er å vise hvordan krav til akuttmedisinske tjenester i forskrift, retningslinjer og nasjonale kvalitetsmål skal oppfylles. Planene må revideres med jevnlig mellomrom.

For å få til endringer, må det utøves aktiv ledelse i kommuner og helseforetak, i tillegg til internkontroll og kvalitetssikring av samarbeidet om de akuttmedisinske tjenestene. Utvalget mener også økt tilsyn med samarbeidet mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske tjenestene er nødvendige, i regi av lokale helsetilsyn eller Statens helsetilsyn.

Utvalget foreslår:

- At det er nødvendig at Helse- og omsorgsdepartementet gir oppmerksomhet til og øver påtrykk for at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenester.
- De lovpålagte samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester må revitaliseres og utvikles.

- Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og operativ plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er en fordel at en slik plan omfatter et større geografisk område, slik at flere kommuner deltar i et samarbeid med ett eller flere helseforetak. Formålet med planen er å vise hvordan krav til akuttmedisinske tjenester i forskrift og retningslinjer og nasjonale kvalitetsmål skal oppfylles.
- Alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene.
- Statens Helsetilsyn/Fylkesmannen skal gjennomføre tilsyn med samhandlingen mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester.

6.5 Ledelse

Internasjonalt har utviklingen gått mot større driftsorganisasjoner i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Sammenliknet med andre land er det i Norge få sterke nasjonale, faglige og administrative overbygninger for de akuttmedisinske fag- og tjenesteområdene. I Storbritannia er det en sterkere organisering av nasjonale organer for administrativ og faglig ledelse av tjenestene. I Danmark er det fem prehospitale regionale ledere som fattar nasjonale beslutninger om forhold ved tjenesten i samarbeid med nasjonale faglige organer

Utvalgets ambisjon er en akuttmedisinsk tjeneste der alle aktører samarbeider om felles planlegging av framtidig ressursbruk og dimensjonering, og der det er høy bevissthet om utvikling av kompetanse og for å ta i bruk moderne teknologi og kunnskapsbasert praksis. Utvalget tror at den viktigste enkeltfaktoren for å oppnå dette er dyktig ledelse i kommuner og helseforetak på alle nivåer. Uten kompetente ledere blir ikke krav fra myndighetene implementert. Uten ledelsesressurser er det lite rom for organisasjons- og fagutvikling, dialog og erfaringsinnhenting fra andre ledd i den akuttmedisinske kjeden.

Utvalget ser behov for styrket samarbeid på ledernivå mellom kommuner og helseforetak, og mener det er viktig å høste erfaringer fra steder der det er etablert nettverk eller tette samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og helseforetak om akutt syke pasienter. For å styrke ledelsesaspektet innenfor de akuttmedisinske tjenesteområdene mener utvalget at det er nødvendig at ledere i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus stimuleres til å delta i de allerede etablerte ledelsesprogrammer.

Utvalget foreslår:

- Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Ledere for akuttmedisinske tjenester stimuleres til å delta i de eksisterende nasjonale programmer for ledelse.

6.5.1 Akuttmedisinske tjenester i kommunene

Kommunenes styrke og fortrinn ligger i å ha mange tjenester og virkemidler å spille på og muligheter til å se tjenestene under ett. Det er store potensielle nytteeffekter ved å øke det horisontale samarbeidet mellom legevakt og andre deler av den kommunale helsetjenesten.

Utvalget mener det er viktig at kommunens politiske og administrative ledelse har et godt beslutningsgrunnlag for å gjøre nødvendige prioriteringer. Ved å samle de ulike kommunale akuttmedisinske tjenestene under én ledelse, får kommunene et bedre utgangspunkt for å utvikle gode beslutninger på kommunestyrenivå. Utvalget mener derfor det er behov for å styrke ledelsen og samle flere av de ulike akuttmedisinske tjenestene i kommunene, slik at de i større grad framstår som én tjeneste. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert. Det må være et mål å få med seg både fastleger og legevaktsleger inn i dette organet sammen med representanter for både kommunale øyeblikkelig hjelp senger, hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid.

Utvalget viser til at både i samhandlingsreformen og i forarbeidene til ny helse- og omsorgstjenestelov ble det understreket at en styrking av kommuneoverlegefunksjonen er viktig for at kommunene skal løse pålagte oppgaver innen helsesektoren. Kommuneoverlegen har i oppgave å være kommunens medisinskfaglige rådgiver og er en viktig samarbeidspartner for fastlegene og legevakten. Kommuneoverlegerollen må utvides, spesielt funksjonen som koordinator for fastleger, legevakt, kommunale ø-hjelptilbud og omsorgstjenester som ivaretar og behandler akutt syke pasienter. Etter utvalgets mening bør kommuneoverlegen koordinere og kvalitetssikre de offentlige allmennlegeoppgavene. Kommuneoverlegen bør også sikre god informasjonsutveksling mellom fastlegene og de ulike ø-hjelptjenestene i kommunen. Det må sikres at kommuneoverlegen deltar aktivt i saksforberedelse før beslutninger avgjøres i kommunestyret og på rådmannsnivå. Utvalget har tro på at dette bidrar til å gjøre arbeidet som kommuneoverlege mer faglig utfordrende, som igjen kan bedre rekrutteringen.

Utvalget mener at ledelse i legevakt må styrkes. Legevakten har behov for en sterk faglig og administrativ ledelse, som ivaretar behov for kompetanse, fagutvikling, kvalitetsarbeid. Kommuner må sette av ressurser til administrering og ledelse i legevakter. Medisinsk-faglig ledelse i legevakt må styrkes. Legevaktoverlegen må både ha myndighet til og ansvar for å utarbeide overordnet virksomhetsplan, fordele ressurser og sørge for at utarbeidede internkontrollrutiner, informasjon til ansatte og avvikshåndtering etterfølges.

Enkelte interkommunale legevakter er organisert som interkommunale selskap. Dette gjør ledelsesaspektet krevende, fordi styring og ledelse ofte foregår gjennom et styre som er ulikt sammensatt av representanter fra de deltakende kommuner. Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Utvalget foreslår:

- Styrket samarbeid på ledernivå mellom kommuner og helseforetak

- Styrke ledelsen og samle flere av de ulike akuttmedisinske tjenestene i kommunene, slik at de framstår i større grad som én tjeneste.
- Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av de akuttmedisinske tjenestene i kommunene er representert.
- 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.
- Kommuneoverlegens rolle må utvides, spesielt funksjonen som koordinator for fastleger, legevakt, kommunale ø-hjelptilbud og omsorgstjenester.
- Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

6.5.2 Ledelse og samordning i prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Regionale helseforetak har et sørge-for-ansvar for å sikre befolkningen spesialisthelsetjenester, herunder prehospitale tjenester. AMK-sentralene og ambulansetjenestene er underlagt helseforetakene. Helse Midt-Norge har i en kort periode organisert ambulansetjenesten i regionen i et eget helseforetak, men avvikler ordningen før erfaringer er evaluert. Helse Midt-Norge ønsker likevel å organisere visse funksjoner regionalt, fordi de ser nytten av det. Utvalget mener de prehospitale tjenestene har behov for en større grad av standardisering og bedre samordning på regionalt og nasjonalt nivå. Behovet for samordning gjelder blant annet faglige prosedyrer, fagutvikling, opplæring, dokumentasjon og rapportering. Disse oppgavene ivaretas i dag gjerne av fagpersoner i brøkdelsstillinger uten noen form for nettverk eller samarbeidsarenaer. I utredninger av sykehusstruktur og medisinskfaglige strategier er gode konsekvensanalyser for de prehospitale tjenestene ofte en mangelvare. Den stadig økende belastningen på disse tjenestene følges ikke tilstrekkelig opp finansielt eller med relevante effektiviseringstiltak. Det må utvikles regionale planer for de prehospitale tjenestene der lokale samarbeidsavtaler og planer mellom helseforetak og kommunene hensyntas.

Utvalget understreker at prehospitale tjenester med god kapasitet og høy kvalitet er en forutsetning for videre kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten. Sentralisering av spissfunksjoner og annen funksjonsfordeling medfører lengre reiseavstander for pasientene og større pasientstrømmer mellom sykehusene. Konsekvensene av omtalte strukturendringer er ukjent og det finnes ingen nasjonal konsensus på hvordan prehospitale utfordringer skal møtes.

Utvalget mener at det prehospitale fagområdet må styrkes på ledelsessiden. Det er behov for en sterkere samordning og styring av de prehospitale tjenestene både regionalt og nasjonalt. Det er en utfordring at det prehospitale fagområdet ikke er representert på høyt ledelsesnivå i de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene må ha tilstrekkelig saksbehandlerkapasitet og ledelse på et slikt nivå at dette fagområdet blir godt nok ivaretatt. I tillegg til å samarbeide med en nasjonal

rådgivningsgruppe som er beskrevet under, bør de regionale helseforetakene etablere et prehospitalt lederorgan for ytterligere å sikre en nasjonal samordning.

Utviklingen internasjonalt har gått i retning av stadig større prehospital driftsorganisasjoner og det samme har vært trenden også innenfor legevakt. Det ligger et stort potensial i lokal, regional og nasjonal samordning av tjenestene og utvalget mener det bør etableres et nasjonalt, faglig rådgivende organ for prehospital akuttmedisin der legevakt, nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten mv deltar. Et slikt rådgivende organ bør ta utgangspunkt i allerede eksisterende strukturer, for eksempel nasjonal rådgivningsgruppe for medisinsk nødmeldetjeneste. Fagorganet må gis nødvendig autoritet for å sikre en samordnet innretning og utvikling av fagområdene i hele landet.

Utvalget foreslår:

- Utvalget mener de prehospitaltjenestene har behov for en større grad av standardisering og bedre samordning – både på regionalt og nasjonalt nivå.
- Det må utvikles regionale planer for de prehospitaltjenestene der lokale samarbeidsavtaler og planer mellom helseforetak og kommunene hensyntas.
- Det bør etableres et nasjonalt, faglig rådgivende organ for prehospital akuttmedisin der legevakt, nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten mv deltar. Det prehospitalt fagområdet bør styrkes ledelsesmessig i helseforetakene og i de regionale helseforetakene.
- De regionale helseforetakene bør etablere et prehospitalt lederorgan for å sikre en nasjonal samordning

6.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og forskning

Det er økende oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget foreslår en kvalitetsheving i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Dette kan gjennomføres gjennom tiltak og programmer som allerede er etablert i helse- og omsorgstjenestene, eller som særskilte tiltak. Det viktigste er at aktivitetene innenfor kvalitet og pasientsikkerhet utvides til også å gjelde akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Utvalget mener det er behov for mer offentlig finansiert forskning, kunnskap og analyser av kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden.

Nasjonalt fagmiljø og økt forskning: Utvalget mener at det er behov for et nasjonalt fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid for den akuttmedisinske kjeden som helhet. Utvalget mener videre det er behov for en kraftsamling av fagmiljøene innen beredskap, katastrofemedisin og akuttmedisin. Utvalget mener det er behov for å styrke de nasjonale kompetansesentrene ressursmessig og at det er nødvendig å se nærmere på deres organisatoriske tilhørighet. Et samlet faglig normerende miljø med tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og myndighet til både å analysere og utvikle nasjonale strategier på området, kan innebære et betydelig løft for de prehospitaltjenestene.

Tilgang til data til forskning, kvalitetsutvikling og styring: Utvalget viser til St.meld. 9 En innbygger – én journal (2012-2013). I meldingen framgår det at det er et mål at innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene. Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden i befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning. Utvalget mener det må etableres kodeverk for den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus som på sikt gjør det mulig å trekke ut data til styring, kvalitetsforbedring og forskning

Utvikling av data og kvalitetsindikatorer: På nasjonalt nivå er det nødvendig med kvalitetssikret kunnskap om hva som skjer i den akuttmedisinske kjeden. Norsk akuttmedisin er preget av mangel på valide og reliable data fra alle deler av tjenesteproduksjonen noe som begrenser både fag- og kvalitetsutvikling og forskning. Akuttutvalget mener det er positivt at Helsedirektoratet satser på å utvikle data og kvalitetsindikatorer for de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten, men understreker at det er behov for slike data i hele den akuttmedisinske kjeden. Det er nødvendig at alle aktørene i den akuttmedisinske behandlingsskjeden dokumenterer og rapporterer sin virksomhet og sine resultater i henhold til en enhetlig mal og nasjonale kvalitetsmål.

Nasjonal elektronisk pasientjournal: Utvalget mener det er et påtrengende behov for en nasjonal elektronisk pasientjournal i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden. Det vil, slik utvalget ser det, være det viktigste tiltaket for å sikre tilgang til valide og reliable data fra den akuttmedisinske kjeden.

Nasjonale retningslinjer: Der nasjonale krav ikke defineres i lov eller forskrift, må de defineres av Helsedirektoratet i form av nasjonale retningslinjer eller veiledere.

Standardisering: De ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden bruker i dag en rekke forskjellige rutiner, prosedyrer, håndbøker og verktøy for beslutningsstøtte. Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten anbefaler standardiserte prosesser og verktøy for utvikling av evidensbaserte prosedyrer. Akuttutvalget mener evidensgrunnlaget må være like framtreddende i akuttmedisin som i øvrig medisin.

Det finnes i liten grad strategier og nasjonale standarder for AMK-sentralene. Rutiner for rekruttering, seleksjon, opplæring og oppfølging av AMK-operatørene varierer sterkt mellom sentralene. AMK-sentralenes viktigste verktøy, Medisinsk indeks for medisinsk nødhjelp, er ikke revidert siden 2009. Utvalget mener Indeks må valideres, deretter revideres og fulldigitaliseres. Elektroniske verktøy for beslutningsstøtte og logistikk er ikke tatt i bruk, og det er lite utviklingssamarbeid mellom AMK-sentralene. Det må utvikles nasjonale standarder og strategier for AMK-sentralene.

Elektronisk meldingsutveksling: Utvalget mener det må legges til rette for elektronisk meldingsutveksling i hele den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Det er forutsetning for å sikre god samhandling og bedre pasientsikkerhet.

Program for pasientsikkerhet: Akuttmedisin er preget av utfordrende situasjoner der tiden er knapp. Tidspress, avansert utstyr og nye behandlingsmuligheter øker kompleksiteten og risikoen for å gjøre feil. I 2014 ble det femårige programmet for pasientsikkerhet påbegynt. Utvalget mener at pasientsikkerhet i legevaktjenesten bør gis særskilt oppmerksomhet i dette programmet.

Akuttutvalget mener at kvalitet og pasientsikkerhet må inngå som en del av det ordinære arbeidet til personellet i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det forutsetter at arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet har ledelsesmessig forankring. Å sikre god og trygg pasientbehandling er kjernen i virksomheten.

Meldeordning for uønskede hendelser: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har etablert en meldeordning for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Denne ordningen bør også omfatte legevakt, legevaktsentraler og kommunale øyeblikkelig-hjelp døgnposter.

Tilsyn: Helsetilsynet/fylkesmannen må gjennomføre nasjonale og lokale tilsyn med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Utvalget foreslår:

- Nasjonale myndigheter bør sette i verk et kvalitetsløft:
 - Det er behov for mer offentlig finansiert forskning, kunnskap og analyser av kvalitet og pasientsikkerhet i den akuttmedisinske kjeden.
 - Det er behov for et nasjonalt fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid for den akuttmedisinske kjeden som helhet. Et nasjonalt fagmiljø må bygge på de eksisterende fagmiljøer og det er viktig at disse fagmiljøene styrkes. For å styrke fagmiljøene må en tettere organisatorisk tilknytning vurderes mellom Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin (NAKOS), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og eventuelt Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).
 - Det må etableres kodeverk for den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus som på sikt gjør det mulig å trekke ut data til styring, kvalitetsforbedring og forskning.
 - Det utarbeides nasjonale kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer
 - Virksomhet og resultater må rapporteres i henhold til en enhetlig mal og basert på kvalitetsmålene
 - Det utvikles nasjonale faglige standarder for AMK-sentralene.
 - Medisinsk Indeks må valideres, deretter revideres og fulldigitaliseres.
 - Elektronisk pasientjournal må tas i bruk prehospitalt.
- For tjenesten bør kvalitetsløftet omfatte blant annet:
 - Kvalitetsutvikling og arbeid med pasientsikkerhet bør inngå i tjenestenes daglige virksomhet
 - Meldeordningen for uønskede hendelser må også gjelde for primærhelsetjenesten
 - Mer ensartet nivå på utstyr og teknologi i legevakt

- Ulike journalsystemer integreres i et felles system, slik at de ulike leddene i akuttkjeden kan videreformidle helseopplysninger om pasienter for å sikre god pasientbehandling.
- Pasientens kjernejournal bør være tilgjengelig for personell i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.
- Helsetilsynet/fylkesmannen må gjennomføre nasjonale og lokale tilsyn med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

6.7 Responstider

Nasjonale kvalitetsmål må etableres for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Responstid må være én av disse. Responstider er en av flere indikatorer som sier noe om tidsmålingene i det prehospitale rom og har til nå stort sett vært forbeholdt ambulansetjenesten og AMK. Det er behov for flere indikatorer om tidsmålinger i tjenesten som også inkluderer legevakt.

Akuttutvalget registrerer at responskravene og tilnærmingen til temaet varierer fra land til land, og at responstider har vært gjenstand for betydelig diskusjon. Variasjonen kan være et uttrykk for at responstidskravet må tilpasses lokale forhold – som demografi og geografi. Variasjonene kan også være et uttrykk for at det er krevende å definere krav til responstid. Enkelte akutttilstander er godt belyst med tanke på prehospitale intervensjoner og tidsintervaller. En gjennomgang av forskningen på disse områdene viser at det finnes liten faglig begrunnelse for å sette absolutte grenser for responstid, men at det er viktig å gi hjelp så raskt som mulig.

Utvalget mener responstider er en viktig kvalitetsindikator. I dag oppfyller ikke helseregionene målet for responstider. Utvalget mener derfor at det må gjøres analyser og settes i verk tiltak for å oppnå målene for responstid.

Utvalget mener at responstider er en av flere indikatorer som sier noe om tidsintervallet i det prehospitale rom, og at det er behov for flere indikatorer om tidsintervallet for tjenesten. Utvalget mener det er behov for å utvikle et helhetlig kvalitetsindikatorsett med struktur, prosess og resultatindikatorer. Utvalget viser til Storbritannia der det er utviklet et sett med kvalitetsindikatorer for tjenesten. Utvalget mener det er nødvendig med en mer helhetlig tilnærming til kvalitet og foreslår derfor et nasjonalt kvalitetsløft, der utvikling av flere kvalitetsindikatorer er ett av tiltakene.

Kvalitet i ambulansetjenesten handler også om de ansattes kompetanse. Personellet må ha mulighet for å vedlikeholde kompetansen for at det skal være forsvarlig å ha en ambulansenhet på et avansert nivå. Det er særlig viktig med hensyn til vurderingskompetanse og ferdigheter i akuttmedisinske prosedyrer. I spredt bebygde områder er det i dag ambulansestasjoner med lavt oppdragsvolum. Et eventuelt nasjonalt krav til responstider kan medføre ytterligere desentralisering av ambulansetjenesten med reduksjon i oppdragsvolum for de eksisterende ambulansestasjonene i disse områdene som følge. I områder med lavt oppdragsvolum må kompetansen vedlikeholdes f. eks. gjennom arbeidsrotasjon.

Utvalget mener at det fortsatt bør være et nasjonalt mål til responstider for å sikre en felles minstestandard for responstider, men at helseregionene kan være mer ambisiøse, f.eks. ved å sette strengere krav til responstider innad i regionen. Utvalget viser til at ambulansetjenesten i Storbritannia selv har valgt mer ambisiøse krav til responstider enn nasjonale myndigheters krav. Utvalget vil utvikle tenkningen rundt "standard for prehospitale innsatstider" som beskrevet i pkt. 4.4.2 En ny tilnærming.

Nklm foreslår at 95 pst. av befolkningen må nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning. Det finnes ingen forskning som tilsier at en grense på 45 minutter er den optimale. Akuttutvalget mener derfor det ikke er hensiktsmessig å fastsette dette som et absolutt krav, men foreslår i stedet at det utarbeides som et responstidsmål. Akuttutvalget mener at det bør utarbeides responstidsmål for lege i utrykning, men det finnes ikke faglig grunnlag på det nåværende tidspunkt for å spesifisere dette kravet. Utvalget vil derfor komme tilbake til denne problemstillingen.

Utvalget foreslår:

- Responstider innføres som nasjonale kvalitetsmål for alle deler av den akuttmedisinske tjeneste
- Utvalget mener det er behov for å utvikle et helhetlig kvalitetsindikatorsett med struktur, prosess og resultatindikatorer.
- Ledere i helsetjenesten må følge opp manglende resultater mht responstider. Manglende måloppnåelse må analyseres og tiltak må settes i verk.

6.8 Utdanning innen ambulansefaget

Utvalget mener det må etableres en nasjonal høyskoleutdanning innen ambulansefaget på bachelornivå. Ambulansetjenesten har utviklet seg til en mer kompetent og profesjonell tjeneste, og en høyere andel av personellet er fagutdannet. Ambulanse blir i økende grad sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov for helsehjelp der dette framstår som uavklart for enten AMK- eller legevaktssentral. Selv med høyere legedeltagelse på utrykninger i framtiden, vil ambulanspersonell i mange vanskelige medisinske situasjoner være uten legestøtte. Ambulansetjenesten må i større grad enn tidligere selektene pasientene til rett behandlingsnivå. Nåværende ambulansarbeiderutdanning legger for liten vekt på vitenskapelig metode og forskning. Det kan ikke forventes at fagutdannet personell vil ta initiativ til kunnskapsbasert fagutvikling på samme måte som personell utdannet på høyskoler og universiteter.

Ambulansepersonell med høyskoleutdanning (bachelor) vil heve kompetansen i ambulansefaget og bidra til utvikling av nye former for ambulansetjeneste, som enmannsbetjente utrykningsenheter i bil eller motorsyssel. Slikt personell kan også være egnet til å bygge bro mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene ved å påta seg oppdrag innen kommunens ansvarsområde. Det tar tid å utdanne ambulanspersonell på bachelornivå, og det er heller ikke behov for at alt ambulanspersonell utdannes på dette nivået. Dagens

ambulansearbeiderutdanning, basert på fire-årig fagutdanning etter 10-årig grunnskole, bør derfor videreføres og innholdet videreutvikles.

Utvalget foreslår:

- Det etableres en nasjonal høyskoleutdanning innen ambulansefaget på bachelornivå.
- Fagplanene for dagens ambulansearbeiderutdanning må revideres.

6.9 Bedre samhandling og nytenkning i personellbruken

Samhandling mellom ambulansetjenester og primærhelsetjenester bør vitaliseres og konkretiseres. Trening i samhandling er allerede pålagt gjennom akuttmedisinforskriften, men etterleves i for liten grad. Utvalget mener at krav i forskrift må spesifiseres med hensyn til hva som skal være et minimumsnivå av innhold og omfang av obligatorisk trening i samhandling. Utvalget foreslår at et minimum er at det stilles krav til at legevaktlege og ambulansepersonell skal trene jevnlig i samhandling, som blant annet omfatter trening i akuttmedisinske prosedyrer.

Målet med trening i samhandling er å sikre forsvarlig pasientbehandling i akuttmedisinske situasjoner, etablere god rolleforståelse og kommunikasjon og skape sikkerhet blant personellet om hverandres kompetanse og erfaring.

Utvalget mener at det bør fastsettes nasjonale retningslinjer som utfyller kravene i akutforskriften. Utvalget foreslår at trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer ikke bør begrenses til legevaktpersonell og ambulansepersonell. Det bør tas sikte på at flere personellgrupper kan få tilbud om akuttmedisinsk trening, slik at også fastleger og helsepersonell i for eksempel omsorgstjenestene er med i slik trening. Innholdet i treningen kan variere etter lokale forhold.

Mangelfull involvering av lege kan resultere i unødvendige innleggelser i sykehus. Dette gjelder særlig ved håndtering av pasienter med uavklarte tilstander. Etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud øker behovet for økt samhandling både med ambulansetjenesten og legevakt.

Utvalget peker på at gode akuttmedisinske tjenester ofte bygger på en tett og hyppig samhandling mellom personell fra ulike akuttjenester og fra ulike deler av kommunene helse- og omsorgstjenester. Eksempler på dette er omtalt i kapittel 3. Gode lokale og fleksible løsninger er mulig å få til, men da må rammevilkårene for slik samhandling være på plass.

Viktige forutsetninger for god samhandling mellom de ulike akuttmedisinske tjenestene forutsetter at personellet i de ulike leddene har tilstrekkelig kunnskap om de lokale tilbudene som finnes. Slik kunnskap opparbeides best i tjenester der bemanningen er stabil og består av kompetent personell med lokal tilhørighet.

Akuttutvalget mener det er viktig å høste erfaringer med nye måter å bruke personell på. Målet er å sikre at man møter pasientenes behov og utnytter ressursene best mulig.

Utvikling av uniformerte legevaktbiler med dedikert lege- og sykepleierbemanning er innført flere steder bl.a. i Trondheim og Drammen, mens legebil med anestesipersonell er i drift i Haugesund og Oslo. Et annet eksempel kan være å benytte ambulansepersonell med treårig helsefaglig høyskoleutdanning til oppgaver i primærhelsetjenesten eller legevakt – til bemanning av legevaktsentral, sjåfør av legevaktsbil eller assistentoppgaver inne på legevakten.

Utvalget viser til Oslo universitetssykehus som har etablert en utrykningsbil bemannet med én paramedic på Nesodden plassert på lokal brannstasjon. Utvalget mener at dette er et godt eksempel på at bruke av personell på en ny måte i samarbeid med lokale beredskapsressurser.

Utvalget mener nye tilbud bør prøves ut i spredt bebygde områder slik at en fullverdig ambulansekompetanse kan beholdes der det ellers ikke er volummessig grunnlag for det. Praksis i primærhelsetjenesten og legevakt kan gi personellet i slike ambulansetjenester verdifull pasienterfaring, noe som igjen kommer ambulansetjenesten til nytte. Oppgavene kan ivaretas gjennom bruk av beredskapstid dersom aktuell ambulansetjeneste er lite belastet. Det vises til erfaringene med "Community paramedic" i blant annet Storbritannia og USA. Utvalget mener det bør utvikles en modell for community paramedic som prøves ut og evalueres.

Utvalget foreslår:

- Det innføres utfyllende bestemmelser til akutforskriften som stadfester klarere ansvaret hos hver aktør og tallfester et minimumsnivå til kravet om trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer.
- Samhandlingen mellom helseforetakenes ambulansetjeneste og kommunenes primærhelsetjeneste bør vitaliseres og konkretiseres med en tydeligere ansvars plassering hos aktørene.
- Trening i samhandling og akuttmedisinske prosedyrer bør ikke begrenses til legevaktpersonell og ambulansepersonell. Det bør tas sikte på at flere personellgrupper deltar, slik at også fastleger og helsepersonell i for eksempel omsorgstjenestene er med i slik trening. Trening i samhandling må skje innenfor ordinær drift i de ulike tjenestene.
- Kommuner og helseforetak bør utvikle nytenkning omkring personellbruken i de ulike akuttmedisinske tjenestene, og utvikle nye tjenester og samarbeidsformer.
- Forsøk med "community paramedic" settes i gang og evalueres.

6.10 Styrket akuttmedisinske tjenester i kommunene

Akuttutvalget er bedt om å se på legevakt i dette innspillet til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste, og utvalget er bedt om å konkretisere våre forslag i funksjonskrav og nasjonale krav.

6.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene

En strategi for en styrket akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus (foreslått i 6.3.) kan ikke settes i verk uten en forankring i kommunenes tjenester. Akuttutvalget foreslår en bredt forankret, lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene der legevakt inngår.

Utfordringen med at dagens ø-hjelptilbud i kommunene består av svært mange ulike tjenester, med forankring i ulike deler av kommunenes organisasjon og med nokså ulikt personell er beskrevet i kapittel 3.

I dag gis avanserte medisinske oppfølging i kommunene i regi av sykepleiere i heldøgns omsorg og i hjemmesykepleien. Dette er ofte pasienter som er utskrevet fra sykehus og den medisinske faglige støtten gis i stor grad fra legetjenesten i sykehus. Det er behov for å videreutvikle kompetansen knyttet til denne aktiviteten som stadig øker, og organisere kommunens legeressurser omkring de sykeste pasientene på en ny måte.

Kommunenes styrke og fortrinn ligger i å ha mange tjenester og virkemidler å spille på og muligheter til å se tjenestene under ett. Det horisontale samarbeidet mellom legevakt og kommunale helse- og omsorgstjenester er imidlertid svakt i mange kommuner. Det er små ressurser til ledelse og fagutvikling, og personellet i de ulike tjenestene kjenner ofte ikke til hverandres tilbud. Mange steder i Norge er kommunene i ferd med å bygge opp nye ø-hjelp døgnplasser. I enkelte kommuner er det etablert akuttmedisinske team med personell som har opparbeidet kompetanse i akuttmedisin og som gjør en stor innsats i sitt lokalmiljø.

Ut fra dette foreslås det at det horisontale samarbeidet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene med døgnberedskap, bedres og utvikles ut fra nye idéer og lokale behov. Utvalget mener også at legevakt i størst mulig grad bør samlokaliseres med andre helse- og omsorgstjenester for å utvikle et bedre tilbud til pasientene.

Utvalget mener felles akuttmottak er lite aktuelt i kommuner og helseforetak. Felles akuttmottak er en modell som i stor grad er forlatt av dem som har prøvd modellen og det har ikke tilkommet noen nye. Akuttutvalget antar at den negative holdningen til felles akuttmottak skyldes erfaringer med økt ressursbruk uten påviselige helseeffekter, og at det tilslører tjenestenes egenart der primærhelsetjenestene skal bruke lite ressurser på de mange og sortere ut de mulig sykeste, mens sykehusene skal bruke sine ressurser på en selektert gruppe med større behov og større effekt av ressursbruken. Akuttutvalget har i sitt arbeid ikke vurdert noen ytterligere revitalisering av felles akuttmottak.

Utvalget foreslår at alle kommuner må ha en plan for sitt ø-hjelptilbud. Målet med en slik samlet plan er å organisere og innrette tjenestene for å sikre god pasientbehandling ved akutt sykdom og skade. I planene må det klargjøres hvilke forventninger kommunene har til det faglige innholdet i de ulike ø-hjelptjenestene. Det må tydeliggjøres hvilke tilstander de ulike tjenestene skal håndtere og hvilke følger dette får for lokalisering, utstyr, kompetanse og opplæring. En slik plan kan også bidra til en bedre koordinering og avklaring av oppgaver mellom legevakt, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Planarbeidet må omfatte legevaktstjenesten til kommunenes innbyggere,

uavhengig av om legevaktjenesten til kommunens innbyggere er i et interkommunalt samarbeid eller ikke.

Utvalget foreslår:

- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Alle kommuner må ha en plan for ø-hjelptilbudet i sin kommune. I planene må det klargjøres hvilke forventninger kommunene har til det faglige innholdet i de ulike ø-hjelptjenestene i kommunen.
- I størst mulig grad bør det etableres tverrfaglige akuttmedisinske team i kommunene som opparbeider kompetanse i akuttmedisin og som kjenner hverandres ansvar, roller og kompetanse.

6.10.2 Vurdering av legevaktjenesten

Legevakt er en tjeneste i rask omstilling. Utviklingen mot interkommunalt samarbeid om legevakt har vært tydelig de siste årene, og i dag er 2014 er interkommunal legevakt den dominerende organisasjonsform. I 18 av 19 fylker har et flertall av kommunene gått inn i interkommunale legevaktordninger, og 11 fylker har så få som 0-2 kommunale legevakter. Kun ett fylke, Finnmark, har en klar dominans av kommunale legevakter og få interkommunale løsninger.

De interkommunale legevaktene dekker i alt 348 av landets kommuner. Lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere, og dette har vist seg å ha større betydning for bruken av legevakt enn tidligere antatt. Utvalget mener det er utfordrende at etterspørselen etter legevakt faller i nesten samme grad for akutte tilfeller med høy hastegrad som for pasienttilfeller med lavere hastegrad.

Det er uvisst om nedgangen i bruken av legevakt ved pasienttilfeller med høy hastegrad har medført flere sykehusinnleggelser, eller om pasientene ivaretas av sin fastlege. Dersom en del pasienttilfeller med høy hastegrad har resultert i flere sykehusinnleggelser, innebærer det en flytting av ressursbruk med høyere kostnader for samfunnet, uten at behandlingen av hver enkelt pasient nødvendigvis blir bedre. Utvalget understreker at mange av de "nye" pasientgruppene som er i vekst – pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, og personer som mottar omsorgstjenester – i mange tilfeller får et bedre helsetilbud gjennom gode, lokale løsninger.

Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet. Realiteten er imidlertid at bemanningen er lav, i hovedsak med én lege på vakt til enhver tid på døgnet, og med høy vikarbruk i mange distrikter. Få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner, forteller om en tjeneste som på mange måter har utviklet seg bort fra å behandle dem som trenger det mest. I stedet er legevakt for en stor del en stasjonær tjeneste som gir medisinsk hjelp til pasienttilfeller

med lav hastegrad. Det kan derfor stilles spørsmål om hvordan både prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt i legevakt tjenesten.

Akuttutvalgets inntrykk er at legevakt er i ferd med å bli en marginalisert tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Utvalget tror det er uheldig om utviklingen av legevakt tjenesten fortsetter i samme spor. Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakt tjenesten. Kravene bør fastsettes i forskrift eller i nærmere retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet. Det bør fastsettes nærmere retningslinjer eller veiledere og krav til utforming og innhold i legevakt tjenesten.

Målet med forslagene er å heve kvaliteten i legevakt og redusere forskjellene i tilbudet. Utvalget har lagt vekt på å foreslå krav som bidrar til å målrette tjenesten i større grad mot de pasientene som har størst behov for akutt medisinsk hjelp. Det er også lagt vekt på å foreslå tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen til legevaktarbeid.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i sin utredning til Akuttutvalget beskrevet hvordan akuttberedskapen kan se ut i praksis i ulike hovedtyper av distrikter, gitt at nye nasjonale krav til legevakt innføres. Utredningen følger som vedlegg. Utvalget mener at dette gir en god beskrivelse av distrikts-Norge, og ser også at det er behov for lokale tilpasninger og variasjoner i henhold til blant annet befolkningsgrunnlag, næringsstruktur og geografi. En rekke faktorer påvirker de lokale løsningene. Blant annet varierer mulighetene for transport på vei eller sjø og, tilgang til luftambulans. I tillegg varierer antall innbyggere og bosettingsmønster. Nklm har skissert en mulig organisering av legevakt tjenesten i legevakt distrikter som oppfyller forslagene til nasjonale krav, og omtaler en bredde av ulike døgnbaserte tjenester i kommunene som for eksempel ø-hjelp døgn senger, sykehjem, hjemmebaserte omsorgstjenester, trygghetsalarm, brannvesen samt avtaler med frivillige organisasjoner og akutt hjelpere/førstehjelp grupper. I tillegg er ambulans beredskapen beskrevet. Sentralt i beskrivelsene er et samvirke av flere tjenester og personell grupper om gode, lokale løsninger.

Utvalget foreslår:

- Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakt tjenesten. Målet er å heve kvaliteten i legevakt og minske forskjellene i tilbudet. Utvalget har dessuten lagt vekt på å foreslå krav som bidrar til å målrette tjenesten i større grad mot de pasientene som har størst behov for akutt medisinsk hjelp. Det er også lagt vekt på å foreslå tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen til legevaktarbeid.
- Helsedirektoratet fastsetter nærmere retningslinjer for utforming og innhold i legevakt tjenesten.

Utvalgets øvrige forslag er nærmere omtalt nedenfor.

6.10.3 Bedre prioritering i legevakt: Fast lønn

Dagens finansiering og avlønning av legevaktteneste skjer gjennom statlige aktivitetsbaserte refusjoner, egenandeler og til dels også beredskapslønn fra kommunen. Legevaktlegenes avlønning er for en stor del aktivitetsbasert ved at både refusjoner og egenandeler utløses ved utført aktivitet i form av kontakter og konsultasjoner m.m. En slik aktivitetsbasert finansiering gir høy aktivitet i form av antall kontakter og konsultasjoner. Mange innbyggere får dermed et tilbud med god tilgjengelighet. På den annen side er det sannsynlig at legevakttenestens prioritering mellom pasienter og pasientgrupper påvirkes av de økonomiske insentivene som følger av dagens avlønningsmønster og finansiering. Utvalget har i kapittel 3 belyst at det er en risiko for at spesielt psykisk syke og ruspasienter nedprioriteres i dagens legevaktteneste, sammen med sykebesøk og utrykninger til akuttmedisinske situasjoner. Utvalgets syn er at fastlønn kan stimulere til at legevakttenesten i større grad prioriterer pasientene med størst behov og at fastlønn på lengre sikt må bli hovedavlønning på legevakt.

Kommunenes styring er også viktig. Blant de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, er legevakt den eneste tjenesten der legene mottar direkte refusjoner fra trygden. Finansieringen av legevaktlegenes arbeid følger hovedtrekkene i finansieringen av fastlegeordningen ved at legevaktleger har en direkte lønnsinntekt knyttet til antall konsultasjoner og kontakter som utføres i legevaktarbeid. Kommunene har dermed ikke hånd om en vesentlig inntektsstrøm fra staten til legevakttenesten. I stedet utbetales statlige refusjoner direkte til legevaktlegene. Dette svekker kommunenes styringsmuligheter.

Fastlønn er tatt i bruk ved noen få legevakter i Norge på dag- og kveldstid. Fastlønn er derimot mer vanlig på nattestid, når aktiviteten i legevakt er lav. Fastlønn er også avtalefestet i arbeid nattestid i alle interkommunale legevakter. Det er dermed et visst grunnlag for erfaringsinnhenting og analyser.

Utvalget ser også på fastlønn som et mulig tiltak for å bedre rekrutteringen av leger til kommunene, jf. avsnitt 6.11.8. Samlet sett mener utvalget det er mange grunner til at det bør stimuleres til økt bruk av fastlønn i legevaktteneste, og det bør legges bedre til rette for flere fastlønnte legestillinger i kommunene til bruk for blant annet legevaktteneste. Utvalget foreslår samtidig at det settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

Utvalget foreslår:

- At fastlønn tas i bruk i større grad i legevakt.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønnte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.
- Det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

6.10.4 Bedre prioritering i legevakt: Krav til økt omfang av sykebesøk og utrykninger fra legevakt

I kapittel 3 har utvalget omtalt de siste årenes utvikling med en svært kraftig nedgang i legevaktlegenes utrykninger og sykebesøk. Utvalget mener denne nedgangen er ufordrendende og foreslår at dette er et område som må møtes med tiltak.

Utvalget mener at legevakttjeneste i større grad må rettes mot de sykeste pasientene, og at legevakt må bli en mer utadrettet tjeneste. Et eksempel på en viktig målgruppe er pasienter som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester i eget hjem eller i institusjon og som enten er immobile eller der transport kan forverre helsetilstanden.

I dag har AMK-sentralene ansvaret for å alarmere legevaktlege over helseradioen/nødnettet ved rød respons. Studier viser at slik alarmering gjøres i bare om lag halvparten av rød responstillfellene. Utvalget foreslår at AMK-sentralenes varslingsplikt innskjerpes.

I de tilfellene der legevakt ble alarmert, deltok legevaktlege ved utrykning i nærmere halvparten av tilfellene. I de alvorligste og mest tidskritiske akuttmedisinske situasjonene, er et godt samarbeid med AMK og ambulansetjenestene uvurderlig for en høykvalitets akuttmedisinsk tjeneste i kommunene. For pasienttilfeller med høyeste hastegrad (rød respons), mener utvalget det er nødvendig med en planlagt akuttberedskap som aktiveres slik at lege ikke bare inngår i vurderingene, men også deltar aktivt ved å rykke ut til pasient eller skadested og delta i arbeidet sammen med ambulansepersonellet.

Mange akuttmedisinske situasjoner er karakterisert ved usikkerhet om pasientens tilstand, og studier har vist at legedeltakelse og legevurdering i slike situasjoner bidrar til at færre pasienter sendes til sykehus, jf. kapittel 3. Akuttutvalgets vurdering er at presset mot øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus til dels kan avhjelpes gjennom større deltakelse av allmennlege eller legevaktlege i utrykning til akuttmedisinske situasjoner. I praksis gjelder dette både røde og gule responser som varsles fra AMK-sentralene.

Det er rimelig at det er forskjeller i legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner i sentrale strøk og i distrikter og utkantstrøk. I områder med svært kort reisevei til sykehus, som i storbyene, kan det være at en målsetting om 75 pst. legedeltakelse på utrykning ved rød respons er alt for høy. I distrikter med lang reisetid til sykehus, bør legedeltakelsen ved utrykning være opp i mot 100 pst.

I storbyer som Oslo og Bergen hvor legevaktene ligger nært det lokale akuttsykehuset, har det vært vanlig at utrykninger til akutte hendelser gjøres fra helseforetakets side uten at legevakten blir involvert. Det må vurderes om det er naturlig å foreslå unntaksbestemmelser for de største byene på dette området eller at det gjøres spesielle avtaler mellom helseforetaket og kommunen.

Mange sykebesøk er blitt erstattet av bedre forhold for konsultasjoner i et fast legevaktlokale, men både statistikk og erfaringer viser at også de ønskede sykebesøkene er i tilbakegang. Sykebesøk skal være medisinsk-faglig begrunnet eller basert på at det er en urimelig belastning for pasienten å transporteres til legevakten. Sykebesøk kan i mange tilfeller forhindre innleggelser i sykehus.

Behovet for antall sykebesøk per år er usikkert, og det er store forskjeller i sykebesøksrater mellom ulike legevaktdistrikter. Utvalget mener det er behov for å stille krav til at både legevakt og fastleger i større grad skal foreta sykebesøk til pasienter og at det bør være en målsetning å utføre 20 – 40 sykebesøk per 1000 innbyggere per år, inkludert utrykninger for akuttmedisinske tilstander. Ved utrykning og sykebesøk må personellet ha tilgang til uniformert bil med støttepersonell, jf. 6.10.8.

Sykebesøk fra fastlege kan i mange tilfeller være et godt alternativ for pasienten. Fastlegene må i større grad ta ansvar for å dra i sykebesøk til egne pasienter som pga. immobilitet eller sykdom ikke kan komme til fastlegens kontor.

Utvalget foreslår:

- AMK-sentralene alltid skal varsle legevakttjenesten ved rød respons og at tiltak iverksettes for å sikre at krav i akutforskriften følges opp.
- Økt omfang av legedeltakelse ved AMK-varsling om rød respons-utrykning. Målsetting om minst 75 pst. legedeltakelse fastsettes i retningslinjer for legevakt.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører 20-40 sykebesøk inkludert utrykninger per 1000 innbyggere per år.

6.10.5 Bedre prioritering i legevakt: Bedre tilbud til psykisk syke og personer med rusproblemer

Utvalgets inntrykk er at det er store forskjeller i hvordan pasienter mottas og behandles om de har en somatisk eller psykisk sykdom.

Mange steder er det utfordringer i samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten om pasienter med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Utenfor vanlig kontortid er tilbudet innen psykisk helse mange steder svært begrenset, og sen kveldstid og natt er det vanligste at det bare er legevakten som er den tilgjengelige ressurs. Opprettelsen av akutt ambulante team ved distriktpsikiatriske sentre skulle bøte på dette, men etter Akuttutvalgets syn er disse teamene for lite tilgjengelige. Selv om det har vært et politisk mål å bygge ut distriktpsikiatriske sentre med tilgjengelige tjenester utover vanlig kontortid, er utvalgets inntrykk at dette kun har skjedd i beskjeden grad. Som oftest er det derfor kun legevakt som er tilgjengelig på vakttid for pasientene. Vanskelige samarbeidsforhold mellom legevakt og psykiatriske spesialisthelsetjenester, medfører dermed at pasientene ofte ender opp som kasterboller mellom aktørene. Utvalget synes dette er en uverdigg situasjon i Helse Norge.

Pasienter med rusrelatert lidelse blir som oftest innlagt i medisinske og kirurgiske avdelinger som fokuserer på den somatiske siden av rusproblemene. Med etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, må det forventes at disse pasientgruppene i større grad får tilbud om behandling for sin ruslidelse.

Akuttutvalget mener mange av utfordringene må møtes med betydelig kompetanseheving for legevakt, men det er også viktig å få på plass bedre samarbeidsformer med spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Utvalget foreslår:

- Utvidete åpningstider i distriktpsikiatriske sentre, og utvidet telefontid med rom for veiledning mot legevakttjenesten.
- Etablering av faste samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten om hvordan de mest krevende pasientene med psykiske lidelser bør håndteres. Felles plan med vekt på epikrise til legevakt, felles kriseplan og opplæring i håndtering av akutte problemstillinger
- Alle store legevakter bør ha tilgjengelig psykiatrisk kompetanse; det bør etableres veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenesten på de vanligste akuttpsykiatriske problemstillingene.
- Økt kompetanse når det gjelder vurdering av selvmordsrisiko med tilbud om kurs innenfor kliniske selvmordsrisikovurderinger som ledd i etter- og videreutdanningen både for legevaktleger, men også for fastleger som har øyeblikkelig hjelp plikt på dagtid for egne pasienter.
- Akuttpsykiatri bør inn som obligatorisk opplæring innenfor akuttmedisin for fastleger og legevaktleger; hvor også gjennomgang av lovverk om bruk av tvang bør være med.
- Alle legevakter må ha et opplæringsprogram som omhandler ivaretagelse av helsepersonells sikkerhet inkl opplæring av alarmbruk og kunnskap om lokale sikkerhetstiltak.
- Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner innenfor psykisk helsevern må være en del av opplæringen i en legevakt.
- Ved større legevakter som er samlokalisert med kommunale ø-hjelp-døgnposter, bør det opprettes observasjonssenger for ruspasienter

6.10.6 Bedre prioritering i legevakt: Økt tilgjengelighet hos fastlegene

Etter utvalgets mening bør fastlegene øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp. Det er ingen tvil om at det mange steder er for liten kapasitet i fastlegeordningen og at legevakten opplever pågang tidlig på ettermiddagen av pasienter som burde ha kommet til fastlegekontoret. Men volummessig er det likevel fastlegeordningen som håndterer klart flest vanlige "legevaktpasienter". På dagtid er det omlag 2000 åpne fastlegekontorer, mens det på landsbasis er omlag 200 legevakter. Kapasiteten blir dermed svært ulik og er sannsynligvis opp mot ti ganger så stor i fastlegeordningen.

Med utvikling av et kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR), er det muligheter for bedre registrering av fastlegenes virksomhet. Det må lettes til rette for at fastlegenes mottak av pasienter som ber om ø-hjelptimer, registreres.

Det er viktig at det etableres gode rutiner mellom legevakt og fastlege når det gjelder overføring av journalopplysninger (epikrise), men det bør også åpnes opp for at legevakter kan få mulighet til å bestille time hos pasienters fastlege. Et vilkår for dette er at pasientens kliniske tilstand vurderes som såpass lite tidskritisk at pasienten med fordel kan vente til neste dag eller senere. Utvalget mener at økt tilgang til timebestilling eller reservasjon hos pasientens fastlege, både bedrer mulighetene for å prioritere de mest tidskriske pasientene på legevakt, samt sikrer best mulig helsetilbud til pasienten som henvises til sin egen fastlege. Legevakten bør kunne bestille time for pasienter hos fastlegen neste dag ved behov for oppfølging av behandling ved legevakten, eller ved problemstillinger som kan vente til neste dag. Det bør vurderes å utvikle systemer slik at legevakten har elektronisk tilgang til deler av fastlegene sine timebøker med tanke på å bestille time. I de største byene og tettstedene der det ofte er sterk pågang på legevakt, kan et slikt tiltak bidra til at flere bruker fastlegen sin, og at flere personer uten fastlege knytter seg til en fastlege.

Utvalget foreslår:

- Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp.
- Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av ø-hjelpspasienter registreres.
- Legevakt må gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.

6.10.7 Bedre prioritering i legevakt: Telefon som viktigste kontaktmåte og fastsetting av hastegrad

I storbyer og tettbygde strøk er det erfaringsmessig stor pågang og mange samtidighetskonflikter i legevakttjenesten med til dels lang ventetid for pasientene. Innføring av bedre systemer for vurdering av hastegrad for hver pasient er et tiltak som må vurderes. Formålet er å sikre at de pasientene som har de mest tidskriske tilstandene får behandling først og slipper å vente. Forsøk med triage i legevakt bør iverksettes, utredes og evalueres.

I storbyer og tettbygde strøk er det relativt vanlig at pasienter oppsøker legevaktlokalene ved direkte oppmøte. Utvalget viser til at det er innhentet erfaring i enkelte legevakter med mer utstrakt bruk av telefonkonsultasjon med sykepleier, for å gi pasientene et bedre tilbud ved kontakt med legevakt. Telefon bør være den viktigste kontaktmåten inn mot legevakt, og det bør utvikles systemer der pasienter kan settes opp til avtalt tid på legevakt for å unngå ventetid.

Utvalget foreslår:

- Utvalget understreker at triage som verktøy for fastsetting av hastegrad i legevakt bør utredes og evalueres, og forsøk bør settes i gang med innføring av triage.
- Telefon bør være den viktigste kontaktmåten inn mot legevakt.

6.10.8 Behov for økt rekruttering: Samordnede tiltak

Utvalget mener det er viktig å ta i bruk flere virkemidler for å øke rekrutteringen til legevaktarbeid. Utvalget ser det som et mål å knytte flere fastleger og fastlønnte leger i kommunenes helse- og

omsorgstjenester til legevaktarbeid, og antar at utvidet bruk av fastlønn kan bidra til å bedre rekrutteringen av stabil arbeidskraft med lokal tilhørighet. Det må også være et mål å legge rammevilkårene til rette for at personell i legevaktarbeid har en tilhørighet i kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester.

Utvidet bruk av fastlønn i legevakt

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)⁵² har påpekt overfor Akuttutvalget at det i dag er relativt store forskjeller i inntektsmulighetene i legevaktarbeid mellom sentrale og mindre sentrale strøk i landet. Inntekspotensialet for leger i legevakttjeneste er stort i sentrale områder, mens inntekspotensialet for leger i legevakttjeneste i spredtbygde områder, er svakt og avlønnes til dels med beredskapslønn for å sikre en viss inntekt. Det er med andre ord store inntektsforskjeller i legevaktlegearbeid etter hvor i landet arbeidet utføres. Det er også et paradoks at legene i små distrikter har den høyeste vaktbelastningen og den minste inntekten på vakt.

NSDM viser til forskning som har vist at fastlønn foretrekkes av leger i norske småkommuner, av yngre leger, leger som ønsker å undervise, drive med samfunnsmedisin og av kvinner. Fastlønn i legevakt er foreslått av Nklm. Allmennlegeforeningen mener at dette vil dreie tjenesten mot en beredskapstjeneste.

En strategi for bedre rekruttering bør sannsynligvis følges opp med endring i de økonomiske insentivene og rammevilkårene for legevakttjenesten. Utvalget antar at det er vanskelig å stimulere til økt legevaktarbeid i distriktene uten at det skjer en utjevning av avlønningen i legevaktarbeid mellom sentrale og mindre sentrale strøk i landet. Dette området er det lite kunnskapsgrunnlag om.

Regulert arbeidstid

Utvalget foreslår at legevaktarbeid ikke lenger skal være uregulert arbeidstid, men skal innarbeides i en forutsigbar vakt- og tjenesteplan med oversikt over samlet arbeidstid. Kommunene må i større grad legge til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid, og dermed mer normalisert arbeidstid. Tiltaket anses viktig for å stimulere til rekruttering både til fastlegeordningen og legevakt.

Trygghet og sikkerhet

Utrygghet på vakt er et rapportert problem ved mange legevakter, og er viktig for framtidig rekruttering av personell til legevakt, ifølge Nklm. Utvalget mener derfor det må etableres krav til legevakttjenesten som sikrer legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet. Å være alene på vakt uten støttepersonell, er ikke et godt grunnlag for framtidig rekruttering av leger og sykepleiere til legevakttjeneste. Det er heller ikke et godt grunnlag for å sikre god rekruttering til helsetjenestene i kommunene.

Samlokalisering er viktig for å øke legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet på jobb, og er et tiltak som derfor bør vurderes også i rekrutteringssammenheng. Samlokalisering med andre helse- og

omsorgstjenester, andre vaktordninger eller nødetater bør derfor alltid vurderes, spesielt i små legevakter med 1-2 ansatte.

Større bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaktordninger, er viktig for framtidig rekruttering både til fastlegetjenesten og til legevakt. Trygge og gode leger som erfarer at de driver god pasientbehandling, skaper trivsel og gjør det lettere å rekruttere nye leger inn i legevaktarbeid. Utvalget har vurdert om det bør innføres et nasjonalt krav til å bemanne legevaktstasjoner med to leger på vakt, men mener at kostnadene ved et slikt forslag i så fall må utredes nærmere.

Utvalget mener det bør være et bærende prinsipp at lege i vakt aldri opptre alene, verken på kontoret eller under utrykning/sykebesøk. Der hvor legevakten er etablert i eget legevaktlokale bør det være en minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell. Legevaktteam bør bygges opp med lege, sykepleier og eventuelt tilleggspersonell, slik at legevakten både har adekvat medisinsk kompetanse og tilstrekkelig bemanning til å være bedre rustet til å håndtere utagering eller vold. Legevaktteamet må utrustes etter lokale forutsetninger.

Uniformert legevaktbil med støttepersonell er etter utvalgets syn det tiltaket som raskest og mest effektivt vil heve trygghetsfølelsen på legevakt, og dette må stilles som et krav til alle legevakter. Det bør legges vekt på at legevaktlege i sykebesøk eller utrykning ikke må reise alene, men har med seg støttepersonell som kan bistå i akuttmedisinske situasjoner. Bilen må være utrustet med nødvendig medisinsk utstyr og kommunikasjonssamband med legevaktsentral, AMK-sentral og ambulansepersonell. Utvalget mener det må være rom for lokale tilpasninger i organiseringen av sjåfør/støttepersonell til sykebesøk/utrykning, og viser til at legevaktdistriktene i Norge har tatt i bruk et vidt spekter av ulike løsninger.

Nytenkning om personell

Rekruttering av sykepleiere og annet personell er vanskelig i mange kommuner. Utvalget har foreslått nytenkning i personellbruken, for eksempel ved å benytte community paramedic i legevakttjenesten i tillegg til sykepleier. Det er dessuten et betydelig potensial i å definere sykepleieressurser i kommunene, for eksempel i døgnbaserte hjemmetjenester, inn i den akuttmedisinske kjeden. Økt kompetanse og bredere erfaringsgrunnlag for sykepleiere i kommunale tjenester kan gi grunnlag for et bredere akuttmedisinsk tilbud enn det legevakt gir i dag, og gi nye faglige utfordringer som kan virke motiverende og rekrutterende.

Utvalget foreslår:

- Fastlønn i legevakt og utvidet bruk av faste stillinger bør innføres i legevakttjenesten med sikte på å bedre rekrutteringen og utjevne inntektsforskjeller mellom legevakttjeneste i sentrale og mindre sentrale deler av landet.
- Kommunene må i større grad legge til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid. Tiltaket anses viktig for å stimulere til rekruttering til fastlegeordningen og legevakt.

- Det må etableres krav til legevakttjenesten som sikrer legevaktpersonellets trygghet og sikkerhet. Samlokalisering er viktig for å øke legevaktpersonellets trygghet og sikkerhet på jobb.
- Større bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaktordninger er viktig for framtidig rekruttering både til fastlegetjenesten og til legevakt.
- Der hvor legevakten er etablert i eget legevaktlokale bør det være en minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.
- Ved utrykning og sykebesøk må lege og støttepersonell dra sammen, og legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy.
- Det bør legges vekt på nytenkning om bruk av ytterligere personell, og det er viktig å se potensialet i å definere sykepleierressursene i kommunen inn i den akuttmedisinske kjeden.

6.10.9 Lang reisetid for innbyggerne: Nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne

På bakgrunn av at mange innbyggere i Norge har lang reisetid til legevakt, mener utvalget tilgjengeligheten til dette tilbudet er lav i deler av landet. Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav til at 90 pst. av befolkningen i hvert legevakt-distrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon, og 95. pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter. Kravet kan kalles et dimensjonerende krav, fordi intensjonen er at kravet skal få betydning for dimensjonering av legevakttjenesten i et legevakt-distrikt, med betydning for lokalisering, bemanning og organisering. Det er et mål at kravet skal medføre kortere reisetid for innbyggerne i områder der det i dag er lang reisetid til legevakt.

Utvalgets forslag bygger på studier utført av Nklm som viser at innbyggerne i om lag 97 kommuner har i snitt mer enn 40 minutters reisetid til nærmeste legevakt. Dette omfatter om lag fem pst. av landets befolkning eller 260 000 innbyggere. Innbyggerne i om lag 40 kommuner har i snitt mer enn 60 minutters reisetid til legevakt. Det omfatter noe under to pst. av landets befolkning eller om lag 84 000 innbyggere. På landsbasis er derfor det foreslåtte kravet fra utvalget allerede innfridd. Fordi tallene for reisetid er basert på gjennomsnittstall, har enkelte innbyggere betydelig lenger reisetid. Lengste gjennomsnittlige reisetid til legevakt i en kommune er 130 minutter. Reisetid er beregnet ved bruk av privatbil i henhold til fastsatte fartsgrenser på vei.

Nklms forskning viser dessuten at bruken av legevakt avtar i sterk grad med økende reisetid og avstand til legevakt. Økt reisevei med 70 kilometer fører til en halvering av kontaktraten, mens konsultasjonsraten faller til det halve dersom avstanden øker med mellom 40 og 50 kilometer. Nedgangen i bruken av legevakt gjelder tidskritiske, mulig livstruende tilstander (røde responser) i nesten samme grad som for mindre tidskritiske tilstander (gule og grønne responser). Utvalgets syn er derfor at legevakttjenesten må dimensjoneres og bemannes bedre etter innbyggernes og pasientenes behov for en tilgjengelig tjeneste. Dette må gjøres gjennom konkrete bestemmelser

som fastsettes i forskrift og som må følges av en oppdimensjonering av tjenesten i kommunene. Kravene må være så konkrete at det kan etterprøves om tjenestene oppfyller kravene.

Et nasjonalt krav i forskrift om maksimal reisetid til nærmeste legevakt, innebærer at legevaktberedskapen må styrkes i mange kommuner. Særlig gjelder dette kommuner som deltar i interkommunale legevakter som dekker store geografiske områder, fordi avstanden til legevakten i mange tilfeller er svært lang. Et 40-minutters krav som beskrevet ovenfor, får konsekvenser for legevaktorganiseringen i om lag 97 kommuner i hele landet. Kommuner som må foreta endringer i sitt legevakttilbud er særlig lokalisert i fire fylker: Oppland, Nordland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.

Et krav i forskrift rettes mot hver kommune, mens innholdet i det foreslåtte kravet gjelder legevaktdistriktet. Den enkelte kommune må sørge for at legevakttjenesten organiseres på en slik måte at forskriftskravet oppfylles.

En viktig grunn til at et krav bør gjelde legevaktdistrikt som helhet, er at det kan være mest rasjonelt å planlegge legevaktberedskapen for et større område. Mange av de kommunene som i dag har gjennomsnittlig reisetid på mer enn 40 minutter, har under 2000 innbyggere, og det anses sannsynlig at et forskriftsfestet krav til maksimal reisetid for innbyggerne vil resultere i at nye interkommunale legevaktsamarbeid dannes, eller at eksisterende legevaktdistrikter etablerer nye legevaktstasjoner.

Utvalget anslår at forslaget medfører merkostnader for kommunene på mellom 100 og 400 millioner kroner per år. Omfanget av merkostnadene er avhengig av om kommunene velger å etablere legevakt i egne lokaler med minst en lege og sykepleier på vakt, eller om det i stedet etableres minimumsløsninger som for eksempel en bakvakt i beredskap for sykebesøk og utrykninger.

Konsekvenser for rekruttering og personellbehov på lengre sikt er ikke utredet, men det må antas at forslaget medfører behov for økt personell i legevakttjenesten.

Utvalget foreslår:

- at det innføres innført et nasjonalt krav til 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.

6.10.10 Behov for et kvalitetsløft: Nye kompetansekrav i legevakt

Akuttutvalget mener at legevakt er en viktig del av allmennmedisinen og at fastlegene er best skikket til å ivareta legevaktarbeid. Gjennom sin breddekompetanse, kontinuitet og innsikt i lokale forhold er fastlegene i stand til å løse akutte helseproblemer på en kostnadseffektiv og god måte, uten å måtte ty til unødvendige og dyre sykehusinnleggelser for sikkerhets skyld. Nedgangen i fastlegenes deltakelse i legevakt er en uheldig utvikling, både for faget og befolkningen, og utvalget mener et sentralt mål i utviklingen av framtidens legevakt må være å etablere en godt ledet og organisert legevakttjeneste som øker andelen av fastleger til legevaktarbeid.

Akuttutvalget mener det er viktig at fastleger opprettholder sin akuttmedisinske kompetanse ved deltagelse i legevakt. Det må stilles krav om at alle leger i legevakttjenesten enten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering eller oppfyller de kompetansekrav som den reviderte akuttmedisinsforskriften stiller.

Utvalget foreslår:

- Det må etableres en godt ledet og organisert legevakttjeneste som øker andelen av fastleger og andelen spesialister i allmennmedisin til legevaktarbeid.

6.10.11 Styrking av fastlegeordningen

Utvalget er av den oppfatning at allmennlegene og fastlegeordningen er bærebjelken i legevakt. Mange av de tiltakene utvalget foreslår vil påvirke behovet for flere leger i kommunene og det er derfor nødvendig å se dette i sammenheng med utviklingen av fastlegeordningen. Utvalget mener derfor at sentrale myndigheter bør evaluere fastlegeordningen og utrede mulige endringer eller justeringer av denne slik at den støtter oppunder utvalgets forslag.

Utvalget foreslår:

- Departementet bør initiere et arbeid for evaluering og justering av fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt

6.11 Prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten

6.11.1 Sykehusstruktur og prehospitale tjenester

Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) beskriver en utvikling mot samling av spesialiserte akutttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og større ambulansestasjoner, og at det har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden. Med endringer i sykehusstruktur, vil det prehospitale tilbudet måtte kompensere for lengre avstand og reisetid. Det vil være større behov for overvåkning og behandling under transport. Det må være et mål at endringer i sykehusstruktur følges opp av en dimensjonering av de prehospitale tjenestene som sikrer et likeverdig tilbud til befolkningen. Utvalget tror at framtidens akuttmedisinske kjede vil bli mer differensiert og planlegging for framtidig beredskap må ta hensyn til det. Allerede i dag er skjer det en utvikling mot mer spesialiserte ambulanser i form av to-båre ambulanser, intensivambulanser, helse-ekspress med båre mv. Utvalget understreker at kompensasjonen for lengre avstand må finne sted i form av kapasitet og kompetanse.

Det er gjort få undersøkelser om sammenhengen mellom endringer i sykehusstruktur og kapasitet i prehospitale tjenester. Utvalget mener derfor det er behov for en grundigere utredning om dette.

Utvalget foreslår:

- De årlige SAMDATA-rapportene bør inkludere analyser av sammenheng mellom endring i sykehusstruktur og de prehospitale tjenestene

6.11.2 Medisinsk nødmeldetjeneste og faglig samarbeid med politi og brannvesen

Utvalget viser til at myndighetene i flere år har utredet nødmeldetjenesten, og at det er etablert et nasjonalt nødmeldeprosjekt. Prosjektet skal utrede hvorvidt norsk nødmeldetjeneste kan gi en mer brukerrettet, effektiv og kvalitativ god tjeneste, herunder vurdere felles nødmeldesentraler og felles nødnummer.

Utvalget mener at AMK-sentralene har en viktig funksjon i den akuttmedisinske behandlingsskjede. Innringer sikres direkte kontakt med fagpersonell som kan gi medisinske råd og veiledning og som legger en fagkyndig vurdering til grunn for hvilke tiltak som skal settes i verk, som f.eks. utkalling av ambulanse eller varsling av legevakt.

AMK-sentralene disponerer og koordinerer helsetjenestens samlede ambulanseressurser og representerer et viktig samvirkeverktøy mellom nivåene i helsetjenesten. Utvalget mener denne funksjonen får økende betydning. Henvendelsene til 113 handler i over 95 pst. av tilfellene om rent medisinske problemstillinger som ikke krever samhandling med andre nødetater. 112-rapporten viser at anrop til nødnummer 113 blir raskere besvart enn anrop til 112 og 110. Nødnummer 113 er også lite beheftet med feilanrop eller misbruk, sammenliknet med 112.

112 er etablert som et felleseuropeisk nødnummer. Dette kravet er oppfylt i Norge ved at politiet besvarer 112 og setter telefonen direkte over til rett fagsentral ved behov. Nødmeldesentralene kan også koples sammen i telefonkonferanser. De fleste europeiske land har et eget medisinsk nødnummer i tillegg til 112. De andre nordiske landene har 112 som sitt eneste nasjonale nødnummer. En publisert undersøkelse⁵³ viste følgende konsekvenser etter at Finland gikk over fra fagsentraler til felles nødmeldesentraler med telefon 112: aksestid på telefon økte, samtaletiden i telefon og utkallingstiden for ambulanse ved akuttoppdrag økte og antall unødvendige ambulanseoppdrag økte.

Utvalget mener på dette grunnlag at medisinsk nødnummer 113 må videreføres og fagkyndigheten beholdes. 112-rapporten pekte på en rekke mulige forbedringspunkter i samvirket mellom nødmeldesentralene. I 2013 resulterte 19723 av henvendelsene til AMK-sentralene i varsling av andre nødetater. Utvalget understreker betydningen av et godt samvirke ved blant annet ulykker og trusselsituasjoner og vil komme tilbake til dette temaet.

Utvalget foreslår:

- Medisinsk nødnummer 113 beholdes
- AMK-sentraler må videreutvikle faglig samarbeid med nødmeldesentralene i de andre nødetatene (brann, politi).

6.11.3 Ambulansetjenesten

Utvalget ser behov for økt differensiering av ambulansetjenestene. Akutt- og hasteoppdrag må alltid prioriteres, og bestilte oppdrag blir derfor ofte forsinket. Det medfører ventetid og dårlig service og omsorg for mange pasienter – oftest eldre. Det er behov for å avlaste akuttambulansene med en

enkler form for tjeneste, som er tilpasset omsorgsbehovet. Utvalget kaller dette konseptet "Hvite biler".

Utvalget mener det bør etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåkning eller behandling (hvite biler) – når det er pasientgrunnlag for det. Tiltaket kan redusere kostnader, frigjøre akuttberedskap, avlaste den ordinære ambulansetjenesten og realisere LEON-prinsippet i ambulansetjenesten. Det er også mulig å gi bedre helse- og omsorgstjenester til en stor pasientgruppe, fortrinnsvis syke eldre. En annen effekt av forslaget kan være å bedre rekrutteringen av personell, lette innfasingen av nytt personell og utvikle et seniortilbud for ambulansepersonell.

Utvalget mener helseforetakene bør vurdere å utrede om hvite biler skal drives av egen ambulanseorganisasjon eller settes bort til private aktører. Eksempler på det siste kan være frivillige og ideelle organisasjoner som er involvert i førstehjelpsvirksomhet og beredskap. Å påta seg en slik transporttjeneste vil kunne være motiverende og bidra til rekruttering av ungdom som siden vil gjøre en karriere i ambulansetjeneste eller i helsetjenesten for øvrig. På den annen side kan helseforetakene ha nytte av å drive tjenesten selv, siden nyutdannede ambulansarbeidere kan fases inn gjennom denne tjenesten. Det kan også være aktuelt som en del av seniorpolitikken, siden noe ambulansepersonell av ulike grunner ønsker eller har behov for en mindre fysisk og psykisk belastende tjeneste mot slutten av sin karriere.

Enkelte pasienter har et særlig behov for tidligst mulig avansert diagnostikk og behandling, samt rask direkte transport til spesialiserte sykehus fordi den akutte sykdom eller skade gir truende eller allerede sviktende vitale kroppsfunksjoner. Forskning viser at både høykompetent omsorg prehospitalt og direkte transport til rett nivå i helsetjenesten har betydning for prognosen. Utvalget mener at spesialisthelsetjenesten må sørge for et slikt tilbud i hele landet. Luftambulansetjenesten har allerede en god dekning, men også andre former for legebemannet utrykningstjeneste bør vurderes. I dag følger det med anestesilege når luftambulanse rykker ut, mens det sjelden følger med lege fra helseforetaket når ordinær ambulanse rykker ut på varslings fra AMK. Legebemannet bilambulanse kan bidra til å redusere bruken av helikopter der det er mest rasjonelt, og sikre god pasientbehandling til lavere kostnad. Spesialisert prehospital innsats må ikke bare være basert på luftambulanse, fordi denne er både operativ sårbar og kostnadskrevende. Noen sykehus har rutiner for at vakthavende anestesipersonell rykker ut med lokal ambulanse for hendelser i nærområdet og møtekjøring med distriktsambulanser. Slike konsepter bør ytterligere utvikles og settes i system. Det må da etableres et nært samarbeid mellom sykehus og ambulansetjeneste med tanke på utstyr i bilene, varslingsrutiner osv. I noen byer er det allerede på plass utrykningsbiler med anestesilege fra helseforetak, som eksempelvis i Oslo og Haugesund, men det kan være grunnlag for en slik ordning flere steder.

Medisinsk utvikling og sykehusstruktur tvinger fram behov for stadig mer avanserte pasienttransporter mellom sykehus. Eksempler er smittepasienter, svært premature nyfødte i intensivkuvøse, pasienter som trenger støtte til hjerte- og lungefunksjon og – overvåkning. Noen slike transporter utføres i dag med luftambulanse, der verken lang transportavstand eller behov for rask transport er begrunnelsen, men fordi det ikke er utviklet transporttilbud på vei. Med stadig

bedre veinett, er transport i bil et vel så godt alternativ flere steder i landet for disse pasientene. Det er også et merkostnadseffektivt alternativ til luftambulanse. Sykehusene bør utvikle transportsystemer i samarbeid med øvrige ambulanser, sikre gode varslingssystemer og avgi personell til slike spesialambulanser.

Sykehusene må etablere beredskap av anestesileger for deltakelse i utrykning og pasienttransporter som krever medisinsk kompetanse utover det legevaktlegen og ambulanspersonellet har. Å bygge ut kapasiteten for intensivtransporter i ambulansebil kan i deler av landet bli mer kostnadseffektivt enn fortsatt utbygging av luftambulanskapasiteten. Å gi sykehuspersonell erfaring i prehospitalt arbeid og ambulansetransport representerer dessuten en sterk forbedring av katastrofemedisinsk beredskap.

Sykehuspersonell som deltar i prehospitalt arbeid eller overføringstransporter må kvalifiseres for oppgaven. Faget "transportmedisin" handler om å planlegge og forberede transporten med tanke på egnet medisinsk utstyr, deres innfesting i kjøretøyet, forbruk av medisinske gasser og elektrisk strøm. Arbeidsforholdene under transport er langt vanskeligere enn pasientbehandling på sykehus, og det må planlegges for eventuelle komplikasjoner.

Utvalget foreslår:

- Økt differensiering av ambulansetjenestene: Der er det et pasientgrunnlag for det, etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåkning eller behandling ("Hvite biler").
- Helseforetakene bør vurdere å utrede om hvite biler skal drives av egen ambulanseorganisasjon eller settes bort til private aktører.
- Det er rimelig å vurdere om helseforetakene skal gis et større ansvar for å bemanne ambulansetrykninger med lege fra helseforetaket.
- Ambulansetilbudet til intensivpasienter, smittepasienter og pasienter som trenger avansert behandling under transport, må utvikles. Sykehusene må avgi personell til slike spesialambulanser.

6.11.4 Luftambulansetjenesten

Utvalget mener det er viktig å egge vekt på å planlegge og utvikle luftambulansetjenesten som en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap i årene som kommer. Utvalget mener at luftambulansetjenesten er sentral for en utvikling mot en likeverdig akuttmedisinsk helsetjeneste i hele landet. Luftambulansetjenesten skal yte høykompetente akuttmedisinske tjenester på steder der det ikke er realistisk å etablere tilsvarende bakkebasert kapasitet. Luftambulanse er også svært nyttig for rask og skånsom transport til sentraliserte behandlingstilbud, som PCI og traumesentre.

Både befolkningsutviklingen, den medisinskfaglige utviklingen og endringer i helsetjenestens struktur vil i årene framover påvirke behovet for luftambulansetjenester. De regionale

helseforetakene, som har sørge for-ansvaret for både sykehusene og ambulansetjenesten, må ved planleggingen av luftambulansetjenesten legge til grunn analyser av framtidige beredskapsbehov, pasientstrømmer og kompetansebehov. Luftambulansetjenesten skal ses i sammenheng med foretakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap, men denne tjenesten må samtidig ivareta behovene på et nasjonalt nivå. Utvalget mener at de regionale helseforetakene fortsatt må samarbeide nært med hverandre om denne tjenesten og samtidig sørge for at luftambulansetjenesten i samarbeid med redningsmyndighetene kan bidra i redningstjenesten på en hensiktsmessig måte. På den måten får samfunnet den totalt sett beste og mest kostnadseffektive ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap.

Dagens organisering av luftambulansetjenesten innebærer at den operative delen av tjenesten konkurranseutsettes. Kontraktene som inngås har vanligvis en varighet på seks år med mulighet for prolongering i ytterligere fire år. Det er således vanlig at kontraktene løper i ti år. Selv om det kan legges opsjoner inn i kontraktene, er det små muligheter for større endringer i kontraktperioden uten å gjennomføre nye anskaffelsesprosesser. Utvalget vil påpeke nødvendigheten av å kontinuerlig utvikle luftambulansetjenesten i tråd med de stadig nye behovene som oppstår i helsetjenesten. Den begrensede fleksibiliteten som ligger i langvarige kontrakter med private operatører kan vanskeliggjøre ønskede tilpasninger. Politihelikoptertjenesten i Norge er offentlig drevet, og flere svenske landsting er i ferd med å overta luftambulansetjenesten i offentlig regi i tråd med anbefalingen etter en omfattende utredning. Det er viktig å sikre en god offentlig kontroll over kritiske samfunnsfunksjoner, også for å minimalisere økonomisk og operativ risiko. Utvalget mener derfor at spørsmålet om offentlig drift bør utredes grundig også i Norge.

Justisdepartementets redningshelikoptertjeneste, som opereres av Luftforsvarets 330-skvadron, må fortsatt ha samme medisinske innhold som ambulanshelikoptrene og stilles til rådighet for ambulanseoppdrag. Disse helikoptrene er spesielt verdifulle som «dårlig vær-ressurs» og der oppdragene er spesielt plasskrevende. De nye redningshelikoptrene som erstatter dagens Sea King fra 2017 - 2020, vil ha større flyhastighet og rekkevidde. De vil også ha avisingsutstyr, noe som ytterligere vil bedre gjennomføringsevnen under vanskelige klimatiske forhold. Imidlertid vil disse helikoptrene på grunn av størrelse og vekt representere en økt miljøbelastning. Dette kan påvirke egnetheten for gjennomføring av enkelte ambulanseoppdrag. Utvalget vil påpeke at dette forholdet må tas i betraktning ved planleggingen av framtidens luftambulansetjeneste.

På Svalbard er det gruvedrift og risikoutsatt turisme. Den medisinske beredskap og behandlingskapasitet på øya er begrenset, og det er viktig å ha en robust transportberedskap til fastlandet. For dagens ambulansefly er løftekapasiteten (mennesker og utstyr) mellom Svalbard og fastlandet svært begrenset. Ambulanseberedskapen for Svalbard må forbedres.

Utvalget foreslår:

- I planlegging og utvikling av ambulansetjenester må luftambulansetjenesten inngå som en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap.
- at offentlig drift av den operative tjeneste bør utredes

- de regionale helseforetakene må i samarbeid utarbeide en nasjonal luftambulanseplan

6.11.5 Hjerneslag

Utviklingen innenfor diagnostikk og behandling av hjerneslag har vært gjennom en rivende utvikling i løpet av de siste 10 – 15 år. Fra å være en tilstand der lite kunne gjøres annet enn å utøve god pleie og noe rehabilitering, er hjerneslag nå blitt en "blå-lys-tilstand" på lik linje med akutt hjerteinfarkt og traumer.

Akuttutvalget mener hjerneslag er en lidelse med nye, store muligheter for bedre helseutfall for pasientene, dersom den akuttmedisinske innsatsen bedres vesentlig hos fastleger, legevakt, AMK og legevaktssentraler og i ambulansetjenestene. En raskere reaksjon hos befolkningen og hos akuttgjelpere, har stor betydning for det helsemessige resultatet for personer som rammes av hjerneslag.

Akuttutvalget mener at økt innsats i den prehospitale fase i behandlingen av hjerneslag er så viktig for pasientene at det bør settes inn spesifikke tiltak. I dag kommer det store flertall av pasienter med hjerneslag enten for sent til trombolytisk behandling eller har kontraindikasjoner mot trombolyse. Det er stor forskjell på hva som bevilges til forskning innenfor de store folkesykdommene som kreft, hjertesykdom og slag. Forskningsinnsatsen på slag utgjør 12 pst. av forskningen på hjertesykdommer og kun 6 pst. av kreftforskningen. Med de muligheter som i dag befinner seg innenfor både diagnostikk og behandling på slagområdet, vil en intensivert forskningsinnsats være av stor betydning. Medisinsk Indeks er ikke entydig når det gjelder vurdering av hjerneslag og dette bør sees på når indeks er planlagt validert og revidert.

Utvalget foreslår:

- Økt innsats for å bedre kunnskapen om hjerneslag til helsepersonell.
- Inkludere prehospital behandling i de nasjonale retningslinjene (herunder transportmåte og praktisk logistikk) når de nasjonale retningslinjer for slagbehandling skal revideres.
- Det må etableres kriterier for hvilke pasientkategorier som skal prioriteres for rask transport til regionale hjerneslagsentre for optimalisering av behandling.
- Det er behov for økt forskning innen hjerneslag både når det gjelder prehospital diagnostikk og nytteverdi av høyspesialiserte behandlinger.

6.12 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Ved flere av de alvorligste akuttmedisinske tilstandene som hjerteinfarkt, hjerneslag og multitraume er pasientens sluttresultat (grad av overlevelse og funksjonsnivå) alltid avhengig av en sammenhengende og i alle ledd godt fungerende kjede gjennom både den prehospitale og den hospitale fasen. Et brudd eller en funksjonssvikt i en del av kjeden vil ikke kunne kompenseres selv ved optimal funksjon av de andre leddene. Dette gjør at planverk, triagerings-, behandlings- og transportplaner for prehospital fase av disse tilstandene ikke kan utformes uten tilpasning til den sykehusstrukturen og sykehusspesialiseringen som til en hver tid foreligger i det aktuelle

helseforetak. Både nasjonalt og på helseforetaksnivå må det derfor utarbeides fagplaner som fortløpende og forpliktende involverer aktuelle fagmiljøer på både prehospitalt og hospitalnivå.

Utvalget foreslår:

- Ved akuttmedisinske tilstander som hjerteinfarkt, hjerneslag og multitraume er pasientens sluttresultat (grad av overlevelse og funksjonsnivå) avhengig av en sammenhengende og i alle ledd fungerende kjede gjennom både den prehospitale og den hospitale fasen

7 Økonomisk-administrative konsekvenser

Ifølge mandatet skal utvalget utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av tiltakene. Innenfor den tidsrammen utvalget har fått til disposisjon til denne delrapporten, har det ikke vært mulig gjennomføre en fullstendig økonomisk vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene. I mange tilfeller er forslagene utarbeidet på et nivå som gjør det nødvendig med nærmere konkretisering før det er mulig å anslå kostnadene. I dette kapitlet gir utvalget imidlertid en overordnet vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene for de viktigste tiltakene.

7.1 Forslagene som omhandler kommunehelsetjenesten

7.1.1 Maksimal reisetid for innbyggerne i hvert legevaktdistrikt (jf. 6.10.9)

Et nasjonalt krav i forskrift om at 90/95 pst. av befolkningen skal ha en maksimal reisetid til nærmeste legevaktstasjon på 40/60 minutter, innebærer at legevaktberedskapen må styrkes i mange kommuner.

Ut fra det datagrunnlaget utvalget har hatt tilgang til fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), er det per 1.1.2014 i alt 97 kommuner der innbyggerne i gjennomsnitt har mer enn 40 minutters reisetid til nærmeste legevakt. Av disse er 93 kommuner med i interkommunale legevaktsamarbeid, mens fire har kommunal legevakt.

Nklm har utviklet en postnummerbasert metode som tar hensyn til at bosettingen innenfor en kommune kan være spredt eller ha et tyngdepunkt flere steder i kommunen. Den beregnede reisetiden for hver kommune er et gjennomsnitt slik at mange innbyggere i kommunen har reisetid som avviker fra beregnet gjennomsnittlig reisetid. Reisetid er beregnet på vei med privatbil.

Enkelte kommuner har legevakt i varierende ordninger på dag, kveld og natt. For slike kommuner er det avstand og reisetid til det legevakttilbudet som ligger lengst unna, som er lagt til grunn.

Akuttutvalget har i samarbeid med Nklm foretatt en gjennomgang av organiseringen av landets legevakter i 2014. De siste fem årene har om lag 30 kommuner endret sin organisering av legevakt til interkommunale endringer, og ikke alle legevakter har respondert på våre henvendelser om oppdatering av nøyaktig informasjon. Det må derfor tas forbehold om at antall kommuner kan avvike noe fra det anslåtte tallet på 97 kommuner.

Med utgangspunkt i at 97 kommuner med 5 pst. av landets befolkning (260 000 innbyggere) har en reisetid på mer enn et maksimumskrav om 40 minutters reisetid, har Akuttutvalget gjort økonomiske anslag for kostnadene ved at et nasjonalt krav til maksimal reisetid forskriftsfestes. Anslagene er gjort på relativt grove forutsetninger. Det er ikke utviklet en metode for å ta hensyn til at det foreslåtte kravet gir aksept for at inntil 10 pst. av befolkningen i et legevaktdistrikt kan ha reisetid på mer enn 40 minutter, og at inntil 5 pst. av befolkningen i et legevaktdistrikt kan ha reisetid på mer enn 60 minutter. Det bør imidlertid utvikles en metode som beregner mulige virkninger av å åpne for at en liten del av befolkningen i et distrikt har lenger reisetid enn maksimumskravet, og det kan være at en studie av dette vil medføre at et nasjonalt krav bør utformes strammere enn det utvalget har

foreslått, eksempelvis med aksept for at bare 5 eller 2 pst. av befolkningen i distriktet har lenger reisetid.

I det følgende beskrives de økonomiske konsekvensene av et forslag om maksimal reisetid for innbyggerne i et legevaktdistrikt:

Merkostnaden kan anslås til omkring 300 millioner kroner. Beløpet kan fremkomme ut fra to ulike tilnærminger:

a) Kostnad per ny legevaktstasjon

Det er liten kunnskap om kommunenes kostnader til legevaktstjenesten. Akuttutvalget har derfor innhentet informasjon fra flere legevakter, både kommunale og interkommunale, om kostnader ved å drive legevakt. Utvalget har dessuten foretatt en gjennomgang av flere utredninger av interkommunal legevakt. Et generelt inntrykk er at årlige kostnader ved å drive en legevaktstjeneste i fast lokale med 2-3 ansatte, er omkring 5 til 9 mill. kroner. Fordi bemanningen i interkommunale legevakter ofte ikke er mye større enn i en mindre, kommunal legevakt, er kostnadsvariasjonene mellom kommunale og interkommunale legevakter i faste lokaler, relativt små.

Kostnadsanslaget på 5 til 9 mill. kroner i årlige kostnader er basert på fast legevaktlokale med bemanning av lege og sykepleier gjennom hele døgnet, i noen tilfeller med unntak av dagtid da fastlegene ivaretar legevaktfunksjonen. Anslaget omfatter kommunens netto driftsutgifter. Fordi de fleste legevaktene bruker fastlønn i begrenset grad, mange kun om natten, er statlige refusjonsinntekter kun tatt hensyn til for den tiden når fastlønn benyttes. Statlige refusjoner utbetales imidlertid i prinsippet allerede for den aktiviteten som eksisterende legevakter ivaretar mot de 260 000 innbyggerne, slik at merkostnad for staten er begrenset til merkostnader ved refusjoner som følge av at innbyggerne øker sin bruk av legevakt.

De 97 kommunene som i dag ikke innfrir det foreslåtte reisetidskravet, er for en stor del små kommuner. Det er derfor lite sannsynlig at de 97 kommunene finner det rasjonelt å etablere enkeltvis, kommunale legevakter til en kostnad av 5-9 mill. kroner årlig. Mer sannsynlig er at de vil arbeide for å danne nye legevaktdistrikter med nabokommuner, eller at de vil arbeide for at det interkommunale samarbeidet de i dag er en del av, oppretter en ny, tilleggsstasjon/legevaktstasjon nærmere kommunen, slik at reisetidskravet kan innfris. I begge tilfeller vil kostnadene til en ny legevaktstasjon kunne deles på flere kommuner, og man kan for enkelhets skyld anta at kostnadene vil bli halvert. Med det som utgangspunkt, kan man anta en gjennomsnittlig kostnad per kommune på 2,5-4,5 mill. kroner, eller om lag 3,5 mill. kroner i snitt. Med 97 kommuner som utgangspunkt, vil samlede kostnader beløpe seg til om lag 340 mill. kroner.

b) Kostnad per innbygger

Det er liten kunnskap om kommunenes kostnad per innbygger til legevaktstjenesten, men i utvalgets gjennomgang av kommunale utredninger med sikte på interkommunalt samarbeid, refereres det i flere saker til årlig kostnad per innbygger omkring 400 kroner per innbygger i interkommunale samarbeid. Kostnad per innbygger i legevakter som dekker én kommune, blir høyere fordi det er

færre kommuner å dele kostnadene ved en legevaktteneste på. Med det formål å anslå en øvre grense for mulig kostnad for de 97 kommunene, kan man for eksempel ta utgangspunkt i en kostnad per innbygger på om lag 1000 kroner per innbygger. Dette er relativt høyt, men er et realistisk anslag på kort sikt dersom de 97 kommunene må bygge opp egne legevaktstasjoner enkeltvis. Samlet for 260 000 innbyggere vil et slikt anslag beløpe seg til 260 mill. kroner. Anslaget er lavere enn om man tar utgangspunkt i kostnadene ved hver legevaktstasjon, jf. ovenfor.

Utvalgets samlede vurdering er at forslaget om maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevakt for innbyggerne i hvert legevaktdistrikt, vil medføre en merkostnad for kommunene på om lag 250-350 millioner kroner per år.

Det er ikke vurdert om forslaget påvirker samlet personellbehov på landsbasis, eller i hvilken grad forslaget vil utløse et behov for flere legestillinger i kommunene.

7.1.2 Uniformert legevaktbil med støttepersonell (jf. 6.10.8)

Akuttutvalget har foreslått at det skal stilles krav til at legevakttenesten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy. Legevaktbil er i bruk i mange legevakter. Akuttutvalgets forslag er derfor ikke et nytt tiltak, men representerer likevel en merkostnad fordi intensjonen med forslaget er at hver legevaktteneste skal utstyres med uniformert legevaktbil. Akuttutvalget har også foreslått at ved utrykning og sykebesøk skal lege og støttepersonell dra sammen, slik at minst to personer drar sammen i sykebesøk og utrykning.

Det er bare foretatt én utredning hittil av erfaringer med legebemannet utrykningsbil i legevakt. Legevakten i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud gjennomførte et prøveprosjekt med uniformert legevaktbil i 2009, og prosjektet ble evaluert ⁵⁴ av Nklm.

Utredningen anslo årlige driftskostnader til bil på om lag 500 000 kroner per år til dekning av drift og avskrivninger. Med dette som utgangspunkt, kan det anslås at årlig kostnad til uniformert legevaktbil kommer på om lag 96 mill. kroner årlig, gitt at man i 2014 har 191 legevaktdistrikter i Norge, og hvert distrikt anskaffer én bil. Kostnadsanslaget omfatter årlige avskrivninger, drivstoff og øvrige driftskostnader til vedlikehold og drift. Det er ikke foretatt noe beregningsmessig fradrag ved at en del legevakter allerede har anskaffet seg uniformert legevaktbil.

En av erfaringene fra evalueringen av forsøket i Drammensregionen var at det kunne være vanskelig for legevaktlege å prioritere sykebesøk og utrykninger, blant annet på grunn av pågang av pasienter inne på legevakten. Det ble pekt på at for at en ordning med legevaktbil skal fungere mest mulig hensiktsmessig, bør legen være fastlønnet og dedikert legebilen, og ikke delta i det øvrige legevaktarbeidet. Dette forutsetter en viss størrelse av legevaktdistriktet. Kostnadene til legevaktbil ble ansett å motsvares av en del frigjorte ressurser i ambulansetjenesten, men omfanget av innspar ressurser i ambulansetjenesten ble ikke beregnet.

Årlige kostnader ved å bemanne bilen med dedikert lege ble i evalueringen anslått til om lag 2,9 mill. kroner per år dersom lege er fastlønnet. Det ble ikke lagt til grunn merkostnader ved å benytte støttepersonell (sykepleier/ambulanspersonell) i tillegg til lege. Utvalget vil peke på at kostnader til

støttepersonell kommer eventuelt i tillegg dersom bemanningen styrkes med sykepleier eller annet personell for å øke omfanget av sykebesøk og utrykninger.

Et kostnadsanslag som også tar hensyn til at bemanningen i legevakt må økes noe for at det skal være en realistisk mulighet for personellet å dra ut fra legevakten for å gjennomføre sykebesøk og utrykninger, kan ta utgangspunkt i ulike forutsetninger. Som et beregningsgrunnlag har Akuttutvalget antatt at de 111 interkommunale legevaktene øker sin bemanning noe, med en tilleggskostnad på gjennomsnittlig 1,5 mill. kroner per år, mens de 80 kommunale legevaktene bruker tilgjengelig personell uten tilleggskostnader. Dette er en beregningsmessig framgangsmåte, og ikke uttrykk for en ønsket situasjon. Med disse forutsetningene vil merkostnader til styrket bemanning i legevakttjenesten samlet sett anslås til om lag 167 mill. kroner, gitt organiseringen i dag med 111 interkommunale og 80 kommunale legevakter.

Oppsummert anslås det at kostnad til uniformert legevaktbil i landets legevaktdistrikter, gitt organiseringen per 1.1.2014, vil utgjøre om lag 96 mill. kroner til avskrivninger og driftskostnader, samt 167 mill. kroner til styrket legebemanning, i alt om lag 260 mill. kroner årlig. Ved en utvikling mot et større antall legevaktdistrikter, må det anslås en høyere kostnad.

Dersom antall det samlede antall legevaktstasjoner eller antall leger i bakvakt endres i legevakttjenesten som helhet, vil kostnadene være høyere som følge av at antall legevaktbiler da blir større.

7.1.3 Fastlønn (jf. 6.10.3 og 6.10.8)

I dag får 48 pst. av legene fastlønn på natt, mens det bare er 12 pst. som får fastlønn på kveld. Utvalget har funnet mange grunner til at det bør stimuleres til økt bruk av fastlønn i legevakt og vil foreslå at det igangsettes et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av fastlønn i legevakt og det er derfor ikke gjort noen videre økonomisk-administrative vurderinger her.

7.1.4 Ledelse på kommunalt nivå (jf. 6.5.1)

Utvalget har foreslått at kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes, spesielt med tanke på koordinatorfunksjonen innen den akuttmedisinske kjede. Forslaget kan innebære behov for flere kommunelegestillinger i noen kommuner, men utvalget har ikke gått inn på noen nærmere beregninger.

Ledelsesaspektet i legevakt må styrkes og utvalget har anbefalt at det bør være en medisinsk-faglig legevaktleder i minst 20 pst stilling. På mange mindre steder har kommunelegen dette ansvaret, men i større legevakter og legevaktsdistrikter vil det være behov for en egen legevaktsleder med ansvar for fagutvikling, kvalitetsarbeid og kompetanse. Det finnes ingen oversikt over hvor mye ledelsesressurser som er avsatt i norsk legevakt per i dag. En grov kalkyle med utgangspunkt i 191 legevaktdistrikter og en styrking på 20 pst. stilling i minst halvparten av legevaktene, vil innebære rundt 40 årsverk totalt og utgjøre omlag 40 mill. kroner årlig.

Utvalget har også foreslått at de eksisterende nasjonale programmer for ledelse utvides til å gjelde ledere i den akuttmedisinske kjede og kostnader til dette bør kunne dekkes av allerede avsatte midler til fagutvikling og ledelse i kommuner og helseforetak.

7.1.5 Andre forslag

Samarbeidsavtaler og krav om samtrening innenfor akuttmedisinske prosedyrer mellom personell i både ambulansetjeneste og kommunehelsetjeneste er allerede et lovpålagt krav. Utvalget har påpekt at det er store sprik mellom kommuner og foretak i hvilken grad slik samtrening gjennomføres, men utvalget mener likevel at utgiftene til samtrening må dekkes innenfor kommunens og foretakets ordinære drift. Frikjøp av fastleger til slik samtrening er en utgiftspost for kommunene allerede i dag og vil øke hvis fastleger i større grad deltar i samtrening, men utvalget har ikke gjort beregninger på dette området.

Når det gjelder utvalgets presisering av legevaktlegers og fastlegers plikt til å gjøre utrykninger og sykebesøk, så er også denne omfattet av gjeldende lov og forskrift og medfører derfor ingen ytterligere økonomiske konsekvenser.

Akuttutvalget mener at det må stilles krav til at alle leger i legevakt enten er spesialister i allmennmedisin eller under utdanning – jf. 6.10.10. Dette forslaget er dekket innenfor revisjonen av forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus med de økonomisk-administrative konsekvenser som er beskrevet der.

7.2 Forslagene som omhandler spesialisthelsetjenesten

7.2.1 Ledelse (jf. 6.5.2)

Utvalget mener det er behov for å standardisere og samordne de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten. God ledelse er en forutsetning for å få dette til. Utvalget foreslår en styrket ledelse og mener det kan skje ved at ledere for den prehospitale tjenestene får en mer framskutt posisjon i helseforetakene og ved at de regionale helseforetakene etablerer strukturer som sikrer samordning på nasjonalt nivå.

7.2.2 Bachelor i paramedic (jf. 6.8)

Ambulanse blir i stadig større grad sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov - når dette framstår som uklart for AMK-sentralene. Selv med høyere legedeltakelse på utrykninger, vil ambulansepersonell stå i mange vanskelige medisinske situasjoner uten legestøtte. Utvalget mener det er behov for en bachelorutdanning i ambulansefaget. Helsedirektoratet har allerede utredet kostnadene, og det vises til rapport om Kompetansebehov i ambulansefag for et kostnadsoverslag. Bachelor i paramedic rammefinansieres over Kunnskapsdepartementets budsjett slik der framgår av nevnte rapport.

7.2.3 Community paramedic (jf. 6.9)

Nye tilbud bør prøves ut i spredt bebygde områder slik at en fullverdig ambulansetjeneste kan beholdes. Utvalget mener det bør utvikles en modell for community paramedic basert på norske forhold. Oppgavene til en community paramedic kan ivaretas gjennom beredskapstid i ambulansetjenester som er lite belastet. Modellen bør prøves ut og evalueres før den eventuelt settes i verk i større skala. Helsedirektoratet bør i første omgang få i oppdrag å utvikle en slik modell tilpasset norske forhold. Økonomiske og administrative konsekvenser vil være avhengig av innretningen på modellen og antall piloter som direktoratet vil anbefale.

7.2.4 Differensiert ambulansetjeneste (jf. 6.11.3)

Ambulansetjenesten bør utvikles til å bli en mer differensiert tjeneste. Utvalget har foreslått at det etableres en enklere tjeneste som tar transportoppdrag, såkalte hvite biler. Dette er en kostnadseffektiv tjeneste som avlaster akuttoppdragene. Tjenesten er aktuell i områder der pasientgrunnlaget tilsier det. Det vises til at Oslo Universitetssykehus nylig har etablert en slik tjeneste. Med utgangspunkt i 4000-5000 oppdrag i året, er det etablert en tjeneste fra mandag til fredag med tre biler og en bil i helgen. Bilene betjenes av to helsearbeidere. Anslått lønnskostnad per ansatt er omlag 400 000 kroner.

7.2.5 Ambulanseutrykninger med lege fra helseforetaket (jf. 6.11.3)

Det er behov for å utvikle kostnadseffektive alternativer til luftambulansen. Legebemannet bilambulanse kan bidra til å redusere bruken av helikopter, der det er rasjonelt. Medisinsk utvikling tvinger fram behov for mer avanserte pasienttransporter mellom sykehus. Med stadig bedre veinett, er biltransport et vel så godt alternativ til luftambulanse. Sykehusene bør derfor utvikle slike systemer for pasienttransport og avgi personell til dette. De regionale helseforetakene bør gis i oppdrag å vurdere hvordan helseforetakene kan gis et større ansvar for å bemanne ambulanseutrykninger med lege fra helseforetaket og hvordan de kan avgi personell til spesialambulanser.

7.2.6 Konsekvenser for den akuttmedisinske kjede ved endringer i sykehusstruktur (jf. 6.11.1)

Det er liten kunnskap om sammenhengen mellom endringer i sykehusstruktur påvirker den akuttmedisinske kjeden. Det har skjedd store endringer i sykehusstruktur, antall akuttstsykehus er blitt færre og det har skjedd betydelig funksjonsfordeling. Utvalget mener det er behov for en mer systematisk tilnærming, vil derfor sette i gang en utredning som belyser disse temaene. Utredningen dekkes over utvalgets budsjett.

7.2.7 Utvidet åpningstid i DPS (jf. 6.10.5)

I oppdragsdokumentet for 2014 til de regionale helseforetakene framgår at DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling og dette tar høyde for utvalgets forslag under pkt 6.10.5.

7.3 Kvalitet og pasientsikkerhet (jf. 6.6 og 6.7)

Akuttutvalget har foreslått et kvalitetsløft, blant ved å foreslå at det bør utvikles kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Indikatorer om responstider inngår i et slikt indikatorsett. Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for utvikling, formidling og drift av nasjonale kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har gitt i NAKOS i oppdrag å utvikle kvalitetsindikatorer for de prehospitale tjenestene. Arbeidet med å følge resultater må være en del av den daglige virksomheten til ledere i hele den akuttmedisinske kjeden.

Det er behov for å utvikle kodeverk for ambulansetjenesten som på sikt vil gjøre det mulig å trekke ut og koble disse dataene til andre registre. Helsedirektoratet utvikler nå et kodeverk for ambulansetjenesten som på sikt vil gjøre det mulig å framskaffe bedre data om tjenesten på en mer systematisk måte enn i dag.

På nasjonalt nivå er det allerede gjort flere overordnede grep for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har fått ansvaret for den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser. Denne meldeordningen omfatter foreløpig kun spesialisthelsetjenesten. Det framgår av St. meld 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester framgår det at det på sikt er ønskelig å inkludere den kommunale helse- og omsorgstjenesten i meldeordningen. Legevakt bør derfor på sikt inngå i denne ordningen når den utvides. Det er etablert et femårig program for pasientsikkerhet som omfatter hele spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten. Programmet bør også omfatte legevakt.

I Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal framgår nasjonale mål og tiltak for IKT-området. Akuttutvalget foreslår tiltak for som gjør at nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Dette er tiltak for den akuttmedisinske kjeden spesielt, men som speiler de nasjonale mål og tiltak innen IKT. Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal redegjør nærmere for de økonomiske og administrative konsekvensene for kjernejournal og behovet for felles IKT-løsninger. Aktørene må tilpasse sine systemer slik at disse tjenestene kan tas i bruk. Det vil også dreie seg om forslag knyttet til at legevakter kan ha adgang til å sette opp timebestilling hos pasientens fastlege. Det vises til at det er satt i gang en konseptvalgutredning med mål om at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Utredningen skal vurdere helsefaglige behov og foreslå ulike konsepter for mer integrerte og helhetlige nasjonale løsninger.

Helsedirektoratet har satt i gang et løp med å definere innhold (koding) i framtidig elektronisk ambulansejournal. Et framtidig prosjekt for elektronisk løsning for ambulansetjenesten må bygge på arbeidet med å definere innhold i ambulansejournalen. Det vil derfor være behov for nærmere konkretisering før det er mulig å anslå kostnader.

¹ SSBs befolkningsframskrivning 2014

² SAMDATA-rapport Helsedirektoratet 2013

3 Årsrapport AMK Helsedirektoratet 2014 IS-2198

4 Personskadedata 2013 NPR IS-2197

5 PCI ved akutt hjerteinfarkt SMM rapport 5 2002

6 Rakkestadprosjektet sluttrapport 2013 IS-0371

7 HELSEMOD 2007

8 SAMDATA-rapport 2007

9 Kjekshus og Spehar 2014, Clinicians in management: a qualitative study of managers use of influence strategies in hospitals, BMC Health Services research

10 Traumesystem – rapport levert 09.10.2007 fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF'ene.

11 Spesialisthelsetjenesten i Norge. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering som mulig forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene. Sintef Teknologi og samfunn. 2011-09-01

12 Kommunal legevakt – gjennomgang av tilsynsmyndighetenes funn i perioden 2001 – 2005 – rapport fra Statens Helsetilsyn, 2006

13 FOR-2005-03-18-252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

14 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? KS FoU-prosjekt nr 134017, juni 2014

15 Shekelle PG et al Ann Intern med 2013 The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now

16 Brandstorp H et al Learning processes in primary care emergency team training (enda ikke publisert)

17 Tidsskr Nor Legeforening 2011;131:28-31 Pleie og omsorgspersonell i akuttmedisinske team

18 Personlig meddelelse –ikke publisert

19 Wissenberg 2013

20 Kostnadsvurderinger ved hjerneslag - Tidsskrift for Dnlf 2007

21 Behandling og rehabilitering ved hjerneslag; Helsedirektoratet 2010, IS-1688

22 NKLM 4-2014 Legevaktorganisering i Norge

23 Morken, Zakariassen (2012) Rapport nr 6/2012 "Legevaktorganisering i Norge". Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

24 NKLM rapport 3-2014 Vaktårnprosjektet

25 NKLM 4-2014 Legevaktorganisering i Norge

26 Legeforeningens tidsskrift 2012; 132:2272-6 Sandvik H, Hunskår S, Diaz E
"Fastlegepasienters bruk av legevakt"

27 Raknes G og Hunskår S "Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakten", artikkel i
Utposten 6-2013

28 Raknes G, Hunskår S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42 (6):
6-9

29 112 Forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjeneste. Rapport fra en
interdepartemental arbeidsgruppe.

30 Ellensen EN, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Variations in contact patterns and
dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication
centres – a cross-sectional study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2014 Jan 8;22:2

31 Ellensen et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2014, 22:2

32 Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S Acute chest pain – A prospective population based study of contacts to Norwegian emergency medical communication centres. BMC Emerg Med. 2011 Jul 21;11:9

33 Lorem T, Saether E, Wik L, Handling of drug related emergencies: an evaluation of emergency medical dispatch. Eur J Emerg Med. 2009 Feb; 16(1):37-42

34 Ellensen EN, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres – a cross-sectional study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2014 Jan 8;22:2

35 Helsedirektoratet. Årsrapport for 2013. Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler - AMK

36 Ellensen EN, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres – a cross-sectional study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2014 Jan 8;22:2

37 Johansen K, Rømo F, O.B Hope. Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstider i ambulansetjenesten. Sintef Unimed Helsetjenesteforskning. 2005

38 Zakariassen E, R. A Burman, and S. Hunskaar The epidemiology of medical contacts outside hospitals in Norway – a prospective population based study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2010 Feb 18;18:9

39 Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA et al. Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. Nordic J Psychiatry 2012; 66: 40-8.

40 Bruk av båt til helseoppdrag i Norge. Rapport nr. 7-2009. I Hermstad-Pedersen/Nklm

- 41 En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenester med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten, Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet mars 2009
- 42 Rapport fra arbeidsgruppe. Kompetansebehov i ambulansefag. 2014
- 43 Rapport fra arbeidsgruppe. Kompetansebehov i ambulansefag. 2014
- 44 NAKOS. Fremtidens prehospitale tjenester. Rapport nr. 3 – 2014
- 45 Acta Anaesthesiol Scand 2013;57:660-668
- 46 Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1089–93
- 47 Riksrevisionen Sverige. Statens innsatser innom ambulanseverksamheten. RiR 2012:20. <http://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2012/statens-insatser-inom-ambulansverksamheten/>
- 48 Sveriges kommuner og landsting. Vård på vingar. 2012.
- 49 Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=139180>
- 50 Andreas Krüger, Erik Skogvoll, Maaret Castrén, Jouni Kurola, Hans Morten Lossius. Scandinavian pre-hospital physician-manned Emergency Medical Services – Same concept across borders? Resuscitation 81 (2010) 427–433
- 51 UK Departement of Health; Technical Guidance for the 2011/12 Operating framework, 20 January 2011
- 52 Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2014) Innspill til Akuttutvalget – rapport
- 53 53 Fusion of dispatching centres into one entity: effects on performance. Acta Anaesthesiol Scand 2010 May 6

54 Rapport nr. 6-2009 Legebemannet utrykningsbil i legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin