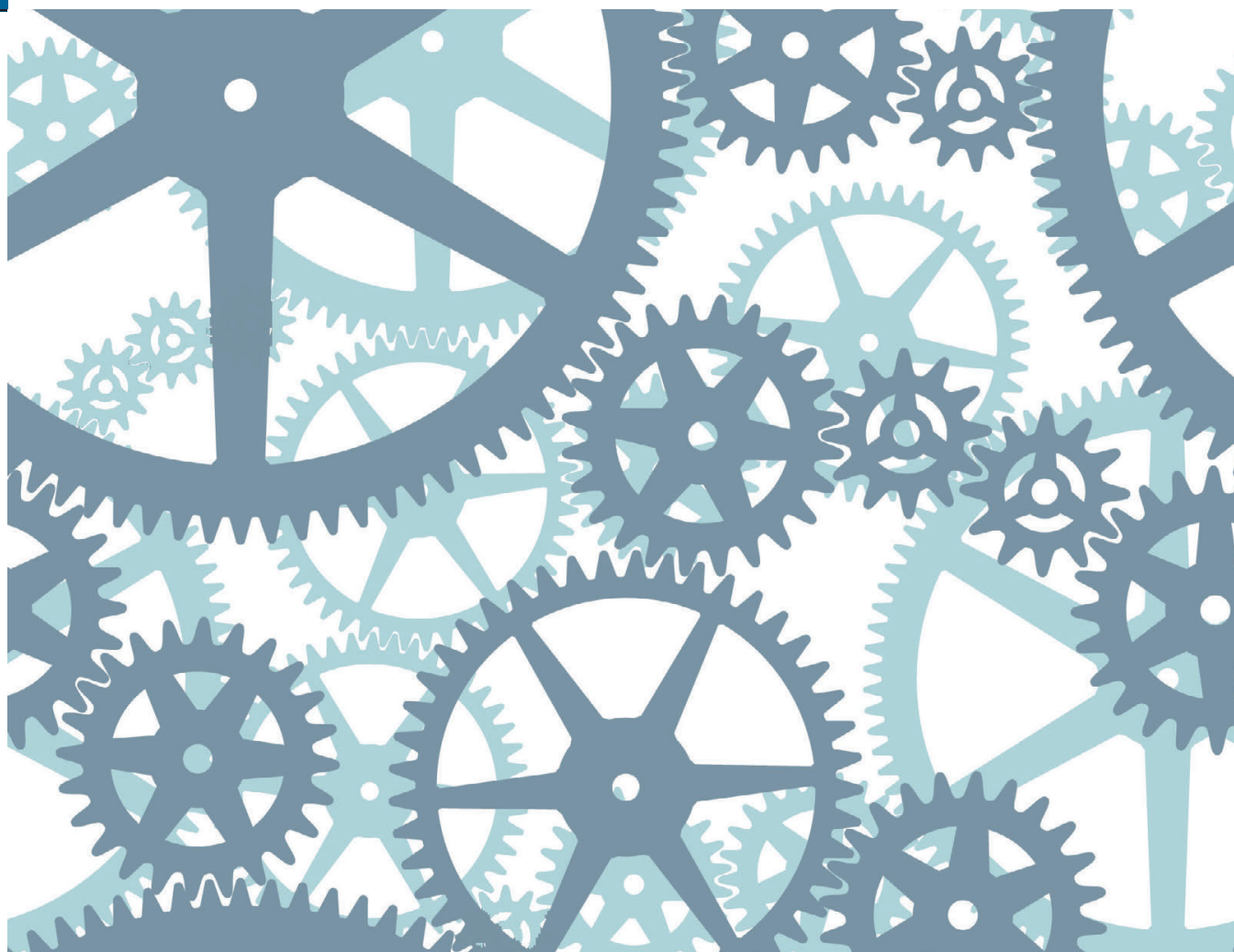


NOU

Norges offentlige utredninger **2015:17**

Først og fremst

Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus



Norges offentlige utredninger 2015

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Informasjonsforvaltning

- | | |
|---|--|
| 1. Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd
<i>Finansdepartementet</i> | 10. Lov om regnskapsplikt
<i>Finansdepartementet</i> |
| 2. Å høre til
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 11. Med åpne kort
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 3. Advokaten i samfunnet
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> | 12. Ny lovgivning om tiltak mot hvitvasking og
terrorfinansiering
<i>Finansdepartementet</i> |
| 4. Tap av norsk statsborgerskap
<i>Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet</i> | 13. Digital sårbarhet – sikkert samfunn
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> |
| 5. Pensjonslovene og folketrygdreformen IV
<i>Finansdepartementet</i> | 14. Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring
<i>Finansdepartementet</i> |
| 6. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2015
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> | 15. Sett pris på miljøet
<i>Finansdepartementet</i> |
| 7. Assimilering og motstand
<i>Kommunal- og moderniseringsdepartementet</i> | 16. Overvann i byer og tettsteder
<i>Klima- og miljødepartementet</i> |
| 8. Fremtidens skole
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 17. Først og fremst
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 9. Finanspolitikk i en oljeøkonomi
<i>Finansdepartementet</i> | |

NOU

Norges offentlige utredninger **2015: 17**

Først og fremst

Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer
og skader utenfor sykehus

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 4. oktober 2013.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2015.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1257-1

07 Aurskog AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Akuttutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 4. oktober 2013. Et enstemmig utvalg legger med dette fram sin utredning.

Oslo, 4. desember 2015

Ann-Kristin Olsen
(leder)

Erik Zakariassen

Astrid Waaler Kaas

Pål Madsen

Ole Gladsø

Torgeir Engelhardt
Andersen

Barbro Lill Hætta

Hans Martin Aase

Karen Junker

Sverre Rørtveit

Rune Hallingstad

Karoline Stadheim
Halvorsen

Håkon Gammelsæter

Christian Lund

Ohene Aboagye

Ewa Ness

Jan Magne Linnsund
sekretariatsleder

Cecilie Mo Batalden

Siv Lunde

Innhold

1	Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte	9	4.6.3	Forebygging og folkehelse	36
1.1	Bakgrunn for mandatet	9	4.6.4	Ny teknologi i den akuttmedisinske kjede	37
1.2	Mandat for utredningen	9			
1.3	Delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet	10	5	Felles utfordringer	39
1.4	Utvalgets sammensetning	10	5.1	Større prehospitalt rom	39
1.5	Utvalgets tolkning av mandatet	11	5.2	Økte forventninger fra pasientene	39
1.6	Utvalgets arbeid	11	5.3	Ansvarsdelingen mellom to forvaltningsnivåer	39
1.7	Sentrale begreper	14	5.4	Konsekvenser av sentralisering	40
1.8	Utredningens oppbygning	15	5.5	Behov for personell og kompetanse	40
2	Sammendrag	17	5.6	Samarbeidet mellom nødetatene ..	41
			5.7	Samhandling mellom helseforetak og kommuner	41
3	Verdier og mulighetsrom	22	5.7.1	Samhandlingsavtaler	41
3.1	Sentrale verdier	22	5.7.2	Krav til samtrening	41
3.2	Likeverdige helse- og omsorgstjenester	22	5.8	Utvalgets vurdering	42
3.3	Trygge og tilgjengelige helse-tjenester	23	5.9	Utvalgets forslag	45
3.4	Pasientens helsetjeneste	24	6	Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap	46
3.5	Stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet	24	6.1	Frivillig sektor	46
3.6	Nærhet og kvalitet	25	6.2	Historikk – frivillige i utviklingen av helse- og sosialtjenester	46
3.7	Er alle helsetjenester like nødvendige?	25	6.3	Frivillige i akuttmedisinberedskap – status og utfordring	48
4	Strukturer og utviklingstrekk .	26	6.3.1	Omtale av frivillige i akuttmedisinforordningen	49
4.1	Lovgrunnlaget for de akuttmedisinske tjenestene	26	6.3.2	Frivillig ambulansetjeneste	50
4.1.1	Revidert akuttmedisinforordning	27	6.3.3	Organisering av helseberedskap ved store arrangementer	51
4.1.2	Forskrift om fastlegeordningen i kommunene	28	6.3.4	Pasientoppdrag utenfor vei	51
4.2	Organisering og styring	29	6.4	Finansiering av frivillig helseberedskap	52
4.2.1	Aktører på nasjonalt nivå	29	6.5	Utvalgets vurderinger	53
4.2.2	Aktører på IKT-området	30	6.6	Utvalgets forslag	55
4.2.3	Profesjons- og interesseforeninger	30	7	Kvalitet og pasientsikkerhet	56
4.3	Organisering og styring	31	7.1	Status og utfordringer	56
4.4	Finansiering av de prehospitale tjenestene	32	7.2	Nasjonale kompetansemiljøer	57
4.5	Viktige framtidige samfunnstrekk	32	7.3	Datagrunnlaget for styring og utvikling av tjenesten	58
4.5.1	Befolkningsutvikling	32	7.3.1	Helseregistre og medisinske kvalitetsregistre	58
4.5.2	Utvikling i akutt sykdom og skade	33	7.3.2	Aktivitetsdata for tjenesten	58
4.5.3	Kunnskap og forskning	34	7.3.3	Prehospital satsing for bedre data	59
4.5.4	Utvikling i norsk økonomi	34	7.4	Elektroniske løsninger	61
4.6	Utvikling i helse- og omsorgstjenesten	35	7.5	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem	62
4.6.1	Sentralisering av funksjoner i den akuttmedisinske kjeden	35	7.5.1	Forslag til kvalitetsindikatorer fra tjenesten	63
4.6.2	Nye arbeidsformer i helse- og omsorgstjenestene	36	7.6	Responstider	63

7.6.1	Betydning av tid – plutselig uventet, hjertestans utenfor sykehus	66	9.2.4	Samarbeid med øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten	90
7.7	Veiledere og retningslinjer	67	9.2.5	Utfordringer	90
7.8	Revisjon av nasjonal traumeplan ..	67	9.2.6	Nye muligheter og potensiale for nyutvikling	91
7.9	Utvalgets vurderinger	67	9.3	AMK-sentralene	93
7.10	Utvalgets forslag	70	9.3.1	Organisering	93
8	Strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp	71	9.3.2	Tilgjengelighet og svartid	96
8.1	Førstehjelpskunnskap – status og utfordringer	71	9.3.3	Overflowløsninger	97
8.2	Førstehjelpsopplæring av befolkningen – sentrale aktører ...	73	9.3.4	Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og politi og brannvesen	97
8.2.1	Sentrale aktører	73	9.3.5	Nasjonalt nødmeldingsprosjekt og oppfølgingen av denne	98
8.2.2	Stiftelser med engasjement innenfor førstehjelp	74	9.3.6	Utfordringer	99
8.2.3	Norsk Førstehjelpsråd (NFR) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) ..	75	9.4	Betydningen av kommunikasjon ..	99
8.3	Førstehjelpsopplæring i skolen	76	9.5	Utvalgets vurderinger	102
8.3.1	Læreplaner	76	9.6	Utvalgets forslag	106
8.3.2	Lærerutdanning	77	10	Øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene	108
8.3.3	Lærerkompetanse og andre relevante krav	78	10.1	Dagens organisering, ledelse og styring	108
8.3.4	Tilsyn	80	10.2	Portvaktfunksjon og betydning for samlet ressursbruk	109
8.4	Førstehjelp på andre områder og arenaer	80	10.3	Større helhet og interkommunalt samarbeid	110
8.4.1	Førstehjelp for småbarn (barnehager)	80	10.3.1	Større helhet – felles organisering og samlokalisering	110
8.4.2	Førstehjelpsopplæring i idretten ..	80	10.3.2	Interkommunalt samarbeid om legevakt	111
8.4.3	Førstehjelpsopplæring i førerkortopplæringen	81	10.4	Øyeblikkelig hjelp og legens rolle	113
8.4.4	Førstehjelpsopplæring i førstegangstjenesten	81	10.4.1	Omfang av øyeblikkelig hjelp	113
8.4.5	Førstehjelpsopplæring i arbeidslivet	82	10.4.2	Legens rolle i akuttmedisinske situasjoner	114
8.4.6	Førstehjelp blant særskilte yrkesgrupper i arbeidslivet	82	10.5	Fastlegene	115
8.4.7	Førstehjelpsopplæring blant spesielle målgrupper	82	10.5.1	Fastlegenes øyeblikkelig hjelp på dagtid	115
8.5	Akuttmedisinsk bistand fra kommunale brann- og redningsetater	83	10.5.2	Kveldsåpne fastlegekontor	116
8.6	Hjertestartere	85	10.6	Legevaktstjenesten	116
8.6.1	Bakgrunn	85	10.6.1	Formål	116
8.6.2	Utplassering av hjertestartere	85	10.6.2	Aktivitet, hastegrad og alvorlighet	117
8.7	Utvalgets vurderinger	85	10.6.3	Prioritering i legevakt	119
8.8	Utvalgets forslag	87	10.6.4	Rekruttering og bemanning	120
9	Medisinsk nødmeldetjeneste ..	88	10.6.5	Ledelse, fagutvikling og kompetanse	121
9.1	Innledning	88	10.6.6	Sykebesøk og utrykninger	121
9.2	Legevaktsentralene	88	10.6.7	Pasienterfaringer	124
9.2.1	Organisering	88	10.6.8	Tilsynserfaringer	125
9.2.2	Kompetanse og kvalitetsutvikling	89	10.7	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	126
9.2.3	Tilgjengelighet og aksesstid	89	10.8	Hjemmebaserte tjenester	127
			10.9	Tannlegevakt	130
			10.10	Utvalgets vurderinger	130
			10.10.1	En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene	130

10.10.2	Styring og ledelse	131	13.4.2	Registre og kvalitetsindikatorer ...	170
10.10.3	Vurdering av legevakttjenesten	132	13.4.3	Forskning	171
10.11	Utvalgets forslag	136	13.5	Økonomiske vurderinger knyttet til slagbehandling	171
11	Ambulansetjenesten	138	13.6	Erfaringer fra andre land	171
11.1	Innledning	138	13.6.1	Storbritannia	171
11.2	Bil- og båtambulansetjenesten	138	13.6.2	Finland	172
11.2.1	Organisering	138	13.6.3	Danmark	172
11.2.2	Utdanning og kompetanse	138	13.6.4	Opplæring av barn og unge	172
11.2.3	Spesialkompetanse – transport av intensivpasienter	139	13.7	Utvalgets vurderinger	172
11.2.4	Aktivitetsutvikling og kostnader ..	141	13.8	Utvalgets forslag	173
11.2.5	Båtambulansetjenesten	143	14	Erfaringer fra andre land	174
11.3	Luftambulansetjenesten	144	14.1	Sverige	174
11.3.1	Organisering og finansiering	144	14.1.1	Primærhelsetjeneste	174
11.3.2	Kostnader	146	14.1.2	Ambulansetjeneste	174
11.3.3	Kompetanse og bemanning	146	14.1.3	Nødmeldetjeneste	175
11.3.4	Rekvirering av luftambulanse	147	14.1.4	Kompetanse	175
11.3.5	Aktivitetsutvikling	147	14.1.5	Kvalitetsindikatorer	175
11.3.6	Responstider og dekningsgrad	150	14.2	Danmark	175
11.3.7	Nytteeffekten av legebemannet ambulans	150	14.2.1	Primærhelsetjeneste	175
11.3.8	Luftambulansens pasienter	151	14.2.2	Ambulansetjeneste	175
11.3.9	Utfordringer	151	14.2.3	Nødmeldetjeneste	176
11.4	Utvalgets vurderinger	152	14.2.4	Legebemannet utrykningstjeneste	176
11.5	Utvalgets forslag	154	14.2.5	Kompetanse	176
12	Psykisk helse og rus	155	14.2.6	Kvalitetsindikatorer	176
12.1	Psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden	155	14.3	Storbritannia	177
12.2	Legevaktepidemiologi	155	14.3.1	Primærhelsetjeneste	177
12.3	Samhandling om innleggelse	157	14.3.2	Ambulansetjeneste	177
12.4	Akutte ambulante team	157	14.3.3	Nødmeldetjeneste	177
12.4.1	Lovgrunnlaget	158	14.3.4	Kompetanse	177
12.4.2	Beredskap	159	14.3.5	Kvalitetsindikatorer	178
12.5	Fastlegers vurdering av distrikts- psykiatriske sentre	159	14.3.6	Spesielt om Skottland	178
12.6	Ambulansetjenesten og bruk av politi	159	14.4	Responstider	179
12.6.1	Transport av psykisk syke over lengre avstander	161	14.4.1	Danmark	179
12.7	Behov for kompetanseheving	162	14.4.2	Sverige	179
12.8	Utvalgets vurderinger	163	14.4.3	Storbritannia	179
12.9	Utvalgets forslag	165	15	Økonomisk-administrative	
13	Hjerneslag	166	konsekvenser	180	
13.1	Innledning	166	15.1	Innledning	180
13.2	Epidemiologi	166	15.2	Uendret ressursbruk	180
13.3	Status og utfordringer	166	15.3	Forslagene som omhandler kommunehelsetjenesten	180
13.4	Retningslinjer, registre og forskning	169	15.4	Forslagene som omhandler spesialisthelsetjenesten	183
13.4.1	Retningslinjer	169	15.5	Psykisk helse	184
			15.6	Frivillig sektor	184
			15.7	Førstehjelp	184
			15.8	Hjerneslag	184
			Bibliografi	186	

Figuroversikt

Figur 7.1	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	60	Figur 10.3	Legevaktbilen til Drammens-regionens interkommunale legevakt, uniformert etter Nklms nye retningslinjer	123
Figur 7.2	Oversikt over tidsbegreper	64	Figur 11.1	LAT kart	145
Figur 7.3	Illustrasjon: Karoline Stadheim Halvorsen	71	Figur 11.2	Gjennomførte oppdrag 2006–2014 ...	147
Figur 10.1	Den utvidete akuttmedisinske kjede	110	Figur 11.3	Gjennomførte ambulanshelikopteroppdrag 2006–2014	148
Figur 10.2	Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten, fordelt på hastegrad akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn)	113	Figur 11.4	Gjennomførte ambulansflyoppdrag 2006–2014 i Nord-Norge	149
			Figur 11.5	Gjennomførte ambulansflyoppdrag 2006–2014 i Sør-Norge ..	149
			Figur 13.1	Symptomer på hjerneslag	168

Tabelloversikt

Tabell 6.1	Omfang av innsatser fra Røde Kors Hjelpekorps 2013–2015	52	Tabell 7.2	Faktisk utrykningstid for 90 pst. av akutte ambulansoppdrag til Skien og Hjørdal i 2014	61
Tabell 7.1	Reisetidsmodellering for 90 pst. av befolkningen i Skien og Hjørdal til sykehus, legevakt, ambulans, politi og brannvesen ..	61	Tabell 9.1	Aksesstid for AMK-sentralene i 2013	97

Oversikt over bokser

Boks 6.1	Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp i helse- og rednings-tjeneste	47	Boks 10.1	Samhandlingsreformen	109
Boks 7.1	Triage	62	Boks 10.2	Under samme tak – legevakt, kommunale ø-hjelpsenger og omsorgstjenester	111
Boks 7.2	Responstid for ambulansetjenesten .	65	Boks 10.3	Austevoll-studien	114
Boks 8.1	Kunnskapsoppsummering om førstehjelpsopplæring til legfolk	72	Boks 10.4	Lenvik kommune: Når skal du ringe legevakta?	117
Boks 8.2	Grunnoppplæring i førstehjelp hos noen av aktørene	74	Boks 10.5	Hastegrader i Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp	118
Boks 8.3	Førstehjelp i skolen	79	Boks 10.6	Flere sykebesøk i Drammens-regionen	123
Boks 8.4	Trå til – kompetanseheving i hjerte-lunge-redning	79	Boks 10.7	Lege/ambulansebil i Arendal legevakt-distrikt	124
Boks 8.5	Henry – førstehjelp i barnehagen	80	Boks 10.8	Ambulant øyeblikkelig hjelp i Østre Agder	127
Boks 8.6	Mens du venter på ambulansen	84	Boks 10.9	Sykestuer i Nord-Norge og i Hallingdal	128
Boks 8.7	Skottlands strategi for håndtering av akutt hjertestans	84	Boks 10.10	Bjarkøy-modellen	129
Boks 8.8	Hjertestartere på idrettsarenaer og treningssentre	86	Boks 11.1	Transport med spesialfølge – definisjoner	140
Boks 9.1	NHS 24 i Skottland – få sekundets svartid på telefon	92	Boks 11.2	Den skotske ambulansstrategien ...	142
Boks 9.2	Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger	96	Boks 11.3	Samfunnskostnader ved alvorlige traumer – betydningen av god skadebehandling prehospitalt og i sykehus	151
Boks 9.3	Ny teknologi i AMK-sentralene	97	Boks 13.1	Stine (7) reddet mammas liv	167
Boks 9.4	Utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene	98	Boks 13.2	Symptomer på hjerneslag og bruk av FAST	168
Boks 9.5	Undersøkelse av AMK-lydlogger	101	Boks 14.1	Responstider Region Hovedstaden ..	179

Kapittel 1

Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte

1.1 Bakgrunn for mandatet

Regjeringen oppnevnte i 2013 et offentlig utvalg med mandat å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Det var da over 15 år siden NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap og NOU 1998: 8 Luftambulansetjenesten i Norge var lagt fram. Det var behov for en ny gjennomgang. Tidligere utredninger har i liten grad belyst hva som kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv i situasjoner med akutt sykdom og skade. Det var derfor behov for en utredning som også kunne belyse befolkningens, andre etaters, arbeidslivets, skolens og frivillig sektors rolle i akuttmedisinske situasjoner.

1.2 Mandat for utredningen

Formål med utredningen: Beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade.

Utfordringsbildet – hvorfor utvalg nå:

- Det er ulikheter i kompetanse og tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester, for eksempel er det uttrykt bekymring for ulik kompetanse i legevakttjenesten og ulik tilgjengelighet til luftambulansetjenester
- Endringer i akuttfunksjoner ved lokalsykehusene skaper utrygghet
- Det er behov for å avklare frivillig sektor og andre etaters rolle i akuttberedskapen og etablere felles strategier og tiltak på tvers av organisasjoner
- Skole og arbeidsliv har viktige roller som bør beskrives nærmere
- Det er behov for å sette befolkningen bedre i stand til å hjelpe seg selv og andre som ledd i en helhetlig tilnærming
- Det er ulike utfordringer knyttet til den kommunale legevakten, og det er behov for å vur-

dere en bedre utnyttelse av de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene i den pre-hospitale akuttberedskapen. I dette inngår også rollen til kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Utvalget skal se på:

1. Hva kan gjøres for å sette befolkningen bedre i stand til å hjelpe seg selv og hjelpe andre ved akutt sykdom og skade?
2. Hva kan gjøres på skoler og arbeidsplasser og i idrettslag?
3. Andre etaters rolle (eks kommunalt brannvesen)
4. Frivillig sektors (Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norsk Luftambulansetjeneste, Redningsselskapet) rolle med hensyn til folkeopplysning, kurs og kompetanseheving, førstehjelp
5. Den akuttmedisinske kjede
 - a) Legevakt
 - b) Fastlegene
 - c) Hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie)
 - d) Kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud
 - e) Ambulansetjenesten
 - f) Luftambulansetjenesten
 - g) AMK og legevaktsentraler
6. Utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene. Minst ett forslag skal baseres på uendret ressursbruk innen området.

Når utvalget ser på legevakt, skal det utarbeide et forslag til nasjonale krav for legevakt, herunder krav til simulering/trening for faglig oppdatering.

Utvalget skal avklare roller, se på behov for folkeopplysnings- og kompetansehevingstiltak, utrede samarbeidsformer, etablere felles strategier og tiltak på tvers av organisasjoner, og gjennomgå dagens regelverk.

Utvalget skal sørge for bred involvering av alle relevante aktører i sitt arbeid.

Avgrensning og tilgrensende arbeid

Utredningen skal omhandle akutt sykdom og skade som rammer den enkelte, ikke større hendelser. Utredningen skal omfatte både somatikk, psykisk helse og rus. Arbeidet skal ikke omfatte sykehusenes akuttmedisinske tilbud, fordi det foregår egne prosesser på dette området. Blant annet har Helsedirektoratet fått oppdrag om å utarbeide en veileder for somatiske akuttmottak og om å vurdere et felles nasjonalt kategoriserings- (triage) system for AMK og legevaktsentra-ler. Det pågår også en pilot om felles nødnummer og felles nødsentraler ved SAMLOK i Drammen. Utvalget må se hen til disse tilgrensende prosese-ene i utviklingsarbeidet som gjøres.

Forslag til revidert akuttmedisinforskrift er planlagt sendt på høring i løpet av høsten og vil legge føringer for utvalgets arbeid.

Arbeidet skal være konsentrert om tiltak for å håndtere akutt skade eller sykdom, og skal derfor ikke omfatte behov for øyeblikkelige omsorgstje-ner av andre årsaker.

Det vises til pågående arbeid (NOU) med organisering av tolketjenester, og utvalget bør se hen til dette arbeidet.

Ferdigstillelse av utredningen

Utvalget gis to år for utarbeidelse av NOU.

1.3 Delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet

Våren 2014 ga Helse- og omsorgsdepartementet utvalget i oppdrag å levere en rapport som kunne inngå i departementets arbeidet med stortings-melding om primærhelsetjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan. Rapporten fra Akuttutval- get skulle ta utgangspunkt i utvalgets mandat og utfordringsbilde. Omtalen av legevakt skulle omhandle forslag til krav til legevakt. Akuttutval- get leverte sin rapport til Helse- og omsorgsdepar-temenet 31. oktober 2014. Rapporten ble sendt på høring.

1.4 Utvalgets sammensetning

Utvalgets 16 medlemmer:

- Ann-Kristin Olsen (leder), fylkesmann i Vest-Agder

- Erik Zakariassen, ph.d., forsker, Stiftelsen Norsk Luftambulanse, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- Astrid Waaler Kaas, kontorsjef ved institutt for lærerutdanning og skoleforskning, UiO. Styremedlem i Norges idrettsforbund (2011–2015)
- Pål Madsen, spesialist i anesthesiologi, medisinsk rådgiver, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS
- Ole Gladsø, leder for Landsråd Hjelpekorps, Røde Kors
- Torgeir Engelhardt Andersen, daglig leder i Drammensregionens brannvesen IKS
- Barbro Lill Hætta, kommuneoverlege for kommunene Evenes, Tjeldsund og Skånland
- Hans Martin Aase, avdelingsleder i Fagforbundet
- Karen Junker, ph.d, utdanningsdirektør, Fylkesmannen i Aust-Agder
- Sverre Rørtveit, spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Bekkjærвик legekontor
- Rune Hallingstad, tidligere avdelingsdirektør i Kommunenes sentralforbund (KS), rådmann i Sør-Odal kommune
- Karoline Stadheim Halvorsen, tidligere prosjektleder i Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, førstehjelpsinstruktør i Norsk Folkehjelp
- Håkon Gammelsæter, tidligere administrerende direktør i Ambulanse Midt-Norge HF, seniorrådgiver i Helse Midt-Norge RHF
- Christian Lund, spesialist i nevrologi, overlege dr. med, Oslo universitetssykehus HF
- Ohene Aboagye, regiondirektør i IMDi Vest
- Ewa Ness, spesialist i psykiatri, leder av Psykiatrisk legevakt i Oslo, seniorrådgiver, Oslo universitetssykehus HF

Spesialkonsulent Eli Johanne Lundemo måtte av personlige grunner trekke seg fra utvalget. Ewa Ness ble oppnevnt som utvalgsmedlem 26. mai 2014.

Utvalgets sekretariat ble ledet av seniorrådgiver Jan Magne Linnsund fra Helsedirektoratet. I tillegg har sekretariatet bestått av avdelingsdirek-tør Cecilie Mo Batalden, Helse- og omsorgsdepar-temenet og seniorrådgiver Siv Lunde, Helse- og omsorgsdepartementet. Seniorskonsulent Grethe Hatland, Helse- og omsorgsdepartementet, har bistått sekretariatet.

1.5 Utvalgets tolkning av mandatet

Utvalget er gitt et omfattende og bredt mandat. Noen av temaene er så omfattende at de kunne vært gjenstand for egne utredninger, og noen av temaene er i liten grad belyst tidligere. Det gjelder spesielt befolkningsperspektivet, de frivilliges rolle og hva som kan gjøres på skoler, andre etater, arbeidsplasser og i idretten. Det har ikke vært mulig å gi et fullgodt bilde av alle aktivitetene som foregår på disse områdene i den tidsrammen utvalget har hatt til rådighet.

De prehospitale tjenestene er preget av manglende nasjonale data. Det gjør det krevende å underbygge faglige vurderinger, noe som også er blitt påpekt i tidligere utredninger. Manglende data gjør det vanskelig å belyse hvordan endringer i f.eks. akuttberedskap i sykehus konkret kan påvirke bruken av prehospitale tjenester.

Utvalgets arbeid skal ikke omfatte sykehuses akuttmedisinske tilbud fordi det foregår egne prosesser på dette området, blant annet har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide veileder for somatiske akuttmottak og å vurdere et felles nasjonalt kategoriseringssystem for AMK- og legevaktsentraler. Utvalget har derfor ikke gått nærmere inn på organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene, men har beskrevet grensesnitt mot akuttmottakene. Utvalget vil understreke viktigheten av godt organiserte og ledede akuttmottak. Utvalget oppfatter at AMK- og legevaktsentraler inngår i mandatet, jf. punkt 5g i utvalgets mandat.

Under avgrensninger framgår det at utvalget skal se på akutt skade og ulykker som rammer den enkelte. Av den grunn har utvalget ikke gått nærmere inn på temaer som helse- og omsorgspersonells kunnskap om arbeid på skadested ved store ulykker og ekstraordinære hendelser.

1.6 Utvalgets arbeid

Av mandatet framgår det at utvalget skal sørge for bred involvering i sitt arbeid. Dette er det blitt lagt vekt på i møtevirksomheten. Utvalget har til sammen avholdt 17 møter med i alt 28 møtedager. Møtene er lagt opp med innledere etterfulgt av diskusjon i utvalget.

Første møte, 8. januar 2014 (Oslo), ble innledet av helse- og omsorgsminister Bent Høie. Cathrine Meland (Helse- og omsorgsdepartementet) gjennomgikk mandatet. I tillegg ble arbeidsform og praktiske spørsmål gjennomgått og drøftet.

11. og 12. februar 2014 (Oslo). Mette Bakkeli (Helse- og omsorgsdepartementet) og Jan Erik Nilsen (Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)) belyste erfaringene fra arbeidet med NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Petter Øgar (Helse- og omsorgsdepartementet) holdt innlegg om samhandlingsreformen og utfordringer i helsetjenesten med vekt på akuttmedisinske tjenester. Helga Katarina Haug og Torstein Ouren (Helsedirektoratet) presenterte erfaringene med etablering og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud. Utvalgsmedlem Hans Martin Aase og Bjørn Jamtli (Helsedirektoratet) presenterte rapporten En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenester med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Utvalgsmedlem Sverre Rørtveit presenterte sin forskning om akuttmedisin i en utkantkommune. Terje Olav Øen (Helsedirektoratet) presenterte prosjektet om nasjonalt legevaktnummer.

10. mars 2014 (Oslo). Siw Lilly Osmundsen orienterte om Norsk Førstehjelpsråds arbeid. Steinar Olsen (Helsedirektoratet) holdt presentasjon om temaet frivillighet. Utvalgsmedlem Astrid Waaler Kaas og Per Tøien (Norges Idrettsforbund) holdt innlegg om idrettens rolle. Utvalgsmedlem Ole Gladsø holdt innlegg om Røde Kors' førstehjelpsopplæring av publikum. Utvalgsmedlem Karoline Stadheim Halvorsen holdt innlegg om Norsk Folkehjelps arbeid med førstehjelpsopplæring. Utvalgsmedlem Christian Lund holdt innlegg om akutt behandling av hjerneslag. Odd Erik Skinnemoen (Vestre Viken HF) holdt innlegg om Akutttilbudet i psykisk helse og rus.

28. og 29. april 2014 (Trondheim). Akuttutvalget og nasjonal rådgivende gruppe for medisinsk nødmeldetjeneste hadde fellesmøte. Mads Gilbert (Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)), Oddvar Hagen (Senter for samhandling og telemedisin) og Jon Erik Steen-Hansen (Sykehuset i Vestfold HF) holdt innlegg. Fellesmøtet ble etterfulgt av et ordinært utvalgsmøte med innlegg ved Kirsten Moe Haga (St. Olavs Hospital) og påfølgende omvisning på AMK-sentralen, legevakt og akuttmottak. Andre møtedag holdt Steinar Hunskaar (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)) innlegg om framtidens legevakt. Utvalgsmedlem Håkon Gammelsæter holdt innlegg om ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Utvalgsmedlem Pål Madsen holdt innlegg om luftambulansetjenesten. Stein Kristian Lereim (Risvøllan legesenter) fortalte om konseptet time-på-dagen. Møtet ble avsluttet med innlegg fra Roger Ivar Knotten (Ambulanse Midt-Norge HF) og Leiv

Muruvik Vonen (Stjørdal kommune) samt omvisning i lokalene som deles av legevakt og ambulansetjeneste.

10., 11. og 12. juni 2014 (Tromsø, Alta, Kautokeino). Helen Brandstorp, Birgit Abelsen og Margrete Gaski (Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)) holdt innlegg om akuttmedisin fra et distriktsmedisinsk synspunkt. Mads Gilbert (UNN) holdt innlegg om prehospitaltjenester. Helga Kramvik og Anton Giæver presenterte legevakten i Tromsø. Andre møtedag fortalte Ole Antoni Hætta om erfaringer fra prosjektet Mens du venter på ambulansen. Deretter fortalte ordfører Klemet Erland Hætta om akuttmedisinske tjenester i et fylke med særskilte utfordringer når det gjelder geografi og vær. Sara Kristine Loso og Anna Sokki Bongo orienterte om øyeblikkelig hjelp-tjenestene i Kautokeino kommune. Tredje møtedag holdt Kenneth Johansen og Magnus Hjortdahl innlegg om Altamodellen og Alta legevakt. Utvalgsmøtet ble avsluttet med besøk på luftambulansbasen i Alta med innlegg om luftambulansen ved Stig Aksel Opgård og innlegg om prehospitaltjenester av Jørgen Nilsen (begge fra Finnmarkssykehuset HF).

2. september 2014 (Oslo). Utvalget gjennomgikk diskusjonsnotater og eksterne rapporter.

23. og 24. september 2014 (Oslo). Steinar Hunskaar (Nklm) presenterte rapporten Nasjonale krav til legevakt og framtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Hans Morten Lossius (Stiftelsen Norsk Luftambulans) holdt innlegg om helhetlige akuttmedisinske tjenester. Andre møtedag holdt Kristin Lossius (Helse- og omsorgsdepartementet) presentasjon om arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. Utvalgsmedlem Ewa Ness holdt innlegg om akuttmedisinske tjenester i psykisk helsevern og rusbehandling. I tillegg var det diskusjoner om utkast til delrapport.

17. oktober 2014 (Oslo). Erik K. Normann (Stiftelsen Norsk Luftambulans) holdt innlegg om kapasitet og basestruktur i luftambulansetjenesten. Utvalget diskuterte utkast til delrapport.

28. og 29. oktober 2014 (Oslo). Utvalget gjennomgikk og drøftet siste utkast til delrapport.

8. januar 2015 (Oslo). Petter Øgar (Helse- og omsorgsdepartementet) innledet til diskusjon om utvalgets delrapport. Utvalgsmedlemmene Karen Junker, Karoline Stadheim Halvorsen, Ole Gladsø, Astrid Waaler Kaas og Erik Zakariassen holdt innlegg om hvordan befolkningen kan dyktiggjøres når akutt sykdom og skade oppstår. Heidi Merete Rudi (Statens Helsetilsyn) holdt innlegg om tilsynssaker i de prehospitaltjenester, aksesstider mv.

11. og 12. februar 2015 (Stavanger). Tom Ole Dalsrud (Stavanger Legevakt) fortalte om erfaringene med kjernejournal. Ragnhild Stadheim (Røde Kors) fortalte om prosjektet Henry (førstehjelp for barnehagebarn). Olav Eielsen (Helse Stavanger HF) orienterte om AMK/virtuell AMK og Oddmund Aase (Nasjonal IKT) holdt innlegg om ny teknologi i AMK. Lokal førstehjelpsgruppe i Norsk Folkehjelp på Strand og Forsand ved Jon Brunvær holdt presentasjon om frivillig redningstjeneste i et helseperspektiv. Kåre Øygarden (Jæren Øyeblikkelig hjelp) fortalte om erfaringer etter ett års drift med kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser. Andre møtedag ble avholdt i SAFERs lokaler. Møtedagen ble innledet av Tore Lærdal (Lærdalstiftelsen). Geir Sverre Braut (Universitetet i Stavanger/Helse Stavanger HF) holdt innlegg om samfunnssikkerhet og akuttmedisin. Eldar Søreide og Conrad Bjørshol (Helse Stavanger HF) holdt innlegg om overlevelse ved hjertestans utenfor sykehus og akuttmedisinsk forskning i Stavangerregionen. Tore Lærdal, Wenche Mathiesen (Stiftelsen Norsk Luftambulans) og Kristian Lexow (Helse Stavanger HF) holdt innlegg om publikumsinnsats ved hjertestans og skoleundervisning. Kristian Lexow holdt også innlegg om Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, hjertestarterregister og akuttgjelpere.

Hege Langli Ersdal (Universitetet i Stavanger/SAFER) holdt innlegg om hjerte-lunge-redning (HLR) på barn. Tom Meyer (Rogaland Brann og Redning) holdt innlegg.

19. mars 2015 (Drammen). Hans Kristian Madsen (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)) holdt innlegg om brannstudien og rapportens grensesnitt mot helsetjenesten. Erik Liaklev (Justis- og beredskapsdepartementet) holdt innlegg om Nasjonalt nødmeldingsprosjekt. Dette ble etterfulgt av en orientering fra de tre operative lederne for brann, politi og helse om erfaringene med samlokalisering i området Vestre Viken. Gjermund Christiansen og Kristian Rosvold (Drammensregionens brannvesen IKS) fortalte om brannvesenets erfaringer som akuttgjelpere. Hilde Lovett og Robindra Prabhu (Teknologirådet) holdt en presentasjon om bruk av teknologi i prehospitaltjenester. Jon-Erik Steen Hansen (Sykehuset Vestfold HF) holdt innlegg om Nasjonalt Nødmeldingsprosjekt sett fra helse-tjenestens synsvinkel.

7. mai 2015 (Oslo). Alice Beathe Andersgaard (Helse Sør-Øst RHF) holdt innlegg på vegne av de regionale helseforetakene om prehospitaltjenester. Sekretariatet gjennomgikk ny akuttmedisinforskrift. Geir Kristoffersen og Arne Stokke

(Sykehuset Innlandet HF) holdt innlegg om erfaringene fra seks til en AMK-sentral i Hedmark og Oppland. Tom Hansen (Stiftelsen Norsk Luftambulans) fortalte om erfaringene fra prosjektet Mens du venter på ambulansen. Asgeir Kvam og Siw Lilly Osmundsen (Norsk Førstehjelpsråd) holdt innlegg om opplæring av førstehjelp.

8., 9. og 10. juni 2015 (Skottland). Utvalget besøkte NHS 24 og fikk orientering og omvisning ved Fiona Pegg. Deretter besøkte utvalget Scottish Ambulance Service. Gareth Clegg redegjorde for Skottlands strategi for høyere overlevelse ved hjertestans. Stephanie Phillips fortalte om bruk av virksomhetsdata i utviklingen av ambulansetjenesten. Stephen Pollachi fortalte om erfaringer med bruk paramedic practioners i rurale områder. Møtet ble avsluttet med diskusjon og avklarende spørsmål. Dagen etter besøkte utvalget NHS Highland for å høre om akuttmedisinske tjenester i rurale strøk. Det var presentasjoner fra Ken Proctor, Kenny Oliver og Antonia Reed. Dagen ble avsluttet hos Scottish Mountain Rescue. Dagen etter var det interne drøftinger i utvalget.

27. og 28. august 2015 (Oslo). Anne Kari Lande Hasle (Helse- og omsorgsdepartementet) holdt innlegg om tolking i offentlig sektor. Anders Grimsmo (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)) holdt innlegg om øyeblikkelig hjelp i kommunehelsetjenesten. Jo Kramer Johansen (NAKOS) holdt innlegg om hjertestans som indikator på effektiv akuttkjede.

17. september 2015 (Oslo). Utvalget gjennomgikk utkast til NOU.

14. og 15. oktober 2015 (Oslo). Utvalget gjennomgikk utkast til NOU.

Møter utover ordinære utvalgsmøter

I januar 2015 besøkte Hans Martin Aase, Pål Madsen, Håkon Gammelsæter og sekretariatet Prehospitalt senter på Oslo universitetssykehus HF. Temaet for møtet var erfaringer med enmannsbe- tjente paramedisenheter, erfaringer med etablering av syke-transportbiler, kriterier for fordeling av oppdrag mellom AMK og pasientreiser og bruk av legeressursene i de prehospitalt tjenestene.

I april 2015 besøkte Hans Martin Aase, Christian Lund, Håkon Gammelsæter, Pål Madsen og sekretariatet Danmark for å se på elektronisk ambulansjournal i Region Nord-Jylland og organiseringen av slagbehandlingen ved Århus Universitetssykehus. I tillegg besøkte sekretariatet prehospitalt senter i Region Hovedstaden for å se nærmere på organiseringen av AMK og lege- vakttelefon.

I mai 2015 besøkte utvalgsmedlemmene Rune Hallingstad, Sverre Rørtveit, Pål Madsen, Håkon Gammelsæter, Hans Martin Aase og sekretariatet Sandnessjøen for å se nærmere på organiseringen av båtambulansetjenesten. Møtet ble arrangert i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Til- stede på møtet var representanter fra Helse Nord RHF, Helgelandssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF, Redningsselskapet og omkringlig- gende kommuner.

Sekretariatet har sammen med utvalgs- medlemmet Karen Junker hatt møte med Utdan- ningsdirektoratet og sekretariatsleder for Ludvig- senutvalget, Hege Nilssen, om kunnskap i skolen. Sekretariatet har sammen med utvalgsmedlem- mene Karen Junker, Ole Gladsø og Karoline Stad- heim Halvorsen hatt møte med KS om hva som kan gjøres i skolen for å sette befolkningen i stand til å ta vare på seg selv ved akutt sykdom og skade.

Sekretariatet har sammen med utvalgsmed- lemmene Hans Martin Aase, Torgeir Engelhardt Andersen, Pål Madsen, Karoline Stadheim Halvor- sen og Håkon Gammelsæter hatt et halvdagsmøte med NAKOS om temaet responstider.

Ann-Kristin Olsen, Pål Madsen og Cecilie Mo Batalden har hatt møte med Østre Agder-samar- beidet om ambulans øyeblikkelig hjelp.

Sekretariatet har hatt møte med Næringslivets sikkerhetsorganisasjon.

Deltakelse på ulike arenaer

Utvalgsleder og sekretariat har invitert ulike insti- tusjoner og organisasjoner som har kunnet gi inn- spill til utvalgets arbeid. Blant disse kan nevnes:

- Kommunenes sentralforbund (KS)
- Legeforeningen
- Sykepleierforbundet
- Delta
- Fagforbundet

Sekretariatet har hatt møte med Nasjonalt Kunn- skapsenter for helsetjenesten om hva som finnes av pasientfaringsundersøkelser, kvalitetsindika- torer mv. for den akuttmedisinske kjeden.

Sekretariatet har presentert Akuttutvalgets mandat for kontaktforum for brukere i helse- og omsorgstjenesten.

Sekretariatsleder har hatt innlegg for Frivillige organisasjoners redningsfaglig forum (FORF). I tillegg har sekretariatsleder hatt innlegg på Stiftel- sen Norsk Luftambulanses rådsmøte samt innlegg på Norsk Samfunnsmedisinsk årsmøtekurs.

Utvalgsleder holdt innlegg på Ambulanseforums konferanse i 2014. På legevaktkonferansen på Svalbard i mars 2015 holdt utvalgsleder og sekretariatsleder innlegg, og sekretariatet arrangerte en workshop for legevaktsledere. Sekretariatsleder holdt i mars 2015 innlegg på NAKOS' miniseminar med tittelen Emergency medicine in the society – how to engage and collaborate. Sekretariatsleder holdt innlegg på konferansen Mot lysere tider i 2015.

Sekretariatet har besøkt legevaktene i Oslo, Drammen og Stavanger for å få innspill til utvalgets arbeid. Sekretariatet har deltatt på et av traumeutvalgets møter for å utveksle synspunkter og sikre koordinering av arbeidene. Sekretariatet har hatt møte med Teknologirådet for å få innspill. Ett av sekretariatsmedlemmene deltok på en internasjonal ekspertkonferanse i regi av Lærdalstiftelsen om implementering av den prehospitale akuttkjeden ved hjerstestans.

Møte med pasient- og pårørendeorganisasjonene

Utvalgsleder, utvalgsmedlem Karoline Stadheim Halvorsen og sekretariatet hadde møte med pasient- og brukerorganisasjoner for å få innspill om hva som kan forbedres i den akuttmedisinske kjeden ut fra et bruker- og pårørendeperspektiv. Noen momenter fra møtet var at:

- Pasientforløpene mellom de prehospitale tjenestene og sykehus må bli bedre. Faktorer som bidrar til dårlige pasientforløp er manglende kompetanse i den kommunale helsetjenesten og manglende IKT-systemer. Det er behov for å heve kompetansen i legevakt og i sykehjem. Det er nødvendig å få på plass kjernejournal og en elektronisk ambulansjournal som gjør at ambulansetjenesten og akuttmottaket kan kommunisere elektronisk.
- Det er behov for å øke befolkningens og fastlegenes kunnskap om hjerneslag.
- Det er nødvendig med verdige transportordninger for pasienter i psykisk helsevern. Bruk av politi bør reduseres.
- Legevaktens kompetanse bør styrkes for å kunne gi psykisk syke pasienter et bedre tilbud. Det bør være utvidet åpningstid og telefonid ved DPS.
- Pasienter med rusmiddelavhengighet opplever flere steder lite sammenhengende behandlingsforløp. Det er nødvendig med sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.

- Prinsippene for taushetsplikt må være de samme uavhengig av om pasienten har fått hjerteinfarkt eller er innlagt på grunn av en overdose.

Utredninger og ekspertnotater

Utvalget har innhentet ny kunnskap som ledd i arbeidet med utredningen. Sekretariatet har på vegne av utvalget bestilt følgende utredninger og ekspertnotater:

- NAKOS: Rapport om status, utfordringer og utvikling av de prehospitale fag- og tjenesteområdene.
- Nklm: Utredning med forslag til nasjonale krav til legevakt og framtidens øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene.
- NSDM: Utredning om framtidens øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tilbud i utkantområder.
- Lege, ph.d. Ingrid Hjulstad Johansen: Ekspertnotat om problemstillinger i krysningspunktet mellom psykisk sykdom, rus og legevakt.
- Institutt for helse og samfunn, UiO: Vurdere de samfunnsmessige virkningene av en styrket prehospital innsats.
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI): Ekspertnotat om status, utfordringer og tiltak knyttet til innvandrere og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Kunnskapsoppsummering om effekt av førstehjelpsopplæring på skoler, arbeidsplasser, frivillige organisasjoner og idrettslag.
- Helsedirektoratet: Drøftingsnotater om AMK-sentraler og LV-sentraler.
- Helsedirektoratet, Norsk pasientregister: Elektronisk kartløsning over de akuttmedisinske tjenestene.
- Helseøkonomisk analyse AS: Konsekvenser av å innføre fastlønn i legevakt.

1.7 Sentrale begreper

Helseforetak og kommuner har sammen et ansvar for å sikre et godt akuttmedisinsk tilbud. Begrepet akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er ikke definert i gjeldende akuttmedisinforskrift. Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005) og Helsedirektoratets definisjonskatalog (2012) bruker dette begrepet om medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Begrepet brukes på samme måten i denne utredningen.

Med akuttmedisinsk beredskap menes planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.

Akuttutvalgets mandat omfatter også fastlegene og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. I denne utredningen brukes begrepet prehospitale tjenester om de tjenestene utenfor sykehus som er eller kan bli involvert i håndteringen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Disse er fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen (inkludert kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud), nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral) og ambulansetjeneste (bil-, båt- og luft). Alle disse tjenestene er ikke nødvendigvis til enhver tid innrettet for eller i beredskap for akuttmedisinsk innsats, slik de akuttmedisinske tjenestene er.

Adjektivet prehospital brukes i denne utredningen i enkelte sammenhenger rundt hendelser, handlinger, tjenester og personell utenfor sykehus og er oftest relatert til pasientforløp som ender i sykehus.

Begrepet øyeblikkelig hjelp benyttes i lovverket og i mange offentlige dokumenter, men er ikke definert i akuttmedisinforskriften. I denne utredningen omtales øyeblikkelig hjelp som helsehjelp som gis pasienter som er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrevende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse er definert i Helsedirektoratets definisjonskatalog. Her framgår det at øyeblikkelig hjelp innebærer henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon der pasienten har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012).

Begrepet akutt benyttes av AMK- og legevaktssentraler om situasjoner som krever helsetjenestens raskeste og mest kompetente respons i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Denne hastegraden settes når det er mistanke om at vitale funksjoner er truet, dvs. at pasienten er i livsfare. Begrepet akutt er altså et snevrere begrep enn øyeblikkelig hjelp og benyttes når rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.

Akuttmedisin er i henhold til akuttmedisinforskriften (2015) medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Begrepet benyttes på samme måte i denne utredningen.

Med ambulansetjeneste menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikoptre og ambulansfly) som inngår i regionale helseforetaks akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking. Begrepet benyttes altså ikke om helsetjenestens kjøretøy som transporterer pasienter på bære, men som ikke har behov for slik behandling eller overvåking (syketransportbiler). Slike tjenester faller utenfor forskriftens kompetansekrav til personellet.

Medisinsk nødmeldetjeneste er definert i kapittel 9. I medisinsk nødmeldetjeneste inngår kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113).

Akuttmedisinforskriften definerer kommunal legevaktordning som virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Begrepet benyttes på samme måte i denne utredningen.

Førstehjelp defineres som den første hjelpen alle kan gi ved akutt skade og sykdom, mens begrepet livreddende førstehjelp kan defineres som førstehjelpstiltak som utføres når vitale funksjoner er truet på grunn av akutt sykdom eller skade.

Begrepene akuttgjelder og first responder er nærmere beskrevet i kapittel 8.

1.8 Utredningens oppbygning

Kapittel 1 beskriver utvalgets mandat, utvalgets tolkning av mandatet og sentrale begreper i utredningen. Kapittel 2 er sammendrag av utvalgets forslag og vurderinger. Kapittel 3 gjennomgår sentrale verdier for tjenesten. Kapittel 4 beskriver utviklingstrekk og strukturer som understøtter de prehospitale tjenestene. Kapittel 5 beskriver felles utfordringer. Kapittel 6 beskriver frivillig sektor og de frivilliges rolle i akuttmedisinsk beredskap. Kapittel 7 beskriver kvalitet og pasientsikkerhet og behovet for et bedre datagrunnlag i de prehospitale tjenestene. Kapittel 8 beskriver strategi for å

redde liv – med utgangspunkt i hva befolkningen kan gjøre for å hjelpe seg selv og andre ved akutt sykdom og skade. Kapittel 9 beskriver medisinsk nødmeldetjeneste. Kapittel 10 beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. Kapittel 11 handler om ambulansetjenesten. Kapittel 12

beskriver prehospitale tjenester i psykisk helsevern og rus. Kapittel 13 handler om hjerneslag. Kapittel 14 beskriver prehospitale tjenester i andre land. Kapittel 15 beskriver økonomiske og administrative konsekvenser.

Kapittel 2

Sammendrag

Innledning

Norge har i utgangspunktet en god akuttberedskap, men det er behov for et nasjonalt løft for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden. Hensikten er å ivareta befolkningens trygghet ved akutt sykdom og skade.

Utvalgets inntrykk er at de viktigste verdiene er ivaretatt i den akuttmedisinske kjeden. Det er imidlertid geografiske forskjeller, og det er utfordringer knyttet til tilgjengelighet til de akuttmedisinske tjenestene i en del av de minst sentrale områdene i landet. Det har vært viktig for utvalget å fremme forslag som kan bidra til å redusere disse forskjellene.

Utvalget mener det er god samfunnsøkonomi å møte akutt sykdom og skade tidligst mulig med høy fagkompetanse og en effektiv transporttjeneste. Tidlig prehospital undersøkelse og behandling og rask transport til rett nivå i helse-tjenesten kan være livreddende og fører også til raskere rehabilitering, mindre funksjonstap og bedre helse på sikt. Ved siden av forebyggende tiltak, innebærer investering i tiltak før sykehusinnleggelsen store besparelser i pleie- og omsorgssektoren og på trygdebudsjettet. Hjerneslag, psykiske lidelser og rus er områder som spesielt trekkes fram i rapporten, og der utvalget ser et stort potensial for bedre helse for pasientene og en lavere ressursbruk for samfunnet.

Delingen av ansvaret for akuttmedisinske tjenester mellom to forvaltningsnivåer skaper utfordringer. Beslutningsprosessene i kommuner og helseforetak er ofte lite koordinert. Utvalget mener det er en særskilt utfordring at helseforetak og kommuner har en tendens til samtidig å sentralisere sine tilbud. Dersom ett nivå er underdimensjonert eller uten tilstrekkelig kompetanse til å ta fullt ansvar for pasienten, øker risikoen for svikt i hele akuttkjeden. Rett dimensjonering av tjenestene er derfor viktig. Mangelfullt forpliktende samarbeid mellom partene kan gi rom for et svarteperspill. Utvalget foreslår at kommuner og helseforetak utarbeider felles akuttmedisinske

planer og at denne plikten nedfelles i en revidert akuttmedisinforskrift.

Befolkningen er en viktig aktør i akuttkjeden. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak, samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig. Utvalget foreslår et program for livslang læring som innebærer tilpasset førstehjelpsopplæring for barn og unge i barnehage, skole, gjennom idretten, og som treffer den voksne og eldre delen av befolkningen i ulike faser av livet i arbeidslivet og i frivillige organisasjoner.

Den profesjonelle helsetjenesten kan ikke alltid nå tidsnok fram, og flere steder er det langt til sykehuset. Det må etableres beredskap for livbergende tiltak lokalt basert på analyser. Ulike kommunale ressurser må mobiliseres, og frivillige organisasjoner må sikres muligheten for å spille en stor rolle også i framtiden.

Den medisinske nødmeldetjenesten må profesjonaliseres og styrkes med langt bedre støtteverktøy enn de har i dag.

Funksjonsendring og differensiering av akuttilbudet ved små og store sykehus forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. En effektiv bil-, båt- og luftambulansetjeneste får økende betydning i framtiden og vil være en forutsetning for å kunne gjennomføre strukturendringer i helsetjenesten på en trygg måte.

Kompetansen i tjenesten må utvikles videre, og utvalget peker spesielt på bilambulansepersonellet.

Store avstander og manglende transportløsninger medfører at leger langt sjeldnere enn før reiser i sykebesøk og rykker ut ved akutte hendelser. Utvalget mener at denne trenden må snus i et nært samarbeid med helseforetakene. Ambulanspersonell og legevakt utgjør et godt utgangspunkt for akuttmedisinske team de fleste steder i landet.

Det forskes for lite på akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Kunnskapen om virkninger av økt innsats prehospitalt og hva som vil være de

beste tiltakene i framtiden, er mangelfull. Sviktende datagrunnlag har medvirket til at effekter av utvalgets forslag har vært vanskelig å få utredet. Det bør snarest innføres et sammenhengende elektronisk dokumentasjonssystem for de prehospitaltjenestene. Det må etableres et nasjonalt kompetansemiljø med tilstrekkelig kapasitet til analysearbeid, forskning og utviklingsarbeid. Implementering av ny fagkunnskap krever god ledelse. Utvalget mener at ledelsen i de utøvende tjenestene må styrkes på flere områder.

Utvalget foreslår at responstidskrav for de ulike tjenestene inngår i et helhetlig kvalitetsindikatorsett, ikke som et krav i forskrift. Tjenestene må forpliktes til å dokumentere sine resultater, og disse må gjøres offentlig tilgjengelig. Også i dette arbeidet må kommuner og helseforetak samarbeide og stå felles ansvarlig for at de akuttmedisinske tjenestene er gode nok.

Kapittel 3 Verdier og muligheter

Norge har langt på vei greid å utvikle en helsetjeneste som har høy kvalitet, og utvalget har i sitt arbeid lagt 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 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, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Akuttutvalget har lagt vekt på målet om likeverdige helsetjenester i arbeidet. En politikk for utvikling av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus må balansere hensynet mellom nærhet og kvalitet og medisinsk-faglig kompetanse.

Kapittel 4 Struktur og utviklingstrekk

I dette kapitlet blir lovgrunnlaget for de prehospitaltjenestene gjennomgått med vekt på forsvarlighetskrav, internkontroll og behov for økt samarbeid innenfor den akuttmedisinske kjede. Både den reviderte akuttmedisinforskriften og fastlege-

forskriften blir omtalt. Kapitlet er beskrivende og inkluderer omtale av hvordan de prehospitaltjenestene er finansiert.

Statens styring av de to forvaltningsnivåene er basert på ulike styringsformer. Dette medfører at det er gode muligheter for nasjonale og regionale grep i helseforetakenes akuttjenester, men svakere muligheter for tilsvarende tiltak i kommunenes øyeblikkelig hjelp-tjenester.

Viktige utviklingstrekk av betydning for prehospitaltjenester er en høy befolkningsvekst de neste 20–30 årene sammen med en tydelig aldring i befolkningen. Befolkningsveksten er høy i hele landet, men størst i byene og i bynære områder. Norsk økonomi står foran en viktig omstilling de neste årene med reduserte oljeinntekter, samtidig som behovet for personell til helse- og omsorgssektoren vokser kraftig. Helsetjenesten står foran en rivende teknologisk utvikling.

Kapittel 5 Felles utfordringer

Det prehospitalt rom utvides ved at mer av pasientutredning og behandling skjer utenfor sykehus. 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.

Utvalget mener det er nødvendig at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenester. Plikten til å utarbeide felles planer må forskriftsfestes. Det må gjøres klart at kommuner og helseforetak ikke kan endre dimensjoneringen av sin akuttmedisinske beredskap uten at det skjer i samarbeid og dialog.

Utvalget framhever at endringer i sykehusstruktur som oftest innebærer flere oppgaver og økt ressursbruk i prehospitaltjenester, særlig ambulansetjenesten. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i ambulansetjenesten er en forutsetning for at nye strukturendringer kan gjennomføres med ønsket resultat.

Utvalgets ambisjon er en akuttmedisinsk tjeneste der alle aktører samarbeider om felles planlegging av 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 mener at dyktig ledelse i kommuner og helseforetak på alle nivåer er viktig for å oppnå dette. De regionale helseforetakene bør etablere et nasjonalt prehospitalt lederorgan for å sikre bedre samordning av tjenestene.

Kapittel 6 Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap

I kapittel 6 gjennomgås frivillig sektors rolle i den akuttmedisinske kjede. Frivillig sektor bidrar med store verdier til samfunnet, og frivillige organisasjoner innen velferdsfeltet har hatt en sentral rolle i utviklingen av helse- og sosialtjenester. Avtaler mellom frivillig og offentlig sektor må ikke begrense eller undergrave muligheten til egenorganisering og til å utløse frivillig innsats. Utvalget foreslår at Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide en veileder for bruk av frivillige i helsetjenesten. Utvalget anbefaler at det utarbeides en frivillighetspolitikk og at begrepet akutthjelper defineres nærmere. Det må gjøres en avklaring rundt rammene for faglig forsvarlighet knyttet til akutthjelperfunksjonen.

Kapittel 7 Kvalitet og pasientsikkerhet

I kapittel 7 omtales kvalitet og pasientsikkerhet. Datagrunnlaget for styring og utvikling av de prehospitalene tjenester er begrenset. Kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten på pasientbehandling og forløp mangler. Elektroniske løsninger og enhetlig metode for registrering av data mangler og fører til uønsket merarbeid for helsepersonellet. Det mangler nasjonale evidensbaserte retningslinjer og prosedyrer for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Offentlig finansiert akuttmedisinsk forskning er beskjeden. Ambulansetjenesten mangler elektronisk pasientjournal, og har i liten grad tatt i bruk logistikkverktøy for å planlegge virksomheten. Utvalget mener det er behov for et nasjonalt kvalitetsløft som omfatter mer offentlig finansiert forskning, utvikling av data, kodeverk, nasjonale veiledere, faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer for de prehospitalene tjenestene. Utvalget mener responstider må inngå som en del av et helhetlig kvalitetsindikatorsett.

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

Førstehjelp redder liv og gir pasienten bedre effekt av helsetjenestens innsats. I dette kapitlet drøftes begrepet førstehjelp, og det er en gjennomgang av førstehjelpskunnskap i befolkningen og førstehjelpsopplæring med vekt på de arenaer hvor førstehjelp hører hjemme i opplæringen. Utvalget foreslår å utvikle en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livslang læring». Programmet omfatter førstehjelpsopplæring som befolkningen i ulike livsfaser. Utvalget

mener også at Helsedirektoratet bør få ansvaret for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for førstehjelp. Oppdaterte retningslinjer bør gjøres tilgjengelig på helsenorge.no. Sentrale aktører i førstehjelpsopplæringen omtales, og det er lagt stor vekt på skolens rolle. Akuttmedisinsk bistand fra kommunale brann- og redningsetater drøftes, og deres rolle som akutthjelpere sammen med frivillige løftes fram.

Kapittel 9 Medisinsk nødmeldetjeneste

I dette kapitlet drøftes den medisinske nødmeldetjenesten. Det er flere utfordringer knyttet til kompetanse og kvalitetsutvikling, tilgjengelighet og aksesstid. Nettverksløsninger og virtuelle nettverk kan gi muligheter for nye kommunikasjonsformer slik at pasientbehov blir møtt. Utvalget ser utfordringer ved kommunikasjon i medisinsk nødmeldetjeneste, og omtaler bruk av tolk. Utvalget mener at AMK-sentralene må ta i bruk logistikkverktøy og etablere nødvendig beslutningsstøtte. De regionale AMK-sentralenes rolle bør styrkes, og koordinering av ambulanshelikoptrene bør sentraliseres til disse. Medisinsk indeks bør valideres og gjøres tilgjengelig som elektronisk beslutningsstøtteverktøy. Det må utvikles en nasjonal veileder med krav til kompetanseutvikling i medisinsk nødmeldetjeneste, og det bør samarbeides med de andre nødetatene om dette. Tekniske løsninger der flere legevaktssentraler knyttes sammen bør tas i bruk for å korte ned svartiden på telefon. Nettverk av sentraler bør etableres for å tilby pasientene samtale med f. eks. psykiatrisk sykepleier, samt for å utvikle sentralenes funksjon ved ulykker og større hendelser. Nettbaserte tjenester bør bli en del av det offentlige tilbudet til pasienter som søker medisinsk veiledning og det bør legges økte ressurser i telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier i legevaktssentralene.

Kapittel 10 Øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene

Utvalget ser behov for en mer helhetlig ø-hjelpstjeneste og et sterkere horisontalt samarbeid mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene som yter øyeblikkelig hjelp. Utvalget foreslår at alle kommuner utarbeider en plan for kommunens ø-hjelpstjenester, og at planen er en del av samarbeidet med helseforetak.

Utvalget foreslår at det etableres ø-hjelpsteam i kommunene med forankring i legevakt, der hjemmebaserte tjenester og ø-hjelp døgntilbud inngår. Innholdet er å utvikle en mer samordnet ø-hjelp

tjeneste som spiller på de personellressursene som allerede er i døgnberedskap. Det er også et mål å utnytte legeressursen i legevakt bedre og knytte den nærmere til de sykeste pasientene. Nasjonale myndigheter bør utrede hvilke virkemidler som må utvikles for å støtte opp om ø-hjelpsteam.

Interkommunale legevaktsamarbeid gir i teorien gode muligheter for større bemanning, bredere fagmiljø, mer robuste organisasjoner og kvalitetsutvikling. Det finnes imidlertid lite dokumentasjon på at interkommunale samarbeid har ført til økt kvalitet i tjenesten. Lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere, og utvalget mener det er utfordrende at bruken av legevakt reduseres i nesten samme grad for akutte tilfeller med høy hastegrad som for pasienttilfeller med lavere hastegrad.

Akuttutvalgets inntrykk er at legevakt er en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Utvalget foreslår nasjonale krav som gir en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakt-tjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.

Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav i forskrift 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.

Akuttutvalgets vurdering er at presset mot øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus kan avhjelpe noe gjennom større deltakelse av allmennlege i utrykning til akuttmedisinske situasjoner. Det foreslås at kommuner og helseforetak etablerer kvalitetsmål for legedeltakelse i utrykninger, samt mål om at både legevakt og fastleger i større grad skal foreta sykebesøk. Det bør være en målsetning å utføre 20–40 sykebesøk per 1000 innbyggere per år. Kvalitetsmålene må innarbeides i planene for de akuttmedisinske tjenestene.

Utvalget mener at legevakten skal ha tilgang til uniformert bil med støttepersonell. Legevaktlege og ambulanspersonell fremheves som gode lokale akuttmedisinske team.

Kapittel 11 Ambulansetjenesten

Det har skjedd et betydelig løft for ambulansetjenesten det siste tiåret, men det er rom for forbedring. Utvalget foreslår en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansefaget på bachelornivå. Det gir mulighet for fleksibel bruk av kompetansen. Samarbeidsprosjekter der ambulanspersonell involveres i primærhelsetjenesten bør settes i gang og

evalueres. Akuttmedisinforskriften må revideres slik at intensjonen i utdanningen for ambulanspersonell blir ivaretatt. Regelverket om båtambulansen må revideres med å sikte på forenkling. En differensiering av ambulansetjenesten kan redusere kostnader og frigjøre kapasitet til akuttoppdrag, og utvalget foreslår etablering av syketransportbiler. Helseforetakene bør samarbeide om etablering av intensivambulanser, og de bør gjøre analyser av hvilke former for anesthesiutrykning som er best egnet i sitt område. Regionale helseforetak må i samarbeid sikre at planlegging og utvikling av luftambulansen inngår som en integrert del av helseforetakets øvrige ambulansetjeneste. Offentlig drift av luftambulansetjenesten bør utredes.

Kapittel 12 Psykisk helse og rus

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus gis til alle pasienter som trenger hjelp, også psykisk syke og personer med rusproblemer. Utvalgets inntrykk er at det er store forskjeller i hvordan pasienter møtes og behandles, ut fra om de har en somatisk eller psykisk sykdom. Mange steder er samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus utfordrende, selv om myndighetenes intensjon er likeverdige helsetjenester for alle. Utvalget foreslår økt tilgjengelighet på kompetanse innenfor psykiatri og rus i kommunene utenfor kontortid og i helger. Akuttpsykiatri bør være obligatorisk i opplæring for alle som arbeider i den akuttmedisinske kjede. Sikkerhetsaspektet ved legevakter må tas på alvor. Politi bør kun engasjeres under transport når det er vurdert å være nødvendig, og helsepersonell bør som hovedprinsipp alltid være med.

Kapittel 13 Hjerneslag

Rask og effektiv behandling av hjerneslag er god samfunnsøkonomi. Rask transport til rett behandlingssted er også viktig for pasientens livskvalitet. De siste års utvikling har vist at det bør satses på prehospitale tiltak for å bedre behandlingen av hjerneslag ytterligere. Verdifull tid kastes bort ved at pasienter eller pårørende venter med å kontakte medisinsk nødmeldetjeneste, og reduksjon av tidstapet i befolkningen og i helsetjenesten har stor betydning for det helsemessige resultatet for personer som rammes av hjerneslag. Ved å få redusert skadevolumet i hjernen vil den gjennomsnittlige slagpasienten trenge mindre omfattende rehabilitering, og samfunnet kan spare betydelige summer ved at flere slagrammede kan bo hjemme

i stedet for på institusjon. Bare i løpet av det siste året er det kommet ny kunnskap om hjerneslag og akutt hjerneslagbehandling. Det er Akuttutvalgets vurdering at det i de nærmeste årene må skje en reorganisering av sykehus med hensyn til struktur, innhold og oppgaver når det gjelder slagbehandling.

Kapittel 14 Erfaringer fra andre land

Utvalget beskriver organiseringen av akuttmedisinske tjenester i andre europeiske land som det er naturlig å sammenlikne seg med. I omtalen legges det vekt på kompetanse og kvalitetsindikatorer samt organiseringen av legevakt, ambulanse og nødmeldetjeneste. I slutten av kapitlet er det omtalt hvilke beslutninger Danmark, Sverige og Storbritannia har gjort rundt innføring av responstider.

Kapittel 15 Økonomisk-administrative konsekvenser

Økonomiske konsekvenser av utvalgets forslag er omtalt i kapittel 15. Enkelte av utvalgets forslag kan realiseres uten økt ressursbruk for kommuner og helseforetak. Mange av forslagene er rettet mot å redusere ineffektiv ressursbruk og knyttet til økt kvalitet og pasientsikkerhet, styrket innsats på laveste effektive omsorgsnivå og tidlig prehospital innsats. Flere av forslagene kan føre til bedre resultater for pasienters liv og helse og gi samfunnsøkonomisk gevinst. Tidlig prehospital innsats kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Framtidig forskning må kunne avdekke samfunnsøkonomiske virkninger av høyere kvalitet og økt ressursbruk i prehospitaltjenester i kommuner og helseforetak.

Kapittel 3

Verdier og mulighetsrom

3.1 Sentrale verdier

Den offentlige helsetjenesten er en sentral del av velferdsstatens institusjoner og er basert på grunnleggende verdier som sosial forsikring, omfordeling, solidaritet, trygghet og like muligheter (Schjøtz, 2003). Kvaliteten i pasientbehandlingen her til lands er gjennomgående høy (OECD, 2013). I verdenssammenheng har Norge gode resultater å vise til fra studier om overlevelse etter hjertestans i byer som Tromsø og Stavanger (Lindner, Søreide, Nilsen, Mathiesen & Lossius, 2011; Lien Nilsen, Bø, Rasmussen, Haanaes, Gilbert, 2011).

Norge har langt på vei greid å utvikle en helse-tjeneste som er tilgjengelig for alle innbyggere og som har høy kvalitet. I tidligere tider var helsetjenestene som regel forbeholdt dem som hadde råd til å betale for seg. Rundt omkring i verden er dette fortsatt ofte en realitet.

I 1999 ble det lagt fram en stortingsmelding om verdier for den norske helsetjenesten. Her ble det lagt vekt på et likeverdig tjenestetilbud til alle, bedre helsetjenester ved livets slutt, forutsigbare og tydelige prioriteringer, større vekt på pasientens medbestemmelse og fortsatt lav terskel for kontakt med helsetjenesten. Det overordnede målet for helsetjenesten er å sikre alle tilstrekkelig og god tilgang til tjenester som er faglig forsvarlige og tilfredsstillende internasjonale standarder der slike finnes. Dette kan best sikres gjennom en helsetjeneste som er offentlig finansiert og underlagt folkevalgt styring (St.meld. nr. 26 (1999–2000), 1999).

Helse er et grunnleggende og viktig gode, og alle har behov for hjelp og behandling ved sykdom. De fleste samfunn har ordninger eller systemer som fordeler risiko og ressurser blant sine borgere. I NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten beskrives en samfunnskontrakt: Goder og byrder fordeles rettferdig. Alle borgere er sikret grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvilke egenskaper de er født med, sosial status, kjønn, seksuell oriente-

ring, etnisk tilhørighet, bosted eller personlig økonomi. Samfunnskontrakten skal gi tillit til at man blir tatt hånd om av et rettferdig og solidarisk helsevesen den dagen man trenger hjelp. Det forutsetter to ting: 1. Forutsigbarhet og hjelp til å planlegge fordeling av ressursbruk over tid for alle, og hva som kan forventes av tilgang til tjenester ved behov. 2. Likebehandling av alle som samfunnskontrakten omfatter, og at den gjelder alle borgere i landet (NOU 2014: 12, 2014).

3.2 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Ulike regjeringer har gjennom flere år uttrykt en målsetting om at alle innbyggere skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder, funksjonsnivå, bosted og sosial tilhørighet. Det er i liten grad operasjonalisert hva likeverdig tilgang til tjenester innebærer.

Hvordan helsetjenesten møter ulike mennesker med ulik bakgrunn, er viktig for å se på om målet om likeverdige helse- og omsorgstjenester oppfylles. Befolkningen består av mennesker med ulike språk, ulik etnisk tilhørighet og ulik kultur-bakgrunn. Når sykdom og skade inntreffer og det haster, oppstår problemer som må løses raskt, der helsetjenesten må være forberedt og ha planlagt for å håndtere kommunikasjonsutfordringer på en god måte. Tolketjeneste med kvalifisert tolk og lydhørhet i møte med pasienten er en forutsetning for likeverdighet. Språklig tilrettelegging er nødvendig for å sikre informasjonsflyt, slik at partene har felles forståelse for planlegging, tilrettelegging og oppfølging. Rutiner for kvalitetssikring av tolketjenester er viktig. Norge har særskilte forpliktelse for å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppen kan sikre og utvikle sitt språk, kultur og samfunnsliv. Forpliktelsene er nedfelt i grunnloven, i sameloven og i internasjonale konvensjoner (Meld. St. 16 (2010–2011), 2011).

Akuttmedisinsk beredskap

Den overordnende målsettingen må være en akuttmedisinsk beredskap som har høy faglig standard med klare ansvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger. Den akuttmedisinske beredskapen må også gi et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen. Det er derfor nødvendig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til at bosetningen i deler av landet er spredt med varierende avstand til kommunale og mer spesialiserte helse-tjenestetilbud. Samtidig må det være aksept for at forutsetningene er forskjellige slik at tjenesten vil være ulik utformet.

Grunnlaget må være en velfungerende og for-svarlig øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kommunene. Der avstandene til sykehus er lange, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav både til legevakt og ambulansetjenesten (St.meld. nr. 43 (1999–2000), 2000).

3.3 Trygge og tilgjengelige helsetjenester

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom og skade rammer, skal helsetjenesten behandle den enkelte borger på best mulig måte. Befolkningen skal ha tilgang på nødvendige helse-tjenester uansett hvor i landet de bor og innenfor en akseptabel og forutsigbar ramme. Dette er en forutsetning for å opprettholde en desentralisert bosetning og nødvendig for befolkningens trygghet.

Trygghet ved akutt sykdom

«Den akuttmedisinske hjelpen er for mange pasienter det første møtet med helsetjenesten, og tid er ofte en kritisk faktor som kan ha stor betydning for pasientenes overlevelse og rehabiliteringspotensial. Rask tilgang til akuttmedisinske tjenester av høy kvalitet er derfor av avgjørende helsemessig betydning, i tillegg til at det er viktig for befolkningens trygghetsfølelse. Det er viktig at befolkningen får raskt svar når de ringer AMK-sentralen (113), at ambulansen kommer raskt til skadestedet og at pasienten raskt får hjelp på sykehuset (Innst. S. nr. 68 (2006–2007), 2007).

Det er god dokumentasjon for at tidlig og god akuttmedisin kan redde liv og forebygge senskader. En godt fungerende akuttmedisinsk kjede er dermed en viktig trygghetsfaktor for befolkningen.

Kvalitet og nærhet til akuttfunksjoner er viktig for å etablere trygghet og forutsigbarhet når hjelpen haster. Trygghet for befolkningen handler også om at samfunnet har organisert forutsigbare systemer som er stabile over tid og velkjente for befolkningen. En god medisinsk nødmeldetjeneste som folk kjenner og vet hvordan de skal komme i kontakt med, er en grunnleggende forutsetning. Stabilitet over tid er også viktig, fordi det kan gå lang tid mellom hver gang innbyggere har behov for rask helsehjelp. Viktigste er imidlertid at akuttkjeden har høy kvalitet, er godt organisert og fungerer på en forutsigbar måte. Pasienter har behov for å komme i kontakt med kyndige fagfolk, som er trent i samhandling og vet hvilken rolle de har i akuttkjeden. I tillegg har pasienter behov for å få hjelp til å mobilisere egne og pårørendes ressurser, få bistand av frivillige og akuttgjelpere og få en godt fungerende tjeneste som gir best helse-resultat.

Tilgjengelighet

Commonwealth Fund er en amerikansk stiftelse som har som formål å fremme helsetjenestesystemer med bedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet. Stiftelsen står bak årlige internasjonale undersøkelser av helsesystemer, og i undersøkelsen fra 2014 var det voksne i alderen 55 år eller eldre som var målgruppen. Norge kom godt ut av denne undersøkelsen bl.a. på disse områdene: Flere har fast lege, bedre tilgjengelighet til helsetjenester utenfor kontortid og en bedre generell vurdering av helsevesenet. Det er sannsynligvis legevaktordningen som gjør utslag på bedre tilgjengelighet utenfor kontortid (Kunns-kapssenteret, 2014). Undersøkelsen påpeker også forbedringsområder som brukerinvolvering, brukerorientering og tilgjengelighet i form av redusert ventetid.

I undersøkelsen fra 2013 gjenfinnes flere av de samme resultatene. Norge lå under gjennomsnittet når det gjaldt å få time hos fastlegen samme dag og neste dag. På spørsmål om tilgjengelighet til helsehjelp på kveldstid var det 57 pst. som svarte veldig/nokså lett, mens det i de andre landene var 48 pst. I Norge oppga 66 pst. at de hadde vært pasient hos samme lege i fem år eller mer mot 59,8 pst i de andre landene. En stor andel av dem som svarte, både i Norge og de andre lan-

dene, oppga at de føler seg trygge på at de kan kontrollere helseproblemene sine, selv om Norges resultater var mer positive. På ventetid og fastlegers brukerorientering kom Norge dårligere ut enn for de andre landene (Kunnskapscenteret, 2013).

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) har de tre siste årene gjennomført innbyggerundersøkelser for å få et inntrykk av hvor tilfredse innbyggerne og brukerne av offentlige tjenester er. Dataene presenteres som en gjennomsnittsskår. Innbyggernes inntrykk av å bo og leve i Norge får en samlet skår på 85 poeng. Resultatene viser at folk flest er svært fornøyd med helsetilbudet. Brukerne gir jevnt høye skår til helsetjenestene og er enten fornøyd eller svært fornøyd. Øverst ligger fastlegene med en skår på 84, mens sykehus har 78, legevakt og hjemmesykepleie 73 og sykehjem 71 (DIFI, 2015).

I en spørreundersøkelse i 2013 ble 4000 innbyggere forelagt tre spørsmål om hvor trygge de føler seg i kommunen sin. Undersøkelsen viste at innbyggerne i Trøndelag, Troms og Finnmark var tryggest på at det ikke skjer dem noe kriminelt der de bor, og tryggest på at sykehuset i deres region hjelper dem når de blir syke. Ut fra svarene ble det utarbeidet en gjennomsnittlig skår for de tre områdene som ble kalt for en trygghetsindeks. Sykehusstilbudet fikk en skår på 69, kriminalitet 70 og kriseberedskap 59 (Sentio research Norge, 2013).

3.4 Pasientens helsetjeneste

Det er et mål å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasienter og brukere skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet brukerorientering innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden (Meld. St. 10 (2012–2013. 2012).

Sentralt for pasientrollen er empowermentbegrepet, eller bemyndiggjøring på norsk, som oppsto i USA i 1960-årene (Walseth & Malterud, 2004). Bemyndiggjøring ble et sentralt tema gjennom Alma-Ata-deklarasjonen av 1978, der også pasientens plikt til deltakelse mot målet om et bærekraftig helsevesen, der alle bidrar til fellesgodene, blir fremhevet (Declaration of Alma Ata, 1978). Denne demokratiseringen av helsevesenet er også forbundet med antiautoritære strømning

ger, desentralisering og krav til anerkjennelse av lekmannskunnskap.

Informasjonsteknologien har hatt stor betydning for pasienters mulighet til å medvirke. Tradisjonelt har medisinsk og helserelatert kunnskap vært ekspertenes domene, men gjennom internett og sosiale medier er denne informasjonen nå fritt tilgjengelig. Mange oppsøker slik informasjon. Dette gir kunnskap og påvirkningsmakt og utfordrer ekspertenes autoritet (McMullan, 2006).

Effektiv deltakelse er avhengig av at pasienter har tilgang til pålitelig helseinformasjon og kompetanse til å tilegne seg denne informasjonen. Utvikling av effektive tiltak for å møte disse utfordringene bør derfor være en viktig målsetting (Austvoll-Dahlgren, 2013).

Å utvikle helsetjenesten i prosesser der pasientene og deres synspunkter legger premisser for organisering og tjenesteyting, er en ambisjon i retning av å utvikle pasientens helsetjeneste. Utvalget ser dette som en viktig utfordring også for de ulike delene av den akuttmedisinske kjeden.

3.5 Stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet

Når tid er en kritisk faktor er det viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten er forutsigbar både for publikum og helsepersonell. Publikum må ha kjennskap til hva de kan forvente av akuttmedisinske tjenester i den kommunale legevakten. Helsepersonellet i primærhelsetjenesten må kjenne til de faglige kvalifikasjonene til ambulanspersonellet, det være seg i bil-, båt- eller luftambulans og når pasienter skal videreføres til sykehus.

Stabilitet i organisering, lokalisering og bemanning av de akuttmedisinske tjenestene er med på å skape visshet i befolkningen for hvilket tilbud som gis, samt bidrar til større kjennskap til tjenestene. Stabilitet gir også økt forutsigbarhet. Mange pasienter opplever manglende kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, fordi de stadig møter nytt helsepersonell. Manglende kontinuitet kan føre til utrygghet, feil i behandling og pleie, ineffektive tjenester og redusert livskvalitet for pasienter, brukere og pårørende. Det er holdepunkter for at det å ha et stabilt forhold til helsepersonell over tid er viktig for helse, mestring og kan redusere behovet for øyeblikkelig hjelp-tjenester og innleggelse i sykehus (Meld. St. 16 (2010–2011), 2011).

Fastlegens styrke er kjennskap til pasientens psykososiale situasjon, geografisk nærhet og et lengre tidsperspektiv i lege-pasient forholdet. Både DIFI- og Commonwealth Fund-undersøkelsene bekrefter at dette er viktig for opplevd trygghet. Fastlegene tar et stort antall av øyeblikkelig hjelp konsultasjoner på dagtid. Derfor er det også nødvendig at fastlegene tar sitt ansvar for deltakelse i kommunal legevakt. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 10.

3.6 Nærhet og kvalitet

Verdiene nærhet og kvalitet blir ofte satt opp mot hverandre. Kvalitet og nærhet er to av den danske Sundhedstyrelsens prinsipper for planlegging av helsetjenester i Danmark. Men med den store forskjellen på Danmark og Norge når det gjelder demografi og geografi, er det naturlig at planleggingen av helsetjenester må se forskjellig ut i vårt land. Nærhet er i seg selv en kvalitet. Befolkningen er mest opptatt av nærhet, brukerutvalgene er mest opptatt av medisinsk kvalitet.

I en undersøkelse som TNS Gallup gjorde for Forbrukerrådet og Kunnskapssenteret ble det stilt spørsmål om hvilke tre egenskaper som var viktigst med tanke god kvalitet i helsetjenesten i Norge. Følgende kriterier havnet på topp:

- Helsepersonell med god utdanning (58 pst.)
- Nærhet til sykehus og lege (49 pst.)
- Behandling som virker (48 pst.)
- Ingen ventelister for å få time eller behandling (41 pst.) (Haugum, Bjertnæs & Lindahl, 2013).

3.7 Er alle helsetjenester like nødvendige?

John E. Wennberg er en anerkjent amerikansk helsetjenesteforsker, og han kategoriserer i sin bok *Tracking medicine* helsetjenester i tre grupper (Wennberg, 2010). S. Krokstad har i en artikkel i *Tidsskriftet for Den norske legeförening* beskrevet Wennbergs tenkning nærmere. Den første katego-

rien kalles effektive og nødvendige helsetjenester. Dette er helsetjenester ingen stiller spørsmål ved nytten av, verken i medisinske fagkretser, blant politikere eller i befolkningen. Eksempler på denne typen tjenester kan være akuttmedisin ved traumer, antibiotikabehandling av alvorlige infeksjoner og vaksineringsprogrammer. Hovedutfordringen med denne typen behandling er å unngå urettferdig sosial og geografisk fordeling av tilbudet. I den offentlige debatten om helsetjenestene synes det å være en utbredt misforståelse at all medisinsk behandling er nødvendige helsetjenester. I virkeligheten utgjør denne kategorien kanskje bare en femdel av alle helsetjenester i Norge (Krokstad, 2013).

Den andre kategorien kaller Wennberg valg-sensitive helsetjenester. Dette er helsetjenester der det finnes to eller flere reelle valg for hvilke tiltak som kan settes i verk. Eksempler kan være innsetting av proteser ved slitasjegikt, behandling av mild hypertensjon, kontroll hos spesialist, utredende undersøkelser og screeningprogrammer.

Den tredje kategorien kaller Wennberg tilbuds-sensitive helsetjenester. Den omhandler ikke spesialiserte behandlinger eller tjenester, men beskriver tjenester som varierer i omfang på grunn av hva som er tilgjengelig. Eksempler på slike tjenester er mange spesialistkonsultasjoner, sykehusinnleggelser og behandling hos fysioterapeut og kiropraktor. Hovedutfordringen for slike helsetjenester, er at omfanget varierer i betydelig grad etter hva som tilbys, uten at det fører til påviselig bedre helse eller lavere dødelighet i befolkningen (Krokstad, 2013). Det fører ofte til høyere kostnader, flere unødvendige bivirkninger, mer uryddige helsetjenester og lavere pasienttilfredshet. Det trengs mer kunnskap om hva som er et fornuftig omfang av helsetjenestetilbud og en langt større bevissthet hos fagfolk og helsepolitikere omkring forholdet mellom tilbud og etterspørsel (Krokstad, 2013).

I omtalen av de ulike tjenestene i akuttkjeden har utvalget i noen sammenhenger drøftet nødvendigheten av å prioritere og organisere tjenestene annerledes enn i dag. Det vises til de påfølgende kapitlene.

Kapittel 4

Strukturer og utviklingstrekk

4.1 Lovgrunnlaget for de akuttmedisinske tjenestene

Kommunen skal etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvar er nærmere presisert i lovens § 3-2 første ledd nr. 3, der det blant annet framgår at kommunen skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, inkludert legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.

I samme bestemmelse er Kongen gitt myndighet til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om innholdet blant annet i disse tjenestene. Dette er én av hjemlene til den nye akuttmedisinforskriften.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp regulert. Kommunen skal etter denne bestemmelsen straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide. Pasienter skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom vedkommende ikke kan behandles forsvarlig i kommunen.

Regionale helseforetak har etter Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a ansvar for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, inkludert følgende tjenester: akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt.

Det framgår av samme bestemmelse femte ledd at det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i

helseregionen. I bestemmelsens syvende ledd er departementet gitt myndighet til å gi nærmere bestemmelser om krav til tjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, herunder til den akuttmedisinske beredskapen utenfor institusjon.

Forsvarlighetskravet

Kravet til at ytelse av helsetjenester skal være forsvarlig er gjennomgående i regelverket som omhandler helse- og omsorgstjenesten. I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stilles det krav om at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Kommunen har en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. § 4-1 første ledd, bokstav d.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er det stilt krav til at spesialisthelsetjenesten skal tilby eller yte tjenester som er forsvarlige, og de skal tilrettelegge sine tjenester slik at personellet som utfører tjenestene kan bli i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient- og bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Helsepersonelloven §§ 4 og 16 regulerer henholdsvis helsepersonells plikt til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut ifra den enkeltes kvalifikasjoner mv. og virksomhetenes plikt til å yte helsehjelp som er organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Internkontroll

Det følger av helsetilsynsloven § 3 at alle som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere internkontrollsystemer og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. De nærmere bestemmelsene om internkontroll følger av internkontrollforskrift i helsetjenesten.

4.1.1 Revidert akuttmedisinforskrift

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus har gjennomgått en betydelig utvikling etter at forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus trådte i kraft i 2005. Ambulansetjenesten har i større grad blitt sykehusenes forlengede arm, der personellet gjør vurderinger og setter i verk medisinsk behandling.

Nødmeldetjenesten har vært sentral i å håndtere komplekse hendelser som involverer flere aktører, og erfaringene fra 22. juli 2011 har vist at det er behov for bedre samordning av nødetatene og videreutvikling av nødmeldetjenesten. Det nye nødnett er i ferd med å erstatte helseradionettet og vil etter planen være ferdigstilt i løpet av 2016.

Utviklingen etter 2005 og erfaringene med forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er grunnlaget for utarbeidelsen av en ny akuttmedisinforskrift som trådte i kraft i mai 2015.

Akuttmedisinforskriften er i stor grad en videreføring og justering av bestemmelser som framgikk av følgende to forskrifter (som ble opphevet da ny forskrift trådte i kraft):

- Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus) og
- Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjons teknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap (forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsutstyr).

Den nye forskriften tydeliggjør kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar for samhandling og samarbeid. De akuttmedisinske tjenestene skal være koordinerte og samordnet med øvrige nødetater, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Det innebærer også at de ansvarlige virksomhetene skal sikre at personellet som utfører tjenestene skal få nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Som en del av samhandlingskravet er det lagt en plikt på alle deler av helse- og omsorgstjenesten til å kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regionsgrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

I den nye akuttmedisinforskriften er det åpnet for at kommuner og regionale helseforetak, som del av sin akuttmedisinske beredskap, kan inngå avtale om bistand fra det som benevnes som akuttgjelpere. Dette kan f. eks. være frivillige organisa-

sjoner og kommunalt brannvesen. Bistand fra akuttgjelpere kan ytes i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp.

Akuttmedisinforskriften klargjør at legevaktssentraler og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt, inngår i akuttmedisinsk beredskap. Forskriften klarlegger at kommunen har plikt til å tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, herunder rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. Funksjonene i legevakt er detaljert beskrevet og er knyttet til både akutte medisinske tilstander og andre øyeblikkelig hjelp-henvendelser.

Når det gjelder kompetansekrav til leger som skal ha legevakt i den kommunale legevaktordningen, er det stilt tydeligere krav til kompetanse i den nye forskriften. Leger som skal ha legevakt alene uten bakvakt, må enten være spesialist i allmennmedisin, eller være godkjent allmennlege med tre års veiledet tjeneste etter EØS-regelverket. I tillegg må legen ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege/fastlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hvis en lege på vakt ikke oppfyller disse kravene, må kommunen sørge for bakvakt som oppfyller kravene. Bakvakten må kunne rykke ut når det er nødvendig.

Legevakt er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser er nødvendige og hvor legen ofte må treffe beslutninger alene. Det er derfor viktig å sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenesten. Det er gitt en overgangsperiode på tre år før dette kravet må være oppfylt. Tidligere forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus hadde ikke spesifikke krav til kompetanse utover de krav som fremgikk av § 12 a om bemanning med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen som ytes er forsvarlig, og at leger som tilsettes i kommunal legevaktordning måtte tilfredsstille kravene i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger (EØS-regelverket).

Den nye forskriften tydeliggjør også kravet til kompetanse for operatører av kommunale legevaktssentraler. Disse skal ha relevant utdanning på bachelornivå, for eksempel sykepleier, og nødvendig erfaring og opplæring. Tidligere forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus hadde kun et generelt krav om at legevaktssentralene skulle bemannes med helsepersonell.

I tillegg til kravene til grunnkompetanse nevnt over, er det nytt i forskriften § 8 at det også stilles krav om at leger og annet helsepersonell som

arbeider sammen med lege i vakt, gjennomfører kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Av hensyn til kurskapasiteten er det gitt fem års overgangsordning for kurskravene.

Den nye forskriften stiller også strengere krav til bemanning av ambulanserbiler. Ambulansene skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy. Dersom ikke begge personene er ambulansearbeidere, må den andre personen være autorisert helsepersonell og i tillegg ha nødvendig ambulansesfaglig kompetanse. Krav om førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy for begge personene på ambulansen, skal sikre at den som har den beste medisinsk-faglige bakgrunnen kan være bak i ambulansen hos pasienten. Tidligere kunne det være slik at den best kvalifiserte var den som også måtte kjøre ambulansen, fordi andremann på ambulansen ikke hadde nødvendig tillatelse til utrykningskjøretøy. Det er gitt en overgangsperiode på tre år før dette kravet må være tilfredsstillt.

Når det gjelder svartid for legevaktsentraler og AMK-sentraler er dette regulert i den nye forskriften §§ 13 og 15. 90 pst. av henvendelsene fra publikum til AMK-sentralene skal besvares innen ti sekunder. 80 pst av alle henvendelser til legevaktsentralene skal normalt besvares innen to minutter. Sistnevnte krav er det samme som stilles til fastlegekontorene i fastlegeforskriften.

I den gamle forskriften var det kun stilt krav om at AMK-sentralene måtte ha utstyr for logging av viktig trafikk, mens det for legevaktsentralene var et bør-krav. I den nye forskriften er det stilt krav om at også legevaktsentralene må ha slikt utstyr, og for både AMK- og legevaktsentralene er dette nå betegnet som utstyr for lydopptak av viktig trafikk. Vurderingen som ble gjort var at det er samme behov for dokumentasjon og kvalitetssikring i legevaktsentralenes håndtering av samtaler som for AMK-sentralene.

Forskriften legger til rette for innføring av et nasjonalt telefonnummer (116117) til de kommunale legevaktsentralene. Dette ble innført i september 2015. Et nasjonalt legevaktnummer vil gjøre tilgjengeligheten til legevakt bedre både for publikum og samarbeidende helsepersonell. Uavhengig av hvor i landet pasienten befinner seg, nås nærmeste legevaktsentral via samme telefonnummer.

For AMK-sentralene er det i den nye forskriften stilt krav om å sette i verk umiddelbar varslings-

(trippelvarslings) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater, og ha et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde.

Videre er AMK-sentralene pålagt å kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

Akuttmedisinforskriften har også bestemmelser om oppbevaring av lydopptak fra AMK- og legevaktsentralene. Opptakene er å anse som en del av pasientens journal. Reglene i pasientjournalloven vil derfor komme til anvendelse på disse opptakene. Lydopptakene skal oppbevares i tre år etter opptak og så slettes. Det er unntak fra pålegget om sletting i de tilfellene opptaket er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyns-, klage- eller erstatningssaker, inngår i annen saksbehandling eller av andre årsaker har verdi som dokumentasjon.

4.1.2 Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeforskriften trådte i kraft fra januar 2013 og avløste den gamle forskriften fra 2000 om fastlegeordningen i kommunene. Kommunens ansvar for fastlegeordningen er angitt i forskriften kapittel 2, mens fastlegens ansvar er regulert i kapittel 3. Fastlegens listansvar er regulert i forskriften § 10, som regulerer listansvar til å dekke alle allmennlegetopp-gaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen, dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Forskriften § 13 første ledd pålegger fastleger en plikt til deltakelse i legevakt utenfor ordinær åpningstid dersom kommunen anmoder om det. Videre har fastlegen etter denne bestemmelsen en plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, inkludert tilgjengelighet i helse-radionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Fritaksbestemmelser er inntatt i forskriften § 13 tredje ledd, hvor det framgår at kommunen kan fritas fastlegen fra plikten til legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det.

Det er inngått en sentral forbundsvis særavtale (SFS 2305) mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Legeforeningen som regulerer både kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid og

legevakt og interkommunal legevakt utenom ordi-
nær åpningstid.

4.2 Organisering og styring

4.2.1 Aktører på nasjonalt nivå

Norge har, sammenliknet med andre land, ikke hatt sterke nasjonale, faglige og administrative overbygninger for de prehospitale fag- og tjenesteområdene (Nilsen et al, 2014). På nasjonalt nivå i Norge er det imidlertid flere aktører med oppgaver knyttet til de prehospitale tjenesteområdene. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal sørge for god beredskap og effektiv ulykkes- og krisehåndtering. Det er etablert flere kompetansesentre som skal formidle fagkunnskap på nasjonalt nivå. Flere aktører på IKT-området har også oppgaver inn mot de prehospitale tjenestene.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre nasjonal helse- og omsorgspolitik, forvalte regelverket og gi faglige råd til sentrale myndigheter, kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i medisinsk-faglige spørsmål og kan opp-
tre som nasjonalt normerende. Direktoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle og utgi nasjonale faglige retningslinjer og veiledere og nasjonale kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har oppgaver med å følge med på og utvikle den prehospitale tjenesten i spesialisthelsetjenesten og å bidra til utvikling og faglig styring av helsetjenester på kommunalt nivå, som blant annet fastleger og legevakt.

Norsk pasientregister (NPR) er underlagt Helsedirektoratet. Registeret er den sentrale kilden for styringsdata i spesialisthelsetjenesten. Fra 2013 overtok NPR ansvaret for å rapportere om aktivitet i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler.

I 2016 opprettes det et Direktorat for eHelse (tidligere divisjon ehelse i Helsedirektoratet). Hovedmålet er å sørge for sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter oppsummerer forskning, gjør helseøkonomiske analyser, måler kvalitet på utvalgte tjenester, forvalter kunnskap, arbeider for bedre pasientsikkerhet, fremmer bruk av

forskningsresultater, utvikler metoder og underviser. Nasjonalt kunnskapssenter har utviklet spørreskjema for brukerundersøkelser i legevakt i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Kunnskapssenteret mottar og besvarer meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, herunder ambulansetjenesten og AMK-sentralene. Som følge av virksomhetsendringen i helseforvaltningen, overføres Kunnskapssenterets oppgaver til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fra 2016.

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og skal formidle kunnskap og gi råd om tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom og skade. Smittevern og beredskap er oppgaver med grenseoppgang til prehospitale tjenester. Folkehelseinstituttet har ansvar for ti sentrale helseregistre, blant annet Hjerteregistret som er sentralt for å utvikle indikatorer om akuttmedisinske tilstander.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn er øverste tilsynsmyndighet og har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenestene og barnevernet og alt helsepersonell.

Fylkesmannen

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen. Fylkesmannen utfører forvaltningsoppgaver, behandler klager og fører tilsyn. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn bestemmer årlig tilsyns-
maer og kategorier virksomheter som det skal føres tilsyn med. Fylkesmannen velger i tillegg ut tilsynsmaer basert på lokal kjennskap til risiko og sårbarhet i tjenestene. Fylkesmannen behandler også tilsynssaker på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder.

Tilsyn med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er som oftest rettet mot enkelte deler av kjeden, og det er få saker der tilsynsmyndigheten har sett på samhandlingen i hele kjeden. (Presentasjon av assisterende direktør Heidi Merete Rudi i Statens helsetilsyn til Akuttutvalget, 8. januar 2015.)

4.2.2 Aktører på IKT-området

Direktoratet for nødkommunikasjon

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) har drift og utbygging av Nødnett som hovedoppgave. Direktoratet ble opprettet i 2007 og er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet. DNK har ansvar for at viktige samfunnsfunksjoner har tilgang til et trygt, robust og tidsmessig kommunikasjonssystem for ledelse og samhandling i daglig virke og ved større hendelser. DNK eier Nødnett og har ansvar for etablering, forvaltning og videreutvikling i tråd med brukernes behov. DNK skal gjennom sin rolle og kompetanse bidra til å styrke samfunnets sikkerhet og beredskap.

Nasjonal IKT HF

Nasjonal IKT er spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling i informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Dette gjelder både samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og med andre sentrale aktører som kommunehelsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett. Nasjonal IKT skal understøtte de mål som spesialisthelsetjenesten setter seg innenfor IKT. Nasjonal IKT HF er et helseforetak som ble opprettet i 2014 og eies i fellesskap av de regionale helseforetakene.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsetninger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid om nødmeldetjenesten mellom regionale helseforetak og kommuner. HDO skal bidra til å realisere enhetlige og stabile kommunikasjonsløsninger og fagsystemer som skal støtte opp om sørge for-ansvaret, og bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål knyttet til videreutvikling av helsesektorens nødmeldetjeneste. HDO er etablert som et helseforetak og eies av de regionale helseforetakene. I styret har også KS en observatørrolle.

4.2.3 Profesjons- og interesseforeninger

Fagforbundet

Fagforbundet organiserer arbeidstakere i kommunale, fylkeskommunale, private og offentlige virksomheter og i sykehusene. En stor del av medlemmene er ansatt i helse- og omsorgssekto-

ren. Yrkesgrupper med tilknytning til prehospitaltjenester er ambulanspersonell, helsefagarbeidere, helsesekretærer, sykepleiere, jordmødre og brann- og redningspersonell. Fagforbundet har egne faggrupper for prehospitaltjenester og brann. Faggruppene fungerer som rådgivende organ overfor ledelsen i forbundet. Fagforbundet er samarbeidspartner i prosjektet Mens du venter på ambulansen. Dette er nærmere omtalt i kapittel 8.

Delta

Delta organiserer ansatte i offentlig tjenesteyting på tvers av fagområder og yrkesgrupper. Yrkesgrupper med tilknytning til prehospitaltjenester er ambulanspersonell, helsefagarbeidere, helsesekretærer og brann- og redningspersonell. Ambulanspersonellets yrkesorganisasjon (AMPY) er for ansatte i bilambulans, luftambulans og operatører på AMK-sentraler. AMPY har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for ambulanspersonellet.

Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund (NSF) representerer sykepleiere, jordmødre og sykepleierstudenter. NSF har etablert faggrupper som er møteplasser for fagutvikling og bidrar til å fremme forbundets overordnede mål innen fag, utdanning og helsepolitikk. Det er etablert faggrupper for anestesisykepleiere, intensivsykepleiere og akuttisykepleiere. Anestesisykepleiernes landsgruppe (ALNSF) la i 2015 lagt fram en rapport viser bruk av anestesisykepleieres kompetanse i den prehospitaltjenesten (Kilander, Lunde, Stock & Forwald, 2015). Landsgruppe av Akuttisykepleiere (NLAS) er faggruppen for NSF-medlemmer som arbeider i akuttmottak, AMK-sentraler, prehospitaltjenester, legevakt, legevaktsentraler og andre akuttmedisinske arbeidsfelt. NLAS arrangerer hvert år Akuttdagene, som er en sykepleiefaglig konferanse.

Den norske legeforening

Legeforeningen er fagforening og interesseorganisasjonen for leger og legestudenter. Legeforeningen driver med et utstrakt utviklings- og forbedringsarbeid, herunder utvikling av legevakt. I 2015 kom Legeforeningen med en innspillsrapport om legevakt, En legevakt for alle – men ikke for alt. Rapporten er omtalt i kapittel 10.

Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) er etablert av Legeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen, Norsk samfunnsmedisinsk forening og Praktiserende legers landsforening. Organisasjonen søker samarbeid med kommunale og statlige instanser for å fremme systematisk kvalitetsarbeid i legekontor, både for allmennleger og avtalespesialister.

Kommunenes sentralforbund (KS)

KS er arbeidsgiverorganisasjon, interesseorganisasjon og utviklingspartner overfor kommunene. KS skal legge grunnlag for at kommunesektoren har tilstrekkelig økonomi og handlingsrom til å gi innbyggerne velferdstjenester, og at de har rammebetingelser og verktøy til å løse store samfunnsutviklingsoppgaver.

Spekter

Spekter er arbeidsgiverforeningen for private og offentlige eide virksomheter, herunder regionale helseforetak og helseforetak.

4.3 Organisering og styring

Det statlige eierskapet av sykehusene gir en styringsrett overfor helseforetakene innenfor de rammene som helseforetaksloven setter. Dette innebærer ulik bruk av virkemidler i styringen av kommuner og helseforetak. Samlet sett er helse- og omsorgstjenesten uensartet og organisert på forskjellige måter, noe som også gjenspeiles i virkemiddelbruken. Primærhelsetjenesten er lokal-demokratisk styrt, med mange småskala virksomheter, og en del av tjenesteytingen utføres av private aktører.

Organisering og styring av de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet styrer regionale helseforetak gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. Midlene tildelt i oppdragsdokumentet setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sørge for-ansvaret. Sørge for-ansvaret omfatter de prehospitale tjenestene, som i spesialisthelsetjenesten utgjør ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentralene).

I oppdragsdokumentet gis det styringssignaler på områder der Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en bestemt utvikling. Regionale helsefore-

tak utarbeider oppdragsdokumenter til underliggende helseforetak.

En gjennomgang av oppdragsdokumentene til regionale helseforetak fra 2002 og fram til i dag viser at det er stilt flere mål og styringskrav til de prehospitale tjenestene i somatikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Disse kravene omfatter tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene, læreplasser i ambulansearbeiderutdanningen, og tiltak for å sikre økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag. I de siste årene er det gitt styringskrav til regionale helseforetak om samarbeid med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud som et alternativ til sykehusinnleggelse.

I psykisk helsevern har kravene omhandlet behovet for å sikre kompetanse blant ambulanspersonell og behovet for verdig transport av psykisk syke pasienter. Det er et mål å redusere bruk av politi til pasienttransport. I oppdragsdokumentet for 2011 ble regionale helseforetak gitt i oppdrag å sette i verk tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner i distriktspsykiatriske senter (DPS) kunne etableres. I oppdragsdokumentet for 2014 framgår det at DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. I oppdragsdokumentet for 2009 og 2012 fikk regionale helseforetak i oppdrag å sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet i samarbeid med kommunale tjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp kravene i oppdragsdokumentet og foretaksprotokollen gjennom regionale helseforetaks årlige meldinger til departementet.

Organisering og styring av øyeblikkelig hjelptilbudet i primærhelsetjenesten

Statens styring av kommunene er annerledes enn styringen av spesialisthelsetjenesten. Staten styrer gjennom lovgivning og ved fastsetting av de økonomiske rammevilkårene for kommunene. Politiske reformer med juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemidler er også styrende elementer. I tillegg legger statlige myndigheter viktige føringer gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere for de kommunale tjenestene.

Innenfor de relativt vide rammene som lovgivningen gir, har kommunene stor frihet til å utvikle og organisere sine egne tjenestetilbud. Mulighetene for ulike standarder, ulik kvalitet og kompetanse i tjenesteytingen er derfor til stede, og reflekteres blant annet i organiseringen av legevakttjenesten.

4.4 Finansiering av de prehospitaltjenestene

Finansieringen av de regionale helseforetakene består av en basisbevilgning og aktivitetsbaserte tilskudd. Staten overfører midler til regionale helseforetak som har et selvstendig ansvar for å tildele disse midlene til egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med sørge for-ansvaret. Regionale helseforetak har egne inntektssystemer overfor egne helseforetak, og flere regionale helseforetak har utarbeidet egne inntektsmodeller for prehospitaltjenester. Prehospitaltjenester finansieres av basisbevilgningen. I 2009 ble det innført et nytt inntektssystem for fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak. Kostnadsnøkkel for prehospitaltjenester inngår i ressursbehovsindeksen i dette inntektssystemet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i all hovedsak finansiert gjennom kommunenes frie inntekter (skatteinntekter og rammeoverføring fra staten), men også gjennom statlige, øremerkede tilskudd, trygdefusjoner og brukerbetaling. En del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som fastleger og legevakt, finansieres i betydelig grad over folketrygden og er basert på aktivitetsbaserte takster, der flere av tjenestene også har en egenandel. Finansieringen av privatpraktiserende fastleger avtales mellom Legeforeningen mellom staten, KS og Den norske legeforening. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (Normaltariffen) fastsetter både vederlag for fastlegevirksomhet og for arbeid i kommunal legevaktordning. I tilfeller der kommunene har fastlønte leger i legevakttjenesten, mottar kommunen aktivitetsbaserte refusjoner og egenandeler.

Regjeringen vil endre på folketrygdloven for å legge til rette for blant annet ny arbeidsdeling i primærhelsetjenesten. Endringene skal utredes før en eventuell omlegging (Meld. St. 26 (2014–2015), 2015).

4.5 Viktige framtidige samfunnstrekk

Et samfunns helsetjeneste avspeiler det samfunnet det er en del av. Det er derfor av interesse å si noe om viktige trekk i samfunnsutviklingen som kan ha betydning for utviklingen av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Med en tidshorisont på om lag 20–30 år, finnes det allerede mye kunnskap om framtidig samfunnsutvikling. Det har skjedd viktige endringer i løpet av de siste 30 årene som svært få forutså, blant annet på bruk av ny teknologi.

4.5.1 Befolkningsutvikling

Utviklingen i folketall, alderssammensetning, bosettingsmønster og innvandring er viktig for etterspørselen etter alle helsetjenester, inkludert prehospitaltjenester. Det samme er utviklingen i befolkningens helsetilstand og sykdomsmønster.

Til forskjell fra mange andre europeiske land, vokser folketallet i Norge. Befolkningen ventes å øke med 1 mill. innbyggere i løpet av de neste 25 årene. I mars 2012 passerte folketallet 5 mill., og det antas at folketallet overstiger 6 mill. innbyggere i 2031. I Statistisk sentralbyrås (SSB) mellomalternativ (MMMM) vil befolkningen vokse med mer enn 50 000 personer årlig til og med år 2025. Etter 2025 blir veksten noe lavere, men SSBs prognoser går ut på at folketallet passerer 7 mill. i 2065 (Tønnessen, Syse & Nordgaard Aase, 2014).

Befolkningsveksten i Norge har de siste tiårene vært høy sammenliknet med andre europeiske land. Den høye veksten de senere årene henger sammen med høye fødselstall og høy netto innvandring.

Aldringen i befolkningen har Norge til felles med andre vestlige land og den er en konsekvens av at det fødes færre barn per kvinne nå enn for noen tiår siden, samt økning i gjennomsnittlig levealder. Av befolkningsøkningen på 1 mill. innbyggere de neste 25 årene, ventes det at 600 000 personer er i aldersgruppen fra 67 år og eldre. Disse prognosene bygger på SSBs MMMM-alternativ per 2014, som forutsetter middels høy fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. Innvandringen til Norge innebærer at gjennomsnittlig alder i befolkningen bringes noe ned, siden de fleste som kommer til landet, er unge og i fruktbar alder.

Økningen i aldersgruppen over 70 år er viktig, fordi denne gruppen bruker mer helsetjenester og har omtrent fem ganger høyere forbruk av sykehus tjenester enn yngre aldersgrupper. Ande-

len eldre over 70 år antas å øke fra om lag 10 pst. til om lag 13 pst. fram mot 2030. Deretter vil andelen eldre stige til 19 pst. i 2060. Det er særlig utkantkommunene som får den høyeste andelen eldre. Gjennomsnittlig levealder antas å stige fram mot 2040, og flere kommer til å leve mange år med kroniske sykdommer (Tønnessen, Syse & Nordgaard Aase, 2014).

Av Norges befolkning bor 44 pst. i storbyregionene, mens om lag 11 pst. bor i småsenterregioner eller spredtbygde områder (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). De siste tiårene har sentraliseringen vært sterk, med fraflytting fra utkantene inn mot byer og storbyområder. På fylkesnivå er forskjellene store, men folketallet vokser i alle fylker fram mot 2040, ifølge SSBs prognoser. Lavest antas veksten å bli i Sogn og Fjordane og Finnmark, med henholdsvis 9 og 11 pst. befolkningsvekst i perioden 2014–2040. Høyest antas veksten å bli i Oslo og Akershus med om lag 31 pst. vekst i begge fylker. Aller sterkest blir befolkningsveksten i omegnskommunene til de største byene (landsdelssentrene). I de øvrige kommunene antas det å bli nokså nær nullvekst, og i enkelte kommuner antas en nedgang fram mot 2040 (Tønnessen, Syse & Nordgaard Aase, 2014).

Innvandrere utgjorde i 2014 om lag 13 pst. av befolkningen i Norge. I alt seks av ti innvandrere er europeere, og det var i 2014 flest innvandrere fra Polen. Europeiske innvandrere bosetter seg over hele landet, mens ikke-vestlige innvandrere er sterkt konsentrert i Oslo-regionen. For de pre-hospitale tjenestene innebærer dette språkutfordringer, spesielt i medisinsk nødmeldetjeneste, jf. kapittel 9.

4.5.2 Utvikling i akutt sykdom og skade

Flere personer enn før overlever akutt og alvorlig sykdom, og flere lever lengre enn før med funksjonshemninger, medfødte lidelser og kronisk sykdom.

Hjerte- og karsykdommer er fortsatt den sykdomsgruppen som forårsaker flest dødsfall i Norge, selv om dødeligheten ved hjerteinfarkt har falt betydelig de siste 40–50 årene. En årsak til dette er en bedret akuttbehandling med muligheter for både utblokking av hjertets kransarterier og medikamentell oppløsning av blodpropper (trombolyse), men forebyggende helsearbeid spiller også en viktig rolle. 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-karsykdommer som har vært i kontakt med sykehus. For denne pasientgruppen har ø-hjelpinnleggelser utgjort en andel på om lag 78 pst. av alle sykehusinnleggelser de siste årene (Huseby et al., 2014).

Hjerneslag er den tredje hyppigste årsak til død i Norge og den hyppigste årsak til alvorlig funksjonshemning og langvarig institusjonsomsorg (IHME, 2013). For hjerneslagpasienter skjer 97 pst. av alle sykehusinnleggelser som øyeblikkelig hjelp. I løpet av de siste årene er det utviklet bedre diagnostiske metoder og muligheter for akuttbehandling med trombolyse eller trombektomi, men pasientforløpene er ikke like strømlinjeformede som ved akutt hjerteinfarkt. Hjerneslag omtales nærmere i kapittel 13.

Akutt pustebesvær er en hyppig årsak til kontakt med legevakt og ambulansetjeneste og representerer en utfordring for de prehospitale tjenester. Trolig har mellom 250 000 og 300 000 personer i Norge kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (Helsedirektoratet, 2012b). Pasienter med kols som legges inn i sykehus har normalt en akutt forverring og er til dels svært dårlige. Andelen ø-hjelpinnleggelser i sykehus ligger på om lag 90 pst. av alle innleggelser for denne pasientgruppen (Huseby et al., 2014).

De senere år har det vært en jevn økning i antallet henvendelser til AMK-sentralene vedrørende både psykisk sykdom og rus. AMK-sentralene håndterte i 2013 nesten 48 000 slike hendelser. Rusmidler er en viktig årsak til at spesielt unge mennesker skades alvorlig i 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.

Om lag ti pst. av befolkningen, i underkant av 550 000 personer, blir årlig behandlet for skader. Av disse blir i overkant av 100 000 behandlet på sykehus. Den største gruppen av pasienter har skader som ferdigbehandles i primærhelsetjenesten. Det utgjør 251 000 pasienter (Folkehelseinstituttet, 2014).

Dødsulykker i trafikken har sunket de siste tiårene som følge av bedre veier og sikrere kjøretøy. Det har vært en økning i antall ulykker innen sport (vannsport, skuterkjøring, klatring, basehopping, off-piste skisport, dykking). Ulykker innenfor dette feltet medfører ofte krevende redningsoppdrag og transporter. Luftambulansen er ofte involvert.

Med økende andel innvandrere i befolkningen, endres også sykdoms- og skadebildet noe. Innvandrere er en heterogen gruppe. Noen sykdommer har høyere forekomst blant enkelte grupper innvandrere, enn i den øvrige befolkningen. Det gjelder diabetes type 2, overvekt og hjerte- og karsykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Forekomsten av psykiske lidelser er særlig høy blant flyktninger og asylsøkere som har opplevd krig, tortur og andre traumatiserende hendelser.

Flere analyser viser at innvandrere har høyere risiko for ulykker og skader enn befolkningen ellers. I arbeidslivet har utenlandske arbeidstakere høyere ulykkesrisiko enn norske arbeidstakere (Transportøkonomisk institutt, 2013). I hjemmet er risiko for brannskader høyere blant barn med innvandrerbakgrunn enn blant barn av norskfødte foreldre (NOU 2012: 4, 2012).

Det finnes ingen samlet statistikk over innvandreres bruk av helsetjenester. Årsaken er at helseregistre ikke registrerer fødeland eller andre variabler som kan si noe om innvandrerbakgrunn. Det finnes enkelte norske studier som omhandler innvandreres bruk av fastlege og legevakt. Blom & Henriksen (2008) viste at innvandrere som gruppe bruker legevakten sjeldnere enn norskfødte. Sandvik, Hunskaar & Diaz (2012) konkluderte med at innvandrere bruker legevakt mindre enn nordmenn, men at det er betydelige forskjeller mellom de ulike innvandrergruppene. Diaz, Raza, Sandviks & Hjørleifsson (2014) fant at færre innvandrere går til fastlegen, men de som bruker fastlegen bruker fastlegen litt oftere enn befolkningen for øvrig.

4.5.3 Kunnskap og forskning

Respekten for kunnskap er høy i det norske samfunnet. Framtidens samfunn vil bestå av en befolkning med høyere formell utdanning og med større kompetanse enn i dag.

Økt kunnskap i befolkningen er en verdifull ressurs for helsetjenesten. Det er et betydelig potensial i å utvikle befolkningens kunnskaper om symptomer på kritisk og akutt sykdom og befolkningens kunnskaper om førstehjelp.

Medisinsk og teknologisk forskning vil gi mer evidensbasert kunnskap og får betydning for utvikling av de prehospitale behandlingsmulighetene.

4.5.4 Utvikling i norsk økonomi

Det norske samfunnet står foran en omstilling etter hvert som petroleumsnæringen bygges ned. Omstillinger blir krevende dersom kostnadsnivået i Norge fortsetter å ligge høyt over nivået hos våre handelspartnere (Meld. St. 12 (2012–2013), 2013).

Norsk økonomi kjennetegnes av høy verdiskaping per innbygger sammenliknet med andre land, både i fastlands-Norge og samlet sett når petroleumssektoren tas med. Norsk økonomi kjennetegnes også av høy yrkesdeltakelse blant både kvinner og menn.

Et hovedbudskap i Meld. St. 12 (2012–2013) Perspektivmeldingen, er at selv om verdien av oljefondet (Statens pensjonsfond utland) og de gjenværende petroleumsreservene er betydelige, er de beskjedne sammenliknet med inntektene som skapes i fastlandsøkonomien. Selv små endringer i produktivitet eller antall arbeidstimer per innbygger vil bety langt mer for inntekt og materiell levestandard enn store endringer i de samlede petroleumsinntektene.

Perspektivmeldingen peker på at avkastningen av oljefondet ikke er stor nok til å løse utfordringene ved en aldrende befolkning. Aldringen av befolkningen trekker i retning av at offentlige utgifter vil vokse raskere enn BNP for fastlands-Norge i tiårene framover. Aldringen vil gi færre yrkesaktive samtidig som utgiftene til pensjoner, helse og omsorg vil øke. Andre viktige faktorer er om avgangsalderen fra arbeidslivet endrer seg etter hvert som levealderen øker, eller om arbeidsinnvandringen øker. Til forskjell fra andre land, antas det at pensjonsreformen i Norge ikke vil gi noen særlig merkbar økning i sysselsettingen. Grunnen til det er at yrkesdeltakelsen er på et relativt høyt nivå allerede. Økt arbeidsinnsats er derfor mer knyttet til økt innvandring, samt til eventuelle tiltak som bidrar til at eldre står lenger i arbeid.

I Perspektivmeldingen er det beregnet hva som skal til for å kunne videreføre dagens velferdsordninger de neste femti årene. Finansdepartementet (referansealternativet) anslår om lag en dobling av inntektene per innbygger fram til 2060, i hovedsak som følge av produksjonsvekst i fastlandsøkonomien. En slik utvikling vil gi en betydelig bedring i materiell velstand, samtidig som offentlige finanser kommer under press. Det anslås et inndekningsbehov i offentlige finanser i 2060 på størrelse med om lag 6 pst. av verdiskapingen i fastlandsøkonomien. Fordi helse- og omsorgssektoren er så arbeidsintensiv, tar sekto-

ren en stor del av samlet sysselsetting i framtiden og legger et press på offentlige utgifter (Statistisk sentralbyrå, 2014). Øker sysselsettingen i Norge ved at flere kommer i arbeid eller at gjennomsnittlig arbeidstid øker, vil det gi en markert bedring i offentlige finanser.

Det siste årets fall i oljeprisene på verdensmarkedet, svekket kronekurs og lavere vekst i BNP for fastlands-Norge omtales i Nasjonalbudsjettet for 2015. Det understrekes at usikkerheten i de økonomiske anslagene er store, og at hver åttende krone som brukes over offentlige budsjetter, nå hentes fra oljefondet (Meld. St. 1 (2015–2016), 2015). Det henvises også til Thøgersenutvalgets anbefaling om å vise tilbakeholdenhet med innfasingen av oljeinntekter i årene framover.

4.6 Utvikling i helse- og omsorgstjenesten

Det har foregått store og viktige endringsprosesser i helsetjenesten i de 17 årene som er gått siden forrige akuttutvalg la fram sin innstilling. Fastlegereformen (2001), helseforetaksreformen (2002) og samhandlingsreformen (2009) er tre sentrale reformer.

Flere utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten og i kommunenes helse- og omsorgstjeneste har betydning for den framtidige utviklingen av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Her omtales spesielt sentralisering av funksjoner i den akuttmedisinske kjede, nye arbeidsformer i helse- og omsorgstjenestene, forebygging og folkehelse, samt ny teknologi.

4.6.1 Sentralisering av funksjoner i den akuttmedisinske kjeden

Med lange avstander, spredt befolkning og klimatiske utfordringer er Norge et utfordrende land å drive akuttmedisinske tjenester i. Sammenliknet med andre land har Norge en desentralisert ambulansestructur med en godt utbygget ambulansetjeneste. Samtidig har mange av akuttjenestene lite befolkningsgrunnlag. Dette har flere konsekvenser. En virkning er at tjenestene kan ha få oppdrag og at personellet dermed får mindre erfaring og øvelse. En annen virkning er store kostnader forbundet med tjenesten, spesielt i områder med lange avstander. En tredje virkning er at rekruttering av personell med høy kompetanse kan være utfordrende. Dette er forhold som hver tjeneste løser på ulike måter og er omtalt i flere kapitler.

Både kommuner og helseforetak sentraliserer sine tjenester. At denne utviklingen foregår samtidig for flere av tjenestene, innebærer at de samlede virkningene for innbyggerne ikke er enkle å forutse.

De siste årene er det gjennomført en rekke endringer i sykehusstruktur og i funksjonsdeling mellom sykehus. Den medisinsk-faglige utviklingen har gjort det mulig å desentralisere noen tjenester, men framtinger sentralisering av andre. Behandling av tilstander som krever spesialkompetanse, avansert utstyr eller har lite pasientgrunnlag og store kostnader tilbys ved noen få utvalgte sykehus (Helsedirektoratet, 2014). I spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten finnes det sykehusliknende enheter som distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre.

Det er i dag 51 sykehus med akuttfunksjoner. Fire av disse har akuttfunksjoner bare i indremedisin, de øvrige i både indremedisin og kirurgi. Innenfor kirurgi er det en økende grad av spesialisering. Faget indremedisin er også preget av økende spesialisering, men mange av de indremedisinske pasientene med sammensatte problemstillinger har behov for breddekompetanse. Nasjonal helse- og sykehusplan vil legge føringer for framtidens sykehusstruktur og oppgavefordeling.

Samtidig som at sykehusene endrer seg, skjer det også en utvikling mot færre AMK-sentraler, legevaktsentraler, ambulansestasjoner og legevakter.

Reisetid og avstand til helsetjenester er viktig i akutte situasjoner og mange steder i landet er det relativt lang vei til viktige helsetjenester. Innbyggerne i 16 kommuner har mer enn tre timers reisetid til sykehus med akuttfunksjoner, mens innbyggerne i 43 kommuner har mer enn to timers reisetid. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har beregnet reisetid til sykehus fra alle kommuner i Norge og materialet viser at det i første rekke er i Nord-Norge at reisetid til sykehus er lang. (Kilde: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, 2014).

Forskning har vist en generell sammenheng ved at lengre reisetid eller avstand har en tendens til å generere mindre etterspørsel etter en tjeneste. Dette gjelder for spesialisthelsetjenester (Hagen, 2009) og for folks bruk av legevakt (Raknes, 2015). En studie utført for akuttutvalget av akuttkjedene ved hjerteinfarkt, hjerneslag og kols/astma tyder på at de generelle sammenhengene gjelder også for akuttmedisinske tjenester. Studien er utført av Alexandersen og Hagen (2015) og tyder på at innbyggere i områder med lang reisetid/avstand til sykehus har noe færre

sykehusinnleggelses per innbygger enn personer som bor i områder med kort avstand til sykehus.

Lang reisetid til legevakt fører til færre henvendelser og færre konsultasjoner i legevaktstjenesten (Raknes, Morken & Hunskår, 2014). Innbyggere med lang reisetid til legevakt legges ikke oftere inn i sykehus enn innbyggere med kort reisetid til legevakt. Analysene peker heller i retning av at kort reisetid til legevakt bidrar til flere innleggelses i sykehus (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2015).

Flere studier viser at risikoen for å dø etter traumer er større i tynt befolkede områder enn i tett befolkede områder, og at risikoen særlig er knyttet til transportulykker (Kristiansen et al., 2012; Kristiansen et al., (2014). I en studie fra 2013 er det påvist høyere skadeforekomst og dødelighet ved skader og ulykker i Finnmark sammenliknet med tilsvarende hendelser i rurale og urbane områder i Hordaland (Bakke et al., 2013). Slik kunnskap bør ha betydning for hvordan akuttberedskapen legges opp.

4.6.2 Nye arbeidsformer i helse- og omsorgstjenestene

I Norge har spesialisthelsetjenesten gjennom flere tiår arbeidet aktivt for å korte ned liggetiden i sykehus og rette virksomheten mot mer dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Kommunenes omsorgstjenester har i økende grad fått ansvar for hjemmeboende pasienter som utstyres med avansert medisinsk utstyr i sitt eget hjem under veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjeneste og fra kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med samhandlingsreformen har det vært et politisk mål at kommunene skal ta en større del av pasientbehandlingen enn i dag. Reformen har medført flere ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjenester, kompetanseheving og etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger.

Bedre koordinering på tvers av tjenester og tettere oppfølging av personer med kroniske sykdommer og risikogrupper er en utvikling som trolig vil prege kommunenes helse- og omsorgstjeneste i årene framover. Helse- og omsorgsdepartementet la i 2015 fram forslag om en mer teambasert primærhelsetjeneste, med nye arbeidsformer som bidrar til at primærhelsetjenesten arbeider mer forebyggende og gir tettere oppfølging til personer med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser (Meld. St. 26 (2014–2015), 2015).

4.6.3 Forebygging og folkehelse

Helse- og omsorgstjenesten vil møte store utfordringer knyttet til utvikling av livsstilssykdommer. Satsing på forebygging og risikoreduserende strategier har betydning for det framtidige omfanget av akutt sykdom og skade. Fordi forebygging og folkehelseiltak ikke alltid gir resultater på kort sikt, er det ofte en utfordring å investere i området.

Tiltakene for å bedre folkehelsen krever samarbeid på tvers av sektorer. I Folkehelsemeldingen Meld. St. 19 (2014–2015) understrekes behovet for et tverrsektorielt folkehelsearbeid, og det er viktig at dette følges opp. Det legges blant annet vekt på grunnleggende økonomisk og sosial trygghet, utvikling av sosiale sikkerhetsnett, gode læringsmiljø og et inkluderende og helsefremmende arbeidsliv. Det foreslås en rekke tiltak som er viktige for framtidig forekomst av akutt sykdom og skader.

I helse- og omsorgstjenesten har folkehelsepolitikken med bedre kosthold og økt fysisk aktivitet lite synlige effekter på kort sikt, men avgjørende virkninger på lengre sikt. Et eksempel på et sykdomsområde der helsetjenesten retter økt innsats på forebygging, er forebygging av kols, blant annet gjennom tiltak for å motivere til røykeslutt, redusere passiv røyking og utvikle optimal behandling av astma (Helsedirektoratet, 2012b).

På enkelte områder kan man se tydelige resultater som følge av viktige samfunnsendringer:

- Sikkerheten innen samferdsel har økt. Fra myndighetenes side er det blant annet lagt vekt på å bygge sikrere veier. Det er stilt krav til sikkerhet innenfor kollektivtransport, herunder jernbane og luftfart, samt krav til bruk av bilbelte i bil, buss m.m. Fra næringslivets side er sikkerhet vektlagt i produktutvikling av kjøretøy.
- Helsemyndighetenes arbeid for å redusere bruk av tobakk har medført en betydelig nedgang i tobakksrøyking, noe som trolig er en sterkt medvirkende årsak til nedgangen i forekomsten av mange sykdommer.

God oppfølging fra helsetjenesten av personer med høy risiko for utvikling av sykdom og tidlig intervensjon hos pasienter som er inne i et sykdomsforløp var sentrale poenger i samhandlingsreformen.

4.6.4 Ny teknologi i den akuttmedisinske kjede

Ny teknologi som internett og smarttelefonen, har hatt gjennomgripende konsekvens for organiseringen av samfunnet på mange områder. Viktige sektorer som finans, forsikring, reiseliv, handel, post, tele og kommunikasjon har endret seg i betydelig grad siste tretti år. Privatpersoners kommunikasjon med hverandre og med næringsliv og offentlig sektor har også endret seg, med økende bruk av sosiale medier. Offentlig sektor har dessuten i stigende grad tatt i bruk ny teknologi ut mot befolkningen, og publikumsrettede tjenester utvikles i dag i stigende grad som nettbaserte tjenester.

Det er vanskelig å overskue de framtidige mulighetene som foreligger innen bruk av smarttelefon til helseformål. Allerede i dag er det mulig å følge med på sentrale fysiologiske parametre på egen hånd ved hjelp av smarttelefon. Det er registrert om lag 1500 ulike medisinske applikasjoner (apper) for mobiltelefon. Apper gjør det mulig for personer med kroniske sykdommer og tilstander å ta prøver av blodsukernivå, EKG, blodtrykk og andre parametre med utstyr som plugges inn i mobiltelefonen. Programvare lastes ned til mobilen, og melding om resultater over tid sendes som SMS til pasienten eller andre.

En viktig konsekvens av at ny teknologi blir tatt i bruk er at en stor del av befolkningen blir erfarne brukere av ny teknologi. Også eldregruppen vil ta i bruk ny teknologi i stadig større grad (Teknologirådet, 2009). Ambisjonsnivået for nødmeldetjenestene bør gjenspeile dagens teknologiske muligheter og det må legges til rette for at man i en nødsituasjon kan sende inn digital informasjon som bilder, video og GPS-posisjon til nødetatene (Teknologirådet, 2014).

Teknologirådet framholder at fastleger og legevakt i liten grad er tilgjengelige for spørsmål og ønske om råd og veiledning gjennom epost, tekstmeldinger eller bruk av nettbaserte tjenester. I et tidsperspektiv på 20–30 år er det sannsynlig at dette bildet vil endres vesentlig (Teknologirådet, 2015).

Verktøy for mobil og nettbrett

Helsetjenesten har foreløpig utviklet få tjenester til bruk for mobil og nettbrett. Legevakthåndboken er innarbeidet som et oppslagsverk for alle som er involvert i allmennmedisin og legevakt, og ble gjort tilgjengelig for smarttelefon og nettbrett i 2012. Stiftelsen Norsk Luftambulans har

utviklet en app «Help 113 GPS» som kombinerer posisjonering og kontakt. Frivillige førstehjelps- og redningsorganisasjoner har utviklet apper som gir instruksjon i førstehjelp. Utviklingen på dette området går raskt, og vil trolig også bli viktige verktøy i den akuttmedisinske kjeden. Varsling om ulykke kan for eksempel ledsages av bilde og video.

Nødnett

Stortinget vedtok i 2006 å starte arbeidet med et nytt digitalt kommunikasjonsnett som skulle erstatte nødetatenes gamle sambandssystemer. 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, avlyttings-sikkert kommunikasjonsnett med god dekning og talekvalitet. Teknologien legger til rette for bedre samhandling både innad 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 og i samvirke med de andre nødetatene. En suksessfaktor for å hente ut potensialet er at alt personell i den akuttmedisinske kjede er tilgjengelige i nødnett.

En bedre utnyttelse av nødnettet forutsetter at det utvikles prosedyrer for hvordan AMK, ambulansetjenesten, akuttmottakene og helsepersonell i kommunene skal samarbeide og utnytte hverandres kompetanse.

VAKe

Videobasert Akuttmedisinsk konferanse (VAKe) er en kommunikasjonsløsning som skal understøtte standardiserte pasientforløp. Med VAKe-systemet kan akuttmedisinske team eller personell ved lokale legesentre, legevaktsentraler eller lokale akuttstusykehus 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 RHF har besluttet å innføre VAKe som gjennomgående kommunikasjonsløs-

ning i akuttberedskapen i alle sine helseforetak. Slike videokonferanser i akuttmedisinske situasjoner kan bidra til bedre pasientbehandling.

Multifunksjonsmonitører

En multifunksjonsmonitor er en bærbar enhet som overvåker vitale parametre på pasienter under undersøkelse, stabilisering og under ambulansetransport. I tillegg kan pasientdata sendes fra ambulansepersonellet til sykehus eller andre aktører i akuttkjeden. I 2014 ble det inngått en avtale i regi av HINAS (Helseforetakenes innkjøpsservice) om innkjøp av en felles multifunksjonsmonitor til ambulansetjenesten. Felles utstyr vil forenkle behandlingen av pasienter i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer og ambulansenheter, og i kommunikasjonen mellom ambulanse og sykehus. Få legevakter har i dag slikt utstyr, men

på lengre sikt er det muligheter for at alle aktører i den akuttmedisinske kjede har samme utstyr.

Velferdsteknologi

Mange kommuner er i ferd med å ta i bruk velferdsteknologi, og det utvikles stadig nye produkter. Bruksområdene er mange og kan knyttes til blant annet medisinerings, forebygging av fall, økt brannsikkerhet, hjelp ved kognitiv svekkelse m.m. Trondheim kommune har etablert en helsevaktssentral som omfatter legevaktssentral, mottak av trygghetsalarm og velferdsteknologiske løsninger. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, nye faglige metoder og arbeidsformer og endringer av organisatoriske og fysiske rammer (Meld. St. 29 (2012–2013), 2013).

Kapittel 5

Felles utfordringer

Det er flere felles utfordringer for kommuner og helseforetak i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, blant annet:

- Større prehospitallrom
- Økte forventninger fra pasientene
- Ansvarsdelingen mellom to forvaltningsnivåer
- Konsekvenser av sentralisering
- Behov for personell og kompetanse
- Samarbeid mellom nødetatene
- Samhandling mellom helseforetak og kommuner

5.1 Større prehospitallrom

Undersøkelse, diagnostisering og behandling skjer i økende grad utenfor sykehus og gir både muligheter og utfordringer. Mens man tidligere var mest opptatt av å få transportert pasienter til sykehus for å starte undersøkelse og behandling, startes det i dag prehospitallt ved hjelp av ambulanspersonell og annet helsepersonell. Prehospitall innsats knyttes ikke bare til innsats før eventuell innleggelse i sykehus, men gjelder også pasienter som ikke nødvendigvis får et bedre helseresultat ved å bli innlagt i sykehus.

Behandling av akutt sykdom er blitt bedre og mer effektiv de siste tiårene, noe behandlingen av akutt hjertesykdom viser. Ved denne tilstanden har medisinsk forskning bidratt til å utvikle tidlig innsats prehospitallt etterfulgt av avanserte metoder for behandling i sykehus. Dette har resultert i høyere overlevelse og bedre helseresultat for denne pasientgruppen og gjort at Norge er verdensledende på området. Utviklingen har vært drevet fram av de medisinske fagmiljøene og har vært rettet mot tidlig førstehjelpsinnsettelse fra pårørende og forbigående. Stavanger og Tromsø har overlevelseshastigheter ved uventet hjertestans utenfor sykehus som er høyest i verden. Utvikling av holdninger og førstehjelpskunnskap i befolkningen, prehospitallt utstyr og metoder for undersøkelse og tidlig behandling, sammen med orga-

nisatoriske tiltak som PCI-sentre, har vært viktig for å få dette til.

Nye og liknende muligheter åpner seg nå innenfor hjerneslag. Økt førstehjelpsinnsettelse og tidlig prehospitall diagnostikk sammen med avansert behandling i egne slagenheter i sykehus, vil trolig bedre overlevelse og helseresultat for pasientene i årene som kommer.

Nye muligheter skapes for større innsats prehospitallt, samtidig som det stilles større krav til en samkjørt og effektiv samhandling mellom de ulike aktørene.

Organisering av akuttgjelpere er et resultat av økt kunnskap om at tidlig innsatt har stor betydning for pasienters overlevelse og helseutsikter ved utvalgte akutttilstander. Trening i førstehjelp og økt bevissthet i befolkningen om å trå til dersom medmennesker trenger hjelp, er en forutsetning for at helsehjelp fra den profesjonelle del av akuttkjeden skal ha effekt for pasienten.

5.2 Økte forventninger fra pasientene

Befolkningen har klare forventninger til at det skal foreligge et tilbud om rask og kompetent hjelp og transport hvis en akutt medisinsk situasjon oppstår. Høyere utdanningsnivå og økt kunnskap i befolkningen følges av høyere forventninger til kvalitet i de tjenestene innbyggerne møter.

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. Dette skaper både nye muligheter og utfordringer for helsetjenesten.

5.3 Ansvarsdelingen mellom to forvaltningsnivåer

Ansvar for samfunnets akuttmedisinske tjenester er organisert på to forvaltningsnivåer – kom-

muner og helseforetak. Begge nivåer har et sørge for-ansvar. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester, mens kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Denne ansvarsdelingen for den akuttmedisinske beredskapen i to ulike forvaltningsnivåer har noen konsekvenser. En første konsekvens er at begge forvaltningsnivåer forfølger egne målsettinger.

Ingen av aktørene har i oppgave å organisere seg slik at uheldige konsekvenser for den andre part blir minimert. Tvert imot kan det oppstå et spill der kommuner organiserer seg slik at oppgaver og kostnader veltes over på helseforetakene. Helseforetak kan også redusere eller avvikle tilbud og basere seg på at kommunene i større grad tar oppgaver.

En annen konsekvens er at to forvaltningsnivåer har en tendens til å skape utfordrende grenseflater. Skillet mellom tjenestene skaper behov for samhandling og stiller krav til samarbeid mellom tjenestene og nivåene. Svikt i pasientbehandlingen når pasienter flyttes fra ett nivå til et annet, var en viktig bakgrunn for samhandlingsreformen.

Styringen fra statens side er også forskjellig for de to nivåene. Staten som eier har en direkte styringslinje inn mot regionale helseforetak, men det er ikke tilfellet overfor kommunene. Statlige virkemidler bygger derfor på ulikt grunnlag, og juridiske virkemidler har en viktigere funksjon i styringen av kommunene enn for helseforetakene. Styringen innad i regionale helseforetak og i kommunene er også forskjellig. Mens regionale helseforetak er store organisasjoner med gode muligheter for regional og nasjonal styring og ledelse, er kommunene mye mer heterogene, flere i antall og med ulike former for kommunesamarbeid.

Gode rammevilkår fra statens side er viktig for å gi insentiver som bidrar til at hvert forvaltningsnivå utvikler mål og arbeider for gode løsninger. Finansieringen av akuttmedisinske tjenester er et eksempel på at rammevilkår ikke er utviklet for en samlet kjede, men er blitt regulert etter hvert som hver tjeneste har vokst fram.

5.4 Konsekvenser av sentralisering

Ambulansetjenesten er sensitiv for organisatoriske endringer i øvrige deler av helsetjenesten, enten det er sentralisering av tjenestetilbud i interkommunale legevakter eller sentralisering og

funksjonsfordeling av akuttfunksjoner i spesialisthelsetjenesten. Oppdragsmengden har økt kraftig de siste årene, jf. kapittel 11.

Funksjonsdeling av sykehus får betydning for AMK-sentralene og legevaktjenesten når kompetanse og kapasitet for mottak av pasienter med ulike sykdoms- og skadetilstander skal klarlegges. Helsedirektoratet (2015b) har sett på konsekvenser av sentralisering av akuttfunksjoner i sykehus, men begrensninger i datagrunnlaget gjør at det er vanskelig å trekke klare konklusjoner.

Det finnes få eller ingen studier av konsekvenser av sentralisering av legevaktssentraler og legevakter. Blant annet er det liten kunnskap om virkningene for ambulansetjenesten, fastlegetjenesten eller for sykehusene.

5.5 Behov for personell og kompetanse

Norge har høy dekning av helsepersonell sammenliknet med andre land, men likevel er det framtidig behovet for helsepersonell stort.

På verdensbasis hadde Norge i 2012 den sjette høyeste legedekning og den høyeste sykepleiedekningen i verden (WHO, 2015). Sammenliknet med de andre nordiske landene har Norge en høy helsepersonelldekning per innbygger.

Flere analyser viser imidlertid at det går mot underdekning på helsepersonell som helefagarbeidere, sykepleiere og leger i årene som kommer. Statistisk sentralbyrå (SSB) har anslått at helse- og omsorgssektoren vil stå for en betydelig andel av samlet sysselsetting i årene som kommer, og at antall årsverk i helse- og omsorgssektoren i kommuner og helseforetak vil doubles fra 2010 til 2060 – fra om lag 246 000 i 2010 til 513 000 i 2060 (Statistisk sentralbyrå, 2014). Det store behovet for personell i helse- og omsorgstjenestene er omtalt i flere stortingsmeldinger de siste årene, blant annet Meld. St. 12 (2012–2013), Meld. St. 29 (2012–2013), samt i Meld. St. 26 (2014–2015).

I en undersøkelse fra 2015 på oppdrag fra KS ble landets kommuner spurt om rekruttering av leger. Om lag fire av ti kommuner fant det vanskelig å rekruttere fastleger. I de minste kommunene opplever over halvparten legerrekrutteringen som vanskelig (KS og TNS Gallup, 2015).

Svak rekruttering av helsepersonell er knyttet til mindre sentrale områder. Mangel på kvalifisert helsepersonell er en stor utfordring for å kunne sikre god helsehjelp for befolkningen i rurale

områder (Brandstorp, 2014). Legemangel møtes med vikarbruk. Vikarene er ofte av utenlandsk opprinnelse med språkproblemer og manglende kjennskap til lokale forhold. Vikarstafetter rammer spesielt de kronisk syke pasientene, fordi god pasientkunnskap og et godt lokalt samarbeid er nødvendig for å gi gode tjenester til kronisk syke pasienter. Sykepleiere er den yrkesgruppen kommuner i nord rapporterer som mest utfordrende å rekruttere. Dette er en utfordring distriktene deler med både bykommuner og sykehus lenger sør. NSDM viser til forskning som har vist at fastlønn foretrekkes av leger i norske småkommuner, yngre leger, leger som ønsker å undervise og drive med samfunnsmedisin og av kvinnelige leger.

Løsningene for å opprettholde befolkningens og tjenestenes behov er ikke å øke antallet helsepersonell, men å utnytte de eksisterende personellressursene på en bedre måte ved å jobbe annerledes. Det kreves en ny type kompetanse preget av mer endringsvilje og endringsevne (Helsedirektoratet, 2014b).

5.6 Samarbeidet mellom nødetatene

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter (Akuttmedisinforskriften, 2015).

I mange situasjoner er et nært samarbeid mellom de tre nødetatene – helse, brann/redning og politi – avgjørende for et godt resultat. Ved trafikkulykker har etatene ulike primærroller, men alle har et felles overordnet mål, nemlig å sikre liv og helse. Etatene kan ha ulike responstider, og handlingsmønsteret må være forutsigbart uavhengig av hvem som kommer først. Det er flere utfordringer knyttet til samarbeidet i dag, blant annet at etatene har ulik begrepsforståelse. Tjenestene styres også ulikt fra sine respektive nødsentraler. Nytt nødnett og felles sambandsrutiner kan bedre samarbeidet, og det er utviklet fellesprosedyrer for opptreden ved pågående livstruende vold (PLIVO). Samarbeidet må utvikles, dokumenteres og trenes på alle plan, det vil si mellom virksomhetslederne, nødsentralene og de utøvende tjenestene. Det gjelder ikke minst nødetatenes samarbeid ved store hendelser.

5.7 Samhandling mellom helseforetak og kommuner

5.7.1 Samhandlingsavtaler

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. Krav til innhold i avtalene framgår av helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenesteavtale 11 handler om samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede. 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 personalet 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. Lovens minimumskrav er ikke til hinder for gode praktiske løsninger på konkrete samhandlingsutfordringer. Det er ingen godkjenningssordning for samarbeidsavtalene. De regionale helseforetakene skal sende inn avtalene til Helsedirektoratet, men direktoratet skal verken godkjenne eller kontrollere innholdet.

Avtalene skal bygge på og være et redskap for å sikre at generelle krav til samarbeid og andre plikter til forsvarlig helsetjenester blir oppfylt. Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

En undersøkelse av erfaringene med samhandlingsavtalene viser at det er variasjoner med hensyn til etterlevelse av de ulike samhandlingsavtalene. Enkelte av avtalene er det lite kjennskap til, både på ledernivå og nedover i organisasjonen. Det kan virke som tjenesteavtale 11 er en av avtalene som er lavest prioritert (Williksen, Bringedal, Snåre & Stokke Hall, 2014).

5.7.2 Krav til samtrening

Akuttmedisinforskriften stiller krav til at virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal

sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Systematisk trening i samhandling er viktig i alle deler i den akuttmedisinske kjeden. Måten treningen organiseres på må tilpasses lokale forhold. Treningen er i første rekke beregnet på personell i legevakt og ambulansetjenesten, 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. Flere forskergrupper 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 USA fant at teamtrening var godt egnet som en av de anbefalte pasientsikkerhetsstrategiene for landet (Shekelle et al., 2013)

Forskning over en periode på fire år i en midtstørrelse norsk kommune har vist at slik trening mellom de lokale ressursene skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena som opprettholdes av aktørene selv. I akutt situasjoner er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller og har trent på 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 (Brandstorp, 2014).

Evaluering etter tverrfaglig trening i Finnmark for til sammen 22 team i skadestedshåndtering, mottak og stabilisering av alvorlig skadede i primærhelsetjenesten viste gode resultater. Deltakerne rapporterte om signifikant økt sikkerhet i egen rolle og fortrolighet med rekkefølgen av nødvendige tiltak (Utsi, Brandstorp, Johansen & Wisborg, 2008).

I 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 (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014). Rapportene gir et bilde på at samtrening med andre deler av den akuttmedisinske kjede kan bli bedre. En undersøkelse blant samtlige kommuner i Troms og Finnmark i 2008, viste at bare en av fire kommuner trener akuttmedisinske prosedyrer sammen med

ambulanspersonell (Hilpüsch, Parschat, Fenes, Aaraas & Gilbert, 2011).

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

5.8 Utvalgets vurdering

Økt etterspørsel etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Tidligere intervensjon og tettere oppfølging av personer med kroniske og sammensatte lidelser har vært blant målene i samhandlingsreformen. Befolkningsveksten sammen med flere eldre og flere med kroniske sykdommer, innebærer at helsetjenesten vil møte økt pågang av pasienter med forverring av kroniske tilstander med påfølgende akutt behov for helsehjelp.

Uten en tydelig folkehelsepolitikk, aktiv forebygging og tett oppfølging av personer med kroniske og sammensatte lidelser, mener utvalget at etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kan øke betydelig. En politikk som tar sikte på å redusere forekomsten av akutt sykdom og skade, er derfor også gunstig med hensyn til samlet ressursbruk i helsetjenesten.

To forvaltningsnivåer

Delingen av ansvaret for akuttmedisinske tjenester mellom to forvaltningsnivåer skaper utfordringer. En konsekvens er at hvert forvaltningsnivå er opptatt av å oppfylle egne mål, uten hensyn til om ressursbruk flyttes over til et annet nivå, eller om det skapes uheldige konsekvenser for andre aktører. Dersom ett nivå er underdimensjonert eller uten tilstrekkelig kompetanse til å ta fullt ansvar for pasienten, øker risikoen for svikt i hele akuttkjeden, og andre deler av kjeden må ta over. Rett dimensjonering av tjenestene for å sikre god pasientbehandling er derfor viktig.

Statens styring av de to forvaltningsnivåene er basert på ulike styringsformer. Dette medfører at det er gode muligheter for nasjonale og regionale grep i helseforetakenes akuttjenester, men at det er dårligere muligheter for nasjonal eller regionale tiltak i kommunenes øyeblikkelig hjelp-tjenester. Gode og effektive tjenester forutsetter ny teknologi, slagkraftige organisasjoner og perso-

nell med tilstrekkelig øvelse og erfaring. Dette kan være utfordrende i små enheter med lite befolkningsgrunnlag, samtidig som en desentral tjeneste er nødvendig for å gi gode akuttjenester og ø-hjelptjenester med nærhet til befolkningen og med tilstrekkelig lokalkunnskap. Spenningen mellom disse hensynene må avveies i utformingen av en kompetent og effektiv akuttkjede.

Sentralisering av akuttfunksjoner

Beslutningsprosesser i kommuner og helseforetak knyttet til struktur og lokalisering av behandlingstilbud involverer i liten grad ambulansetjenesten. Risikoen er dermed til stede for at utgiftsøkninger og kapasitetsoppbygging i prehospitalet blir en konsekvens, uten at det er tatt tilstrekkelig hensyn til slike virkninger i de sentrale beslutningsprosessene. Risikoen er også til stede for at struktur og kapasitet i ambulansetjenestene ikke tilpasses de planlagte endringene. Konsekvensen kan være et dårligere helsetjenestetilbud.

Nasjonale helse- og sykehusplan legger føringer for framtidig sykehusstruktur. Utvalget vil framheve at endringer i sykehusstruktur og oppgavefordeling forutsetter styrking av kapasitet og kompetanse i ambulansetjenesten. Ledelsen for ambulansetjenesten bør i større grad ta del i analyse- og planleggingsarbeidet.

Økt spesialisering av sykehusfunksjoner og samling av akuttfunksjoner til færre sykehus er utviklingen som ofte får størst oppmerksomhet. Utviklingen har samtidig gått i retning av færre AMK- og legevaktsentraler, færre ambulansesetninger, færre og større legevaktdistrikter.

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 imidlertid at det prehospitale rom utvides, og en faglig kompetent primærhelsetjeneste og ambulansetjeneste får større betydning enn før.

Stortinget har gitt tilslutning til å gjennomføre en kommunereform. Målet er større og mer robuste kommuner med økt makt og myndighet. En kommunereform vil også få betydning for organiseringen av framtidig legevaktsamarbeid.

Oppfølging av pasienter i eget hjem og flere samhandlingsarenaer om øyeblikkelig hjelp-pasienter

Sykehusene har gjennom flere tiår forandret sin virksomhet i retning av kortere liggetid, mer omfattende dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk virksomhet.

Endringene i sykehusenes inhospitale virksomhet bør også få konsekvens for hvordan sykehusene organiserer sine tjenester utenfor sykehusenes vegger. Noen steder blir hjemmeboende pasienter fulgt opp av spesialisthelsetjenesten gjennom team som i samarbeid med kommunehelsetjenesten gir pasientene nødvendig oppfølging. Samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om pasienter er et annet område som bør utnyttes og kan bidra til at pasienter slipper å transporteres mellom nivåer og enheter.

Utvalget mener det ligger et potensiale i å utnytte tilgjengelig personell bedre og utvikle flere arenaer for samhandling til beste for pasientene. Hjemmebaserte tjenester i kommunene er en tjeneste som er i døgnerberedskap med potensiale for å inngå i arbeid også med øyeblikkelig hjelp-pasienter. Andre eksempler er ambulanspersonell eller sykepleiere i legevakt, som kan utnyttes bedre enn i dag til selvstendige undersøkelser og pasientkontakt. For begge tjenester er det viktig å heve utdanning og kompetansenivå. I tillegg bør tjenestene utstyres med effektive kommunikasjonsmidler, utveksling av pasientinformasjon og beslutningsstøtte.

Rekruttering

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. Pasientene må bli møtt med kompetanse og god pasientforståelse i hele den akuttmedisinske kjede.

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. Utvalget mener det er nødvendig at kommuner og helseforetak sammen legger planer for de akuttmedisinske tjenester.

Dette gjøres enklest ved å utvikle og revitalisere den lovpålagte tjenesteavtale 11 om omfórente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Akuttutvalgets inntrykk er at denne tjenesteavtalen i liten grad er et planleggingsverktøy og at den heller ikke har særlig betydning for pasientbehandling eller ressursbruk. Avtalene trenger derfor å forbedres og konkretiseres. Verken kommuner eller helseforetak kan endre dimensjoneringen av sin akuttmedisinske beredskap uten at det skjer i samarbeid og dialog. Endringer må baseres på felles gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser. Formålet med et mer konkret og forpliktende samarbeid er å sikre lokal akuttmedisinsk beredskap og få utnyttet helsetjenesteressursene bedre.

Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om utarbeidelse av en felles plan mellom kommuner og helseforetak for akuttmedisinske tjenester. En slik plan kan omfatte et større geografisk område enn den enkelte kommune og kan 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 øhjelptjenester, legevakt og andre døgnbaserte tilbud rettet mot akutt sykdom. Planene må møte innbyggernes og pasientenes behov for en tilgjengelig og faglig god 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 jevne mellomrom. Utvalget mener også at tilsyn med samarbeidet mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske tjenestene er nødvendig.

Pasientens utkomme ved alvorlige akuttmedisinske tilstander vil alltid være avhengig av en sammenhengende og i alle ledd godt fungerende kjede. Et brudd 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 oppgavefordelingen som til enhver tid foreligger. Både nasjonalt og på helseforetaksnivå må det utarbeides fagplaner som fortløpende og forpliktende involverer aktuelle fagmiljøer.

Ledelse

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 god 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 et 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. Utvalget mener at det er nødvendig at ledere i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus stimuleres til å delta i de allerede etablerte ledelsesprogrammer.

Internasjonalt har utviklingen gått mot større driftsorganisasjoner i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. I Danmark er det fem prehospital regionale ledere som fatter nasjonale beslutninger om forhold ved tjenesten i samarbeid med nasjonale faglige organer. Utvalget mener det er behov for en større grad av standardisering og bedre samordning på regionalt og nasjonalt nivå når det gjelder de prehospital tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak har ansvar for at ambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet og bør vurdere å opprette et nasjonalt prehospitalt lederorgan for å sikre nasjonal samordning.

I utredninger av sykehusstruktur og medisinsk-faglige strategier mangler gjerne gode konsekvensanalyser for de prehospital tjenestene. Helseforetakene må sikre tilstrekkelig utredningskapasitet når det gjøres endringer i sykehusstruktur med konsekvens for de prehospital tjenestene. Konsekvensanalyser må følges opp av planer for de prehospital tjenestene. Sentralisering av spissfunksjoner og annen funksjonsfordeling medfører lengre reiseavstander for pasientene og større pasientstrømmer mellom sykehusene. Utvalget mener risiko- og sårbarhetsanalyser kan være et godt virkemiddel for å identifisere behov for tiltak.

5.9 Utvalgets forslag

- 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 felles plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- Alle kommuner og helseforetak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra de reelle behovene.
- For de alvorligste akuttmedisinske tilstandene må det utarbeides fagplaner som fortløpende og forpliktende involverer aktuelle fagmiljøer
- Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.
- De regionale helseforetakene bør etablere et nasjonalt prehospitall lederorgan for å sikre bedre samordning av tjenestene.
- Statens Helsetilsyn/Fylkesmannen bør gjennomføre tilsyn med samhandlingen rundt tjenesteavtale 11 mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester.

Kapittel 6

Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap

6.1 Frivillig sektor

Frivillig sektor er en uavhengig og selvstendig samfunnssektor som plasserer seg mellom privat og offentlig sektor. Den består av ulike typer organisasjoner som kan grupperes etter hovedformål (Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, 2015). Eksempler på typer organisasjoner er velferdsorganisasjoner, idrett-, kultur- og fritidsorganisasjoner, politikk- og interesseorganisasjoner og humanitære organisasjoner.

Frivillig sektor har bred oppslutning i befolkningen, og bidrar med store verdier til samfunnet. En undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå i 2010 viste at 48 pst. av den norske befolkning deltar i frivillig arbeid i en eller annen form. De frivillige organisasjonene stod i 2012 for 101 mrd. kroner i det norske samfunnets verdiskapning, eller 115 000 årsverk (Statistisk sentralbyrå, 2014a). Frivillighet skaper også sosial kapital ved at den skaper samfunnsengasjement, samhold og tilhørighet.

Velferdsfeltet i frivillig sektor omfatter organisasjoner som utfører helse- og sosialtjenester, blant andre de store medlemsorganisasjonene Redningsselskapet, Røde Kors og Norsk Folkehjelp. Disse organisasjonene driver beredskapsarbeid og bistår helsetjenesten med frivillige ambulanser ved ulykker og katastrofer og ved pasientoppdrag utenfor vei. Organisasjonene har også en beredskapsfunksjon for idretts- og kulturliv og rekvireres av lokale redningssentraler (LRS) til redningsoppdrag.

Som beredskapsressurs har de frivillige organisasjonene opparbeidet flere sterke sider:

- Lokal tilhørighet, lokalkunnskap og lokalt tilgjengelig personell og materiell. Det sikrer at man kan gjennomføre aksjoner raskt, og i noen tilfeller når fram når helsetjenesten og andre ressurser hindres av for eksempel uvær.
- Gjenkjennelse hos publikum gir frivillige lokal lag integritet og status i lokalbefolkningen.
- De største organisasjonene har lange tradisjoner innen førstehjelpsopplæring, og de eldste

har over 100 år med erfaring på feltet. Organisasjonene utdanner egne instruktører, de har velprøvde kurskonsepter som kontinuerlig revideres faglig og pedagogisk, og de tilbyr opplæring på flere nivåer.

- Organisasjonene har system for oppfølging av mannskap etter alvorlige hendelser som for eksempel feilbehandling, fare for eget liv og helse, skade på egne mannskaper eller spesielt krevende oppdrag.
- I hele landet brukes frivillige organisasjoner for å løse helseoppdrag. Samarbeidet er regulert av avtaler mellom de frivillige og helseforetakene.
- En høy andel av medlemmene er helsepersonell. Deltakelse i frivillig arbeid gir helsepersonell en arena for øvelse, erfaringer og kunnskap.
- Nasjonale myndigheter har ansett det som så viktig at frivillige har tilgang til nødnett, at organisasjonene har fått tildelt nødvendig materiell, inkludert radioer, kostnadsfritt og kostnader ved bruk refunderes. Frivillige organisasjoner er operative på nødnett i hele landet og har egne superbrukere og instruktører.

6.2 Historikk – frivillige i utviklingen av helse- og sosialtjenester

Frivillig sektor har spilt en betydelig rolle i oppbygningen av det norske samfunnet, og har hatt en sentral rolle i utviklingen av helse- og sosialtjenester. Ved å påta seg oppgaver og peke på utfordringer i samfunnet, fungerer de frivillige organisasjonene som pådrivere og pressgrupper overfor politiske myndigheter. Historien viser at mange av de behovene som organisasjonene har avdekket, senere har blitt definert som en del av det offentliges oppgaver og ansvar. Det er flere eksempler på at de frivillige organisasjonene har påtatt seg oppgaver innen helse- og sosialfeltet som senere har blitt definert og overtatt som det offentliges ansvar.

Boks 6.1 Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp i helse- og redningstjeneste

Rolle i nasjonal beredskap

Organisasjonene har beredskap for redningstjenesten som strekker seg fra åpent hav til høyfjell. Med store menneskelige og materielle ressurser har de beredskap for:

- Søk etter savnet (vinter, skred, sjø, vann, strandsoner, barmark)
- Pasientoppdrag utenfor vei (mannskaper, ATVer, snøscooterer, båter)
- Større hendelser/katastrofer (førstehjelpere, sambandsmateriell, telt, lys, varme, biler og båter)

Organisasjonene og helsetjenesten

I dag har organisasjonene flere roller som er sentrale for nasjonal helseberedskap:

- Frivillig ambulansetjeneste
- Utdannede førstehjelpere
- Opplæring av befolkningen i førstehjelp
- Ulykkesforebyggende arbeid

Geografisk utbredelse

Begge organisasjoner er landsdekkende og har ressurser i alle politidistrikter samt sysselmannsdistriktet på Svalbard.

Utalarming

Ressursene varsles enten via AMK eller politiet, for sjøhendelser kan varsling skje via HRS/kystradio

Røde Kors og Norsk Folkehjelp i helsetjenesten

Antall førstehjelpere: 10 500 mannskaper
 Antall ambulanspersonell: 1 000 mannskaper
 Redningsoppdrag: 600
 Lokale grupper i beredskap: 434
 Vaktstasjoner i fjellet: 110
 Oppdrag for ambulansetjenesten: årlig over 4 000¹
 Førstehjelpstiltak ved kultur- og idrettsarrangementer: årlig over 20 000²

Noen eksempler på materielle ressurser

Ambulanser: 141
 Transportbiler: 220
 Beredskapshengere: 207
 Pasientpulker: 414
 Bårer: 3 500
 Ulltepper: 13 000
 Strømaggregat: 240
 Radioer: 5 000
 Snøscootere med pasientkapasitet: 410

¹ Estimat, det finnes ingen samlet nasjonale data som kan hentes ut fra AMIS

² Forsiktig estimat, det mangler nasjonal statistikk

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2008)

Mangel på sykepleiere gjorde at flere frivillige organisasjoner startet utdanning av sykepleiere. Røde Kors startet utdanning av sykepleiere i 1895 og Norske Kvinners Sanitetsforening startet utdanning av sykepleiere i 1898. Gradvis, og fram til midten av 1980-tallet, ble sykepleierskolene fusjonert med andre skoler, nedlagt eller lagt inn under statlige eller fylkeskommunale sykepleierutdanninger (Mageli, 2014).

Mangel på pleieinstitusjoner på begynnelsen av 1900-tallet gjorde at både kommuner og private, religiøse og humanitære organisasjoner tok initiativet til sykehusbygging. I etterkrigstiden ble private behandlingstilbud gradvis en del av offentlige planer. Kommunene tok ansvar for institusjonsbygging. Kommunene ble viktige ledd i statens velferdspolitiske målsettinger om standardisering og likhet i tilbudene. I 1969 kom sykehusloven som påla fylkene ansvar for all institusjonsdrift.

I 1921 overtok Røde Kors en kanonbåt og besluttet å bygge den om til et flytende sykehus, hospitalskipet Viking, for å betjene de nordligste fylkene, der det var langt mellom sykestuer, og vanskelige transportforhold (Mageli, 2014). Bekjempelsen av tuberkulose engasjerte de fleste humanitære frivillige organisasjonene. Fiskerbefolkningen var spesielt hardt rammet. Norsk Folkehjelp etablerte etter andre verdenskrig fire skjermbildebåter som seilte langs kysten. Mer eller mindre hele befolkningen ble undersøkt (Viksvæen, 2014).

Etter annen verdenskrig ble det en utvikling mot at flere brannvesener, samt Falken Redningskorps engasjerte seg i denne tjenesten. Fra samme periode har de frivillige organisasjoner, Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelp Sanitet, bidratt betydelig i den utøvende delen av ambulansetjenesten, samtidig som de tidlig var

pådrivere for kursing av sine mannskaper som utførte tjenesten. Starten på den offentlige delen av organisert opplæring var NOU 1976: 2 Utdanning av ambulanspersonell. Fram til 1986 var ambulansetjenesten i prinsippet et fritt marked, men i praksis var dette regulert gjennom trygdekontorene som med hjemmel i folketrygdloven skulle betale for tjenesten. Organiseringen av tjenesten ble bedre da fylkeskommunen i 1986 overtok ansvaret. Dette startet en trend mot offentlig utøvelse av ambulansetjenesten og i dag er ambulansetjenesten hovedsakelig offentlig, selv om de frivillige fortsatt yter et viktig bidrag på dette området.

Mange frivillige organisasjoner i Norge har et stort internasjonalt engasjement. Redd Barna og Kirkens Nødhjelp er to eksempler på store aktører på den internasjonale arena ved siden av Røde Kors og Norsk folkehjelp. Disse omtales spesielt ut fra utvalgets mandat. Norges Røde Kors støtter prosjekter der aktivitetene hovedsakelig gjennomføres av frivillige, og der betalte medarbeidere fungerer som katalysator og tilretteleggere og sørger for kvalitetskontroll til programmer. Norges Røde Kors kan yte direkte respons- og gjenoppbyggingsarbeid etter katastrofer og kriser etter samtykke av vertsforeningen. Norsk Folkehjelp har 2300 ansatte i totalt 35 land. Organisasjonen er verdens største humanitære mineryddeorganisasjon. I dette arbeidet er det en betydelig medisinsk beredskap og annen nødhjelp. Dette kan omfatte alt fra matvaredistribusjon, håndtering av flyktningkriser, akutt helsehjelp og rehabilitering samt sivilbeskyttelse. Organisasjonen er hyppig i innsats ved store humanitære kriser og katastrofer.

Forholdet mellom offentlig og privat hjelpevirksomhet endret karakter i løpet av mellomkrigstiden. Sosialpolitikken ble et viktig felt for politikerne, både i Norge og andre europeiske land. Staten skulle være øverste garantist for borgernes velferd. Velferdsstaten var i etterkrigstiden i en vekstfase, men på flere områder var velferds- og helsetilbudet fraværende eller utilstrekkelig. Med Folketrygdens innføring i 1967 skulle fellesoppgavene være det offentliges ansvar. Frivillige organisasjoner skulle ikke tre inn i statens og kommunens sted for å sette i verk sosiale tiltak.

På grunn av omfanget av oppgaver og det offentliges begrensninger i ressurser og kapasitet, er det fortsatt behov for at frivillig sektor supplerer offentlig tjenesteyting ved å utvikle og påta seg oppgaver på velferdsfeltet. I dag anerkjennes frivillighetens egenverdi og frivilligheten som et viktig supplement til det offentlige. St.meld. nr. 39

(2006–2007) Frivillighet for alle varslet en rekke praktiske tiltak for å styrke organisasjonenes økonomi og arbeidsvilkår.

6.3 Frivillige i akuttmedisinberedskap – status og utfordring

Frivillige er en del av den planlagte beredskapen og inngår i politiets redningsplanverk og i varierende grad i helseforetakenes og kommunenes beredskapsplaner. TNS-Gallup har på oppdrag fra Røde Kors gjennomført en undersøkelse om kommunens samarbeid med den frivillige beredskapen. Undersøkelsen dokumenterer at det i alt for mange kommuner er manglende samspill, avtaleverk og øvinger mellom kommunene og de frivillige beredskapsorganisasjonene. Kun fire av ti kommuner har inngått skriftlig avtale med frivillige organisasjoner om assistanse ved ekstraordinære hendelser (Røde Kors, 2014). Det er viktig at avtaler mellom frivillig og offentlig sektor ikke begrenser eller undergraver muligheten til egenorganisering og til å utløse frivillig innsats. Styringsmulighetene er annerledes enn i offentlig og privat sektor, men grenseoppgangen har blitt vanskeligere med sammenblanding av frivillighet og marked, varierte former for statlig styring og en profesjonalisering av de frivillige som tjenesteleverandører. Forståelse og respekt for frivillighetens autonomi er avgjørende dersom det skal være attraktivt og meningsfullt å engasjere seg som frivillig. Frivillighetspolitikken må baseres på kunnskap om hva som skal til for at enkeltmennesker skal bruke egen tid og egne midler til å løse samfunnsoppgaver. Undersøkelser utført av Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor viser at frivillige innen helse- og sosialfeltet yter en svært omfattende innsats og de opplever høye kostnader, spesielt i form av tidsbruk, ved å være frivillige. Feltet skiller seg, sammen med religion og livssyn, ut som aktiviteten der de frivillige føler de får mest igjen for innsatsen. Frivillige innen velferdsfeltet vektlegger verdibegrunnelser – ønsket om å gjøre noe nyttig i samfunnet og læringsbegrunnelser i sin motivasjon for å arbeide frivillig. For å beholde frivillige må en sørge for arbeidsoppgaver som oppleves nyttige, målrettede og som ikke overbelaster. Hvis en ikke opplever å bli verdsatt og tvunget til mer enn man har lyst til, vil det svekke viljen til å fortsette (Wollebæk, Sætrang & Fladmoe, 2015). Dette er sentral kunnskap for å kunne planlegge en bærekraftig frivillig innsats som en del av akuttberedskapen.

6.3.1 Omtale av frivillige i akuttmedisinforskriften

I akuttmedisinforskriften (2015) gis helseforetakene og kommunene mulighet til å inngå avtaler med blant annet de frivillige redningsorganisasjonene som en ressurs i akuttberedskapen. I § 5 framgår det at:

«Kommunene og de regionale helseforetakene kan, som del av sin akuttmedisinske beredskap, inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Slike akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen»

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og frivillige er i flere foretaksområder allerede inngått. Innholdet i disse avtalene varierer fra supplerings-tjeneste (transport av pasienter som vurderes ikke å være livstruende skadde eller syke og derfor ikke har behov for behandling eller overvåking under transporten) for AMK, definerte akutthjelpere i beredskap i gitte situasjoner, som f. eks. sanitetsvaktjenester og påskeberedskap.

I § 5 står det videre at akutthjelpere må ha fått nødvendig opplæring. Det er en viktig diskusjon hvordan man skal kvalitetssikre at akutthjelpere har nødvendig kompetanse. Førstehjelpere som handler på oppdrag fra helsetjenesten kan defineres som medhjelpere til helsepersonell som omtales i Helsepersonelloven § 5 bruk av medhjelpere. Formålet med den rettslige medhjelperordningen er å plassere ansvar for å kontrollere kvalifikasjoner og føre tilsyn når personell som ikke er helsepersonell benyttes til arbeidsoppgaver.

Lovverket kan tolkes som at kommunen eller det regionale helseforetaket som inngår avtalen med de frivillige plikter å innhente nødvendig dokumentasjon på formelle kvalifikasjoner, og gi tilstrekkelig oppfølging i forbindelse med utføring av oppgaven som akutthjelpere. I de eksisterende samarbeidsavtalene mellom helseforetak og frivillige er intensjonen med avtalen å sikre medisinsk forsvarlighet, og skape forutsigbarhet med hensyn til kvalitet og kvantitet. Felles for avtalene er at organisasjonene har hovedansvaret for utdanning av personellet, men at utdanningsplaner og godkjenningsordninger skal framlegges helseforetaket for godkjenning. Organisasjonene skal selv ha system for interkontroll som beskriver organisasjonens organisering og drift, og internkontrollsystemet med tilhørende dokumentasjon skal være tilgjengelig for helseforetaket. Omfan-

get av tjenesteleveransen er fastsatt i fellesskap på bakgrunn av felles ambisjon, og er ikke ensidig pålagt organisasjonene fra helseforetakets side.

I forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus fra 2005 ble det nærmere presisert at forsvarlighetskravet i helselovgivningen også gjaldt frivillig ambulansepersonell selv om disse ikke oppfylte de fastsatte kompetansekravene til ambulansepersonell. Dersom forsvarlighetskravet også gjelder akutthjelpere, vil det være formålstjenlig å definere rammene for faglig forsvarlighet for denne funksjonen. På grunn av at frivillige både kan rekvireres av helsetjenesten og redningstjenesten er det usikkerhet rundt juridiske forhold som f.eks. regulering av taushetsplikt. Bestemmelsene rundt taushetsplikt innen frivillig ambulansetjeneste er klare, og er regulert i Spesialisthelsetjenesteloven § 6.1 og Helsepersonelloven kapittel 5. Når det gjelder sanitetstjeneste og redningsoppdrag, som også omfatter pasientoppdrag utenfor vei, opererer de frivillige i dag med selvplågt taushetsplikt.

Akutthjelperfunksjonen

Akuttmedisinforskriften åpner for bruk av akutthjelper. Kommuner og regionale helseforetak kan inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Tidligere har begrepet first responder blitt brukt. Det er rimelig at dette begrepet utgår selv om det er et velkjent uttrykk. Begrepet bør erstattes av akutthjelper. Akuttmedisinforskriften har ingen definisjon av begrepet, men en akutthjelper er tidligere definert slik:

«Personell som er opplært i førstehjelp og bruk av defibrillator. Kan kalles ut ved akuttmedisinske hendelser» (Kollegiet for brannfaglig terminologi, 2014).

Den første setningen tilsvarer definisjonen av førsterespondent (first responder) i Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede (Helsedirektoratet, 2012). Akutthjelpergrupper er i dag etablert i store deler av Norge, både som en del av kommunal brann- og redningsetat, frivillig organisasjon eller som en frittstående gruppe. Forutsetninger for at denne beredskapen skal kunne fungere er at:

- Akutthjelperfunksjonen slik den beskrives i Akuttmedisinforskriften, er standardisert slik at ressursen er forutsigbar med hensyn til kompetanse og utstyr hos kommunalt brannvesen og frivillige organisasjoner

- Det er definert i medisinsk indeks og lokale prosedyrer når og ved hvilke tilstander ressursen skal varsles
- Ressursene er synlig for AMK i kartverket, og det er robuste rutiner for utkalling
- Akutthjelpere har rett kompetanse og treningsnivå ut fra avtale med helsetjenesten

Akuttmedisinsk bistand fra kommunale brann- og redningsetater er omtalt i kapittel 8.5.

Dersom en forstår akutthjelperebegrepet som en ressurs som yter kvalifisert førstehjelp til en akutt syk eller skadet pasient i tillegg til eller påvente av helseressurser, dekker paragrafen hele virkeområdet til de frivillige organisasjonene innen akuttmedisinsk beredskap.

Frivillige kalles ut til en kritisk pasient av AMK for å ivareta livreddende tiltak til ambulanse ankommer enten det er utrykning fra vaktstasjon, sanitetstjeneste eller frivillig ambulanse. Noen få frivillige grupper kalles ut fra hjemnevakt. Mange steder er det en innarbeidet rutine at frivillige rapporterer til AMK når de er i beredskap. Frivillige organisasjoner er på nødnett. Det gjør at ressursen umiddelbart er tilgjengelig for AMK ved behov. Det er et stort potensial i å utvikle denne beredskapen.

Det kan ut fra eksisterende forskjeller i kompetanse- og beredskapsnivå innen frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen være hensiktsmessig å etablere en inndeling basert på kompetanse og beredskapsnivå.

Det er uklart hvordan en ordning med utkalling av frivillige fra hjemnevakt kan organiseres. Det finnes allerede lokallag som har en slik ordning hvor det er mulig å innhente erfaring. Det kan være fornuftig at organisasjonene i samarbeid med helsetjenesten etablerer et prøveprosjekt før utkalling av frivillige fra hjemnevakt etableres som en fast del av den akuttmedisinske beredskapen.

6.3.2 Frivillig ambulansetjeneste

Mannskapenes interesse og de frivillige organisasjonenes satsning på opplæring og utstyr 30 år tilbake i tid, resulterte i ambulansetjenester basert på frivillige mannskaper. Organisasjonene var en viktig rekrutteringsbase for den profesjonelle tjenesten. Det fantes lite grunnlag for å anse at de frivillige organisasjonenes ambulanser stod medisinsk-faglig tilbake for de profesjonelle. Den profesjonelle ambulansetjenesten har hatt en kompetanseheving, og den frivillige ambulansetjenesten fungerer i dag som en supplerings-tjeneste. Sup-

plerings-tjenesten kan omfatte førsteresponstjeneste, assistanse på hendelsessted, assistanse ved oppdrag utenfor vei, omsorg for pårørende og tilskuere ved et skadested og transport av pasienter uten behov av aktiv overvåkning eller behandling.

Oslo Universitetssykehus HF har etablert syketransportbiler som er et tilbud til pasienter som trenger liggende transport, men som ikke har behov for ambulanse. Tilsvarende driftsformer vurderes i andre regioner. Syketransportbiler dekker delvis de oppdragene som frivillige ambulanser i supplerings-tjeneste løser i dag, men dekker ikke funksjonene førsteresponstjeneste, sanitetsvakter på kultur- og idrettsarrangement eller pasientoppdrag utenfor vei.

Utviklingen i ambulansetjenesten ble mer profesjonalisert etter at Akuttmedisinforskriften kom i 2005. Den frivillige ambulansetjenesten har imidlertid hatt en uklar rolle. Kvalitetskravene er for omfattende til at de kan oppfylles innen rammen av frivillig aktivitet, og flere helseforetak vegrer seg for å ta i bruk frivillige på bakgrunn av manglende rolleavklaring.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2008 en arbeidsgruppe som skulle gi anbefalinger om de frivillige organisasjonenes rolle når det gjaldt ambulansetjenesten. Arbeidsgruppen utarbeidet rapporten Frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten. Rapporten gir anbefalinger til hvordan man kan organisere samarbeidet mellom de frivillige og profesjonelle slik at det tjener befolkningen, styrker beredskapen, støtter det frivillige engasjementet og verner de faglige standarder som er etablert i ambulansetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Gruppen anbefaler at de frivilliges biler får betegnelsen beredskapsbil, og at biler og uniformer har en utforming som skiller disse fra den ordinære ambulansetjenesten. De frivillige organisasjonenes rolle som supplerings-tjeneste bør avgrense seg til:

- Transport av pasienter som ikke har behov for avansert behandling eller overvåkning under transport.
- Bistand til pasienter som førsteresponsenheter i tilknytning til pågående beredskapsoppdrag
- Bistand ved alvorlig ressursmangel, forsterkning ved katastrofe og bistand ved pasientoppdrag utenfor vei; i tilfeller der ambulanskapasiteten ikke er tilstrekkelig.
- Utføre sanitetstjeneste på vakt etter oppdrag fra kommune, arrangør eller på eget initiativ ved etablering av forsterket beredskap i forbindelse med påske-, vinter- og sommerferie ved større utfartssteder.

Gruppen beskriver rollen som forsterkningsressurs ved kriser og katastrofer som den mest krevende oppgaven, og at den bør være dimensjonerende for de frivillige organisasjonenes aktivitet opp mot ambulansetjenesten. For å kunne fungere i en katastrofesituasjon, er det viktig for de frivillige å ha en rolle i normalsituasjoner, jf. likhetsprinsippet for beredskapsarbeid. Likhetsprinsippet innebærer at den organisasjonen man opererer med under kriser, bør likne mest mulig på den organisasjonen man har til daglig (St.meld. nr. 17 (2001–2002), 2002). Dette kan ivaretas gjennom rollen som førsterespondent og pasientoppdrag utenfor vei.

Det er grunn til å forvente at syketransportbiler vil bre om seg, og i stor grad erstatte frivillig ambulansetjeneste som avlastning for den profesjonelle tjenesten med pasienttransport. En slik utvikling kan bidra til at frivillige organisasjoner vektlegger sine beredskapsfunksjoner sterkere, og at kvaliteten på de frivilliges deltakelse i akuttmedisinsk beredskap øker. Ved at de frivillige organisasjonene rendyrker et eget konsept og har et ansvarsområde som klart skiller seg fra den profesjonelle tjenesten, ivaretas den genuine frivilligheten.

6.3.3 Organisering av helseberedskap ved store arrangementer

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utgitt en veileder om sikkerhet ved store arrangementer (DSB, 2013). Veilederen er imidlertid lite konkret om krav til og organisering av helseberedskap og beskrivelse av ansvarsforhold. Det er politiet som gir tillatelse til gjennomføring av store arrangementer. Det bør utarbeides en retningslinje for dimensjonering og organisering av helseberedskap ved store arrangementer. I en slik retningslinje må det innarbeides en enkel mal for vurdering av risiko for sykdom- og skade. Helseforetaket ved AMK/ ambulansetjenesten må rutinemessig informeres om aktiviteter av omfang, fordi dette kan ha konsekvenser for akuttberedskapen i hele området. På samme måte må det være rutiner for å informere kommunehelsetjenesten om arrangementer over en definert størrelse. Retningslinjen må beskrive krav til helseberedskap som angår kapasitet, ambulanseberedskap og samhandling om helseressurser.

6.3.4 Pasientoppdrag utenfor vei

Bruken av naturen og fjellet har endret seg. Tidligere ble høyfjellet brukt til utfart i påsken og som-

meren. I dag brukes fjellet til aktiviteter året rundt. Det er økende omfang av aktiviteter med stort skadepotensial, f.eks. ekstremkjøring på ski, kiting, basehopping og fjellklatring. Det kan innebære flere høyenergitraumer i områder uten mobildekning med en lang og krevende evakueringsakse. Frivillige organisasjoner kalles ut av AMK eller politiet for å løse pasientoppdrag utenfor vei. Organisasjonene erfarer en økning i antall oppdrag. Bakgrunnen for denne utviklingen er trolig at det er bedre mobildekning i fjellet og at moderne telefoner har GPS-funksjonalitet som sikrer nøyaktig posisjonering.

I situasjoner der det ikke er flyvær er frivillige ofte den ressursen som kan ta seg fram til pasienten, gjøre undersøkelser, sette i verk tiltak og evakuere til møtende helseressurser. Ressursen kan stå overfor hele spekteret av akuttmedisinske problemstillinger. Normalt er det godt trente førstehjelpere som har erfaring fra mangeårig innsats i redningstjenesten som brukes til denne type oppdrag. Det kan være krevende å ta seg fram til pasienten på en sikker og effektiv måte, og kombinasjonen av høy førstehjelps kompetanse og erfaring fra redningstjenesten er nødvendig.

Pasientoppdrag utenfor vei er et begrep som brukes av Røde Kors og Norsk Folkehjelp for å skille denne type oppdrag fra leteaksjoner og andre redningsaksjoner. Når AMK koordinerer slike oppdrag håndteres det som ambulanseoppdrag. Det innebærer at AMK bruker indeks og støtteverktøy (AMIS) og sender ut scooter, ATV eller bæreleg slik man ville sendt ut en ambulanse. Pasientoppdrag utenfor vei innebærer alltid at det er en person på en kjent posisjon som har et medisinsk behov. Er posisjonen ukjent, vil oppdraget normalt starte som en leteaksjon håndtert av LRS.

Selv om posisjonen er kjent, er det ikke gitt at oppdraget håndteres som et helseoppdrag. Forutsetningen for å løse oppdraget er at helsetjenesten har tilgang på egnede ressurser. Det omfatter også frivillige organisasjoner som har inngått avtale med helseforetaket. Når helsetjenesten ikke har tilgjengelig egnet ressurs, må politiet håndtere oppdraget som et redningsoppdrag. Ved behov for koordinering av flere nødetater og frivillige organisasjoner defineres oppdraget som et redningsoppdrag (Politi-loven, 1995). F.eks. ved behov for kapasiteter som fallsikring (pasienten har en kjent posisjon – f.eks. midt i Trollveggen) vannredning (pasienten har gått gjennom isen) og skredredning.

Pasientoppdrag utenfor vei håndteres i hovedsak på to ulike måter:

Tabell 6.1 Omfang av innsatser fra Røde Kors Hjelpekorps 2013–2015

	Antall aksjoner totalt	Assistanse henteoppdrag	Søk savnet person	Skred/ras	Andre oppdrag	Antall personer savnet/ass.	Mannskap i innsats	Timer i innsats
2013	1 157	617	387	31	122	1 359	8 830	48 082
2014	987	431	337	18	201	1 488	8 530	38 430
2015	786	429	273	10	74	889	5 676	25 928

- Oppdraget håndteres som et helseoppdrag. Helsetjenesten har avtale med frivillige ressurser, og AMK varsler disse direkte. Eksempel: En pasient får en hodeskade under aking i Korsetrekkeren i Holmenkollen. AMK varsler Oslo Røde Kors som har beredskap med ambulanspersonell, ambulanse og snøscooter på tilhenger hele vinterseongen. De har samband på nødnett i talegruppene som AMK normalt opererer på i området.
- Oppdraget håndteres som et redningsoppdrag. AMK kontakter politiet og ber om at frivillige ressurser kalles ut til pasienten, uten at politiet nødvendigvis forestår ytterligere koordinering eller ledelse. Eksempel: En pasient får et brudd i ankelen på Tromsdalstind i Troms politidistrikt og personen ringer 113. AMK Tromsø varsler LRS som varsler Røde Kors eller Norsk Folkehjelp. Det opprettes deretter kontakt mellom responderende enhet og AMK og ressursen rykker ut.

Det er viktig for utkomme til pasienten at responsen settes i verk så raskt som mulig og at innsatsen er godt koordinert. Uklarheter knyttet til ansvarsforhold mellom nødetatene fører til at ressurser varsles for sent, at det er uklart hvem som skal ha oversikt over tilgjengelige ressurser og oppdatert kontaktinformasjon for utkalling. Det mangler et tydelig eierskap hos helsetjenesten til utviklingen på fagfeltet. En annen utfordring for denne type oppdrag er at oppdraget kan starte som et helseoppdrag som håndteres av AMK, men som underveis kan endres til et redningsoppdrag. Slike stafettvekslinger skaper erfaringsmessig utfordringer for de som skal overta koordineringen.

Dette får også konsekvenser for tenkningen rundt yrkesskadeforsikring. Det bør etableres en yrkesskadeforsikring for de frivillige redningsorganisasjonene som gjelder når de utfører oppdrag på anmodning fra AMK.

Helsetjenestens ansvar for pasientoppdrag utenfor vei må klargjøres. Det bør etableres en enhetlig nasjonal praksis med formål å sikre tidlig

kontakt mellom LRS, AMK og aktuelle ressurser slik at rask respons, tilstrekkelige ressurser og en god aksjonsplan er på plass.

For å bedre samhandlingen mellom nødetatene og de frivillige organisasjonene, bør det også utarbeides en enhetlig prosedyre for utkalling. Ressursen bør være synlig i sann tid i kartverket hos AMK og politiets operasjonssentral. I tillegg bør det utarbeides planer for samtrening med lokale ambulanseressurser/luftambulansetjenesten. AMK må i sitt beslutningsstøtteverktøy ha prosedyrer for innhenting av informasjon fra innringer som har betydning for gjennomføring av oppdraget utover medisinske forhold. Samtidig må medisinsk operatør være i stand til å gi relevante råd knyttet til spesielle forhold som posisjonsbestemmelse, kommunikasjon, eksponering for vær og farer. Fra begynnelsen av 2000-tallet har det vært en økning i antall søk etter savnede personer og henteoppdrag, både etter anmodning fra AMK og fra Politiet som redningsinnsats. Det har vært størst økning i henting på kjent sted. Etter et toppår i 2013, har det de to siste årene utjevnet seg noe. Tabell 6.1 viser oversikt over innsatser hvor Røde Kors Hjelpekorps har vært involvert i tidsrommet 2013 til medio oktober 2015.

6.4 Finansiering av frivillig helseberedskap

Frivillige organisasjoner som Røde Kors og Norsk Folkehjelp har en sammensatt økonomi. Økonomien er tredelt.

- Det største bidraget kommer fra mannskapene gjennom investering av egen tid og eget utstyr.
- Lokalforeningene er selvstendige økonomiske enheter som hver for seg skaffer inntekter til vaktlokaler, kjøretøy, opplæringsmateriell og beredskapsutstyr. Lokalforeningen skaffer inntekter gjennom oppdrag som løses for redningstjenesten, politiet og helsetjenesten. I tillegg kommer inntekter fra beredskap med førstehjelpere på ulike arrangementer og

eventuelt salg av førstehjelpskurs. Mange lokallag benytter seg av ordningen med Grasrotandelen gjennom Norsk Tipping og kan også søke midler fra ulike stiftelser. Felles for mange av stiftelsene som gir tilskudd er at det i liten grad gis støtte til drift.

- Nasjonalt mottar Røde Kors og Norsk Folkehjelp et tilskudd fra Justis- og beredskapsdepartementet. Hovedorganisasjonene har også et eget inntektsbringende arbeid, mottar gaver og søker midler fra ulike stiftelser og fond. På sentralt nivå skal økonomien blant annet sikre kurs og opplæring, fagutvikling og organisasjonsbygging.

Frivilligheten skal ikke være totalfinansiert av det offentlige. For at frivillig sektor skal fylle sitt samfunnsoppdrag er det et poeng at frivilligheten kan sette i verk nye tiltak og fritt gå inn på nye aktivitetsområder. Det er også en viktig erkjennelse at beredskap, også når den bygger på frivillighet, ikke er gratis. Organisasjonene erfarer en økende byråkratisering. Støtteordninger må være tilpasset frivilligheten ved at de er enkle å benytte og krever lite administrasjon.

Prosjektmidler er ikke tilstrekkelig finansiering, og det må være klart hvem det er som skal yte tilskudd til frivillige innen helseberedskapsfeltet. Både katastrofeberedskap, frivillig ambulansetjeneste og pasientoppdrag utenfor vei skjer i samarbeid med helseforetakene, og det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for pasienttransport og ambulansberedskap. Frivillige organisasjoner skiller seg blant annet fra brannvesen ved at de ikke har en like klar kommunal tilknytning, og organisasjonenes innsatsområde omfatter ofte flere kommuner og i noen tilfeller også flere fylker. Derfor er det mest hensiktsmessig at det er helseforetakene som yter tilskudd til de frivillige.

De frivillige får dekket en vaktperiode eller et oppdrag når de kalles ut av AMK. Det er imidlertid etablering av beredskap med kurs, øving og utrusning som koster mest. Den daglige driften av beredskap med vedlikeholdskrevende utstyr, som kjøretøy, krever også midler. Derfor er det viktig å se på ordninger som kommer i tillegg til de rent oppdragsbaserte. Organisering av frivillig deltakelse i helseberedskapen forutsetter at det etableres en nasjonal tilskuddsordning i regi av Helse- og omsorgsdepartementet som gjør organisasjonene i stand til å ivareta faglighet, organisering og koordinering av innsatsen. Helseforetakene bør ha en god modell for oppdragsbasert finansiering lokalt. På samme måte som for innsats i redningstjenesten bør det være like satser.

6.5 Utvalgets vurderinger

Frivillig sektor har bred oppslutning i befolkningen, og bidrar med store verdier til samfunnet. Frivillige har hatt en viktig rolle i oppbygningen av det norske samfunnet, og frivillige organisasjoner innen velferdsfeltet har hatt en sentral rolle i utviklingen av helse- og sosialtjenester. Frivilligheten anerkjennes som et viktig supplement til det offentlige, og de frivillige har betydelige ressurser og forutsetninger som beredskapsressurs. Det er viktig at avtaler mellom frivillig og offentlig sektor ikke begrenser eller undergraver muligheten til egenorganisering og til å utløse frivillig innsats. For å kunne planlegge en bærekraftig frivillig innsats i akuttberedskapen må frivillighetspolitikken baseres på kunnskap om hva som skal til for at enkeltmennesker bruker egen tid og midler til å delta som frivillige. For frivillige innen velferdsfeltet betyr det å gjøre noe nyttig i samfunnet og få en kompetanse gjennom frivillig arbeid. Det å bli verdsatt, ikke føle seg overbelastet og ha oppgaver som oppleves som målrettede og nyttige øker motivasjonen for å fortsette som frivillig.

Utvalget mener det er viktig at den eksisterende organisering av samarbeid mellom frivillige og den offentlige helsetjenesten opprettholdes. De frivilliges autonomi sikres ved at organisasjonene har hovedansvaret for utdanning av personellet, men at utdanningsplaner og godkjenningsordninger skal framlegges for godkjenning. Organisasjonene bør selv sørge for internkontrollsystemer som beskriver organisasjonens organisering og drift, og som er tilgjengelig for samarbeidspartnere.

Frivillige har ofte en rolle når det gjelder helseberedskap ved store idretts- og kulturarrangementer. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har utgitt en veileder om sikkerhet ved store arrangementer, men den er lite konkret om krav til organisering av helseberedskap og beskrivelse av ansvarsforhold. Det er utvalgets mening at det bør utarbeides en retningslinje for dimensjonering og organisering av helseberedskap ved store arrangementer. Retningslinjen må beskrive krav til helseberedskap herunder kapasitet, ambulansberedskap og samhandling om helseressurser.

Utvalget stiller seg bak anbefalingene i rapporten Frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten fra 2008. Viktige forutsetninger for de frivillige som beredskapsressurs er at organisasjonene sørger for at de frivillige mannskapene har rett kompetanse og treningsnivå. Bruken av de frivillige ressursene må sikres ved at de har tydelige

roller og at ressursene er forutsigbare ved at den har en viss grad av standardisering og nasjonal overbygning.

De frivillige organisasjonene bør følge et eget konsept som skiller dem fra den profesjonelle ambulansetjenesten, og bidrar til økt oppmerksomhet på de beredskapsfunksjonene som de frivillige har. Bilene bør få en egen benevnelse, og biler og uniformer bør ha en utforming som skiller disse fra den ordinære ambulansetjenesten. De frivillige organisasjoners rolle bør avgrenses til syketransportbiler, førsteresponsoppdrag, bistand ved alvorlig ressursmangel, forsterkning ved katastrofe, bistand ved pasientoppdrag utenfor vei og sanitetstjeneste.

Utvalget mener at for å få til en god utnyttelse av de frivillige som beredskapsressurs hadde det vært nyttig å utarbeide en veileder for bruk av frivillige i helsetjenesten. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med de frivillige og med representanter fra helsetjenesten slik at alle grenseflater er dekket.

Veilederen bør ha som formål å:

- Etablere nasjonale føringer slik at de ulike beredskapsfunksjonene standardiseres og blir forutsigbare
- Bidra til en rolleavklaring med hensyn til bruk av frivillige i akuttberedskap ved å definere ansvarsområder
- Avklare rammene for faglig forsvarlighet knyttet til de ulike funksjonene i akuttberedskapen og juridiske forhold som for eksempel taushetsplikt og dokumentasjonsplikt til frivillige som samarbeider med helsetjenesten
- Utforme felles prosedyrer for varsling av de frivillige
- Utforme felles prosedyrer som sikrer samhandling mellom helse, politi og frivillige ved pasientoppdrag utenfor vei
- Beskrive hvordan faglige retningslinjer og veiledere i helsetjenesten som er relevante for de frivillige skal implementeres i de frivillige organisasjonene. Et eksempel er nasjonal veileder for masseskadetriage

Akutthjelpere

Begrepet akutthjelper bør defineres nærmere. Det er behov for en avklaring rundt rammene for faglig forsvarlighet knyttet til akutthjelperfunksjonen, og juridiske forhold som f.eks. taushetsplikt og dokumentasjonsplikt til frivillige som samarbeider med helsetjenesten. Akutthjelpere bør ha organisatorisk tilknytning til enten kommune

(inkl. brannvesen), frivillige organisasjoner eller helseforetak. Begrunnelsen er at det er nødvendig med ledelse, forsikring, oppfølging ved sterke inntrykk samt et systematisk HMS-system.

Det må avklares hvem som har ansvaret både for tjenesteytelsene og kostnaden som medfølger og det må etableres samarbeidsavtaler innenfor det rammeverk som foreligger.

Den faglige rammen for akutthjelpertjenesten er ikke beskrevet med tanke på medisinsk utstyr og hvilke akutte tilstander gruppene skal rykke ut på. Det bør standardiseres et kurs for framtidige akutthjelpere. Det er nødvendig med en utredning som avklarer dokumentasjonsplikt og taushetsplikt.

Det er i dag ingen klare føringer på hvordan tjenesten skal utkalles. Det nasjonale nødnettet vil være en felles varslingsplattform, men premisser for utkalling er også viktig. Det er en generell bekymring i kommunene for at akutthjelpergrupper som ikke er tilknyttet den prehospitale tjenesten kan misbrukes og varsles ut på oppdrag som ikke er i tråd med formålet. Brann- og redningsetaten ved DSB signaliserer at det i framtiden ønskes at all utkalling til akuttmedisinsk bistand til helse skal skje via 110-sentralene og ikke via mobiltelefon.

Akuttutvalget mener at utviklingen av akutthjelpergrupper er positiv. Den lokale beredskapen styrkes og den akuttmedisinske kjede forlenges, men det er behov for styring, ledelse og definering av tjenestens innhold i større grad enn i dag.

Utvalget foreslår at det settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som gis mandat til å utrede akutthjelperes funksjon nærmere, fordi det er nødvendig å avgrense akutthjelpernes oppgaver, bruk av medisinsk utstyr og hva som skal være utkallingskriteriene. DSB og aktuelle frivillige organisasjoner inviteres til å delta i arbeidsgruppen sammen med relevante aktører fra helse-tjenesten.

Utvalget vil presisere at akutthjelpere skal være et supplement til det tradisjonelle akuttmedisinske tilbudet. De må ikke komme i et konkurranseforhold eller være en erstatning for den prehospitale tjeneste eller kommunal legevakt.

Akutthjelpergrupper kan for eksempel styrke den akuttmedisinske kjede lokalt der hvor risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS) for den prehospitale tjenesten viser at responstiden til ambulansetjenesten er eller i gitte tilfeller kan være sårbar. En slik ROS-analyse skal utarbeides av helseforetak og kommunene i fellesskap.

6.6 Utvalgets forslag

- Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide en veileder for bruk av frivillige i helsetjenesten. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med de frivillige og med representanter fra helsetjenesten.
- Støtte opp under eksisterende organisering av samarbeid mellom frivillige og den offentlige helsetjenesten. De frivilliges autonomi sikres ved at organisasjonene har hovedansvaret for utdanning av personellet, men at utdanningsplaner og godkjenningsordninger skal fremlegges for godkjenning.
- Det bør skje en rolleavklaring med hensyn til bruk av frivillige i akuttberedskap.
- Felles prosedyrer bør utvikles som sikrer samhandling mellom helse, politi og frivillige ved pasientoppdrag utenfor vei.
- En nasjonal tilskuddsordning etableres i regi av Helse- og omsorgsdepartementet som gjør de frivillige organisasjonene i stand til å ivareta faglighet, organisering og koordinering av innsatsen. Det bør medføre at helseforetakene får en god modell for oppdragsbasert finansiering lokalt. Det bør vurderes å etablere like satser innenfor helse og redningstjenesten for øvrig.
- Samarbeidet mellom kommuner, helseforetak og de frivillige beredskapsorganisasjonene må styrkes både i samvirke, avtaleverk, øvelser og samtrening.
- En tydelig frivillighetspolitikk med tanke på helseberedskap utarbeides. Den bør bygge på kunnskap om hva som er drivkraften for at den enkelte skal bruke av egen tid og egne midler på å løse samfunnsoppgaver.
- Organisasjonene bør i samarbeid med helsetjenesten etablere et prøveprosjekt for innhenting av erfaringer før utkalling av frivillige fra hjemmevakt etableres som en fast del av den akuttmedisinske beredskapen.
- Frivillige organisasjoner tas med i kartverket over den akuttmedisinske kjede som utarbeides av Norsk pasientregister.
- Det etableres en yrkesskadeforsikring for de frivillige redningsorganisasjonene som gjelder når de utfører oppdrag på anmodning fra AMK.
- Helsedirektoratet bør sammen med idrettsforbundet, relevante bransjeforbund, nødetater og frivillige organisasjoner utarbeide retningslinjer for dimensjonering og organisering av helseberedskap ved idretts- og kulturarrangementer.

Om Akutthjelpere

- Det bør settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal utrede akutthjelperes funksjon med tanke på ansvarsfordeling og kostnader. Det må utarbeides klare retningslinjer for både ansvarsfordeling og kostnader knyttet til akutthjelperordningen
- Begrepet akutthjelper bør defineres nærmere og det bør gjøres en avklaring rundt rammene for faglig forsvarlighet knyttet til akutthjelperfunksjonen, og juridiske forhold som f.eks. taushetsplikt og dokumentasjonsplikt til frivillige som samarbeider med helsetjenesten.

Kapittel 7

Kvalitet og pasientsikkerhet

7.1 Status og utfordringer

Kunnskap om kvaliteten på tjenesten er en forutsetning for kvalitetsforbedring. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsesektoren er det formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helse- direktoratet, 2005)

Brukernes erfaringer med helsetjenester er en viktig del av kvaliteten på tjenestene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomfører jevnlig pasienterfæringsundersøkelser. De fleste undersøkelsene omhandler pasientenes erfaringer med sykehus, men Kunnskapssenteret har også gjennomført en undersøkelse ved utvalgte legevakter (omtalt i kapittel 10). Kunnskapssenteret gjennomfører jevnlig brukerundersøkelser av fastlegers tilfredshet med DPS (omtalt i kapittel 12).

Fra 2012 ble det lovpålagt med systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Tilsynserfaringer viser at det er rom for forbedring når det gjelder styring og ledelse blant annet i akutt-mottak og legevakt.

I 2014 startet et femårig, nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, I trygge hender. Programmet viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013). Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Innsatsområder med spesiell relevans for akuttutvalgets mandat er behandling av hjerneslag, forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon og forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.

Ledelse av pasientsikkerhet er også et innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet. Forskere ved Universitetet i Bergen og pasientsikkerhetsprogrammet har undersøkt pasientsikkerhetskulturen blant ansatte ved syv legevakter og 17 fastlegekontorer. De fem faktorene som ble undersøkt var teamarbeid, sikkerhetsklima, syn på ledelse, jobbtilfredshet og arbeidsforhold. Undersøkelsen viser blant annet at:

- Ved legevakter skåret sykepleiere høyere enn leger, og eldre helsearbeidere høyere enn yngre på flere av pasientsikkerhetsfaktorene.
- Helsearbeidere ved fastlegekontor skåret høyere på pasientsikkerhetsfaktorer enn de som arbeidet ved legevakter (Bondevik, Hofoss, Holm Hansen & Deilkås, 2014).

Spesialisthelsetjenesten rapporterer om uønskede hendelser til Kunnskapssenteret. I løpet av en periode på 18 måneder ble det mottatt 549 meldinger om uønskede hendelser fra de prehospitaltjenestene i spesialisthelsetjenesten. Det utgjør fire pst. av det totale antall meldinger (Presentasjon av Øystein Flesland, Kunnskapssenteret på Ambulanseforum 30. september 2014). Kunnskapssenterets årsrapport for meldeordningen viser at mangel på prosedyrer ved akutt sykepasienter og dårlige pasienter med uklar diagnostikk og flere diagnoser fører til at ambulanspersonell blir omdirigert mellom sykehus. Et fellestrekk for mange situasjoner som omhandler akutte hendelser, er at det er problemer med kommunikasjon, informasjonsflyt og IKT-løsninger (Saastad & Flesland, 2014).

Primærhelsetjenesten inngår ikke i meldeordningen om uønskede hendelser, men forskning antyder et betydelig antall uønskede hendelser innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenester: 5–80 uønskede hendelser per 100 000 konsultasjoner (Kunnskapssenteret, 2015). Medisinske feil oppstår gjerne ved stort arbeidspress, når legen ikke kjenner pasienten, familien eller lokalmiljøet, når det er korttidsvikarer som ikke kjenner systemer og rutiner, når legen har liten erfa-

ring, er alene og ikke har tilgang til et minimum av diagnostisk utstyr (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009).

Det er gjort flere grep på nasjonalt nivå for å styrke helheten i de prehospitale tjenestene. Samtidig er det utfordringer når det gjelder informasjon om kvaliteten på tjenestene. Rapporten Fremtidens prehospitale tjenester (Nilsen et al., 2014) beskriver utfordringer i de prehospitale tjenestene, og disse kan oppsummeres som følgende:

- Datagrunnlaget for styring og utvikling av de prehospitale tjenestene er begrenset. Data er i hovedsak virksomhetsdata om aktivitet og produktivitet. Kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten på pasientbehandling og forløp mangler. Tjenesten har dermed begrenset mulighet til å gjøre nødvendige forbedringer.
- Elektroniske løsninger og enhetlig metode for registrering av data mangler. Det hindrer en systematisk evaluering av pasientforløp og kvaliteten på kjeden som helhet. Manglende elektroniske løsninger for registrering av data fører til uønsket merarbeid for helsepersonellet. Overføring av data fra papir til elektroniske databaser fører til feilkodinger og mindre pålitelige data.
- Det mangler nasjonale evidensbaserte retningslinjer og prosedyrer for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Det fører til variasjon i kvaliteten i tjenesten. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp oppdateres sjelden og validiteten er aldri blitt målt. Det er også variasjoner i bruk av indeks mellom AMK-sentralene.
- Offentlig finansierte akuttmedisinsk forskning er beskjeden. Miljøene er små og det er liten samordning av forskningsvirksomheten.
- De elektroniske journalsystemene kommuniserer ikke med hverandre. Ambulansetjenesten mangler elektronisk pasientjournal, og har i liten grad tatt i bruk logistikkverktøy for å planlegge virksomheten.

7.2 Nasjonale kompetansemiljøer

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) ble etablert i 2003. Det var som følge av at NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap og NOU 1998: 8 Luftambulansetjenesten i Norge påviste behov for styrking av prehospital akuttmedisin. NAKOS arbeider med undervisning, forskning og prosedyrer i akuttmedisin utenfor

sykehus. NAKOS samarbeider etter en nettverksmodell med ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldtjeneste. Aktiviteter er også rettet inn mot legevakt, sykehusenes akuttinntak og katastrofemedisinsk beredskap. Kompetansetjenesten fungerer som en rådgiver for sentrale helsemyndigheter og helseforetak. NAKOS er ansvarlig for Norsk hjertestansregister. NAKOS er administrativt underlagt Avdeling for forskning og utvikling, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble opprettet i 2004. Nklm skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bygge opp og formidle faglig kunnskap om kommunal legevaktmedisin. Nklm har en følge med-rolle og et samfunnsoppdrag som innebærer å etablere nødvendige nasjonale faglige standarder, bidra i forskning, etablere og kvalitetssikre registre, sikre nasjonal kompetansebygging, gi råd og faglig støtte til legevakter og kommuner, delta i undervisning og gi råd til helsemyndighetene. Helsedirektoratet er kontraktpartner og legger rammene for virksomheten gjennom bevilgning og dialogmøter. Senteret er faglig knyttet til Forskningsgruppe for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap i Bergen.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har som formål å bidra til økt kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene ved å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell. NSDM har blant annet vært opptatt av legers arbeidsvilkår i legevakt og akuttmedisin. NSDM er etablert ved Institutt for samfunnsmedisin ved Norges arktiske universitet (UiT).

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) ble etablert i 1997. Kokoms hovedoppgave er å være pådriver for utvikling av medisinsk nødmeldtjeneste og av kommunikasjonsberedskapen i helsetjenesten. KoKom skal sørge for utvikling og ved-

likehold av nasjonale krav til medisinsk nødmeldetjeneste i samråd med statlige myndigheter. Senteret skal være en katalysator for prosjekter som gjelder utvikling av medisinsk nødmeldetjeneste gjennom egen innsats, eller gjennom å framskaffe kompetanse fra annet hold. KoKom skal medvirke til rett bruk av medisinsk nødmeldetjeneste. KoKom er tilknyttet forsknings- og utviklingsavdelingen, seksjon for eHelse ved Helsekvalitetssykehuset.

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume) ble opprettet i 2013 og skal bidra til å sikre en likeverdig høy kvalitet på behandlingen av alvorlig skadde i hele landet, uansett alder, kjønn og bosted. Arbeidsområdet omfatter hele den akuttmedisinske kjeden for pasienter med alvorlige skader. NKT-Traume er tilknyttet Avdeling for traumatologi, Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus HF.

Nasjonalt behandlingstjeneste for CBRNe-medisin

Fagområdet CBRNe-medisin omfatter særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radiologisk stråling (Radiation), kjernefysisk stråling (Nuclear), aktuelle eksplosiver (e) og deres helseskadelige effekter. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin (CBRNe-senteret) har sentralisert behandlings- og kompetansesenterfunksjon for CBRNe-skader og er faglig rådgiver for helsetjenesten og myndighetene. CBRNe-hendelser kan skyldes ulykker, uhell, tilfeldig eller villet skade, og krever ekstraordinær beredskap og kompetanse for at nødvendig helsehjelp skal kunne ytes og for at innsatspersonell og befolkningen for øvrig skal kunne beskyttes mot skade. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin er en del av Akuttmedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus HF og er i nasjonalt beredskapsarbeid underlagt Helsedirektoratet, avdeling beredskap. CBRNe-senteret driver også forskning-, kompetanse- og beredskapsarbeid i samarbeid med aktører utenfor helsesektoren, bl.a. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Sivilforsvaret, Forsvaret, nødetatene og retningsstjenesten.

Andre kompetansesentre

I tillegg til de ovennevnte kompetansesentrene, finnes det også andre sentre med prosjekter med tilknytning til akuttmedisinske tjenester. Det gjel-

der f.eks. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Nasjonal kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fire regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

7.3 Datagrunnlaget for styring og utvikling av tjenesten

7.3.1 Helseregistre og medisinske kvalitetsregistre

En av de viktigste datakildene til ny kunnskap om forekomst av sykdom, effekt av behandling og kvalitet på tjenester er nasjonale helseregistre. Norsk pasientregister (NPR) og nasjonalt hjertekarregister er eksempler på slike helseregistre. Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått å opprette et nytt helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester (Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), KPR skal være et register for innsamling og annen behandling av helseopplysninger om bruk og ytelse av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Data fra de medisinske kvalitetsregistrene gir grunnlag for å evaluere kvalitet, oppnådd helsegevinst, faglig forbedringsarbeid, forskning og styring (Meld. St. 10 (2012–2013), 2012). De medisinske kvalitetsregistrene utgjør et viktig fundament i framtidige satsninger for å forbedre behandling av akuttmedisinske tilstander. Registerne er sentrale i utvikling og validering av kvalitetsindikatorer og som utgangspunkt for akuttmedisinsk forskning. Nasjonale kvalitetsregistre kan også gi viktige svar på om tiltakene i helsetjenesten er i tråd med forskningsbasert kunnskap og om retningslinjer blir fulgt. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre med opplysninger om triagering, diagnostikk og behandling i den akuttmedisinske kjeden er Norsk hjertestansregister, Norsk hjerneslagregister, Norsk hjerteinfarktregister, Nasjonalt traumeregister, Nasjonalt register for kols og Nasjonalt hoftebruddregister (Nilsen, Styrkson, Tjelmeland, Halvorsen, Kramer-Johansen & Olasveengen, 2015).

7.3.2 Aktivitetsdata for tjenesten

Kunnskaps- og statistikkgrunnlaget for de prehospitaltjenestene framstår som mangelfullt og fragmentert. Et godt statistikkgrunnlag er viktig for å planlegge virksomheten i tjenesten nasjonalt og lokalt og i forsknings- og utviklingsarbeidet. For-

målet med utvikling og innsamling av offentlig statistikk er tredelt:

- Planlegging og styring, herunder å sikre gode pasientforløp.
- Forskning og fagutvikling.
- Kvalitetsforbedring i den enkelte virksomhet.

Det er i dag ikke mulig å innhente data fra den akuttmedisinske kjede i ett system. Det samles inn nasjonale data om aktivitet og produksjon av ulike aktører (Nilsen et al., 2015).

Fastleger og legevakt

KUHR er en database for kontroll og utbetaling av helserefusjoner og er hjemlet i folketrygdloven. Fastlege og legevakt rapporterer til KUHR. KUHR inneholder blant annet informasjon om avsender av refusjonskravet, om pasienten, behandlingen og diagnose.

Nklm driver følgende prosjekter om epidemiologi og statistikk (Nilsen et al., 2015):

- Nasjonalt legevaktregister: Skal gi grunnlag for offentlig statistikk, rapportering og innsyn i legevaktorganiseringen. Registeret inneholder opplysninger om organisering, interkommunale ordninger, lokaler, utstyr mv.
- Vaktårnprosjektet: Data om syv legevakter som danner grunnlag for overvåkning av trender i legevakten.
- Årsstatistikk (regningskort fra legevakt): Prosjektet foretar en analyse av regningskortene som legene sender inn fra legevakt. Det innhentes opplysninger om legene, pasientene og kontaktdata.

AMK-sentraler og ambulansetjenesten

Fra 2012 har Helsedirektoratet publisert årlig statistikk med bakgrunn i innrapporterte data fra alle landets AMK-sentraler. Rapporten omfatter data om hendelser, henvendelser, tiltak som blir satt i verk og responstider.

Statistisk sentralbyrå publiserer produksjonstall for ambulansetjenesten – som antall ambulanser i drift, beredskapstimer, kjørte kilometer mv.

7.3.3 Prehospital satsing for bedre data

Helsedirektoratet startet prosjektet Prehospital strategisk satsing i 2014 med formål å etablere en informasjonsmodell for hele den akuttmedisinske kjeden, nasjonal og internasjonal benchmarking, og innovative publiseringsløsninger. Dette omfatter standardiserte og harmoniserte kodeverk og

datadefinisjoner på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå i AMK-sentraler, ambulansetjenesten og legevakt. Arbeidet vil styrke datagrunnlaget, bidra til benchmarking og styrke grunnlaget for å drive evidensbasert forskning.

Første fase i arbeidet omfatter spesialisthelse-tjenesten, mens fase to omfatter legevakt og legevaktsentral. Hovedelementene i arbeidet er:

- Nasjonalt kodeverk for ambulansetjenesten
- Nordisk samarbeid om data for akuttmedisinske tjenester
- Oppfølging av innsamling av data fra AMK
- Teknisk løsning for registrering og publisering
- Web publisering fra AMK-sentralene og ambulansetjenesten

Nærmere om nordisk samarbeid om standardisering, datainnsamling og benchmarking

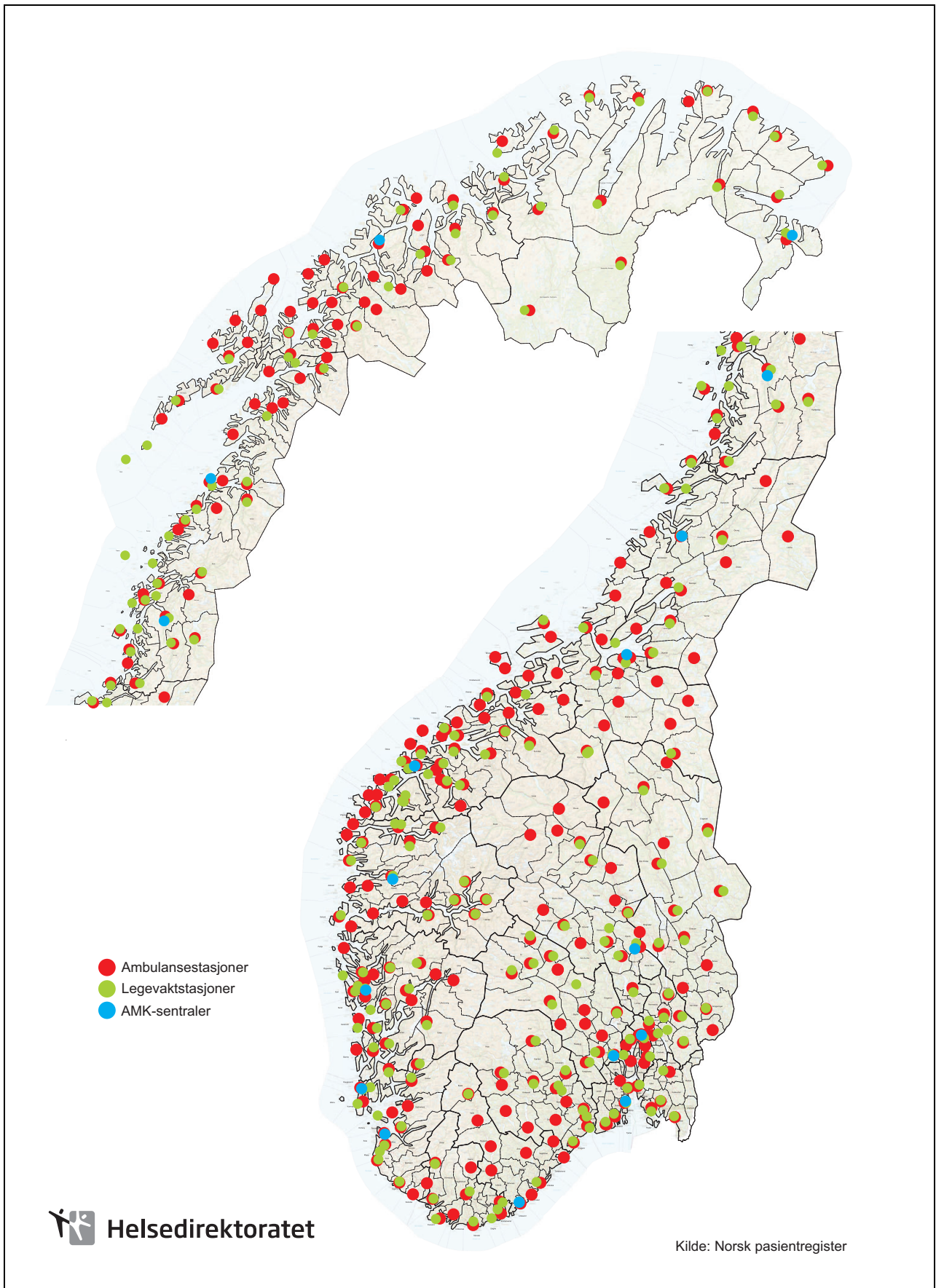
Nordisk samarbeid om standardisering, datainnsamling og benchmarking av prehospitale tjenester startet i 2013 og avsluttes i 2018. Prosjektet har besluttet felles nordiske definisjoner og terminologi for prosessen i prehospitale tjenester. Definisjonene er i samsvar med definisjonene til NEM-SIS (National EMS Information System) – som er en amerikansk organisasjon med ansvar for utvikling og innsamling av data fra ambulansetjenesten i USA. Det sikrer at de nordiske land kan utvide benchmarkingen til også å omfatte USA (Yang, Svarlien, Thoresen & Kjøllesdal, 2014). Det er definert fire kvalitetsindikatorer:

- EMD Reaction Time
- EMS Reaction Time
- EMS Time to Scene
- EMS Prehospital Time

I tillegg har de nordiske landene besluttet tre prosessindikatorer spesielt for ambulansetjenesten. Den nordiske prosjektgruppen har også valgt å utvikle kvalitetsindikatorer for noen sykdoms- eller pasientgrupper der de akuttmedisinske tjenestene har stor betydning for resultatet av helsehjelpen (hjerneslag, hjertestans, hjerteinfarkt mv.).

Løsninger for reisetidsmodellering

Reisetid til akuttmedisinske tjenester kan beregnes ved hjelp av reisetidsmodellering. Beregningen av reisetid baserer seg på geografisk posisjon (GPS) til de ulike institusjonene og folkeregistrerte adresser til hele den norske befolkning. I tillegg benyttes alle offentlige veistrekninger med gjeldende fartsgrenser.



Figur 7.1 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Kilde: Norsk pasientregister, HelseDirektoratet 2015

Tabell 7.1 Reisetidsmodellering for 90 pst. av befolkningen i Skien og Hjartdal til sykehus, legevakt, ambulanse, politi og brannvesen.

	Sykehus	Legevakt	Fastlege	Ambulanse	Politi	Brann
Skien	10 min	9 min	6 min	9 min	11 min	5 min
Hjartdal	44 min	27 min	21 min	26 min	33 min	18 min

Norsk pasientregister (NPR) har utviklet en elektronisk kartløsning med reisetidsmodellering til sykehus med akuttfunksjoner, DPS og de fleste av dagens ambulansestasjoner. På oppdrag fra Akuttutvalget har NPR supplert kartløsningen med oversikt over legevaktstasjoner, AMK og legevaktssentraler, luftambulansebaser, fastlegekontorer, brannstasjoner og politistasjoner. Kartløsningen er utformet på en måte som kan gi en oversikt over avstand og innbyggernes reisetid til legevakt i det enkelte legevaktdistriktet. Løsningen er tilgjengelig på <https://reisetid.helsedirektoratet.no/samleside>. Løsningen er foreløpig i en betaversjon, og er derfor ikke endelig kvalitets-sikret.

NPR har beregnet reisetid til andeler av befolkning innenfor definerte geografiske områder (fylker, kommuner, politidistrikt, sivilforsvarsdistrikt). På denne måten går det an å beregne hvor lang tid det tar for en bestemt del av befolkningen i f.eks. Skien og Hjartdal kommune å nå frem til sykehus, legevakt og fastlege. De samme løsningene beregner hvor lang tid det tar for ambulanse, politibil eller brannbil å nå den samme befolkningen. For dette eksempelet beregnes reisetider til 90 pst. av befolkningen, som vist i tabell 7.1.

Disse beregningene gir en teoretisk oversikt over reisetider til og fra bestemte deler av befolkningen. For utrykningskjøretøy kan beregningen holdes opp mot reelle tall fra tjenesten og en får med dette mulighet til å sammenlikne tjenesten på tvers av kommuner, fylker og andre geografiske områder. For eksempelet med Skien og Hjartdal, antyder data for 2014 kjøretid på henholdsvis 12 minutter og 39 minutter ved 90 pst. av alle røde utrykninger, jf. tabell 7.2.

Tabell 7.2 Faktisk utrykningstid for 90 pst. av akutte ambulanseoppdrag til Skien og Hjartdal i 2014

	Ambulanse
Skien	12 min
Hjartdal	39 min

Ved å sammenlikne matematisk beregning og observerte verdier, er det mulig å gjøre observasjoner på større og mindre avvik som vist i eksempelet. Avvikene kan være del av beslutningsgrunnlag for å gjøre mer detaljerte undersøkelser i ulike områder. Dette kan videre være del av grunnlag for å endre rutiner, organisering, eller lokalisering. Reisetidmodellene er også utviklet med en funksjon hvor bruker kan endre geografisk posisjon på de institusjonene og deretter få en ny beregning for hvordan dette påvirker tilgang til de aktuelle tjenestene.

7.4 Elektroniske løsninger

Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Det er et mål at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten hele veien, og IKT-systemene skal ta utgangspunkt i pasientenes og tjenestenes behov (Meld. St. 9 (2012–2013), 2012). Helsedirektoratet utreder hvordan målene i ovennevnte stortingsmelding kan realiseres. En utfordring med IKT-løsningene i de prehospitalene tjenestene er at de ikke i tilstrekkelig grad understøtter moderne og brukervennlige ende-til-ende arbeidsprosesser og informasjonsflyt.

Ambulansetjenesten er en av få tjenester som fortsatt bruker papirjournaler. I høringsnotatet om akuttmedisinforskriften framgår det at de papirbaserte journalene i mange tilfeller ikke blir en del av helseforetakets elektroniske pasientjournal, men lagres separat i ambulansetjenesten. Det har også forekommet episoder hvor det ikke har vært mulig å finne tilbake til ambulansetjenestens papirjournaler i ettertid. Av høringsnotatet framgår det videre at ambulansetjenesten naturlig vil omfattes av et generelt krav til elektronisk journal, slik det framkommer i forslag til forskrift om IKT-standarder mv. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014a).

Ambulansetjenesten har i liten grad tatt i bruk moderne logistikkverktøy som kan gi en mer effektiv utnyttelse av ambulanseressursene. En rekke land ligger foran når det gjelder bruk av

Boks 7.1 Triage

Triage er en metode som opprinnelig ble brukt under krig til å prioritere skadde pasienter for behandling, til å identifisere soldater som var friske nok til tjeneste, og til å skille ut soldater som var for dårlige til at det var hensiktsmessig å behandle dem.

En triagering resulterer i et hastegradnivå eller et triagenivå som angir hvor raskt pasienten skal prioriteres med tanke på videre helsehjelp. Hovedmålet er å skille ut pasienter som har et tidskritisk behov for behandling, å styre ressurser og å bidra til å øke faglig kvalitet i prioriteringene.

Triage kan deles inn i tre faser:

- Prehospital triage som ved telefonisk kontakt med legevaktsentral og AMK-sentral
- Prehospital triage utført av for eksempel ambulansarbeider og/eller lege i møte med pasient på hendelsesstedet eller i ambulansen

- Triage når pasienten ankommer sykehus og legevakt

Systemene som brukes for triage varierer mellom de ulike leddene i akuttkjeden og mellom helseforetak. I de fleste helseforetak har ambulansetjenesten og akuttmottakene innført triagesystem. Av de akuttmottakene som har tatt i bruk triagesystem, anvender de fleste internasjonalt anerkjente systemer. Et fåtall anvender systemer de har utarbeidet selv. Noen legevakter har tatt i bruk triagesystemer ved oppmøte på legevakt.

De viktigste forskjellene mellom triagesystemene er forskjeller i definisjoner og terminologi, hastegrader og om systemene bruker prosess triage eller ikke.

Kilde: Lidal, Holte & Gundersen (2011); Halvorsen, Nilssen & Olsen (2014).

denne type verktøy. Allerede på slutten av 1990-tallet hadde ambulansetjenester i Storbritannia og USA tatt i bruk digitale verktøy for å kunne beregne hvor og når neste alvorlige hendelse ville inntreffe. Kombinert med moderne verktøy for logistikk og flåtestyring, gir dette et godt grunnlag for effektiv bruk av tilgjengelige ambulanser og for planlegging/dimensjonering av beredskap (Nilssen et al., 2014).

Kjernejournal er i ferd med å bli implementert. Kjernejournal samler de viktigste helseopplysningene om pasienten fra offentlige registre, kritiske opplysninger som legges inn av pasientens lege og de registreringer pasienten selv gjør. Kjernejournal samler helseopplysninger som er spesielt viktige hvis pasienten får behov for akutt hjelp og får behandling et sted vedkommende ikke har vært før. Brukerne av kjernejournal har i første fase vært fastleger og aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

7.5 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Helsedirektoratet etablerte et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten i 2012. Det overordnede målet er å utvikle systemet til å bli et bærekraftig og helsepolitisk relevant kvalitetsindikatorsystem for realistiske sammen-

likninger på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Kvalitetsindikatorerne skal:

- Dekke bredden av fagområder i helse- og omsorgstjenesten.
- Vise en balanse innenfor alle dimensjoner som beskriver tjenester med god kvalitet.
- Måle tjenestekvalitet, rettigheter og praksis i tråd med eksisterende retningslinjer, veiledere og helselovgivning.
- Måle effekter ved implementeringer og endringer i helse- og omsorgstjenesten.
- Legge til rette og vise resultater og trender tilpasset målgruppene og understøtte kontinuerlig forbedring på tjenestenivå.

Kvalitetsindikatorerne brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring og som grunnlag for at pasienter og pårørende kan ta kvalifiserte og informerte valg. Kvalitetsindikatorerne bidrar til åpenhet. De nasjonale kvalitetsindikatorerne publiseres på helsenorge.no. Enkelte av de nasjonale kvalitetsindikatorerne sier noe om resultat av prehospital innsats – som 30-dagers overlevelse etter lårhalsbrudd, hjerteinfarkt og hjerneslag.

Helsedirektoratet har lagt fram en treårig handlingsplan (2014–2017) for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Et av områdene som trekkes fram i handlingsplanen er AMK-sentralene og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Helsedirektoratet har i 2015 etablert en faggruppe som skal jobbe med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for området akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. I prosjektets første fase skal faggruppen utvikle og anbefale nasjonale kvalitetsindikatorer som viser responstider for ulike faser av den akuttmedisinske kjeden. Prosjektet skal i neste fase se på muligheten for utvikling av resultatindikatorer for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

7.5.1 Forslag til kvalitetsindikatorer fra tjenesten

NAKOS har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport med forslag til kvalitetsindikatorer. Nilsen et al. (2015) anbefaler å innføre følgende nasjonale kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden:

- Hjertestans: Vedvarende ROSC (Return of Spontaneous Circulation).
- Hjersteinfarkt: Tidsintervall mellom første medisinske kontakt og innleggelse på første sykehus.
- Traume: Prehospitale tidsintervall.

I rapporten blir også ytterligere to indikatorer anbefalt:

- Hjertestans: Tid ambulanse framme på bestemmelsessted.
- Hjerneinfarkt: Tidsintervall mellom symptomdebut og innleggelse.

Det foreligger enkelte forslag til kvalitetsindikatorer og kvalitetsmål for legevakt og fastleger. Hunskaar et al. (2014) har foreslått følgende krav til legevaktstjenestene:

- 90 pst. av befolkningen i legevaktdistriktet skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 pst. skal ha maksimalt 60 minutter.
- 95 pst. av befolkningen og alle tettsteder i legevaktdistriktet må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 pst. av røde responser.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20–40 sykebesøk per 1000 innbyggere per år.
- Ved beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under to timer for gul hastegrad og under seks timer for grønn hastegrad, etter at vurderingen er gjort.

- Legevaktssentralen skal ha krav til svartider: 80 pst. innen 90 sekunder og 95 pst. innen to minutter.
- Ventetiden i legevaktens venterom skal være under én time for minimum 80 pst. av pasientene som skal til konsultasjon.

Legeforeningen ved kvalitetsutvalget for primærmedisin utga i 2005 rapporten Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin, der de blant annet anbefalte enkelte indikatorer med relevans for akutt sykdom.

7.6 Responstider

Rask respons fra nødetatene er en vesentlig forutsetning for publikums følelse av trygghet. Det er derfor stor oppmerksomhet knyttet til responstider.

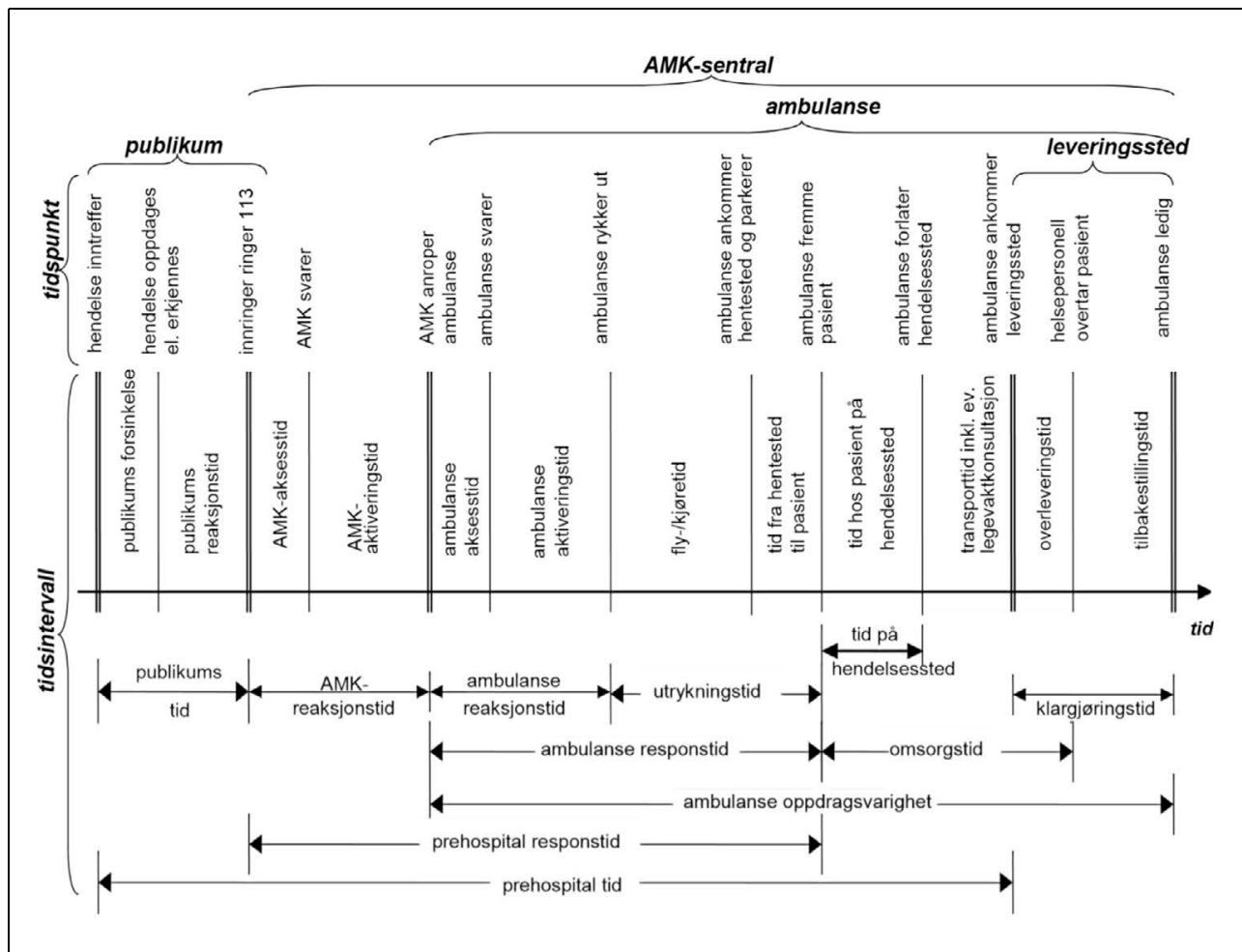
Helsedirektoratet (2012) har definert de viktigste tidsbegrepene knyttet til AMK-sentralens håndtering av medisinske nødmeldinger og ambulansetjenestens gjennomføring av oppdragene, jf. figur 7.2. Tidsbegrepene dekker ikke hele akutt-kjeden, og legevaktens respons inngår ikke. Flere av tidsintervallene er krevende å registrere, og det publiseres ikke data om disse tidsintervallene.

Responstider – bakgrunn

NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap slo fast at bil- og båtambulansen var den faglig sett svakeste del av de prehospitale tjenestene. Det ble foreslått følgende krav til responstider for bilambulansen¹ (tidsintervallet fra det svares i AMK-sentralen til ambulansen er framme hos pasienten):

- 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 grisorgrindte 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 tids-

¹ Utvalget definerte responstid for ambulanse som tidsintervallet fra det svares i AMK-sentralen til ambulanse er framme hos pasienten. Utvalgets definisjon avviker derfor fra dagens definisjon av responstid for ambulanse som er tiden fra AMK anroper ambulanse til ambulansen er framme. Helsedirektoratet publiserer data for prehospital responstid (tid fra det ringer i AMK til første ambulanse er framme), noe som også avviker fra utvalgets definisjon på responstid.



Figur 7.2 Oversikt over tidsbegreper

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementets definisjonskatalog (2012)

fristen være 20 minutter. Innen tre år skal 90 pst. av befolkningen i grise- og tettsteder nås av ambulanse innen 40 minutter (NOU 1998: 9, 1998).

Det forrige akuttutvalget mente det burde utarbeides en forskrift for prehospital akuttmedisin, og at den blant annet burde omhandle krav til responstider. Den faglige begrunnelsen for forslagene til responstid er ikke nærmere omtalt i utredningen, men utvalget mente at responstidene var lengre enn det som var ønskelig ut fra medisinske hensyn.

I St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap ble de foreslåtte kravene til responstider gjort veiledende med følgende mål:

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

Et rimelig og realistisk krav for å utgjøre by/tettsted er mellom 10 000 og 15 000 innbyggere (St.meld. nr. 43 (1999–2000), 2000).

Johansen, Rømø & Hope la i 2002 fram en studie om de økonomiske konsekvensene av krav til responstider i ambulansetjenesten. Utredningen antydte økte årlige driftsutgifter på 224 mill. kroner. Studien problematiserte tre forhold:

- Forslaget til responstider i St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap differensierte ikke mellom tidsbruk i AMK-sentralene og ambulansetjenesten
- Forslaget til responstider i stortingsmeldinger drøftet ikke hvilket målnivå responstidskravet skulle anvendes på, dvs. hvilket befolkningsgrunnlag som skulle legges til grunn for 90 pst. måloppnåelse
- Sosial- og helsedepartementets avgrensning av by/tettsted var problematisk

Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (2009) anbefalte ikke å forskriftsfeste

Boks 7.2 Responstid for ambulansetjenesten

Helsedirektoratet publiserer oversikt over pre-hospital responstid, dvs. tiden fra det begynner å ringe i AMK til første ambulanse er på stedet. I

2013 var den prehospitale responstiden (90 percentil) som følger:

Helseregion	By/tettsted (min)	Grisgrendt (min)
Helse Nord	24,3	32,4
Helse Midt	18,2	31,3
Helse Vest	18,0	31,6
Helse Sør-Øst	18,8	30,7
Norge	18,7	31,1

Definisjon på urbane områder følger SSBs tettsteddefinisjon, men er begrenset til områder som har mellom 10.000 og 15.000 innbyggere i henhold til St.meld. nr. 43 (1999–2000). Data er aggregert på kommunenivå med cutoff på 10.000 innbyggere for urbane strøk. Dette gjør rapportens analyse noe strengere enn de anbefalingene som er satt i St.meld. nr. 43 (1999–2000).

Kilde: Helsedirektoratet (2014a).

responstid før nasjonale måleparametere var på plass. 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.

Responstidskrav for ambulansetjenesten er ikke forskriftsfestet i akuttmedisinforskriften, mens aksesstid for AMK-sentralene og LV-sentralene er blitt forskriftsfestet. I høringsnotat til akuttmedisinforskriften er det begrunnet med at det i en nødsituasjon er av stor betydning at de som er berørt får rask hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a).

Krav til responstider i andre land er beskrevet i kapittel 14.

Responstidskrav for politi og brann

Fra 2015 er det innført responstidskrav for politiet som skal gjelde ved ekstraordinære hendelser. Det er hendelser hvor liv og helse er direkte truet og/eller hvor det umiddelbart er behov for innsats fra politiet (Prop. 61 LS (2014–2015), 2015). Responstid er tiden det tar fra politiet mottar melding om en hendelse til første patrulje er framme på stedet. Tidsbruken på operasjonssentralen er estimert til to minutter (Politidirektoratet, 2015). Nasjonale krav er:

- Byer/tettsteder med over 20.000 innbyggere: 10 minutter i 50 pst. og 15 minutter i 80 pst. av alle tilfeller.
- Tettsteder mellom 2.000 og 19.999 innbyggere: 15 minutter i 50 pst. og 30 minutter i 80 pst. av alle tilfeller.
- Øvrige områder: 22 minutter i 50 pst. og 45 minutter i 80 pst av alle tilfeller.

Kravene ble oppfylt med god margin i første kvartal 2015 (Politidirektoratet, 2015).

Kravene til innsats for brannvesenet er gitt i Forskrift om organisering og dimensjonering av brannvesen (2002). Her framgår det følgende:

«Til tettbebyggelse med særlig fare for rask og omfattende brannspredning, sykehus/sykehjem mv., strøk med konsentrert og omfattende næringsdrift o.l., skal innsatstiden ikke overstige 10 minutter.

Innsatstiden kan i særskilte tilfeller være lengre dersom det er gjennomført tiltak som kompenserer den økte risiko. Kommunen skal dokumentere hvordan dette er gjennomført.

Innsatstid i tettsteder for øvrig skal ikke overstige 20 minutter. Innsats utenfor tettsteder fordeles mellom styrkene i regionen, slik at fullstendig dekning sikres. Innsatstiden i slike tilfeller bør ikke overstige 30 minutter».

Forskriften legger Statistisk sentralbyrås definisjon av tettsted til grunn². Det publiseres ikke

data som belyser hvordan kravene til innsats for brannvesenet er oppfylt.

7.6.1 Betydning av tid – plutselig uventet, hjertestans utenfor sykehus

Plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus er en hendelse som illustrerer betydningen av rask hjelp. Tilstanden er tidskritisk og prognosen er god ved riktig behandling. Tid mellom kollaps og første defibrillering er viktig for overlevelse. Like viktig er det at basal hjerte-lungeredning (HLR) settes i gang raskest mulig. Tidlig start av HLR og defibrillering er så tidskritisk at ambulanse mange steder i landet ikke vil kunne rekke fram før det er for sent. I dag er det utplassert defibrillatorer på arbeidsplasser, brannstasjoner mv., og i flere tilfeller kan derfor brannvesen eller andre akuttgjelpere utføre tiltaket før ambulanse kommer.

Det antas at helsetjenesten starter HLR på om lag 2500 personer som rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvert år. Om lag 2/3 av tilfellene av plutselig, uventet hjertestans inntreffer i hjemmet. Norsk hjertestansregisters årsrapport for 2013 omtaler data fra ambulansetjenester, og dekker 47 pst. av befolkningen. Hos pasienter der akuttmedisinsk personell valgte å starte behandling, hadde tilstedeværende i 66 pst. av tilfellene allerede startet HLR. Nesten halvparten av alle pasienter med hjertestans ble transport inn til sykehus, og i 2013 reddet ambulansetjenesten i de rapporterende tjenestene 190 mennesker (Tjelmeland, 2014).

Fleere norske byer kan vise til gode resultater, sammenliknet med internasjonale data. I en undersøkelse fra Stavangerregionen i perioden 2006–2008, ble hjerteaksjon (ROSC) gjenopprettet på stedet i 43 pst. av tilfellene (Lindner, Søreide, Nilsen, Mathisen & Lossius, 2011). HLR var startet av tilstedeværende personer i 73 pst. av tilfellene, og 25 pst. av pasientene ble utskrevet fra sykehus i live. 48 pst. av de pasientene som hadde defibrillerbar hjerterytme på stedet, ble utskrevet i live. Overlevelse til utskrivning økte til 52 pst. dersom tilstedeværende personer bevitnet at disse pasientene fikk hjertestans. Fra det samme området ble det rapportert om gode leveutsikter for de som ble utskrevet i live etter prehospital hjertestans. Av 213 pasientene som ble utskrevet i live, levde 75 pst. av dem etter fem år (Lindner, Vossius, Mathiesen & Søreide, 2014).

En undersøkelse fra Tromsø viste at overlevelse til utskrivning etter prehospital hjertestans doblet seg fra 10,5 pst. i perioden 1999–2004 til 22,3 pst i perioden 2004–2009 (Lien Nilsen, Bø, Rasmussen, Haanaes & Gilbert, 2011). Forbedringen av overlevelse forklares med at det ble satt i verk en omfattende opplæring i hele akuttkjeden med vekt på tidlig utrykning ved brystmerter. Best mulig prehospital behandling ble vektlagt, inkludert trombolyse. En viktig observasjon var at en allerede høy HLR-deltakelse fra publikum på 68,2 pst. i den første perioden økte til 76,3 pst. i den andre perioden.

Prognosen faller kraftig for hvert minutt som går etter hjertestans, og defibrillering bør skje innen åtte til ti minutter. Mest tidskritisk er publikums første respons. Den som observerer en plutselig hjertestans utenfor sykehus, oftest pårørende eller arbeidskolleger, må raskt erkjenne situasjonen, varsle 113 og starte HLR. Start av effektiv HLR og varsling til 113 bør skje innen ett til to minutter. Dette krever en stor og vedvarende innsats når det gjelder informasjon og opplæring av befolkningen. De medisinske operatørene ved AMK-sentralene er trent til å oppmuntre til og veilede publikum i HLR-teknikk over telefonen. Dette er viktig for å komme tidlig i gang med HLR.

Hjertestanspasienten er en intensivpasient selv etter at hjertet har begynt å slå. Det er viktig å stabilisere hjerterytmen og blodtrykket, sikre at organene får tilstrekkelig oksygentilførsel og sette i verk tiltak mot komplikasjoner. Det er derfor nødvendig med tidlig profesjonell medisinsk behandling og rask transport til et sykehus som har ressurser som møter pasientens behov og at pasienten blir kyndig overvåket og behandlet under transporten.

Mulighetene for å oppnå tilstrekkelig korte innsatstider er svært ulike rundt om i landet. I de fleste større byer og tettsteder kan ambulansetjenesten respondere raskt og vil oftest være den profesjonelle aktøren som er først på stedet. På slike steder bør innsatstidene oppfylles i de aller fleste tilfeller med god margin. I mer spredtbygde områder vil ambulansen ofte bruke lenger tid. Da bør det settes i verk kompenserende tiltak, slik at tidsfristene likevel kan bli oppfylt. Eksempler på kompenserende tiltak er utplassering av defibrillatorer på strategiske steder, avtale med lokalt brannvesen om bruk av akuttgjelpere og ikke mobilisering av kommunens øyeblikkelig hjelpressurser. Legevakten må forutsettes å spille en sentral rolle ved alle akuttsituasjoner utenfor de store byene. I tillegg kan kommunens pleie- og

² En hussamling skal registreres som et tettsted dersom det 1. Bor minst 200 personer der og 2. Avstanden mellom husene skal normalt ikke overstige 50 meter (SSB, 2002).

omsorgstjenestene organiseres, kvalifiseres og utstyres slik at de kan utgjøre en akutt-ressurs.

7.7 Veiledere og retningslinjer

Nasjonale veiledere og retningslinjer er viktige virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten. Det finnes nasjonale faglige retningslinjer for akuttmedisinske tilstander som hjerneslag (under revisjon) og hjerte-kar sykdommer (under revisjon). Den prehospitalen fasen har i liten grad vært omtalt i disse retningslinjene. Helsedirektoratet planlegger en veileder i forbindelse med den nye akuttmedisinforordningen.

Helsetjenesten påpeker at det er et behov for flere kunnskapsbaserte retningslinjer i akuttmedisinen. Akuttmedisinske prosedyrer er i dag ikke systematisk bygget på evidens, men representerer ofte tradisjon og beste erfaringsbaserte kunnskap (Nilsen et. al 2014).

Det er nødvendig å sikre at retningslinjene tas i bruk i tjenesten. Nasjonale kompetansetjenester og kompetansesentre har en viktig rolle i å støtte implementering av retningslinjer og veiledere gjennom sine nettverk og arenaer.

7.8 Revisjon av nasjonal traumeplan

I 2007 vedtok fagdirektørene i de regionale helseforetak rapporten Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapporten ble utarbeidet av en gruppe nedsatt av de regionale helseforetak i 2005, med bred representasjon av ulike fagmiljøer. Fagdirektørmøtet ga i 2013 Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT-Traume) i oppdrag å lede revisjon av rapporten fra 2006. Planen ble overlevert til fagdirektørene i de regionale helseforetakene i september 2015.

Planen legger vekt på hele traumebehandlingsskjeden, fra lekfolks innsats på skadested, førstehjelpsopplæring, og hele kjeden til en beskrivelse av hvordan pasienterfaringer kan nyttiggjøres i behandlingsskjeden. Planen omhandler kvalitetsindikatorer, kriterier for å identifisere alvorlig skade, destinasjonskriterier, kriterier for alarmering av traumeteam, førstehjelp, medisinsk nødmedietjeneste, bil- og båtambulansetjenesten, kommunal legevakt, avansert prehospital behandling og luftambulans, alarmering av traumeteam, akuttstusykhus med traumefunksjon, behandling av kritiske blødninger og bruk av massiv transfusjon, overføring av den alvorlig skadde pasienten, trau-

mesenter, rehabilitering, ivaretagelse av involverte personer og pårørende i akuttsituasjoner, pasienterfaringer, nasjonalt traumeregister, forebygging, sykehus uten traumefunksjon, helsesentre mv.

Planen er utformet som en samling av nasjonalt faglige retningslinjer etter Helsedirektoratets metodologi og mal for nasjonale faglige retningslinjer. Økt vitenskapelig kunnskapsgrunnlag innen traumebehandling har langt på vei gjort en slik tilnærming mulig. En samlet arbeidsgruppe står bak anbefalingene i planen. I arbeidet har gruppen hatt et helseøkonomisk perspektiv. (Leder NKT-Traume T. Wisborg, personlig meddelelse, 1. oktober 2015).

7.9 Utvalgets vurderinger

Nasjonale kompetansemiljøer

Utvalget mener at det ikke er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på nasjonalt nivå til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid for den akuttmedisinske kjeden som helhet. Den offentlige satsningen på utvikling og forskning er beskjeden og fordelt på mange små fagmiljøer. Utvalget mener det er behov for en kraftsamling av de nasjonale kompetansemiljøene innen beredskap, katastrofemedisin og akuttmedisin. Et mer samlet kompetansemiljø vil få større legitimitet og vil stå bedre rustet til å analysere og utvikle nasjonale normer og strategier på akuttområdet. Det vil også være en bedre samarbeidspartner for helsemyndigheter, helseforetak, kommuner og organisasjoner innen prehospital forskning, fagutvikling, undervisning og rådgivning. Det vil være hensiktsmessig å etablere flerårige forskningsprogrammer innen prehospital akuttmedisin og tilgrensende fagområder.

Det er derfor behov for å styrke de nasjonale kompetansemiljøene ressursmessig, og det er nødvendig å se nærmere på sentrene som er organisert i spesialisthelsetjenesten og deres organisatoriske tilhørighet. Oppbygging av kompetansemiljøer som holder et høyt faglig nivå krever langsiktighet og en robust kjerne med fast ansatt personell. Det er behov for en balanse mellom grunnfinansiering og prosjektfinansiering slik at det også er tilstrekkelig rom for utredninger og analyser i egen regi. Det bør vurderes hva slags type overbygning og styringsmekanisme som trengs for å få mest mulig ut av de enkelte kompetansemiljøene og hvordan samarbeidet kan bli best mulig. De mest aktuelle kompetansemiljøene som må vurderes er Nasjonal kompetansetjeneste for

prehospital akuttmedisin, Nasjonal kompetanse-tjeneste for traumatologi, Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. De er ulikt organisert og ressursmessig ulike.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er primærhelsetjenesterettet og er derfor ikke organisert under spesialisthelsetjenesten. Senteret er velfungerende med kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid. For å kunne ta tak i en sammenhengende akuttkjede er det nødvendig at kompetansemiljø for primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste knyttes sammen i et forpliktende samarbeid. Det er også nødvendig med et nært samarbeid med tilsvarende kompetansemiljøer knyttet til de andre nødetatene. En slik kraftsamling kan innebære et betydelig løft for de prehospitaltjenestene og et bedre samarbeid på beredskapsområdet.

Data fra de prehospitaltjenestene

Det er nødvendig med kunnskap om kvalitet i den akuttmedisinske kjeden. Utvalget mener nasjonale retningslinjer, veiledere og nasjonale kvalitetsindikatorer er viktige virkemidler når nasjonale krav ikke defineres i lov eller forskrift.

Utvalget mener det er et påtrengende behov for en nasjonal elektronisk pasientjournal i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden, herunder ambulansetjenesten. Det vil være det viktigste tiltaket for å sikre tilgang til målbare og pålitelige data fra den akuttmedisinske kjeden. På sikt bør det etableres en felles, nasjonal prehospital EPJ, i tråd med Helsedirektoratets arbeid med å utrede målene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Tidspress og avansert utstyr øker kompleksiteten og risikoen for å gjøre feil. Utvalget mener meldeordningen for uønskede hendelser også bør omfatte legevakt, legevaktsentraler og kommunale øyeblikkelig-hjelp døgnposter.

Kvalitetsindikatorer og responstid

Akuttutvalget mener det bør utvikles et helhetlig kvalitetsindikatorsett med kliniske kvalitetsindikatorer og responstidsmål for alle leddene i de akuttmedisinske tjenestene. Det stimulerer til kvalitetsutvikling og samarbeid i alle ledd av kjeden. Kvalitetsindikatorene må offentliggjøres på Helsenorge.no og brukes til forbedringsarbeid i tjenesten.

Det er begrenset tilgang på vitenskapelig grunnlag for prehospitaltjenestenes kvalitetsindikatorer,

men det finnes god dokumentasjon for viktigheten av rask behandling ved hjertestans, penetrerende traumer og tette blodkar til hjerte og hjerne. Mangelen på vitenskapelig dokumentasjon for mange av behandlingstiltakene og rutinene som er vanlige i dagens akuttmedisinske kjede, understreker viktigheten av kontinuerlig evaluering og videreutvikling av kvalitetsindikatorer.

Undersøkelser av de faktiske responstidene i byer, tettbygde områder og spredtbygde strøk i Norge og andre land, viser at det ikke er mulig å stille samme krav til hurtig innsats i alle deler av landet. Uansett hvordan akuttjenestene blir organisert, vil det være slik at størstedelen av befolkningen i byer vil kunne nås av ambulanse, utrykningsenheter fra sykehus eller legevakt innen kort tid, mens utrykningstidene i spredtbygde strøk vil kunne være lange.

Det er likevel viktig at det blir spesifisert visse responstidsmål for de ulike profesjonelle tjenestene. Dette er viktig for å søke oppnåelse av det sentrale politiske målet om likeverdig tilgang på akuttmedisinske tjenester for hele befolkningen. Det er også viktig for å kunne gi en veiledning til kommuner og helseforetak om hvordan de skal planlegge plassering av legevakter, ambulansestasjoner, utrykningsenheter fra spesialisthelsetjenesten og akuttthjelpergrupper for å kunne oppnå, eller nærme seg, responstidsmålene.

Akuttutvalget mener at de responskravene som ble foreslått i NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap, kan gi en rimelig god avveining av forholdet mellom behov for hurtig respons på den ene siden, og utfordringen ved til dels store avstander og tynn befolkning i større deler av landet. Utvalget mener at for ambulansetjenesten bør det snevrere prehospitaltjenestemålet ved akuttoppdrag på åtte minutter gjøres gjeldende for store byer, mens 12 minutter bør gjelde for andre tettsteder og 25 minutter for spredtbygde strøk.

I NOU 1998: 9 ble det ikke foreslått spesielle responstidskrav til utrykning fra legevakt. Utvalget mener det vil være rimelig at veiledende responstidsmål bør fastsettes også for denne tjenesten, som sammen med ambulansetjenesten er en hovedpilar i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Utvalget mener at 95 pst. av befolkningen må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning. Alle tettsteder (definert av SSB) må nås innen samme tidskrav.

For mange spredtbygde strøk i landet vil det være vanskelig å nå responstidsmålene. Utvalget

finner det derfor ikke hensiktsmessig at responstidskrav blir fastsatt i forskrift. Responstidsmål er derfor å forstå som en målsetting som tjenestene:

- Må forsøke å oppfylle
- Må beskrive hva som gjør at målet ikke kan oppnås, dersom den ikke kan det
- Må beskrive kompenserende tiltak for, dersom målsettingen ikke kan oppnås

Utvalget viser til strategien for den skotske ambulansetjenesten (Towards 2020: Taking Care to the Patient). Strategien innebærer en nytenkning der ambulansetjenesten får nye roller og jobber i partnerskap med helsetjenestene i nærmiljøet, mens oppmerksomheten mot responstider nedtones.

I akuttmedisinforskriften er det satt krav til at AMK-sentralene skal besvare 90 pst. av henvendelser fra publikum innen ti sekunder. Utvalget finner det uheldig å forskriftsfeste denne type spesifikke krav. Det kan bidra til å dreie oppmerksomheten mot ett spesielt tidsintervall. Utvalget mener tjenestene bør drive forbedringsarbeid langs hele kjeden.

Utvalget mener det er relevant å se responstidskravene for de tre nødetater (helse, brann og politi) i sammenheng, selv om kravene ikke nødvendigvis må være like. Det er i dag ikke samsvar mellom responstidskravene – verken deres formelle status, forståelsen av begrepet responstid eller definisjonen på by/tettsted. Utvalget mener at nødetatene bør ha et felles planleggingsgrunnlag, dvs. at en felles forståelse av begreper og definisjoner bør ligge til grunn.

En samfunnsambisjon for prehospitale innsatstider

Selv om utvalget ikke anbefaler responstidskrav i forskrift, er det grunnlag for å formulere en samfunnsambisjon for prehospitale innsatstider. Denne bør benyttes som en ledetråd for de prehospitale tjenesters organisering og dimensjonering. Publikums og andre ikke-profesjonelles innsats må inngå i en slik ambisjon, og den skal derfor gi næring til holdningsskapende tiltak og opplæring av befolkningen.

For noen akutte tilstander finnes evidens for tidens betydning for sluttresultatet hos pasienten (utkomme). Plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, akutt hjerteinfarkt, hjerneslag, akutte pusteproblemer og alvorlige skader 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 nød-

vendig. I andre tilfeller er det primært nødvendig med basale førstehjelpstiltak, mens profesjonell hjelp kan komme noe senere.

Utvalget anser at plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus er en dimensjonerende hendelse for de aller mest tidskriske situasjonene. Responstidsmål her har et godt faglig grunnlag, og ambisjonen har allerede vist seg å være realistisk flere steder i Norge, jf. kapittel 7.6.1. Et vellykket resultat krever optimal innsats fra både publikum og profesjonelle tjenester:

- HLR og varsling til 113 innen ett til to minutter (oftest publikum)
- Defibrillering innen åtte til ti minutter (ambulanse, akutthjelpere eller utplasserte hjertestartere)
- Medisinsk behandling ti til 12 minutter (ambulanse, legevaktlege eller annet spesialopplært helsepersonell)

Samfunnsambisjonen understøtter målet om likeverdige helsetjenestetilbud uavhengig av bosted. Denne ambisjonen uttrykker hvordan ulike steder i landet kan oppnå gode resultater ved bruk av forskjellige metoder og verktøy. AMK, legevakt og ambulansetjeneste vil alltid måtte stå helt sentralt i responsen på akuttmedisinske hendelser, men ofte vil det endelige resultatet også avhenge av andre.

Samhandlingsplikten

Utvalget viser til at kommuner og helseforetak har et felles ansvar for den akuttmedisinske beredskapen (jf. akuttmedisinforskriften § 4). Etter utvalgets mening blir denne samhandlingsplikten i for liten grad oppfylt. Det er viktig at kommunenes og helseforetakenes planer samkjøres. Dette for at samfunnets disponible ressurser skal kunne bidra til å oppfylle samfunnsambisjonen innen akuttmedisinsk innsats. Felles prosesser sikrer også bedre eierskap hos de ansvarlige for tjenestene.

Utvalget mener at kommuner og helseforetak må:

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse for det området de har et ansvar for. Kommuner og helseforetak må sammen vurdere demografi, geografi, klimaforhold og risikoelementer (trafikkårer, industri, turistaktivitet mv.). Behov for framskyndet spesialistinnsetts i form av anestesilegebemannede legebiler eller ambulanshelikoptre må identifiseres, likeså behov for ambulansefly som følge av særlige lange avstander til ressurssykehus.

- Lage felles akuttmedisinsk plan. Det er ikke akseptabelt at kommunens legevaktordning organiseres uten å ta hensyn til helseforetakets ambulanseplan eller motsatt. Legevaktstruktur og ambulansestruktur må organiseres enhetlig og dokumenteres i en felles plan. Lokalisering og dimensjonering av legevakt må være i henhold til plassering og dimensjonering av ambulanser og tilgjengelighet av luftambulanse. Hvordan legevaktens utrykningsplikt oppfylles må beskrives. Bruk av legevaktbil og samarbeid med ambulanspersonell eller sykepleiere under utrykning inngår her.
- I det akuttmedisinske planverket må det inngå hvordan responstidsmålene kan oppnås, hvorfor avvik fra dette eventuelt må gjøres, og hvilke kompenserende tiltak som eventuelt må settes i verk. Kommuner og helseforetak må sammen være ansvarlig for måloppnåelsene og være forpliktet til å rapportere sine resultater til de registre myndighetene bestemmer. Både tjenestene selv og helsemyndighetene vil på denne måten ha informasjon om kvaliteten i den akuttmedisinske beredskapen. Resultatene må være tilgjengelige for offentligheten.
- I det akuttmedisinske planverket må det også beskrives hvordan et nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne til legevaktstasjon (jf. kapittel 10) kan oppnås.

Utvalget mener det er nødvendig at krav om en samordnet prosess med felles akuttmedisinske planer fastsettes i lov eller forskrift. Dette innebærer en konkretisering av akuttmedisinforskriftens krav om samhandling og samarbeid. Det bør også lov- eller forskriftsfestes prosedyre for

behandling av uenighet mellom kommuner og helseforetak om innholdet i den samordnede planen for akuttmedisinsk beredskap.

7.10 Utvalgets forslag

- Det foretas en kraftsamling og samordning av det nasjonale kompetansemiljøet i spesialisthelsetjenesten for å oppnå bedre samlet kompetanse og kapasitet til analyse-, forsknings- og utviklingsarbeid.
- Nasjonale myndigheter setter i verk et kvalitetsløft som omfatter mer offentlig finansiert forskning, utvikling av data, kodeverk, nasjonale veiledere, faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer for de prehospitalene tjenestene.
- Elektronisk pasientjournal tas i bruk ambulansetjenesten. Ulike journalsystemer integreres i en felles, nasjonal løsning, slik at de ulike leddene i akuttkjeden kan videreformidle helseopplysninger for å sikre god pasientbehandling.
- Meldeordningen for uønskede hendelser gjøres gjeldene for de prehospitalene tjenestene i primærhelsetjenesten.
- Det etableres et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitalene tjenestene på helsenorge.no.
- Responstider forskriftsfestes ikke, men inngår i et helhetlig kvalitetsindikatorsett.
- Krav om samordnet prosess med felles akuttmedisinske planer forskriftsfestes i en framtidig revidert akuttmedisinforskrift.
- Helsedirektoratets definisjonskatalog revideres.

Kapittel 8

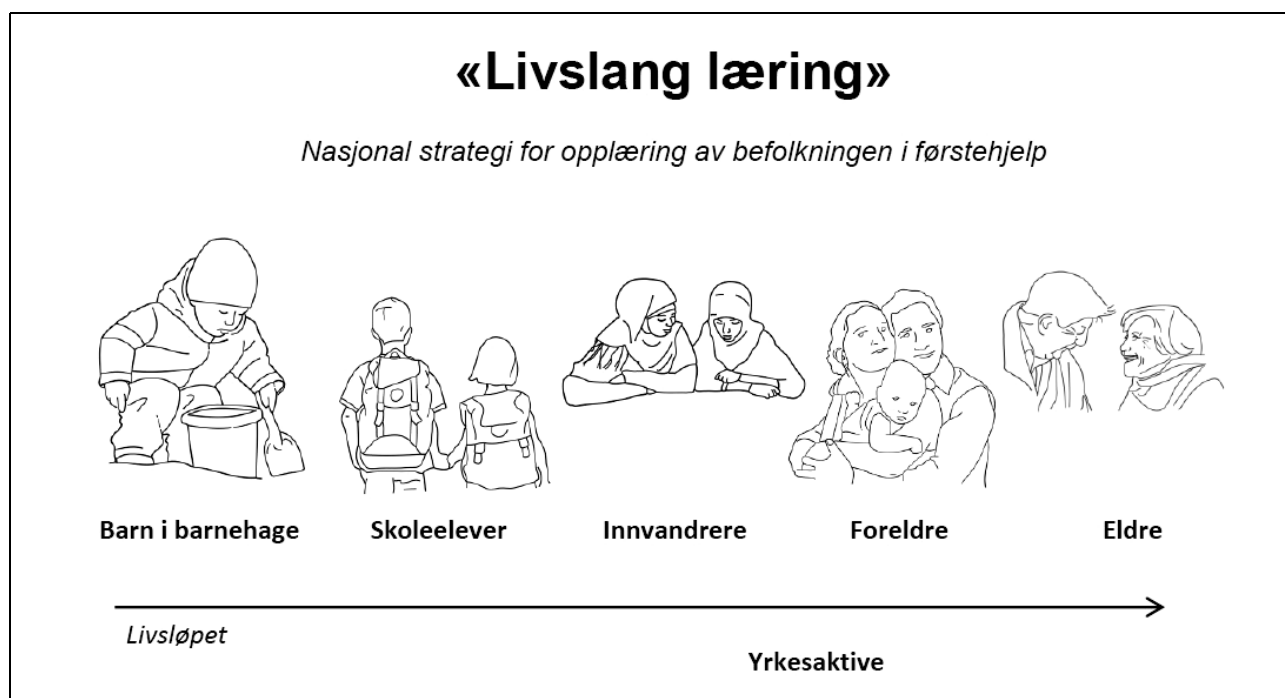
Strategi for å redde liv – tidlig respons og førstehjelp

8.1 Førstehjelpskunnskap – status og utfordringer

Når minutter er avgjørende for om pasienten overlever, er det ikke mulig å dimensjonere beredskapen slik at en alltid når fram til pasienten i tide. Med en slik erkjennelse er det viktig å styrke ressursene som er hos pasienten når akutt skade eller sykdom inntreffer. Varsling, etablering av frie luftveier, hjerte-lungeredning, bruk av hjertestarter og stansing av ytre blødninger er førstehjelpstiltak som alle i prinsippet kan sette i verk. Utvalget er bedt om å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov ved akutt sykdom og skade. Trygghet i å utføre førstehjelp er en del av denne mestringen. At befolkningen har nødvendig førstehjelpskunnskap og er i stand til å iverksette livreddende tiltak, er viktig for mestring og for den felles beredskap og omsorg alle kan ha for hverandre.

Undersøkelser viser at den norske befolkningen har vilje til å starte førstehjelp ved sykdom og skade. I en undersøkelse foretatt av Ipsos MMI i 2012 på vegne av Røde Kors, svarte 94 pst. av de spurte at de meget sannsynlig eller ganske sannsynlig vil hjelpe en tilskadekommet eller syk person (Nielsen, 2012). Publiserte data fra universitetssykehuset i Nord-Norge og Stavanger viser at frekvensen av hjerte-lungeredning fra publikum er vesentlig høyere i Stavanger og Tromsø enn i byer i Finland og USA, omtalt i kapittel 7.6.1.

En undersøkelse fra Troms og Finnmark har sett på om skadde pasienter får førstehjelp på skadestedet. Over en periode på 18 måneder ble det registrert i alt 330 skadde pasienter. Det var førstehjelpere på stedet når ambulansen kom i 97 pst. av tilfellene. Av pasientene som hadde behov for det, fikk 76 pst. korrekt utført etablering av åpen luftvei. I alt 81 pst. fikk korrekt utført blødningskontroll og hos 62 pst. ble det gjort korrekt forebygging av hypotermi (lav kroppstempe-



Figur 8.1 Illustrasjon: Karoline Stadheim Halvorsen

ratur). Førstehjelpere med opplæring ga signifikant bedre førstehjelp sammenliknet med førstehjelpere uten opplæring. Studien peker på et forbedringspotensial, spesielt når det gjelder luftveis-håndtering og forebygging av nedkjøling (Bakke, Steinvik, Eidissen, Gilbert, & Wisborg, 2015).

Andre undersøkelser viser at førstehjelpskunnskapen i befolkningen er mangelfull. I en undersøkelse gjennomført av Norstat for Codan forsikring og Stiftelsen Norsk Luftambulans oppga seks av ti at deres førstehjelpskunnskaper var meget dårlige, dårlige eller middels dårlige (Faaberg, 2012). I samme undersøkelse svarte kun fire av ti riktig på spørsmål om anbefalt forhold mellom antall brystkompresjoner og innblåsing på barn. Undersøkelsen utført av Ipsos MMI for Røde Kors viste også at bare halvparten visste hvordan man sikrer frie luftveier, og 65 pst. av respondentene svarte at de har utdaterte eller ingen kunnskaper om førstehjelp (Nielsen, 2012).

Plutselig hjertestans utenfor sykehus er en av tilstandene hvor betydningen av tidsforsinkelser er best studert. Temaet er nærmere beskrevet i kap. 7.6.1. Prognosen faller kraftig for hvert minutt som går, og defibrillering bør skje innen åtte til ti minutter. Mest tidskritisk er publikums første respons. Den som observerer en plutselig hjertestans utenfor sykehus, oftest pårørende eller arbeidskolleger, må raskt erkjenne situasjo-

nen, varsle 113 og starte hjerte-lungeredning (HLR). Start av effektiv HLR og varsling til 113 bør skje innen en til to minutter. Dette krever en stor og vedvarende innsats når det gjelder informasjon og opplæring av befolkningen. De medisinske operatørene ved AMK-sentralene er trent til å oppmuntre og veilede publikum i HLR-teknikk over telefonen. Dette er viktig for å komme tidlig i gang med HLR. Også ved hjerteinfarkt og hjerneslag er det vist at tidlig intervensjon bedrer overlevelse og begrenser sykkelighet.

Befolkningen mangler kunnskap om tegn og symptomer på alvorlig sykdom, og betydningen tidlig kontakt med helsetjenesten har for overlevelse. Tiden fra en sykdom eller skade gir symptomer til kontakt med helsetjenesten kalles pasientforsinkelse. Mange har betydelig pasientforsinkelse ved alvorlig hjerte- og karsykdom. En norsk studie viste at over halvparten av menn og kvinner med førstegangs hjerteinfarkt ventet over en time før de ringte enten 113 eller legevakten (Løvlien, Schei & Hole, 2007). En skandinavisk undersøkelse viste at manglende erkjennelse av symptomer og pasientforsinkelse er vesentlige hinder for trombolysbehandling ved hjerneslag; 82 pst. av slagpasientene som kom for sent til behandling, erkjente ikke slagsymptomene og 54 pst. kontakttet ikke helsevesenet i tide (Slot, Myrray, Boyseng & Berge, 2009).

Boks 8.1 Kunnskapsoppsummering om førstehjelpsopplæring til legfolk

På oppdrag fra utvalget har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utført en kunnskapsoppsummering som omhandler effekt av førstehjelpsopplæring på skoler, arbeidsplasser, frivillige organisasjoner og idrettslag. Kunnskap fra fem systematiske oversikter med til sammen over hundre enkeltstudier om førstehjelpsopplæring til legfolk viser at førstehjelpsopplæring muligens har en positiv effekt på kunnskap om førstehjelp, førstehjelpsferdigheter og hjelpeadferd.

Flere av de systematiske oversiktene viste at effekten av førstehjelpsopplæring avtar over tid. Tre studier viste at flertallet av dem som hadde gitt førstehjelp, opplevde det som positivt. Ingen av de systematiske oversiktene så på overlevelse og funksjonsevne hos personer som hadde motatt førstehjelp.

Alle fem oversiktene som ble inkludert viste at opplæring hadde positiv effekt på legfolks kunnskap om og ferdigheter i førstehjelp, i hvert fall på kort sikt. To studier viste at på utfallsmålet hjelpeadferd var det ikke noen signifikant forskjell mellom dem som hadde fått førstehjelpsopplæring og dem som ikke hadde fått det. En studie viste at hjelpeadferden var bedre hos dem som fikk førstehjelpsopplæring med oppmerksomhet på hjelpeadferd sammenliknet med dem som bare fikk førstehjelpsopplæring eller ingen opplæring. Tre studier viste at de som hadde utført førstehjelp, opplevde det som positivt.

Dokumentasjonsgrunnet er mangelfullt, og det kan ikke trekkes noen klare konklusjoner om hvorvidt førstehjelpsopplæring på skoler, arbeidsplasser, i frivillige organisasjoner og idrettslag har effekt (Strømme, Jeppesen & Reinart, 2015).

Kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret

Hvert år kommer om lag 0,5 mill. personer til skade forårsaket av ulykke, vold eller selvpåført skade. Om lag 2500 personer får hjertestans utenfor sykehus. Undersøkelser viser at mange nordmenn har dårlige førstehjelpskunnskaper.

8.2 Førstehjelpsopplæring av befolkningen – sentrale aktører

8.2.1 Sentrale aktører

Det er flere aktører som tilbyr førstehjelpskurs til befolkningen; alt fra frivillige organisasjoner til store kommersielle aktører og en rekke enkeltmannsforetak – ofte opprettet av helsepersonell. De store aktørene er medlem av Norsk Førstehjelpsråd, og forholder seg til de retningslinjer som rådet utarbeider eller formidler. Førstehjelpsrådet forholder seg til Norsk Resuscitasjonsråd som det nasjonale, felles faglige referanseorganet for fagmiljøet. Det er usikkert i hvor stor grad private aktører uten forankring i fagmiljøet er oppdatert på riktige prosedyrer.

Noen av de viktigste aktørene er:

Norsk Folkehjelp

Norsk Folkehjelp har 98 lokallag med 2000 autoriserte mannskaper og utgjør en ressurs på mange områder. Norsk Folkehjelp utdanner førstehjelpsinstruktører på ulike nivåer. Organisasjonen har 200 førstehjelpsinstruktører og utfører 12 000 timer førstehjelpsopplæring per år fordelt på intern opplæring i organisasjonen og ekstern opplæring av publikum. Et av målene for Norsk Folkehjelp er å skape trygge lokalsamfunn ved å bidra med opplæring i førstehjelp.

Norsk Folkehjelp Produkt og Undervisning AS er en landsdekkende leverandør av førstehjelpskurs. Firmaet leverer årlig 700–800 kurs med varighet på 3–6 timer til ulike kunder i bedriftsmarkedet, med totalt omlag 10 000 deltakere. I tillegg selger lokale lag kurs direkte til kunder.

Røde Kors

Røde Kors er en organisasjon av frivillige medlemmer, herunder instruktører. Disse instruktørene, hovedtyngden i Røde Kors Hjelpekorps, gjennomfører førstehjelpskurs på grunnleggende nivå for publikum, og på kvalifisert nivå for nye medlem-

mer. Det siste kurset er normalt åpnet for publikum, og mange gjennomfører det uten å bli aktive i Hjelpekorps.

Røde Kors har etablert en Førstehjelps kanal for å nå et bredt publikum. Kanalen er ikke et førstehjelpskurs, men skal være et springbrett for å få folk til å melde seg på førstehjelpskurs.

Røde Kors Førstehjelp AS er en landsdekkende leverandør og er i dag en hovedleverandør av førstehjelpskurs og førstehjelpsutstyr til mange av landets største bedrifter. Røde Kors står årlig for om lag 2000 førstehjelpskurs med til sammen rundt 30 000 kursdeltagere. Organisasjonen har instruktører i alle norske fylker og leverer kurs over hele landet.

Et av målene for Røde Kors er å bidra til at alle i Norge skal kunne livreddende førstehjelp og være villige til å hjelpe.

Norges Livredningsselskap

Norges Livredningsselskap ble etablert i 1906 og arbeider for å utbre svømmedyktighet og kjennskap til livredning. Foreningen har som mål at alle innbyggere i Norge skal lære seg å svømme og kunne være i stand til å berge seg selv og andre i vannmiljøer. Organisasjonen driver svømmeopplæring, gir kurs i livredning og førstehjelp og utdanner instruktører. Gjennomsnittlig deltakelse på organisasjonens lokale kurstilbud er om lag 15 000 personer årlig.

Sivilforsvaret

Opplæringen i Sivilforsvaret er rettet mot mannskaper til sivilforsvarets fredsinnsettingsgrupper (FIG), og dekker grunnleggende og kvalifisert nivå i henhold til Norsk Førstehjelpsråds standard. Kurset er på totalt 32 timer, og opplæringen består av tre hoveddeler; den første livreddende hjelpen, alvorlige skader og sykdomstilstander, og forebyggende tiltak. I tillegg til emnevis fagopplæring, gjennomføres flere øvelser hvor resultatet av opplæringen kvalitetssikres, og hvor fagene utøves integrert i en innsatssammenheng.

Norges Speiderforbund

Norges speiderforbund er en barne- og ungdomsorganisasjon som består av om lag 18 500 medlemmer. Medlemmene er organisert i om lag 450 lokale speidergrupper fordelt på kretser og korps. Formålet med speiding er å utvikle selvstendighet og ansvarsbevissthet hos barn og

Boks 8.2 Grunnopplæring i førstehjelp hos noen av aktørene

Norsk Folkehjelp

Det er et minstekrav til alle mannskaper i Norsk Folkehjelp om førstehjelpsopplæring på kvalifisert nivå. Omfanget på kurset er 30 timer og består av modulene:

- Førstehjelp ved livløshet og bevisstløshet, inkludert hjerte-lungeredning med hjertestarter (DHLR)
- Førstehjelp ved akutt skade
- Førstehjelp ved akutt sykdom
- Operativ del, inkludert emosjonell førstehjelp

Grunnkurset Kvalifisert nivå førstehjelp følger retningslinjene fra Norsk Førstehjelpsråd.

Røde Kors Hjelpekorps

Grunnkurset Kvalifisert førstehjelp med DHLR skal bringe deltakerne opp til kvalifisert nivå i

førstehjelp i samsvar med retningslinjer fra Norsk Førstehjelpsråd. I kurset inngår opplæring i bruk av hjertestarter og grunnleggende psykososial førstehjelp. Kurset er på 33 timer og er tilpasset de behov som hjelpekorpsene har med tanke på beredskap ved sanitetsvakter og andre oppdrag hvor det er forventet å yte førstehjelp. Kurset er delt inn i fire deler:

- Del 1: Den første livreddende hjelpen
- Del 2: Alvorlige skader og sykdomstilstander
- Del 3: Ulykker og forebyggende tiltak
- Del 4: Avsluttende prøver

Redningsselskapet

Grunnopplæringen er på 24 timer og er tilpasset de behov som mannskapene har i sin tjeneste. Redningsselskapet legger stor vekt på sikkerhet i sin opplæring. Kurset er delt inn i to deler:

- Del 1: Den første livreddende hjelpen
- Del 2: Alvorlige skader

unge. Mange barn og unge har hatt sitt første møte med førstehjelp som speider.

8.2.2 Stiftelser med engasjement innenfor førstehjelp

Stiftelsen Norsk Luftambulans

Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) er en ideell medlemsorganisasjon med 775 000 medlemmer og har som målsetting å utvikle luftambulansetjenesten gjennom forskning, undervisning og utviklingsprosjekter til beste for den akutt syke og alvorlig skadde pasient. Stiftelsen representerer et av Europas største forskningsmiljøer på akuttmedisin og har bidratt til gjennomføring av flere store prosjekter innen førstehjelp, jf. boksene 8.3 og 8.6.

SAFER

SAFER (Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research) er en stiftelse og et senter for læring som ble opprettet i 2006 av Stavanger Universitetssjukehus, Universitet i Stavanger og Laerdal Medical AS. Formålet med senteret er å styrke akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet, i første rekke gjennom å stimulere til kompetanseutvikling av personell. Senteret

driver også forskning og utvikler kurstilbud. SAFER inngår i et nettverkssamarbeid med internasjonalt ledende medisinske simuleringssentre.

SAFER tilbyr opplæring for alle ledd i kjeden som redder liv, fra varslings og basal akuttmedisinsk behandling for prehospitalt og inhospitalt personell, til avansert medisinsk behandling. Senterets mål er å bidra til bedre akuttmedisinsk opplæring der personell kan trene på vanskelige, sjeldne og potensielt farlige situasjoner under trygge omstendigheter. Treningen foregår på simulatordukker, og pasientene utsettes dermed ikke for fare eller ubehag. SAFER har et mål om å være et modellsenter, der andre kan komme og se hvordan man kan bygge sitt eget senter, og et senter som aktivt deltar i nasjonale og internasjonale nettverk med kompetanse på simulering.

Lærdalstiftelsen

Lærdalstiftelsen (Laerdal Foundation) er en forskningsstiftelse eid av Laerdal Medical AS. Stiftelsen finansierer hvert år forskning innen førstehjelp og akuttmedisin, herunder forskerstillinger, stipendiater, doktorgradsavhandlinger og forskerkonferanser innen akuttmedisin. Det gis også støtte til simuleringssentre i flere land. Stiftelsen finansierer forskning i flere land og er initiativtaker til internasjonalt forskningssamarbeid innen

akuttmedisin og livreddende tiltak. The Utstein Formula er et resultat av dette samarbeidet.

Gjensidigestiftelsen

Gjensidigestiftelsen ble etablert i 2007 og deler hvert år ut rundt 200 mill. kroner til allmenntilgjengelige prosjekter innen trygghet og helse. Stiftelsen støtter prosjekter som bidrar til at færrest mulig skades eller dør i ulykker og støtter tiltak som styrker det frivillige beredskapsarbeidet, samt tiltak som styrker befolkningens førstehjelps- og livredningskompetanse. Stiftelsen har bidratt i prosjektet Mens du venter på ambulansen, jf. boks 8.6.

8.2.3 Norsk Førstehjelpsråd (NFR) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR)

Norsk Førstehjelpsråd (NFR) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) har som mandat å fastsette faglige normer for henholdsvis førstehjelpsopplæring og hjerte-lungeredning.

Norsk Førstehjelpsråd

NFR er et samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner, stiftelser og offentlige etater med spesiell interesse for eller oppgave innen opplæring i førstehjelp. NFR ble etablert i 1976. Faste rådsmedlemmer er blant andre Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, Forsvarets Sanitet, Norges Livredningsselskap, Norges Lotteforbund, Norges Svømmeforbund, Norsk Folkehjelp, Stiftelsen Norsk Luftambulans, Norske Kvinners Sanitetsforening, Næringslivets Sikkerhetsorganisasjon, Den Norske Legeforening, Redningssselskapet og Røde Kors.

Målet til NFR er at organisasjonene skal samarbeide om en enhetlig førstehjelpsundervisning, samt stimulere og bidra til at en størst mulig andel av befolkningen får førstehjelpsopplæring. Mandatet til rådet er blant annet å fastsette faglige normer og standarder for førstehjelpsopplæring. NFR arbeider for å gjøre førstehjelp pedagogisk tilgjengelig ved å utarbeide førstehjelpsbøker og kurskonsepter, og krever egen godkjenning for instruktører. Instruktørkurs holdes i medlemsorganisasjonene og av NFR. NFR har inntekter fra salg av førstehjelpsbøker, kurshefter og instruktørkurs. Rådet tilbyr følgende kurskonsepter (Norsk Førstehjelpsråd, 2015):

- Norsk grunnkurs førstehjelp
- Norsk grunnkurs førstehjelp for deg som har omsorg for barn
- Trafikalt grunnkurs førstehjelp

- Norsk grunnkurs livredning

En utfordring for førstehjelps-faget er at det foreligger lite forskning på feltet og kontakten mellom førstehjelpsmiljøene og relevante medisinske fagmiljøer har vært svak de siste tiårene. Dette kan ha ført til at mange aktører ikke har vært faglig oppdaterte. Et eksempel på en myte som formidles på førstehjelpskurs er at det er slitsomt å utføre hjerte-lungeredning. I en studie med godt voksne forsøkspersoner klarte alle å gjennomføre minst ti minutter med hjerte-lungeredning alene. Forsøkspersonene rapporterte etter ti minutter at de kunne ha holdt på lenger. I gjennomsnitt scoret de egen grad av utmattelse som 4,2 på en skala fra en til ti (ti som maksimalt utmattet) (Neset, Birkenes, Mykletun, Odegaard, & Kramer-Johansen, 2010).

NFR har i møte med akuttutvalget beskrevet variabel kvalitet hos førstehjelpsinstruktører og uklare krav til kvalitet og innhold i opplæringen, som svakheter ved dagens førstehjelpsopplæring. Det faglige rådet i NFR er i en oppbyggingsfase. Rådet skal bestå av representanter innen relevante fagfelt, og har som formål å utarbeide kunnskapsbaserte anbefalinger innen førstehjelp. HelseDirektoratet skal også stille med en representant i rådet.

Norsk Resuscitasjonsråd (NRR)

NRR er dannet av Den norske legeforenings spesialforeninger Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Cardiologisk Selskap som et felles, faglig nasjonalt referanseorgan. NRR arbeider for faglig forsvarlighet og kvalitetssikring av undervisning og pasientbehandling med hensyn til basal og avansert hjerte-lungeredning (HLR) i og utenfor sykehus ved å:

- holde seg orientert om nasjonale og internasjonale forskningsresultater og utviklingen av internasjonale retningslinjer for basal og avansert HLR
- delta i internasjonalt samarbeid om forskning og utvikling av retningslinjer for behandling vedrørende basal og avansert HLR. NRR utgjør Norges faglige representasjon i Skandinavisk Resuscitasjonsråd (SCR) og European Resuscitation Council (ERC)
- utvikle norske behandlingsprotokoller
- arbeide for at det utvikles faglig forsvarlige og standardiserte læreprogrammer for både helsepersonell og legfolk og fastsette krav til utøvere av Avansert hjerte-lunge redning (AHLR) og hjerte-lungeredning med defibrillator

(DHLR). NRR stiller krav til DHLR-instruktører (Norsk Resuscitasjonsråd, 2015).

NRR eier Norsk Selskap for Gjenoppliving AS som selger kursmaterieell og kurs. Overskuddet i selskapet går til drift av fagrådet i NRR.

8.3 Førstehjelpsopplæring i skolen

Skal befolkningen være i stand til å hjelpe seg selv og hjelpe andre ved akutt sykdom og skade, er det nødvendig å gi kompetanse til hele befolkningen. Barn og unge har ifølge opplæringsloven § 2-1 (Opplæringslova, 1998) plikt til grunnskoleopplæring og rett til offentlig grunnskoleopplæring. Denne retten og plikten varer til eleven har fullført det tiende skoleåret. Opplæringslovens § 1-1 uttrykker formålet med opplæringen og sier bl.a. følgende:

«Elevane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.»

Dette følges opp i læreplanens generelle del under kapitlet Det integrerte menneske der det står (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1993):

«Opplæringa skal fremje allsidig utvikling av evner og eigenart; til å handle moralsk, til å skape og verke, til å arbeide saman og i harmoni med naturen. Opplæringa skal medverke til ei karakterdanning som gir den einskilde kraft til å ta hand om eige liv, forplikting for samfunnet og omsorg for livsmiljøet.»

Etter fullført grunnskoleopplæring eller tilsvarende har ungdom rett til tre års heltids videregående opplæring, jf. opplæringsloven § 3-1. Totalt 271 880 personer (91,9 pst.) av alle 16–18 åringer deltok i videregående opplæring høsten 2014 (SSB, 2015). Av disse gikk 60 pst. på studieforberevende utdanningsprogram og 40 pst. på yrkesfaglige utdanningsprogram (Utdanningsdirektoratet, 2014).

Det er i grunnskolen man tilnærmet når hele aldersgruppen samlet. Videregående opplæring dekker over 90 pst. av aldersgruppen, men elevene er fordelt på ulike utdanningsprogrammer.

Opplæring i munn til munn-HLR har vært en obligatorisk del av grunnopplæringen i Norge siden 1960. I læreplan for forsøk med 9-årig skole

står det under svømming: «Der det er høve til det, er svømmeundervisning obligatorisk. Alle skal lære hvordan man setter i gang kunstig respirasjon. Arbeidet med livredning begynner først når elevene er gode svømmere.» (Forsøksrådet for skoleverket, 1960)

I tidsrommet 1997–1998 kom det flere politiske utspill fra Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet om betydningen av at skolen satser på bedre opplæring i førstehjelp. Storsatsingen resulterte blant annet i materiellet «Gjør noe, da!» som besto av en video og et hefte som alle elever i 8. klasse fikk (Arentz-Hansen, Gilbert & Moen 1997).

Betydningen av å etablere gode holdninger og verdier på et tidlig tidspunkt i livet understrekes blant annet i felleserklæringen Kids Save Lives på initiativ fra the European Patient Safety Foundation (www.kids-save-lives.eu):

«A sense of responsibility can be firmly established at an early stage. Social skills – particularly if they are to be effective across social barriers – need to be established at an early point in the course of a child's education.»

I Kids Save Lives-erklæringen, som er støttet av WHO, anbefales at opplæringen i HLR starter allerede fra 12 års-alderen eller tidligere, og at det brukes to timer per år. Dokumentet understreker at barna vil bringe kunnskapen og ferdighetene videre til deres familier og at de selv ikke vil glemme denne kunnskapen:

«School children and teachers are important «multipliers» in both private and public settings and thus, in the longer term, the proportion of trained individuals in society will markedly increase, leading to an increase in the overall rate of lay resuscitation» (Bohn, Lukas, Breckwoldt, Böttiger & Van Aken, 2015).

8.3.1 Læreplaner

I gjeldende læreplanverk fra 2006, Kunnskapsløftet, inngår opplæring i førstehjelp og livsbergende førstehjelp (Kunnskapsdepartementet, 2006a). I læreplanverket er helse et sentralt tema i flere læreplaner og i læreplan for kroppsøving inngår også førstehjelp (Forskrift om rammeplan for barnehagen, 2006).

Skole og skoleeier har plikt til å følge opp om elevene når målene for opplæringen. Skoleeiers plikter er gitt i forskrift til opplæringsloven § 2-1. Her framgår det at skolen jevnlig skal vurdere i

hvilken grad organiseringen og gjennomføringen av opplæringen medvirker til å nå målene som er fastsatt i Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Skoleeieren har ansvar for å se til at vurderingen blir gjennomført etter forutsetningene.

Kroppsøving i grunnopplæringen

Kroppsøving er et allmenndannende fag som skal inspirere til en fysisk aktiv livsstil og livslang bevegelsesglede. Faget er strukturert i hovedområder som det er formulert kompetansemål for, og har et timetall på 478 timer på barnetrinnet, 223 timer på ungdomstrinnet og 56 timer på hvert av trinnene på videregående med unntak av noen utdanningsprogram.

Et av kompetansemålene på 7. trinn under hovedområde friluftsliv er å utføre enkel førstehjelp. På 10. trinn under hovedmål idrettsaktivitet, er et av målene å forklare og utføre livsbergende førstehjelp. I videregående opplæring er det ikke egne mål om førstehjelp i fellesfagene.

Det framgår av kompetansemålene over at det er et krav om at elevene skal kunne utføre førstehjelp. Det er ikke tilstrekkelig å ha kunnskap om området. Dette innebærer at skoleeier må legge til rette for tilstrekkelig praktisk trening og utstyr for slik trening for at den enkelte elev skal kunne nå målet om å kunne utøve enkel og livsbergende førstehjelp.

Læreplanen gir ikke nærmere detaljer for hvordan den lokale læreplanen skal utformes. Dette er skoleeiers ansvar. Unntaket er kompetansekravet etter 4-års trinn under hovedmål «Aktivitet i ulike rørslemiljø» der kompetansemålet svømmedyktighet er detaljert beskrevet. Kravet om å være svømmedyktig ved å falle uti på dypt vann er spesifisert som:

«Symje 100 meter på magen og undervegs dykke ned og hente ein gjenstand med hendene, stoppe og kvile i 3 minutt (imens flyte på magen, orientere seg, rulle over, flyte på rygg); så svømme 100 meter på rygg og ta seg opp på land».

I utdanningsprogram for helse- og oppvekstfag på videregående skole inngår førstehjelp som del av opplæringen på alle nivåer og i de fleste programområder. Dette er omtalt nedenfor.

Vg1 Helse- og oppvekstfag

Førstehjelp inngår som tema i helsefremmende arbeid som er et programfag som handler om

sammenhengen mellom livsstil og fysisk og psykisk helse, hvor også førstehjelp og ergonomi hører med. I kompetansemålene kommer det også til uttrykk at elevene skal kunne utføre grunnleggende førstehjelp.

Vg2 og Vg3 Helsearbeiderfag

Førstehjelp inngår i læreplanen som tema innenfor helsefremmende arbeid. Faget handler om profesjonell helsehjelp, pleie, omsorg og aktiviteter som fremmer helse, trivsel og livskvalitet samt grunnleggende sykepleie, praktiske hygienetiltak og forebygging av smitte. I tillegg omtales helse, miljø og sikkerhet og forebygging av belastningslidelser. I kompetansemålet er det en målsetting om at eleven skal kunne gjøre rede for og demonstrere grunnleggende sykepleie og førstehjelp som er relevant for helsefagarbeideren.

Førstehjelp inngår, men utgjør en liten del av kompetansemålene i Vg1 Helse- og oppvekstfag og Vg2 og Vg3 Helsearbeiderfaget.

8.3.2 Lærerutdanning

Kunnskapsdepartementet fastsetter rammeplaner for barnehagelærerutdanning, grunnskolelærerutdanningene, lektorutdanning, faglærerutdanning, yrkesfaglærerutdanning og praktisk pedagogisk utdanning. Rammeplanene er overordnede og er med på å sikre at institusjonene tilbyr en integrert, profesjonsrettet og forskningsbasert lærerutdanning med høy faglig kvalitet. Forskriftene har læringsutbyttebeskrivelser som definerer hva kandidatene skal kunne etter endt utdanning.

Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for grunnskolelærerutdanningene for 1–7. trinn og 5–10. trinn. Disse bygger på forskrift om grunnskolelærerutdanningene. Faget kroppsøving er et valgfag i grunnskolelærerutdanningen. Om faget kroppsøving heter det:

«Faget kroppsøving for 1.–7. trinn (5.–10. trinn) i lærerutdanningen skal kvalifisere for undervisning i kroppsøving i de første sju trinnene i grunnskolen. Undervisningen i faget skal være forskningsbasert og profesjonsorientert. Den tar utgangspunkt i kroppsøving som et allmenndannende fag og skal være knyttet til praksisfeltet. Kroppsøving skal gi studentene solid pedagogisk og fagdidaktisk kompetanse til å arbeide ut fra gjeldende læreplan, men også til å utvikle faget i framtida og på et bre-

dere grunnlag ivareta de kroppslige dimensjonene ved det å være menneske.»

Faget kroppsøving gis i begge grunnskolelærerutdanningene i to enheter på 30 studiepoeng. I faget kroppsøving 1 inngår ferdighetsmålet: kan utføre livreddende førstehjelp, svømme og utføre livredning i vann. I kroppsøving 2 inngår ingen mål som går på førstehjelp eller livbergende førstehjelp.

Det finnes tilsvarende kompetansemål for faglærerutdanningen i kroppsøving. Grunnskolelærere som ikke velger kroppsøving som fag møter ingen kompetansemål i førstehjelp eller livbergende førstehjelp i sin lærerutdanning.

8.3.3 Lærerkompetanse og andre relevante krav

Lærere har i utgangspunktet høy formell utdanning og undervisningskompetanse. Fra august 2015 er det gjort endringer i kvalifikasjonskravene for å undervise i grunnopplæringen og de generelle krav for tilsetning. Undervisning på de ulike trinn i grunnopplæringen framgår av forskrift til opplæringsloven (Opplæringslova, 1998; Forskrift til opplæringslova, 2006). De nye kravene om undervisningskompetanse innebærer imidlertid at man må ha 30 eller 60 studiepoeng som er relevant for det faget det undervises i, avhengig av om man underviser på barne- eller ungdomstrinnet.

Våren 2014 gjennomførte Statistisk sentralbyrå (SSB) en kartlegging av hvilken formell kompetanse lærere i grunnskolen har. Kartleggingen viste at 41 pst. av lærerne som underviste i kroppsøving ikke hadde noen studiepoeng i kroppsøving, 14 pst. hadde 1–29 studiepoeng, 18 pst. hadde 30–59 studiepoeng, mens 27 pst. hadde 60 studiepoeng eller flere. Andelen med fagfordypning stiger med klassetrinn. På ungdomstrinnet er det 73 pst. av lærerne som har fagfordypning i kroppsøving med 11 pst. som har 1–29 studiepoeng, 19 pst. med 30–59 studiepoeng, 28 pst. med 60 studiepoeng og 15 pst. med mer enn 60 studiepoeng (Lagerstrøm, Moafi & Revold, 2014).

For at sektoren skal kunne oppfylle de nye kompetansekravene for å undervise i skolen, er det satt i verk en nasjonal strategi for videreutdanning av lærere (Kompetanse for kvalitet). Om lag 3400 lærere startet på videreutdanning i studieåret 2014–2015, og måltallet for antall deltakere i 2015–2016 er 5050. Tilbud om videreutdanning i kroppsøving er et av tilbudene (Utdanningsdirektoratet, 2015).

For undervisning i enkelte av kompetansemålene i kroppsøvingsfaget stilles det ytterligere krav til lærer/instruktør, herunder svømming og livredning. Dette utdypes i rundskriv Udir-1-2008 som er revidert i 2015. Her står det at læreren/instruktøren som fører tilsyn må være god til å svømme og dykke og må kunne utføre livredning og bør også kunne dykke ned til bunnen i den dypeste delen av bassenget og kunne hente opp ting som i størrelse og tyngde tilsvarer en elev. (Utdanningsdirektoratet, 2008; 2015) Den som har tilsynet må også beherske hjerte-lungeredning og ha fylt 18 år. I tillegg skal det være minst en lærer til stede som fyller kompetansekravene i opplæringsloven. Rundskrivet understreker at det bør være årlig kontroll og oppfriskningskurs med en praktisk prøve som alle må bestå. Den som kontrollerer den praktiske prøven bør ha formelt godkjent instruktørkompetanse fra enten høyskole, Norges Livredningsselskap, Norges Svømmeforbund eller annen relevant institusjon, for eksempel helseinstitusjon. Det er mulig for skoleeier å inngå samarbeid med frivillig sektor eller andre offentlige institusjoner for å gjennomføre opplæringen med best mulig kvalitet.

Utdanningsdirektoratet anbefaler at det utstedes et kompetansebevis for godkjent årlig livredningsprøve. Det er skoleeier som har ansvar for at svømme- og livredningsopplæringen er i samsvar med forsvarlighetskravene og som avgjør hvorvidt det gjennomføres årlig livredningsprøve, utstedes kompetansebevis for godkjent livredningsprøve og hvor lenge et livredningskurs er gyldig.

Læremateriell

Det er ingen statlig godkjenningssordning for undervisningsmaterieell. Det er den enkelte skoleeier som har ansvar for at elevene får en opplæring som dekker læreplanens mål og som velger læremidler som dekker formålet. Det er skoleeier som er ansvarlig for at nødvendig undervisningsmaterieell er tilgjengelig; f.eks. dukker for opplæring i HLR. Grunnopplæringen er gratis og det er skoleeier som er ansvarlig. Staten har i noen særlige tilfeller utformet tidsbegrensede tilskuddsordninger til infrastruktur og utstyr på nasjonale satsingsområder. Det er mulig for skoleeier å motta gaver, men det kan ikke stilles krav om motytelser. Opplæringsloven § 9-6 regulerer forholdet til bruk av reklame i skolen. Elevene skal ikke bli utsatt for reklame som skaper kommersielt press.

Boks 8.3 Førstehjelp i skolen

Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) drev prosjektet Førstehjelp i skolen fra 2006–2011. 10 069 skoler deltok, 280 051 elever og 16 000 lærere har fått Mini-Anne dukke; 675 525 personer ble gitt opplæring, fordelt på 229 118 elever, 20 848 lærere, 135 064 familiemedlemmer mellom 0 og 25 år, 241 033 familiemedlemmer mellom 26 og 50 år og 49 462 familiemedlemmer over 51 år.

Prosjektet Førstehjelp i skolen gikk ut på å dele ut Mini-Anne treningsdukker til alle sjuendeklassinger. Deltakerne fikk instruksjoner på DVD om hvordan korrekt hjerte- og lungeredning (HLR) skal utføres. Elevene fikk ta med seg dukken hjem for å gjøre repetisjoner for vedlikehold, og fikk også i oppgave å lære opp sine foreldre og søsken i HLR. Opplæringspakken ble gitt eleven til odel og eie for å kunne gi eleven og dens familie muligheten for å gjennomføre den anbefalte årlige re-trening på disse ferdighetene.

Kostnadene for prosjektet utgjorde 14 mill. kroner per år med 228 kroner per opplæringspakke og 99 kroner per opplært person. Prosjek-

tet var enkelt for skolene å forholde seg til og krevde lite personressurser. Utgiftene var forbundet til materiell (innkjøp av Mini-Anne-dukken) og porto, og prosjektet var mer eller mindre selvgående. Opplæringstilbudet var frivillig, men mer enn 90 pst. av alle skoler valgte å delta i prosjektperioden.

SNLA hadde gode erfaringer med det praktiske opplegget, og skolenes tilbakemeldinger var positive. Det ble gjort to studier relatert til prosjektet. En studie konkluderte med god opplæring på skolen når eleven gjennomførte sin første opplæring. Artikkelforfatterne stiller spørsmål ved om syvendeklassinger var for unge til å motivere foreldre til læring (Lorem, Palm & Wik, 2008). Den andre artikkelen undersøkte effekten av elever fra videregående skole kunne lære opp personer. Resultatet viste at hver elev i snitt lærte opp tre personer, hvorav 43 pst. var eldre enn 50 år (Lorem, Steen & Wik, 2010).

Prosjektet vakte internasjonal oppmerksomhet og har dannet basis for andre lands satsing på HLR-opplæring i skolen.

Prosjekter og tilskuddsordninger

Prosjekter og tilskuddsordninger blir ofte brukt som virkemidler for å få til ønskelige endringer

innenfor ulike tjenester. Eksempler på prosjekter er omtalt i boks 8.3 og 8.4.

Boks 8.4 Trå til – kompetanseheving i hjerte-lunge-redning

Prosjekt Trå til – kompetanseheving i Hjerte-lunge-redning ble gjennomført i Aust-Agder i perioden 1998–2000 som et samarbeidstiltak mellom Nasjonalforeningen for folkehelsen, Aust-Agder Sentralsjukehus og Statens utdanningskontor. Prosjektets mål var å heve kompetansen i HLR for kroppsøvingslærere og elever på 10. klassetrinn i Aust-Agder. Satsingen var begrunnet i læreplanverket, fagplan for kroppsøving og etterutdanningsplanen for kroppsøvingslærere. Hver deltakende skole fikk to førstehjelpsdukker og det ble gjennomført instruktørkurs på sykehuset med to sykepleiere ved hjerteavdelingen som instruktører. Innholdet i kurset var fysiologi og anatomi i tilknytning til hjertestans, bruk av hjertestarter og praktisk opplæring. Deltakerne fikk deltakerbevis.

Opplæringen av elevene var den viktigste delen av prosjektet. Det ble gitt informasjon til foreldre, alle lærere og politikere og synliggjøring av kommunens satsing på kompetanseheving i HLR ble vektlagt. Interessen for temaet medførte at Røde Kors gjennomførte flere kurs for foreldre og andre interesserte. Elevene fikk opplæring av minimum tre timers varighet med simulering av ulykkessituasjoner. Evalueringen av opplæringen i etterkant viste at et stort flertall av elevene på bakgrunn av denne opplæringen ville delta aktivt i en nødsituasjon.

Etter gjennomføring i en pilotkommune ble prosjektet utvidet til å omfatte flere kommuner. I alt deltok seks kommuner med ti skoler og 466 elever. 25 lærere deltok på instruktørkurs.

8.3.4 Tilsyn

Opplæringsloven § 13-10 fastslår at kommunen/fylkeskommunen og skoleeier for privat skole har ansvaret for at kravene i opplæringsloven og forskriftene til loven oppfylles. Opplæringsloven § 14-1 legger ansvaret for tilsynet til fylkesmannen. Tilsynsansvaret for de private skolene er tillagt Utdanningsdirektoratet (Opplæringslova, 1998).

Læreplanen for fag fastsettes som forskrift med hjemmel i opplæringsloven § 2-3. Tilsyn er derfor et av de virkemidlene som staten bruker for å følge opp om skole og skoleeier oppfyller pliktene som er pålagt i læreplanen. Det gjennomføres i perioden 2014–17 et felles nasjonalt tilsyn med skolens arbeid med elevenes utbytte av opplæringen. Kroppsøving er ikke et prioritert område for dette tilsynet. Fra 2013 har det vært gjennomført tilsyn med læreplanen for kroppsøving med oppmerksomhet på svømmeopplæring for 2–5 trinn. Opplæring i førstehjelp eller livredning har ikke vært del av disse tilsynene. Tilsyn er et egnet virkemiddel for å øke opplæring i samsvarende med læreplanens mål.

8.4 Førstehjelp på andre områder og arenaer

8.4.1 Førstehjelp for småbarn (barnehager)

Barnehage og skole har som et viktig oppdrag å formidle verdier. I § 1 i barnehageloven står det blant annet at: Barna skal få utfolde skaperglede, undring og utforskertrang. De skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen (Barnehageloven, 2005). Rammeplanen for barnehager sier blant annet at: Barna skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen og ha en forebyggende profil (Forskrift om rammeplan for barnehagen, 2006). Barnehagen bidrar til å utvikle holdninger, verdier og ferdigheter som er avgjørende for at den enkelte vil hjelpe til ved akutt sykdom og skade.

90 pst. av barn i barnehagealder (1–5 år) går i barnehage. Dekningsgraden øker med økende alder fra 68,5 pst. for ettåringene til 97,5 pst. for femåringene. Tiltak rettet mot barnehagen vil nå en stor del av barna, men tiltak må tilpasses aldersgruppen.

Barn kan være de eneste som er tilstede når det oppstår en nødsituasjon. I en studie fra Bergen ønsket man å evaluere effektene av førstehjelpsopplæring gitt til barn i barnehage. I undervisningen ble det lagt vekt på varsling til 113 og bedøm-

melse av bevissthetsnivå og pusting og det ble konkludert med at 4–5 år gamle barn er i stand til å lære og bruke førstehjelp innenfor disse områdene (Bollig, Myklebust & Østringen, 2011).

Akuttutvalget har ingen oversikt over i hvilken utstrekning førstehjelp er del av barnehagens aktiviteter, men antar at også dette aspektet dekkes som del av rammeplanens punkt om at barna skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen.

Eksemplet fra prosjekt Henry – førstehjelp i barnehagen (se tekstboks 8.5) viser et samarbeidsopplegg mellom en frivillig organisasjon og barnehager innen førstehjelp.

8.4.2 Førstehjelpsopplæring i idretten

I Norge er det 12 000 idrettslag. Norges Idrettsforbund har utarbeidet et rammeverk (Trenerløypa) for trenerutdanningen i norsk idrett som beskriver kriterier, prinsipper, retningslinjer, kompetansekrav og en rammeplan. Trenerløypa består av fire nivåer og det er kompetansekrav knyttet til førstehjelp på Trener 1 og Trener 2-nivå.

Kompetansekravene i Trener 1-kurset som er det laveste nivået, er bl.a. å kunne gi førstehjelp ved akutte skader gjennom godkjent grunnkurs i førstehjelp. På Trener 1 er det obligatorisk hjertelungeredning for alle trenere i norsk idrett uav-

Boks 8.5 Henry – førstehjelp i barnehagen

Prosjektet Henry-førstehjelp i barnehagen er satt i gang av Røde Kors og er en del av Norges Røde Kors' førstehjelpsstrategi de kommende år. Prosjektet fokuserer på barnet som deltaker og er beregnet på barn fra 3 til 6 år. Tanken er at selv små barn kan ta ansvar, vise omsorg og hente hjelp. I tillegg vil tiltaket øke barns bevissthet om medmenneskelighet og omtanke for hverandre. Prosjektet startet med en jubileumsturne i 2015. I alt kan 3500 barnehager delta. Opplegget er enkelt å ta i bruk. Barnehager får utdelt et sett bestående av Henry-dukke, plansjesett med Henrys ti uhell, veiledning til de ansatte og en USB minnebrikke med Henrys musikk. Barn som får opplæring i Henrys førstehjelp får utstedt diplom. Røde Kors håper å nå både barn, ansatte og voksne og slik skape gode ringvirkninger. Prosjektet er støttet av Gjensidigestiftelsen.

hengig av særforbund. De fleste bruker Mini-Anne til dette. Varighet er en time med DVD-instruktør hvor det undervises i grunnleggende HLR og bruk av hjertestarter. Noen særforbund har utvidede krav til førstehjelpsopplæring på grunn av idrettens egenart, for eksempel livredding i svømming. På Trener 1-nivå bruker de fleste særforbund et e-læringsprogram Idrett uten skader. Opplegget har to timers varighet og er utviklet av Senter for Idrettsskadeforebygging.

Blant kompetansekravene på Trener 2 kurs er bl.a. å kjenne til de vanligste idrettsskadene i sin idrett og kunne de viktigste prinsippene for forebygging og opptrening av slike skader. Kompetansekravet er idrettsspesifikt, dvs. at utdanningen tar utgangspunkt i de vanligste skadene som opptrer i den spesifikke grenen.

8.4.3 Førstehjelpsopplæring i førerkortopplæringen

Statistikk over veitrafikkulykker med personskade som er meldt til politiet for 2014 viser at 147 personer mistet livet i 135 dødsulykker på norske veier og 674 ble hardt skadd i veitrafikkulykker (Statistisk sentralbyrå, 2015). Vegtrafikkloven beskriver plikter ved trafikkuhell i § 12: «Enhver som med eller uten skyld er innblandet i trafikkuhell, skal straks stanse og hjelpe personer og dyr som er kommet til skade, og for øvrig delta i de tiltak som uhellet gir grunn til. Denne plikt har, om det er nødvendig, også andre som er i nærheten eller som kommer til stede (Vegtrafikkloven, 1965).

Personer som skal ta kjøretimer eller øvelse-skjøre, må i opplæringens trinn 1 gjennomføre trafikkalt grunnkurs. Personen må være fylt 15 år for å kunne begynne på grunnkurset, eller ta kurset på 10. årstrinn i skolen. Personer over 25 år er fritatt for deler av trafikkalt grunnkurs. Førstehjelp og mørkekjøring er imidlertid obligatorisk for alle, og disse delene må gjennomføres før avsluttende prøve. Ifølge tall fra Vegvesenet er det 60–65 000 som gjennomfører trafikkalt grunnkurs i året. Det er fastsatt i Trafikkopplæringsforskriften at kurset skal inneholde fire timer førstehjelp, hvorav en time brukes til praktisk øving i forbindelse med en arrangert ulykke. Mål for opplæringen er at eleven skal beherske grunnleggende ferdigheter i førstehjelp i forbindelse med trafikkulykker. Det handler om å ha kunnskap om plikter ved trafikkuhell, kjenne til rutiner for sikring av og opptreden på skadested og kunne vurdere skadeom-

fang og øve på praktisk førstehjelp. Videre skal eleven kunne delta i redningsarbeidet ved en arrangert ulykke og gjennom denne oppleve å komme først til skadestedet, forstå viktigheten av å kjenne skadeomfanget før ulykken varsles og hvordan varsling gjøres, tilegne seg ferdigheter i grunnleggende rutiner på skadestedet og videreutvikle den praktiske ferdigheten i grunnleggende livreddende førstehjelp ved trafikkulykker (Trafikkopplæringsforskriften, 2005).

Trafikkalt grunnkurs førstehjelp (TGF) er utviklet for Vegdirektoratet av Norsk førstehjelpsråd (NFR). Kurset må arrangeres av en offentlig godkjent kjøreskole og instruktøren være godkjent av NFR etter gjennomgått 12-timers instruktørkurs.

Kursinnhold består av følgende emner: holdninger og initiativ ved trafikkulykker, sikringstiltak på ulykkessted, varsling nødnummer, undersøkelse skadet person, sikring frie luftveier og sideleie, sirkulasjonssvikt, stabilisering ved nakke/hodeskade og praktisk øvelse på trafikkulykke.

8.4.4 Førstehjelpsopplæring i førstegangstjenesten

I 2013 var det 791 kvinner og 6677 menn som fullførte førstegangstjenesten (Forsvaret, 2015). I Forsvaret er sanitet delt inn i fem nivåer:

- Nivå 1: Grunnleggende førstehjelp
- Nivå 2: Kvalifisert førstehjelp
- Nivå 3: Videregående førstehjelp
- Nivå 4 og 5 er for personell med medisinsk-faglig bakgrunn

Forsvaret bruker egne fagplaner og instruktører med medisinsk utdanning. Den grunnleggende opplæringen i førstehjelp gis til alle forsvarets soldater og ansatte. Opplæringen består blant annet av basal hjerte- og lungeredning, pasientundersøkelse og behandling, opptreden på skadested (inkludert egensikkerhet, sikring av skadested og varsling), transportmåter/forflytningsteknikk/evakuering av skadede og felthygiene.

Alle som tjenestegjør seks måneder eller mer skal minimum ha nivå 2. Dette kurset har et omfang på 30 timer og opplæringen omfatter opptreden på skadested, pasientundersøkelse og behandling, inkludert HLR, behandling av ulike skader og forgiftninger, akutte indremedisinske tilstander (brystmerter, pustevansker, kramper og allergiske reaksjoner) og psykisk førstehjelp.

8.4.5 Førstehjelpsopplæring i arbeidslivet

Det mangler en nasjonal oversikt over hvilke yrkesgrupper som har myndighetskrav og hvilke som har selvpålagt krav til førstehjelpsopplæring.

Næringslivets sikkerhetsorganisasjon (NSO) ble etablert som Industriforbundets Luftvernkontor i 1938. I dag er virksomhetenes industrivern i hovedsak rettet mot å håndtere ulykker og andre uønskede hendelser som en del av virksomhetenes totale HMS-arbeid. I 2013 var det registrert 1077 industrivernpliktige virksomheter med totalt 149 461 sysselsatte. Innenfor industrivernet er det betydelig aktivitet både når det gjelder kurs, øvelser og tilsyn. I 2013 er det registrert 2637 innsatsledere og 13 070 innsatspersonell (NSO, 2014).

Virksomheter som er registrert i en av 37 næringskoder som omfatter produksjonsbedrifter med et visst skadepotensial og med 40 ansatte eller flere, er pliktig til å opprette et industrivern (Forskrift om industrivern, 2011).

Ifølge arbeidsmiljøloven § 4-4 kan det være naturlig å ha førstehjelpsutstyr plassert lett tilgjengelig på arbeidsplassen når det er nødvendig for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. På alle arbeidsplasser bør det til enhver tid være et passende antall utdannede førstehjelpere. Disse må også få utdypet instruksjon i førstehjelp om mer spesielle ulykker, helseskader og sykdommer som kan forekomme på arbeidsplassen. Førstehjelpere bør få gjenoppfrisket førstehjelpskunnskapene med 1–1½ års mellomrom (Arbeidsmiljøloven, 2006).

8.4.6 Førstehjelp blant særskilte yrkesgrupper i arbeidslivet

Det er en utbredt oppfatning at helsepersonell er gode på førstehjelp og hjerte-lungeredning. Temaet førstehjelp behandles imidlertid svært forskjellig fra studiested til studiested, og det er mange leger og sykepleiere som etter endt utdanning har svært liten kompetanse innenfor HLR. For å bli spesialist i allmenntidmedisin og for å bli resertifisert som spesialist hvert femte år, er det innført krav om obligatorisk akuttmedisinkurs hvert femte år.

Universitetet i Tromsø har i over 25 år drevet et ukelangt kurs i livreddende førstehjelp for førsteårs medisin- og tannlegestudenter. Kurset er praktisk lagt opp, og 160 studenter går gjennom 16 poster med realistiske førstehjelpsscenarioer. Studentene gir uttrykk for at dette er lærerikt, og de tar med seg nyervervet kunnskap om livreddende førstehjelp som kommer samfunnet til

gode. Tilsvarende førstehjelpskurs er nå innført ved flere universiteter. I utlandet er tradisjonen for opplæring i førstehjelp og hjerte-lungeredning svakere enn i Norge, og dette er en utfordring når utenlandsstudenter kommer tilbake etter fullført utdanning.

I sykepleieutdanningen er førstehjelp og hjerte-lungeredning lite synliggjort i emneplanene. Det er mye opp til de enkelte høyskoler og universiteter hva som inngår. Ved Høgskolen i Molde har studentene to timer teori og ferdighetstrening i basal hjerte-lungeredning første studieår, mens det er gjennomgang av avansert hjerte-lungeredning (AHLR) i både andre og tredje studieår. Pensum her er Norsk Resuscitasjonsråds (NRR) kurs i AHLR med e-læring.

Leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og ambulansarbeidere utgjør til sammen 320000 personer i Norge dvs. 1 av 15 innbyggere. Det er nødvendig å sikre at disse yrkesgruppene kan førstehjelp og at de lærer det tidlig i utdanningsløpet.

Det er mange yrkesgrupper som arbeider i utsatte næringer uten at de kommer inn under de vilkårene som gjelder for tilknytning til Næringslivets sikkerhetsorganisasjon (NSO) og industrivernforskriften, jf. 8.4.5. Det finnes ingen samlet oversikt over hva som gjøres på området førstehjelp innenfor store næringer som landbruk, fiske, offshore og servicenæringer som luftfart og transport og hvilken opplæring f. eks. kabinpersonell i rutefly, bussjåfører, drosjesjåfører har i førstehjelp. Det bør lages en oversikt over hvilke yrkesgrupper og næringer som har krav til førstehjelpsopplæring.

8.4.7 Førstehjelpsopplæring blant spesielle målgrupper

Enkelte grupper kan være vanskelige å nå med tanke på førstehjelpsopplæring. Eksempler kan være personer som skal orientere seg i nye livssituasjoner. Det kan være foreldre hvor egnet arena er helsestasjonen. Det kan være pårørende til pasienter i høyrisikogrupper, hvor egnet arena kan være pasientforeninger. Det kan også være pensjonister, hvor egnede arenaer kan være pensjonistforberedende kurs, seniorakademi eller eldresenter. Innvandrergupper utgjør også en spesiell utfordring når det gjelder opplæring i både svømming og førstehjelp.

Eldre

Kurs i førstehjelp er ofte organisert rundt utdanning og arbeidsplass, og det er derfor få eldre som

deltar på kurs i førstehjelp. Mange eldre har fått opplæring tidligere og har behov for fornyet kunnskap og trening. Gjennomsnittsalderen for flere av de akuttmedisinske tilstandene er høy; 65 år for hjertestans, 68 år for menn og 76 år for kvinner for hjerteinfarkt og 75 år for menn og 78 år for kvinner for førstegangs hjerneslag. Over halvparten av alle hjertestanser skjer i eget eller andres hjem. Det er dermed jevnaldrende ektefelle, naboer eller venner som er nærmest til å hjelpe (Tjelme-land, 2014). Det er derfor et paradoks at førstehjelpskunnskapen er lavere i denne delen av befolkningen hvor sjansen for å komme opp i en akutt situasjon er større. En norsk studie har vist at eldre legfolk er i stand til å utføre brystkompressjoner i minst ti minutter i en realistisk hjertes-anssimulering (Neset et al., 2011).

Det er nylig utviklet et nytt kurskonsept for voksne i HLR som er kalt Livredderskolen i samarbeid mellom Oslo Universitetssykehus og Lærdal Medical. Livredderskolen er under utprøving i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) som en del av deres tilbud til egne medlemmer.

Innvandrere

Introduksjonsprogrammet for innvandrere som ble lovfestet i 2003 har et eget kapittel om helse, men verken her eller i læreplanen i norsk for innvandrere er det sagt noe om førstehjelp (Introduksjonsloven, 2003). Dersom førstehjelp skal inngå som obligatorisk i introduksjonsprogrammet, må det skje en endring i læreplanen.

I dag er det f. eks. etablert en ordning med tilskudd til svømmeopplæring for nyankomne minoritetsspråklige barn, unge og voksne. Kommunene søker om midler og søknader som beskriver hvordan samarbeid mellom frivillige organisasjoner kan etableres/videreføres, prioriteres. Tilskuddsordningen inkluderer ikke opplæring i førstehjelp, men den burde vært utvidet til også å gjelde dette. Eksemplet viser hvordan statlige myndigheter bidrar med stimuleringsmidler for å øke ferdigheter i deler av befolkningen.

Helsestasjon

Helsestasjonen er en viktig arena for den forebyggende del av helsetjenesten. Oppmøtet er stort både til helsekontroller og vaksinasjoner og det ligger et potensial i helsestasjoner også til å ivareta grunnleggende førstehjelp for foreldre og barn. Helsedirektoratet reviderer sentrale retningslinjer for helsestasjoner, men så langt utval-

get erfarer, er det ikke planlagt å inkludere noe om førstehjelp i disse retningslinjene.

8.5 Akuttmedisinsk bistand fra kommunale brann- og redningsetater

I Brannstudien framgår det at akuttmedisinsk bistand er et av de områdene som øker mest når det gjelder utrykning for brann- og redningsvesenet (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2013a). Begrepet akuttmedisinsk bistand er ikke entydig definert, men i hovedsak er dette utkallinger til de mest kritiske akuttmedisinske hendelsene. I enkelttilfeller varsles det også på selvmord og andre akutte hendelser med årsak i rus og psykisk helse. Eksempler på dette er pasienter som prøver å hoppe fra bygninger, broer og kraner. Brann- og redningsetaten bistår også ambulansetjenesten i et bredt spekter av ulike typer oppdrag i og utenfor vei. Det er enighet i brannstudien om at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil ha stor nytte av brann- og redningstjenestens kompetanse.

I 2012 var over åtte pst. av brannvesenets oppdrag av kategorien akuttmedisinsk bistand. Bilulykker, branner, farlig godsuhell, arbeidsulykker og andre oppdrag med mulig personskafe og som medfører trippelvarsling er ikke medberegnet (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2013a).

I Drammensregionens brannvesen IKS som omfatter åtte kommuner med om lag 155 000 innbyggere, økte akuttmedisinsk bistand til helseoppdrag fra 50 oppdrag i 2012 til om lag 90 oppdrag i 2014. Tendensen er fortsatt økende. Vestviken 110-sentral IKS, som grovt sett omfatter Buskerud og Vestfold fylker, rapporterte i 2014 om 594 oppdrag der brann- og redningsvesenet ytte akutt bistand til helsevesenet. Det framkom også at AMK varslet brannvesenet ut på annen akutt sykdom og skade enn bare hjertestans.

I 15 av 16 AMK-sentraler er det innført avtaler om akutthjelpere i hele eller deler av sentralens dekningsområde. Akutthjelperfunksjonen er i all hovedsak knyttet til det kommunale brann- og redningsvesen (Helsedirektoratet, 2015).

Det er ikke gjennomført forskning som dokumenter effekten av at frivillige og organiserte akutthjelpergrupper rykker ut på hjertestans, men akuttutvalget er gjort kjent med en rekke konkrete tilfeller der akutthjelperes tidlige innsats med HLR og hjertestarter har bidratt til å redde liv. Brannvesenet er også tungt inne i prosjektet

Boks 8.6 Mens du venter på ambulansen

Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) startet i 2009 prosjektet Mens du venter på ambulansen og har i løpet av de siste årene opprettet et samarbeid med Fagforbundet og Gjensidigestiftelsen rundt prosjektet. Fagforbundet har gått inn med finansiering 3 mill. kroner årlig i perioden 2012–2015, og Gjensidigestiftelsen har også bidratt økonomisk fra 2013. Prosjektet oppsto i erkjennelsen av at det ofte er verken ambulanse, legevakt eller luftambulanse tilgjengelig på tilstrekkelig kort varsel. I nødoppdrag kommer brannvesenets mannskap ofte først til åstedet. Prosjektet baserer seg på et eget opplæringsprogram og førstehjelperne er hovedsakelig brann-

mannskaper, i noen kommuner supplert med sykepleiere, ambulanspersonell og annet helsepersonell. Ordningen kommer i tillegg til den allerede etablerte akuttmedisinske beredskapen. Målet er å kunne ta hånd om pasienten inn til profesjonell hjelp kommer fram. I 2014 var det over 500 utrykninger til definerte akuttmedisinske situasjoner og 26 personer fikk gjenopprettet livsviktige funksjoner etter hjertestans. Over 100 kommuner er med i denne ordningen per 2015. Dette har medført at de fleste norske brannvesen rykker ut på akutt sykdom og skade i påvente av ambulanse, legevaktlege eller luftambulanse.

Mens du venter på ambulansen, jf. boks 8.6. En klar utfordring er knyttet til spørsmålet om hvem som skal overta opplæringen på nasjonalt nivå når SNLA avslutter sitt prosjekt Mens du venter på ambulansen. Utvalget mener prosjektet er godt, og det bør følges opp med forskning og planer for fortsatt drift etter at prosjektet avsluttes.

De kommunale brann- og redningsetatene har 620 brannstasjoner i Norge. De aller fleste brannstasjonene er bemannet med deltidsansatte. De deltidsansatte har annen hovedarbeidsgiver og har brannvesenet som biarbeidsgiver. Brannmannskaper kalles ut via radioterminal/person-

søker. Direktoratet for sivilt beredskap (DSB) opplyser at brann- og redningsetaten fra de 620 brannstasjonene dekker 95 pst. av befolkningen innen ti km, 98 pst. innen 20 km og 99 pst. innen 30 km.

Alle som arbeider i brann- og redningsetaten har et kontraktsfestet ansettelsesforhold med tilhørende forsikring. Det betyr at de har en grunnleggende nasjonal beredskapsutdanning som inkluderer grunnleggende førstehjelp og HLR, samt har øvelser og trening fra eget brannvesen. Brannmannskapene har erfaringer fra skadesteder. Etter hendelser med sterke inntrykk blir

Boks 8.7 Skottlands strategi for håndtering av akutt hjertestans

Den skotske regjering har utarbeidet en nasjonal strategi (Out of Hospital Cardiac Arrest – a strategy for Scotland) for å øke samfunnets evne til å håndtere akutt hjertestans (The Scottish Government, 2015).

Skottland har utfordringer med å holde på kvalifisert personell i rurale områder, samtidig som det ikke er befolkningsgrunnlag stort nok til å ha kompetent ambulanspersonell på vakt alle steder. Strategiens overordnede mål er å lære opp befolkningen i HLR slik at pårørende og forbigående kan starte livreddende hjelp ved akutt hjertestans. Strategien omfatter derfor kommunalt brannvesen, kommunale helsetjenester, frivillige organisasjoner som skal læres opp slik at de i fellesskap med ambulansetjenesten kan løse akutt sykdom og skade på en til-

fredsstillende måte. Brannvesenet i Skottland blir pekt på som mulige lokale opplæringsentra for befolkningen.

Bruk av hjertestartere er et sentralt satsningsområde i strategien. Det er anslagsvis 1200 hjertestartere utplassert i Skottland, og dette regnes som et positivt bidrag til å få gjennomført strategien.

Politiet er også en del av den nasjonale strategien. Seks konkrete punkter skal settes i verk. Dette går bl.a. på opplæring i HLR og utplassering av hjertestartere i tjenestebiler og politistasjoner. Det er også et mål at politiets hjertestartere skal registreres inn i ambulansetjenestens digitale kartsystemer og at politiet plasserer ut hjertestartere på steder som erfaringsmessig er sårbare for ambulansetjenesten.

mannskapet ivaretatt internt av brannvesenet og av kommunens bedriftshelsetjeneste.

Regjeringen har besluttet at det skal etableres en offentlig fagskole for utdanning av brann- og redningspersonell. DSB har fått i oppdrag å utarbeide en plan for dette arbeidet. For ansatte i brann- og redningsetaten, bør fagskolen tas i bruk til framtidig opplæring i akutt hjelperfunksjonen, herunder bruk av hjertestartere.

Varsling av brann- og redningsetaten ved akuttbistand til helsetjenesten

Når AMK ønsker bistand til akutte helseoppdrag, varsles som hovedregel 110-sentralen, som igjen varsler ut riktig brannstasjon via nødnettsterminaler eller personsøkere. Enkelte AMK-sentraler varsler ut lokalt brannvesen via sms/ums. I nødnett er det egen talegruppe (BAPS8) som er beregnet på akutte helseoppdrag, hvor brannvesenet kan samtale direkte med AMK-sentralen, ambulanse og luftambulans. I områder hvor nødnettet er operativt har også legevaktlege tilgang til denne talegruppen. DSB ønsker at all varsling av brann- og redningstjenesten til akutt skade og sykdom skal foregå via 110-sentralene.

Under Stiftelsen Norsk Luftambulanses (SNLAs) erfaringskonferanse i 2014 kom det fram flere fordeler ved at brannvesenet benyttes som akuttgjelpere. I tillegg til at brannmannskaper starter livreddende innsats, er de også en kilde for AMK/ambulanse til å holdes oppdatert på symptomutvikling fram til ambulansens ankomst. Brannmannskaper kan også ta imot ambulanse, klargjøre landingsplass for ambulanshelikopter, samt kjøre lege fra landingsplass til pasient.

8.6 Hjertestartere

8.6.1 Bakgrunn

I Norge får om lag 2500 personer plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus (Tjelmeland, 2014). Gjennomsnittsalderen er 62 år og to tredeler er menn. Om lag 10 pst. av plutselig, uventet hjertestans skjer på arbeidsplassen, mens to tredjedeler skjer i hjemmet.

I 2013 døde 4400 personer i Norge av ischemisk hjertesykdom. Dette utgjorde rundt 10 pst. av alle dødsfall dette året. De siste årene har det vært en nedgang i antall dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2014a).

Svensk HLR-register (Svenska Hjärt-lungräddningsregistret, 2015) har data som viser en klar

Boks 8.8 Hjertestartere på idrettsarenaer og treningssentre

Den akuttmedisinske beredskapen på norske idrettsarenaer og treningssentre er relativt god. De fleste har automatiske hjertestartere og personell som er godt trent i hjerte- og lungeredning. Flere treningssentre har som mål at det til enhver tid bør være en ansatt som kan HLR og kan bruke en hjertestarter. Det blir også gjennomført årlige resertifiseringer av ansatte med ansvar for hjertestartere.

På idrettsarenaer er det i løpet av de siste årene blitt utplassert flere hjertestartere med bakgrunn i flere tilfeller av plutselig uventet hjertestans hos norske idrettsutøvere (Aftenposten.no., 2013).

sammenheng mellom tid til første defibrillering og sannsynlighet for overlevelse.

8.6.2 Utplassering av hjertestartere

Hjertestartere har de siste 10–15 år blitt mer og mer vanlig i samfunnet. Idrettsforeninger, offentlige bygg, kjøpesentre, treningssentre og arbeidsplasser er eksempler på steder hvor det er utplassert hjertestartere.

Hensikten ved å utplassere hjertestartere er at personer med hjertestans raskt skal kunne få riktig hjelp av tilfeldig forbipasserende uten at helseutdannet personell er til stede. NRR anbefaler at alle personer som lærer HLR også bør lære å bruke en hjertestarter.

Det er gjennomført lite forskning som viser effekt av hjertestartere som er utplassert. I Norge finnes det heller ingen registrering av hvor hjertestartere er plassert eller hvem som har ansvaret for vedlikeholdet av utstyret, slik det for eksempel er i Danmark. Der har stiftelsen TrygFonden tatt på seg ansvaret for det danske hjertestarterregisteret. På nettsiden www.hjertestarter.dk kan alle registrere sin hjertestarter og se hvor den nærmeste er plassert.

AMK-sentralene har i dag ikke systemer som fanger opp informasjon om utplassering av hjertestartere. Det finnes i dag heller ingen oversikt over hjertestarteres lokalisasjon. Det pågår imidlertid et arbeid med å etablere et slikt register. Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) har fått dette oppdraget.

8.7 Utvalgets vurderinger

Om førstehjelp

Utvalget ser befolkningen som en viktig aktør i den akuttmedisinske kjeden. Førstehjelp redder liv og gir pasienten bedre effekt av helsetjenestens innsats. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak, samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig. Utvalget foreslår et program for livslang læring som innebærer en tilpasset og kvalitetssikret førstehjelpsopplæring for barn og unge i skolen og gjennom idretten, og som treffer den voksne og eldre delen av befolkningen i ulike faser av livet.

Ved en gjennomgang av eksisterende publikumsrettede kurskonsepter innen førstehjelp er opplæring knyttet til psykiske lidelser fraværende. Akuttutvalget ønsker å styrke kunnskapen om psykiske lidelser og rus i førstehjelpsopplæringen. Opplæringen bør spesielt handle om når og hvordan man kontakter helsetjenesten.

Formidlingen av grunnleggende verdier og holdninger til barn og unge er av stor betydning for at befolkningen fortsatt skal være villige til å starte førstehjelp ved sykdom og skade. Utvalget er informert om at det arbeides med en fornyet generell del av læreplanen. Utvalget vil understreke betydningen av at denne inkluderer ansvaret for eget liv, medmennesker og samfunnet som helhet. Utvalget vil peke på at dette er i tråd med det brede kompetansebegrepet som omtales i NOU 2015: 8 Fremtidens skole og at et av de tre flerfaglige temaene som foreslås i denne NOUen er folkehelse og livsmestring (NOU 2015: 8, 2015).

Utvalget er svært tilfreds med at førstehjelp og livreddende førstehjelp er en sentral del av læreplanenes innhold. Hovedmålene for førstehjelp og livbergende førstehjelp i grunnskolen er imidlertid svært generelle og opplæringen på disse områdene er betydningsfulle for hele samfunnet. Det er derfor ønskelig at målene presiseres nærmere. Dette arbeidet bør gjøres i samarbeid med det normgivende fagmiljøet innen førstehjelp.

Utvalget har merket seg at det ikke er kompetansemål for førstehjelp eller livbergende førstehjelp i kroppsøvingsfaget i videregående opplæring. Slike ferdigheter må vedlikeholdes og videreutvikles og utvalget mener derfor at førstehjelp og livbergende førstehjelp også bør inngå i kompetansemålene for kroppsøving i videregående opplæring.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet veiledning til læreplanen i kroppsøving, men den gir ikke tilstrekkelig veiledning i førstehjelp og livbergende førstehjelp, og heller ingen hjelp i å konkretisere hvordan målene om å kunne utøve førstehjelp kan nås. Utvalget anbefaler at det utarbeides en ny nasjonal veileder som dekker førstehjelpsområdet på en bedre måte.

Utvalget mener at det også bør vurderes hvilken plass førstehjelp bør ha i læreplanene for helsearbeiderutdanningen i videregående opplæring og det bør utarbeides veiledningsmaterieell for førstehjelp som inngår i utdanningsprogram for helse og oppvekstfag.

Det finnes lite kunnskap om hvordan opplæring i kompetansemålene knyttet til førstehjelp og livredding operasjonaliseres og gjennomføres i skolene. For å få et bedre grunnlag for tiltak vurderer utvalget at det er nødvendig med en kartlegging og evaluering. En evaluering vil gi et bedre grunnlag for å sette inn effektive tiltak for å øke kunnskap og ferdigheter. Utvalget anbefaler derfor at det foretas en forskningsbasert evaluering av førstehjelpsopplæringen i utdanningssektoren.

Utvalget vurderer videre at livreddende førstehjelp og førstehjelp er så viktig i samfunnet og i barnehage og skole at alle kandidater fra lærerutdanningene bør ha kunnskap og ferdigheter i dette. Krav om kunnskap om og ferdigheter i førstehjelp og livbergende førstehjelp bør derfor inn i forskrift til rammeplanene for lærerutdanningene.

Utvalget har vurdert om det skal foreslå at det gjennomføres et nasjonalt tilsyn med de deler av læreplanen i kroppsøving som omhandler førstehjelp og livbergende førstehjelp, men vurderer at andre tiltak er bedre egnet for å øke kunnskapen om og ferdighetene i førstehjelp.

I statsbudsjettet for 2015 er det bevilget ti mill. kroner til tilskudd for svømming i barnehager. Tilskuddet skal bidra til at kommuner og frivillige organisasjoner kan gjennomføre tiltak for å gi barn i barnehage i alderen 4–6 år tilstrekkelig svømmeopplæring slik at barna blir trygge i vann. Tilskuddet gjelder Oslo, Akershus, Buskerud, Rogaland og Hordaland. Både kommuner og frivillige organisasjoner kan søke om tilskudd, og søknader som beskriver et samarbeid mellom kommune og frivillige organisasjoner prioriteres. Opplæringen skal gis i barnehagens åpningstid. Utvalget er tilfreds med at det gis tilskudd til en forebyggende aktivitet som svømmeopplæring, men vil anbefale at tilskuddsordningen utvides til å inkludere førstehjelp.

Norsk Førstehjelpsråd og Norsk Resuscitasjonsråd

Norsk Førstehjelpsråd (NFR) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) har som mandat å fastsette faglige normer for henholdsvis førstehjelpsopplæring og hjerte-lungeredning. Den faglige kvaliteten på innholdet i førstehjelpsopplæringen kan forbedres, og det er behov for å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer innen førstehjelp.

Utvalget mener det er behov for å skille ut den faglig normerende funksjonen fra NFR og NRR. NFR har viktig kunnskap om metode for førstehjelpsopplæring, og bør beholde sin formidlingsfunksjon. I en nasjonal førstehjelpsdugnad vil det være naturlig å bruke rådet til å gjøre førstehjelps-kunnskap tilgjengelig gjennom læremateriell og kurskonsepter. Den faglige normerende funksjonen bør legges til Helsedirektoratet.

I samarbeidet mellom NFR, NRR og de frivillige organisasjonene kan det oppleves som problematisk at de faglig normgivende organene innen førstehjelp har kommersielle interesser knyttet til førstehjelpsopplæring. Både NFR og NRR anvender lisensierte kurskonsepter, som krever egne instruktørgodkjenninger og eget kursmaterieell. De frivillige organisasjonene opplever lisensiering av førstehjelpsopplæring som begrensende for videreformidling av kunnskap og ferdigheter i førstehjelp.

Hjertestartere

I offentligheten er det stor oppmerksomhet om betydningen av utplassering av hjertestartere for overlevelse ved hjertestans. Likevel tyder epidemiologiske studier over innsats og resultater ved hjertestans, på at befolkningens umiddelbare start av basal hjertelungeredning, er den viktigste enkeltfaktor for å redde livet til pasienten med hjertestans. Utvalget er derfor av den oppfatning at storskala opplæring av befolkningen i basal hjerte-lungeredning er viktigere for overlevelse av hjertestans enn storstilt utplassering av hjertestartere.

Utvalget mener at større studier over hvilke lokaliteter hjertestans opptrer ved, bør gjennomføres for å kunne gi konkret begrunnede forslag om hvor det er størst effekt av utplassering av hjertestartere.

Det pågår et arbeid med å etablere et hjertestarterregister. Akuttutvalget ser positivt på eta-

bleringen av et slikt register, selv om det foreløpig er usikkert om etablering av et slikt register vil gi en positiv totaleffekt på overlevelse av hjertestans.

8.8 Utvalgets forslag

Om førstehjelp

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

Om skolen

- Det bør utarbeides en ny nasjonal veileder som dekker førstehjelpsområdet for både grunnskole og videregående skole.
- Førstehjelp og livbergende førstehjelp bør inngå i kompetansemålene for kroppsøving i videregående opplæring.
- Kompetansemålene for førstehjelp og livbergende førstehjelp i læreplanen for grunnskolen er for generelle, og målene bør presiseres nærmere.
- Det bør utarbeides veiledningsmaterieell for førstehjelp som inngår i utdanningsprogram for helse og oppvekstfag i videregående skole.
- Krav om kunnskap og ferdigheter i førstehjelp og livbergende førstehjelp er så viktig at det bør inn i forskrift til rammeplanene for lærerutdanningene.
- Det bør foretas en forskningsbasert evaluering av førstehjelpsopplæringen i utdanningssektoren.

Kapittel 9

Medisinsk nødmeldetjeneste

9.1 Innledning

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår (Akuttmedisinforordningen, 2015). Medisinsk nødmeldetjeneste er navet i den akuttmedisinske kjeden.

Nødmeldetjenesten ble utviklet på begynnelsen av 1980-tallet, og i 1984 ble landets første AMK-sentral etablert på Haukeland sykehus. Gjennom Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 26 (1988–89) ble medisinsk nødmeldetjeneste en lovplagt oppgave for fylkeskommunene (daværende sykehuseier) og kommuner fra 1989.

Grunnverdiene for medisinsk nødmeldetjeneste er nærhet, likhet, fellesskap og trygghet (Helsedirektoratet, 2014). Nødmeldetjenesten er basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at publikum ved henvendelse skal sikres direkte kontakt med medisinsk personell. Medisinsk personell skal sikre at melding raskt blir mottatt og forstått, og deretter foreta en vurdering av behovet for hjelp.

9.2 Legevaktsentralene

9.2.1 Organisering

Legevaktsentralene (LV-sentralene) er et kommunalt ansvar og omfatter kommunenes legevakt-numre og nasjonalt legevaktnummer 116 117. Krav til LV-sentralene framgår av akuttmedisinforordningen.

Det har vært en jevn nedgang i antall LV-sentraler over flere år – fra 165 LV-sentraler i 2007 til 110 LV-sentraler i 2015. Utviklingen før 2007 er det få data om. Det finnes lite kunnskap om hvilke hensyn som har vært førende i utviklingen mot færre og større LV-sentraler. Trolig har sentralisering av legevaktstjenesten spilt en rolle, selv om

bare 25 pst. av legevaktene er samlokalisert med LV-sentral (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014). Ifølge Hunskår et al. (2014) er det sannsynlig at antall LV-sentraler blir ytterligere redusert som følge av investeringer i nødnett, nye krav i forskrift samt innføring av et sekssifret nasjonalt legevaktnummer.

Forholdstallet mellom antall legevakter (191) og antall LV-sentraler (110) viser at LV-sentraler ofte håndterer flere legevaktdistrikter. En samordning av LV-sentraler trenger ikke påvirke organisering av legevaktdistrikter. Mange kommuner har legevaktansvaret plassert på ulike steder til ulike tider av døgnet. Det er variasjoner LV-sentralene må forholde seg til (Helsedirektoratet 2015a).

Av de 110 LV-sentralene er 83 interkommunale og dekker i snitt fem kommuner hver. Bare 27 LV-sentraler dekker én kommune.

Nasjonalt legevaktnummer ble innført fra september 2015. Pasienter og pårørende kan dermed oppnå kontakt med en LV-sentral ved å ringe 116 117, uansett hvor i landet de befinner seg.

Tidligere fungerte mange AMK-sentraler også som LV-sentraler. Fortsatt fungerer seks AMK-sentraler som LV-sentral for en eller flere kommuner i nærområdet. Tre av disse AMK-sentralene skal fase ut legevaktsentralfunksjonen i 2015.

Ansvar og ledelse

Systemansvaret for legevaktsentralenes virksomhet ligger hos kommunene og innebærer å sørge for at virksomheten har nødvendig ledelse og ressurser. I interkommunale samarbeid har den enkelte kommune fortsatt et systemansvar for LV-sentralen, men oftest reguleres drifts- og utviklingsansvaret i en samarbeidsavtale. Eventuelt har vertskommunen påtatt seg driftsansvaret for LV-sentralen.

Lederansvaret ligger til leder av legevakten eller legevaktsjef. Her ligger lederansvar for rutiner og opplæring, tilrettelegging, kompetanseutvikling mv. Enkelte større LV-sentraler med flere

ansatte kan ha en operativ leder. Operatørene i LV-sentralene er ansvarlig for meldingshåndtering, vurdering og hastegradfastsettelse av henvendelser til LV-sentralen.

Lokalkunnskap

Forrige akuttutvalg la til grunn at hvert legevakt-distrikt burde ha en LV-sentral. LV-sentralene ble beskrevet som det ytterste desentraliserte knutepunktet i medisinsk nødmeldtjeneste og en viktig samarbeidspartner for AMK-sentralene. Utvalget understreket også at sentralisert alarmering og desentralisert beredskap forutsetter LV-sentralens nærhet (NOU 1998: 9, 1998).

Idéen bak helseradionettet var å få de nærmeste ressursene tidlig fram og at innsattspersonellet var kjent med brukerne, ressursene og geografien i nærområdet. Om betydningen av lokalkunnskap i LV-sentralene skriver Helsedirektoratet (2015a) at:

«Lokalkunnskapen om befolkningen, språket, kulturen, spesielle utfordringer i mindre geografiske områder og i spesielle familier ble sett på som spesielt nyttig og viktig. Man vet hvor ressursene befinner seg, hvilken kompetanse den enkelte hjelper har, hvem som er spesielt god på hva, hva som er beste og sikreste veivalg for å komme raskt fram med ressurser. Dette er faktorer som kan være sentrale når det virkelig haster.»

Enkelte steder har operatørene på LV-sentralene tilleggsoppgaver i annet helse- og omsorgsarbeid ved siden av funksjonen som operatør på sentralen. Eksempelvis har sykepleier i legevaktmottak ved mindre legevakter ansvar for å assistere legevaktlege og betjene sentralen. Slike løsninger støtter opp om at flere funksjoner kan beholdes og utøves lokalt (Helsedirektoratet, 2015a).

9.2.2 Kompetanse og kvalitetsutvikling

Akuttmedisinforskriften stiller krav om personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Kompetansekrav til operatører forventes innført i løpet av en treårsperiode. I dag har over 90 pst. av LV-sentralene sykepleier til å betjene sentralen på kveld, natt og helg. Færre har sykepleier på dagtid. Enkelte LV-sentraler er lagt til fastlegekontorer på dagtid og bemannes med f.eks. helsesekretær (Helsedirektoratet 2015a).

Av Nasjonalt legevaktregister framgår det at teoretisk opplæring av LV-operatører varierer fra null timer til seks uker, og praktisk opplæring varierer fra ikke-formalisert opplæring til seks måneders opplæring (Morken & Zachariassen, 2012).

Utstyr og beslutningsstøtte

I 2012 hadde halvparten (51 pst.) av LV-sentralene lydlogg, og 68 pst. rapporterte at de brukte et pasientjournalssystem (Morken & Zachariassen, 2012).

Når det gjelder ulike triagesystemer ved telefonkontakt, bruker 68 pst. av legevaktene Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og 56 pst. Telefonråd (Hunskår et al., 2014). Telefonråd er et elektronisk beslutningsstøttesystem for legevakter og legekontorer.

I ny akuttmedisinforskrift er det krav om lydlogg ved LV-sentralene av viktig trafikk, bl.a. til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten. Det er lagt opp til gode løsninger for innføring av lydlogg når nødnettet tas i bruk (Helsedirektoratet 2015a).

9.2.3 Tilgjengelighet og aksestid

I akuttmedisinforskriften er det krav om at legevaktssentralene skal innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 pst. av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.

Det publiseres ikke samlede nasjonale data for aksestid ved landets LV-sentraler. Det er heller ikke tilgjengelig informasjon om hvor mange henvendelser sentralene mister, fordi innringere avbryter kontakten mens de står i kø og venter på svar.

Helsetilsynets systemrevisjon med to store, interkommunale legevakter i Sør-Norge i 2015, omtaler til dels lang ventetid for innringere til legevaktssentralen (Helsetilsynet, Fylkesmannen i Vest-Agder, 2015; Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2015a).

Fra det ene tilsynet framgår det at:

«Gjennomsnittlig ventetid på telefon til legevakten var om lag 2–2,5 minutter, men noen innringere må vente opptil 40 minutter. Det foreligger mange avviksmeldinger på at telefonen i lange perioder har vært ubetjent på grunn av travelhet/samtidigskonflikter.»

Fra det andre tilsynet fremkommer det at det i perioder er lang ventetid på telefonen, og at et betydelig antall telefoner ikke besvares. Helsetil-

synet viser til at mange ubesvarte telefoner fører til større pågang på legevaktstasjonen og en mer uoversiktlig situasjon der.

Det finnes rådata fra piloteringen av 116 117 i Østfold fra 2012 som gir et inntrykk av aksestid for en LV-sentral. Dataene har ikke gjennomgått en vitenskapelig kvalitetssikring, men viser ikke uventet at det er flest telefoner i helgene og når fastlege ikke er tilgjengelig. Helsedirektoratet har bearbeidet dataene fra Telenors rapportering for 2013/2014 og anslår at mellom 86 og 89 pst. av samtalene til LV-sentralene besvares innen ett minutt (Helsedirektoratet, 2015a). Samtaletiden er anslått i gjennomsnitt å vare i fire minutter og er preget av stort mangfold (Helsedirektoratet, 2015a).

Enkelte mindre kommuner har ikke hatt eget dedikert telefonnummer for legevaktssentral, men har brukt varierende telefonnumre gjennom døgnet og løsninger der lege i vakt eller personell ved sykestue eller sykehjem har svart på håndholdt telefon mens de er i annet pasientarbeid.

For liten svarkapasitet kjennetegner flere av sentralene. Noen sentraler har kun én operatørplass. Det reduserer tilgjengeligheten og øker sårbarheten. Flere sentraler mangler robuste løsninger for håndtering av bortfall av infrastruktur og brudd på telelinjer av ulike årsaker (Helsedirektoratet, 2015a).

9.2.4 Samarbeid med øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten

Trening i samhandling i akutte situasjoner der flere aktører i den akuttmedisinske kjeden deltar, er viktig. Akuttmedisinforskriften stiller krav om at kommuner og helseforetak sikrer at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Øvelser har ikke hatt tilstrekkelig prioritet i legevaktene generelt, og i liten grad i selve LV-sentralene (Helsedirektoratet, 2015a).

Kommunale tjenester som yter hjelp ved ulike ikke-planlagte behov for helsetjenester, er som oftest organisert som enkelttjenester uten samordning. Trondheim kommune har samordnet flere helse- og velferdstjenester i en felles helsevaktssentral som kombinerer legevaktssentral, trygghetsalarm og henvendelser til kommunens ambulante team innen psykisk helse og rus, kriseteam mv. Målet er å gi innbyggerne én inngang når det haster å få helsehjelp, samt utvikle gode systemer for kommunikasjon, journalføring og beslutningsstøtte. I tillegg prøves det ut system

for mottak av meldinger fra velferdsteknologi hos brukere av kommunale omsorgstjenester. Sentralen er også tiltenkt å være kommunikasjonsentral for hjemmebaserte tjenester på kveld og natt.

Helsedirektoratet (2015a) beskriver helsevaktssentral som et bredt anlagt system der ulik form for bistand ytes når behovet for hjelp nylig har oppstått og må avklares raskt. LV-sentralene kan dermed gå fra å være en tradisjonell mottaker og videreformidler overfor brukere med behov for øyeblikkelig hjelp til en tjeneste som dreies mot en langt større brukergruppe med et videre bistandsbehov. Forskjellige typer av velferdsteknologi kan ha sitt alarmmottak i dette systemet.

9.2.5 utfordringer

Samhandlingsreformen innebærer at kommunen i større grad har fått ansvaret for innbyggere med mer alvorlige og ressurskrevende medisinske tilstander. Sammen med demografiske endringer får dette konsekvenser for kapasitet og kompetanse i LV-sentralene. Endringer og sentralisering i sykehusstruktur kan påvirke legevaktene i form av flere krevende akuttmedisinske oppdrag, og lengre reisevei med behov for medisinsk behandling underveis og overvåkning av legevaktlege. Dette vil igjen påvirke LV-sentralenes oppgaver og henvendelsesvolum (Helsedirektoratet, 2015a).

Generelt har befolkningen en forventning om god tilgjengelighet til helsetjenester. I dag er det samme krav til svartid i LV-sentraler som for fastlegekontorer, selv om LV-sentralene i større grad enn fastlegene skal gi pasienter tilgang til øyeblikkelig hjelp. Fram til nå har det ikke eksistert data som viser faktisk aksestid i LV-sentralene. Jevnlig publisering av data er viktig for forbedringsarbeid, og kan gi en pekepinn på hvordan triagesystemer, telefonstøttesystemer og styrking av operatørkompetanse understøtter kvaliteten på tjenesten.

I dag er det utfordringer med datakommunikasjonsløsninger for LV-sentralene opp mot blant annet lege i vakt og øvrig helse- og omsorgspersonell i kommunen (Helsedirektoratet 2015a). Dessuten har det vært utfordringer når det gjelder direktenummer til legevakt, teknisk kapasitet på telefonsystem mv. som tyder på at internkontroll og ledelse er et forbedringsområde.

Helsedirektoratet (2015a) mener det kan være en kvalitetsforbedring å få redusert antall LV-sentraler på dagtid ved å organisere tjenesten i større sentraler og ikke på fastlegekontor.

Operatørene på LV-sentralene skal gjøre faglige vurderinger basert på innringers muntlige

opplysninger. Det skiller LV-sentralen fra helsetjenesten for øvrig der konsultasjoner og vurderinger oftest baserer seg på at pasienten fysisk er til stede. Muntlig kommunikasjon kan ofte være utfordrende. Språk- og kulturbarrierer mellom innringere og operatør på LV-sentralene kan gjøre veiledning på telefon ekstra krevende. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 9.4.

9.2.6 Nye muligheter og potensiale for nyutvikling

Tekniske muligheter for kortere aksestid

Nasjonalt legevaktnummer 116 117 er en teknisk endring som foreløpig ikke har vært fulgt opp med andre tiltak enn å koble LV-sentralenes telefonlinjer opp mot et felles telefonnummer. Potensialet er imidlertid til stede for å utvikle flere løsninger i tilknytning til 116 117. Eksempler på dette kan være overflow-løsninger som kobler innringere som har ventet lenge på telefonen mot sentraler med ledig kapasitet og kortere svartid. Andre eksempler kan være felles kjørevei for et nettverk av LV-sentraler, som deler på telefontrafikken, eller en aktiv monitorering eller styring av telefonkøen, som i NHS 24 i Skottland, jf. tekstboks 9.1. I samtlige tilfeller kan tekniske endringer medvirke til å utnytte den ledige kapasiteten som ligger i dagens om lag 110 LV-sentraler, slik at aksestiden i sentralene reduseres.

Nettverkløsninger og virtuelle nettverk

Det er muligheter for å utvikle nettverkløsninger der flere LV-sentraler kobles sammen i en felles, virtuell sentral. Virtuelle LV-sentraler kan gi økt totalkapasitet og redusert sårbarhet, og direktoratet foreslår fylkesvise nettverk som et eksempel på et slikt samarbeid. Juridisk og organisatorisk byr samarbeid og overføring mellom sentraler på utfordringer (Helsedirektoratet, 2015).

Nettverkløsninger eller virtuelle sentraler har ikke vært prøvd ut i norske LV-sentraler. En slik nettverkløsning kan være av rent teknisk karakter eller organisatorisk karakter, med en felles ledelse og utvikling av enkelte felles tjenester som alle sentraler kan benytte seg av. Det er foreløpig lite kunnskap om mulige positive effekter av et slikt samarbeid, og også lite kunnskap om juridiske og organisatoriske utfordringer. Erfaringer fra utvikling av NHS 24 i Skottland, jf. tekstboks 9.1, viser virkninger av en nasjonal tjeneste innenfor én organisasjon, der sentralene er koblet sammen selv om de er lokalisert ulike steder.

Nye kommunikasjonsformer – nye pasientbehov

Kommunikasjonsformer endres og bruk av tradisjonell telefoni der man ringer inn for å vente på en samtale, er mindre brukt enn før. Behov og ønsker fra pasienter og pårørende om å komme i kontakt med helsetjenesten og få veiledning og rådgivning vil også endre seg. Med utvikling av internettbaserte tjenester vil pasienter og pårørende i større grad søke veiledning og rådgivning på nett, framfor å ringe legevaktssentralen på tradisjonell måte.

Et viktig formål er å hjelpe pasienter og pårørende til å avdekke om en sykdom eller skade er akutt og bør tas hånd om raskt. Både Danmark og Skottland har utviklet nettbaserte selvhjelpsguides som veileder pasienter i å finne fram til om en tilstand er alvorlig og tidskritisk, og hvor innbyggerne veiledes i om de bør ta kontakt med medisinsk nødnummer, legevaktssentral eller annen helsehjelp. Et annet formål er mer generelle råd og informasjon om helseproblemer av ulik art.

Oversending av bilder, video og lyd fra smarttelefon er teknologi som kan utnyttes i kommunikasjonen med innringere. Det er i noen store legevaktdistrikter allerede innført videoløsninger i Norsk helsenett for å kommunisere mellom bruker og legevakt.

Bedre tilbud om telefonkonsultasjon med sykepleier eller lege

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) mener at innføring av nasjonalt legevaktnummer vil gjøre at LV-sentral vil få større betydning for medisinsk rådgivning enn før, og foreslår at det bør utredes om en slik rolle bør utvikles mer bevisst, i tråd med systemer som finnes i utlandet (Hunskår et al., 2014).

Å satse på økte ressurser med telefonkonsultasjoner med sykepleier eller lege kan være et viktig grep for å gi et godt tilbud til befolkningen. Økt veiledning og konsultasjon på telefon kan bidra til at færre pasienter trenger å reise til legevakten for å bli vurdert. En studie har vist at dersom pasienter kontaktet legevakten på telefonen først, endte 55 pst. av kontaktene i en fysisk legekonsultasjon, mens 91 pst. av kontaktene endte i en legekonsultasjon når pasientene møtte direkte opp på legevakten (Holm-Hansen, 2011). Siden ambulansetransport er nødvendig i en del tilfeller for å få vurdert en pasient, kan en satsing på telefonkonsultasjoner også innebære mindre ressursbruk i ambulansetjenesten.

I sentrale områder av landet kan økt omfang av telefonkonsultasjoner ha betydning for pågangen på legevaktstasjonene og være med på å lette presset på legevaktene og korte ned ventetiden i mottaket på legevaktstasjonene.

Utvikling av tjenester som yter service overfor flere LV-sentraler

Det er viktig å møte pasienter med rett kompetanse. Helsedirektoratet (2015a) har spesielt pekt på behovet for en vaktlegefunksjon i LV-sentralene for å kunne håndtere innringere som krever legevurdering. Direktoratet har pekt på muligheten for at en lege kan dekke flere sentraler i et større område, forutsatt at det er sikker og god kommunikasjonsløsning som ivaretar krav til konfidensialitet for pasienten.

Gitt LV-sentralenes antall og størrelse, er det få muligheter for at hver sentral er i stand til å utvikle mer spesialiserte tjenester, eksempelvis innenfor psykisk helse. I Oslo og Bergen er det etablert egne psykiatriske legevakter, men slike

løsninger er for ressurskrevende for de fleste legevakt-distrikter. Det er imidlertid mulig å etablere tjenester som yter service overfor flere LV-sentraler i et område slik at en LV-sentral kan koble innringer opp mot personell med særskilt kompetanse, som f.eks. lege, psykiatrisk sykepleier eller psykolog. Eksempler på pasienter som kan ha behov for mer spesialisert hjelp, er personer i livskrise, personer med selvmordstanker, pårørende av psykisk syke mv. En slik tjeneste fordrer at et lite antall sentraler etablerer en slik tjeneste og tilbyr den ut mot flere LV-sentraler, alternativt at det etableres som en fylkesvis, regional eller nasjonal tjeneste. Det fins 75 distriktpsychiatriske sentra i Norge som har lovpålagte krav om akutte team. Disse kan også tenkes koblet til LV-sentralene deler av døgnet.

Samarbeid mellom LV-sentraler og ideelle organisasjoner kan også være en løsning for å svare på spesielle pasientbehov. Flere ideelle organisasjoner har allerede døgnåpne telefon-tjenester og nettrådgivningstjenester som svarer på ulike behov – for eksempel Kirkens SOS, Røde

Boks 9.1 NHS 24 i Skottland – få sekunders svartid på telefon

NHS 24 har tre ulike funksjoner – de tar imot telefonhenvendelser, gir råd og styrer innringer mot helsehjelp på rett nivå, samt tilbyr en helseinformasjonstjeneste (NHS inform).

Telefontjenesten i NHS 24 er organisert i elleve ulike kommunikasjonsentraler i Skottland, som alle er koblet sammen i et felles kommunikasjonsystem med samme telefonnummer (tlf. 111). I årsrapportåret 2013/2014 oppnådde NHS 24 en gjennomsnittlig aksesstid på 4,5 sekunder på et volum av 1,3 mill. telefonhenvendelser. Innringere som står i telefonkø til sin lokale sentral, styres inn mot sentraler med ledig telefonkapasitet, via en egen ansatt som overvåker ventetider på alle sentralene og styrer telefonkøen. Operatørene i første ledd er pasientrådgivere og avgjør hastegrad og prioritering inn mot videre kontakt med sykepleiespesialist og eventuelt oppmøte for konsultasjon. Innringere med angst, depresjon m.m. settes i kontakt med kompetent personell via telefontjenesten Breathing Space, med tilnærmet full døgnberedskap.

Et viktig formål for NHS 24 er å redusere pågangen på NHS-tjenester, både legevaktssentral out-of-hours centres og sykehusenes akuttmottak. NHS 24 har en omfattende veiledning

via sin nettside, inkludert en interaktiv selvhjelpsguide som gir hjelp i å avgjøre om en henvendelse skal rettes til medisinsk nødnummer 999, til NHS 24, til fastlegen eller til andre.

Helseinformasjonstjenesten NHS inform er en rådgivnings- og veiledningstjeneste rettet mot henvendelser som ikke haster.

En nylig studie har sett på folks bruk av NHS 24, og fant at eldre og lavinntektsgrupper er mindre tilbøyelige til å kontakte NHS 24. Samtidig ble høyinntektsgrupper oftere henvist til sykehusenes akuttmottak enn lavinntektsgrupper. Forskerne fant også at pågangen til telefontjenesten varierte betydelig mellom dagtid og kveld/natt/helg, og at henvendelsenes hastegrad var høyere på kveld/natt/helg da om lag 34 pst. av telefonsamtalene resulterte i råd om å oppsøke «out-of-hours centre», mens 12 pst. av samtalene resulterte i sykebesøk av lege. Omkring 15–20 pst. av samtalene ble henvist til akuttmottak i sykehus. Omfanget av helseproblemer som kunne løses gjennom egne tiltak fra pasienten, utgjorde om lag 10–15 pst. av alle henvendelser (Elliott, McAteer, Heaney, Ritchie og Hannaford, 2015).

Kilde: Akuttutvalgets besøk ved NHS 24 8. juni 2015.

Kors og Mental Helses hjelpetelefon. Formålet med et slikt samarbeid må være å utvide tilbudet til pasienter som ikke møtes på en tilstrekkelig god måte i dagens LV-sentraler. Det forutsettes at nødvendige avtaler må inngås for å sikre personvern hensyn og medisinsk forsvarlighet. Avtaler som inngås på nasjonalt nivå kan være å foretrekke framfor lokale avtaler dersom nasjonale avtaler kan sikre større grad av likeverdig tilgang for pasienter i hele landet.

Ledelse

Flere av de løsningene og mulighetene som er omtalt ovenfor, vil være for ressurskrevende og vanskelig å få realisert om den enkelte LV-sentral skal sørge for iverksetting. Trolig vil flere av løsningene kreve ledelse og styring på nasjonalt eller regionalt nivå, gjennom et nasjonalt samarbeid eller utvikling av nettverkssamarbeid (Helsedirektoratet, 2015a). Foreløpig er det lite kunnskap om gevinstmulighetene i slike samarbeid.

9.3 AMK-sentralene

9.3.1 Organisering

Ansvar for å etablere og drive AMK-sentralene og medisinsk nødnummer 113 er en del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Krav til AMK-sentralene framgår av akuttmedisinskriften.

De siste ti årene er antallet AMK-sentraler halvert. Flere regionale helseforetak har nylig gjennomgått AMK-strukturen i sin region. Høsten 2015 er antall AMK-sentraler redusert til 16. I Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om Akuttmedisinsk beredskap, jf. Innst. S nr. 300 (2000–2001), la et flertall i komiteén til grunn at det ut fra hensyn til volum og kvalitet maksimalt skulle være én AMK-sentral i hvert fylke.

AMK-sentralene er oftest lokalisert i sykehus som en integrert del av akuttmottaket eller i umiddelbar nærhet. Nærhet til helsepersonellressurser, og spesielt leger, blir gjerne framhevet som en fordel ved en slik organisering fra de sykehusede AMK-sentralene (Interdepartemental arbeidsgruppe, 2009). Noen AMK-sentraler er plassert utenfor sykehus og det akuttmedisinske miljøet. AMK-Sørlandet er lokalisert sammen med pasientreiser i Lillesand. AMK Vestre Viken er samlokalisert med operasjonssentralene for politi og brann i Drammen. I Bodø foreligger det planer for en samlokalisering med de tre nødetatene.

Samlokalisering med brann og politi begrunnes med at det kan gi bedre varsling og samarbeid ved håndtering av hendelser som krever innsats fra flere etater. Samlokalisering kan gi bedre forståelse for andre etaters problemstillinger, rammevilkår og arbeidsmetoder (Bovim, Bryde, Rustad & Storrøsten, 2012).

AMK-sentralenes oppgaver er mottak av medisinsk nødtelefon 113 fra publikum, fastsette hastegrad, gi profesjonell veiledning til innringer og sette i verk nødvendige tiltak som utrykning og koordinering av innsats. AMK-sentralene koordinerer et stort antall ambulanseoppdrag. AMK-sentral med ansvar for koordinering av ambulansehelikopter, AMK-LA, er nærmere beskrevet i eget avsnitt under.

AMK-sentralene er også et kommunikasjonsknutepunkt for varsling internt i helseforetaket (alarmering av traumeteam eller andre fast track-behandlingslinjer i sykehus mv.), til andre helseforetak og kommuner (f.eks. alarmering av legevaktslege). Flere AMK-sentraler har også oppgaver knyttet til sykehusenes katastrofeorganisering.

Helsedirektoratet benytter også AMK-sentralene når det er behov for rask formidling av viktig informasjon til helseforetakenes ledelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Tidligere ivaretok AMK-sentralene også LV-sentralfunksjon. Dette er i ferd med å bli faset ut, og AMK-sentralene blir dermed mer rendyrket på sine primæroppgaver knyttet til håndtering av livskritiske hendelser og koordinering av ambulanseressurser (Helsedirektoratet, 2015a).

Virtuell AMK

I kjølvannet av hendelsene 22. juli 2011 startet Helse Vest en utredning om virtuell samlokalisering av AMK-sentralene. Virtuell AMK er en felles AMK-sentral der personalet befinner seg fysisk på flere lokasjoner (Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger), men arbeider i et felles, virtuelt kontrollrom. Formålet med en felles, virtuell AMK-sentral (VAMK) i Helse Vest er å øke totalkapasiteten og kvaliteten til AMK-sentralene i regionen, samt få en mer robust organisering av disse. Å øke kvaliteten ved AMK-sentralene i Helse Vest innebærer ytterligere å forbedre svartider og standardisering av svar og råd til publikum. En mer robust organisering innebærer at dersom én av sentralene skulle falle bort, grunnet teknisk eller fysisk svikt, vil de tre andre sentralene kunne dekke opp for denne i det virtuelle samhandlingsrommet. I tillegg er formålet med VAMK å sørge

for bedre personellutnyttelse ved AMK-sentralene/helseforetakene.

Det er startet opp et organisasjonsutviklingsprosjekt med formål å komme med et forslag til hvordan en virtuell AMK i Helse Vest bør organiseres og styres. Prosjektet vil være avgjørende for å kunne utnytte muligheter ny teknologi vil gi, ved at det utvikler organisasjonen til målrettet og enhetlig å kunne organisere og styre tjenesten (Personlig meddelelse fra assisterende prosjektleder Tomas Garli, Helse Vest til utvalgsmedlem Håkon Gammelsæter, 27. oktober 2015).

Samlokalisering

I regjeringsavtalen mellom regjeringspartiene og Venstre om et fremtidsrettet, robust nærpoliti, framgår det at:

«Brann- og redningsssentralene skal samlokaliseres med politiets operasjonssentraler. De nye sentralene skal klargjøres slik at helsevesenets AMK-sentraler også kan plasseres på samme sted.»

Her ligger det en mulighet for å samlokalisere de tre nødetatene. Ansvaret for å etablere og drive AMK-sentralene er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, og de regionale helseforetakene må selv vurdere hva som er hensiktsmessig organisering av AMK-sentralene i sine helseforetak. Samlokalisering med andre nødetaater må være frivillig og bygge på lokale initiativ for å høste erfaringer (Spørsmål til skriftlig besvarelse nr. 678, 2015).

Ledelse, medisinsk-faglige rådgivere og vakthavende AMK-lege

På oppdrag fra Akuttutvalget gjennomførte Helsedirektoratet i 2015 en kartlegging av AMK-sentralene (Helsedirektoratet, 2015). Samtlige AMK-sentraler svarte på undersøkelsen. På undersøkelsestidspunktet var det 18 AMK-sentraler. To av sentralene, AMK Østfold og AMK Harstad, er nå lagt ned og funksjonene er overført til henholdsvis AMK Oslo og AMK Tromsø. Under er svarene om organisering og ledelse oppsummert:

- De fleste AMK-sentralene ledes av en avdelingsleder eller seksjonsleder. I de fleste AMK-sentralene har daglig leder en 100 pst. stilling.
- Lederen er oftest sykepleier av utdanning, gjerne med tilleggskompetanse i akutt- eller intensivsykepleie.

- Stillingsbrøken for de medisinsk-faglige rådgiverne varierer fra 20–50 pst. Ett helseforetak har en medisinsk rådgiver i 100 pst. stilling. Samtlige medisinske rådgivere er anestesileger.
- Alle AMK-sentralene har vakthavende AMK-lege tilgjengelig døgnet rundt, men de fleste AMK-legene har andre vaktforpliktelser samtidig med AMK-lege funksjonen. Nær sagt alle vakthavende AMK-leger er anestesileger. Omlag en tredel har ikke prehospital kompetanse eller erfaring.
- Det er etablert beredskap slik at AMK-legen fysisk kan være tilstede ved behov i 14 av AMK-sentralene.
- Ni av AMK-sentralene opplyser at det ikke er definert en operativ leder for AMK-sentralen. To av sentralene som ikke har definert en operativ leder har R-AMK funksjon.

Regionale AMK-sentraler (R-AMK)

Regionale helseforetak har ansvar for å fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen (Akuttmedisinfor-skriften, 2015). R-AMK skal bistå lokale AMK-sentraler for å sikre god varsling og effektiv ressursutnyttelse og godt samarbeid i situasjoner der flere AMK er involvert. Involvering av R-AMK er aktuelt ved større aksjoner, ekstraordinære hendelser, og i situasjoner der flere AMK-sentraler er involvert (Helsedirektoratet, 2015).

Definisjonskatalogen har en anmerkning om at R-AMK også har en rolle når det gjelder å samordne brukerkrav og bidra til enhetlig systemutvikling innad i regionen og på tvers av regionene (Helsedirektoratet, 2012). Det er utarbeidet en veiledning til bruk for utarbeidelsen av prosedyrer i de enkelte regioner for lokal AMK og R-AMK. Veilederen er fra 2003 (Helsedirektoratet, 2015).

Det er etablert et R-AMK forum med bl.a. representanter fra de fire R-AMK-sentralene hvor lederskap går på rundgang. Følgende AMK-sentraler er definert som regionale AMK-sentraler (R-AMK):

- Helse Sør-Øst RHF: AMK Oslo
- Helse Vest RHF: AMK Stavanger
- Helse Midt RHF: AMK Sør-Trøndelag (Trondheim)
- Helse Nord RHF: AMK Tromsø

I Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse gir de fleste AMK-sentralene uttrykk for at samarbeidet med regionens R-AMK sentral fungerer

bra og at R-AMK gir støtte til den sentralen som skal håndtere en større hendelse. Enkelte AMK-sentraler har liten erfaring med R-AMK sentralen.

AMK-sentraler med ansvar for luftambulanseskoordinering (AMK-LA)

Noen AMK-sentraler koordinerer ambulanshelikoptre (AMK-LA). Inntil nylig hadde 11 sentraler denne funksjonen, og disse hadde ansvaret for hver sin ambulanshelikopterbase. En sentral oppgave er flight following, som er monitorering og oppfølging av helikopter på oppdrag for å ivareta sikkerhet ved uventede hendelser.

Helsedirektoratet anbefalte etter 22. juli 2011 at flight following-funksjonen for luftambulansene ble gjennomgått og styrket både ved AMK-LA-sentraler og med hensyn til R-AMK-funksjonen (Helsedirektoratet, 2012a). Luftambulansetjenesten ANS ledet arbeidet i samarbeid med utvalgte AMK-LA-sentraler. Utredningen har munnnet ut i forslag til en rekke forbedringstiltak, herunder at antallet AMK-LA-sentraler reduseres. Begrunnelsen var å øke kvaliteten i funksjonen (Luftambulansetjenesten ANS, 2013).

I Helse Sør-Øst er det vedtatt at det skal være én AMK-LA sentral for regionens fire baser for å sikre bedre oversikt, koordinering og utnyttelse av luftambulanseresressursene. Det utdannes egne luftambulanseskoordinatører for å øke profesjonaliteten. Tiltaket settes i verk i løpet av 2015. AMK Tromsø koordinerer basene i Tromsø og Evenes. Landets øvrige AMK-LA sentraler er i Sandnessjøen, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen og Stavanger. I tillegg ivaretar AMK-sentralene i Kirkenes, Bodø, Trondheim, Førde, Stavanger og Oslo varslingsoppgaven når redningshelikopter er ønsket til ambulansoppdrag, men de har ikke ansvar for flight following.

Betydningen av lokalkunnskap i en AMK-sentral

Det er gjort en evaluering av samhandling mellom politiets, brannvesenets og helsevesenets nødmeldingssentraler, der lokalkunnskap ble belyst med utgangspunkt i tre studier og utredninger (Antonsen & Ellingsen, 2014):

- I Helse Nord's utredning av framtidig AMK-struktur i Nord-Norge (2013) er en hovedkonklusjon at det er urealistisk med en felles AMK-sentral for Nord-Norge. Årsaken er det store geografiske området og antall ambulanseresressurser som må koordineres. Det er for mange kommuner, ambulansestasjoner, politi- og

brannstasjoner til at en felles AMK-sentral kan håndtere hele Nord-Norge.

- Folkestad, Gilbert og Steen-Hansen (2004) påpeker at ambulanseskoordinatorens lokalkunnskap, systematisk målstyring, opplæring, løpende kvalitetskontroll av responstider og tilstrekkelig sykepleiebemannning er viktige faktorer når AMK-sentralen sentraliseres.
- Tjora (2002) definerer lokalkunnskap som kunnskap om lokale geografiske forhold, hvordan en best mulig disponerer de lokale ressursene, spesielle værforhold eller andre lokale sosiale forhold eller særbehov, og kunnskap om profesjonell atferd. Studien påpeker at lokalkunnskap er et viktig kunnskapsgrunnlag for en effektiv betjening av AMK-sentralen og rasjonell bruk av akuttmedisinske ressurser.

Kompetanse og kvalitetsutvikling

AMK-sentralen skal bemannes med sykepleier eller ambulansarbeider som har gjennomført tilleggsoplæring for arbeid som operatør. Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse viser at alle AMK-sentraler er bemannet med medisinske operatører som er sykepleiere med tilleggskompetanse. Det er betydelige forskjeller i innhold og utforming av tilleggskompetansen og systemene for opplæring, sertifisering og trening. Over halvparten av respondentene i kartleggingen nevner Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskaps (KoKom) kompetanseplan fra 2011 som et viktig element i opplæring i AMK-sentralene, jf. boks 9.2. Mange sentraler opplyser at de har systemer med sertifisering og resertifisering.

Når det gjelder ressurskoordinatorene, er de fleste ambulansarbeidere med fagbrev eller sykepleiere. Det er også her betydelige forskjeller i innholdet i systemene for opplæring, sertifisering og trening.

Flere AMK-sentraler har fagutviklere som understøtter arbeid med kvalitetsforbedring. I kartleggingsundersøkelsen er ikke AMK-sentralene spesifikt spurt om gjennomgang av lydlogg, men flere svarer at lydlogg blir aktivt brukt som en del av kvalitetssikrings- og forbedringsarbeidet.

I alt 12 av AMK-sentralene opplyser at de har et system for jobbrotasjon for medisinske operatører. De fleste medisinske operatørene roterer mellom AMK og akuttmottak. Det samme antall AMK-sentraler opplyser at det er etablert et system for jobbrotasjon for ressurskoordinatorene.

De fleste ressurskoordinatorene roterer mellom AMK og ambulansetjenesten.

I alt ni av AMK-sentralene svarer at de ikke har rekrutteringsproblemer knyttet til medisinske operatører, mens ti av AMK-sentralene opplyser at de ikke har problemer med å rekruttere ressurskoordinatører.

AMK-sentral som en spesiell arbeidsplass

AMK-operatørene skal i løpet av kort tid gjøre faglige vurderinger og beslutte helsevesenets respons basert på innringers muntlige opplysninger. Det skiller AMK-sentralen fra helsetjenesten for øvrig der konsultasjoner og vurderinger baserer seg på at pasienten fysisk er til stede. I akutte situasjoner kan muntlig kommunikasjon ofte være utfordrende, dels fordi innringer befinner seg i en uforberedt situasjon, og dels fordi informasjon om pasienten i mange tilfeller gis gjennom en annen person. Språk- og kulturbarrierer mellom innringere og AMK-operatør kan gjøre veiledning på

telefon ekstra krevende. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 9.4.

AMK-operatørene er i en særstilling sammenliknet med annet helsepersonell ved at all muntlig kommunikasjon på AMK-sentralenes sambandsplattformer (helsenett, nødnett og telefon) blir logget. De fleste AMK-sentraler har lydlogger som aktiveres automatisk av lyd/tale. Det medfører at også samtaler mellom AMK-operatører som det ikke er pålagt å logge, blir tatt opp i lydloggen. Det er ingen yrkesgrupper i helsetjenesten for øvrig som opplever en slik inngripende, kontinuerlig og ettersporbar overvåkning i sitt arbeid.

9.3.2 Tilgjengelighet og svartid

I 2013 ble det registrert 851 870 hendelser til AMK-sentralene, 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 til 2013 har antall henvendelser økt med 10,8 pst. Det har vært en aktivitetsøkning i perioden 2010–2013 i nær sagt alle AMK-sentralene (Helsedirektoratet, 2014a). Noe av økningen kan skyldes forbedret registreringspraksis.

AMK-sentralen i Oslo har størst antall henvendelser, mens antall henvendelser per 1000 innbyggere er størst i AMK-Finnmark. Variasjon i antallet henvendelser til AMK-sentralene kan skyldes ulik registreringspraksis og at noen AMK-sentraler utfører andre oppgaver for helseforetakene (Helsedirektoratet, 2014a). Ellensen, Hunskaar, Wisborg & Zakariassen (2014) fant i en undersøkelse en variasjon i kontaktraten fra 34 til 119 per 1000 innbyggere mellom AMK-sentralene. Studien viser også en spredning mellom AMK-sentralene på 5 og 31 per 1000 innbyggere for akuttoppdragene.

AMK-sentraler bruker Norsk medisinsk indeks for å sikre enhetlig respons på meldingene. Medisinsk indeks er et kriteriebasert beslutningsstøtteverktøy i arbeidet med å vurdere hastegrad og respons. Indeks ble innført i 1994 med mål om å kunne utløse ressurser med riktig kompetansenivå ut fra pasientens medisinske behov, basert på et sett kriterier samt fastsette riktig hastegrad. Den ble revidert i 1999, 2005 og 2009 og er igjen under revidering.

Det er stor variasjon mellom AMK-sentralene når det gjelder andel henvendelser på nødnummer 113 som resulterer i hastegrad akutt (rød respons). Flere sentraler har rapportert at opplæring i og oppfølging av bruk av Norsk indeks for

Boks 9.2 Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger

Når innringere og pasienter kontakter AMK-sentral og LV-sentral er kvaliteten på informasjonsinnhenting og at de blir møtt med trygghet og omsorg av stor betydning for utfallet av henvendelsen. KoKom har laget en kompetanseplan som tar sikte på å følge opp helsetjenestens overordnede mål om gode og likeverdige tjenester, samtidig som personell får tilfredsstillt behov for personlig vekst og faglig utvikling.

Sentrale temaer er hvordan personell opparbeider nødvendig kunnskap, etisk kompetanse, relevante ferdigheter og blir egnet for utførelse av arbeidsoppgavene. Kompetanseplanen er ment som en veileder med overordnede føringer og rammer for rekruttering, opplæring, oppfølging og kvalitetssikring av personell ved sentralene. Kompetanseplanen er delt inn i fem moduler:

- Lover og regler
- Ansvar og oppgaver
- Kommunikasjon med innringer
- IKT i sentralen
- Etikk og kultur

Kilde: Dreyer, Jensen & Almenning (2011).

Tabell 9.1 Aksestid for AMK-sentralene i 2013

Helseregion	<= 10 sek	> 10 <= 20 sek	> 20 sek
Helse Nord	59,4 %	39,1 %	1,5 %
Helse Midt	84,2 %	15,2 %	0,6 %
Helse Vest	79,7 %	19,9 %	0,4 %
Helse Sør-Øst	68,0 %	29,3 %	2,8 %
Norge	72,8 %	25,7 %	1,6 %

medisinsk nødhjelp har medført en økning i røde responser (Helsedirektoratet, 2014a).

TNS Gallup (2014) har gjennomført en undersøkelse om holdninger til nødmeldetjenesten (både politi, brann og helse). Undersøkelsen viser at befolkningens tillit til at de vil motta den hjelpen de trenger fra medisinsk nødtelefon er høy.

I Helsedirektoratets årsrapport om AMK-sentralene for 2013 framkommer det at ingen av helseregionene nådde målet om at 90 prosent av henvendelsene skal besvares innen ti sekunder og at ingen anrop skal være ubesvart etter 20 sekunder¹. Helse Midt-Norge var den helseregionen som samlet sett var nærmest måloppnåelse (Helsedirektoratet 2014a), jf. tabell 9.1.

9.3.3 Overfløvløsninger

AMK-sentralen skal ha beredskap for å dekke behovet for kapasitet ved større ulykker og kriser og ha reserveløsninger for AMK-sentralenes funksjoner ved svikt. I Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse svarte seks AMK-sentraler at de ikke har slike løsninger. De seks sentralene dekker til sammen om lag 2,5 millioner innbyggere.

9.3.4 Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og politi og brannvesen

Det er krav til samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, øvrige nødetater, hovedredningssentraler og andre myndigheter. Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse viser at:

- 14 AMK-sentraler har etablert formelle samarbeidsrutiner som skriftlige prosedyrer eller

retningslinjer med andre AMK-sentraler i egen helseregion.

- 15 AMK-sentraler har etablert samarbeidsfora med ambulansetjenesten. Samtlige har etablert samarbeidsforum med akuttmottakene.
- 13 AMK-sentraler har etablert samarbeidsforum mellom AMK og primærhelsetjenesten.
- 13 AMK-sentraler har etablert et samarbeidsforum mellom AMK og politiet.
- Samtlige AMK-sentraler deltar i samtrening eller øvelser. Hyppigheten på slike øvelser er varierende. I alt 11 AMK-sentraler opplyser at de øver mer enn fem ganger i året.

Boks 9.3 Ny teknologi i AMK-sentralene

Hendelsene 22. juli 2011 viste et behov for å få på plass robuste løsninger som sikrer at alle AMK-sentraler henger sammen i ett og samme system som sikrer kontinuitet og kapasitet, slik at de ulike sentralene kan avlaste hverandre eller ta over for hverandre (Helsedirektoratet, 2012a). Nasjonal IKT har på vegne av de regionale helseforetakene startet et nasjonalt anskaffelsesprosjekt for teknologi i AMK-sentralene. Anskaffelsen skal:

- Gjøre AMK i stand til effektivt å kunne håndtere nødsamtaler i henhold til samfunnets forventninger, samt lover og forskrifter
- Gi riktig utnyttelse av ressurser og tilordning av beste respons gjennom bedre beslutningsstøtte
- Gjøre helseforetakene bedre i stand til å håndtere pasientflyt i akuttmedisinske hendelser
- Gjøre helseforetakene bedre i stand til å samhandle med primærhelsetjenesten om akutte hendelser
- Legge til rette for overordnet virksomhetsstyring og forskning

¹ Analysene dekker perioden april – desember. AMK-sentralene i Vestre Viken, Innlandet og Oslo og Akershus inngår ikke i analysen.

Kommunale brann- og redningsetater er viktige samarbeidsparter for helsetjenesten, og de fleste AMK-sentraler må forholde seg til mange brann- og redningsetater. 13 AMK-sentraler opplyser at de har samarbeidsforum med de fleste brannvesen i sitt opptaksområde. De resterende sentralene opplyser at de ikke har etablert samarbeidsforum med kommunalt brannvesen i sitt opptaksområde.

9.3.5 Nasjonalt nødmeldingsprosjekt og oppfølgingen av denne

Majoriteten av henvendelsene til AMK-sentralene håndteres av helsetjenesten selv. I 2013 resulterte 42 233 av 851 870 hendelser til AMK-sentraler i varsling av andre nødetater (Helsedirektoratet, 2014a). Hendelser som omhandler varsling av andre nødetater er gjerne forbundet med ulykker eller situasjoner der ambulansetjenesten trenger bistand for å gjennomføre oppdragene på en trygg måte.

Samarbeid med nødetatene, herunder felles nødnummer og felles sentraler, har vært gjenstand for flere utredninger. I 2014 startet Justis- og beredskapsdepartementet Nasjonalt nødmeldingsprosjekt². Det overordnede målet for prosjektet var å utrede hvorvidt norsk nødmeldingstjeneste kunne gi en mer brukerrettet, effektiv og

kvalitativ god tjeneste, herunder vurdere felles nødmeldingssentraler og felles nødnummer. Nasjonalt nødmeldingsprosjekt la i desember 2014 fram følgende anbefalinger:

- Det bør så raskt som mulig startes opp et tverretatlig forprosjekt for å planlegge forbedringer på følgende områder: Kapasitet, kompetanse, lik og riktig forståelse av lovverk, teknologi, styring og forvaltning og organisering.
- I forbindelse med etablering av nye politidistrikt anbefales det å samlokalisere politiets operasjonssentraler og 110-sentralene. Det anbefales videre at politiets operasjonssentraler og 110-sentralene til brann- og redningsvesenet har samme geografiske virkeområde.
- Helse- og omsorgsdepartementet bør gjennomføre en utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldingstjenesten jf. boks 9.4. For ikke å hemme den videre prosess i utvikling av nødmeldingstjenesten, anbefales at dette arbeidet koordineres med de øvrige etater.
- På nåværende tidspunkt anbefales det å videreføre dagens ordning med tre nødnumre. Det anbefales ikke å innføre felles nødmeldingssentraler.

² AMK-sentralene bruker begrepet nødmeldetjeneste, jf. akuttmedisinforskriften, mens brann og politi bruker begrepet nødmeldingstjenesten.

Boks 9.4 Utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene

Utredningens mandat er å:

- Vurdere behovet for samordning av den medisinske nødmeldetjenesten med de andre nødetatenes tilsvarende tjenester, herunder vurdere behovet for harmonisering av geografiske ansvarsområder og fordeler og ulemper ved fysisk samlokalisering med de andre etatens nødmeldesentraler.
- Vurdere behovet for formalisering og harmonisering av ansvars- og myndighetsforhold innen den medisinske nødmeldetjenesten med tilsvarende forhold ved politiets operasjonssentraler.
- Vurdere behovet for faglig utvikling og kompetanseoppbygging innen den samlede nødmeldetjenesten og beskrive mulige organisatoriske konsekvenser av denne vurderingen.
- Vurdere behovet for kompetanse- og fagutvikling, inkludert forskning, innen fagfeltet medisinsk nødmeldetjeneste og eventuelle organisatoriske konsekvenser av dette.
- Vurdere aktuelt og framtidig behov for utvikling, implementering og vedlikehold av teknologiske løsninger og mulige organisatoriske konsekvenser av dette.
- Gjennomgå ulikhetene i oppgaveportefølje ved AMK-sentralene og vurdere behovet for en rendyrking av de spesifikke nødmeldingsoppgavene.
- Sammenstille foreliggende risikovurderinger av nødmeldetjenesten og vurdere behovet for supplerende risikoanalyser som kan ha innvirkning på framtidig organisering.
- Vurdere økonomiske, administrative og juridiske konsekvenser av de organisatoriske modeller som legges fram.

Ordningen med tre nødnumre videreføres (Prop. 61 LS (2014–2015), (2015)). De øvrige forbedringsområdene fra Nasjonalt nødmeldingsprosjekt (kapasitet, kompetanse, lik og riktig forståelse av lovverk, teknologi, styring og forvaltning og organisering) følges opp i et eget program. Program for forbedringer i nødmeldingstjenesten ledes i fellesskap av Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, med tung involvering av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i verk en utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldingstjenesten med vekt på AMK-sentralene. Det vises til boks 9.4.

9.3.6 utfordringer

Akutthenvendelser til AMK-sentralene kommer fra mange ulike brukere med ulike forutsetninger og behov for bistand. Dette kan gi utfordringer når det gjelder å tilby en adekvat og likeverdig helsetjeneste. Det er blitt påpekt at det finnes få formalkrav til tjenesten. Tjenesten er ikke enhetlig når det gjelder rekruttering, utdanning og krav til kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er utviklet som en del av kvalitetssikringen av AMK-tjenesten. Forskning tyder på at det er varierende grad av etterlevelse av indeks (Ellensen et al., 2014). Medisinsk indeks er under revisjon, men er ikke validert. Det er mangelfulle data om i hvilken grad indeksen hjelper operatørene på AMK- eller LV-sentralen til å definere riktig medisinsk problem og respons til pasientene. Akuttutvalget kjenner til noen få forskningsprosjekter hvor enkelte oppslag i indeksen vil bli validert. Det foreligger i dag ingen konkrete planer om utvikling av en elektronisk versjon av indeksen.

AMK-sentralene har i liten grad tatt i bruk logistikkverktøy og virkemidler for å planlegge og utnytte den samlede ambulanseberedskapen i operativ drift. Mengden av informasjon for den enkelte operatør er betydelig og økende. Det er derfor helt nødvendig at AMK-sentralene utstyres med elektroniske beslutningsstøttesystemer som kan filtrere viktig informasjon og foreta automatisk utkalling av nærmeste ledige enhet ved akutte oppdrag.

Det er i liten grad utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer eller kvalitetsmål for tjenesten. Samlet sett fører mangelen på data og styringsinformasjon til at det er begrenset kunnskap om effekt og nytte av de tiltak som settes i verk.

Tilsynserfaringer viser utfordringer knyttet til manglende internkontrollsystemer. Ledere har ikke i tilstrekkelig grad etablert systemer som hindrer svikt. Det er utfordringer med å ivareta funksjonen som medisinsk ansvarlig lege, og det er manglende opplæring, rutiner, faglig oppdatering og kontroll av den enkelte AMK-operatør (Helse Nord, 2013).

Tilsyn gjennomført ved AMK Oslo og Akershus viste at aksestiden var for lang. Statens Helsetilsyn påla at 90 pst. av anropene til medisinsk nødtelefon 113 skulle besvares innen ti sekunder. Ingen anrop skulle ha svartid over 20 sekunder. På regionalt nivå oppfyller ingen dette målet (Helsedirektoratet 2014a).

Nasjonalt nødmeldingsprosjekt (2014) beskriver utfordringer i samvirket mellom nødmeldingsentralene for helse, brann og politi både når det gjelder kapasitet, kompetanse, teknologi, styring/forvaltning, forståelse av lovverk og organisering.

Helsedirektoratets kartlegging for Akuttutvalget viser at det fortsatt er behov for å bedre samarbeidet internt i helsetjenesten, spesielt i primærhelsetjenesten.

9.4 Betydningen av kommunikasjon

God kommunikasjon er en forutsetning for velfungerende helsetjenester og avgjørende for å unngå uønskede hendelser og feil. Informasjon og kommunikasjon er forbedringsområder i de prehospitaltjenestene, som i helsetjenesten forøvrig. Akutte situasjoner byr på særskilte kommunikasjonsutfordringer. Situasjoner der det står om noens liv og helse gjør noe med formidlingsevnen til de fleste.

Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjeneste uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, alder, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (Meld. St. 16 (2010–2011), (2011)). Pasienter har forskjellige behov og ulike forutsetninger for å kunne motta informasjon, og helsetjenesten må derfor ta hensyn til språk, kultur, funksjonsevne, kompetansenivå og tilgang til digitale kanaler når tjenestene planlegges.

Plikten til å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester følger til dels direkte av helselovgivningen, men også av den generelle plikten til likeverdig offentlig tjenesteyting etter diskrimineringslovverket. Lovgrunnlaget er nærmere beskrevet i NOU 2014: 8 Tolkning i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd (2014), kapittel 5.2.1.

Bruk av tolk i medisinsk nødmeldetjeneste

Behovet for tolk ved AMK-sentralene er stort og økende. AMK-sentralene sender ofte ambulanse, fordi de er usikre på situasjonen på grunn av språkproblemer (NOU 2014: 8, (2014)). Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene stilt krav om det settes i verk tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene. I akuttmedisinforskriften er det krav om at AMK-sentralene i tillegg til norsk skal kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

I Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse svarer to AMK-sentraler at de ikke har et system for tolketjeneste. I en tilsvarende undersøkelse fra 2008 svarte litt over halvparten av de 17 AMK-sentralene som besvarte spørsmålet, at de hadde et system for tolketjeneste (Helsedirektoratet, 2015).

Bruk av tolk i akutte situasjoner kan være utfordrende av logistiske hensyn. Holmgren (2015) beskriver hvordan AMK-operatørene i flere tilfeller unnlot å koble inn tolkesentralen fordi det tok for lang tid.

Flere AMK-sentraler har avtale med private tolkeformidlere. Det innebærer at AMK-operatør setter telefonen i forbindelse med tolk. Erfaringene med bruk av tolkeformidler fra blant annet AMK-Telemark og Vestfold er gode (NOU 2014: 8, 2014). Sykehuset Vestfold har, gjennom en on-line tolketjeneste, tilgang til 4000 tolker som snakker 150 språk og som kan kontaktes døgnet rundt 365 dager i året.

Samisk språkkompetanse

Sametinget påpeker i innspill til Akuttutvalget at AMK-sentralene ikke har samisk språkkompetanse, selv om de skal forholde seg til samiske stedsnavn og samisk språk. Sametinget viser i innspillet til at manglende kunnskaper i samisk språk fører til uklarheter og dårlig kommunikasjon, som kan få alvorlige konsekvenser.

Den medisinske nødmeldetjenesten i flere deler av landet omfattes av samelovens språkregler som gir samiske innringere rett til å bli betjent på samisk. Forståelsen for samiske brukes rett til å motta og gi nødmeldinger på eget språk varierer.

Kunnskap om helsesystemet

I internasjonale undersøkelser framkommer det at store deler av befolkningen har vanskeligheter med å tilegne seg elementær helseinformasjon. Det handler om å kunne orientere seg i helsevesenet, forklare egen helsesituasjon og forstå hva helsepersonell sier (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, 2015). Det finnes ikke noe godt norsk begrep for dette. I Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013) brukes begrepet health literacy om kunnskap om helsesystemet, og der framgår det at enkelte innvandrere har lavere health literacy enn befolkningen for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Det finnes lite kunnskap om innvandreres kjennskap til de prehospitale tjenester og akuttmedisinske tilstander. Holmgren (2015) kommer med eksempler på hvordan mangel på systemforståelse fører til at pasienter eller pårørende ringer 113 i stedet for legevakt for ukompliserte tilstander.

Konsekvenser av språkbarrierer

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelses ekspertnotat til Akuttutvalget (2015) viser til studier som har sett på språkbarrierer i akutte situasjoner. I disse studiene framgår det at:

- Dersom innringer til 911 (i USA) snakket dårlig engelsk, tok det lengre tid for operatørene å identifisere problemet som et hjerteproblem (Bradley, Fahrenbruch, Meischke, Allen, Bloomingdale & Rea, 2011).
- Sjansen for at rett tiltak ble satt i gang ved hjer-teinfarkt gikk ned dersom innringer til 911 i USA snakket dårlig engelsk (Bradley et al., 2011).
- Operatører av nødnummeret 911 i USA mener språkbarrierer påvirket utfallet av tjenesten i negativ retning (Meischke, Chavez, Bradley, Rea & Eisenberg, 2010).
- Personer med svake språkferdigheter utsatte eller unnlot å ringe nødnummer oftere enn befolkningen for øvrig (Ong, Feng, Calhoun, Meische & Tu, 2011).
- Språkbarrierer kan gjøre det vanskeligere å bygge opp nødvendig tillit mellom behandler og pasient/innringer (Hansen & Hunskaar, 2011).
- I akuttmedisinske situasjoner med språkbarrierer, tok det lengre tid og det var større unøyaktigheter i hjelpen som ble gitt (Meischke, Calhoun, Yip, Tu & Painter, 2013).

Boks 9.5 Undersøkelse av AMK-lydlogger

I en kvalitativ undersøkelse av lydlogger ved AMK Oslo framkom det en rekke eksempler på misforståelser mellom AMK-operatør og innringer:

- Innringere med svake norskferdigheter brukte grammatiske uttrykk som skapte misforståelser om når noe hadde skjedd (hun puster ikke versus hun pustet ikke).
- Spørsmål formulert med negasjon (kan han ikke gå?) kan skape forvirring.
- Flere spørsmål stilt samtidig skaper forvirring (er hun våken og puster normalt?).
- Forvirring oppsto når operatøren forsøkte å gi mye og ganske komplisert informasjon samtidig.
- Operatørene forutsatte tidvis mer kunnskap om ambulansesystemet enn det innringer

hadde – for eksempel at lege og ambulanse ikke er det samme eller at det ikke er AMK-operatøren som kjører ambulansen. Dette skapte forvirring og tilløp til konflikt og forsinkelser.

- Konflikt oppsto når en innringer ikke forsto operatørens forklaring om at han skulle få hjelp. Operatøren forsto heller ikke at innringer ikke hadde forstått dette, og konflikten eskalerte helt unødvendig.
- Sterk aksent hos innringer førte enkelte ganger til at operatør ikke forsto innringer.

Kilde: Ekspertnotat fra Nasjonalt kompetanseenheter for minoritetshelse til Akuttutvalget (2015), hentet fra Gerwing og Indseth (2010).

Opplæring i kommunikasjon

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har utarbeidet en kompetanseplan (boks 9.2) som inneholder blant annet konkrete råd for hvordan operatørene i medisinsk nødmeldetjeneste kan få til god kommunikasjon med alle innringere, også dem med annen språklig bakgrunn.

Mangfold

Offentlige myndigheter er pålagt å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme like-stilling i all offentlig virksomhet, kjent som aktivitetsplikten (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2015). De siste årene har det vært en bevisst rekruttering av ansatte med flerkulturell og flerspråklig kompetanse til AMK-sentralene og ambulansetjenesten (NOU 2014: 8, (2014). Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD) påpeker imidlertid at AMK-sentralene og ambulansetjenesten har et forbedringspotensial hva gjelder kommunikasjon, og at det fortsatt er få med fremmedspråklig bakgrunn i disse tjenestene. Virksomhetene har heller ikke noen rekrutteringspolitikk hvor det stilles krav til flerspråklighet (OMOD, 2014).

Tilgang til nødnummer for pasienter med hørselshemming

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven stiller krav om at alle virksomheter rettet mot allmennheten skal være universelt utformet. Rapporten Nødnummer – tilgang for funksjonshemmede (Helsedirektoratet og Deltasenteret, 2008) gir en oversikt over ulike funksjonsnedsettelse og deres muligheter og begrensninger i bruk av nødnumre.

Døve og hørselshemmede som ønsker kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste, kan kontakte Telenors sentral for døve (149) i Mosjøen ved hjelp av spesielt utstyr. Disse håndterer nødsamtaler via teksttelefon på et eget nummer (1412) og kan melde videre til nødmeldesentralene.

Justis- og beredskapsdepartementet har mottatt en rapport fra en arbeidsgruppe som har utredet ulike alternativer for å sende SMS direkte til nødmeldesentralene. Arbeidsgruppen har også vurdert om en slik ordning bør tilrettelegge for ytterligere digital varsling ved f.eks. MMS, e-post, video og GPS for døve og hørselshemmede, samt hele befolkningen på sikt. Arbeidsgruppens rapport er under behandling.

9.5 Utvalgets vurderinger

Legevaktsentralene

Tilgjengelighet

Akuttutvalget mener det er en forventning i befolkningen om god tilgjengelighet til helsetjenester. Utvalget viser til at telefontjenesten i legevaktsentralene har ventetider (aksessstider) på inntil 40 minutter enkelte steder, jf. tilsynsrapporter som omtalt i kapittel 10. Utvalget viser til den sparsomme kunnskapen som hittil har foreligget om faktiske aksessstider i LV-sentralene og mener det er behov for rapportering slik at sammenlikning mellom sentralene er mulig.

Utvalget mener at dersom det stilles krav til aksessetid i LV-sentralene, bør denne ligge mellom krav til aksessetid i fastlegetjenesten og i AMK-sentralene. Dette innebærer at krav til aksessetid i LV-sentraler bør være lengre enn ti sekunder, men kortere enn to minutter for 80 pst. av alle henvendelser. Automatisk telefonsvarer kan i ventetiden veilede innringer om å ringe 113 dersom det står om liv. Utvalget viser til at svært kort aksessetid oppnås i andre land, for eksempel i NHS-24-tjenesten i Skottland som er en nasjonal legevaktsentraltjeneste.

For LV-sentralene foreligger det ikke nasjonale prosesser i retning av å utvikle ny og bedre teknologi som for AMK-sentralene, men innføring av nødnett medfører muligheter for bedre kommunikasjon og samhandling. Utvalget mener det er viktig at de tekniske mulighetene som allerede foreligger tas i bruk for å korte ned aksessstiden i LV-sentralene, og anbefaler dette som en videreutvikling av nasjonalt legevaktnummer. Det er et mål å utnytte ledig kapasitet i LV-sentraler med lite pågang og bidra til kortere aksessetid i LV-sentraler med stor pågang. Utvalget viser til at Helse- og sosialdepartementet peker på muligheten av å koble sammen sentraler i virtuelle nettverk. Samarbeid i nettverk kan ta utgangspunkt i fylkesvise samarbeid eller større, regionale løsninger. Utvalget ser positivt på slike muligheter for å korte ned aksessstiden, men også med tanke på å utvikle LV-sentralenes funksjon ved stor pågang. Dersom samarbeid mellom sentraler i større eller mindre nettverk kan bidra til kortere aksessetid og bedre funksjoner i situasjoner med stor pågang, mener utvalget det er viktig å prøve ut slike løsninger. Eventuelle juridiske og organisatoriske utfordringer ved slikt samarbeid, bør avklares.

På lengre sikt mener utvalget at det er viktig med gjennomføring av nasjonale prosesser i ret-

ning av ny og bedre teknologi i LV-sentralene. Utvikling av systemer for elektronisk beslutningsstøtte, sporingssystemer, integrering av sporingssystemer i elektroniske kartverk, nettbaserte systemer for sending av medisinsk informasjon og journal mellom LV-sentral, vaktlege og ambulansetjeneste, samt muligheter for å sende og motta data fra prøvetaking (EKG, ultralyd og laboratorieprøver) er muligheter som bør utnyttes i tjenesten.

Økt rådgivning og konsultasjoner via telefon og nett

Nye kommunikasjonsformer medfører at dagens telefontjeneste bør suppleres med nettbaserte tjenester hvor innbyggerne veiledes i om de bør ta kontakt med medisinsk nødnummer, legevakt eller annen helsehjelp, slik det er i enkelte andre land. Et nettbasert tilbud bør innrettes slik at det bidrar til å redusere pågangen på legevaktstjenesten. Analyse av pasientbehov og spørsmål som pasienter og pårørende ofte lurer på, er viktig i utformingen av en slik tjeneste. Erfaringer fra andre land som har slike tjenester, bør studeres.

Flere telefonkonsultasjoner i LV-sentralene kan trolig bidra til å avlaste legevaktstjenesten for konsultasjoner på legevaktstasjonen. Med utvikling mot større legevaktdistrikter og lengre reisetid til legevakt vil økt mulighet for telefonkonsultasjon med lege eller sykeleier dessuten bety spart tid og ressurser for pasienter og pårørende. Positive virkninger for ambulansetjenesten kan også bli resultatet, dersom færre besøk på legevaktstasjonene resulterer i færre transporter til legevakt. Samlet sett bør det derfor vurderes å legge økte ressurser i telefonkonsultasjoner i LV-sentralene.

Utvalget mener at en del pasienter har spesielle behov som ikke møtes på en tilstrekkelig god måte i LV-sentralene. Nasjonale telefontjenester som yter service mot alle LV-sentralene, bør utredes og utvikles. Et aktuelt område er innen psykisk helse og rus, med tilgang på psykiatrisk sykepleier eller psykolog. En slik tjeneste må ledes, og forutsetter samarbeid mellom flere sentraler eller nasjonale tiltak. En annen mulig framgangsmåte er at sentrale myndigheter yter tilskudd til 1–2 sentraler for å utvikle tjenester som alle LV-sentraler deretter kan benytte seg av. På samme måte mener utvalget det kan være en god løsning å få etablert avtaler mellom LV-sentralene og ideelle organisasjoner som sikrer tilgang til døgnbaserte telefontjenester til for eksempel personer i livskrise, personer med angst og depresjon mv.

Kompetanse

Utvalgets vurdering er at LV-sentralene må rustes opp faglig for å møte framtidens helsetjeneste. Økte oppgaver til kommunene, større omfang av dårlige pasienter med avansert medisinsk utstyr, ny medisinsk kunnskap og teknologi gjør at medisinsk nødmeldetjeneste stilles overfor nye utfordringer med å sikre riktig og rask respons.

Utvalget mener det er behov for å tydeliggjøre de faglige kravene til tjenesten og styrke kompetansen til operatørene. Utvalget mener det bør utvikles standardiserte opplegg for relevant kompetanseutvikling, herunder retningslinjer for utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering.

Organisering og ledelse

LV-sentralene har gjennomgått betydelige endringer de senere årene. Det har vært en utvikling mot færre LV-sentraler, som dermed får større ansvarsområder. Etter utvalgets skjønn finnes det ikke noe fasitsvar på hva som er optimal størrelse på LV-sentraler. Det er viktig at sentralene har et oppdragsvolum som muliggjør et høyt faglig nivå. På den annen side er mange mindre LV-sentraler effektive fordi lokalkunnskapen hos personellet er høy, noe som styrker samarbeidet mellom legevakt, fastlegetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene.

Utvalget viser til at Helsedirektoratet særlig peker på behov for bedre organisering av LV-sentralene i større enheter på dagtid.

Styring, ledelse og samarbeid

I hovedsak er LV-sentraler interkommunale og dekker ofte flere legevaktdistrikter. Akuttutvalget legger til grunn at ledelsen i det legevaktdistrikt som har en sentral, tar ansvar for å sikre bemanning, prosedyrer og retningslinjer, samt systemer for beslutningsstøtte og hastegradssortering. Større LV-sentraler må ha en operativ leder, og det må vurderes å knytte lege inn i driften av LV-sentralene, på linje med AMK-legens funksjon. Kommuner som deltar i slikt samarbeid må ha klare samarbeidsavtaler og ansvarsavklaringer.

AMK- og LV-sentralene samhandler i en del tilfeller, blant annet om ulykker og større hendelser. I tillegg kommuniserer AMK- og LV-sentraler om en del pasienttilfeller, for eksempel ved tilfeller der pasient først har kontaktet legevakt, men vurderes for innleggelse i sykehus. Utvalget understreker at LV-sentralene må være trent i kommu-

nikasjon med AMK-sentralene, og kjenne rutiner og prosedyrer i medisinsk nødmeldetjeneste. LV-sentralene må også delta i øvelser i samhandling om akuttmedisinske situasjoner der flere aktører inngår.

AMK-sentralene har ansvar for å koordinere akuttmedisinske ressurser. LV-sentralene har i oppgave først å avdekke om en pasienthenvelsel er akuttmedisinsk og tidskritisk og skal overføres til AMK-sentralen for videre håndtering. LV-sentralene har deretter i oppgave å koordinere ressurser i kommunen for pasienter som trenger det, men også å samarbeide med AMK-sentralen om akuttmedisinske pasienter. Eksempelvis kan LV-sentralene fungere som ressurskoordinerende enhet for legevaktpersonell, sykehjemsleger, personell i øyeblikkelig hjelp døgnopphold og personell i hjemmebaserte tjenester. I kommuner der brann- og redningstjenesten assisterer legevaktlege under utrykning og sykebesøk med kjøretøy og sjåfør, kan LV-sentralen også ivareta kontakten med brann- og redningstjenesten om behov for assistanse ved legevaktutrykning.

LV-sentralene må settes i stand til å ha reell kontroll og kommunikasjon med tilgjengelige kommunale ressurser i legevaktdistriktet. Blant annet må LV-sentralene vite hvor lege i vakt befinner seg. Alle sentraler må utstyres med nødvendig utstyr og beslutningsstøttesystemer for å sikre forsvarlig og effektiv kontroll med de kommunale ø-hjelpressursene i distriktet. Dette krever også at kommunens vaktpersonell i helsetjenesten benytter nødnettradio når de er på vakt.

Utvikling av et bredere grunnlag for kommunens ulike vakt- og alarmordninger, herunder overvåkning av alarmer og meldinger fra velferdsteknologiske innretninger hos pasienter og brukere, kan være en viktig utvikling av LV-sentralenes arbeidsområde. Utvalget er positiv til en slik utvikling av LV-sentralene, fordi kommunene i økende grad får ansvaret for dårligere pasienter. Organisering i helsevaktssentraler gir mulighet for større sentraler der moderne kommunikasjonsutstyr og beslutningsstøttesystemer tas i bruk, og gir et potensial for økt involvering og kompetanseoppbygging av flere personellgrupper i kommunene inn mot øyeblikkelig hjelp. Utvalget mener samtidig det må høstes erfaringer med om en slik organisering i helsevaktssentraler styrker eller svekker evnen til å yte kort aksestid og foreta forsvarlig sortering av henvendelser i ulike hastegrader. Utvalget ser positivt på et bredere grunnlag for LV-sentralene, men ser samtidig at LV-sentralenes kjernefunksjoner må ivaretas og utvikles.

Utkalling av akutthjelpere

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ønsker at all utkalling av akutthjelpere fra brann- og redningsvesenet skal skje via brannvesenets 110-sentraler slik at de har oversikt over alle ressurser til enhver tid.

Varsling av frivillige organisasjoner og eventuelt utkalling av personell fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen for å delta med livreddende innsats, må skje enten fra AMK-sentral eller fra LV-sentralen, etter en dialog mellom kommuner og helseforetak. Ansvar for utkalling av akutthjelpere må være tydelig og godt organisert, og kriteriene for utkalling må være tydelige.

AMK-sentralene

Teknologi

Det er behov for velfungerende elektroniske løsninger i AMK-sentraler. Det handler om elektroniske pasientjournaler med oppslag i kjernejournal, innføring av elektroniske beslutningsstøttesystemer og kartløsninger med situasjonsbilde som kan deles av andre nødetater. Nasjonalt anskaffelsesprosjekt for ny teknologi til AMK-sentralene og Program for forbedring av nødmeldetjenesten er løp som på sikt kan gi bedre teknologi i AMK-sentralene.

Tre av fire nordmenn har en smarttelefon (Teknologirådet, 2014). Den teknologiske utviklingen gjør det mulig for publikum å være en aktiv bidragsyter med informasjon ved nødsituasjoner. Det kan være snakk om bilder, video, lyd og GPS-posisjon. Flere varianter av nød-apper er tatt i bruk av mange allerede. AMK-sentralene må legge til rette for denne type kommunikasjon med publikum.

Utvalget påpeker at akuttmedisinforskriften stiller krav om beredskap for å dekke behovet for kapasitet ved større ulykker og kriser og å ha reserveløsninger for AMK-sentralenes funksjoner ved svikt. Utvalget mener at AMK-sentralene snarest mulig må sette i verk tiltak for å etablere overflowløsninger.

Ledelse og samarbeid

En forutsetning for å kunne yte forsvarlige helse-tjenester er at ansvars- og oppgavedeling mellom involvert personell og samarbeidspartnere er avklart. Utvalget mener AMK-sentralene bør ha en definert operativ leder for virksomheten på vakttid. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom

operativ leder og vakthavende AMK-leger må være avklart. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom AMK-sentralene i det enkelte regionale helseforetak, R-AMK og tilgrensende regionale helseforetak må også være avklart for å kunne håndtere hendelser som krever samarbeid mellom flere AMK-sentraler.

Akuttmedisinforskriften krever at AMK-sentralene skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, herunder sette i verk, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag. Utvalget mener at dette ansvaret ikke er fulgt opp med en tilstrekkelig tydeliggjøring av hvilken myndighet AMK-sentralen har til å lede gjennomføring av oppdrag og aksjoner. AMK er i dag formelt sett en kommunikasjonsentral uten fullmakter til å disponere de prehospitale ressursene de rår over eller lede de aksjonene de setter i verk. Dette står i kontrast til situasjonen ved politiets operasjonsentraler. Utvalget er av den oppfatning at en tydeliggjøring/formalisering av AMK-sentralenes ansvar for å beslutte, sette i verk og følge opp tiltak eller ressursdisponeringer, vil styrke pasientsikkerheten, samvirket med de andre nødetatene og den prehospitale logistikken.

Utvalget vil spesielt påpeke behovet for at R-AMK-sentralenes oppgaver tydeliggjøres. Deres operative rolle i samspillet med andre AMK-sentraler ved store hendelser er godt beskrevet i de regionale beredskapsplanene. Det er mindre klart hvilken hjemmel de har til å samordne brukerkrav og bidra til enhetlig systemutvikling innad i regionen og på tvers av regionene. Denne oppgaven framkommer som en anmerkning i Helsedirektoratets definisjonskatalog (2012). Definisjonskatalogen er imidlertid ikke et styrende dokument. Utvalget mener at uklarhet på dette punktet kan bidra til usikkerhet i rollefordelingen mellom AMK-sentralene. De regionale helseforetakene bør klargjøre R-AMK-sentralenes rolle og gi dem nødvendige fullmakter. Arbeidet til R-AMK-forum bør formaliseres. R-AMK bør ha et særlig ansvar for å utvikle samarbeidet mellom helsetjenesten og de andre nødetatene i regionen, herunder sikre gode samarbeidsrutiner med Hovedredningssentralen.

Utvalget mener at koordineringen av ambulanshelikoptrene bør legges til R-AMK-sentralene. Det er i tråd med det overordnede koordineringsansvaret til R-AMK og Luftambulansetjenesten ANS' forslag om å redusere antallet AMK-LA-sentraler for å gjøre denne funksjonen mer profesjonell. Luftambulansen beveger seg ofte over helseforetaks- og AMK-grensene og benyttes som en strategisk ressurs ved større hendelser. Det er da

hensiktsmessig å forvalte denne tjenesten operativt på regionnivå. Det vil også være lettere for Hovedredningssentralen å forholde seg til færre AMK-sentraler i samvirket mellom rednings- og ambulanshelikopterressursene.

Vakthavende AMK-lege forutsettes å ha kompetanse, utstyr og praktisk mulighet til å kunne bistå AMK-operatør og ambulanspersonell ved akuttmedisinske henvendelser eller oppdrag som krever medisinsk-faglig støtte. AMK-lege skal også kunne bistå AMK-operatørene ved større hendelser. AMK-legens beslutningsmyndighet om medisinske forhold og beredskapsmessige hensyn tilsier at det bør etableres bakvaktordninger for vakthavende lege når denne funksjonen ivaretas av lege i vakt med andre funksjoner.

Utvalget mener at R-AMK-sentralene, i kraft av sine viktige beredskapsfunksjoner, har et spesielt behov for en kontinuerlig sterk medisinsk støtte og ledelse. Ved samtlige fire R-AMK-sentraler er det i dag en vakthavende luftambulanselege som også fungerer som AMK-lege. Dette finner utvalget å være for sårbart og mener at disse sentralene må ha en lege kontinuerlig tilstede. Denne legen kan også være en støtte for andre AMK-sentraler i regionen.

Kompetanse

Utvalgets vurdering er at AMK-sentralene må rustes opp faglig for å møte framtidens helsetjeneste. Større grad av funksjonsfordeling, et endret sykdomsbilde, ny medisinsk kunnskap og teknologi gjør at medisinsk nødmeldetjeneste stilles overfor nye utfordringer med å sikre riktig og rask respons.

Utvalget mener at faget medisinsk nødmeldetjeneste er mangelfullt beskrevet og svakt vitenskapelig fundert. Dette medfører store ulikheter med hensyn til operatørens faglige bakgrunn, opplæring og trening. Fagområder som kommunikasjon, språk, krisepsykologi, logistikk og teknologi er områder det synes å være lite oppmerksomhet mot. Utvalget stiller spørsmål om jobbrotasjon mot kliniske sykehusavdelinger er den rette formen for fagutvikling for AMK-operatører.

Utvalget mener det er behov for å tydeliggjøre de faglige kravene til tjenesten og styrke kompetansen til operatørene. Utvalget mener det bør utvikles standardiserte opplegg for relevant kompetanseutvikling, herunder retningslinjer for utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering.

Utvalget forventer at disse spørsmålene blir adressert i den pågående utredningen for optimal

organisering av den akuttmedisinske nødmeldetjenesten og at de blir sett i sammenheng med tilsvarende utfordringer i de andre nødetatene. Det burde være et potensial for et nært samarbeid mellom nødetatene innen området utdanning og trening av operatører ved sentralene.

Organisering

AMK-sentralene har gjennomgått betydelige endringer de senere årene. Det har vært en utvikling mot færre AMK-sentraler. Etter utvalgets skjønn finnes det ikke noe fasitsvar på hva som er optimal størrelse på AMK-sentraler, og utvalget har mottatt sprikende signaler i dette spørsmålet. Det er imidlertid viktig at sentralene har et oppdragsvolum som muliggjør et høyt faglig nivå. Framtidige store IKT-investeringer og utvikling av redundante løsninger kan tilsi at antallet sentraler må begrenses av økonomiske grunner.

Utvalget har vansker med å forstå at behovet for lokalkunnskap skal legge sterke føringer for antall AMK-sentraler. Det er av stor betydning å ha tilgang til god og oppdatert informasjon om hvilke veier som er åpne, lokale vær- og føreforhold, vaktberedskap ved ulike legevakter, legevaktssentraler, ambulansestasjoner og frivillige organisasjoner, beredskap, rutiner og kompetanse ved sykehusene i området og eventuelle særtrekk ved helsesituasjonen til befolkningen. Det er imidlertid vanskelig å se at dette ikke kan leveres vesentlig bedre og med større regularitet gjennom digitale informasjonssystemer enn ved personlig lokal kunnskap hos den enkelte AMK-operatør. Utvalget har ikke funnet eller fått demonstrert gode systemer som sikrer lik eller sammenliknbar personlig lokalkunnskap hos de ulike operatørene.

Det er også naturlig å forutsette at AMK-sentralene samarbeider tett med lokale ambulansetjenester og legevakter/legevaktssentraler i gjennomføring av de enkelte oppdrag og at det gjennom dette samarbeidet tilføres ytterligere lokal kunnskap om pasient og lokale ressurser som har betydning for gjennomføring av oppdraget. Utvalget er derfor av den oppfatning at andre forhold enn lokalkunnskap bør veie tyngre ved planlegging av framtidig AMK-struktur. Viktige faktorer er mulighet for å rekruttere kompetente medarbeidere, tilstrekkelig volum av komplekse hendelser til å opprettholde god kvalitet på oppdrags håndteringen, nærhet til relevante helseinterne fagmiljøer og mulighet for samvirke med samarbeidende nødetater samt mulighet for å investere i

trygge og redundante teknologiske løsninger og bygg.

Da Sykehuset Innlandet i 2005 reduserte antall AMK-sentraler fra seks til én, var erfaringen at god involvering av berørte aktører og interessenter var en suksessfaktor (presentasjon av Geir Kristoffersen og Arne Stokke til Akuttutvalget 7. mai 2015). AMK-området er større enn Danmark i utstrekning og har i underkant av 400 000 innbyggere. Tiltaket har medført større profesjonalitet i sentralen, men det framheves at lokalkunnskap om sykehusenes funksjonsfordeling og rutiner for utkalling av ressurser i kommunene må ivaretas.

Utvalget mener det er nødvendig å legge til rette for et godt samvirke mellom AMK-sentralene og operasjonssentralene for brann og politi. De to sistnevnte vil bli samlokalisert i framtiden. Det legges til rette for at også AMK kan samlokaliseres med disse (jf. avtale mellom regjeringspartiene og Venstre om grunnlaget for et framtidsrettet, robust nærpolti). Utvalget har ikke grunnlag for å ta stilling til om slik samlokalisering er den rette løsningen for alle AMK-sentraler. Vestre Viken HF har høstet gode erfaringer med samlokalisering i Drammen. Andre AMK-sentraler har et så integrert samvirke med sykehuset at en utflytting derfra virker uhensiktsmessig. Som et eksempel nevnes AMK Tromsø, som tilkaller ulike sykehusspesialister til sentralen når det settes opp videobasert akuttmedisinsk konferanse (VAKe) med Longyearbyen sykehus på Svalbard eller legesentre i landsdelen.

Utvalget mener at mest mulig sammenfallende operasjonsområder for de tre nødetatene vil fremme samarbeidet. Det blir da færre instanser å forholde seg til.

Utvalget viser til at Helse- og omsorgsdepartementet leder en utredning om optimal organisering av nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene som vil kunne si noe om framtidig organisering av AMK-sentralene og hvordan det påvirker kvaliteten på tjenestene.

Felles risiko- og sårbarhetsanalyser, felles akuttmedisinske planer og felles resultatmål er sentrale faktorer for godt samvirke mellom helseforetak og kommuner, inkludert deres nødmeldesentraler. Dette er omtalt i kapittel 7.

Utvalget er tilfreds med at ordningen med tre nødnumre videreføres.

Kommunikasjon

Utvalget mener det er en grunnleggende forutsetning for likeverdige helsetjenester at pasienter får informasjon på et språk de forstår slik at de kan

ivareta egen helse og at informasjonen er tilpasset brukerens individuelle forutsetninger. Utvalget slutter seg derfor til utfordringsbildet som er beskrevet i NOU 2014: 8 Tolkning i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd og de tiltakene som er beskrevet for å sikre en bedre tolketjeneste.

Utvalget viser til at det i akuttmedisinforskriften er krav om at AMK-sentralene i tillegg til norsk skal kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap for tolketjenesten for samiske språk og aktuelle fremmedspråk. Oslo Universitetssykehus har etablert en tolkesentral og utvalget mener det er naturlig å se hen til erfaringer derfra når det gjelder å etablere tolketjenester for prehospitale tjenester mer generelt. Enkelte AMK-sentraler synes å ha valgt fornuftige løsninger som nødmeldetjenesten forøvrig bør vurdere.

Fra 2012 ble det lovpålagt med systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Utfordringer knyttet til språk- og kulturbarrierer bør bli en fast del av opplæring, kvalitets sikring og evalueringsrutinene for helsepersonell. Jevnlig gjennomgang av lydlogger med henblikk på kommunikasjonsutfordringer må være en del av tjenestens kvalitetsforbedring.

All kommunikasjon ved AMK blir logget og kan erfaringsmessig bli gjort offentlig tilgjengelig. Dette representerer en betydelig belastning for operatørene. For å sikre rekruttering av operatører med de ferdighetene som arbeidet krever, er det nødvendig å finne en tilfredsstillende balanse mellom pasientens rettigheter, helsevesenets dokumentasjonsbehov og ansattes personvern.

9.6 Utvalgets forslag

- Tekniske muligheter bør tas i bruk for å korte ned aksesstiden i LV-sentralene.
- Samarbeid mellom LV-sentraler kan styrke tjenesten og bidra til å gjøre sentralene mer robuste ved ulykker og større hendelser. Etablering av nettverk av LV-sentraler bør prøves. Felles ledelse bør prøves ut, med sikte på kompetanseutvikling og trening i samhandling om akuttmedisinske situasjoner.
- Dersom det stilles krav til aksesstid i LV-sentralene, bør det ligge mellom krav til aksesstid i fastlegetjenesten og AMK-sentralene.
- Organiseringen av LV-sentraler må sikre at sentralene kan oppfylle krav til tjenesten, og blant annet sikre kontroll med akuttmedisinske ressurser og effektiv kommunikasjon med

lege i vakt og med AMK-sentralene. Ansvaret for LV-sentral bør ikke legges til fastlegekontor.

- Det bør legges økte ressurser i telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier i LV-sentralene fordi det kan spare ressursbruk til konsultasjoner og transport, og gir spart tid og ressurser for pasienter og pårørende.
- Utvikling av nasjonale telefontjenester som yter service mot alle LV-sentralene, bør utredes og utvikles. Et aktuelt område er innen psykisk helse og rus.
- Legevaktsentraler og AMK bør ha tilknyttet spesialsykepleiere med akuttpsykiatrisk kompetanse, slik at de kan ha egne konsultasjoner med pasienter på telefon.
- Nettbasert rådgivning og veiledning bør etableres innenfor medisinsk nødmeldetjeneste. En viktig del av veiledningen bør ta sikte på å gi råd til pasienter og pårørende om deres helseproblem kvalifiserer for kontakt mot medisinsk nødnummer, legevaktjenesten eller fastlegjetjenesten, eventuelt andre helse- og omsorgstjenester.
- AMK-sentralene må ta i bruk logistikkverktøy og etablere nødvendig beslutningsstøtte. Medi-

sinsk indeks bør valideres og gjøres tilgjengelig som elektronisk beslutningsstøtteverktøy.

- En nasjonal veileder bør utvikles med krav til kompetanseutvikling i medisinsk nødmeldetjeneste, herunder retningslinjer for utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering. Det bør samarbeides med de andre nødetatene om dette.
- Behovet for høyere utdanningstilbud i medisinsk nødmeldetjeneste og akademiske lærer- og forskerstillinger i faget bør utredes.
- En nasjonal veileder som kan bidra til avklaring av ansvar, roller og funksjoner i AMK-sentralene bør utvikles. Veilederen bør tydeliggjøre hvordan AMK-sentralen ledes operativt.
- De regionale helseforetakene bør klargjøre R-AMK-sentralenes rolle og gi dem nødvendige fullmakter. Likeledes formaliseres arbeidet til R-AMK-forum.
- AMK-sentralenes myndighet til å kunne lede oppdrag og aksjoner bør tydeliggjøres.
- Koordinering av luftambulanssevirkomheten (AMK-LA-funksjonen for ambulanshelikopter) i hver region bør legges til R-AMK.
- R-AMK bør få lege i kontinuerlig tilstedevakt.

Kapittel 10

Øyeblikkelig-hjelptilbudet i kommunene

10.1 Dagens organisering, ledelse og styring

Ifølge akuttmedisinforordningen har kommunene ansvar for sin del av den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. Kommunenes helse- og omsorgstjenester er pliktig til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, herunder øyeblikkelig hjelp.

De fleste kommuner organiserer sektoransvaret for helse og omsorg i samme organisatoriske enhet, ledet av en kommunaldirektør eller enhetsleder for helse og omsorg. Inn under dette ansvarsområdet hører fastlegene, legevakttjenesten og pleie- og omsorgstjenester, samt ansvar for øvrige helsetjenester og kommunalt psykisk helsevern og rusomsorg. Barnevern og sosialtjenester inngår i sektoransvaret i enkelte kommuner. Som oftest er hver deltjeneste organisert i egne enheter og med eget personell og ledelse.

Kommunelege I eller kommuneoverlege er medisinsk-faglig rådgiver i kommunen og har et særlig ansvar for helsemessig beredskap i tilfelle kriser og katastrofer som en del av sitt ansvar for det samfunnsmedisinske legearbeidet. Fastlegene har i oppgave å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sine lister i åpningstiden og har plikt til å delta i legevakt.

Det er først og fremst legevaktsentral, legevakttjenesten og ø-hjelp døgntilbud som er den kommunale døgnerberedskapen med oppgave å yte øyeblikkelig hjelp, men også fastleger og omsorgstjenester yter øyeblikkelig hjelp. Base for trygghetsalarm, sosiale vaktteam og barnevernvakt er eksempler på andre kommunale tjenester som har beredskapsfunksjon. Kommunal brann- og redningsetat deltar ofte i akuttmedisinske situasjoner og utgjør en viktig del av kommunenes akuttberedskap. I mange kommuner utfører brann- og redningsetaten utrykning til akutt skade og sykdom, som for eksempel akutt hjertesans, jf. omtale i kapittel 8.5.

Kommunenes styring av tjenestene avhenger av om tjenesten er organisert kommunalt eller utføres av private. Fastlegetjenesten består av stort sett selvstendige næringsdrivende leger som kommunen inngår avtaler med. Avtalene danner grunnlag for kommunens styring, som også finner sted gjennom lokalt samarbeidsutvalg mellom kommune og fastleger.

Kommunene har mulighet til å pålegge selvstendig næringsdrivende leger andre allmennlegeoppgaver i kommunen, som f.eks. arbeid i sykehjem og helsestasjon/skolehelsetjeneste. Kommunene kan også fritta fra deltakelse i legevakt. Legevakttjenesten styres enten gjennom avtaler med selvstendig næringsdrivende eller ved ansettelsesforhold i kommunen. Ledelse i legevakttjenesten ligger som oftest hos daglig leder og legevaktsjef, som regel i en form for todelt ledelse der daglig leder har et samlet driftsansvar samt ansvar for sykepleiebemanningen, mens legevaktsjef har ansvar for legebemanningen.

Kommunestyret er med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og akuttmedisinforordningen § 4 pålagt å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som regionalt helseforetak bestemmer. Slike avtaler er etablert med oppretting av samarbeidsorganer mellom kommuner og helseforetak som følger opp avtalene. Tjenestavtale 11 omfatter planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. kapittel 5.

Organisatorisk fragmentering

Ifølge Grimsmo & Magnussen (2015) er primærhelsetjenesten preget av organisatorisk fragmentering. Tjenestene er ofte organisert i små og fysisk adskilte selvstendige resultatenheter og uten felles faglig ledelse. Tjenestene kan operere med hvert sitt journalsystem. Fragmenteringen i primærhelsetjenesten beskrives som alvorligere enn i spesialisthelsetjenesten. Intermediæravdelinger, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud og lokal folkehelsevirksomhet er organisert

som egne virksomheter, mange også som interkommunale ordninger med liten tilknytning til kommunenes øvrige aktivitet.

10.2 Portvaktfunksjon og betydning for samlet ressursbruk

Betydelige ressurser stilles til disposisjon i den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus, både i form av personell, medisinsk utstyr og kjøretøy. I en del tilfeller er det stor usikkerhet om pasientens situasjon, og det kan være vanskelig å avgjøre rett ressursbruk. Samhandlingsreformen har gitt kommunene et større ansvar for pasientbehandling og deres øyeblikkelig hjelp-kapasitet er økt gjennom etablering av ø-hjelp døgnplasser, jf. tekstboks 10.1. Dette reflekteres i SAMDATA 2014, som viser en nedgang i ø-hjelpinnleggelser i sykehus fra 2012 til 2014 (Huseby et al., 2015). Samlet sett har dette trolig medført lavere ressursbruk for samfunnet samlet sett, selv om det foreløpig foreligger få analyser som viser dette.

For lav bemanning på legevakt eller manglende tilrettelegging for sykebesøk og utrykning kan innebære en økonomisk besparelse for kommunen. Slike forhold vil kunne påføre spesialisthelsetjenesten økte kostnader i form av mer ambulansetransport og unødvendige sykehusinnleggelser. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2009) har illustrert dette i sin handlingsplan:

«Dersom legevakta i utgangspunktet tek hand om 96 pst. av pasientane sjølve og sender 4 pst. til sjukehus, men endrar dette med éin prosent til å ta hand om 95 pst. sjølve og sende 5 pst. til sjukehus, vil sjukehuset oppleve ei auke i pasientstraumen på heile 25 pst.»

Enkelte studier har sett nærmere på mulighetene for at større innsats fra kommunene og fra desentralisert spesialisthelsetjeneste kan medføre færre ø-hjelpinnleggelser i sykehus. En studie av akuttinnleggelser fra Værnesregionen interkommunale legevakt med et befolkningsgrunnlag på ca. 29 000 mennesker tyder på at det kan være mulig (Lillebo, Dyrstad & Grimsmo, 2012). Legevaktleger ble bedt om å angi om sykehusinnleggelser kunne vært unngått, gitt seks alternative helsetjenestetilbud: innleggelse i distriktsmedisinsk senter, distriktpsikiatrisk senter eller i sykehjem, time ved spesialistpoliklinikk neste dag, intensiv hjemmesykepleie eller observasjonsmulighet ved legevakten. Studien omfattet 1083 legevaktkonsultasjoner i 2011, som resulterte i 152 innleggelser (14 pst.). En femdel av innleggelserne ble angitt som unngåelige. Innleggelse i distriktsmedisinsk senter, time ved spesialistpoliklinikk neste dag eller innleggelse i sykehjem var de mest aktuelle alternativene. Forfatterne konkluderte med at nye samhandlingstiltak, slik som kommunale øyeblikkelig hjelp-senger i distriktsmedisinsk senter og/eller sykehjem, kan bidra til å redusere antallet sykehusinnleggelser. I tillegg tydet resultatene på at spesialisthelsetjenesten bør utvide sitt akuttpolikliniske tilbud.

Boks 10.1 Samhandlingsreformen

Et mål med samhandlingsreformen, som ble vedtatt i Stortinget i 2010, var at kommunene skulle ta et større ansvar for pasientbehandling og at helsetjeneste utøves på det lavest mulige effektive nivået (LEON-prinsippet), (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009). Bedre pasientforløp og mer samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger var andre viktige mål. Reformen innebar at kommunene skulle øke sin øyeblikkelig hjelp-kapasitet gjennom etablering av ø-hjelp døgnplasser.

Primærhelsetjenestens rolle som portvaktfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten, er ikke svekket, men snarere forsterket gjennom samhandlingsreformen. Kommunene må i større grad enn i dag foreta reelle avveininger av

om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten (Prop. 91 L (2010–2011), 2011).

Behandling av stadig flere pasienter i spesialiserte og funksjonsdelte sykehus er både ressurskrevende og ikke nødvendigvis til beste for pasientene. Samhandlingsreformen har lagt vekt på at generalistkompetansen er sentral for å behandle pasienter med forverring av kroniske og sammensatte lidelser, og har forutsatt at mer av pasientbehandlingen skal skje på kommunalt nivå. Reformen er fulgt opp med endret lovgivning, blant annet ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2012 og ny akuttmedisinforskrift i 2015.

10.3 Større helhet og interkommunalt samarbeid

Et viktig utviklingstrekk er at flere kommuner finner nye måter å utnytte ressursene på, gjennom felles organisering av tjenester som i dag er hver for seg. Økt interkommunalt samarbeid om legevaktstjenesten, er et annet tydelig utviklingstrekk.

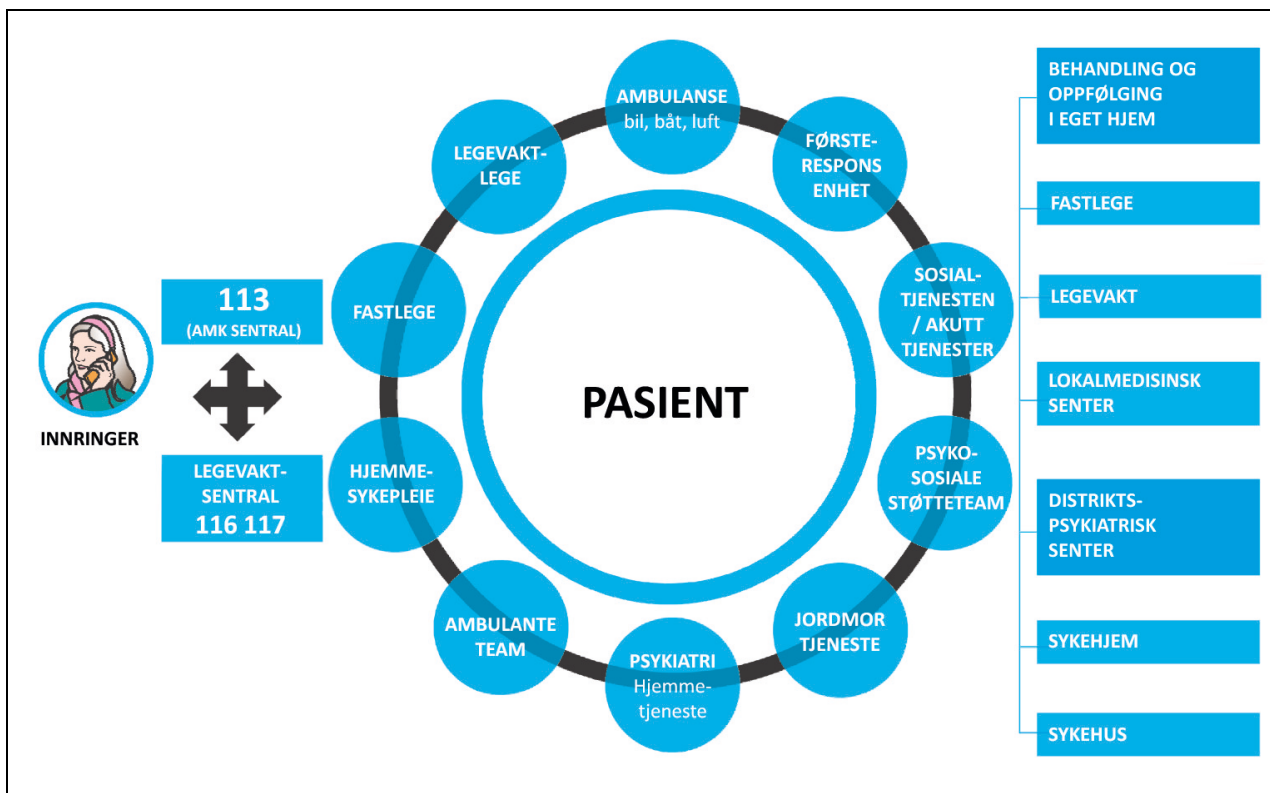
10.3.1 Større helhet – felles organisering og samlokalisering

Prosser i retning av større helhet og felles organisering av flere tjenester er igangsatt i mange kommuner. Flere kommuner utvikler nye løsninger ved at flere tjenester organiseres sammen med felles personellressurser. I mange kommunale ø-hjelp døgntilbud (ØHD) brukes legevaktlege som felles legeressurs, og planlagt legevisitt organiseres i tillegg til at legevaktlege tilkalles ved behov.

Samlokalisering av ulike helse- og omsorgstjenester gjøres av mange kommuner i stor eller liten bredde. Et eksempel på stor bredde finnes i Valdres lokalmedisinske senter, jf. tekstboks 10.2. Liknende lokalmedisinske sentre med samling av tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenestene finnes flere steder i landet, blant annet på Ål, Otta og i Alta.

I alt 33 pst. av landets legevakter er samlokalisert med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og i 39 pst. av landets legevakter er tilsyn med pasienter i de kommunale ø-hjelp døgntilbudene en del av legevaktlegens faste oppgaver. Samlokalisering av legevakt med sykehus er også vanlig, og 17 pst. av dagens legevakter er samlokalisert med sykehus (Mørken, Midtbø & Zachariassen, 2014). Det finnes flere eksempler på at kommuner som er i dialog om et legevaktsamarbeid, går ut fra nærheten til et lokalsykehus som avgjørende for en felles, framtidig legevakt. Tilgang til laboratorie- og røntgentjenester ser ut til å være et viktig hensyn, et annet kan være trygghet for personellet fordi det kan være lettere å rådføre seg med sykehuspersonell, spesielt om pasienter som vurderes innlagt.

Samlokalisering av legevakt med ambulansesasjon eller andre nødetater kan ha betydning for legevaktens evne til å dra i sykebesøk eller utrykning. Bare 8 pst. av legevaktene i landet er samlokalisert med ambulansesasjon. Samlokalisering av legevakt med andre nødetater (brann, politi) er relativt sjelden, men er gjort i Samnanger og Os, samt i Gran og Lunner. Samnanger og Os interkommunale legevakt er samlokalisert med brannvesenet i Os. Denne legevakten har eget utryk-



Figur 10.1 Den utvidete akuttmedisinske kjede.

Kilde: Helsedirektoratet, Nødnettprosjektet, 2014

ningskjøretøy, og brannmannskaper bidrar med sjåfør om ikke sykepleier er tilgjengelig.

Felles akuttmottak (FAM)

Der legevakt lokaliseres i sykehus, viser utviklingen at kommuner og helseforetak foretrekker at legevakten drives av kommunen og ikke er en del av sykehusets organisasjon. Forrige akuttutvalg var positive til at man opprettet felles akuttmottak (FAM) der legevakten er integrert eller samorganisert med sykehusets akuttmottak i et felles eierskap og felles ledelse (NOU 1998: 9, 1998). Dette forslaget ble fremmet på et tidspunkt da 6 pst. av legevaktene var organisert med felles akuttmottak med sykehus. I St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap (2000) 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 2014 er det registrert fem felles akuttmottak, eller 3 pst. av alle legevakter (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014). Felles akuttmottak er 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 spar-

som dokumentasjon på effektene av FAM-modellen for norsk legevakt. Nklm har framholdt at integrering av legevakt i akuttmottak kan svekke legevaktens portvaktfunksjon. Det kan føre til økt ressursbruk i sykehusene og økt bruk av lett tilgjengelig teknologi og diagnostisk utstyr uten nyttig helseeffekt (Nklm, 2009).

10.3.2 Interkommunalt samarbeid om legevakt

Interkommunalt samarbeid er i dag den dominerende organisasjonsformen. I 17 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 to fylker, Oslo og Finnmark, har en klar dominans av kommunale legevakter og få interkommunale løsninger. Hver interkommunal legevakt dekker i snitt tre kommuner. I alt 80 pst. av landets 428 kommuner er dekket av 111 interkommunale legevakter. Kun 80 av landets 428 kommuner hadde i 2014 en ren kommunal legevakt.

Utviklingen er et resultat av en tydelig politikk fra sentrale helsemyndigheter. Forrige akuttutvalg foreslo i NOU 1998: 9 å vurdere en sammenlåing av flere vakt-distrikter, og dette ble fulgt opp i St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap (2000) som konkluderte med at det bør gis tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt. Kostnadsundersøkelser forelå i 2004 og 2006 (Hem, 2004; Holmøy, 2006) og viste blant annet høyere kostnader per innbygger i interkommunale legevakter med få innbyggere, store geografiske områder og høy andel spredtbygde bosetting. Et særskilt tilskudd til etablering av nye interkommunale legevakter ble gitt fra staten fra 2008 til 2014.

Legevaktbelastningen kan reduseres ved andre tiltak enn sentralisering av legevaktene. Nye arbeidsoppgaver som observasjonssenger og ØHD-enheter er en mulighet for kommunene til å få flere leger som kan dele på vaktene i legevakt. Dette er et alternativ til sentralisering av legevakter som mange leger har ønsket seg for å få redusert vaktbelastning (Brandstorp, 2014).

Momenter til vurdering av interkommunalt samarbeid om legevakt

Akuttutvalget har gått gjennom flere utredninger og kommunestyresaker fra kommuner som de siste årene har deltatt i prosesser med sikte på å endre organiseringen av legevaktstjenesten. Slike prosesser er ofte langvarige og utfallet i de fleste

Boks 10.2 Under samme tak – legevakt, kommunale ø-hjelpesenger og omsorgstjenester

Våren 2015 ble Valdres lokalmedisinske senter etablert i et nybygg i Fagernes i et samarbeid mellom seks Valdreskommuner. Her er samlet en rekke helse- og omsorgstjenester fra både kommune, fylkeskommune og helseforetak. Av tjenester med heldøgns beredskap er interkommunal legevakt, legevaktsentral, intermedisæravdeling med kommunale akutte døgnplasser. Nord-Aurdal kommune skal ha lokaler for hjemmetjenestene med heldøgns beredskap og sykehjem. I tillegg kommer jordmøtjeneste i døgnkontinuerlig 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: Personlig meddelelse oktober 2014 Toril Naustdal, Nord-Aurdal kommune

sakene har vært tilslutning til interkommunal organisering. De hensynene som vektlegges og omtales i de kommunestyresakene utvalget har gått gjennom, er:

- Legenes vaktbelastning og hensynet til rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten trekkes fram i samtlige kommunestyresaker og er den viktigste fellesnevner. En del kommuner har problemer med å få til en stabil fastlegetjeneste og få fastlegene til å delta i legevaktjenesten, og benytter derfor turnusleger og vikarer.
- Høy vikarbruk, mange utenlandske vikarleger, høy andel turnusleger og få fastleger medvirker til økt risiko og sårbarhet for tjenesten.
- Tilgjengelighet for innbyggerne reduseres i alle andre kommuner enn legevaktens vertskommune, men det legges samtidig vekt på at bilambulans og luftambulans har god tilgjengelighet og håndterer de mest akutte tilfellene. En stor del av legevaktjenestens aktivitet er knyttet til henvendelser som kan vente og kan håndteres av fastlegene på et senere tidspunkt.
- Evne til å foreta utrykning og sykebesøk omtales i liten grad. I stedet henvises det enkelte steder til at akutt syke og skadde ivaretas av ambulansetjenesten, og at de fleste uansett skal til sykehus. Få kommuner drøfter om bemanningen i en framtidig interkommunal legevakt er tilstrekkelig til å ivareta behovet for å kunne foreta utrykninger og sykebesøk.
- Det er sjelden argumenter for lavere utgifter ved en interkommunal løsning. Enkelte kommuner med høye kostnader til vikarer i legevaktjenesten, argumenterer imidlertid med at det kan være gunstig økonomisk å inngå i et kommunesamarbeid.
- De fleste saker legger opp til en kostnadsdeling mellom kommunene for kostnadene knyttet til én legevaktstasjon. Det er få eller ingen eksempler på hovedstasjon/satellitt-organisering. I tilfeller der enkeltkommuner oppretter en bakvakt eller tilstedevakt på kveldstid som en forsterkning av det interkommunale tilbudet, skjer som regel ingen kostnadsdeling.
- Kvalitet og sikkerhet er hensyn som sjelden omtales.

Samfunnsøkonomiske avveininger der gevinsten for samfunnet av en døgnbasert legevakt i egen kommune sees opp mot kostnadene, er som regel fraværende i utredninger og beslutninger i kommunene.

Reisetid til legevakt og betydning for etterspørselen etter legevaktjenester

Interkommunalt samarbeid om legevakt betyr at legevaktdistriktene blir færre og større med økt avstand og reisetid til legevakt. Om lag fem pst. av befolkningen, eller 260 000 innbyggere har mer enn 40 minutters reisetid til nærmeste legevakt. Noe under to pst. av landets befolkning eller om lag 84 000 innbyggere har mer enn 60 minutters reisetid (Raknes, 2015).

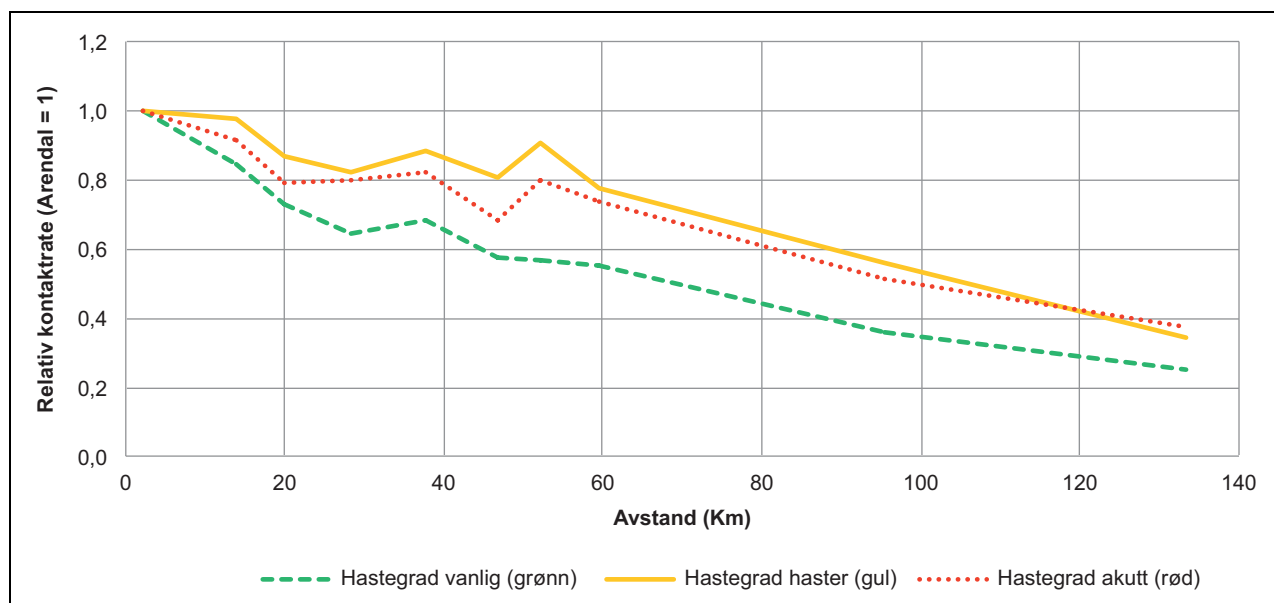
Fordi tallene for reisetid er basert på gjennomsnittstall, har enkelte innbyggere betydelig lenger reisetid. Lengste gjennomsnittlige reisetid til legevakt i en kommune er 130 minutter. Reisetid er beregnet ved bruk av privatbil i henhold til fastsatte fartsgrenser på vei (Raknes, Morken & Hunskaar, 2014).

Kommuner med lang avstand til legevakt er særlig lokalisert til fylkene Oppland, Nordland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.

Utvalget har gjennomgått reisetidsdataene fra studien av Raknes, Morken og Hunskaar (2014) og sammenstilt med organisasjonsdata fra Nklm. Resultatene viser at samtlige kommuner som har lenger reisetid enn 40 minutter, enten er med i interkommunale legevaktssamarbeid eller benytter legevakt i annen kommune om natten og/eller i helgene. Funnene viser at lengre reisetid enn 40 og 60 minutter i hovedsak inntreffer i interkommunale legevaktdistrikter som dekker store geografiske områder, og gjelder kommuner i ytterkantene av distriktet. Reisetidsdataene ble innhentet i 2011.

Nklm har utført ulike studier i løpet av 2013 og 2014 som viser at avstand til legevakt er en avgjørende faktor for hvordan innbyggerne bruker legevakten. Ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsratene kan ikke forklares ut fra medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold.

Den første studien, (Raknes & Hunskaar, 2013), bygget på data fra Arendal legevaktdistrikt som i 2011 dekket ti kommuner i Aust-Agder og Telemark i et interkommunalt legevaktdistrikt på om lag 90 000 innbyggere. Studien viste at etterspørselen etter legevaktjenester falt med økt reisetid, jf. figur 10.2. 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. Femti km økt reisevei var assosiert med en firedels reduksjon i sykebesøksrate fra legevaktlege. Studien viste også en signifikant nedgang i antall røde og gule kontakter (hastegrad akutt og haster), selv om fallet i etter-



Figur 10.2 Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten, fordelt på hastegrad akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn).

Kilde: (Raknes og Hunskår, 2013)

spørselen er størst for henvendelsene med hastegrad vanlig (grønn respons).

En studie fra 315 av landets kommuner (Raknes, Morken og Hunskår, 2014) bekreftet at lang reiseavstand til legevakt er assosiert med redusert bruk av legevakt. 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 ifølge artikkelforfatterne tolkes slik at innbyggere perifert i store legevaktdistrikter reelt sett har dårligere tilgang til akuttmedisinske primærhelsetjenester enn innbyggere med kortere avstand til legevakt.

En studie på oppdrag fra Akuttutvalget konkluderer med at det ikke er signifikant samvariasjon mellom reisetid til legevakt og innleggelser i sykehus (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2015). Med andre ord det ikke flere sykehusinnleggelser per innbygger i befolkning som bor langt fra legevakt. I stedet tyder studien på det motsatte, at det er en ikke-signifikant tendens til at andelen innleggelser per innbygger kan være så mye som 10 pst. høyere ved korte avstander til legevakt enn ved lange avstander, etter at det er kontrollert for avstand til sykehus.

10.4 Øyeblikkelig hjelp og legens rolle

10.4.1 Omfang av øyeblikkelig hjelp

Kommunenes beslutningsgrunnlag for å vite noe om behovet for øyeblikkelig hjelp i egen kommune er begrenset. Det samles ikke inn data på kommunenivå over omfanget av ø-hjelptjenester til innbyggerne. Et utgangspunkt for å vite noe om behovet for øyeblikkelig hjelp i en kommune, er å ta utgangspunkt i de mest akutte hendelsene. I én studie fra en norsk kommune ble samtlige akutte sykdoms- og skadetilfeller registrert over en toårsperiode fra 2005 til 2007, jf. tekstboks 10.3. Studien ble gjort i Austevoll kommune der det i studieperioden var omlag 4400 innbyggere, og der det er tradisjon for at kommunens leger involveres i alle tilfeller av sykdom og skade (Rørtveit & Hunskår, 2009). Studien samlet informasjon om alle akutte tilfeller som ble meldt inn til AMK, legevaktsentral, legevaktlege og fastleger, og gir dermed den mest omfattende registrering som er foretatt av akutt sykdom og skade i befolkningen i en kommune. Legene som deltok i studien, avgjorde i hvert enkelt tilfelle om pasienten skulle kategoriseres som akuttmedisinsk, ut fra en individuell vurdering og ikke ut fra medisinsk indeks. De fleste pasientene ble kategorisert i hastegrad akutt (rød respons) ved første kontakt.

Ett hovedfunn i studien var at omfanget av akuttmedisinske hendelser ble registrert til 27 hendelser per 1000 innbyggere per år (hendelse-

Boks 10.3 Austevoll-studien

I alt 236 akuttmedisinske hendelser ble varslet og registrert av legene i Austevoll-studien i løpet av to år.

- Det var langt mer akutt sykdom enn skade: 84 pst. av hendelsene var akutt sykdom, 16 pst. akutt skade.
- De akuttmedisinske hendelsene omfattet et stort spekter av diagnoser, i alt 62 ulike ICPC-diagnoser, og var ikke avgrenset til noen få kjernetilstander.
- I alt 68 pst. av de akuttmedisinske hendelsene resulterte i at pasienten(e) ble sendt til sykehus. I 94 pst. av hendelsene deltok ambulanspersonell.
- Første kontakt ble tatt til legevaktsentralen i 43 pst. av de akuttmedisinske hendelsene, til AMK-sentralen i 36 pst og til legekontor i 13 pst. av hendelsene. 8 pst. ble meldt på andre måter.

Kilde: Rørtveit & Hunskaar (2009)

sinsidens). I over halvparten av tilfellene ble pasienten, etter vurdering av lege, vurdert til en annen hastegrad enn pasienten fikk ved første kontakt. I 43 pst. av tilfellene ble hastegraden redusert etter at pasienten var blitt sett til av lege, mens det i 11 pst. skjedde en oppgradering av hastegrad (Rørtveit, Meland & Hunskaar, 2013).

Få andre studier har sett på forekomsten av akutt sykdom og skade i en befolkning i en kommune, men enkelte studier har sett på omfanget av røde responser fra AMK-sentraler. Ellensen, Wisborg, Hunskaar & Zakariassen (2014) samlet inn alle henvendelser som fikk hastegrad akutt (rød respons) fra et tidsrom på 72 timer fra alle AMK-sentraler i Norge, og fant en rød responsrate på 21 per 1000 innbyggere per år. Zakariassen, Burman & Hunskaar (2010) gjorde en tre måneders registrering av røde responser fra tre AMK-sentraler som viste en hendelsesinsidens på 25 per 1000 innbyggere per år. Ut fra disse studiene er det rimelig å anta at rød respons definert i AMK og ringt inn på nødnummer 113 ligger rundt 20–25 hendelser per år per 1000 innbyggere.

10.4.2 Legens rolle i akuttmedisinske situasjoner

Selv om alle kommuner er lovpålagt å yte øyeblikkelig hjelp, viser erfaring at en del kommuner

organiserer sine tjenester slik at ambulansetjeneste og spesialisthelsetjeneste for en stor del håndterer akutt sykdom og skade uten involvering fra legevakt eller fastlege.

Ambulanspersonell har en viktig ambulansesfaglig kompetanse med kompetanse i akuttmedisinske prosedyrer og operativ erfaring. Legen på sin side har kompetanse i den medisinske vurderingen av pasienten og kan diagnostisere og sette i verk mer avansert medisinsk behandling på stedet. Når ambulanspersonell sendes ut på vurderingsoppdrag der det er usikkerhet om pasientens tilstand, opplever imidlertid mange ambulansesfagarbeidere at de mangler støtte fra lege. Flere studier har påvist dette, blant annet Momyr & Kindt (2011) og Hjortdahl, Zakariassen & Wisborg (2014).

Leger i det prehospital rom har ikke bare en portvaktfunksjon, men en viktig rolle i å sikre pasienten medisinsk forsvarlig oppfølging og behandling. I samarbeid med annet helsepersonell har legen beslutningsansvar i medisinske spørsmål jf. Helsepersonelloven § 4. I det prehospital rom innebærer denne rollen også å ta stilling til hva som er det rette behandlingsnivået for den enkelte pasient, inkludert om pasienten har behov for sykehusinnleggelse eller kan ivaretas på annen måte. Det er leger som må vurdere hvilke pasienter kommunen kan påta seg ansvaret for. I sin virksomhet kan legen overlate bestemte oppgaver til annet personell (medhjelpere) hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er da underlagt legens kontroll og tilsyn jf. Helsepersonelloven § 5.

Den første vurderingen av hvilke legeressurser som behøves i de ulike situasjonene, gjøres i AMK- og LV-sentralene basert på informasjon som gis på telefon. I de situasjonene der diagnosen er godt avklart, kan pasienter i mange tilfeller håndteres tilfredsstillende av ambulanspersonell eller hjemmesykepleie, og ofte vil det være raskt avklart hvorvidt pasienten skal innlegges i sykehus. I slike situasjoner kan det være mest hensiktsmessig at legevaktlegen overlater situasjonen til annet helsepersonell og ikke involverer seg selv utover eventuelt å konferere og gi råd over samband. I andre situasjoner kan legens rolle være sentral for å få oppgradert hastegraden til en pasient, og få engasjert utrykning av luftambulans.

For den enkelte allmennlege vil hyppigheten av alvorlige tilstander ofte være for liten til å kunne håndtere de mest kritiske situasjonene forsvarlig. Spesialisthelsetjenestens leger med anes-

tesi- og intensivkompetanse engasjeres av AMK i utvalgte situasjoner og særlig der det vurderes at pasientens vitale kroppsfunksjoner kan være truet og der det er behov for en raskest mulig avklaring og eventuelt medisinsk intervensjon for å berge liv og helse, jf. kapittel 11. Utrykning av anestesilege betyr ikke at legevaktlegen ikke skal delta. Legevaktlegen kan ha kortest responstid og er ofte først hos pasienten, i tillegg er oppfølging av pårørende eller andre i krisesituasjoner en viktig funksjon.

På et hendelsessted, for eksempel i et ulykkestilfelle, vil samhandling med ambulansetjenesten på stedet være verdifullt. I Nasjonal traumeplan fra 2015 framheves allmennlegens rolle i traumesystemet i perifere områder med lang vei til sykehus. I forslag til ny nasjonal traumeplan, som nå ligger til behandling hos de regionale helseforetakene, stilles det krav til legevaktlegens deltagelse ved traumer (Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, 2015). Allmennlegen må kunne gi livreddende behandling på stedet sammen med ambulansepersonell og må være forberedt på rollen som medisinsk teamleder. Riksrevisjonen har i en rapport til Stortinget om de prehospitaltjenestene uttrykt forventninger om at de fleste pasienter blir vurdert av vaktlege på hendelsesstedet (Riksrevisjonen, 2006).

10.5 Fastlegene

10.5.1 Fastlegenes øyeblikkelig hjelp på dagtid

På landsbasis blir det tatt imot mange flere øyeblikkelig hjelp-pasienter daglig i fastlegeordningen enn på legevakt. Nklm har anslått at landets fastleger tar imot om lag 4 mill. ø-hjelp-pasienter i året (Hunskår et al., 2014). Fastlegeforskriften fastsetter at fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Men det foreligger i dag ingen krav til medisinsk-faglig kompetanse ved henvendelser til fastlegekontoret i motsetning til legevaktsentralen der det er krav til bachelorkompetanse for personell på legevaktsentral som tar imot telefonhenvendelser. Fastlegene bør forsikre seg om at de i sin fastlegevirksomhet har gode sorteringsrutiner når pasienter henvender seg for øyeblikkelig hjelp. Helsesekretærer og sykepleiere i fastlegekontor bør ta i bruk Telefonråd, som er et elektronisk beslutningsstøttesystem utviklet for hastegradssortering ved legekontor og legevakt.

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. På dagtid forutsettes ø-hjelp-tilbudet som regel ivaretatt 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.

I en studie om fastlegepasienters bruk av legevakt ble det påvist stor variasjon i bruk av legevakt (Sandvik, Hunskår & Diaz 2012). 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.

Risvolla legesenter i Trondheim var blant de første som innførte en modell for tildeling av time hos fastlegen samme dag. Målet er bedre tilgjengelighet ved telefonhenvendelser, kortere ventetid, færre forsinkelser på venterommet, og man unngår 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. Anslag fra erfaringene på Risvolla legesenter tilsier at om lag syv ø-hjelptimer per 1000 innbyggere på fastlegens liste er en tilstrekkelig kapasitet i fastlegens praksis. Økt kapasitet hos fastlegene til å ta imot flere pasienter i løpet av kort tid, kan trolig avhjelpe pågangen på legevakt, selv om det er lite kunnskap om effektene. Hunskår et al. (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.

Nklm har beregnet at om lag 200 000 av legevakttjenestens pasienter kategorisert i grønn hastegrad kan flyttes fra legevakt til fastlegekontor. Bare i få legevaktdistrikter vil dette merkes i

en grad som gir rasjonaliseringsgevinster i form av færre leger og annet personale på vakt. Men det gir anledning til noe mer beredskapsaktivitet, mer rom for sykebesøk og uttrykkninger med noe mindre sjanse for samtidskonflikter mellom de få alvorlig syke ute og de mange ganske friske inne på legevaktstasjonen (Hunskår et al. (2014).

10.5.2 Kveldsåpne fastlegekontor

Kveldsåpne fastlegekontorer er ikke blitt en etablert del av den offentlige helsetjenesten. I mange andre land har fastlegekontorer lengre åpningstid enn i Norge, men fordi ansvaret for øyeblikkelig hjelp er organisert på andre måter i andre land, er sammenlikningen ikke så relevant. Det er en tendens til at flere leger slår seg sammen og danner praksiser med opptil 8–10 leger som kan gi en mulighet for å ha kveldsåpent de fleste hverdager.

Det er ikke gjort studier av effektene for legevaktstjenesten ved at fastleger utvider åpningstidene sine, og det er derfor lite grunnlag for å si noe om hvilke effekter kveldsåpne fastlegekontorer kan gi. Helsedirektoratet (2015d) har erfart at der kveldsåpne fastlegekontor har vært forsøkt, har tilbudet ikke vart over tid. Dette knytter direktoratet blant annet til at legevakt er et lett tilgjengelig alternativ utenfor legekontorenes åpningstid. I tillegg finnes en del private legesentre og legevakter med kveldsåpent, som dekker en del av behovet i de største byene. Helsedirektoratet (2015d) har foreslått at kveldsåpne fastlegekontorer prøves ut og evalueres i et utvalg kommuner, slik at man vinner erfaring. Forslaget innebærer samtidig at finansieringen av kveldsåpne fastlegekontor og legevakt sees i sammenheng. Direktoratet viser også til utvikling av ny programvare som gir legevaktsentralene mulighet til å bestille time hos et fastlegekontor på vegne av pasienten, enten til time dagen etter eller senere. Effekten av innføring av et slikt system, kan bli at bruken av både legevakt og fastlegekontorene blir riktignere i forhold til alvorlighets- og hastegrad.

Legeforeningen (2015) antar at kveldsåpne fastlegekontorer for en stor del vil bidra til å flytte aktivitet fra fastlegenes egen dagtid til kveld, med liten avlastning av legevaktstjenesten som resultat.

10.6 Legevaktstjenesten

I internasjonal sammenheng skiller den norske legevaktstjenesten seg ut. Få andre land har bygget opp en primærhelsetjeneste som er i døgneredskap og som sorterer pasientstrømmen inn

mot sykehus. Mange land har åpne akuttmottak i sykehusene og følgelig problemer med stor pågang av uselekterte pasienter i akuttmottak eller emergency centers, med lange ventetider og kapasitetsproblemer.

10.6.1 Formål

Legevaktstjenestens formål er nært knyttet til dens rolle som en del av den akuttmedisinske beredskapen, og til kommunenes ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp.

Akuttmedisinforskriften (2015) definerer legevakt slik:

«Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.»

Ifølge Hunskår et al. (2014) skal legevakt være en del av den allmenne helseberedskapen i kommunen og ha ansvar for å diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstander som er akutt livstruende og som krever at pasienten må raskt til sykehus. Men det største volumet av legevaktstjenester vil være å diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmenmedisinske tilstander, der pasienten ikke trenger spesialisthelsetjenester eller sykehusbehandling.

Legevakthåndboken knytter formålet nært opp til øyeblikkelig hjelp, og understreker at legevakt ikke er en utvidet, kveldsåpen fastlegekontor:

«Den kommunale legevaktordningen er en allmenmedisinsk virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen, kan få nødvendig helsehjelp. Ordningen skal hele døgnet vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Ordningen er et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sin liste innenfor fastlegekontorets åpningstid. Legevakt er ikke en utvidelse av fastlegens virksomhet til kveldstid.» (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen & Moen, 2015).

Legevakt dreier seg om å ta imot uselekterte pasienter med en stor bredde av ulike medisinske problemstillinger. Gode medisinske kunnskaper, erfaring og evne til å vurdere risiko, hastegrad og alvorlighet hos pasienten er sentrale egenskaper

Boks 10.4 Lenvik kommune: Når skal du ringe legevakta?

Lenvik kommune er vertskap for felles legevaktstjeneste for kommunene Tranøy, Berg, Torsken, Lenvik, Sørreisa og Dyrøy, og gir følgende informasjon på nettet:

Når skal du ringe legevakta? Legevakta er et tilbud til deg som får akutt sykdom eller skade som ikke kan eller bør vente til neste dag. På legevakta blir pasienter prioritert etter alvorlighetsgrad på sykdom eller skade. Dette betyr at ventetiden kan variere etter hvor alvorlig tilstanden er. Dersom din medisinske tilstand blir forverret etter at du snakket med sykepleier eller lege, må du ringe tilbake eller vurdere å ringe 113.

Når skal du ikke ringe legevakta? Legevakta er en beredskapsvakt og det er derfor helt nødvendig at det opprettholdes kapasitet til å yte hjelp når det står om liv. Personell på legevakta har ikke kapasitet til å prioritere:

- Utredninger og henvisninger av ikke akutte skader og sykdomstilstander.
- Kontroller og oppfølging av sykdommer og skader.
- Resepter som ikke er på livsviktige medisiner.
- Fornøyelse av resepter.
- Forlengelse av sykmeldinger.
- Utskriving av attester.

Alle fastleger har avsatt timer til øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Kilde: lenvik.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/legevakt/

hos legevaktspersonellet. I tekstboks 10.4 gjengis et eksempel fra Lenvik i Troms på hvordan kommuner kan informere om legevaktstjenesten.

10.6.2 Aktivitet, hastegrad og alvorlighet

Legevaktene i Norge har et stort klinisk omfang. I 2014 hadde legevaktstjenesten tett opptil 2 mill. kontakter. Størstedelen av kontaktene, om lag 1,35 mill., var konsultasjoner, I tillegg kom 45 000 enkle kontakter, foruten ca. 65 000 sykebesøk. Dessuten ble det registrert i underkant av 500 000 telefonkonsultasjoner med sykepleier eller lege.

I 2014 var det i Norge 191 legevakter, i 2015 var det 190. Helsedirektoratet har anslått om lag

1600 årsverk ved norske legevakter. Hunskår et al. (2014) har anslått at mellom 8000 og 10 000 personer hvert år arbeider i legevaktstjeneste, men mange i kun et lite antall vakter. Grunnlaget for legevaksaktiviteten er antall regningskort fra de deltagende leger som registreres av HELFO.

En grundigere undersøkelse av aktiviteten i legevakt gjennomføres hvert år ved Nklms syv Vaktårnlegevakter, som er et fast, representativt utvalg av legevakter. Kontaktrater ved legevaktene lages på grunnlag av data fra disse legevaktene, og uttrykker summen av enkle kontakter, telefonkontakter og konsultasjoner. Kontaktraten i 2014 ble anslått til 338 pasientkontakter per år per 1000 innbyggere mot 415 i 2010, ifølge Eike-land, Raknes & Hunskår (2015). Kontaktratene ved legevaktene har vært i nedgang over flere år, mens antall regningskort til HELFO ikke har vist tilsvarende nedgang i samme periode. Det er visse utfordringer knyttet til å oppnå komplett registrering i Vaktårnprosjektet. I tillegg har Vaktårnlegevaktens representativitet endret seg siden 2005–2006, slik at kontaktratene trolig gir for lave anslag.

Pasientenes alderssammensetning

Aldersgruppene med spesielt høyt forbruk av legevaktstjenester 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 over 90 år utgjør i dag en relativt liten andel av legevaktens virksomhet fordi de utgjør en svært liten del av befolkningen. De eldste vil i framtiden utgjøre en større andel av befolkningen med økt etterspørsel etter legevaktstjenester som følge.

Kapasitetsutnyttelse og pågang

Helg, høytider og ferier er legevaktens høyseong. Aktiviteten gjennom året er nokså jevn, uten særlig nedgang i sommermånedene. Tilgjengelighet i fastlegeordningen er en avgjørende faktor for hvordan pasienter faktisk bruker legevaktstjenesten.

På hverdagene er det svingninger i antall kontakter gjennom døgnet med en topp mellom kl. 17 og 22. I helgene er antall kontakter mer jevnt for-

delt gjennom døgnet. Data fra de syv Vaktårn-legevaktene i 2014 viser at 38. pst av kontaktene skjer på dagtid, 48 pst. på kveldstid og 13,5 pst. om natten.

For en legevakt med et opptaksområde på 10 000 personer, innebærer kontaktratene i legevakt at det som et gjennomsnitt må forventes i overkant av ni kontakter i løpet av et døgn i legevakttjenesten. Om natten vil snittet ligge på om lag én kontakt, de øvrige kontaktene fordeles over dag, ettermiddag og kveld. Et slikt volum er et statistisk snitt, og sier ikke noe om sannsynlig aktivitet ved en konkret legevakt.

Avhengig av avstand til legevakt, sesong, sykelighet og skadeomfang i kommunen kan ratene være vesentlig annerledes i den enkelte kommune. Varierende folketall grunnet trafikkmengde, hyttebeboere, turisme og større arrangementer i kommunen m.m. vil påvirke antall kontakter til legevakt. 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.

Hastegrad og alvorlighet

Akutt sykdom og skade, som enten er livstruende eller antatt livstruende, utgjør en liten del av legevaktenes samlede aktivitet. Nklms kontaktrater kan tyde på et aktivitetsnivå som er om lag 13 ganger høyere enn det omfanget av akuttmedisinske hendelser som ble funnet i Rørtveit & Hunskår (2009). Dataene er ikke direkte sammenlignbare, siden Austevollstudien registrerte fra hele døgnet og fra alle kontaktpunkter, ikke bare legevakt, men gir likevel en pekepinn på legevakttjenestens volum i forhold til forekomsten av akutt skade og sykdom.

De fleste kontaktene til legevakten er vanlige tilstander (Hunskår et al., 2014). Mange akuttmedisinske tilstander er også enkle å identifisere. Men mellom disse gruppene forekommer et ganske stort volum av kontakter som trenger rask avklaring om det skjuler seg noe alvorlig og i verste fall livstruende. Dette krever spesifikk og systematisk allmennt medisinsk tilnærming samt gode verktøy for hastegradsvurdering og prioritering. Sentralt er også telefonrådgivning, som må ta høyde for stor usikkerhet og at tilstanden kan

Boks 10.5 Hastegrader i Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp

Hastegrad rød (akutt): Hastegrad for antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanseskall rykke ut og lege alarmeres.

Hastegrad gul (haster): Hastegrad for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege eller transport til sykehus.

Hastegrad grønn (vanlig): Hastegrad for tilstander der det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

Kilde: Helsedirektoratet (2012)

være i utvikling. Usikkerheten kan minimaliseres gjennom kompetanse, teknologi og organisering, men kan ikke elimineres helt.

Mange pasienter som tar kontakt med legevakt kan ha tidlige og uspesifikke tegn til sykdom som gjør det vanskelig å stille en sikker diagnose. Framfor å stille diagnose, vil legevaktlegen som oftest legge vekt på å ta stilling til om pasienten må innlegges i sykehus eller ikke, om det haster med avklaring eller behandling, om pasienten må komme til legevakten eller om pasienten i stedet kan oppsøke fastlegen dagen etter (Hunskår et al., 2014).

Hvert år håndteres om lag 50 000 pasientkontakter med høyeste hastegrad (rød) ved norske legevakter. I 2014 var om lag 70 pst. av aktiviteten ved legevakt knyttet til laveste hastegrad (grønn), 27 pst. i mellomste hastegrad (gul) og 3 pst. i høyeste hastegrad (rød). Disse andelene har vært stabile over tid. Omgjort til rater per innbygger, med utgangspunkt i om lag 340 pasientkontakter per 1000 innb. per år, var det 10,1 røde kontakter, 91,5 gule kontakter og 236,3 grønne kontakter (Eikeland, Raknes & Hunskår, 2015).

Hastegrad og alvorlighet i sykdom er to forskjellige størrelser. Samtidig er det en klar samvariasjon mellom dem innen akuttmedisinen. Kjent, alvorlig sykdom hos en pasient innebærer som regel ikke at en situasjon er tidskritisk. Det er først når det oppstår en akutt forverring eller en endring i sykdomsbildet, at en situasjon må avklares innen kort tid.

Hvert år henviser legevakttjenesten om lag 300 000 pasienter til sykehusinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. Nklm anslår at 50 000 av disse tilhører laveste hastegrad (grønn respons), mens 200 000 pasienter tilhører mellomste hastegrad (gul respons). De øvrige ø-hjelpinnleggelsene fra legevakt, om lag 35 000 per år, er pasienter i hastegrad akutt (rød). Pasienter som innlegges utgjør om lag 20 pst. av alle pasientkontaktene i legevakttjenesten, om man tar utgangspunkt i det samlede antall konsultasjoner, sykebesøk og enkle kontakter (om lag 1,5 mill.). Ø-hjelpinnleggelsene fra legevakt utgjør om lag 60–70 pst. av alle ø-hjelpinnleggelser i sykehus.

De fleste ø-hjelpinnleggelser i sykehus fra legevakt gjelder pasienter som er kategorisert i laveste eller mellomste hastegrad av legevaktlege. Men fordi legevakttjenesten håndterer store pasientvolum, utgjør ikke disse noen stor andel av det samlede volum av pasienter i disse hastegradene. Som andel av sykehusinnleggelser er det imidlertid et betydelig antall.

Den høye andel av pasienter i laveste hastegrad (grønn respons) i legevakttjenesten viser at legevaktene bruker store deler av sine ressurser og tid til ikke-akutte helseproblemer. I én studie (Welle-Nilsen, Morken, Granås, & Hunskår, 2009) ble det tatt sikte på å avdekke omfanget av helseproblemer i legevakt som pasienten enten kunne ha håndtert selv, eller som kunne ha vært henvist til legehjelp neste dag. Her ble en andel av konsultasjonene ved fire legevakter i Hordaland gjennomgått. Legene brukte om lag 18 pst. av sin konsultasjonstid på alminnelige helseplager som pasienten kunne ha håndtert selv og om lag 32 pst. av tiden gikk med til konsultasjoner om alminnelige helseplager som kunne ha ventet til neste dag.

10.6.3 Prioritering i legevakt

Et viktig spørsmål i tilknytning til legevakt er om legevakten har utviklet seg til noe annet enn det som er formålet med tjenesten og om hvilke forhold som påvirker prioriteringen i legevakt. Få studier har sett på hvilke mekanismer som bidrar til at legevakttjenesten bruker en stor del av sin kapasitet til pasienter med enkle problemstillinger. En forklaring kan være at rammevilkår som finansiering og organisering stimulerer til særskilte prioriteringer, eller at ytre forhold som fastlegenes funksjon eller befolkningens preferanser virker inn. En tredje forklaring kan ligge i legevaktens indre mekanismer, gjennom mangelfull faglig ledelse, praktiske hindre eller personellens preferanser.

Nklm har i sin rapport til Akuttutvalget lagt vekt på å utvikle legevakttjenestens akuttmedisinske beredskapsfunksjon (Hunskår et al., 2014). I tillegg har Nklm lagt vekt på det store volumet av pasienter i norsk legevakttjeneste, der en betydelig andel er uavklarte og uselekterte pasienter med stor grad av usikkerhet omkring sin helsetilstand og utsikter til forverring. Dette volumet kan ikke henvises til ambulanse eller sykehus, men må håndteres i legevakt. Nklm har samtidig foreslått tiltak for å lette tilgjengeligheten til fastlegen med større mulighet for legevaktene å kunne prioritere strengere mellom pasienter.

Det nasjonale Traumeutvalget har i sin rapport fra 2015 lagt vekt på legevaktens funksjon som en akuttmedisinsk ressurs (Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, 2015).

I sin innspillsrapport for en bedre legevakt har Legeforeningen lagt vekt på at legevakten har en viktig rolle som en trygghetsskapende institusjon, ved at det skal være enkelt å kontakte legevakten når man er engstelig for sin egen eller andres helse (Legeforeningen, 2015). Legeforeningen mener at legevakttjenesten i for stor grad har mistet sin opprinnelige funksjon som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste, og omtaler i rapporten at flere legevakter har utviklet seg til å bli kvelds-åpne legekontor med pågang av pasienter med problemstillinger som verken er livstruende eller akutte. Legeforeningen mener det er en utfordring for legevakttjenesten at det er etablert en forventning om at legevakten alltid skal være tilgjengelig, og at kapasitetsproblemer i legevakt kan medføre at de som virkelig har behov for akutt hjelp prioriteres feil, eller får svekket behandlingskvalitet.

Prioritering mellom pasienter er avgjørende i legevakter med så stor pågang at det oppstår samtidighetskonflikter. I byer og storbyområder, samt i store, interkommunale legevakter med store opptaksområder er prioritering mellom pasienter helt avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Legeforeningen (2015) understreker at legevaktene må ha gode rutiner for prioritering av pasienter, slik at ikke stor pågang hindrer forsvarlige, faglige vurderinger av tilstander som haster.

Finansieringsordningenes betydning for prioritering
Prioritering på legevakt påvirkes av flere forhold. Det økonomiske grunnlaget for å ha mer personellressurser, utstyr og kjøretøy kan være bedre i kommuner med mange innbyggere og i større, interkommunale legevaktssamarbeid.

Dagens finansiering og avlønning av legevakt-tjeneste skjer gjennom statlige aktivitetsbaserte refusjoner, egenandeler fra pasientene og til dels også beredskapslønn fra kommunen. Legevaktle- genes avlønning er for en stor del aktivitetsbasert ved at både refusjoner og egenandeler utløses ved utført aktivitet i form av kontakter og konsultasjo- ner, og refusjoner og egenandeler utbetales direkte til legene om ikke annet er avtalt. En slik aktivitetsbasert finansiering gir høy aktivitet. Mange innbyggere får dermed et tilbud med god tilgjengelighet. Disse økonomiske insentivene kan påvirke prioriteringen i legevakt, spesielt med hensyn til avveiningen mellom å prioritere pasien- ter inne på legevaktstasjonen opp mot utadrettet virksomhet gjennom sykebesøk og utrykninger. Unntak fra dette gjelder legevaktleger på fast lønn, der kommunen i prinsippet mottar statens refusjoner for legevaktarbeid.

Om lag halvparten av landets legevakter bru- ker fastlønn i deler av døgnet. Fastlønn er avtale- festet i arbeid nattetid i alle interkommunale legevakter med tilstedevakt. Fastlønn er tatt i bruk ved en del store legevakter med fast ansatte leger. Fastlønn er også utbredt i en del kommuner med lite befolkningsgrunnlag og lav aktivitet i legevakt. Enkelte kombinasjoner av fastlønn og aktivitetsbasert avlønning av legevaktleger finnes, som oftest i kommuner som av rekrutteringshen- syn lar fastlønnede leger beholde en del av refu- sjonene selv.

På oppdrag fra utvalget har Godager & Iversen (2015), vurdert avlønning i legevakt og kartlagt synspunkter fra legevakter med erfaring med fast- lønn. Kartleggingen er utført i samarbeid med Nklm og viser relativt sterk støtte til at fastlønn legger til rette for riktigere prioritering av pasien- ter, basert på medisinsk-faglige og ikke økono- miske vurderinger (46 pst. helt enig). Dessuten framkom det også støtte til at fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften (46 pst. helt enig), samt til at legevaktleger med fastlønn også kan anvendes til å følge opp pasienter i kom- munale akuttseger (33 pst. helt enig).

Godager & Iversen (2015) finner imidlertid at det er vanskelig med utgangspunkt i økonomisk tankegang å gi et entydig svar på om en overgang fra takstbasert avlønning til fastlønn er å fore- trekke. I helsetjenesten er det ofte langt flere mål enn det er virkemidler, og i praksis er det ikke noe avlønningssystem som kan oppfylle alle mål fullt ut. Argumentet for fastlønn er sannsynligvis større i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner. I mindre sentrale kommuner er trolig befolkningsgrunnlaget for lite til at kombinasjo-

nen av beredskapstillegg og takster er attraktiv nok for å rekruttere til legevakt. Befolknings- grunnlaget tilsier dessuten at legevaktene vil utføre sammensatte oppgaver siden lite befolk- ningsgrunnlag ikke gir rom for flere leger og arbeidsdeling på kveld og natt. I de større byene der befolkningsgrunnlaget og inntekspotensialet i tradisjonell legevakt er større, kan man trolig tenke seg mer differensiert avlønning med plass for takstbasert ordning i de tradisjonelle legevakt- oppgavene og fastlønn i de mer komplekse opp- gavene som følger med kommunenes økte ansvar for helse- og omsorgstjenester. Men også i storby- legevaktene kan fastlønn innebære større stabili- tet hos personellet og større jobbtilfredshet gjen- nom regulerte faste ansettelses med faglige utviklingsmuligheter gjennom ansettelsen, ifølge Godager & Iversen (2015).

NSDM har påpekt at legevaktens beredskaps- funksjon motvirkes gjennom statens finansiering av legevaktjenesten:

«Beredskap krever en form for slakk i tje- nesten slik at legene kan rykke ut og prioritere det som haster mest. Da må legevaktressur- sene i vakt være avpasset pasientgrunnlaget. Men så lenge avlønning av leger stort sett base- rer seg på en stykkprismodell, vil denne avpas- ningen og slakken være vanskelig å få på plass mange steder. Det er ikke noe økonomisk insentiv for å kalle inn ekstra lege når det er tra- velt og kø på legevakta. Tvert imot, da taper vaktlegen potensiell inntjening.» (Brandstorp, 2014).

10.6.4 Rekruttering og bemanning

Rekruttering

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger. Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn dem som formelt har rett til fritak, ikke deltar i lege- vakt (Sandvik & Hunskaar, 2015).

Da fastlegeordningen startet var antallet fastle- ger 3 661. Ved utgangen av 2014 var antallet 4 512. Fra 2001 til 2014 har det vært en reduksjon i gjen- nomsnittlig listelengde fra 1162 innbyggere til 1124 innbyggere (Helsedirektoratet, 2015c). Reduksjo- nen er marginal, men kan ha sammenheng med nytt, statlig stimuleringsstilskudd fra 2013 på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til oppretting av nye fastlegehjemler i kommunene.

Sandvik, Hunskaar & Diaz (2012) har vist at fastlegenes deltakelse i legevakt varierer mellom

sentrale og desentrale strøk av landet. I de mest rurale områdene er så mye som 77 pst. av fastlegene med i legevakt, mens i de mest sentrale områdene er deltagelsen så lav som 42 pst. Samme studie viste at kvinnelige fastleger har lavere vakt-deltakelse enn mannlige i alle aldersgrupper og med færre pasientkontakter. Vakt-deltakelsen avtar med fastlegenes alder og med økende listelengde. Innvandrerfastleger med kort botid i Norge har den høyeste vakt-deltakelsen (81 pst.).

Fastlegenes andel av aktiviteten i legevakt har falt nokså jevnt i perioden 2006–2014 (Sandvik & Hunskår, 2015). Andelen deltagende spesialister i allmenntilleggsmedisin har også falt i samme periode. Andelen av kontaktene som utføres av de mest kompetente legene, spesialister i allmenntilleggsmedisin og erfarne fastleger som deltar i vakt, er beskjeden og fallende.

Det er relativt store forskjeller i inntektsmulighetene i legevaktarbeid mellom sentrale og mindre sentrale strøk i landet (Brandstorp, 2014). Inntektspotensialet for leger i legevakt-tjeneste er stort i sentrale områder og mindre i spredtbygde områder og avlønnes her til dels med beredskapslønn for å sikre en viss inntekt. Ifølge NSDM er det et paradoks at legene i små distrikter har den høyeste vaktbelastningen og den minste inntekten på vakt.

Bemanning

På kveld, natt og helg har 80 pst. av legevaktene kun én lege på vakt. I alt 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 (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014).

En undersøkelse Nklm gjennomførte i 2011 ved alle landets legevakter viste at av legene som var alene på vakt, var 19 pst. turnuslege og 21 pst. vikar. I alt 9 pst. av legene alene på vakt hadde problemer med å forstå og gjøre seg forstått på norsk (Morken & Zachariassen, 2012).

Legevakt kan være i tilstedevakt, hjemmevakt eller bakvakt. Bakvakter er etablert av ulike årsaker. Akuttmedisinforskriften stiller krav til veiledningsbakvakt for leger uten selvstendig vaktkompetanse. I tillegg etableres i en del tilfeller beredskapsbakvakt ved sterk pågang på legevakten og stort pasientvolum. Det finnes også beredskapsbakvakt ved lang reisevei.

10.6.5 Ledelse, fagutvikling og kompetanse

Ifølge Hunskår et al. (2014) er det avsatt få ressurser til kvalitetsutvikling og ledelse i legevakt. Både daglig leder og medisinsk-faglig leder av legevakt er som oftest i deltidsstillinger. Det er ikke uvanlig at medisinsk-faglig leder med tittel 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 grad i legevakt-tjeneste og det samme gjelder andelen av spesialister i allmenntilleggsmedisin. Sammen med høy vikarbruk i en del legevakter, har dette uheldige konsekvenser for kompetansenivået i legevakt-tjenesten.

Flere har påpekt kompetanseutfordringer i legevakt-tjenesten. Tidligere har det vært få formelle krav til legevakt-personell. Med revidert akuttmedisinforskrift er det innført kompetansekrav for selvstendig vaktlege, jf. kapittel 5.1.1.

Spesialister i allmenntilleggsmedisin må fornye sin spesialisering hvert femte år. Hittil har det ikke vært krav om legevakt-tjeneste i en slik resertifisering, og fast ansatte legevaktleger kan heller ikke resertifiseres som spesialister i allmenntilleggsmedisin uten å opparbeide tilstrekkelig praksis som fastlege.

10.6.6 Sykebesøk og utrykninger

Sykebesøk og utrykninger utføres i stadig mindre omfang. Om lag 36 pst. av landets legevakter har egen legevaktbil. Dette er biler som er spesielt utrustet for formålet. En noe lavere andel har uniformerte biler, og enda færre har biler godkjent som utrykningskjøretøy (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014).

Sykebesøk

Det mangler nasjonale retningslinjer for omfang av sykebesøk eller kriterier for sykebesøk fra legevakt. Om lag 5 pst. av landets legevakter oppgir at de aldri gjennomfører sykebesøk (Morken, Midtbø & Zachariassen, 2014).

I årsstatistikkene fra Nklm er sykebesøk kategorisert sammen med utrykning der legevaktlege rykker ut som ledd i en ambulansetrykning rekvirert fra AMK-sentralene. På regningskortene til legene skilles det ikke mellom sykebesøk eller utrykning. Nklm har estimert at det utføres om lag dobbelt så mange utrykninger som sykebesøk av lege.

I 1995 foretok legevaktene om lag 685 000 hjemmebesøk, i 2000 omkring 357 000 sykebesøk, mens det ble utløst takster for om lag 65 000 utrykninger/sykebesøk i 2014 (Sandvik & Hunskaar, 2015).

Sykebesøk gjøres i hovedsak til eldre pasienter. For personer på 90 år og eldre skjer om lag 20–30 pst. av kontaktene i form av sykebesøk.

Vaktleger i små utkantkommuner med færre enn 2000 innbyggere reiser oftest i sykebesøk. En årsak til dette kan være at mange småkommuner ikke har eget legevaktlokale. Sentralitet har betydning for andel sykebesøk og er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden. Mens sykebesøkene utgjør seks pst. av alle kontaktene til legevakt i de minst sentrale kommunene, synker denne andelen når kommunesentralitet øker.

I storbyene er det svært sprikende funn. Enkelte byer har organisert seg med bilordninger og personell som reiser i sykebesøk. Oslo kommune utførte i 2014 om lag 15 700 sykebesøk (Oslo kommune, Helseetaten, 2015). Oslo står dermed for over 20 pst. av sykebesøkene i hele landet, men har ikke mer enn 12,5 pst. av landets befolkning. Trondheim var tidlig ute med egen legevaktbil, og Drammen har gjennomført sykebesøk og utrykninger med legevaktbil bemannet med lege og sykepleier. Andre byer, som Bergen og Tromsø, har svært få sykebesøk. Bergen har ikke legevaktbil, men har en egen besøksordning for sykehjem.

Nklm evaluerte drift av legevaktbil i Drammen i 2009 (Hallgren & Mikaelson, 2009). En av konklusjonene var at drift av legevaktbil fungerer best dersom legen ikke går i samdrift med ordinært legevaktarbeid der konsultasjoner er avløst med refusjoner. Det ble også anbefalt at personellet dedikeres sykebesøk og utrykninger, med andre ord at bemanningen økes, og at fastlønn benyttes.

I en egevaluering fra Asker og Bærum legevakt i 2012 (Engzelius, 2012) rapporteres det 3387 sykebesøk på årsbasis eller om lag ni sykebesøk per døgn med legevaktbilen i 2011. Det anslås om lag 484 sparte sykehusinnleggelses på årsbasis, ved at legevakt rykket ut til pasientens hjem. Ved 640 sykebesøk ble unødig bruk av ambulanser unngått, og med tur-retur anslås det rundt 1200 sparte ambulansoppdrag på årsbasis. Tilsvarende ble assistanse fra politi unngått i om lag 85 besøk, ved at legevakten oppsøkte pasientens hjem. I ca. 20 pst. av sykebesøkene ble pasienten lagt inn i sykehus.

Utrykninger

I 2,1 pst. av legevaktkontaktene rykket lege ut med ambulans (Eikeland, Raknes & Hunskaar, 2015). På landsbasis tilsvarer dette om lag 36 000 årlige ambulansetrykninger med legevaktlege.

Når AMK-sentralene beslutter at en henvendelse skal klassifiseres i hastegrad akutt (rød respons), følger det av Indeks at ambulans skal sendes ut og lege skal alarmeres. Når legevakt alarmeres fra AMK, er det legevaktlegens selvstendige ansvar å avgjøre om han eller hun rykker ut. På legevakter som er samlokalisert med ambulansstasjon eller med sykehus, hender det at legen følger med ambulansen fra ambulansstasjonen. I andre tilfeller bruker legen kjøretøy fra legevakten, egen bil eller reiser i drosje. Ambulansbåt/skyssbåt brukes også i noen tilfeller.

I revidert akuttmedisinforskrift er det krav om at legevaktordningen skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. I rundskrivet til forskriften sies det at kommunen må sørge for en forsvarlig transportordning.

Bruk av egen legevaktbil og ambulanspersonell til transport av legevaktlege i utrykning, er iverksatt i Arendal interkommunale legevakt. Samarbeidet skjer etter avtale mellom legevakten og Sørlandet Sykehus HF, og kommunen betaler vederlag for bruk av ambulanspersonell og kjøretøy, jf. tekstboks 10.7.

Studier viser at AMK-sentralene i ulik grad varsler legevakt ved rød respons. Det finnes ikke nasjonal statistikk over dette, men av over 5000 rød respons tilfeller fant Zakariassen (2010) at de tre målte AMK-sentralene varslet legevaktlege i om lag halvparten av tilfellene. KoKom og Nklm gjorde de samme funnene for alle AMK-sentralene i 2008, med stor variasjon mellom AMK-sentralene (Blinkenberg, Jensen & Press, 2008). Studien av Zakariassen (2010) fant at utrykningsvillighet blant legevaktlegene var stigende ved økende alvorlighet hos pasientene. Flertallet av rød responsoppdragene (70 pst.) viste seg å være pasienter som ble nedgradert til gul hastegrad og dermed likevel ikke var i en potensiell eller manifest livstruende situasjon. Studien viste også at dobbelt så mange pasienter ble kjørt direkte til sykehuset hvis legevaktlegen ikke var alarmert ved rød respons (31 pst.), sammenlignet med når legen var alarmert (16 pst.). Funnene kan tolkes dithen at dersom AMK-sentralene alarmerer legevaktlegene oftere, vil det kunne føre til reduksjon av unødvendige transporter direkte til akuttmottakene og dermed færre innleggelses i sykehus.

Boks 10.6 Flere sykebesøk i Drammensregionen



Figur 10.3 Legevaktbilen til Drammensregionens interkommunale legevakt, uniformert etter Nklms nye retningslinjer

Foto: Øystein Berg 2014

Nklm la fram nye retningslinjer for uniformering av legevaktbil i 2014 (Aksnes, Mikaelen, Valdersnes, Zachariassen & Øen, 2014). Drammensregionen interkommunale legevakt (IKL) har hatt legevaktbil i mange år, og var først ute med å uniformere legevaktbil i tråd med nye retningslinjer (se bildet). Legevakten har et opp-taksområde 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 pasienttrans-

port, men er utstyrt med akuttmedisinsk utstyr – legekoffert, medikamenter, hjertestarter, EKG, inhalasjonsutstyr, utstyr for sutur, kateterisering og blodprøvetaking. Erfaringen 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. Fra 2011 til 2014 har legevakten økt antall sykebesøk fra 1387 til 2333, en økning på nær 70 pst. Før Drammen fikk egen legevaktbil, benyttet legevakten drosje, og antall sykebesøk var da nede i 282 besøk per år (2010).

Kilde: Møte med Drammensregionens legevakt IKS, juni 2014 samt Per Magne Mikaelen, personlig meddelelse.

Studier viser store variasjoner i legers deltakelse i utrykninger til akutt syke eller skadde pasienter. Ved storbylegevakten i Trondheim fant Momyr & Kindt (2011) en involveringsgrad på 13 pst. I det interkommunale legevaktsamarbeidet i Orkdalsregionen var tilsvarende tall 32 pst. og ved legevakten i Oppdal 50 pst.

Det er et stort spenn i allmennlegenes involvering i akuttmedisinske hendelser. I motsetning til de relativt lave tall for involvering i Sør-Trøndelag, viser data for lege-utrykning ved rød respons i ambulansområdet for Helse Bergen en mye høyere involveringsgrad. I 2010 og 2011 skjedde legeutrykning i 66 pst. av AMK-sendte røde

responser. Dette tallet økte til 70 pst. i 2014. I denne oppsummeringen er Bergen, der det ikke skjer noen legeutrykning, ekskludert fra materialet. Om lag samme legeutrykningsgrad, 65 pst., ble funnet i en studie fra 2012 i Hordaland (Brennvaall, Hauken, Hunskår, Wisborg, & Zakariassen, 2015).

Hunskår et al. (2014) har påpekt at praktiske forhold, som kun én lege på vakt og store legevakt-distrikter, kan vanskeliggjøre legevaktens mulighet for å dra i sykebesøk eller delta i akuttmedisinske utrykninger med ambulanspersonell.

Samlokalisering med ambulansstasjon kan muliggjøre mer samtrening der man utvikler hverandres ferdigheter og øker kompetansen. I tillegg kan samlokalisering gjøre det lettere for legevakt-tjenesten å delta i utrykning. Eventuell bruk av ambulans til transport av legevaktpersonell bør avtales, og legevakten må sikre at det er tilstrekkelig transportkapasitet om ambulansen er ute i annet oppdrag.

I noen tilfeller vil det være en stor fordel å foreta undersøkelse og behandling på legekontoret på grunn av tilgang til utstyr og laboratorietjenester. Undersøkelserforholdene vil være bedre og assistentfunksjoner lettere tilgjengelig. Der- som det vurderes at transport til legekontor eller

legevaktlokale ikke vil representere en alvorlig tidsforsinkelse eller en uforholdsmessig belastning for pasienten, vil den beste løsningen være at pasienten bringes dit, eventuelt i ambulans. I andre tilfeller vil det likevel være bedre at legen rykker ut eller reiser i sykebesøk til pasienten. Transport til legekontor kan for eksempel representere en uheldig forsinkelse av en sannsynlig sykehusinnleggelse. En annen grunn kan være at pasienten åpenbart ikke vil ha godt av forlenget transportfase. Eksempler er gamle og svekkede, noen ganger døende pasienter. Dette kan være pasienter innlagt i sykehjem. Ikke sjelden gir en legeundersøkelse i pasientens hjem et langt bedre bilde av pasientens totalsituasjon og er et viktig bidrag i vurderinger av hva som er det beste behandlingsnivået; hjemme, øyeblikkelig hjelp døgnopphold, sykehus osv. Pasienter med psykiske plager blir ofte vurdert best hjemme.

10.6.7 Pasienterfaringer

Brukernes erfaringer med helsetjenester er viktige for å vurdere kvaliteten på tjenestene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomfører jevnlig pasienterfaringundersøkelser i helsetjenesten. De fleste undersøkelsene omhandler pasienterfaringer i

Boks 10.7 Lege/ambulansebil i Arendal legevakt-distrikt

Siden 2002 har Sørlandet Sykehus HF og Arendal interkommunale legevakt hatt en formell avtale om legevaktbil. Legevakt-distriktet omfatter ti kommuner i Aust-Agder og Telemark og har store avstander. Legevakt-bilen er i drift ettermiddag og kveld med utvidet drift i helger og høytider. Én av legene på vakt er dedikert sykebesøk og utrykninger, men arbeider for øvrig inne på legevakten mellom turene. I 2014 hadde bilen 2003 oppdrag.

- Helseforetaket stiller med utrykningsbil og ambulansarbeider som sjåfør. Bilen har akuttmedisinsk- og sambandsutstyr tilsvarende en ambulans, men har ikke bære for pasienttransport
- Legevakt-legen er tilgjengelig for utrykning og bringer med seg legeutstyr, medikamenter osv.
- Legevakten fullfinansierer driften

Begge parter uttrykker god erfaring med dette konseptet. Spesielt trekkes fram at ambulans-

personell og legevaktleger blir godt kjent og derfor har en god samhandling, også ved pasientbehandling i andre sammenhenger. Ambulansarbeideren deltar i pasientundersøkelsene sammen med legen og får gjennom dette en unik pasienterfaring. Legene lærer akuttprosedyrer, samband og opptreden på skadested av ambulanspersonellet. Elektronisk kommunikasjonsverktøy gir mulighet for kommunikasjon med AMK-sentralen og sikring av pasientopplysninger. Bilen kjøres av erfaren utrykningssjåfør, noe som reduserer risiko for ulykker. Siden det alltid er to personer i sykebesøk, øker sikkerheten for personellet. Et forhold som trekkes fram som et forbedringsområde, er å finne hensiktsmessige oppgaver for ambulansarbeideren inne på legevakten mellom oppdragene.

Kilde: Enhetsleder legevakten i Arendal Arnhild G. Lund, enhetsleder ambulansetjenesten i Arendal og Risør Jens Rosenvold og fagkoordinator Jack Rosseland.

sykehus, men det gjennomføres også undersøkelser som omhandler legevakt. Nklm har i samarbeid med Kunnskapssenter utarbeidet et rammeverk for brukerundersøkelser som legevaktene kan benytte.

Kunnskapssenteret gjennomførte i 2010–2011 en brukererfaringsundersøkelse ved legevaktene i Alta, Arendal, Austevoll, Kvam, Nes, Solør og Tromsø. Undersøkelsen viste at legevaktene får gode tilbakemeldinger fra brukerne på flere områder, spesielt på kommunikasjon og kontakt med personellet. På områder knyttet til tilgjengelighet og organisering rapporterte brukerne om dårligere erfaringer.

- 66 pst. fikk ikke tilfredsstillende informasjon om ventetid i legevaktstasjonen.
- Over 50 pst. opplevde at ventetiden i legevaktstasjonen ikke var akseptabel.
- 27 pst. måtte vente én time eller lenger før de kom inn til undersøkelse eller behandling
- 37 pst. opplevde at organiseringen av legevaktene hadde et forbedringspotensial.

Undersøkelsen viste også at det var store forskjeller mellom legevaktene som deltok (Kunnskapssenteret, 2012).

Norge deltar i Commonwealth Funds årlige internasjonale undersøkelser av helsesystemer. I 2014 var det voksne i alderen 55 år eller eldre som for første gang var målgruppen for spørsmål om ulike sider ved helsevesenet. Undersøkelsen i 2014 omhandlet blant annet tilgjengelighet til helsetjenester og respondentene ble spurt om hvor lett eller vanskelig det er å få helsehjelp utenom ordinær arbeidstid. Undersøkelsen viser at tilgjengelighet på kveldstid, i helgene og på helligdager synes å være noe bedre i Norge enn i øvrige land. Kunnskapssenteret (2014) forklarer det med organiseringen av den norske legevaktordningen.

10.6.8 Tilsynserfaringer

Helse- og omsorgsdepartementet omtalte i Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 (2014) at:

«Tilsynsmyndigheten har anslått at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmennmedisinsk virksomhet for øvrig. Tilsynsmyndighetene har i økende grad mottatt saker der det kan påvises systemsvikt ved slike interkommunale løsninger. Flere personellgrupper er involvert, og Statens helsetilsyn ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling for øvrig svikter.»

Flere planlagte tilsyn og systemrevisjoner er gjennomført med legevakt siste år. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har gjennomført sjølvmeldingstilsyn med legevakt fra alle kommunene i fylket i løpet av 2015. Konstaterte avvik var særlig knyttet til manglende uttrykning fra legevakt etter varslings fra AMK, samt manglende avvikssystem. I tillegg ble det konstatert avvik i flere kommuner knyttet til mangelfull opplæring, trening og øving på samhandling med personell fra helseforetakene om akuttmedisinske situasjoner.

I 2015 ble tilsyn ved tre interkommunale legevakter i Sør-Norge gjennomført, to av dem store legevakter med over 100 000 innbyggere. Avvik ble konstatert ved alle tre tilsyn.

I det ene tilfellet konkluderte Helsetilsynet med at kommunen ikke har sikret at pasienter som har krav på legevaktstjenester får forsvarlig helsehjelp (Helsetilsynet, Fylkesmannen i Vest-Agder (2015)). Det ble påpekt at legene i liten grad er under styring fra ledelsen ved legevakten og at det ikke er noen kontroll med vaktbytter og at det av og til bare møter opp turnusleger på vakt. Videre mente Helsetilsynet at det var lite opplæring av nye leger.

I det andre tilfellet konkluderte tilsynet med at vertskommunen for legevaktssamarbeidet ikke hadde forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten, og at det forelå betydelig risiko for svikt i tjenesteytingen (Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (2015a)). Det ble påpekt at noen leger vegret seg mot ambulerende vakt på legebil grunnet usikkerhet på egen akuttmedisinsk kompetanse, og at det ikke ble gjennomført noen systematisk opplæring, trening eller kontroll av akuttmedisinske ferdigheter. Tilsynet påpekte at det er utfordrende å sikre god prosedyrekunnskap hos leger med lav vakthypighet. I rapporten påpekte Helsetilsynet:

«Videre er det en alminnelig forventning om at legevaktstjenesten skal være en sentral aktør i den totale helsemessige beredskapen. Dette virker ikke å være hensyntatt i planleggingen og utformingen av tjenesten når det gjelder kapasitet og kompetanse.» (Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2015a)

I det tredje tilfellet ble det utført tilsyn ved en interkommunal legevakt som dekket om lag 50 000 innbyggere (Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (2015b)). Helsetilsynet konkluderte også her med risiko for svikt gjennom manglende systemer for styring og kontroll.

10.7 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Med samhandlingsreformen har det vært et politisk mål at kommunene skal ta en større del av pasientbehandlingen enn i dag. Reformen har medført økt kompetanseheving i primærhelsetjenesten og etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger som var ment å avlaste sykehusene og gi pasienter et behandlingstilbud nærmere hjemmet.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innebar en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ble det foreslått at midler ble overført gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2010–2015, jf. (Meld. St. 16 (2010–2011), 2011). Ø-hjelp døgnoophold blir en lovpålagt oppgave fra 2016, og gjelder fra 2016 for somatiske tilstander, og fra 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer. Foreløpige erfaringer fra kommunene viser at omkring 75 pst. har valgt å organisere ø-hjelp døgntilbud i et interkommunalt samarbeid.

I en undersøkelse fra 2013 på oppdrag fra Helsedirektoratet og KS viste det seg at den største utfordringen i ø-hjelp døgntilbud har vært å fastlegge hvilket nivå legebemanningen skal ha (Deloitte, 2013). Enkelte kommunale ø-hjelp-tilbud har døgnkontinuerlig 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.

Eksempler på at etablering av ø-hjelp døgnoophold har gitt nye tilbud som svarer på innbyggernes og kommunenes behov, er i region Østre Agder, jf. tekstboks 10.8. Samarbeidet her representerer nytenkning med et ambulansetilbud der pasientene undersøkes og behandles av sykepleiere i pasientens eget hjem. Formålet er å komme til med tidlig nok innsats til at pasienten unngår forverring mot en akutt tilstand.

Et mål med ø-hjelp døgntilbud er å bidra til færre innleggelser i sykehus. En analyse utført på oppdrag fra Akuttutvalget, viser at størst effekt i å redusere ø-hjelpinnleggelser i sykehus, oppnås dersom ø-hjelp døgntilbud samlokaliseres med legevakt (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2015a). Imidlertid er det relativt få ø-hjelp døgntilbud som samlokaliseres med legevakt (14 pst. av

alle ØDH), mens langt flere (41 pst.) er samlokalisert med sykehjem.

Analysene viser også at effekten av heldøgns legeberedskap er markant. Ø-hjelp døgntilbud som har lege tilgjengelig 24 timer syv dager i uken har dobbel så sterkt effekt på innleggelsene som kommunene som har andre beredskapsordninger. Konklusjonen som trekkes, er dermed at ØDH som er samlokalisert med legevakt og som har god legeberedskap oppnår størst reduksjon i sykehusinnleggelser. ØDH-tilbud som har annen organisering enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt av etableringen av tilbudet (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2015a).

Sommeren 2015 gjennomførte Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet en spørreundersøkelse rettet mot helseforetak om erfaringer med ø-hjelp døgntilbud (Deloitte, 2015). Noen av de viktigste konklusjonene var:

- Graden av samarbeidet avgjøres i stor grad av individer og ikke av systemet
- Stor variasjon mellom kommuner og tilbud fører til utfordringer for samhandling
- Verken primær- eller spesialisthelsetjenesten synes å være klar over deres felles ansvar om å tilby rett behandling til rett sted og tid til de som trenger helsetjenester
- Helseforetakenes forventninger er foreløpig ikke oppfylt og det etterlyses oppfølging av kommunenes tilbud

Rambøll gjennomførte også en tilsvarende undersøkelse på oppdrag fra Helsedirektoratet høsten 2015 rettet mot kommuner i interkommunalt samarbeid om ø-hjelp døgntilbud (Rambøll, 2015). Hovedfunn fra undersøkelsen var at vertskommunen tar det største ansvaret i alle faser av opprettelsen av tilbudet. Sentrale suksesskriterier er å lykkes med informasjonsarbeidet samt involvere eksterne aktører som fastleger og representanter for helseforetak. Flertallet av ØHD-tilbudene strever med lav og/eller svingende beleggspersent. Rutinene for innleggelsene i ØHD-tilbudet oppfattes mange steder som mer komplisert enn innleggelse i helseforetak. Vertskommunene bruker de interkommunale ØHD-tilbudene mest, mens de samarbeidende kommunene bruker dem mindre. Samtlige informanter i undersøkelsen ønsker et kommunalt akutt døgntilbud innen rus og psykiatri velkommen.

Norsk sykepleierforbund (NSF) har i innspill til Akuttutvalget foreslått å knytte ø-hjelp døgntilbud tettere opp mot den heldøgnsbaserte helse- og omsorgstjenesten:

«NSF mener det er viktig å se virkemidlene i samhandlingsreformen i sammenheng. Det er viktig at det utvikles integrerte tjenester som kan ivareta det kommunale forløpet på en bedre måte enn i dag. Det er nærliggende å tro at det er mest bærekraftig og virkningsfullt å etablere dette tilbudet nært opp mot eller integrert i heldøgnsbaserte helse- og omsorgstjenester etterfulgt av reelle virkemidler for at allmenlegetjenesten organiseres slik at den understøtter den aktivitetsveksten som skjer i disse tjenestene. Da vil man lettere oppnå målsettinger som å forebygge unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten og bygge opp vurderingskompetanse.»

Kilde: (Brev fra Norsk Sykepleierforbund til Akuttutvalget, 15.8.2014).

En studie fra 2015 av ØHD-tilbudet i seks mellomstore kommuner i Møre og Romsdal, alle med ØHD i egen kommune, har vist gode erfaringer med å etablere ØHD i kommunal regi framfor interkommunalt samarbeid (Hole, Barstad, Teigen & Kvangarsnes, 2015). Man oppnådde å gi et fleksibelt tilbud nær pasientene, med lett tilgang til fastlege og pårørende. Grimsmo & Løhre (2014) beskriver en splittelse mellom sentrum og periferi i synet på organiseringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

10.8 Hjemmebaserte tjenester

Som følge av kortere liggetid i sykehus og at stadig flere mennesker som før ble ivaretatt i institusjon nå bor hjemme, har kommunene i flere år gitt helse- og omsorgstjenester til stadig dårligere pasienter, både innenfor heldøgns omsorgstjenester og i eget hjem. Dette er i tråd med sentrale føringer og brukernes ønsker. Behandling på rett omsorgsnivå er viktig for hver enkelt pasient og for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og helseforetak.

I en del tilfeller gis avansert medisinsk oppfølging av pasienter, med medisinsk-faglig støtte fra sykehus. Endringen i behovet for styrket tilbud til hjemmeboende har medført at hjemmesykepleien har økt både i antall ansatte og kompetanse for å kunne sikre forsvarlig gode tjenester til brukerne.

Hjemmebaserte tjenester i kommunene sikrer god oppfølging av hjemmeboende brukere, og omfatter blant annet hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringning og dagaktivitetstilbud.

Hjemmebaserte tjenester har døgneredskap, der pasienten gis helsehjelp og omsorg i eget hjem. Dette gir mulighet for et mer utstrakt samarbeid med øvrige ø-hjelpstjenester i kommunen.

Boks 10.8 Ambulant øyeblikkelig hjelp i Østre Agder

Ambulant øyeblikkelig hjelp-team er etablert i et samarbeid mellom åtte kommuner i Agder, i forlengelsen av vedtak om å legge nytt, ø-hjelp døgntilbud (ØDH) til Arendal og Grimstad. Bakgrunnen var at flere av kommunene i indre Agder med lang avstand til de planlagte døgntilbudene, ga uttrykk for at de ønsket et annet tilbud. Etter modell av danske sykepleieteam ble det etablert et ambulant sykepleieteam med forankring i ø-hjelp døgntilbud. Et sentralt mål er å gi tjenester i pasientens hjem eller nærmere der pasienten bor. Teamet består av to sykepleiere med erfaring fra akuttmedisin og intensivmedisin, og kalles ut enten fra legevakt eller ø-hjelp døgntilbud.

Ambulant øyeblikkelig hjelp i Agder er komplementært til et institusjonelt sengetilbud. Sykepleier oppsøker pasienten innen to timer etter pasientens henvendelse, initierer behandling og følger opp i samarbeid med hjemmesykepleien. ØDH-ansvarlig lege er tilgjengelig

for nærmere konsultasjon (kl. 08.00–23.00), og hvis pasientenes tilstand forverres, vurderer ØDH-legen innleggelse på riktig nivå.

Målgruppen for ambulant behandling er særlig personer med kroniske sykdommer og tilstander, gjerne i kombinasjon med redusert funksjonsevne. Personer med nevrologiske lidelser og kreftpasienter er også en del av målgruppen. Det er særlig lagt vekt på å gi et tilbud til personer med mange sykehusinnleggelse.

Det er satt i verk et parallelt prosjekt med telemedisin som skal støtte opp om arbeidet med ambulant øyeblikkelig hjelp. Det skal utredes om videokonferanse kan gi bedre muligheter til kommunikasjon og koordinering mellom helsetjenestene i kommunene, fastlegene og sykehuset.

Kilde: Prosjektleder Harry Svendsen for prosjekt ambulant ØDH i Agder, august 2015.

Boks 10.9 Sykestuer i Nord-Norge og i Hallingdal

Historisk sett har sykestuene utgjort en viktig del av helsetjenesten i Norge, og har eksistert i mange kommuner lenge før samhandlingsreformen. I Nord-Norge er det mange sykestuer fortsatt, og disse er medisinske institusjoner som gir pasienter døgnopphold som alternativ til sykehusinnleggelse. I noen tilfeller undersøkes pasienten i sykestuen for å avgjøre om sykehusinnleggelse er nødvendig. Kvalitet og pasientforløp har mange fellestrekk med ø-hjelp døgntilbud.

I Finnmark har 16 av 19 kommuner sykestueplasser. Bosatte i sykestuekommunene har en gjennomsnittlig reisetid på nærmere tre timer til nærmeste lokalsykehus. Alta og Vadsø er de største sykestuekommunene i Finnmark (Heiberg, 2012)

Eierskapet til sykestuene varierer. Hallingdal sjukestugu finansieres av helseforetaket, mens sykestuene i Nord-Norge er samfinansiert av kommuner og helseforetak. Sykestuene har i flere år hatt innsattsstyrt finansiering fra staten, til forskjell fra kommunale ø-hjelp døgntilbud som etableres som en del av samhandlingsreformen.

Kilde: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2015

Kommunene Moss, Råde, Våler og Rygge har i samarbeid med Høgskolen i Østfold startet kompetansehevede tiltak innenfor hjemmebaserte tjenester i løpet av 2015. Et mål er øke kvaliteten på tjenestene, for lettere å avdekke og observere endringer i helsetilstanden hos hjemmeboende brukere, samt unngå eller utsette institusjonsopphold. Det gjennomføres et forskningsprosjekt for å se hva slags effekt tiltaket har på medarbeidernes kompetanse.

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er den største av kommunenes helsetjenester målt i personellressurser. I 2013 mottok mer enn 208 000 personer hjemmesykepleie. Størstedelen av brukerne som mottar hjemmesykepleie er over 80 år (43 pst. i 2013), men de siste 20 årene har det vært en økende andel yngre mottakere av hjemmebaserte tjenester. Fra 1994 til 2013 har andelen brukere under 67 år økt fra 19 pst. til i overkant av 40 pst. av alle brukere.

I perioden 2009–2013 økte antall årsverk i omsorgstjenestene i kommunene med 7,5 pst. Økningen er større enn befolkningsveksten alene skulle tilsi og er i samsvar med ønsket utvikling av samhandlingsreformen.

I tillegg til flere årsverk i kommunene har det vært en dreining mot høyere kvalifisert personell. Andelen personell i omsorgstjenestene med universitets- eller høyskoleutdanning har økt fra 27,4 pst. i 2005 til 32 pst. i 2011. Veksten har i hovedsak kommet blant sykepleiere (Ludvigsen & Danielson, 2014). Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med 9 pst. i toårsperioden etter samhandlingsreformen og veksten var sterkest for sykepleiere med spesialisering hvor antallet økte med 12–17 pst. For sykepleiere uten spesialisering var økningen i samme periode 7 pst.

Helsefaglige team i kommunene

Regjeringens primærhelsemelding framhever tre sentrale satsingsområder for å imøtekomme framtidens behov for helsetjenester i kommunene (Meld. St. 26 (2014–2015), 2015). Disse områdene er økt kompetanse, bedre ledelse og teamutvikling.

Primærhelsemeldingen beskriver oppfølgings-team og primærhelseteam som konkrete eksempler på team som regjeringen ønsker å utvikle fremover. Teamene skal ha sin forankring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og bidra til mer helhet i tjenesteutviklingen og bedret ressursutnyttelse. Særlig framheves behovet for at fastlegen i større grad blir en del av teamet for å sikre tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse inn mot brukerne. Stortingsmeldingen peker på en rekke faktorer som må utredes ytterligere (finansiering, juridisk forhold mv) for å sikre god etablering og utnyttelse av teamene (Meld. St. 26 (2014–2015), 2015).

Mange kommuner har allerede tradisjon for å jobbe teambasert for å sikre helhetlige og gode løsninger til brukerne som eksempelvis kommunale team for å ivareta utskrivningsklare pasienter og rehabiliteringsteam eller team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten som eksempelvis kols- team, ACT-team og akutt team innenfor psykisk helse.

Deltakelse i akuttmedisinsk trening og samhandling

Deltakelse fra hjemmebaserte tjenester inn i akuttkjeden for å bistå pasienter med livstruende tilstander er organisert i flere kommuner. Personell fra sykehjem og hjemmebaserte tjenester deltar i akuttmedisinsk trening og samhandling med

Boks 10.10 Bjarkøymodellen

Bjarkøy i Troms med om lag 300 innbyggere har i om lag 15 år hatt et akuttmedisinsk team med deltakelse fra sykepleiere fra omsorgstjenesten på Bjarkøy. Øya har fastlege fire dager i uken på dagtid, men ingen lege bor på Bjarkøy. Det er om lag en og en halv time med bil og ferge til legevakt og sykehus i Harstad. Akuttmedisinsk team på Bjarkøy ble etablert med bakgrunn i svak ambulanseberedskap på øya. Fra 2006 fikk Bjarkøy bemannet ambulansébåt lokalisert til øya, slik at ambulanspersonell er i beredskap. Erfaringen etter at ambulanseberedskapen ble bedret, er at sykepleieteamet likevel har en viktig funksjon. I akutte situasjoner hender det at ambulansébåten er ute i oppdrag, og det tar tid før ambulanspersonellet er framme hos pasienten.

Alle sykepleiere som arbeider på Bjarkøy får akuttmedisinsk opplæring og trening. Øvelser

gjennomføres hver femte uke, som regel sammen med ambulanspersonell og lege. Ved varsling fra AMK-sentral, rykker vakthavende sykepleier ut til pasienten, i tillegg varsles personell som ikke er i vakt ved at de er tilgjengelige på mobiltelefon hele døgnet. Medlemmene i akutteamet fikk i starten utvidet opplæring i avansert hjerte-lungeredning inkludert trombololysebehandling og EKG-taking. Etter hvert er det akuttmedisinske repertoaret utvidet. I snitt har teamet hatt ca. ti oppdrag i året til og med 2011. Etter den tid er det ikke gjort systematiske registreringer av oppdragsmengden.

Kilde: Hilpüsch et al., (2011) og Sissel Fenes, Harstad kommune, personlig meddelelse

lege, ambulansetjeneste og AMK og utvikler akuttmedisinsk kompetanse og erfaring. Dette er et viktig tiltak for økt trygghet og sikkerhet i befolkningen og bedret kvalitet og helhet i den akuttmedisinske kjeden.

Rakkestad kommune i Østfold tok i 2011–2013 i bruk nødnettsamband blant personellet i hjemmabaserte tjenester i et prosjekt ledet av Helsedirektoratet. Formålet var å effektivisere og forenkle samhandlingen mellom AMK, ambulansetjenesten, vaktlegene og kommunens omsorgstjeneste og teste nødnettets egenskaper (Tilset et al., 2014).

Et annet eksempel er Ytterøy i Levanger kommune med 500 innbyggere, der personellet ved Ytterøy helsetun i tillegg til heldøgns tjenester og institusjonsplasser også dekker en helseberedskap for Ytterøysamfunnet sammen med brannvesenet og ambulansetjenesten (Levanger kommune, 2014). Personellet har vært utstyrt med satelittelefoner og har lager for nødutstyr. Det er ikke lege på øya.

Andre eksempler er Bjerkreim kommune i Rogaland, samt Bjarkøy kommune i Troms, jf. tekstboks 10.10. I Bjerkreim kommune i Rogaland har sykepleierne i omsorgstjenesten akuttmedisinsk videreutdanning med om lag 100 timers kurs. Sykepleierne kalles ut av AMK-sentralen ved nødrespons og deltar i rundt 40 utrykninger årlig. Ifølge kommunen ankommer sykepleierne før ambulanspersonell i 84 pst. av utrykningene.

I en undersøkelse fra Troms og Finnmark ble det funnet at ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten representerer et stort og til dels ubrukt potensial for en bedre akuttmedisinsk beredskap i form av lokale og tverrfaglige akutteam. Dette forutsetter imidlertid regelmessig og systematisk trening, etablering av varslingsrutiner, kvalitetssikring og nødvendig avlønning. Deltakelsen må forankres i kommunalt planverk, ha tydelig ledelse og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, spesielt ambulansetjenesten. (Hilpüsch, Parschat, Fenes, Aaraas & Gilbert, 2011).

Ø-hjelpteam i kommunene

Prosesser i retning av større helhet og felles organisering av flere tjenester er igangsatt i mange kommuner, godt hjulpet av etableringen av nye ø-hjelp døgntilbud. I framtiden er det sannsynlig at flere kommuner etablerer lokalmedisinske sentre der lege- og sykepleierressurser utnyttes til å dekke flere tjenester – legevakt, ø-hjelptilbud, hjemmabaserte tjenester eller korttidsplasser i sykehjem. Organisering av egne øyeblikkelig hjelp-team kan gi et godt svar på behovet for å utnytte kommunenes ressurser på en mer fleksibel måte.

I de fleste kommuner i sentrale og tettbefolkede områder, aktiveres ambulansetjenesten og legevaktlegen i de alvorligste akuttmedisinske situasjonene, og responstid og utrykningstid er i mange tilfeller kort. Det antas at hovedoppgaven

til ø-hjelpteam derfor vil være situasjoner som krever rask avklaring, særlig med hensyn til om pasienten må ivaretas av sykehus, kommunale tjenester eller om pasienten kan behandles hjemme. Det antas at ø-hjelpteam særlig har en viktig funksjon inn mot pasienter med sammensatte lidelser og store omsorgsbehov.

Norsk Sykepleierforbund har i innspill til Akuttutvalget gitt uttrykk for at det er et betydelig potensial knyttet til å definere hjemmesykepleien tydeligere inn i den akuttmedisinske kjeden. NSF har understreket at hjemmesykepleien er i stor faglig utvikling og har bl.a. som følge av ordningen med kommunal fullfinansiering av ferdigbehandlede i sykehus måttet tilegne seg kompetanse til å følge opp avansert medisinsk etterbehandling etter utskrivning fra sykehus. NSF mener hjemmesykepleien og øvrig kommunal tjeneste bemannet med sykepleiere og tjenestenære allmennleger kan ta et større ansvar for den kommunale akuttberedskapen. Dette forutsetter imidlertid at det gjøres organisatoriske og ressursmessige grep som sikrer at kompetansen utvikles der oppgavene skal løses, samt at nødvendig utstyr er tilgjengelig (Brev fra Norsk Sykepleierforbund til Akuttutvalget, 15.8.2014).

10.9 Tannlegevakt

Som en del av kommunereformen har Stortinget vedtatt å overføre ansvaret i henhold til Lov om tannhelsetjeneste fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Innst. 333 S (2014–2015, 2015). Det er ikke klarlagt fra hvilket tidspunkt ansvarsendringen vil gjelde.

Reformen innebærer at kommunene i fremtiden får ansvar for helse- og omsorgstjenester, samt tannhelsetjenester. Tjenester som ytes gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gis til om lag 1,4 mill. innbyggere, som er definert inn under lovens prioriterte grupper. I de fleste fylker er det tannlegevakt, som yter øyeblikkelig hjelp overfor lettere skader og akutte tilfeller. Tannlegevakt er ikke eksplisitt omtalt i tannhelsetjenesteloven, men ifølge loven skal akutte behov for tannhelsehjelp ivaretas overfor alle som bor og oppholder seg i fylket. Større, akutte skader i hode- og kjeve-region etter ulykker ivaretas for en stor del gjennom sykehusenes kirurgiske og odontologiske spesialiteter.

Et viktig spørsmål i denne sammenheng er samlokalisering mellom legevakt og tannlegevakt. Bedre tilgjengelighet og forutsigbarhet for pasientene og stordriftsfordeler ved felles utnyttelse av

sykepleiere i mottak er mulige effekter. Skadde pasienter som transporteres til legevakt, får mulighet for tilsyn av både lege og tannlege. Bedre tjenester er dermed en mulig effekt. Tannlegevakt og legevakt har vært samlokalisert i Bergen i mange år.

10.10 Utvalgets vurderinger

10.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene

Stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste framhever behovet for å tenke helhetlige og koordinerte tjenester, og særlig vektlegges behovet for økt samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten. Akuttutvalget foreslår en bredt forankret akuttmedisinsk beredskap i kommunene der legevakt må være det sentrale elementet.

Kommunal plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Utvalget har foreslått i kapittel 5 at kommuner og helseforetak bør ha en felles planprosess for å avgjøre framtidig ressursbruk i den akuttmedisinske beredskapen. Utvalget mener det bør stilles krav om at alle kommuner har en plan for sitt ø-hjelptilbud med mål om å organisere og innrette tjenestene for å sikre god pasientbehandling ved akutt sykdom og skade. 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 legevaktstjenesten til kommunens innbyggere er organisert i et interkommunalt samarbeid. Planprosessen må gjennomføres i samarbeid med helseforetak og baseres på forutgående risiko- og sårbarhetsanalyser.

Økte oppgaver til kommunene

Med samhandlingsreformen har det vært et politisk mål at kommunene skal ta en større del av pasientbehandlingen enn i dag. I dag gis avansert medisinsk oppfølging i kommunene i regi av sykepleiere i heldøgns omsorg og i hjemmesykepleien. Det er behov for å videreutvikle kompetansen hos kommunens helsepersonell og organisere kommunens legeressurser omkring de sykeste pasientene på en ny måte. Effektene av samlokalisering og samorganisering av flere tjenester bør evalueres.

Bedre horisontalt samarbeid

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. Dagens ø-hjelptilbud består av mange ulike tjenester med ulik forankring i kommunenes organisasjon. Det er avsatt lite ressurser til ledelse og fagutvikling. Utvalget ser behov for et sterkere horisontalt samarbeid mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene som yter øyeblikkelig hjelp og en satsning på fagutvikling og ledelse.

Hjemmebaserte tjenester i kommunene

Hjemmebaserte tjenester, og spesielt hjemmesykepleien, er en viktig del av helsetjenesten og har de senere år gått fra å være en omsorgstjeneste til å bli en medisinsk og behandlende tjeneste. Det er en faglig utdannet tjeneste på høyskolenivå som er tilgjengelig 24 timer i døgnet hele året. Tjenesten er mobil og designet for å tilby tjenester til folk der de bor. Den er allikevel bare unntaksvis koblet opp imot beredskap og legevakt/ambulansel/AMK, og utgjør i dag en liten del av den akuttmedisinske kjede.

Utvalget mener det er et potensial i å etablere et samarbeid der hjemmesykepleien blir legevaktens og fastlegens forlengede arm ute hos brukerne, slik at tjenestetilbudet til brukeren blir i tråd med regjeringens visjon om pasientens helse-tjeneste. Det faglige samarbeidet innad i teamet vil kunne ivaretas ved en tett kobling mellom fastlege og hjemmesykepleie. Kommunikasjonen innad i teamet kan understøttes av telemedisinske løsninger, felles pasientjournalssystem (IKT løsninger) telefoni og /eller lukket kommunikasjonsnett (nødnett). På denne måten utvikles fastlegens mulighet for å yte nødvendige tjenester, herunder øyeblikkelig hjelp, til sine listepasienter.

Deltakelse i akuttmedisinsk trening og samhandling

Akuttmedisinske hendelser er karakterisert både ved høy hastegrad og ved behov for spesialisert diagnostisk og prosedyremessig kompetanse. Disse hendelsene skjer relativt hyppig og krever øyeblikkelig handling fra spesielt kompetent personell, som er utdannet til, trent i og utstyrt for å kunne utføre akuttmedisinske prosedyrer. I noen kommuner vil lokale forhold gjøre at det er hensiktsmessig å trekke inn kommunale sykepleiere i

spesifikke akuttmedisinske oppgaver, etter spesiell opplæring og som ledd i planlagte prosedyrer innenfor kommunens akuttmedisinske planverk jf. Bjarkøymodellen i tekstboks 10.10.

Øyeblikkelig hjelp-team i kommunene

Utvalget er av den oppfatning at teamutvikling i tråd med føringer i Meld. St. 26 (2014–15) også har en overføringsverdi innenfor en framtidig utvikling av de prehospitale tjenestene. Ved å sikre en kobling mellom hjemmesykepleie og legevakt som er både faglig forankret og ressursmessig effektiv, vil tjenestetilbudet til brukerne bli styrket.

Utvalget er av den oppfatning at hjemmesykepleien har en verdifull kompetanse, og at kompetansenivået er økende.

Utvalget mener at utvikling av ø-hjelpteam hvor legevakt og hjemmesykepleie er koblet sammen vil være et godt supplement i mange kommuner og legevaktdistrikter for å bidra til en bedre ø-hjelps tjeneste til brukerne. Ansvar for medisinsk behandling og vurderingen av om hjemmesykepleien skal aktiveres, må allikevel alltid ligge hos legevaktlegen.

Utvalget registrerer at det i enkelte kommuner er gjort forsøk på å utvikle slike team, men at det er gjort få overordnede grep fra sentrale myndigheter for å legge til rette for en slik utvikling. Utvalget mener at det bør utredes hvilke virkemidler som bør utvikles for å støtte opp om nye ø-hjelpteam i kommunene.

10.10.2 Styring og ledelse

Kommunens politiske og administrative ledelse må ha et godt beslutningsgrunnlag for å gjøre nødvendige prioriteringer. Et godt beslutningsgrunnlag er avhengig av gode data fra tjenestene. I tillegg mener utvalget at en samling av de ulike kommunale akuttmedisinske tjenestene under én ledelse, vil bedre utgangspunktet for å utvikle gode beslutninger på kommunestyrenivå. Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av ø-hjelptjenestene i kommunene er representert.

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 helse-sektoren. Kommuneoverlegen er kommunens medisinsk-faglige rådgiver og en viktig samarbeidspartner for fastlegene og legevakten. Beho-

vet for koordinering og samarbeid mellom de ulike kommunale ø-hjelp tjenestene er stort, og kommuneoverlegens rolle i å utvikle dette samarbeidet er sentral. 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, noe 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 nok ressurser både til administrering og medisinsk-faglig ledelse i legevakter. Legevaktsoverlegen må 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 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.

10.10.3 Vurdering av legevaktstjenesten

I 2015 er interkommunal legevakt blitt den dominerende organisasjonsform i legevaktstjenesten. Interkommunale legevaktsamarbeid gir gode muligheter for større bemanning, bredere fagmiljø og mer robuste organisasjoner. Når flere kommuner deler på kostnadene, ligger det også til rette for utvikling av kvalitet og fagutvikling. Lite tyder imidlertid på at kvalitet og fagutvikling har vært hovedmål ved opprettelse av interkommunale legevaktsamarbeid. Det finnes lite dokumentasjon på at interkommunalt legevaktsamarbeid har ført til økt kvalitet i tjenesten. Én lege på vakt, nedleggelse av legevaktstasjoner og lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere. Utvalget mener det er utfordrende at bruken av legevakt reduseres i nesten samme grad for akutte tilfeller med høy hastegrad som for pasienttilfeller med lavere hastegrad.

Bemanningen i mange interkommunale legevakter er lav 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 ivaretatt i legevaktstjenesten.

Akuttutvalgets inntrykk er at legevakt er i ferd med å bli en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjede. Utvalget tror det er uheldig om utviklingen av legevaktstjenesten fortsetter i samme spor. Utvalget har mottatt en rekke forslag til å løfte legevaktstjenesten, og har foretatt en stram prioritering. Utvalget foreslår kvalitetsmål og nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten. Mål og krav bør fastsettes nærmere i forskrift, retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet. Målet med forslagene er å heve og sikre kvaliteten i legevakt og redusere forskjellene i tilbudet. Utvalget har lagt vekt på tiltak 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 tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen til legevaktarbeid.

Nklm 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 (Hunskår, et al., 2014).

Nasjonalt krav til maksimal reisetid for innbyggerne
Mange innbyggere i Norge har lang reisetid til legevakt. Utvalget viser til at med lengre reisevei til legevakt, går bruken av legevakt ned. 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 at legevaktstjenesten må dimensjoneres og bemannes bedre etter innbyggernes og pasientenes behov for en tilgjengelig tjeneste.

Utvalget foreslår innført et nasjonalt krav i forskrift 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 det får betydning for dimensjoneringen av legevaktstjenesten med betydning for både lokalisering, bemanning og organisering. Kravet medfører kortere reisetid for innbyggerne i områder der det i dag er lang reisetid til legevakt.

Et krav i forskrift rettes formelt sett mot hver kommune, mens innholdet i det foreslåtte kravet gjelder legevakt-distriktet. Det bør åpnes opp for muligheter for kompensierende tiltak.

En sannsynlig konsekvens av forslaget er at kommuner går sammen om nye og mindre interkommunale legevakt-distrikter med andre geografiske grenser enn i dag. En annen mulig konsekvens er at eksisterende interkommunale samarbeid etablerer en hovedlegevaktstasjon med tillegg av en satellitt/mindre stasjon eller bakvakt et annet sted i legevakt-distriktet.

Utvalget anslår at forslaget medfører merkostnader for kommunene på om lag 300 millioner kroner per år, jf. kapittel 15.

Økt tilgjengelighet hos fastlegene

Mange steder er det for liten kapasitet i fastlegeordningen til øyeblikkelig hjelp, slik at legevakten har pågang av pasienter som burde ha søkt fastlege. Med utvikling av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), er det muligheter for bedre registrering av fastlegenes virksomhet. Det bør legges til rette for at fastlegenes mottak av pasienter som ber om ø-hjelptimer registreres for å få bedre virksomhetsdata.

Det er viktig at det etableres gode rutiner mellom legevakt og fastlege når det gjelder overføring av journalopplysninger, men det bør også åpnes opp for at legevakter kan få mulighet til å bestille time hos pasienters fastlege. Utvalget mener at økt tilgang til timebestilling eller reservasjon hos pasientens fastlege, bedrer mulighetene for å prioritere de mest tidskritiske pasientene på legevakt, samt sikrer best mulig helse tilbud til pasienten som henvises til sin egen fastlege. Utvalget viser til anslag som tyder på et behov hos fastlegen for syv ø-hjelptimer per dag per 1000 innbyggere på fastlegens liste, jf. 10.5.1.

Fast lønn

Utvalgets syn er at fastlønn kan stimulere til at legevaktstjenesten i større grad prioriterer pasientene med størst behov og at fastlønn på lengre sikt må bli hovedavlønning på legevakt. Kommunenes styring med legevakten er også viktig. Blant de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, er legevakt den eneste tjenesten der legene, og ikke virksomheten, mottar aktivitetsbaserte inntekter direkte. Kommunene har dermed ikke hånd om en vesentlig inntektsstrøm fra staten til legevaktstjenesten. Dette svekker kommunenes styringsmuligheter.

Utvalget ser også på fastlønn som et mulig tiltak for å bedre rekrutteringen av leger til kommunene, samtidig som det bør legges bedre til rette for flere fastlønte legestillinger i kommunene.

Utvalget antar at det er vanskelig å få til en statlig stimulering til økt bruk av fastlønn og fastlønte stillinger i legevaktstjenesten uten at staten samtidig legger om takstfinansieringen av legevaktstjenesten. En slik omlegging og virkningene av den bør utredes nærmere. Utvalget foreslår at det settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

Krav til sykebesøk og utrykninger fra legevakt

Rett kompetanse:

Utvalget er kritisk til at legevaktleger mange steder unnlater å rykke ut til akuttmedisinske hendelser eller reise i sykebesøk til eldre og svekkede pasienter. Den ambulansesfaglige kompetansen har vært stigende, men det forekommer en uheldig argumentasjon for at legekompertanse er blitt mindre viktig. Utvalget ser ikke på vurderings- og handlingskompetansen hos ambulansetjenesten som en erstatning for legekompertanse, men som et avgjørende og kompensierende element inntil legevurdering kan skje. Den store økningen av eldre pasienter med multimorbiditet og forverring av kronisk sykdom, understreker ytterligere viktigheten av bred erfaring og medisinsk-faglig vurderingskompetanse.

Mindre samlet ressursbruk:

Høyere kompetansenivå i akutte situasjoner vil trolig medføre mindre samlet ressursbruk for samfunnet. Mange akuttmedisinske situasjoner er karakterisert ved usikkerhet om pasientens tilstand, og studier har vist at legedeltakelse bidrar til at færre pasienter sendes til sykehus. Akuttutvalgets vurdering er at presset mot øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus kan reduseres noe gjennom større deltakelse av allmennlege eller legevaktlege i utrykning til akuttmedisinske situasjoner. Høyere kostnad for kommuner og helseforetak i å sørge for at pasienter vurderes prehospitalt av personell med høy medisinsk-faglig kompetanse, kan bety lavere kostnader for samfunnet samlet sett.

I tillegg er det viktig at kommuner og helseforetak finner løsninger som ivaretar behovet for en god akuttberedskap. Det finnes eksempler på at legevakter aldri drar ut i verken sykebesøk eller

utrykning, og at ambulansetjenesten systematisk sendes ut på «vurderingsoppdrag» eller transportoppdrag der formålet er å bringe pasienten til legevaktlege. I slike legevaktdistrikter bindes verdifulle ambulanseressurser opp, og fører til lengre ventetid på ambulanse for andre pasienter, eller må møtes med større ambulansekapasitet og økt ressursbruk i helseforetaket.

Rød respons:

I de alvorligste og mest tidskritiske akuttmedisinske situasjonene (hastegrad akutt), er et godt samarbeid mellom AMK-sentral, ambulansepersonell og legevaktlege uvurderlig. For disse tilfellene mener utvalget det er nødvendig med en planlagt akuttberedskap som aktiveres slik at legevaktlege ikke bare inngår i vurderingene via samband, men også deltar aktivt ved å rykke ut til pasient eller skadested. I tillegg er det viktig at lege bidrar til å avklare og gi pasienter rett hastegrad. Utvalget foreslår på dette grunnlag at AMK-sentralen alltid skal varsle legevakttjenesten ved hastegrad akutt (rød respons).

Gul respons:

Pasientens situasjon er ofte uavklart, og alvorlige tilstander kan ikke utelukkes. Legevaktlegen vil ved hastegrad haster (gul respons) oppfatte noen oppdrag som mulig mer faretruende for pasienten enn andre, og vurdere å være med til enkelte slike oppdrag. AMK sentralene må derfor i størst mulig grad varsle legevaktene også ved gul respons. Det vises for øvrig til akuttmedisinforskriften § 15g.

Tallfestet norm:

Utvalget har vært i tvil om det er riktig å gå inn for å tallfeste en nasjonal norm for legedeltakelse i akuttmedisinske utrykninger. Det er flere gode argumenter for dette. Et tallfestet, nasjonalt mål kunne ha fått en umiddelbar effekt. Utvalget har imidlertid vært usikker på om en tallfestet norm for legedeltakelse kan gi et for lite ambisiøst mål i noen områder av landet, og et for ambisiøst mål i andre deler av landet. Årsaken er de store variasjonene i lokale forhold, blant annet avstand til sykehus, som tilsier ulike behov for legetrykning til akutt syke og skadde pasienter. Utvalget er også usikker på hvilken ressursbruk som utløses, og viser til at få utredninger har sett på kostnader og ressursbruk knyttet til høy legedelta-

kelse i akuttmedisinske situasjoner. Utvalget har derfor ikke tallfestet en nasjonal norm for legetrykning til akuttmedisinske pasienter.

Kvalitetsmål:

Utvalget er samstemt om at det må etableres kvalitetsmål som uttrykker andel legetrykning ved akuttmedisinske hendelser (hastegrad akutt). Kvalitetsmål bør uttrykke både legedeltakelse fra legevakt, og deltakelse av anestesipersonell fra luftambulanse/sykehus. Kvalitetsmålet bør inngå i det felles planarbeidet for akuttmedisinske tjenester som utvalget har foreslått at kommuner og helseforetak skal utarbeide, og som er forankret i de lovpålagte samhandlingsavtalene. Et første steg er at kommuner og helseforetak kartlegger andel legetrykninger. En benchmarking der kommuner og helseforetak måler seg mot sammenlignbare kommuner og helseforetak, bør gjennomføres. Fra nasjonale myndigheters side bør det stilles krav om at kvalitetsmål innføres og følges opp jevnlig. Nasjonale myndigheter bør også igangsette forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader ved færre sykehusinnleggelser og færre eller kortere ambulansetransporter. Med økt kunnskap og erfaring, mener utvalget det på sikt må utvikles et kunnskapsgrunnlag og etableres nasjonale normer for legetrykning.

Tilpasning til lokale forhold:

Stor befolkning som i store byer tilsier mange røde og gule responser, derfor vil lokale forhold være avgjørende for hva som er rett nivå for andel legetrykning.

Oppsummering:

Oppsummert mener utvalget at kommuner og helseforetak sammen må komme fram til gode løsninger som sikrer at rett kompetanse settes inn overfor akutt syke og skadde pasienter. Dette innebærer en større grad av legedeltakelse fra kommunene. Utrykningsplikten som legevakttjenesten er pålagt i akuttmedisinforskriften, må følges opp med en dimensjonering av legebemanningen som gir reell mulighet for lege å delta i utrykning. Legen må ha tilgang til uniformert bil med sjåfør/støttepersonell.

Spesielt om sykebesøk

Mange sykebesøk er blitt erstattet av konsultasjoner i et fast legevaktlokale, men 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. Utvalget mener det er behov for å stille krav til at legevakt i større grad skal foreta sykebesøk 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 bør personellet ha tilgang til uniformert bil med støttepersonell.

Fastlegene må i større grad ta ansvar for å dra i hjemmebesøk til egne pasienter som pga. immobilitet eller sykdom ikke kan komme til fastlegens kontor. Dette vil ikke bare avlaste legevakten i mange tilfelle, men også bedre kvaliteten i pasientbehandlingen.

Utrykninger som samhandlingsarena mellom kommuner og helseforetak

En betydelig utfordring med dagens todelte forvaltning av helsetjenesten er å sikre en god samhandling mellom kommunenes og de statlige helseforetakenes akuttmedisinske ressurser. En effektiv akuttmedisinsk behandlingsskjede forutsetter en slik samhandling. Virkeligheten er mange steder snarere preget av manglende dialog, avtaleverk, felles prosedyrer og samtrenning. Det finnes også eksempler på spill, der kommuner og helseforetak uten dialog omorganiserer sine akuttmedisinske ressurser og legger økte kostnader over på den annen part. Utvalget mener at det må tas grep for å bryte denne uheldige praksisen. Én metode kan være å finne arenaer der partene ikke bare øver sammen, men også etablerer et forpliktende samarbeid rundt daglige funksjoner for å styrke den akuttmedisinske beredskapen og bygge gjensidig tillit.

En velegnet samhandlingsarena er samarbeid mellom legevakt og ambulansetjeneste om utrykninger. Normalt bør utrykninger fra legevakt skje med egen legevaktbil med sjåfør. Bilen bør være klargjort for utrykningskjøring og sjåføren bør være en erfaren utrykningssjåfør.

I henhold til inngåtte avtaler med helseforetak kan ambulanspersonell være bilens sjåfør, slik at denne og legevaktlege utgjør et akuttmedisinsk team. Det vises til beskrivelse av en slik ordning ved Arendal legevakt, jf. tekstboks 10.7.

Ambulansepersonell og legevaktleger utgjør grunnstammen i den akuttmedisinske beredskap og må samvirke godt for å oppnå resultater. En effektiv ressursutnyttelse, komplementær kompetanse og gjensidig kunnskapsoverføring er viktige elementer for å få dette på plass. Ved legevakter der en slik ordning ikke kan gjennomføres, bør det vurderes om personell fra kommunens brann- og redningsetat kan bistå i utrykninger fra legevakt. Legevaktlege kan også rykke ut i ambulanse, når dette er mest hensiktsmessig.

Rekruttering

Utvalget mener det er viktig å ta i bruk flere virkemidler for å øke rekrutteringen til legevaktarbeid. Det må også være et mål å legge rammepåstandene til rette for at personell i legevaktarbeid har en tilhørighet i kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester.

Akuttutvalget mener at legevakt er en viktig del av allmennmedisinen og at fastlegene er best skikket til å ivareta legevaktarbeid på grunn av sin breddekompetanse, kontinuitet og innsikt i lokale forhold. Nedgangen i fastlegenes deltakelse i legevakt er en uheldig utvikling og utvalget mener et sentralt mål i utviklingen av framtidens legevakt må være å etablere en godt ledet og organisert legevaktstjeneste som øker andelen av fastleger til legevaktarbeid.

Akuttutvalget mener det er viktig at fastleger opprettholder sin akuttmedisinske kompetanse ved deltagelse i legevakt. Endring av spesialistreglene i allmennmedisin ved at legevakt også teller til resertifiseringen hvert femte år, er etter utvalgets mening et bidrag til at flere fastleger vil delta i legevakt.

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. Utvalget foreslår at legevaktarbeid ikke lenger skal være uregulert arbeidstid, men skal innarbeides i en forutsigbar vakt- og tjenesteplan med oversikt over samlet 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. Sikkerheten må tas på alvor. Utvalget mener der-

for det må etableres krav til legevaktjenesten 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 verken til legevaktjeneste eller øvrig kommunal helsetjenestene.

Samlokalisering med andre helse- og omsorgstjenester eller nødetater er viktig for å øke legevaktpersonellens trygghet. Sikkerhet på jobb bør derfor alltid vurderes, spesielt i små legevakter med 1–2 ansatte, og tjenesten bør sette i verk sikkerhetstiltak for å trygge de 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 ikke arbeider alene, verken på legevaktstasjon eller under utrykning/sykebesøk. Legevaktstasjoner bør ha en minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.

Uniformert legevaktbil med støttepersonell er etter utvalgets syn det tiltaket som mest effektivt vil heve trygghetsfølelsen på legevakt. Alle legevakter bør ha en legevaktbil. Bilen må være utrustet med nødvendig medisinsk utstyr og kommunikasjonsamband med legevaktsentral, AMK-sentral og ambulanspersonell. 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

Utvalgets forslag om en mer helhetlig ø-hjelptjeneste i kommunene er ment å medvirke til mer fleksibel utnyttelse av personellressurser i kommunene. Det vises dessuten til kapittel 11 for en omtale av samarbeidsmodell der ambulanspersonell i større grad involveres i primærhelsetjenesten. Eksempler på relevante oppgaver kan være bemanning av legevaktsentral eller oppgaver i legevaktjenesten.

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 styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag.

10.11 Utvalgets forslag

En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste

- Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelig hjelptilbudet i sin kommune, som utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetak om felles planer for akuttmedisinske tjenester
- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Det bør i størst mulig grad etableres tverrfaglige øyeblikkelig hjelp-team i kommunene med god kompetanse.
- Regjeringen bør utrede virkemidler for å utvikle øyeblikkelig hjelp-team i kommunene.

Styring og ledelse

- Utvalget foreslår å styrke ledelsen og samle flere av de ulike ø-hjelptjenestene i kommunene, slik at de framstår som én tjeneste.
- Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av ø-hjelptjenestene 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 styrkes, spesielt med hensyn til å utvikle samarbeid mellom de ulike ø-hjelptjenestene i kommunen.
- Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Vurdering av legevakttjenesten

- 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 nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.
- Det innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 pst. av befolkningen i hvert legevakt-distrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nær-meste legevaktstasjon og 95 pst. av befolkning-en skal ha maksimal reisetid på 60 minutter.
- Helsedirektoratet fastsetter nærmere retnings-linjer for utforming og innhold i legevakttje-nesten.

Økt tilgjengelighet hos fastlegene:

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

Fast lønn:

- Fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre pri-oriteringen i tjenesten og bedre rekrutterin-gen.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastløn-te legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.
- Nasjonale myndigheter må stimulere til at fast-lønn tas i bruk i større grad i legevakttjenesten, og det bør settes i gang et arbeid for å analy-sere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

Utrykninger og sykebesøk:

- Lege og annet legevaktpersonell må i større grad enn i dag delta i utrykning ved varsling fra AMK-sentral.
- Kommuner og helseforetak må etablere kvali-tetsmål som måler andel legedeltakelse i akutt-medisinske utrykninger. Et første steg er en

benchmarking der kommuner og helseforetak kartlegger og måler seg mot sammenlignbare kommuner og helseforetak. Nasjonale myndig-heter bør stille krav om at kvalitetsmål innføres og følges opp jevnlig.

- AMK-sentralenes varslingsplikt overfor lege-vakter må innskjerpes ved hastegrad akutt. Ved hastegrad haster må AMK-sentralene i større grad enn i dag varsle legevakt.
- Nasjonale myndigheter bør igangsette forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situa-sjoner, herunder sparte kostnader i færre syke-husinnleggelse og færre eller kortere ambu-lansetransporter. Forsøk bør settes i verk og evalueres.
- På sikt må det etableres en eller flere nasjonale normer for legedeltakelse ved akuttmedisin-ske utrykninger.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med eta-blering av en nasjonal norm om at legevakten utfører minst 20–40 sykebesøk inkludert utrykninger per 1000 innbyggere per år.
- Kommuner og helseforetak bør inngå samar-beid rundt drift av legevaktbiler til bruk for legevaktlege i sykebesøk og utrykninger. Det må inngås forpliktende avtaler som blant annet regulerer økonomiske forhold.

Forslag knyttet til styrket rekruttering i legevakt:

- Det må legges til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid.
- Det må etableres krav til legevakttjenesten som sikrer legevaktpersonellens trygghet og sikkerhet med minimumsbemanning på to per-soner – lege og annet helsepersonell.
- Ved utrykning og sykebesøk må lege og støtte-personell dra sammen og legevakten skal ha til-gang til uniformert kjøretøy
- Legevakt bør telle i resertifiseringen for spesi-aliteten i allmennmedisin
- Departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt.

Kapittel 11

Ambulansetjenesten

11.1 Innledning

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli en viktig del av de akuttmedisinske tjenestene. Utvikling av 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 ambulansetjenestens behandling av akutt hjerteinfarkt, der ambulanspersonell tar EKG på stedet, kommuniserer med spesialist på sykehuset og gir blodproppløsende medikament intravenøst når det er indisert. På en rekke andre områder utvikles det diagnostiske hjelpemidler som 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 utviklingstrekkene er at de krever økt kompetanse i ambulansetjenesten.

11.2 Bil- og båtambulansetjenesten

11.2.1 Organisering

Fram til 1986 var ambulansetjenesten regulert av lov om folketrygd og finansiert over trygdebudsjettet. Tjenesten var drevet av private aktører, offentlige instanser (noen brannvesen og enkelte sykehus) og frivillige organisasjoner. Mange ambulanser var enmannsbetjente. I distriktene var store deler av tjenesten basert på frivillig innsats (Helsedirektoratet, 2014). Etter lovendring i 1985 ble ansvaret for planlegging, utbygging og drift av ambulansetjenesten på sjø og land overført til fylkeskommunen som hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ambulanseeierne hadde imidlertid en tidsbegrenset rett til videre drift i ti år etter lovendringen, og det var først fra 1996 at det

skjedde vesentlige endringer i utøvelsen og organiseringen av ambulansetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

Regionale helseforetak har i dag ansvaret for ambulansetjenesten (bil-, båt- og luftambulansen). I 2013 ble det opprettet et eget helseforetak, Ambulans Midt-Norge HF, med ansvaret for ambulansedriften i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Ambulans Midt-Norge HF ble avviklet fra 2015, og ambulansetjenesten ble overført til de tre helseforetakene i regionen. Ambulansetjenesten er organisert som en del av de akuttmedisinske miljøene i helseforetakene. Noen steder er ambulansetjenesten samlokalisert med andre tjenester og nødetater for å skape større fagmiljø og mulighet for kompetanseutvikling.

11.2.2 Utdanning og kompetanse

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 tildeiling av fagbrev. Etter oppnådd fagbrev kan det søkes om autorisasjon som ambulansarbeider. Etter avlagt fagprøve er det mulig å ta ett års påbygning og få generell studiekompetanse.

Helsedirektoratet (2014c) har lagt fram en rapport om kompetansebehov i ambulansefag. Rapporten understreker at ambulansefaget i videregående opplæring og ambulansarbeideren som yrkeskategori utgjør grunnmuren i tjenesten, men at det er behov for ytterligere kompetanseheving i form av en ny utdanning i ambulansefag på bachelornivå. Helsedirektoratets rapport bygger på anbefalingene fra arbeidsgruppen som ble nedsett av Helse- og omsorgsdepartementet (2009).

Anbefalingen om en utdanning på bachelornivå har vært begrunnet ut fra hensynet til at ambulanspersonell utfører vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høyskoleutdanning. En bredere kompetanseplattform gir mulighet for

mer fleksibel bruk av kompetansen, og ambulanspersonell med høyskoleutdanning vil kunne ha tilleggsoppgaver og arbeide tettere sammen med kommunens leger og sykepleiere. Helsedirektoratet (2014c) trekker fram følgende utviklingstrekk i samfunnet som understøtter behovet for utdanning på bachelornivå:

- Endret organisering av tjenestetilbudet som følge av samhandlingsreformen, endring i organisering av legevakt og økt spesialisering av sykehusfunksjoner øker samlet sett kravene til ambulansetjenesten, både når det gjelder kapasitet og oppgaver.
- Utvikling av diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter trekker i retning av økte krav til ambulansetjenesten.
- En aldrende befolkning der flere vil ha behov for helsehjelp, kortere liggetid i sykehus og økt satsing på rus og psykiske lidelser utfordrer også ambulansetjenestens samlede kompetanse.

Videreutdanning

Høgskolen i Lillehammer startet i 2003 et modulbasert videreutdanningstilbud for ambulansarbeidere på 60 studiepoeng. Fra 2008 har det også vært tilbud om et påbyggingskurs på 30 studiepoeng. Opptakskrav er fagbrev som ambulansarbeider, studiekompetanse eller godkjent realkompetanse. Det er også krav om minimum ett års erfaring fra ambulansyrket i full stilling. Studiet blir gjennomført på deltid over to år.

I 2011 ble det utarbeidet en felles studieplan for Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Østfold og Betanien diakonale høgskole (Helsedirektoratet, 2014c).

Høsten 2014 startet Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) en bachelorutdanning i ambulansfag i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Universitetet i Stavanger har startet en masterutdanning i prehospitall akuttmedisin.

I tillegg gjennomfører helseforetakene en rekke kurs og etterutdanninger for sine ansatte. Egentrening, simulering, øving, systematisk feedback, veiledning og erfaringsoverføring er sentrale elementer for å sikre at personellet har nødvendig og oppdatert kompetanse (Helsedirektoratet, 2014c).

Utdanningsbakgrunn og antall ansatte i ambulansetjenesten

Det finnes lite detaljert statistikk om ambulansetjenesten og de utdanningsgruppene som hører

inn under tjenesten. I Helsedirektoratets rapport om kompetansebehov (2014c) framgår det at det i 2008 var om lag 3300 årsverk i bil- og båtambulansetjenesten. Disse var fordelt mellom 210 sykepleiere, 2241 ambulansarbeidere og 862 ambulanspersonell med annen utdanning.

I 2012 var det registrert 4187 årsverk og 4881 sysselsatte i ambulansetjenesten. Det er grunn til å anta at 2785 av disse er ambulansarbeidere. Økningen i årsverk fra 2008 forklares med at det utdannes flere ambulansarbeidere og at kompetansekravene i daværende akuttforskrift i større grad er implementert i virksomhetene (Helsedirektoratet, 2014c).

Krav til bemanning i ambulansebil

I akuttmedisinforskriften er det krav om at ambulansbiler skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én person skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Der det bare er én ambulansarbeider, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

En konsekvens av ny akuttmedisinforskrift og tilhørende rundskriv I-5/15 er at andreårslæringer ikke lenger kan delta som annenmann på ambulansen. Det kan få uønskede konsekvenser for rekruttering, kvalitet og kostnader knyttet til opplæring i ambulansfaget (Brev fra Spekter og Fagforbundet til Helse- og omsorgsdepartementet, 8. juni 2015). Helse- og omsorgsdepartementet er innforstått med at det må foretas endringer i de kravene som nå framgår av forskriften. Fordi forskriften har en overgangsordning på tre år før kompetansekravene til bemanning i ambulansbiler må være oppfylt, vil det være god tid for departementet å gjøre endringer (Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Spekter og Fagforbundet, 1. juli 2015).

11.2.3 Spesialkompetanse – transport av intensivpasienter

Sykehusenes funksjonsfordeling og etablering av høyspesialiserte behandlingstilbud ved færre sykehus fører til økt transportbehov av kritisk syke pasienter. Enkelte transporter kan planlegges i god tid, mens andre transporter må gjennomføres snarest mulig.

Sykehusene velger ofte å rekvirere luftambulans fordi et kompetent transportteam overtar

ansvaret. Sykehuset slipper dermed å sende med ledsagerpersonell. Luftambulansse er ofte en god løsning, spesielt over lengre transportavstander der det er viktig at transportfasen er kort og ved særlig vanskelige transporter. Det må imidlertid foreligge hjulgående alternativer når luftambulansse ikke er tilgjengelig eller er hensiktsmessig å benytte. Personellet må sikres nødvendig opplæring og trening.

Et trent transportteam reduserer komplikasjonene under transport (Bellingan, Olivier, Batson & Webb, 2000). Det er etablert retningslinjer for transportteam som gjør teamet mer forberedt på utfordringer med transport (Warren, Fromm, Orr, Rotello & Horst, 2004). Under transport av intensivpasienter benyttes avansert medisinsk teknisk utstyr som respirator, monitor og sprøytepumper. Utstyret er i liten grad tilpasset bruk under transport, og feilkilder og tekniske problemer kan derfor lett oppstå (Droogh, Smit, Hut, de Vos, Ligtenberg & Zijlstra, 2012).

Prosjekt om prehospital lege- og spesialressurser i Helse Sør-Øst

En prosjektgruppe i Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2015 rapporten Prehospital lege- og spesialressurser i Helse Sør-Øst, som er en del av en større utredning om de prehospitaltjenestene i regionen. Arbeidet har vist at det utføres mange transporter med spesialfølge og at det er variasjoner i hvilket følgepersonell som deltar i ambulansetransportene. Arbeidet viser at helseforetakene har ulike definisjoner og ordninger for transport

med spesialfølge. Mange sykehus opplever det som krevende å frigjøre personell fra sykehusavdelingene til transportoppdrag.

For 2015 er det estimert et årlig volum på 2724 transporter med spesialfølge i Helse Sør-Øst. Bilambulansen står for 67 pst. av transportene, dvs. 1825 transporter. De øvrige transportene gjennomføres av luftambulansse. Drøyt halvparten av pasientene er svært behandlingskrevende, tilsvarende kategori 1, som omtalt i boks 11.1.

Prosjektgruppen mener det er behov for å tydeliggjøre kriteriene for bruk av luftambulansse eller hjulgående transport, og dette arbeidet er påbegynt. Prosjektgruppen vurderer at det er lite å hente tidsmessig ved bruk av luftambulansse når transportavstand er innenfor 100 km. Det kan imidlertid være andre grunner enn tidsbruken som taler for bruk av luftambulansse.

Transporttilbud for psykisk syke er nærmere omtalt i kapittel 12.

Anbefalt konsept for en samlet og enhetlig ressursutnyttelse av spesialpersonell

Rapporten fra Helse Sør-Øst RHF viser også en betydelig bruk av legebiler, der anestesileger rykker ut til akuttmedisinske hendelser. Bruk av legebil er oftest knyttet til luftambulanssebaser. Helseforetakene har varierende rutiner for utrykning av sykehuspersonell sammen med ambulansse. Det benyttes i hovedsak anestesileger, anestesisykepleiere og jordmødre.

Prosjektgruppen mener at en ordning for transport med spesialfølge og utrykning på pri-

Boks 11.1 Transport med spesialfølge – definisjoner

Helse Sør-Øst RHF's prosjektgruppe har samlet seg om en definisjon av transport med spesialfølge. Prosjektgruppen har definert to kategorier med forslag til følgepersonell:

Kategori 1: Manifest eller truende svikt av vitale organer. Behov for full monitorering, og eventuell livreddende intervensjon underveis.

Eksempel:

- Endotrakealintuberte pasienter (pasienter som har fått nedlagt en tube for å sikre frie luftveier) og trakeotomerte pasienter (pasienter som har fått anlagt en åpning i halsen til luftrør) under 24 timer
- Ustabile hjertepasienter, hardt skadede traumepasienter
- Hodeskader, både traumatiske og medisinske

Ledsager: Anestesilege, og intensiv- eller anestesisykepleier.

Kategori 2: Svikt av enkelt vitalt organ i stabil fase. Behov for spesiell observasjon, og eventuell administrering av medisiner under transport.

Eksempel:

- Stabile og våkne pasienter
- Hjertepasienter med behov for medisiner under transport

Ledsager: Intensivsykepleier eller anestesisykepleier. Ansvarlig lege er tilgjengelig på telefon under transport.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF (2015).

mæroppdrag må sees i sammenheng. Prosjektet anbefaler å sikre et forutsigbart og standardisert system med vekt på hjulgående transport som et supplement til luftambulanse. Prosjektet anbefaler at det settes av ressurser i dedikerte vaktordninger:

- Lege i vakt tar ansvar for å planlegge og eventuelt delta på transporter med spesialfølge. Legen kan trekke vekslere på annet spesialpersonell fra dedikert transportteam.
- Samme lege i vakt vil også kunne rykke ut på primæroppdrag.
- Luftambulanse vil, som i dag, være en spesialisert ressurs som i hovedsak benyttes til primæroppdrag, samt enkelte transporter med spesialfølge.

Prosjektgruppen anbefaler at hvert helseforetak setter i verk den type hjulgående transport og vaktordning som er mest forsvarlig i sitt område, og vurderer om det eventuelt bør inngås samarbeidsavtaler med andre sykehus/helseforetak.

Jordmødre

Ansvaret for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til de regionale helseforetak i 2010. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg (2009) legger til grunn en rett til følgetjeneste med veiledende grense på 1,5 time reisevei til fødestedet. Følgetjeneste er transport med ambulanse med følge av lege eller jordmor. Det vises til Helsedirektoratets veileder om et trygt fødselstilbud for en nærmere beskrivelse av kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010a).

11.2.4 Aktivitetsutvikling og kostnader

Aktivitetsutvikling

Det har vært en jevn aktivitetsøkning i ambulansetjenesten de senere årene. I 2002 ble det ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB, u.d.a) gjennomført 457 728 oppdrag med bil- eller båtambulanse. I 2013 ble det gjennomført 650 919 oppdrag. Høyeste hastegrad (rød respons) ble satt på 36 pst. av hendelser meldt til nødnummer 113 (Helsedirektoratet, 2014a).

Det er forskjeller i forbruk av ambulansetjenester mellom de fire helseregionene. Forbruket av ambulansetjenester er høyere i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene. Antall ambulanseoppdrag per 1000 innbyggere er høyest i AMK-områ-

dene i Finnmark, Tromsø og Helgeland. Målt i antall ambulanseoppdrag per AMK-sentral har AMK Oslo klart flest oppdrag (Helsedirektoratet, 2014a).

En del av oppdragene i ambulansetjenesten er enklere transportoppdrag. Det kan være overføring av pasient fra et sykehus til et annet, hjemtransport eller transport til institusjon i primærhelsetjenesten etter avsluttet sykehusbehandling, overføring til rehabiliteringsinstitusjon eller overføring mellom institusjoner i primærhelsetjenesten. Sentralisering av tjenestetilbud som ytes i interkommunale, stasjonære legevakter og færre legetrykninger og sykebesøk har medvirket til en kraftig økning i bruken av ambulanser til og fra legevakt (Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Sentralisering og funksjonsfordeling i spesialisthelsetjenesten innebærer lengre transportavstand til sykehus med relevant behandlingstilbud (Helsedirektoratet 2014; 2015b).

For små, desentrale ambulansetjenester kan det være 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 2014 var bilambulansetjenesten på oppdrag i 993 381 timer mot 890 023 timer i 2013. Antall beredskapstimer (tiden ambulansen er ledig) er blitt redusert (SSB, u.d.).

Tall fra SSB viser at det i 2014 var 528 bilambulanser i drift, hvorav 504 var drevet av helseforetakene. I større byer har ambulansestasjonene flere døgnbemannede biler, mens det i distriktene ofte bare er en bil per stasjon.

Driftskostnader for ambulansetjenesten utgjorde 5,3 mrd. kroner i 2014 (omfatter både bil-, båt- og luftambulansetjenesten). I femårsperioden 2010–2014 var kostnadsveksten i prosent i spesialisthelsetjenesten størst for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (15,2 pst.) og ambulansetjenester (13,7 pst.) (Huseby et al., 2015).

Nye konsepter for ambulansetjenesten

I de senere årene er det utviklet ulike konsepter for ambulansetjenesten. Et eksempel er single paramedic-enheter. Det er enmannsbetjente enheter som kan starte pasientvurdering og behandling, i påvente av videre oppfølging eller samarbeid med andre. Single paramedic-enheter har ikke mulighet for pasienttransport. Sammen med

akutthjelpere er dette et supplement i områder med lengre avstand til ambulanse og hvis ambulansen er opptatt.

I 2013 ble det etablert en single paramedicenhet på Nesodden. Bakgrunnen for etableringen var lang responstid for ambulanse til dette området. Bilen er utstyrt som en ambulanse, men har ikke transportbåre. Tjenesten er samlokalisert med brannvesenet. Et annet konsept er bruk av motorsykkel. Motorsykkel har bedre framkommelighet i trafikken og kan være raskere på plass ved tidskrisiske hendelser enn vanlig bilambulanse. Tjenesten har redusert responstiden i Oslo (Nakstad, Bjelland & Sandberg, 2009).

Helseforetakene har i de senere år satt i verk flere tiltak for å utnytte ressursene bedre. Eksempler er etablering av kjørekontorer, helseekspress og koordinering av transportene. Ved noen sykehus har det økte behovet for akutthjelp 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 HF etablert en ny tjeneste med syketransportbiler. Ambulansetjenesten i Midt-Norge prøver ut dette konseptet fra 2015. Syketransportbiler er et transporttilbud for pasienter som skal fra sykehuset til andre institusjoner, og som trenger båretransport

uten behov for spesiell overvåkning eller behandling. Tjenesten faller ikke inn under akuttmedisinforskriften.

Utfordringer

Tidligere ble bil- og båtambulansen ansett for å være det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden faglig sett. Det var nødvendig med en betydelig opprustning av ambulansetjenesten faglig, organisatorisk og kapasitetsmessig (NOU 1998: 9, 1998). Ambulansetjenesten framstår i dag som en bedre tjeneste, men noen av utfordringene som ble påpekt av forrige akuttutvalg gjelder fortsatt.

I sentrale strøk opplever ambulansetjenesten kapasitetsproblemer, noe som fører til utfordringer med å sikre akseptabel beredskap. I distriktene medfører lange transporttider fravær fra ambulansestasjonen med tilsvarende redusert beredskap. Samtidighetskonflikter kan derfor være et problem ved tjenester med lange avstander, selv om oppdragsmengden er lav. Når helseforetakene planlegger endring i sykehusstruktur, involveres ikke alltid de prehospitaltjenestene i tilstrekkelig grad, selv om slike endringer kan ha konsekvenser for ambulansetjenesten.

I noen spredt bebygde områder er det en stagnering eller til og med fall i oppdragsmengdene.

Boks 11.2 Den skotske ambulansestrategien

Den skotske ambulansetjenesten la i 2015 fram strategien *Towards 2020, Taking Care to the Patient (2015–2020)*. Innledningsvis i strategien framgår den skotske regjeringens framtidsvisjon for helsetjenesten som slår fast at:

«By 2020, everyone is able to live longer, healthier lives at home or in a homely setting. We will have a healthcare system where we have integrated health and social care, a focus on prevention, anticipation and supported self-management. When hospital treatment is required, and cannot be provided in a community setting, day case treatment will be the norm. Whatever the setting, care will be provided to the highest standards of quality and safety, with the person at the centre of all decisions. There will be a focus on ensuring that people get back into their home or community environment as soon as appropriate with minimal risk of re-admission».

Strategien slår fast at ambulansetjenesten i framtiden må jobbe annerledes for å levere gode og bærekraftige helsetjenester. Ambulansetjenesten må i større grad jobbe i partnerskap med helsetjenestene i nærmiljøet. Målet er å gi pasientene helsetjenester i nærheten av hjemmet og redusere unødvendige innleggelser i sykehus.

Det er utviklet flere modeller der ambulanspersonell med tilleggskompetanse kan rykke ut og foreta en vurdering, gi behandling og monitorere pasientene. Konseptet kalles paramedic practioners eller specialist paramedic, noe avhengig av ambulanspersonellets kompetanse. Noen steder er konseptet utviklet spesielt med henblikk på utrykning til eldre, skrøpelige pasienter. Andre steder er konseptet innrettet generelt mot mindre skader.

Kilde: Scottish Ambulance Service (2015).

Lavt oppdragsvolum gir spesielle utfordringer med å vedlikeholde kompetansen til de ansatte og for rekruttering. Skal det være forsvarlig å ha en ambulansenhet på et avansert nivå, avhenger det av at personellet har muligheter for å vedlikeholde kompetansen. Lavt oppdragsvolum har ført til at ambulansestasjonene enkelte steder er blitt flyttet. En slik utvikling er utfordrende, fordi dette er tjenester der avstanden til neste ambulansestasjon er stor, og tilstedeværelsen av ambulansen betyr mye for befolkningens opplevde trygghet. Færre ambulansestasjoner i spredt bebygde strøk er også utfordrende fordi det øker responstiden fram til pasienten. I de samme områdene foregår det gjerne også en sentralisering av legevaktfunksjonen, men uten at kommuner og helseforetak nødvendigvis har samordnet prosessene.

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.

Utfordringer knyttet til manglende elektronisk pasientjournal, logistikkverktøy og data er omtalt i kapittel 7. Responstider er også nærmere omtalt i kapittel 7.

11.2.5 Båtambulansetjenesten

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.

Båt brukes til ulike oppdragstyper som ambulansetransport, syketransport og skyss av helsepersonell (som f.eks. legevaktlege og ambulerende legekontorfunksjon). Det innebærer at båtene har to offentlige oppdragsgivere:

- Helseforetakene: Ambulansetjeneste og pasienttransport (syketransport)
- Kommunene: Skyss av helsepersonell, herunder ambulerende legekontor

I tillegg kommer søk- og redningsoppdrag fra Hovedredningssentralen.

- Det er tre hovedtyper ambulanserbåt:
- Dedikert og uniformert ambulanserbåt.
 - Legeskyssbåt (sivil eller privat båt som utfører ulike tjenester. Ved ambulans bruk tilføres kompetanse).
 - Rutegående fartøy (samfunnsbåt) som er forberedt for helseoppdrag.

Kommunene fikk tjeneste- og betalingsansvaret for skyss av helsepersonell i forbindelse med at ansvaret for pasienttransport ble overført til helseforetakene i 2004. Før det hadde Folketrygden betalingsansvaret for pasienttransport og skyss av helsepersonell. Flere av fartøyene (samfunnsbåtene) har i tillegg andre oppgaver, f.eks. oppgaver for brannvesen, politi og andre skyssbehov. Organisatorisk og økonomisk er forvaltningen av denne tjenesten utfordrende (Hermstad-Pedersen, 2009).

Regulering av tjenesten

I akuttmedisinforskriften framgår det at ambulanserbåter som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst én person med autorisasjon som ambulansarbeider, i tillegg til båtfører.

Tjenesten er også regulert av Forskrift om ambulanserbåttjenesten. Forskriften skal sikre at regionale helseforetak og kommuner samordner ambulanserbåttjenesten, syketransport og transport av helsepersonell med båt, slik at tjenesten blir driftsmessig og ressursmessig tilfredsstillende.

I henhold til ovennevnte forskrift tilligger det de regionale helseforetakene å utarbeide plan- og avtaleverk, slik at ambulanserbåttjenesten også kan dekke behov for syketransport med båt og transport av helsepersonell med båt.

Helseforetakene kan inngå avtale med både private og ideelle organisasjoner eller det offentlige om leveranse av båtambulansetjeneste.

Regionale helseforetak forestår det økonomiske oppgjøret overfor båteierne. Regionale helseforetak og kommunene inngår avtale om bruk av og betaling for transport av helsepersonell som kommunene har ansvar for. Kommunenes betaling for transport av helsepersonell skal dekke alle kostnader ved bruk av båten, herunder beredskapskostnader (Forskrift om ambulanserbåttjenesten, 2004).

I tillegg til ovennevnte forskrifter, finnes det også maritime bestemmelser som omfatter krav

til sikkerhet for båt og mannskap, herunder arbeids- og hviletidsbestemmelser.

Nærmere om finansiering av tjenesten

Ansvar for finansieringen følger den som har ansvaret for tjenesten. Regionale helseforetak er ansvarlig for kostnader ved rene ambulanseoppdrag, mens kommunen er ansvarlig for kostnader til transport av personell der det er avklart at pasienten ikke har behov for å bli innlagt. Mellom disse ytterpunktene er det ofte uklart hvem som har ansvaret – og på noen områder kan ansvaret også være overlappende.

Ifølge tjenesten gir finansieringsordningen grobunn for taktiske valg når det gjelder bruk av ambulansebåt. Det er kommunen som er betalingsansvarlig hvis legen bruker ambulansebåten som transportmiddel (skyss av helsepersonell), men hvis båten brukes til å hente pasienten til legekantoret er helseforetaket betalingsansvarlig (syketransport). Det er derfor viktig at partene inngår avtale for bruk og betaling for transport av helsepersonell som kommunen har ansvar for, og at partene på forhånd er enige om hvordan ulike situasjoner skal løses økonomisk, slik at pasientene får den behandlingen som er best for dem.

I Forskrift om ambulansebåttjenesten er det forutsatt at en og samme båt kan brukes til ulike oppdrag, og at både kommunen og regionale helseforetak kan benytte den. Utgangspunktet for forskriften er at foretak og kommuner skal dele på kostnadene ved bruk av båten, herunder beredskapskostnadene. Det kan imidlertid være krevende å oppnå enighet med kommunene om betalingen, fordi kommunen ikke trenger ambulansetutstyr, ambulansearbeider eller spesialdesignet fartøy for skyss av helsepersonell.

For båtambulansetjenesten framstår regelverket som komplisert, og helseforetak og kommuner ender ofte i tvistesituasjoner.

Aktivitet

Hermstad-Pedersen (2009) viser at de fleste oppdragene er ambulanseoppdrag, etterfulgt av skyss av helsepersonell og syketransport. Rapporten beskriver en utvikling med en betraktelig økning i andelen ambulanseoppdrag og en tilsvarende nedgang i helsepersonellskyss og syketransport, sammenliknet med aktivitetsnivået som ble beskrevet i NOU 1998: 9. Det er momenter i undersøkelsene som gjør at sammenlikningsgrunnlaget er usikkert. Tall fra Helgelandssykehuset viser en tilsvarende utvikling. Her utgjør ambulanseoppdragene

78 pst. av alle oppdragene, mens syketransport og skyss av helsepersonell utgjør 15 pst. av oppdragene. Andre oppdrag utgjør 7 pst. (Presentasjon av rådgiver Trond Elsbak, Helse Nord RHF til Akuttutvalget, 18. mai 2015).

Det er flest båtambulanseoppdrag (ambulanseoppdrag, skyss av helsepersonell og syketransport) i Helse Nord. Helse Nord har kun 10 pst. av landets befolkning, men har om lag 40 pst. av alle båtoppdragene (Hermstad-Pedersen, 2009). Geografi med lang kystlinje og mange øykommuner er viktige forklaringer til dette.

11.3 Luftambulansetjenesten

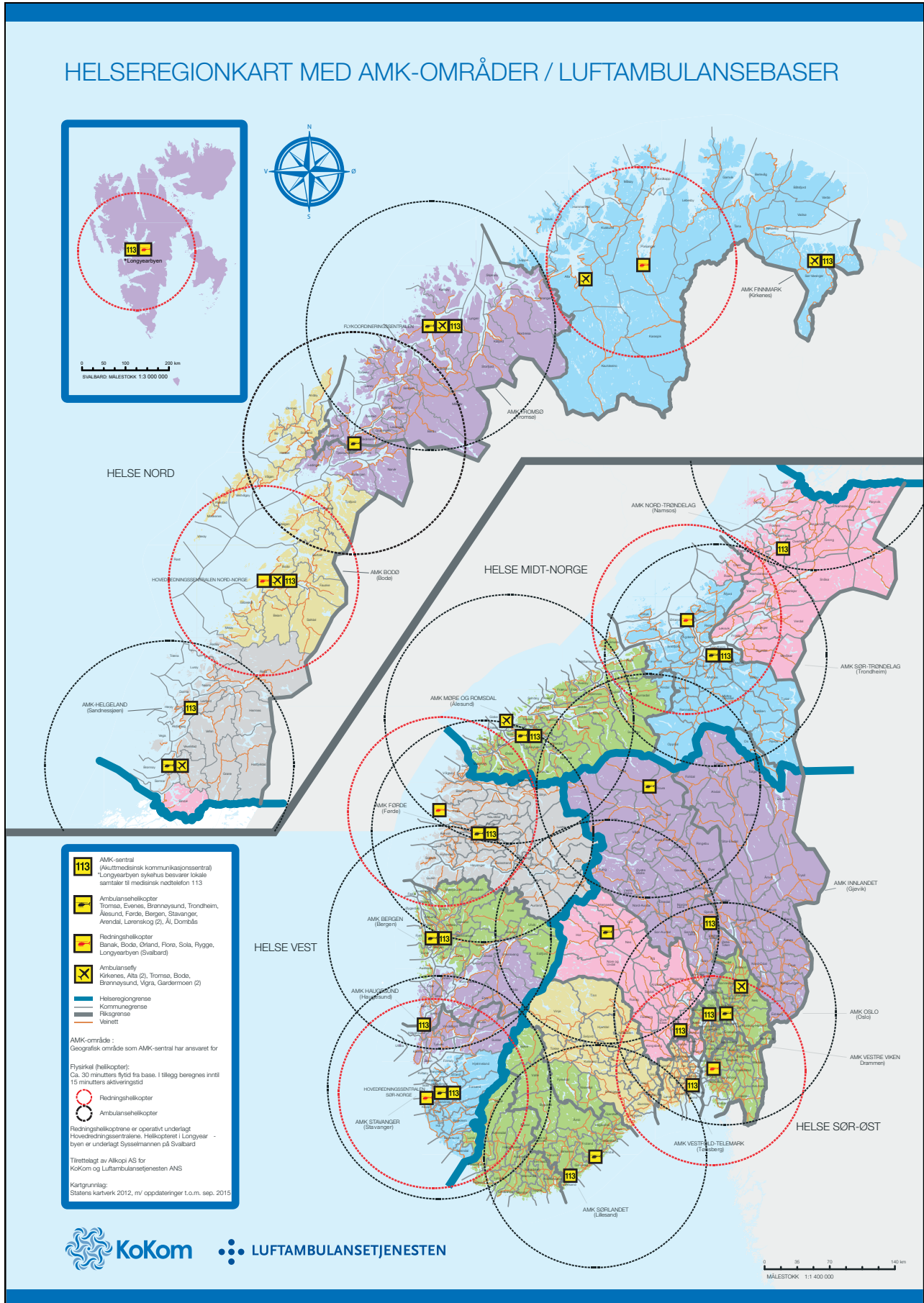
Luftambulansetjenesten er en viktig del av en helhetlig akuttmedisinsk kjede. En god akuttmedisinsk kjede forutsetter at alle leddene i kjeden fungerer. Norges geografi og befolkningens bosetningsmønster gjør at luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt 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 når avstander til aktuelt sykehus er lang. Luftambulansetjenesten er et supplement til, og ikke en erstatning for den lokale akuttmedisinske beredskapen, som er legevakt, bil- og båtambulansetjenesten.

11.3.1 Organisering og finansiering

I 1988 ble det etablert en nasjonal luftambulansetjeneste, der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrykdeverket om dedikert beredskap med spesialinnredete ambulansefly og helikoptre. 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 (Luftambulansetjenesten ANS), som har det operative ansvaret for tjenesten. Selskapet er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne. Tilskuddet beregnes årlig ut fra aktiviteten for den enkelte region.

Luftambulansetjenesten ANS inngår kontrakter med private selskaper om fly- og helikoptertjenestene. Flykontraktene inngås etter ordinære anbudsprosesser og har en varighet på seks år med opsjon for forlenging i inntil ytterligere fire år. For tiden har to operatører kontrakt, Lufttransport AS og Norsk Luftambulans AS.

HELSEREGIONKART MED AMK-OMRÅDER / LUFTAMBULANSEBASER



Figur 11.1 LAT kart

Regelverket for offentlige anskaffelser setter begrensninger for endringer i luftambulansesstrukturen mens kontraktene løper. Det kan ta lang tid fra et nytt behov oppstår til luftambulansetjenesten kan etterkomme behovet.

Luftambulansetjenesten ANS besørger den operative koordineringen av alle ambulanseflyene gjennom en flykoordineringssentral i Tromsø. Luftambulansetjenesten ANS har også ansvaret for å fastsette retningslinjer for bruk av tjenesten. Helseforetakene ivaretar det medisinske ansvaret for tjenester, herunder medisinsk bemanning.

Luftambulansetjenesten har 13 ambulanshelikoptre, operert fra 12 baser, og ni ambulansfly, operert fra syv baser. 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.

Det er satt i gang en prosess med anskaffelse av ambulanshelikoptertjenester fra sommeren 2018. Strategien for anskaffelsen ble vedtatt av eierne i september 2015 og innebærer blant annet at tjenesten skal gjøres mindre sårbar ved å innføre flere reservehelikoptre og en mer robust vaktordning for personellet. Det skal innføres større ambulanshelikoptre i Bergen og Trondheim, som kan utføre mer avanserte transporter over lange avstander. Slik kapasitet finnes i dag på Lørenskog og i Tromsø. Alle helseregionene får dermed en god luftbåren intensivkapasitet. Sikkerhetsnivået i tjenesten skal utvikles ytterligere.

Helse- og omsorgsdepartementet har avtale med Justis- og beredskapsdepartementet om at redningshelikoptrene kan benyttes til luftambulansoppdrag dersom ikke søk- og redningsoppdrag må prioriteres. Redningshelikoptre har samme medisinske bemanning som ambulanshelikoptre. Innen 2021 vil dagens redningshelikoptre bli erstattet av en ny type helikoptre (AW 101), som har økt gjennomføringsevne i dårlig vær og som kan fly lengre og raskere enn dagens redningshelikoptre.

I 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.

11.3.2 Kostnader

I perioden 2004–2014 har de operative kostnadene steget fra 397 mill. kroner til 762 mill. kroner. Helse Nord RHF står for om lag 44 pst. av kostnadene.

Kapitalkostnader og kostnader til drift og vedlikehold har vært sterke drivere i kostnadsutviklingen. En sterk kostnadsdriver de senere år har vært nye og strengere felleseuropeiske regelverk knyttet til blant annet flymateriellet og arbeids- og hviletidsbestemmelser.

Luftambulansetjenesten ANS har gjennomført en konkurranse om operatørkontrakten på basen på Evenes. Årskostnadene på den operative driften øker fra dagens nivå på 29 mill. kroner til 43 mill. kroner i den nye kontrakten.

I perioden 2006–2014 har årskostnadene for Luftambulansetjenesten ANS økt med 64 pst. I samme periode har antall flytimer økt med 11 pst. Kostnadsveksten har dermed vært betydelig sterkere enn aktivitetsveksten i denne perioden.

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

11.3.3 Kompetanse og bemanning

Luftambulansetjenesten er en høykompetent tjeneste og representerer den spisse enden i den prehospitale behandlingsskjeden. Helsepersonellet er ansatt av helseforetakene og er faglig forankret i sykehusenes anesthesi- og intensivmiljøer. Denne tilknytningen til helseforetakenes prehospitale miljøer sikrer kompetanseoverføring til den øvrige ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten i området. Det er et viktig prinsipp at legene og sykepleierne jevnlig har tjeneste i sykehusavdelingen for å opprettholde og utvikle sin faglige kompetanse.

Den medisinske virksomheten i luftambulansetjenesten favner smalt i forhold til det omfattende pasientmaterialet leger og sykepleiere arbeider med på anesthesi- og intensivavdelinger. I luftambulansetjenesten arbeider de uten støtte og veiledning fra overordnede og kolleger. Det er viktig at den faglige utviklingen og den erfaringen som vinnes gjennom sykehusarbeid, overføres til den prehospitale fasen av pasientbehandlingen.

I akuttmedisinforskriften framgår det at ambulanshelikopter og redningshelikopter som benyttes i ambulansetjeneste skal være bemannet med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse. Samtlige leger er anestesileger, de fleste med spesialistkompetanse. Ambulansfly skal være bemannet med sykepleier med nødvendig kompetanse. Det er anestesileger i bakvakt ved fire flybaser for deltakelse i oppdrag der dette er nødvendig. Sykepleierne i ambulansflyene har anes-

tesi- eller intensivutdanning i tråd med kravene i den tidligere Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005).

Luftambulansetjenesten ANS har 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.

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

Luftambulansens ordinære bemanning suppleres med andre sykehusspesialister ved utvalgte krevende oppdrag. Det kan bli et økende behov for dette i framtiden.

11.3.4 Rekvirering av luftambulanse

Luftambulanse er en akuttmedisinsk ressurs med et høyt medisinsk-faglig nivå. Samtidig skal tjenesten bidra til å oppfylle sentrale helsepolitiske mål, som lik tilgjengelighet av helsetjenester uavhengig av bosted. Bruk av luftambulanseressurser må skje etter de samme kriterier som øvrige spesialisthelsetjenester, jf. prioriteringsforskriften § 2. Luftambulansetjenesten ANS har fastsatt retningslinjer for bruk av luftambulanse.

Behovet for luftambulanse vurderes av den AMK-sentralen som får primærmeldingen fra et hendelsessted. Ambulansehelikopterbasen blir alarmert av AMK-sentraler som har tilleggskun-

sjonen å følge helikoptrene på oppdrag, såkalte AMK-LA-sentraler. Det er vakthavende lege som har endelig beslutningsmyndighet om bruk av ambulanshelikopter på medisinsk grunnlag. Fartøysjefen vurderer operative forhold og kan kansellere.

Ambulanseflyene rekvireres også gjennom AMK-sentralene, men den flyoperative styringen skjer nasjonalt fra Flykoordineringssentralen i Tromsø. Koordinering av ambulanshelikoptrene er omtalt i kapittel 9.

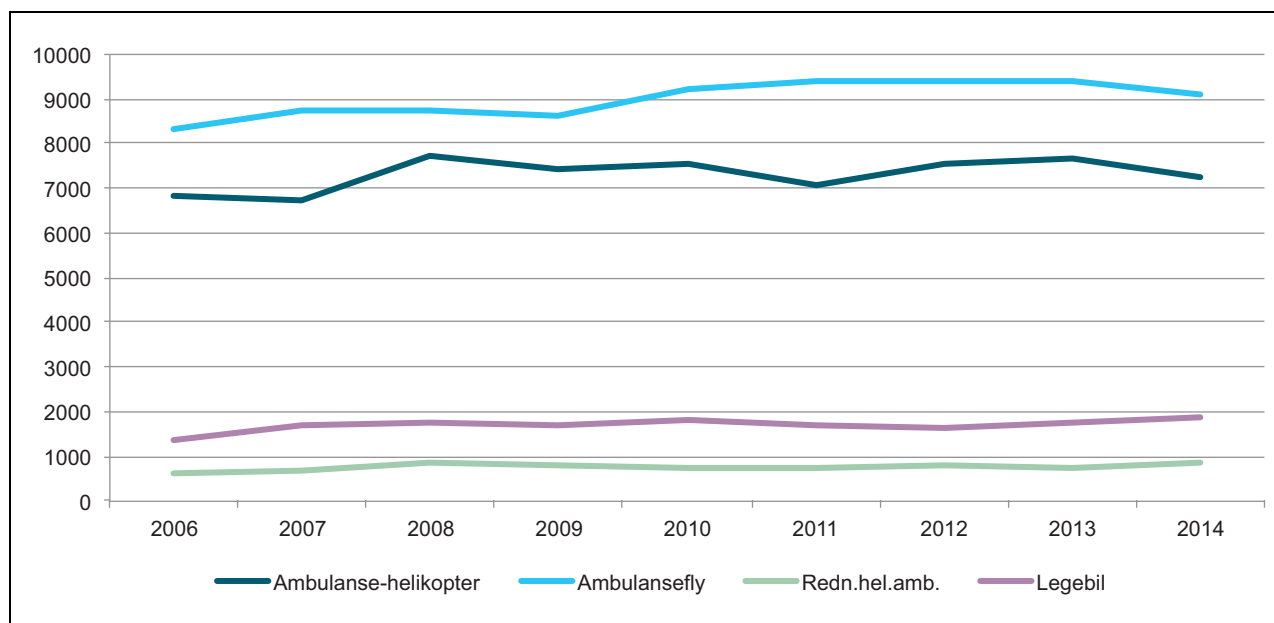
Redningshelikoptrene er operativt underlagt de to hovedredningssentralene, og AMK må henvende seg dit for å få gjennomført ambulanseoppdrag.

11.3.5 Aktivitetsutvikling

Luftambulansetjenesten utfører følgende oppdrag:

- Primæroppdrag: Utrykning til en pasient/hendelse utenfor institusjon.
- Sekundæroppdrag: Overføring mellom sykehus til et høyere omsorgsnivå.
- Tilbakeføringsoppdrag: Overføring mellom sykehus til et lavere omsorgsnivå, typisk tilbake til lokalt sykehus. Det er nesten bare ambulansflyene som utfører slike oppdrag.
- Søk- og redningsoppdrag (SAR): Oppdrag som utføres på oppdrag for politiet eller en av hovedredningssentralene.

Luftambulansetjenesten gjennomførte i 2014 totalt 17 677 oppdrag (Luftambulansetjenesten ANS,



Figur 11.2 Gjennomførte oppdrag 2006–2014

Kilde: Luftambulansetjenesten ANS. (I figuren inngår kun redningshelikoptrenes ambulanseoppdrag)

2015). De senere årene har det vært en svak økning i aktiviteten i luftambulansen. Den største økningen i aktiviteten 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.

Ambulanshelikopter

Hvilke sykehus som skal ha PCI-beredskap, traumefunksjon og fødeavdeling, er eksempler på beslutninger som påvirker aktiviteten i luftambulansetjenesten. I framtiden forventes organisering av slagbehandling å ha en tilsvarende betydning for aktivitetsutviklingen (Luftambulansetjenesten ANS, 2015).

Større legevakt-distrikter, ofte med bare én lege på vakt, medfører at legevaktlegen sjeldnere rykker ut eller reiser på sykehusbesøk. Dersom det er behov for en rask legevurdering av pasient, kan dette utløse luftambulansetrykning. Flere baser melder at de har en økende oppdragsmengde til pasienter der legevaktlege tidligere var den naturlige ressursen (Luftambulansetjenesten ANS, 2015).

Utvikling av oppdragstype (primær-, sekundær- og tilbakeføringsoppdrag) over tid kan altså reflektere utviklingstrekk i sykehusstruktur og legevaktstruktur. Økende kompetanse i bil- og båtambulansetjenesten kan i noen situasjoner føre til redusert behov for legebemannet helikoptertrykning. Sentralisering av bilambulansestructu-

ren kan medføre flere helikopteroppdrag i distriktene (Luftambulansetjenesten ANS, 2015).

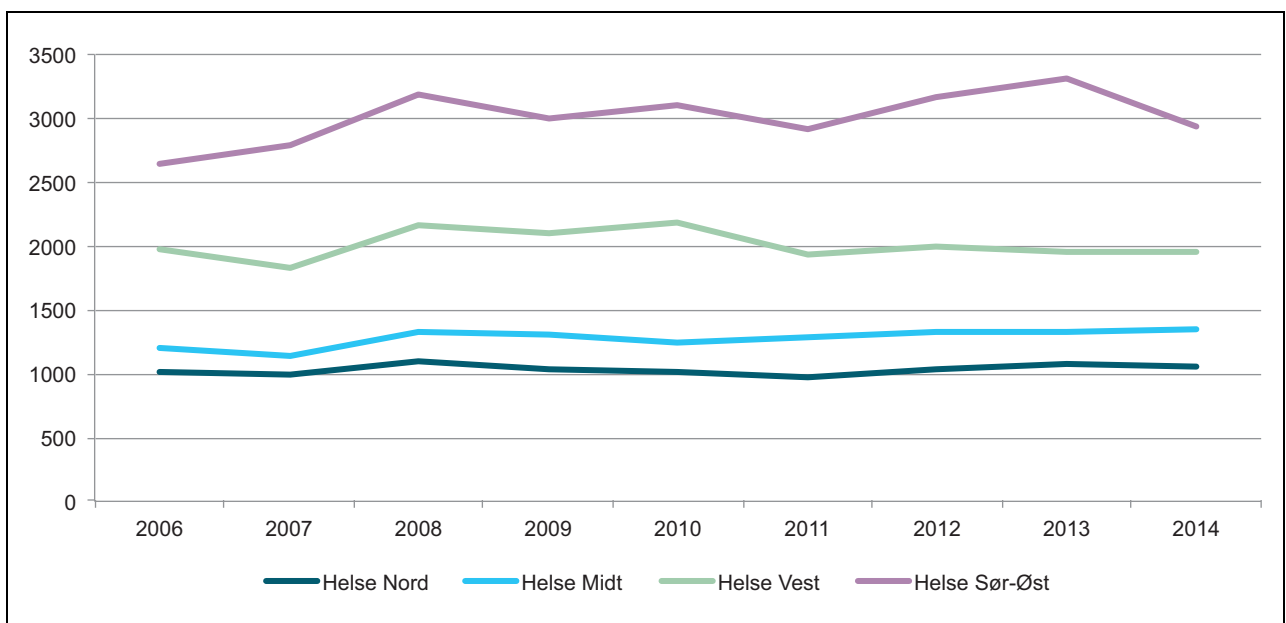
I 2014 gjennomførte ambulanshelikoptrene 7278 oppdrag. I tillegg ble 1796 oppdrag påbegynt, men av ulike årsaker avbrutt etter oppstart.

Ambulanshelikoptrene utfører først og fremst primær oppdrag (76 pst. av alle oppdrag). De utfører relativt få sekundær oppdrag, til tross for at strukturendringer og funksjonsfordeling mellom sykehusene skulle tilsi at stadig flere pasienter må flys fra lokalsykehusene til de større sykehusene. Andelen sekundær oppdrag har vært stabil på om lag 20 pst. på nasjonalt nivå. Det kan forklares med at pasientene blir fløyet direkte til et ressurs-sykehus i stedet for til lokalsykehuset. Eksempler er traumepasienter og pasienter med hjerteinfarkt som er aktuelle for primær PCI.

Ambulanshelikoptrene utfører et lite, men økende antall tilbakeføringsoppdrag. Plassmangel ved intensivavdelingene ved de store sykehusene og behov for å frigjøre kapasitet kan være årsaker.

Hastegradene varierer mellom basene. På nasjonalt nivå utgjorde akutt oppdrag om lag 77 pst. av oppdragene i 2014, mens haste oppdrag utgjorde 19 pst.

Den vanligste årsaken til kanselleringer er at lokale ressurser på stedet melder tilbake at det ikke er behov for luftambulansetjeneste. Om lag 8–10 pst. av anmodningene fra AMK kanselleres på grunn av værforhold. Her kan det være en viss underreportering (Luftambulansetjenesten ANS, 2015).



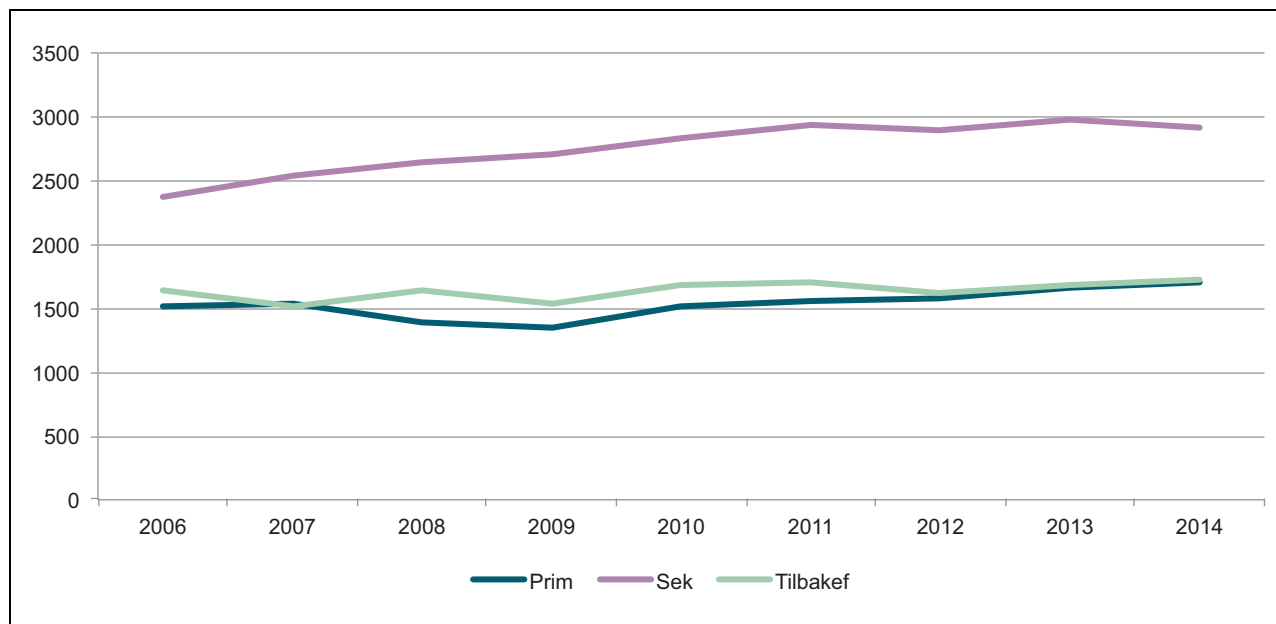
Figur 11.3 Gjennomførte ambulanshelikopteroppdrag 2006–2014

Kilde: Luftambulansetjenesten ANS.

Ambulansefly

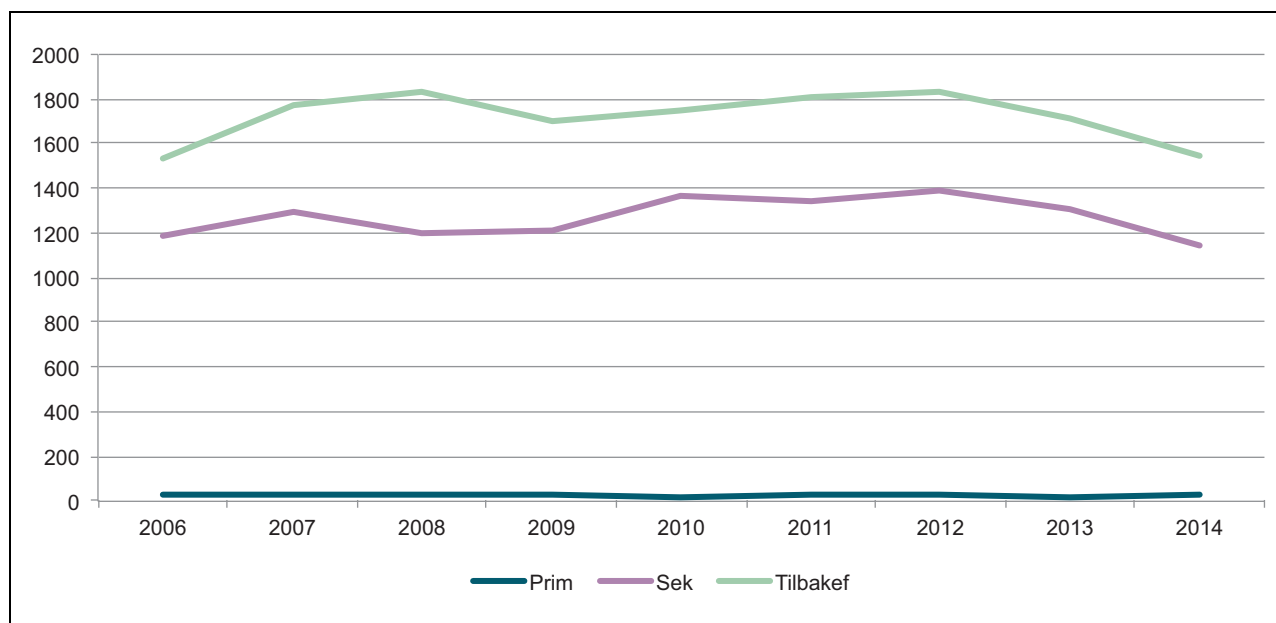
I 2014 gjennomførte ambulansedyene 9110 oppdrag. Det er langt flere primær- og akuttoppdrag for ambulansedyene i Nord-Norge enn i Sør-Norge, og dette reflekterer de ulike behovene i nord og sør. Når ambulansedy benyttes i primær- og akuttoppdrag, er hastegraden oftest høy. En del sekundær- og akuttoppdrag har også høy hastegrad. Dette gjelder over hele landet.

Ambulanseflyene utfører både korte og lange transporter. De siste ti årene har antall flyoppdrag mellom Nord-Norge og Sør-Norge (Midt-Norge er her unntatt) vært 348 i snitt. Dette tallet er stabilt. Ambulanseoppdrag fra Svalbard og Jan Mayen til fastlandet viser en økende tendens (35 i 2006, 68 i 2014). Disse oppdragene ligger på grensen av hva dagens ambulansedy kan utføre.



Figur 11.4 Gjennomførte ambulansedyoppdrag 2006–2014 i Nord-Norge

Kilde: Luftambulansetjenesten ANS.



Figur 11.5 Gjennomførte ambulansedyoppdrag 2006–2014 i Sør-Norge

Kilde: Luftambulansetjenesten ANS.

Redningshelikoptre

I 2014 gjennomførte redningshelikoptrene 838 ambulanseoppdrag.

Legebil

Luftambulansen benytter i en del tilfeller legebil (personbil uten pasientbåre) som alternativt utrykningsfartøy. Det kan være når et helikopteroppdrag ikke kan gjennomføres på grunn av vær, fartøYTEkniske forhold eller fordi bil er mer hensiktsmessig. Stiftelsen Norsk Luftambulanse finansierer biler ved ambulanse- og redningshelikopterbasene. Et typisk oppdrag for legebiler er plutselig uventet hjertestans i basenes nærområde eller pasient i behov av kvalifisert luftveishåndtering. I 2014 ble det gjennomført 1928 oppdrag med luftambulansens legebiler. En stor andel av oppdragene er akuttoppdrag.

Helikoptrenes personell bemanner legebilen. Legebilberedskapen er en kostnadseffektiv forsterkning av det akuttmedisinske tilbudet, fordi 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. På disse stedene er det samarbeid med legevakt for å avgrense legebilens rolle.

11.3.6 Responstider og dekningsgrad

St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap (2000) 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 derfor mer enn bare luftambulansen.

Med dagens basestruktur for ambulanshelikopter er 99 pst. av befolkningen teoretisk sett dekket av denne målsettingen. 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 (Zakariassen, Uleberg & Røislien, 2015).

Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) har lagt fram et policydokument om kapasitet og basestruktur. SNLA mener at et luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 minutter fra nødmeldingen ringes inn. På denne bakgrunn mener stiftelsen det er nødvendig med nye helikopterbaser. Behovet dreier seg spesielt om baser for områdene i Telemark og Innlandet.

11.3.7 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 til rett omsorgsnivå.

I Norge er det vist en sammenheng mellom alvorlighetsgrad og helsemessig gevinst av utrykning med anestesilege (Lossius et al., 2002).

Betydningen av anesthesiologisk kompetanse kan illustreres med prehospital behandling av alvorlig hodeskade. Slike pasienter skal legges i narkose, og det kreves spesialkompetanse for å gjennomføre denne prosedyren trygt. Undersøkelser viser at norske luftambulanseleger har stor suksessrate i avansert luftveishåndtering, og langt bedre enn utenlandske tjenester som benytter personell med lavere utdanning (Sollid, Lossius & Søreide, 2010; Nakstad, Heimdal, Strand & Sandberg, 2011). Om lag 12 pst. av pasientene som transporteres i ambulanshelikopter er i narkose (Luftambulansetjenesten ANS, 2015).

Verdien av prehospital triage utført av anestesilege ble framhevet under evaluering av helsevesenets innsats 22. juli 2011 (Helsedirektoratet, 2012a; Sollid et al., 2012).

Flere studier viser høyere dødelighet ved akutt sykdom og traumer med økende avstand mellom skadested og sykehus. Finnmark er et fylke med statistisk signifikant høyere dødelighet etter traumer sammenliknet med resten av landet. Det samme mønsteret finner man på traumer hos barn (0–15 år), der dødeligheten er større i rurale områder sammenliknet med urbane (Wei et al., 2008; Kristiansen, Rehn, Gravseth, Lossius & Kristensen, 2012; Kristiansen et al., 2014).

Boks 11.3 Samfunnskostnader ved alvorlige traumer – betydningen av god skadebehandling prehospitalt og i sykehus

En sveitsisk forskergruppe gjorde beregninger av de totale samfunnskostnadene ved alvorlig traume. Beregningene ble basert på 63 traumepasienter med snittalder på 34 år. 64 pst. var trafikkulykker, 19 pst. var arbeidsulykker og 18 pst. fritidsulykker. De totale samfunnskostnadene per pasient, vurdert fem år etter ulykken, var i gjennomsnitt 780 000 sveitsiske franc (2001). 64 pst. av kostnadene var knyttet til tap av arbeidsevne (produktivitetstap), 18 pst. var rene sykehuskostnader, mens bare 0,2 pst. var prehospitalt kostnader. Det avgjørende for kostnadene var om pasienten endte opp som ufør (snittkostnad 1 844 310 sveitsiske franc) eller kom tilbake i jobb (snittkostnad 209 750 sveitsiske franc) (Häusler, Zimmermann, Tobler, Arnet & Hüsler, 2001). Samfunnskostnaden økte 779 pst. dersom pasienten endte opp som arbeidsufør. Forfatterne konkluderte med at den store posten produktivitetstap er en undervurdert samfunnskostnad og at ut fra en kost-nytte-betraktning bør det investeres mer i forebyggende tiltak og i god skadebehandling prehospitalt og i sykehus.

Kilde: Häusler (2001).

11.3.8 Luftambulansens pasienter

Pasienter med hjerte/kar-sykdom utgjør den største pasientgruppen i luftambulansetjenesten. I 2014 utgjorde disse pasientene om lag 22 pst. av pasientene i ambulanseflyene og 14 pst. i ambulanshelikoptergruppen. Et fåtall sykehus har beredskap for PCI-behandling (utblokking) ved akutt hjerteinfarkt, og luftambulanse brukes derfor ofte til å transportere disse pasientene til sykehus som har tilbud om dette.

Pasienter med primærdiagnose relatert til svangerskap utgjorde i 2014 2,5 pst av pasientene i ambulanshelikoptrene, og 3,2 pst. og 3,1 pst. i henholdsvis redningshelikoptre og ambulansefly. Det er en klar overvekt i Nord-Norge av pasienter med primærdiagnose svangerskap som må transporteres med luftambulanse.

Nyfødte 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.

Skader står for om lag 33 pst. av diagnosene i ambulanshelikoptrene og 13 pst. i ambulanseflyene.

Det vises til kapittel 12 for omtale av transport med luftambulanse av pasienter med psykisk sykdom.

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). Av alle ambulanshelikopteroppdrag fikk 60 pst. av pasientene skår fra fire til seks.

11.3.9 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.

Vær er en viktig årsak til kanselleringer. Spesielt i mørketiden i Nord-Norge kan ambulanshelikoptrene i lange perioder være tvunget til å stå på bakken. En undersøkelse gjort i tre innlandskommuner på Helgeland viste at ambulanshelikoptret gjennomførte syv av 24 nødvendige oppdrag i området i perioden november–februar (Haug, Åvall & Monsen, 2009). 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 hendelsesstedet, 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. Uhellraten er kraftig redusert i de senere år, men et helikopterhavari med to omkomne i 2014 viser at sikkerhetsarbeid fortsatt må prioriteres. Selv om det er ønskelig med kort reaksjonstid, må besetningen ta seg 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 antall luftambulansoppdrag til de situasjonene der det er en klar helsegevinst. Det er behov for mer kunnskap om hvilke tilstander og situasjoner dette dreier seg om, og hvordan de identifiseres ved alarmtidspunktet. Når NACA-skår legges til grunn, ser det ut til at luftambulansetjenesten i stor grad har oppdrag rettet mot de pasientene som har spesielt stor medisinsk nytte av et avansert behandlingstilbud prehospitalt (Luftambulansetjenesten ANS, 2015). En norsk undersøkelse utført i 2013 tyder imidlertid på at for få traumepasienter får hjelp av anestesilegebemannet utrykningstjeneste (Wisborg, Ellensen, Svege & Dehli, 2015). Av 604 alvorlig skadde pasienter fikk 51 pst. slik hjelp. Av de pasientene som ble transportert direkte til traumesenter, var andelen 60 pst. Forfatterne mener at presisjonen på bruk av legebemannet ambulanshelikopter bør bli bedre.

En suksessfaktor for ambulanshelikoptertransport er at pasientene skal slippe forflytning mellom flere transportmidler. Det betinger at sykehusene legger til rette for helikopterlandinger ved akuttmottakene. Luftambulansetjenesten ANS gjennomførte i 2007/08 en kartlegging av helikopterlandingsplassene ved 54 somatiske akutt sykehus. Situasjonen ble vurdert som mindre tilfredsstillende. Regionale helseforetak har satt i verk omfattende tiltak. Et eget prosjekt ledet av Sykehusbygg HF ivaretar behovet til de nye redningshelikoptrene som kommer i drift fra 2018. Luftambulansetjenesten ANS har startet arbeidet med å lage en nasjonal digital landingsplassoversikt.

Ved bruk av ambulansfly må sykehusene organisere transporten til flyplassen med bilambulans og eget følgepersonell. Disse transportene er en utfordring. Ambulansflyene må av og til vente på flyplassen fordi det ikke er ledig ambulans for transport av pasienten til eller fra flyet. Dette medfører forsinkelser for avvikling av ambulansflytransportene. Dagens ambulansfly er mindre egnet til de aller lengste oppdragene. Ved oppdrag til Svalbard og Jan Mayen er det store vektbegrensninger. Ved krevende intensivtransporter er flyenes kabin også i minste laget.

Avinor er sammen med helsetjenesten i ferd med å vurdere om enkelte kortbaneflyplasser skal nedlegge sin beredskap for ambulansfly i de tidsperiodene flyplassene ikke er åpne for rutetraffikk. En slik utvikling vil kunne medføre lengre tilbringertransporter med bilambulans.

11.4 Utvalgets vurderinger

Kompetanse i ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten blir i økende grad sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov for helsehjelp der dette framstår som uavklart for enten AMK- eller LV-sentral. Selv med eventuelt høyere legedeltagelse på utrykninger i framtiden, vil ambulanspersonell i mange vanskelige medisinske situasjoner være uten legestøtte. Utvalget mener det må etableres en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansfaget på bachelornivå. Det vil heve kompetansen og bidra til utvikling av nye former for ambulansetjeneste, som enmannsbetjente utrykningsenheter i bil eller motorsykkel. Slikt personell kan også være egnet til å bygge bro mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved å påta seg oppdrag innenfor 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 ambulansarbeiderutdanning, basert på fireårig fagutdanning etter 10-årig grunnskole, bør derfor videreføres og innholdet videreutvikles.

Utvalget mener nye tilbud bør prøves ut i spredt bebygde områder slik at en fullverdig ambulanskompetanse kan beholdes der det ellers ikke er volummessig grunnlag for det. Praxis 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. Utvalget viser til den skotske ambulansestrategien som omtaler bruk av paramedic practitioners (jf. boks 11.2). Utvalget mener det bør utvikles slike modeller tilpasset norske forhold, og som bør prøves ut og evalueres.

Fagforbundet og Spekter har i brev til Helse- og omsorgsdepartementet påpekt alvorlige konsekvenser av akuttmedisinforskriften med hensyn til kompetansekrav i ambulansebil for lærlinger i ambulansfaget. Utvalget mener forskriften må endres slik at forholdene som påpekes fra Fagforbundet og Spekter ivaretas.

Utvalget er også kjent med at det foregår en revisjon av ambulansfaget i regi av Faglig råd for helse- og oppvekstfag (FRHO). En slik revisjon vil trolig også innebære en vurdering av ulike måter å løse aldersutfordringene knyttet til førerkortbestemmelsene som er påpekt i kapittel 4.1.1.

Spesialkompetanse i ambulansetjenesten og transport av intensivpasienter

Enkelte pasienter har behov for tidligst mulig avansert diagnostikk og behandling, og rask direkte transport til spesialiserte sykehus. Noen sykehus har rutiner for at anestesipersonell rykker ut med lokal ambulanse til hendelser i nærområdet og møtekjøring med distriktsambulanse. Slike konsepter bør utvikles videre og settes i system. Det må etableres et nært samarbeid mellom sykehus og ambulansetjeneste med tanke på utstyr i bilene og varslingsrutiner. I noen byer er det allerede på plass egne utrykningsbiler med anestesilege fra helseforetak, som eksempelvis i Oslo og Haugesund. Det kan være grunnlag for en slik ordning flere steder.

Utvalget understreker at akuttmedisinsk beredskap er et felles ansvar for kommuner og helseforetak. Helseforetakenes utrykningsressurser må ikke overta kommunenes oppgaver innen akuttberedskap. Legevaktarbeid hører til det allmennt medisinske fagområdet. Det er likevel viktig at helseforetakene har et tilbud om utrykning av spesialpersonell i de situasjonene det vurderes å være behov for mer avanserte intervensjoner for å sikre liv og helse. Analyser i de enkelte helseforetaksområder må avgjøre om den videre utviklingen bør skje i form av luftambulanse eller hjulgående alternativer.

Det er behov for å etablere gode og forutsigbare ordninger for intensivtransport mellom sykehus. Luftambulansetjenesten er standardisert med forutsigbar kompetanse og utstyrsnivå. Dette må også utvikles i bilambulansetjenesten. Det er viktig at personellet er opplært og trent, at utstyret er tilpasset og at klare samarbeidsavtaler med ambulansetjenesten foreligger. Utvalget mener flere sykehus bør kunne samarbeide om en transportordning slik at det kan dannes grunnlag for dedikerte vaktordninger. Utvalget mener at forslaget til prosjektgruppen i Helse Sør-Øst RHF er faglig godt og kostnadseffektivt, jf. kapittel 11.2.3.

Differensiert ambulansetjeneste

Utvalget ser behov for økt differensiering av ambulansetjenesten. Utvalget mener det bør etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåking eller behandling når det er pasientgrunnlag for det. Disse benevnes syketransportbiler. Tiltaket kan redusere kostnader, frigjøre akuttberedskap og avlaste den ordinære ambulansetjenesten. Det vil også bedre tjenestetilbudet til en stor pasient-

gruppe, gjennom kortere ventetid på transport, spesielt til syke eldre. En bieffekt av forslaget kan være å bedre rekrutteringen av personell, lette innfasingen av nytt personell og utvikle et senior-tilbud for ambulanspersonell.

Båtambulansen

Båtambulansetjenesten må forholde seg til ulikt og til dels komplisert regelverk. Utstrakt kombinert bruk av båtambulanse kompliserer avtaleforholdet mellom helseforetak og kommune og kan åpne for et økonomisk spill mellom partene.

For helseforetakene er det høyt prioritert å ivareta ambulanseberedskapen. I områder der båtambulansen har mange ambulanseoppdrag, vil utvalget advare mot at det inngås avtaler som innebærer mange andre oppgaver. Et godt samarbeid med legevakt er imidlertid viktig.

Utvalget har også merket seg at forskriftskravet til bemanning i båtambulansen er svakere enn i bilambulansetjenesten. Helseforetakene må likevel sørge for at pasientsikkerheten er like godt ivaretatt i båt som i bil.

Luftambulanse

Utvalget mener luftambulansetjenesten er sentral for 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 nyttig for rask og skånsom transport til sentraliserte behandlingstilbud, som PCI og traumesentre. Befolkningsutviklingen, den medisinsk-faglige utviklingen og endringer i helsetjenestens struktur vil i årene framover påvirke behovet for luftambulansetjenester. Regionale helseforetak må legge til grunn analyser av framtidige beredskapsbehov, pasientstrømmer og kompetansebehov ved planleggingen av luftambulansetjenesten. De nasjonale retningslinjene for bruk av luftambulanse må konkretiseres lokalt for å imøtekomme landets ulike geografiske forutsetninger. Mange steder vil dette innebære at tjenesten må prioritere oppdrag der det er lang avstand til sykehus med akuttfunksjoner.

Utvalget mener at selv om anestesilegebemannet luftambulanse har en høy kostnad, kan det være en lønnsom samfunnsinvestering. Det er blant annet vist at de totale samfunnskostnadene reduseres dramatisk dersom en kan unngå at en traumepasient ender opp som arbeidsufør. I tillegg til å tilby avansert medisinsk behandling på

skadestedet, er en effektiv luftambulansetjeneste en forutsetning for å utnytte en moderne traumeorganisering i sykehus. Det er svært viktig at en slik tjeneste blir benyttet til de riktige oppdragene, og på dette området er det behov for mer kunnskap. Forskningen må derfor intensiveres.

Luftambulansetjenesten skal ses i sammenheng med øvrig ambulansetjeneste og akuttmedisinsk beredskap, men denne tjenesten må samtidig ivareta behovene på et nasjonalt nivå. Utvalget mener regionale helseforetak fortsatt må samarbeide nært med hverandre om denne tjenesten og samtidig sørge for at luftambulansetjenesten kan bidra i redningstjenesten på en hensiktsmessig måte. På den måten får samfunnet den totalt sett beste og mest kostnadseffektive akuttmedisinske beredskapen.

Dagens organisering av luftambulansetjenesten innebærer at den operative delen av tjenesten konkurransesutsettes. Den begrensede fleksibiliteten som ligger i langvarige kontrakter kan vanskeliggjøre ønskede tilpasninger. Politihelikoptertjenesten i Norge er offentlig drevet, og flere svenske landsting er i ferd med å overta luftambulansetjenesten i egen regi. Det er viktig å sikre en god offentlig kontroll over kritiske samfunnsfunksjoner, også for å minimalisere økonomisk og operativ risiko. I Sverige har økonomiske utfordringer hos en privat operatør medført redusert beredskap. Det er en fare for at operatørbytte ved inngåelse av nye kontrakter bryter en god samhandling som er opparbeidet mellom operatør og helseforetak gjennom flere år. Luftambulansetjenesten er risikoutsatt, og denne samhandlingen er en forutsetning for en sikker gjennomføring av oppdragene. Utvalget mener at spørsmålet om offentlig drift bør utredes grundig også i Norge.

De nye redningshelikoptrene som erstatter dagens Sea King fra 2018–2020, har større flyhastighet og rekkevidde. De vil også ha avisingsutstyr, noe som ytterligere vil bedre gjennomføringsevnen under vanskelige klimatiske forhold. Disse helikoptrene vil på grunn av størrelse og vekt representere en økt miljøbelastning. Det kan påvirke egnetheten for gjennomføring av enkelte ambulansoppdrag. Dette forholdet må tas i betraktning ved planleggingen av framtidens luftambulansetjeneste.

På Svalbard er det gruvedrift og risikoutsatt turisme. Den medisinske beredskap og behand-

lingskapasitet på øya er begrenset. For dagens ambulansfly er løftekapasiteten (mennesker og utstyr) mellom Svalbard og fastlandet svært begrenset. Ambulanseberedskapen for Svalbard må forbedres.

11.5 Utvalgets forslag

- Det etableres en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansefaget på bachelornivå.
- Fagplanene for dagens ambulanserarbeiderutdanning må revideres. En slik revisjon bør også inneholde løsninger på dagens aldersutfordringer knyttet til førerkortkrav i ambulansetjenesten.
- Det foretas endringer i kravene til kompetanse i akuttmedisinforskriften slik at intensjonene i utdanningen av ambulansefaget ivaretas.
- Samarbeidsprosjekter der ambulanspersonell involveres i primærhelsetjenesten settes i gang og evalueres (jf. paramedic practioners i Skottland)
- Der det er pasientgrunnlag for det, etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåking eller behandling (syketransportbiler).
- Helseforetakene gjennomfører analyser av hvilke former for anestesilegeutrykning som er best egnet i sine områder.
- Helseforetakene bør samarbeide rundt etablering av intensivambulanser med vaktordning for sykehusbasert spesialfølge.
- Regelverk som handler om båtambulansen gjennomgås med formål å forenkle, samordne, tydeliggjøre og redusere muligheter for spill og unødvendig byråkratiske løsninger.
- Offentlig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten bør utredes.
- Regionale helseforetak må i samarbeid sikre at planlegging og utvikling av luftambulansetjenesten inngår som en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap. Konkrete retningslinjer for bruk av tjenesten må utvikles lokalt for å sikre et likeverdig helsetjenestetilbud.

Kapittel 12

Psykisk helse og rus

12.1 Psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden

St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for omfattende styrking og omstrukturering. En vesentlig strategi i St.prp. nr. 63 (1997–98) Opptrappingsplanen for psykisk helse var utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Undersøkelse og behandling for psykisk sykdom og ruslidelser gis både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten er fastlegene og legevakt de viktigste aktørene. I tillegg har mange kommuner tilbud om oppfølging ved psykiatriske sykepleiere, enten som del av hjemmebaserte tjenester eller som egen tjeneste. Enkelte kommuner har spesialiserte botilbud med varierende grad av oppfølging. Noen kommuner har organisert kriseteam eller instanser som kan kontaktes direkte ved livskriser. Fastleger og legevakt har lovpålagt plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. For fastleger gjelder denne plikten først og fremst innenfor kontorets åpningstider. Den kommunale legevakten dekker hele døgnet samt helg- og helligdager.

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

I spesialisthelsetjenesten skjer undersøkelse og behandling ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og i sykehus. Innleggelse i DPS er vanligvis begrenset til dagtid på hverdager. De fleste akuttinnleggelse skjer derfor ved psykiatriske sykehusavdelinger. Noen få distriktpsikiatriske sentre mottar innleggelse utenfor vanlig kontortid på hverdager. Noen steder er det også etablert akutte ambulante team der pasienter og pårø-

rende kan henvende seg i deler av døgnet, men ikke døgkontinuerlig.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbyr sjelden akutt hjelp. Overvåking av forgiftninger foregår vanligvis på medisinske akutttavdelinger. Ved rusutløste psykoser innlegges pasientene i psykiatriske akutttavdelinger. Kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold, inkluderer foreløpig ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer, men er planlagt fra 2017.

12.2 Legevaktepidemiologi

I 2014 ble det registrert ca. 1,95 mill. pasientkontakter til norske legevakter hvorav 1,35 mill. var konsultasjoner (Hunskår & Sandvik, 2015). Det ble gitt en psykiatrisk diagnose ved 4,9 pst. av alle legevaktkontakter. Denne andelen har vært relativt stabil siden 2006. Samtidig har det fra 2006 til 2013 vært en økning i antall legevaktkontakter der det ble gitt en psykiatrisk diagnose på 82 pst. Endringen gjenspeiler trolig økt bruk av legevakt, men også bedre rapportering. Det er en overvekt av menn som får en psykiatrisk diagnose på legevakt, selv om det generelt er flere kvinner enn menn som kontakter legevakt.

Andelen med psykiske lidelser varierer ved de forskjellige kontaktformene i legevakt – med høyest andel i sykebesøk og utrykninger (11,9 pst.), og lavest ved konsultasjoner (4,1 pst.) og telefonkontakter (4,5 pst.) (Hunskår & Sandvik, 2015). Ved vurdering av hastegrad blir henvendelser om psykisk lidelse eller rus i gjennomsnitt vurdert til å ha litt høyere alvorlighetsgrad enn andre typer henvendelser.

Problemstillinger knyttet til psykiske lidelser og rus er overrepresentert om natten. I 2014 ble det gitt slike diagnoser ved 9,5 pst. av henvendelsene på natt, sammenliknet med 4,5 pst. på dagtid og 4,2 pst. på kveldstid. Disse diagnosene er også overrepresentert hos voksne i aldersgruppene 16–60 år (Hunskår & Sandvik, 2015).

I en studie av legevaktjenesten fra 2010 ble det gitt en rusdiagnose i 32 pst. av kontaktene som ble vurdert som relatert til rus. Det ble gitt en psykiatrisk diagnose i 58 pst. av kontaktene relatert til psykisk lidelse, men dersom pasientene hadde både rus og psykisk lidelse, fikk 70 pst. en psykiatrisk diagnose (Johansen, Morken & Hunskaar, 2012). Mange pasienter har flere lidelser, og pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser har ofte andre tilstander i tillegg.

De hyppigst brukte diagnosene ved legevakt er relatert til rus (21,2 pst.), depresjon (20,4 pst) og angst (19,4 pst.) (Johansen, Morken & Hunskaar, 2009). I 2013 ble diagnosen stoffmisbruk brukt på 19 429 kontakter, mens samme diagnose i 2006 ble brukt på 4880 kontakter. Det utgjør en 300 pst. økning over syv år. I 2013 var den hyppigst brukte diagnosen ved sykebesøk kronisk alkoholmisbruk og akutt alkoholmisbruk ved konsultasjoner (Hunskår & Sandvik, 2015).

Eksempler på diagnoser som blir gitt hyppigere på legevakt enn hos fastleger er rusdiagnoser, psykosedagnoser og diagnoser som beskriver selvmordsatferd (Johansen, Morken & Hunskaar, 2010). Det faktiske antallet henvendelser relatert til selvmordsatferd er høyere på legevakt enn hos fastlegene, til tross for et betydelig mindre totalvolum av henvendelser til legevakt (Noson, 2007; Johansen, 2010).

En studie fra 2012 utforsket legevaktens håndtering av henvendelser relatert til rus eller psykisk lidelse. Henvendelsene ble i 31 pst. av tilfellene håndtert av sykepleier som en telefonkontakt. Dette er vesentlig flere når en sammenliknet med andre typer henvendelser hvor 18 pst ble avsluttet som en telefonkontakt av sykepleier (Johansen, Morken & Hunskaar, 2012).

Hvis pasientene ble vurdert av lege, ble 50 pst. av legekontaktene avsluttet på legevakt uten at pasienten ble henvist videre til andre instanser. I 34 pst. av kontaktene ble pasienten innlagt på sykehus. Det var færre innleggelser for rene rusrelaterte lidelser (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 disse innleggelsene gikk til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern eller akutt tverrfaglig rusbehandling. I alt 15 pst. av legekontaktene endte med en akuttinnleggelse i psykisk helsevern. Det ble brukt tvangsparagraf ved 38 pst. av disse innleggelsene.

Legevaktleger har gitt uttrykk for at legevaktjenesten noen steder er organisert slik at forholdene ikke ligger til rette for å gi gode tjenester til denne pasientgruppen (Johansen, Carlsen & Hunskaar, 2011). Eksempler på slike forhold er tidspress, stor pasienttilstrømning, dårlig tilgang til komparentopplysninger og annen nødvendig informasjon, samtidighetsproblematikk, stykkprisfinansiering i avlønning av leger og lite egnede lokaler.

Bruk av tvang synes å være assosiert med psykoselidelser, selvmordsatferd, og tilfeller der andre enn pasienten selv, f.eks. nære venner eller familie er involvert i legevaktkontakten (Grytås, 2014; Fuglseth, 2013).

En studie om håndtering av forgiftninger i prehospitaltjenester i Oslo viste at de fleste alkoholintoksikasjonene ble håndtert på legevakt, opiatintoksikasjonene av ambulansetjenesten, men sykehusinnleggelse oftest var nødvendig ved medikamentintoksikasjonene (Heyerdahl, Hovda & Bjørnås, 2008).

Det finnes ingen studier som har undersøkt kvaliteten på arbeidet som gjøres ved norske legevakter for pasienter som henvender seg med psykiske lidelser eller rusproblematikk. Legevaktleger er like flinke som andre henvisende instanser til å velge ut hvilke pasienter som bør innlegges i psykiatriske akuttavdelinger (Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012).

En stor andel av akuttinnleggelsene til spesialisthelsetjenesten kommer via legevakt (Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012; Ruud, Gråwe & Hatling, 2006; Tørrissen, 2007). En enda større andel av tvangsinnleggelsene kommer via legevakt. Samtidig er andelen tvangsinnleggelse som underkjennes ved paragrafvurderingen i sykehus høyere for innleggelser fra legevakt enn for innleggelser fra fastleger og spesialisthelsetjenesten (Fuglseth, 2013; Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012). Pasienter innlagt fra legevakt har høyere forekomst av akutt ruspåvirkning og aggressiv atferd sammenliknet med pasienter innlagt fra andre henvisningsinstanser (Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012). Underkjenningene av tvangsinnleggelsene kan skyldes at pasienten er blitt mindre ruspåvirket i tiden som er gått fra legevaktens vurdering til tidspunktet for paragrafvurderingen på sykehuset. Den høye andelen underkjenninger kan også skyldes mangel på alternative tiltak prehospitalt eller at legevaktlegen ikke har gjort gode nok vurderinger.

12.3 Samhandling om innleggelse

En av kjerneoppgavene i prehospitaltjenester er å sørge for at pasienter får rett hjelp på rett helse-tjenestenivå. Noen av pasientene med rusproblemer eller dårlig psykisk helse er krevende å behandle på legevakt, og vanskelige å henvise videre på grunn av få alternativer til døgninnleggelse (Johansen, Carlsen & Hunnskaar, 2011). I en 25 år gammel norsk studie ble det observert at legevaktleger kom i klem mellom lekfolk og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern ved problemstillinger relatert til psykisk sykdom (Måseide, 1991). Det var den gang ulike oppfatninger om hva psykisk helsevern skal være behjelpelig med og hva spesialisthelsetjenesten mener at de kan og skal bidra med. Dette gjelder mange steder også i dag, og legevaktleger rapporterer om uttalte samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten, som oppleves som lite tilgjengelig (Johansen, Carlsen & Hunnskaar, 2011). Dette preger legevaktlegene i møtet med pasientene og kan føre til at de kvier seg for å kontakte spesialisthelsetjenesten ved behov for rådgivning eller assistanse og for logistikken som er involvert ved innleggelse. Der samhandlingen mellom legene og spesialisthelsetjenesten er god, blir ikke psykiske lidelser og rusproblemer oppfattet som et problem i seg selv (Johansen & Eikeland, 2013; Johansen, Carlsen & Hunnskaar, 2011).

Tilbudet fra spesialisthelsetjenesten utenfor vanlig kontortid er mange steder kun akutte (tvangs)-innleggelse (Johansen, Carlsen & Hunnskaar, 2011). Opprettelsen av akutte ambulante team ved distriktpsikiatriske sentre skulle bøte på dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), men disse teamene har ofte verken vært akutte eller ambulante (Hasselberg, Grawe & Johnson, 2011; Karlsson, Borg & Sjølie, 2011). I sin doktorgradsavhandling fra 2013 konkluderte Hasselberg (2013) med at:

«Akutteamene i Norge ble bare delvis implementert i henhold til modellen for ambulante akutteam, og at de derfor heller ikke fullt ut har fylt den rollen de har vært tiltenkt i psykisk helsevern.»

Det er også verdt å nevne at alternative akuttilbud som egen vaktpsykolog, akuttbehandling på dagavdeling og åpne lavterskel sengeenheter i liten grad synes å innvirke på behovet for akuttinnleggelse, og at tilbudene primært har vist seg nyttige for friskere og bedre fungerende pasienter som tidligere har manglet et fullverdig

behandlingstilbud (Johansen & Eikeland, 2013; Kolbjørnsrud, Larsen & Elbert, 2009; Hasselberg, Grawe & Johnson, 2013).

Legevaktleger møter uselekterte pasienter med et vidt spekter av lidelser. Det medfører at de må forholde seg til hele bredden av første- og andrelinjetjenester. Det blir vanskelig å forholde seg til prosjekt- og spesialordninger for spesielle pasientgrupper. Ved en gitt problemstilling er det vanskelig å vite om det aktuelle spesialtilbudet er åpent eller om det fortsatt er i drift. For de største legevaktene gir pasientenes sonetilhørighet og forskjellene i tilbud mellom forskjellige soner ytterligere utfordringer. I Oslo avgjøres for eksempel pasientenes tilhørighet til sykehus ulikt for somatikk og psykisk helsevern. Det er etablert noen få døgnåpne akuttinstitusjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bl.a. Rusakuttmottaket i Oslo og Akuttposten i Bergen.

Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet for perioden 2016–2020. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse utfordringene.

12.4 Akutte ambulante team

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som målsetting å desentralisere virksomheten fra sykehus til DPS og fra døgnvirksomhet til polikliniske og ambulante tjenester. I 2006 ga Helsedirektoratet ut veilederen Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Her tydeliggjøres hvilke oppgaver DPS skulle ha (Helsedirektoratet, 2006). I 2008 gjennomførte Helsedirektoratet en kartlegging av funksjonen til alle landets DPS, som på det tidspunktet var 75 (Muusmann & Agenda, 2008). De konkluderer med at DPS dekker hele befolkningen.

Det var et mål i Opptrappingsplanen at befolkningen skal vite hvor de kan få hjelp når de trenger akutt psykisk helsehjelp og akutt hjelp for alvorlige rusmiddelproblemer. Befolkningen må også sikres akutt hjelp av god kvalitet og oppleve helhetlige og fleksible tjenestetilbud der kommune og spesialisthelsetjeneste samhandler.

En rapport fra Helsedirektoratet om driftsindikatorer for DPS i 2013 viser at det fortsatt er betydelige forskjeller i totalvolum og i fordelingen av tjenestene i helseforetaksområdene og i DPS-områdene (Helsedirektoratet, 2014d).

Akuttilbudet i psykisk helsevern består av sentraliserte akuttavdelinger og desentraliserte

akutt- og krisetjenester ved DPS. Det er en helsepolitisk føring at DPS skal ha tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. DPS kan velge å organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam. Ved en nasjonal konferanse i september 2010 besluttet de regionale helseforetakene at alle DPS skal ha akutt- og krisetjenester. Fra 2013 bør disse tjenestene ha utvidet åpningstid til 24/7. DPS bør etablere egne ambulante akutteam eller samarbeide med andre DPS eller sykehus der lokale tilpasninger sier dette (Ruud, 2010). Dette målet er fortsatt ikke oppnådd.

Helsedirektoratet utga i 2014 en rapport som omtalte organisering og praksis i ambulante akutteam ved DPS (Helsedirektoratet, 2014e). Ambulante tiltak skal ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling, men være et supplement som skal brukes før døgnbehandling blir nødvendig. Det er også et mål å bidra til å redusere bruk av tvang, og til å unngå unødvendige innleggelser ved å komme tidlig til i sykdomsforløpet. Teamene skal samarbeide nært med kommunenes helse- og omsorgstjeneste og øvrig hjelpeapparat og bidra til tilgjengelighet og trygghet. Ambulante akutteam skal være et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for pasienter med akutt forverring av psykiske lidelser, eventuelt i kombinasjon med rusmiddelproblemer som ikke kan tas hånd om av kommunens helse- og omsorgstjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014e).

Kunnskapsgrunnlaget om ambulante akutteam er begrenset. Ut fra det som er gjort av forskning finnes det noe kunnskap om utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England og Norge, men det er begrenset empirisk kunnskap om resultater og konsekvenser av ulike praksis. Forskning tyder på at ambulante akutteam med reell portvaktfunksjon for akuttavdelinger, åpningstid 24/7 og adekvat bemanning kan gi hjemmebehandling til mange pasienter som ellers ville blitt innlagt i akuttavdeling (Gråwe, Ruud & Bjørngaard, 2005). Studier viser ingen sikker forskjell i behandlingsresultat (psykisk helsetilstand, funksjon og livskvalitet) mellom innleggelse og hjemmebehandling, men forskningen gir støtte for at de fleste pasienter foretrekker hjemmebehandling framfor innleggelse. Når det gjelder pårørende viser studier variasjon i synet på hjemmebehandling. Noen pårørende er positive, andre opplever å få mye ansvar når teamet ikke er til stede. En studie fra Australia viser at bare halvparten av de pårørende ville foretrekke hjemme-

behandling ved eventuelt tilbakefall (Johnson, Needle, Bindman & Thronicroft, 2008).

I regi av helseforetakenes Akuttnettverk ble det gjennomført en systematisk kartlegging av 56 ambulante akutteam for voksne i 2013 (Helsedirektoratet, 2014e). Kartleggingen viste store variasjoner i praksis og dataene ga ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om hvordan ulike praksis virker inn på pasientenes utbytte av tilbudet. Kunnskap om dette krever bruk av systematisk måleverktøy. Et verktøy som ble utviklet i England i 2013 skal i 2014 prøves ut ved evaluering av 75 akutteam i England og 18 i Norge.

Det bør være like god tilgang på akutt hjelp for pasienter med psykisk sykdom og/eller omfattende rusmiddelproblemer som ved somatisk sykdom. Fastlege, legevakt og andre tjenester bør på en enkel og rask måte kunne kontakte DPS og ambulante akutteam for veiledning og eventuelt henvisning. I Oslo kan de som trenger det møte opp på et DPS uten henvisning eller timeavtale for å få akutt hjelp på dagtid. En slik ordning ville særlig avlastet legevakten, men også fastlegene, som på en enkel måte kan henvise til spesialisthelsetjenesten dagen etter. Det er vesentlig at det åpnes for muligheter for lokale tilpasninger som ivaretar et godt samarbeid mellom DPS, det ambulante akutteamet, andre deler av spesialisthelsetjenesten, kommunen, fastleger, legevakt og andre. Kapittel 12.5 omtaler fastlegers manglende tilfredshet med DPS i akutte situasjoner.

12.4.1 Lovgrunnlaget

Helsehjelp i kommunen reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven, mens helsehjelp i spesialisthelsetjenesten reguleres av spesialisthelsetjenesteloven. Lovgrunnlaget generelt er nærmere omtalt i kapittel 4. Psykisk helsevernloven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, i og utenfor institusjon. Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 omhandler innleggelse mot eget samtykke av pasienter med omfattende rusproblemer.

For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern må hovedvilkåret være til stede, det vil si at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. Alvorlig sinnslidelse er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Begrepet har nær tilknytning til psykose, men er ikke avgrenset til bare å omfatte psykose. Også andre tilstander er omfattet, der lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevne i en grad som kan sidestilles med psykose. Tilleggsvilkår er farlighetsvilkår eller behandlingstvilkår. Det

er også mulig å etablere tvungen observasjon etter § 3-2, men kravene er skjerpet i forhold til tidligere da det var nok å ha mistanke om alvorlig sinnslidelse. Nå kreves det at det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.

12.4.2 Beredskap

Det er en klar målsetting at ambulante akutteam skal være operative dag og kveld på hverdager og mest mulig av dag og kveld i helger og helligdager (Helsedirektoratet, 2014e). Per i dag er det ingen ambulante akutteam i Norge som har åpningstid 24/7, og det er ingen tvil om at det vil være svært ressurskrevende å holde ambulante akutteam åpne om natten. Beredskap koster relativt mer jo mindre befolkningsgrunnlag som dekkes. Det er også utfordrende å arbeide ambulant i et stort omland med store reiseavstander. Dette innebærer at det er den kommunale legevakten som må ta belastningen når det ikke er tilgang på psykiatrisk kompetanse.

12.5 Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte våren 2014 en undersøkelse av fastlegers vurdering av virksomheten ved DPSene. Undersøkelsen er tidligere gjennomført både i 2006, 2008 og 2011.

Det er lite endringer i skårene fra tidligere undersøkelser, men svarene gir en klar indikasjon på at fastlegene langt fra er fornøyd med tjenestene som tilbys fra landets DPS (Sjetne & Holmboe, 2014).

Indeksen akutte situasjoner fikk gjennomsnittsskår på 54,4 pst. på en skala fra 0 til 100. Indeksen bestod av to spørsmål. Det ene spørsmålet var om fastlegen fikk nødvendig hjelp fra DPSet i akutte situasjoner. 62 pst. av fastlegene ga negative/forbeholdne svar. Den andre spørsmålet var om det ble oppnådd kontakt med rette vedkommende i DPSet. Her ga 60,1 pst. negative/forbeholdne svar.

Fastlegene trekker fram følgende forbedringsområder:

- Fast telefontid for rådgivning, spesielt ved behov for konferering med psykiater om medisiner
- Lavere terskel for telefonisk kontakt begge veier
- Bedre tilgjengelighet for telefonkontakt

- Åpen linje til kontakt ved akutthenvendelser, DPS bør ha en konfereringsvakt som er lett å nå

Undersøkelsen dreier seg om fastleger i deres kontortid. Det er ikke gjennomført en tilsvarende undersøkelse for legevakt. Ut fra den variable tilgjengelighet til DPS og ambulante akutteam utenom vanlig kontortid, er det grunn til å tro at en slik undersøkelse i legevakt ville gi lavere skår enn fra fastlegene.

12.6 Ambulansetjenesten og bruk av politi

Legevaktens viktigste støttespillere ved håndtering av alvorlig psykisk sykdom og/eller rus er ambulansetjenesten og politiet. Politiet har varslingsplikt til helsetjenesten ved mistanke om alvorlig psykisk sykdom, og de har også bistandsplikt ved tvungent psykisk helsevern, når det er vurdert å være nødvendig (Helsedirektoratet, 2012c). Helsedirektoratets rapport er laget i samarbeid med Politidirektoratet. Det har vært mye motstand mot bruk av politiet ved transport av psykisk syke, spesielt fra brukerorganisasjonene (Pedersen, 2008), og politiet har flere ganger hevdet at helsetjenesten burde ta et større ansvar for disse transportene (NOU 2013: 9).

Om lag 6 pst. av henvendelsene til AMK-sentraler er relatert til psykiske lidelser eller rusproblematikk (Zakariassen, Burman & Hunnskaar, 2010). Av disse er 38 pst. forårsaket av akutt alkoholmisbruk, mens resten dreier seg om forskjellige psykiske plager.

I en studie fra Hordaland skjedde 30 pst. av akuttinnleggelsene fra legevakt til psykiatrisk avdeling med assistanse fra politiet (Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012). I en annen studie fra 2012 fra legevakter over hele landet, var politiet involvert i 148 av 853 (17 pst.) legevaktkontakter relatert til rus eller psykisk lidelse (Johansen, Mellesdal & Jørgensen, 2012). I 83 pst. av de 148 kontaktene var politiet involvert før pasienten kom til legevakten. Disse tallene samsvarer med funnene i en rapport fra Vestfold (Kaasa & Repål, 2010). Her blir det oppgitt at legevakt eller akuttmottak var melder ved 10 pst. av alle psykiatrioppdrag. Samtidig var legevakt mottaker i forbindelse med fremstilling for innleggelse i 35 pst. av oppdragene, og for annen vurdering i 6 pst. av oppdragene.

Zetterberg (2012) kartla alle oppdrag om psykiske lidelser og rus i Trondheim i 2011. Det var

511 registrerte oppdrag gjennom hele året, og et gjennomsnitt på 1,5 oppdrag per døgn. Oppdragene var relativt jevnt fordelt gjennom hele døgnet. Av oppdragene ble 17 pst. vurdert som akutt-turer, det vil si at umiddelbar utrykning av ambulanse var nødvendig. I 47 pst. av oppdragene ble det vurdert at det var behov for ambulanse uten ventetid (hastetur). Politiet var til stede ved 25 pst. av oppdragene.

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. Tilbudet skulle motvirke stigma og kriminalisering av personer med psykiske lidelser, fordi mange pasienter ble hentet med politibistand. Psykiatriambulansen hadde et nøytralt utseende de første årene. Det er grunn til å anta at organisering av det kommunale legevakttilbudet i Bergen bidro til behovet for en slik tjeneste. I Bergen ble det i mange år ikke utført sykebesøk, og legene rykket ikke ut fra legevakten. Dette medførte trolig økt transport av pasienter til legevakten for vurdering, samtidig som ambulansespersonell og politi ikke fikk nødvendig helsefaglig assistanse på stedet. Viktige avgjørelser om videre behandling ble derfor først tatt etter at pasienten var transportert fra sitt oppholdssted til legevakten.

Psykiatriambulansen i Bergen er bemannet med en ambulansesarbeider og to personer med psykiatrisk kompetanse. Tjenesten dekker en befolkning på om lag 400 000, og er tilgjengelig for oppdrag alle ukedager i tidsrommet 10.00–21.00. Ambulansen tar også somatiske oppdrag når den har kapasitet. I perioden 2006–2012 var det i gjennomsnitt seks oppdrag daglig, hvorav fire var psykiatrioppdrag. Politiet bisto i 15 pst. av oppdragene (Brattebø, 2014).

Johansen & Eikeland (2013) peker på utfordringer med psykiatriambulanse – som at særordninger og spesialiserte tjenester er kostnadsdrivende og at de trenger et visst pasientgrunnlag for å være berettiget. Personalet i tjenesten trenger også et visst pasientgrunnlag for å kunne opprettholde sin kompetanse. Bruk av psykiatriambulansen i Bergen gir et gjennomsnitt på ett psykiatrioppdrag per 100 000 innbyggere per dag. De fleste steder vil dermed ikke ha tilstrekkelig volum av oppdrag til at en slik spesialisert tjeneste vil kunne forsvares. Behovet blir enda mindre om legevakten utfører sykebesøk, og om det er færre innleggelses- og tvangsinnleggelses- per innbygger enn i Helse Vest (Helsedirektoratet 2014f). Det er opprettet et tilsvarende tilbud med psykia-

triambulanse i Stavanger. På grunn av kostnadene per pasienttransport har tilbudet vært nedleggingsstruet.

I Trondheim har interesserte ambulansesarbeidere fått tilleggskursutdanning i håndtering av psykisk syke og ruspåvirkede. De fleste steder i landet med mindre pasientvolum vil dette være en mer hensiktsmessig modell. I Bergen og Stavanger er tjenesten begrenset til deler av døgnet. Ifølge registreringer fra Trondheim kommer denne typen oppdrag relativt jevnt fordelt gjennom hele døgnet (Zetterberg, 2012).

Tall fra Oslo politidistrikt viste at politiet hadde 1049 psykiatrioppdrag eller omlag 100 i måneden i 2008. Rundt 1/3 av oppdragene som involverer helsetjenesten er meldt av sivile, mens resten i hovedsak er initiert av helsetjenesten selv. I alt 818 personer ble transportert av politiet til en helseinstitusjon, mens 159 ble transportert i ambulanse (Helsedirektoratet, 2009).

Oslo har tilbud om pasienttransport hele døgnet fra Oslo legevakt ved Sosialt ambulanseteam. Dette gjelder pasienter som ikke er urolige og kan samarbeide om transporten. I tillegg har de fleste DPS transporttjeneste på dagtid, noen også på kveld og helg. Legevakten gjennomfører i tillegg sykebesøk. For svært urolige pasienter benyttes ambulanse som selv må avgjøre om politiet skal bistå. Det fins ikke pålitelige tall for denne aktiviteten i Oslo, men aktørene (Oslo legevakt, DPS, psykiatrisk legevakt) er enige om at behovet for politibistand er betydelig mindre enn det som er tilfellet i Bergen og har vært synkende de siste ti år. På bakgrunn av tallene fra Oslo politidistrikt fra 2008, anslås det 2,2 transporter til helseinstitusjoner med bistand fra politiet eller 0,3 per 100 000 innbygger per døgn.

I oppdragsdokumentet for 2014 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt de fire regionale helseforetakene øremerkede prosjektmidler for utvikling av transporttilbud for psykisk ustabile personer som en avlastning overfor politiets bruk av ressurser på samme pasientgruppe. Prosjektmidlene videreføres over en periode på tre år.

Det kan se ut som det ikke i tilstrekkelig grad er gjort vurderinger av omfanget av innleggelses-, spesielt tvangsinnleggelses- i en region, når behovet for en psykiatriambulanse blir vurdert. Opptrappingsplanens mål har vært å redusere bruken av døgninnleggelses- og tvangsinnleggelses-. Helsedirektoratets rapport Bruk av tvang for voksne i 2013 (Helsedirektoratet, 2014f) viser at det fortsatt er betydelige regionale forskjeller i omfang av tvangsinnleggelses- og tallene er uendret fra perioden 2011–2013. Helse Midt er ikke tatt med i

denne rapporten på grunn av manglende data-grunnlag. Omfanget av innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern per 100 000 innbyggere 18 år og eldre er størst i Helse Vest med 221 innleggelse per 100 000, deretter i Helse Nord med 198 tvangsinnleggelse per 100 000, og lavest i Helse Sør-Øst med 173. Høyest i landet er Stavanger med 261, mens Bergen har 216 tvangsinnleggelse per 100 000 innbyggere. SAMDATA-rapporten for 2014 viser oppholdsdøgn for voksne per 10 000 innbygger, der Helse Vest og Helse Nord ligger betydelig høyere enn Helse Sør-Øst og Helse Midt (Huseby et al, 2015).

Reduksjon i tvangsinnleggelse og bruk av døgnbehandling kan derfor redusere behovet for politibistand og psykiatriambulanse.

12.6.1 Transport av psykisk syke over lengre avstander

Transport av psykisk syke over lengre avstander representerer egne utfordringer. Det må gjøres vurderinger av pasientens tilstand, motivasjon for innleggelse, risiko for endret adferd underveis og om det er voldsrisiko. Flere steder har det vært kultur for at politiet tar seg av transporten alene dersom det må benyttes tvang. Politiet benytter da gjerne politibil. Politidirektoratets og Helsedirektoratets felles rundskriv fra 2012 er imidlertid tydelig på at helsetjenesten er ansvarlig, men kan anmode om politiets bistand når det er nødvendig. Politiets bistand vil først og fremst være nødvendig i følgende tilfeller:

- Ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, eller
- Når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette, eller
- Når det er nødvendig å bane seg adgang til hus, rom eller annet lokale, jf. politiloven § 12 tredje ledd.

Politiet skal ikke benyttes som transporttjeneste, og anmodning om bistand kan ikke være begrunnet i ressursmangel i helsetjenesten.

Veibasert transport

Transport av psykisk syke pasienter er en oppgave for helsevesenet som løses på ulikt vis. Dette er naturlig i lys av ulikheter i avstand og befolkningsgrunnlag. Når flere pasienter med psykiske lidelser skal behandles poliklinisk i stedet for i institusjon, er det grunn til å anta at dette også øker ambulansetjenestens involvering i disse pasi-

entkategoriene. Felles for de ulike ambulansetjenestene er et behov for økt kompetanse innen dette fagområdet.

Ambulansetjenesten erfarer virkningene av stadig renere og sterkere rusmidler kombinert med økende grad av blandingsmisbruk, som resulterer i mer psykisk ustabilitet og uforutsigbarhet. Personellets trusselvurdering blir vanskeligere i disse situasjonene. På dette området er det behov for betydelig styrking av kompetanse for å kunne gjøre gode trusselvurderinger. Ved økt kompetanse hos ambulanspersonell belastes ikke politiet unødvendig ved transport og behandling av disse pasientene.

Ledsagertjeneste i Troms

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har gjennomført prosjektet Verdige transportordninger for psykisk syke. Formålet var å finne verdige og trygge transportordninger og redusere bruk av tvang og politibistand. Retningslinjer vedtatt av Overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene slår fast at ledsager skal være helsepersonell. Det ble etablert en ledsagertjeneste i Lenvik i 2006. Dette pionérarbeidet er nå fulgt opp av kommunene i Midt- og Sør-Troms og Ofoten, som har påtatt seg ansvaret for å ha oppdaterte ledsagerlister over personer som kan kontaktes ved behov. Innleggende lege avgjør i samråd med AMK-sentralen hva slags transportmiddel som skal benyttes. Drosje og bilambulanse er mest benyttet i dette området, men politibil benyttes fremdeles i en del tvangssituasjoner. En registrering av alle innleggelse til akuttpost ved Allmennpsykiatrisk klinikk UNN i 2012 viste at pasienter fra disse kommunene kom alene i 45,7 pst. av tilfellene. 15,7 pst. hadde egen ledsager, mens politi bisto i 14,3 pst. Ambulanspersonell hadde ansvaret ved 11,4 pst. av disse innleggelsene (Bjørhovde, 2013).

En viktig målsetning med prosjektet var å heve kunnskapsnivået og kvaliteten i hele kjeden, framfor å etablere særordninger for denne pasientgruppen. Ambulanspersonell og ledsagere ble tilbudt kurs og veiledning.

I prosjektet kom det fram at politiet i Lenvik opplever en reduksjon av bistandsanmodninger etter at ledsagerordningen ble etablert. Politiet mener at de nå bistår «de riktige» pasientene.

Ambulanseflytransport

Noen pasienter med psykiske lidelser transporteres til sykehus med ambulansefly. 96–97 pst. av

disse transportene utføres i Helse Nord's område. I dette området er det bare to sykehus med akutt-psykiatriske avdelinger, i Tromsø og i Bodø, og transportavstandene medfører derfor behov for flytransport.

Ambulanseflyoppdrag med denne pasientgruppen er jevnt økende. I 2010 ble det gjennomført 242 slike transporter og i 2014 328 transporter. De fem hyppigste innleggelsesdiagnosene var akutt og forbigående psykose, depressiv episode, schizofreni, bipolar affektiv lidelse og uspesifisert psykisk forstyrrelse.

Standard bemanning i ambulanseflyene er, foruten to flygere, en flysykepleier med anestesiel eller intensivkompetanse. Flyene er små og med åpen tilgang til cockpit. På grunn av sikkerheten kreves det som oftest ekstra ledsagere i flyet. Tradisjonelt har dette vært to polititjenestemenn som rekvireres fra pasientens hjemsted. I mange lokalsamfunn er det erfaringsmessig vanskelig å skaffe tilveie to polititjenestemenn på kort varsel, og organisering av oppdraget kan være svært tidkrevende. Store deler av døgnet er småflyplassene i Nord-Norge stengt. For at ambulansefly skal kunne bruke plassen, må det tilkalles personell til tårnet og havaritjenesten. Om vinteren må rullebanen ryddes for snø.

Politiet, pasientorganisasjoner og pårørende har ønsket at transporter kan gjennomføres uten bruk av politi. En egen gruppe av helsepersonell, spesielt opplært for å ledsage ustabile pasienter, ble satt i beredskap ved ambulanseflybasen i Alta i 2011 og i Kirkenes i 2012. Denne ordningen rapporteres å fungere bra og benyttes mellom 60 og 70 ganger årlig. Ved de to basene ordningen benyttes, har imidlertid bruk av politifølge ikke avtatt, men tvert imot økt fra 2012 til 2014. På landsbasis var det i 2014 politifølge med ved 291 flytransporter, nesten alle i Nord-Norge. Det er helseforetakene som finansierer ekstra ledsagere, enten det er eget personell eller politi. I 2014 kostet ledsagertjenesten Finnmarkssykehuset 2,4 mill. kroner. 83 pst. var utgifter til politifølge.

De totale ekstraomkostningene knyttet til en nattlig transport med ambulansefly og politifølge fra en småflyplass i Finnmark til Tromsø kan ligge mellom 50 000 og 60 000 kroner.

12.7 Behov for kompetanseheving

Alvorlig psykisk sykdom og rusmiddelforgiftninger er som regel blant de situasjoner legevaktleger rapporterer de har hatt minst erfaring med i løpet av de siste 12 måneder (Zakariassen, Sand-

vik & Hunskaar, 2008). Nesten alle leger som deltar i legevakt vil i løpet av et år møte akutte problemstillinger relatert til psykiske lidelser eller rus. Samlet peker resultater fra flere studier på fire områder der det er behov for kompetanseheving på legevakt:

1. Vurdering av selvmordsrisiko
2. Lovverk knyttet til bruk av tvang
3. Ivaretagelse av egen sikkerhet
4. Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner

Selvmordsatferd er en medvirkende faktor ved mange akuttinnleggelse. En undersøkelse fra Bergen viste at 54 pst. av innleggelsene i et psykiatrisk akuttmottak var assosiert med selvmordsproblematikk (Mellesdal, Mehlum & Wentzel-Larsen, 2010). Vurdering av selvmordsrisiko og bruk av tvang er noe mange leger synes er vanskelig, fordi en feilvurdering kan ha svært alvorlige konsekvenser. Sosial- og helsedirektoratet utga Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i 2008. Retningslinjene gjaldt for spesialisthelsetjenesten, men prinsippene for selvmordsrisikovurdering er de samme for alle pasienter.

Selvmordsfare kan ikke brukes som begrunnelse for bruk av tvang i henhold til Psykisk helsevernloven. Hovedkriteriet for tvang er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse, og selvmordsproblematikk kan assosieres med flere ulike psykiske lidelser. Når pasienten ikke har en alvorlig sinnslidelse eller sterk mistanke om dette, kan det være vanskelig for legevaktleger å forholde seg passivt til at noen ønsker å ta sitt eget liv, og ikke vil eller kan samarbeide om behandlingen. Mange pasienter blir likevel tvangsinnlagt på grunn av selvmordsproblematikk, ofte begrunnet i alvorlig depresjon og dette medfører hyppigere underkjenning av tvangsparagraf ved spesialistvurdering i sykehus (Fuglseth, 2013). Legevaktleger utsettes oftere enn andre leger for å gjøre vurderinger knyttet til selvmordsrisiko og bruk av tvang. De står også oftere alene i sine kliniske vurderinger uten tilgang på informasjon om pasientens sykehistorie eller mulighet for å drøfte sine vurderinger med en kompetent kollega. Legevaktleger bør derfor ha en regelmessig oppfriskning av lovverk rundt bruk av tvang og akutte tilstander knyttet til suicidalitet og rus som ledd i etter- og videreutdanningen. Det er også behov for å vurdere hvordan organisering av arbeidsformer ved legevakt kan legge opp til lettere tilgang til kollegiale drøftinger.

En studie har vist at 32 pst. av ansatte ved norske legevakter har vært utsatt for fysisk voldsutø-

velse fra pasienter eller pårørende i løpet av den tiden de har arbeidet ved legevakt (Joa & Morken, 2012). To av tre hendelser var relatert til rus eller psykiske lidelser hos pasienten. I en studie som prospektivt hentet inn informasjon om legevakt-kontakter relatert til rus og psykiske lidelser, ble truende atferd spontant beskrevet i 32 av 853 journalnotat (4 pst.). Noen leger er bekymret for egen sikkerhet, spesielt i møte med pasienter som er så ruspåvirket eller psykisk syke at deres atferd oppleves uforutsigbar (Johansen, Carlsen & Hunskaar, 2011). Internasjonal forskning tyder på at bekymring for egen sikkerhet reduserer legenens villighet til å delta i vakt (Magin, Adams & Ireland, 2005; Magin, Adams & Sibbritt, 2008; Hobbs, 1994). Mange steder i Norge er legevaktpersonell alene hele eller deler av døgnet, uten at det nødvendigvis er iverksatt adekvate sikkerhetstiltak (Morken & Johansen, 2013). Det er et arbeidsgiveransvar å sikre en trygg arbeidsplass. Det kan gjøres blant annet ved å tilby hensiktsmessige lokaler, vektere, personalarm, TV-overvåking av lokalene og obligatorisk opplæring i voldsmestring for alle.

12.8 Utvalgets vurderinger

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus gis til alle pasienter som trenger hjelp, også psykisk syke og personer med rusproblemer. Utvalgets inntrykk er likevel at det er store forskjeller i hvordan pasienter møtes og behandles, ut fra om de har en somatisk eller psykisk sykdom. Mange steder er samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus problematisk, selv om myndighetenes intensjon er likeverdige helsetjenester for alle.

Alle DPS skal ta imot pasienter som søker akutt hjelp i åpningstiden. Utenfor kontortid er tilbudet innen psykisk helse mange steder begrenset, og på kveld og natt er det vanligste at det bare er legevakten som er tilgjengelig. Opprettelsen av akutte ambulante team ved DPS skulle bøte på noe av dette. Etter Akuttutvalgets syn har det skjedd i begrenset grad. Mange team krever henvisning fra førstelinjetjenesten, det vil si at pasientene har vært vurdert hos fastlegen eller legevakt først. Det reduserer tilgjengeligheten til tjenesten. I tillegg har mange begrenset åpningstid, dvs. at de enten ikke har åpent utover kontortid eller har begrenset åpningstid på kvelden og i helger. Ambulante team innebærer at de skal rykke ut til pasienter, noe svært få team gjør på kveld, natt eller helg. I tillegg er det de geografiske utfordrin-

gene. Selv om det har vært et politisk mål at DPS også har tilgjengelige tjenester utover kontortid, er utvalgets inntrykk at dette har skjedd i beskjeden grad.

Mange steder er det vanskelige samarbeidsforhold mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten. Det kan skyldes historiske forskjeller mellom hvordan somatikk og psykiatri har vært organisert. Det fører til at pasientene kan bli kasteballer mellom aktørene. Akuttutvalget er kjent med at det kan ta lang tid å få aksept for innleggelse på en akuttpsykiatrisk døgnavdeling. Mye av denne tiden går med til å overbevise vaktstående lege og bakvakt om at innleggelse faktisk er nødvendig. Akuttutvalgets inntrykk er at dette ikke skjer i samme grad ved innleggelse i somatiske avdelinger.

Noen pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer er uten fast bopel. Det gjør det vanskelig å tilordne dem til et sykehus i akutte situasjoner. Problemet er størst i Oslo som har fire akuttpsykiatriske sykehusmottak. Reglene kategoriserer etter fødselsdato. Sykehusene tar imot pasienter ut fra de fødselsdatoer sykehuset er tildelt. I Oslo er det besluttet å bruke tilhørighet til et sosialkontor framfor fødselsdato. Det vanskeliggjør og forsinker tilordning til et sykehus i en akutt situasjon. Akuttutvalget mener at tilordningsreglene for akutte innleggelser bør være lik for alle pasienter uten fast bopel i hele landet

Et av målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse var at helsetjenesten skulle bli mer tilgjengelig for pasientene. Tall fra SAMDATA-rapportene viser at en større andel i befolkningen får hjelp nå enn tidligere, fordi antall fagpersoner er økt betydelig (Huseby et al, 2015). Det er også prisverdig at ventetider og fristbrudd ved elektiv behandling er blitt prioritert, men det synes ikke som om det har skjedd store endringer i den akutte tilgjengeligheten. Akuttutvalget mener tilgjengeligheten til behandling for akutte psykiske tilstander må være like god som for pasienter med somatiske lidelser.

I tråd med samhandlingsreformen skal pasientene hovedsaklig få hjelp i førstelinjetjenesten. Det er derfor utvalgets oppfatning at mange av utfordringene må møtes med betydelig kompetanseheving i førstelinjen. Akuttpsykiatri bør derfor inn som obligatorisk emne for fastleger, legevaktleger og ambulanspersonell. De viktigste områdene for kompetanseheving er:

- Ivaretagelse av egen sikkerhet
- Vurdering av selvmordsrisiko
- Håndtering av ustabile pasienter
- Akutte rustilstander

- Lovverk knyttet til bruk av tvang

Det er økt risiko for å bli utsatt for vold og trusler på legevakt, noe som bidrar til å redusere rekrutteringen. Økt sikkerhetstenkning, kunnskap og trening i beskyttelsestiltak er nødvendig. Samtidig må lokalene sikres med overvåkning, alarmbruk og om nødvendig vektere.

Erfaring viser at utagering på legevakt skjer i situasjoner med behov for grensesetting. Den vanligste grensesettingssituasjonen på legevakt er ikke å etterkomme pasientens ønsker. Det handler oftest om legemidler med avhengighetspotensial (A- og B-preparater). Det er viktig for personalets sikkerhet å ha klare rutiner for forskrivning av slike medikamenter, og gode samarbeidsrutiner med behandlingsapparatet på dagtid.

Vurdering av selvmordsrisiko inkluderer håndtering av personer med ustabile personlighetstrekk og selvskading, som også kan være ruspåvirket. Disse pasientene krever tid og er vanskelig å vurdere. De nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging gir råd om hvordan pasientgruppen med kronisk suicidalitet bør behandles. Det fins i dag kunnskapsbaserte tilnærminger som kan brukes på legevakt og som i tillegg kan forkorte tidsbruken (Walby & Ness, 2009).

Ruspåvirkede pasienter som truer med å ta sitt eget liv er godt kjent i legevaktsammenheng. Kompetanse på akutte rustilstander er nødvendig på legevakt. I noen av de store byene fins det rusakuttmottak hvor pasienter kan henvises akutt. Mange steder i landet henvises disse pasientene til somatiske sykehus, som ikke har tilstrekkelig kompetanse til å behandle disse pasientenes rusproblemer. Akuttutvalget ser fram til at denne pasientgruppen får bedre og riktigere behandling også i akutte situasjoner i framtiden med den nye spesialiteten i rusmedisin.

Det er et helsepolitisk mål å redusere bruken av tvang i Norge. Mange innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling kommer fra legevakt. Det er vist at mange pasienter som legges inn på tvungen observasjon, får paragrafen opphevet etter inntrekk i avdelingen. Det er store regionale forskjeller i bruken av tvangsinnleggelse og innleggelse (Helsedirektoratet, 2014f). Dette forklares vanligvis med ulike behandlingsskilturer og behandlingstilbud. Flere steder blir nok fortsatt døgninnleggelse sett på som «gullstandarden». Lav tilgjengelighet og få alternative tilbud gjør det lettere å bruke tvang for innleggende lege. Opptrappingsplanen for psykisk helse har som hoved-

mål at pasienten skal leve et selvstendig liv utenfor sykehus, og at innleggelse på sykehus skal skje kortvarig og frivillig, og bare dersom det er indikasjon for døgnbehandling. Dette kolliderer ofte med hva pasienter og pårørende ønsker seg i en akutt situasjon. Det er nødvendig å få på plass bedre og mer fleksible samarbeidsformer med spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse og rusbehandling. Det handler om å øke tilgjengeligheten og kompetansen.

Unødige innleggelse er kostbart for samfunnet, krenkende for pasientene og ikke god behandling. God behandling skal tilbys befolkningen i førstelinjen og ved DPS med god kvalitet og lett tilgjengelighet og liten bruk av tvang. Det er derfor viktig at pasienter kan søke hjelp raskt i sin egen nærhet slik at det blir mindre bruk av tvang og sykehusinnleggelse. En lettere tilgang på psykiatrisk/psykologisk kompetanse på legevakt og i kommunene ville kanskje redusert omfanget av unødige innleggelse.

Utvalget foreslår at alle AMK- og legevaktsentraler etablerer en telefontjeneste bemannet med spesialsykepleiere eller annet personell med akuttpsykiatrisk kompetanse som kan ta imot konsultasjoner med de pasienter som trenger dette. En slik tjeneste forutsetter samarbeid mellom flere sentraler eller nasjonale tiltak. I tillegg bør nettbasert råd og veiledning etableres, med god oversikt over behandlingstilbud, inkludert informasjon om hva pasientene selv kan gjøre ved lettere psykiske lidelser. Det er brukervennlig og vil kunne forebygge at pasientene oppsøker legevakt. Ved god informasjon og mulighet for å konsultere en spesialsykepleier, vil det være langt færre pasienter som trenger vurdering og behandling ved oppmøte på legevakt enn det er i dag. I de store byene bør det vurderes å ha psykiatrisk/psykologisk og rusfaglig kompetanse til stede samlokalisert med somatisk legevakt. Dette gir store synergier særlig når det gjelder somatisk kompetanse og organisering av sikkerheten. Oslo legevakt er en god modell med integrert Psykiatrisk legevakt uten krav om henvisning fra førstelinjen, et døgnåpent sosialkontor og en kompetent vektertjeneste.

Utvalget vil understreke at transport av psykisk syke pasienter er helsetjenestens ansvar. Politi kan anmodes om bistand når det vurderes nødvendig. Det er behov for et kunnskapsløft også i ambulansetjenesten, og flere steder er det god erfaring med egne ledsagerordninger under lengre transporter.

12.9 Utvalgets forslag

Økt tilgjengelighet

- Akutthjelp ved alle DPS i åpningstiden.
- Økt tilgjengelighet på psykologisk/psykiatrisk kompetanse og ruskompetanse utenfor kontortid og i helger.
- Pasienter uten fast bopel status må tilordnes sykehus etter samme kriterier som somatiske pasienter i akutte situasjoner.
- Tilgjengelighet ved akutte tilstander bør være en kvalitetsindikator for tjenestene.
- Legevaktsentraler og AMK bør ha tilknyttet personell med akuttpsykiatrisk kompetanse som kan ha egne konsultasjoner med pasienter på telefon.

Økt kompetanse

- Akuttpsykiatri bør være obligatorisk i opplæring for alle som arbeider i den akuttmedisinske kjede.
- Det bør etableres regelmessig undervisning og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til legevakter på de vanligste akuttpsykiatriske problemstillingene.
- Det bør etableres faste samarbeidsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten, legevakt og kom-

munale omsorgstjenester for håndtering av pasientgruppen som bruker mange helsetjenester fra flere aktører.

Økt sikkerhet

- Sikkerhetsaspektet ved legevakter må tas på alvor. Alle legevakter må ha et opplæringsprogram i ivaretagelse av helsepersonells sikkerhet og rutiner for forskrivning av A- og B-preparater.
- Helseforetakene må gi tilbud om akutt avrusning hele døgnet.
- Ambulansetjenesten må gis tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere rusede og psykisk ustabile pasienter.
- Politi bør engasjeres under transport bare når det er vurdert å være nødvendig. Helsepersonell skal uansett alltid være med. Det bør organiseres sivile ledsagerteam.

Økt informasjon

- Nettbasert råd og veiledning bør etableres spesielt med sikte på å finne fram til om en tilstand er alvorlig og tidskritisk, eller om hjelpen kan vente.

Kapittel 13

Hjerneslag

13.1 Innledning

Diagnostikk og behandling av hjerneslag har vært gjennom en rivende utvikling i løpet av de siste årene. Det er bare et par tiår siden innleggelse på sykehus ikke ble ansett som medisinsk indisert, med mindre den slagrammete av praktiske grunner ikke kunne pleies hjemme. Fra å være en tilstand der lite kunne gjøres annet enn å utøve god pleie og noe rehabilitering, er hjerneslag nå blitt en blålys-tilstand på lik linje med akutt hjerteinfarkt og traume.

Paradigmeskiftet for akutt hjerneslagbehandling skyldes flere faktorer. En viktig faktor var introduksjonen og utviklingen av nevreradiologi 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 intravenøs trombolyse (blodpropløsende behandling) kunne begrense hjerneskadene ved slag (hjerneinfarkt) hvis behandlingen ble gitt raskt etter symptomdebut (tre timer). Det neste epokegjørende steg ble oppnådd i 2015 da effekten av trombektomi (proppfisking) i akuttfasen ved hjerneinfarkt ble endelig dokumentert gjennom en rekke studier. Hjerneslag er altså en akuttmedisinsk og behandlingsbar tilstand. Behandlingskjeden ved hjerneslag er imidlertid ikke systematisert i samme grad som f.eks. akutt hjerteinfarkt. Mange slagrammete går dermed glipp av en potent behandling.

13.2 Epidemiologi

Hjerneslag er den hyppigst forekommende årsak til akutt oppstått hjerneskode. Årlig rammes rundt 15 000 personer av hjerneslag i Norge. 85–90 pst. av alle hjerneslag er hjerneinfarkt. De resterende er hjerneblødninger. Infarkt og blødning i hjernen kan bare skilles ved hjelp av radiologisk undersøkelse (CT eller MR). Hjerneslag er den tredje hyppigste årsak til død i Norge med til sammen 4020 dødsfall i 2013 og den hyppigste årsak til alvorlig

funksjonshemming og langvarig institusjonsomsorg (IHME, 2013). Rundt ti pst. dør innen en måned etter et hjerneslag, innen et år omtrent er 30 pst. døde. I dag omtales hjerneslag på linje med akutt hjerteinfarkt, hjertestans, respirasjonsforstyrrelser og traumer som tilstander som krever spesiell innsats, ikke minst i den prehospital fase.

Forekomsten av hjerneslag øker kraftig med økende alder. Tre av fire som får hjerneslag er over 70 år, men hjerneslag kan ramme i alle aldre. På grunn av den høye hyppigheten av hjerneslag (om lag 300 per 100 000 per år) vil antallet yngre og middelaldrende mennesker som rammes derfor være ganske betydelig. Om lag halvparten av slagpasientene er over 80 år og andelen er økende. Helsetilsynets scenario 2030 tilsier en økning på 50 pst. i antall hjerneslag fra 2010 til 2030 som følge av den demografiske utviklingen (Waalder, 1999). Tall de siste tre til fem år tyder på at denne stigningen blir noe lavere, muligens på grunn av bedre primærprofylakse.

Dødeligheten etter hjerneslag er redusert med 2/3 de siste 30 år. Resultatene er i stor grad tilskrevet organiseringen av behandlingen i slagenheter, men skyldes også at mediant skadevolum i hjernen ved slag over tid er blitt mindre, blant annet på grunn av bedret behandling av hjerte-karsykdom generelt (Indredavik, Ellekjær & Selmer, 2008). En sammenlikning av OECD-land viser at Norge er det landet i Europa som har lavest 30-dagers-dødelighet etter akutt hjerneslag og ett av de land hvor flest pasienter behandles i slagenhet (OECD, 2013a).

13.3 Status og utfordringer

Antall hjerneslag vil øke de kommende år og sammen med etableringen av nye behandlingsformer, utgjør dette en utfordring for helsetjenesten. Akutt hjerneslagbehandling er avhengig av god organisering gjennom hele behandlingskjeden. Identifikasjonssystemer for hjerneslagsymptomer, klare prosedyrer, effektive prehospital tje-

nester og godt fungerende sykehus med kompetent tverrfaglig personell er avgjørende for at kjeden skal fungere godt alle ukens dager og til alle tider på døgnet.

Våren 2015 kom den vitenskapelige dokumentasjonen for at trombektomi (proppfisking) så raskt som mulig etter symptomdebut ved de største hjerneinfarktene har en vesentlig effekt på langtidsutkomme. Denne nye revolusjonen gjør at transportkjeder og logistikk må endres i alle land der helsevesenet kan tilby trombektomi (Jovin et al., 2015; Berkheimer et al., 2015; Grotta & Hacke, 2015).

Det er nødvendig med en velfungerende akuttmedisinsk kjede som starter med at det etableres kunnskap om sykdommen hos befolkningen, inklusive varslingsrutiner, slik at pasientforsinkelsen med å ta kontakt med helsetjenesten kan reduseres.

Hovedmålet er at alle med mistanke om hjerneslag straks etter symptomdebut og uten opphold skal innlegges på sykehus hvor det er slagenhet eller nevrologisk avdeling. Pasient, pårørende eller helsepersonell som involveres skal umiddelbart kontakte AMK-sentral ved å ringe 113. AMK skal ved mistanke om akutt hjerneslag utløse rød respons. Barn under skolealder kan ha en avgjørende betydning for et hjerneslagforløp hvis de er kjent med varslingsrutiner til medisinsk nødnummer, jf. boks 13.1.

I en undersøkelse fra Akershus universitetssykehus HF var median prehospital tid ved hjerneslag tre timer. Pasientforsinkelsen utgjorde 55 pst. av denne tiden (Faiz, Sundseth & Thommesen, 2012). I Bodø kom kun 23 pst. av alle hjerneinfarktpasienter til slagenheten innen åtte timer

etter bevitnet symptomdebut og bare 6,7 pst. av pasienten fikk trombolytisk behandling (Salvesen & Eldøen, 2013).

Det er nylig publisert en studie fra England som sier noe om at opplysningskampanjer om hjerneslag kan være viktig for å få befolkningen til å endre atferd når det gjelder tidlig varsling (Wolters, Paul, Li & Rothwell, 2015). I 2009 ble det i England gjennomført en fjernsynskampanje over flere måneder med vekt på FAST-symptomene jf. tekstboks 13.2, illustrert ved hjerneslag som en brann som spredte seg raskt i hode på en eldre person. Forsinkelse knyttet til å oppsøke det medisinske hjelpeapparatet falt dramatisk i løpet av 2009. Median tid for varsling gikk ned fra 53 minutter til 31 minutter og median tid til ankomst sykehus gikk ned fra 185 minutter til 119 minutter. At varslingen skjer ved hjelp av en «tilstedeværende» i nesten 90 pst. av tilfellene, illustrerer viktigheten av å gjennomføre denne type undervisning gjennom massemedia for å nå flest mulig. Fram til 2013 har det i England vært fulgt opp av flere, men ikke så intensive TV-kampanjer og resultatene holder seg tilsynelatende over tid. Hele kampanjen i tidsrommet 2009–2013 kostet om lag ti mill. pund og nytte-effekten ble beregnet til tre pund for hvert investert pund.

Tidlige prehospitale tiltak gjør at pasienter sikres et langt bedre helsemessig resultat enn før. Målet med akutt slagbehandling er å begrense skadevolumet i hjernen. Jo mindre skadevolum, jo mindre behov for rehabilitering og jo bedre funksjonsutkomme for pasienten.

Hjernens sårbarhet for manglende blodtilførsel innebærer at diagnostikk og behandling ikke bør vente til hjerneslagpasienter har kommet til

Boks 13.1 Stine (7) reddet mammas liv

Det var en helt vanlig morgen hjemme hos familien i Tromsø da Birgit Lorentzen plutselig falt om på soveromsgulvet idet hun skulle stå opp. Dunket fra mammas fall får datteren Stine til å reagere. Hun løper opp på soverommet og finner moren på gulvet, livstruende syk og ute av stand til å kommunisere klart til datteren. Den lille jenta tenker kjapt, og ringer nødtelefonen 113 som hun har lært i barnehagen. Stine fikk beskjed om å gi moren telefonen for å prate med AMK-operatøren, men det som språklig kom ut av munnen hennes, var uforståelig. Ved å høre Birgit i telefonen kan operatøren slå fast at hun har fått slag og trenger øyeblikkelig hjelp. Stine

får beskjed om at de skal sende en ambulanse og bare fem minutter senere er den på plass. Stine hadde lært nødnummeret i barnehagen og familien hadde pratet om det hjemme. I dag kan Birgit fortelle at hun er glad for at Stine var hos henne den morgenen hun fikk slag. Det hele fikk en lykkelig slutt. Historien forteller også hvor viktig det er at man tidlig lærer barna både nødnummer slik at de kan kommunisere med AMK i en krisesituasjon, egen adresse og hvordan åpne ytterdøra slik at ambulansespersonellet kan komme inn.

Kilde: Fra Foreldre og barn 28.12.12

Boks 13.2 Symptomer på hjerneslag og bruk av FAST

Akronymet FAST ble introdusert i etterkant av en artikkel publisert i 1999 (Faiz & Sundseth, 2013); Kleindorfer, Miller & Moomaw, 2007). Bokstavene på engelsk står for Face – Arm – Speech – Time og oversatt til norsk blir det Fjes – Arm – Språk og Tid. FAST kombinerer tre av de vanligste symptomene på hjerneslag (ansiktsskjevhet, lammelse i arm og språkvan-ker) og oppstår et eller flere av disse sympto-mene må det handles raskt. Fire av fem akutte slagpasienter identifiseres med disse sympto-mene. I tillegg til å være et enkelt og validert identifiseringsverktøy for helsepersonell er

FAST blitt brukt i opplysningskampanjer i flere land; også i Norge. I Midt-Norge ble det gjennomført en informasjonskampanje i 2011–12 med utgangspunkt i FAST-symptomene. Kampanjen slo positivt ut med hensyn til pasientven-tetid før varsling, som ble redusert med 41 minutter. Andel pasienter som kom til sykehus innen fire timer økte fra 53 pst. til 67 pst.

Også andre hjerneslagakronymer enn FAST som SMIL, SOS og SLAG, har vært i bruk i Norge. Det er viktig at man på et nasjonalt nivå, på bakgrunn av både faglige og pedagogiske for-hold, velger et samlende akronym.

The advertisement features a dark background with white and red text. At the top, it asks 'HJERNESLAG?' and 'Kjenn symptomene'. Below this, four panels illustrate the FAST acronym: 'F' for 'FJES' (facial droop), 'A' for 'ARM' (arm weakness), 'S' for 'SPRÅK' (speech difficulty), and 'T' for 'TID' (time). Each panel includes a small image of a person showing the symptom. At the bottom, it states 'FAST = Rask - Rask behandling redder liv!' and 'REDD HJERNEN – RING 113' with the website 'www.helsenorge.no/hjerneslag'.

Figur 13.1 Symptomer på hjerneslag

Kilde: helsenorge.no

sykehus (Lossius & Lund, 2012). Pilotstudier med CT-utstyrt hjerneslagambulanser har vært gjennomført i Tyskland (Ebinger, Winter & Wendt, 2014). I Norge er Stiftelsen Norsk Luftambulans fra 2014 i gang med et tilsvarende prosjekt i Østfold. Stasjonært plassert CT-maskin ved distriktsmedisinske sentra som f. eks. i Ål og Alta, kan bidra til at flere slagrammede får satt i gang hjer-

nereddende trombolysbehandling mye tidligere. Utvalget er kjent med at det i Alta er planer om anskaffelse av MR, men en MR kan ikke bli et verktøy for akutt hjerneslagdiagnostikk. En stasjonær CT maskin på Ål kan betjenes av vakthavende lege i Øvre Hallingdal legevakt på Ål eller anestesilegen som har vakt på Luftambulansbasen på Ål, som er samlokalisert med legevakt-

ten. I Alta er det også naturlig at en CT-maskin lokaliseres ved legevakten. Det trengs ingen radiograf for å gjennomføre en CT-undersøkelse, slik at utgiftene vil begrense seg til innkjøp og vedlikehold av CT-maskin. Norsk forskning i regi av Stiftelsen Norsk Luftambulans har vist at anestesileger lett kan lære å ta og tolke CT-bilder av akutte hjerneslagpasienter (Hov et al, 2015). CT-basene vil etablere direkte teleradiologi med regionsykehuset i helseforetaket. I tillegg til CT ved hjerneslag kan CT også ha stor diagnostisk og triggeringsmessig nytte ved hodetraumer, jf. flere store alpinanlegg i nærheten av Ål.

Når en hjerneslagpasient er meldt til sykehuset innen tidsvinduet for trombolyse, må vakt-havende nevrolog/hjerneslaglege være til stede og vente på pasienten i akuttmottaket. Den første kliniske undersøkelsen må gjennomføres på få minutter og klinisk nevrologisk status (NIHSS) og diagnostiske vurderinger må ha prioritet.

Nevroradiologi i form av CT eller MR står sentralt i diagnostikken ved akutt hjerneslag og skal i prinsippet utføres på alle pasienter med mistenkt hjerneslag umiddelbart etter innkomst på sykehus. CT av hjernen og hjernens blodårer (CT-angiografi) er å betrakte som screeningundersøkelse ved mistanke om hjerneslag, og tar bare noen minutter å gjennomføre. På bakgrunn av vanlig CT som utelukker blødning, kan trombolyse gis og de pasientene som kan være aktuelle for trombektomi, kan identifiseres med CT-angio.

Teleslag er begrepet som blir brukt når CT-bilder tatt på et mindre sykehus blir direkte overført til den samarbeidende hjerneslagenehet/radiologisk avdeling i regionen eller helseforetaket. I Norge er konseptet prøvd ut flere steder med god erfaring. Mellom Lærdal sykehus og nevrologisk avdeling i Førde er teleslag etablert. Nevrologisk avdeling Haukeland har en tilsvarende ordning med Voss sykehus. I Midt-Norge kan St.Olavs Hospital se online alle CT-bilder tatt ved regionens åtte sykehus. Teleslagmodellen må utvikles videre og tilpasses i hver helseregion. Teleslag er blitt brukt i Finland siden 2007 med gode erfaringer, noe som har økt trombolysfrekvensen i perifere sykehus (Tatlisumak, Soynila & Kaste, 2009).

Tverrfaglig rehabilitering er den eneste delen i kjeden av tiltak etter akutt hjerneslag som er nokså enhetlig etablert i norske slagenheter. Akutt diagnostikk og behandling er mindre enhetlig organisert. Andelen pasienter som får potensielt meget funksjonsreddende akuttbehandling er fortsatt svært lav i enkelte slagenheter.

Statens helsetilsyns rapport fra 2012 om eldre med hjerneslag fant mange avvik fra anbefalte normer, og ikke minst en betydelig variasjon i standard og rutiner fra sykehus til sykehus (Helsetilsynet, 2012). Det ble imidlertid i liten grad sett på akuttkjeden og akuttbehandling, men det skrives i rapportens sammendrag:

«Ved flere sykehus fant tilsynet at nødvendige kartlegginger og vurderinger ikke ble foretatt tilstrekkelig raskt og systematisk og av personell med nok kvalifikasjoner. Dette gjaldt særlig der slagpasienter ble liggende mange timer i akuttmottak».

13.4 Retningslinjer, registre og forskning

13.4.1 Retningslinjer

Nasjonal retningslinje for hjerneslagbehandling ble lansert av Helsedirektoratet i 2010 (Helsedirektoratet, 2010). I dag arbeides det med en revisjon av de nasjonale slagretningslinjene som er planlagt ferdig andre halvår 2016. I gjeldende retningslinjer står det forholdsvis lite om den prehospital delen av tiltakskjedene. En vesentlig grunn er et fortsatt begrenset kunnskapsgrunnlag. De nasjonale retningslinjene 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».

Den europeiske slagorganisasjonen (ESO) kom med nye retningslinjer i 2013 (Ringelstein et al., 2013). ESO skiller i disse retningslinjene 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 et spesialistbasert hjerneslagvaktteam hele døgnet (24/7), tilgang til utvidede ressurser innenfor radiologisk diagnostikk og avansert intervensjonsbehandling samt minst fire dedikerte overvåkningssenger for slagpasienter. Norge har i dag ikke et eneste slagsenter som kan godkjennes etter ESO-anbefalinger for hjerneslagbehandling.

I forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen ble det i 2012 opprettet en ekspertgruppe for hjerneslag som tok utgangspunkt i de nasjonale

retningslinjenes hovedanbefalinger. Gruppen er i ferd med å utarbeide en tiltakspakke med tre hovedpunkter.

Det første tiltaket skal sikre at pasienter med akutt hjerneslag blir behandlet i henhold til anbefalt behandlingsforløp når de legges inn på sykehus. Det andre tiltaket skal sikre behandling av alle slagpasienter på slagenhet. Dette er et av de viktigste kriteriene for å unngå pasientskade. Målet er at 90 pst. av alle pasienter med akutt hjerneslag bør innlegges direkte i slagenhet. I 2013 var denne andelen 84,4 pst. Det tredje tiltaket skal legge til rette for at de aktuelle pasienter får tilbud om trombolyse («proppoppløsende») behandling på sykehuset innen fire timer fra symptomdebut. Tidspunkt for ankomst og dermed behandlingsstart har avgjørende virkning på overlevelse og graden av avhengighet etter slaget.

Våren 2015 satte Helse Sør-Øst RHF ned et bredt sammensatt fagutvalg som skal sikre at flest mulig slagrammete i helseregionen raskest mulig får tilgang til best behandling, og at hjerneslagkjeden har høy kvalitet fra akuttfasen gjennom sykehusoppholdet til en eventuell rehabiliteringsfase. Fagutvalget vil trolig foreslå en slagsenterstruktur som kan få betydning for nasjonale føringer.

Helsedirektoratet har i 2015 dessuten satt ned en arbeidsgruppe som skal se på om og hvordan et pakkeforløp for hjerneslag kan etableres.

13.4.2 Registre og kvalitetsindikatorer

Norsk hjerneslagregister er det nasjonale kvalitetsregister for registrering av pasienter med akutt hjerneslag og er en del av det nasjonale Hjerte- og karregisteret. Registeret er et lov hjemlet meldepliktig register uten samtykkekrav og har vært landsdekkende siden 2013. Alle sykehus er pålagt å registrere alle pasienter som skrives ut fra sykehus med diagnosen hjerneslag (Norsk hjerneslagregister, 2014).

Norge har i dag en desentralisert behandling av hjerneslag med 47 slagenheter i de 51 sykehusene som behandler akutte hjerneslag. Fem sykehus (Oslo universitetssykehus HF, Stavanger universitetssykehus HF, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF) har etablert tilbud om trombekтоми. Det har ikke vært gjort en overordnet analyse eller beskrivelse hvorvidt dagens struktur er hensiktsmessig. Slagpasienter bør bli behandlet primært i en slagenhet og antall pasienter som behandles i en slagenhet, er et viktig kvalitetsmål.

Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres på helsenorge.no. Tre av de nasjonale kvalitetsindi-

katorene er knyttet opp mot hjerneslagbehandling:

- 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag
- Reinnleggelse hjerneslag
- Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen

For sistnevnte indikator, som også følges av Norsk Hjerneslagregister, er det definert et måltall på 20 pst. trombolyse for pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt. I alt 11 av 39 sykehus med en dekningsgrad over 70 pst. nådde en trombolyseandel på 20 pst. i 2014 og 23 sykehus var over 15 pst. Landsgjennomsnittet var på 16,8 pst (Norsk hjerneslagregister, 2015). I første tertial 2015 fikk 14,5 pst. av slagpasientene trombolytisk behandling. Helse Vest RHF har høyest andel pasienter (20,9 pst.) som får trombolyse.

Norsk hjerneslagregister har i tillegg utarbeidet elleve kvalitetsindikatorer for forskningsbasert slagbehandling. Disse indikatorene dekker de viktigste anbefalingene i de nasjonale retningslinjer for slagbehandling (Helsedirektoratet, 2010).

En av kvalitetsindikatorene i hjerneslagregisteret fra 2014 er andel pasienter med hjerneinfarkt som blir trombolysebehandlet innen 40 minutter etter innleggelse (dør-til-nål-tid). Høy måloppnåelse er satt til 50 pst. (Norsk hjerneslagregister, 2015). Registreringen viser at 56,7 pst. av pasientene behandles innen 40 minutter og 19 av sykehusene oppnår høy måloppnåelse. Indikatoren tid fra innkomst sykehus til start av trombolyse (dør-til-nål-tid) sier noe om hvordan sykehusenes akuttprosedyrer fungerer. Det er betydelige variasjoner som tilsier et forbedringspotensial. Innføring av trombolysealarm og trombolyseteam har vist å kunne bidra til raskere logistikk og bør vurderes innført ved alle sykehus.

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) utga i 2015 en rapport om kvalitetsindikatorer i den akuttmedisinske kjede. NAKOS påpeker at Norsk hjerneslagregister ikke har noen prehospital prosessindikatorer knyttet til triagering eller rask tilgang til sykehusbehandling. Prosessindikatorer for prehospital diagnostikk og behandling, f. eks. ved bruk av det validerede FAST-verktøyet er heller ikke tilgjengelig. Den overordnede nasjonale resultatindikatoren som overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse, påvirkes sannsynligvis i mindre grad av prehospital behandlingsskvalitet da den akutte dødeligheten er relativt lav. Funksjonsutfall vil derimot påvirkes vesentlig av god prehospital triagering

og rask transport, jf. meget tidsavhengig effekt av både trombolyse og trombektomi (Nilsen et al., 2015).

13.4.3 Forskning

Forskning på slagbehandling har vært lite prioritert og fagfeltet preges av begrenset forskningsbasert kunnskap og få akademiske stillinger.

Det er stor forskjell på hva som bevilges til forskning innenfor folkesykdommene som kreft, hjertesykdom og slag. Dette gjelder ikke bare Norge, men for hele den vestlige verden. I Storbritannia er kostnader ved slagbehandling estimert til å være det doble av hjertesykdommer og utgjør 6 pst. av budsjettet til National Health Services (The Stroke Association, 1998). Forskningsinnsatsen på slag utgjorde i Norge for noen år siden 11 pst. av forskningen på hjertesykdommer og kun 2 pst. av den samlede kreftforskningen (Pendlebury et al., 2004). Hjerneslag er en sykdomsgruppe som krever store ressurser, og med de muligheter som befinner seg innenfor diagnostikk og behandling på slagområdet, vil en intensivt forskningsinnsats og en styrking av fagmiljøene være av stor betydning.

Behovet for kvalitetsindikatorer er nærmere omtalt i kapittel 7.

Medisinsk indeks

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er beslutningsstøtteverktøyet som brukes i AMK-sentra- lene. Medisinsk indeks er ikke entydig når det gjelder vurdering av hjerneslag, noe som kan være med på å vanskeliggjøre den triagering som AMK-personell utfører. Medisinsk indeks er under revisjon og revisjonen skal være ferdig i 2016. Da bør det etter utvalgets oppfatning også være på plass en konkretisering av tiltakene ved mistanke om hjerneslag.

13.5 Økonomiske vurderinger knyttet til slagbehandling

I vestlige land står hjerneslag for 3–4 pst. av samfunnets samlede bruk av helseutgifter. I en artikkel fra Tidsskrift for Den norske legeförening i 2007 anslår forfatterne 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. kroner. Direkte (helseutgifter) og indirekte (trygdeutgifter) kostnader er medregnet (Fjærtøft &

Indredavik, 2007). Kostnadene ved hjerneslag er så store at det er behov for å bedre kunnskap om de helseøkonomiske aspektene.

I Sverige er det gjort en undersøkelse om den økonomiske byrde som slag utgjør for samfunnet. Man beregnet utgiftene i Västra Götaland, et område med 1,5 mill. innbyggere. Undersøkelsen inkluderte 3074 slagpasienter. De totale utgiftene i de 12 første månedene etter førstegangs hjerne- slag var 629 mill. svenske kroner eller om lag 200 000 svenske kroner per pasient. Om lag 50 pst. av utgiftene skyldtes den akutte slagbehandlingen, 40 pst. rehabilitering og 10 pst. var relatert til beregnet produksjonstap (Persson, Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012). Det er gjort en liknende studie i Italia som konkluderte med at kostnadene til ett års behandling av en slagpasient utgjør om lag 20 000 euro eller om lag 160 000 norske kroner. Dette er på linje med estimatene i den svenske undersøkelsen (Fattore et al., 2012).

Flere ferske analyser har søkt å beregne økonomisk kost-nytte-effekt ved akutt intensiv slagbehandling, det vil si behandling med trombolyse og/eller trombektomi. Effektmålene var antall vunnede leveår, økt livskvalitet (QUALY) og redusert bruk av pleietjenester (mindre pasientavhengighet). Primærkostnadene ved spesielt trombektomi er relativt høye, men ut fra effektmålene er det mye som tyder på at denne intervensjonen er svært kostnadseffektiv. Trombektomi synes å gi betydelige innsparinger allerede etter første pasientoverlevelsår (Ganesalingam et al., 2015; Lerpert, Campbell, Simpson & Burke, 2015; Simpson et al., 2014).

13.6 Erfaringer fra andre land

13.6.1 Storbritannia

Omorganisering av sykehusenes ansvar for spesialisert behandling av hjerneslag i London er et vellykket eksempel på kvalitetsforbedring (Morris et al., 2014). Åtte sykehus mot tidligere 32 ble definert som mottaksklinikker for akutte slagpasienter (Hyper Acute Stroke Unit – HASU) med lokalisering slik at enhver person i London kan komme til et slagsenter som er utstyrt med nevrologisk og nevroradiologisk akuttkompetanse innen 30 minutter. Som kvalitetsindikatorer ble økt bruk av trombolyse og kortere liggetid rapportert. Det er også rapportert reduksjon av dødelighet på 12 pst. og en estimert innsparing av 5,2 mill. britiske pund per år, først og fremst pga. redusert liggetid (Hunter et al., 2013).

13.6.2 Finland

Finland har i mange år ligget langt framme i europeisk sammenheng når det gjelder behandling av hjerneslag (Kaste, 2012). I 1995 ble det framlagt resultater fra en stor studie i Helsinki som viste at de pasientene som ble behandlet ved nevrologisk avdeling kunne utskrives i gjennomsnitt 16 dager tidligere enn andre, og at de i signifikant større grad kunne leve uavhengig av hjelp etter utskrivningen (Kaste, Palomäki & Sarna, 1995). Mottak av akutt hjerneslag i Finland er sentralisert i større enheter der dette er geografisk mulig. I 2010 fikk i alt 310 hjerneslagpasienter ved nevrologisk avdeling ved Helsinki universitetssykehus intravenøs trombolytisk behandling med en gjennomsnittlig dør-til-nål-tid på 20 minutter, hvilket har gitt de beste kliniske resultater i verden (Mustanoja, Meretoja & Putaala, 2011).

13.6.3 Danmark

En gruppe fra Akuttutvalget besøkte Aarhus Universitetssykehus våren 2015 og fikk høre om hvordan danskene, og region Midt-Jylland spesielt, hadde reorganisert sin slagbehandling (Professor Grethe Andersen, Aarhus Universitetssykehus, personlig meddelelse). Det danske slagregisteret ble etablert allerede i 2003. Siden 2003 har det vært klare utviklingsoppgaver som har bestått i hvordan slagbehandlingen skulle organiseres, hvilken plass trombolyse, carotiskirurgi og trombektomi skulle ha innenfor definerte tidsintervaller. Slagregisteret er blitt landsdekkende, obligatorisk og har vist klare effektmål. Danmark har i større grad enn Norge sentralisert slagbehandlingen. Tre sentre i henholdsvis København, Aarhus og Odense utfører nevrintervensjon (trombektomi). Akuttbehandlingen er hjørnesteinen i slagforløpet. Med en effektiv akuttbehandling blir det mindre hjerneskadepolum for hver enkelt pasient, mindre funksjonstap, avhengighet av andre og ressursbruk. I Danmark er det vesentligste av diagnostikken og behandlingen av slag tilknyttet nevrologiske avdelinger.

13.6.4 Opplæring av barn og unge

Det er gjort flere undersøkelser som viser at det går an å lære barn om symptomer og varsling ved akutt hjerneslag. Det er også vist at barn tar med seg lærdommen hjem slik at kunnskapen hos deres foreldre øker.

En gruppe i New York har utviklet Hip Hop Stroke som bruker både hip hop musikk og multi-

mediautstyr i form av tegneserier og video for å lære skoleelever i femte og sjette klasse om hjerneslag (Williams, DeSorbo, Noble, Shaffer & Gerin, 2012). Studien viste at kunnskapene holdt seg etter at de ble testet 15 måneder etter intervensjonen.

I en annen amerikansk studie fikk ni- og tiåringer gjennomgått en kortfattet instruksjon om et videospill om hjerneslag på skolen som de så fikk med seg hjem og ble oppfordret til å leke med. De ble deretter testet etter syv uker. Det var signifikant forbedring både når det gjaldt kunnskap om hjerneslag, gjenkjennelse av slagsymptomer og varsling til nødnummer 911 (Williams, Hecht, DeSorbo, Huq & Noble, 2104).

13.7 Utvalgets vurderinger

Hjerneslag er en folkesykdom der en bedre nasjonal og regional organisering vil gi et betydelig bedre utkomme for mange slagpasienter. Målet for den akuttmedisinske kjede er å få den slagrammete raskest mulig til et hjerneslagsykehus (slag-enhet) med døgnberedskap. En raskere reaksjon hos befolkningen og hos helsetjenesten har stor betydning for det helsemessige resultatet for personer som rammes av hjerneslag. Ved å få redusert skadepolumet i hjernen vil den gjennomsnittlige slagpasienten trenge mindre omfattende rehabilitering, og samfunnet kan spare betydelige summer ved at flere slagrammete kan bo hjemme i stedet for på institusjon.

Akuttutvalget mener at økt innsats i den prehospital fase i behandlingen av hjerneslag, inklusive bedre pasientforløp, er så viktig for pasientene at det bør settes inn spesifikke tiltak. I dag kommer et flertall av pasienter med hjerneslag (57 pst.) dessverre til sykehus så sent at slik skadepolumbegrensende trombolytisk behandling og/eller trombektomi ikke kan utføres.

Ved alle akuttmedisinske tilstander som hjer-teinfarkt, hjerneslag og multitraume er pasientens sluttresultat (grad av overlevelse og funksjonsnivå) avhengig av en sammenhengende og godt fungerende kjede gjennom hele den prehospital og hospital fase. Et brudd eller en funksjons-svikt 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 enhver tid foreligger. Både nasjonalt og på helseforetaksnivå må det derfor utarbeides fagpla-

ner som fortløpende og forpliktende involverer aktuelle fagmiljøer både på prehospitalt og hospitalt nivå.

Når hjernen rammes, mister en del slagpasienter evnen til å forstå sin egen situasjon og får en redusert evne til å kommunisere med andre. Da er det viktig at pasientens omgivelser og pårørende straks erkjenner problemet og aksjonerer. I dag er pasientforsinkelse et betydelig problem. Hvis pasienter eller pårørende henvender seg til fastlege eller legevakt og ikke direkte til medisinsk nødnummer 113, er det dessuten viktig at fastlegekontoret og legevakten vet å videreformidle pasienten direkte til AMK.

Det er behov for generelle opplysningskampanjer, men også at kunnskap om hjerneslagsymptomatologi blir en naturlig del av førstehjelpsopplæringen i skolen og samfunnet for øvrig. I tillegg bør det vurderes om nøkkelpersonell som legesekretærer, sykepleiere og helsepersonell ved legekontorer og legevakter, bør tilføres bedre kunnskap om hjerneslagsykdommen.

Akuttutvalget mener at opplysningskampanjer som den tidligere omtalte kampanjen i England (jf. kapittel 13.3) kan være et eksempel for etterfølgelse i Norge. Her ble FAST-akronymet brukt, og dette akronymet er også i bruk i de fleste engelsktalende land. Det finnes også flere andre gode akronymer i bruk for å beskrive symptomatologien ved slag (f.eks. SOS og SLAG), men det er akuttutvalgets oppfatning at det bør velges et nasjonalt akronym – ikke minst når det planlegges brukt i undervisningsøyemed og opplysningskampanjer.

Når man utenfor sykehus står overfor en hjerneslagpasient, er oppgaven å transportere pasienten så raskt som mulig til et sykehus som kan utføre diagnostikk og individualisert akuttbehandling. Om transportmåte er bilambulanse eller luftambulanse er prinsipielt underordnet de tidsmessige aspekter. Akuttutvalget er imidlertid av den oppfatning at hvis man kan nå til ønsket sykehus tidligere enn 30–60 minutter enn hva tilfellet hadde vært med vei- eller båtgående ambulanse, bør det vurderes luftambulanse. Jo yngre pasienten er, desto mer tilbøyelig bør man på generelt grunnlag være til å velge luftambulanse. Å nå et slagsenter med mulighet for trombektomi kan rettferdiggjøre en noe lengre transporttid for enkelte pasienter. Utvalget ser det som viktig at det utvikles verktøy og forskningsprosjekter for prehospital triagering av slagpasienter.

Bare i løpet av det siste året er det kommet ny kunnskap om hjerneslag og akutt hjerneslagbehandling. Det er akuttutvalgets vurdering at det i de nærmeste årene med bakgrunn i denne kunnskapen må skje en reorganisering av sykehus med hensyn til struktur, innhold og oppgaver når det gjelder slagbehandling.

13.8 Utvalgets forslag

- Mer spesifikk hjerneslagundervisning for helsepersonell, herunder obligatoriske kurs for personell som møter slagpasienter i den akutte fase.
- Økt innsats for å få til kunnskapsspredning og undervisning om hjerneslag til hele befolkningen, gjerne i form av regionale og nasjonale informasjonskampanjer
- Helsedirektoratet bør utrede hvilket hjerneslagakronym (FAST, SMIL, SOS eller SLAG) som samlet, ut fra både faglige og pedagogiske forhold, bør velges for nasjonal bruk.
- Informasjon om hjerneslag med vekt på varsling, tas inn i all førstehjelpsundervisning, inkludert i skolen.
- Inkludere prehospital diagnostikk, triagering og transport i revisjonen av de nasjonale retningslinjene for slagbehandling.
- De regionale helseforetakene utvikler sin egen overordnede strategi for hjerneslag som omhandler:
 - a. Prehospital fase med triagering og transport for trombolyse- og trombektomikandidater
 - b. En fagbasert oppgavefordeling mellom sykehusene
 - c. Godt fungerende rehabiliteringstilbud
 - d. Det vil være behov for en differensiering i organisering mellom de ulike regionale helseforetak avhengig av befolkningsgrunnlag og geografi.
- Bedre triagering ved AMK, med bruk av revidert utgave av medisinsk indeks
- Økt forskning og flere akademiske stillinger innen hjerneslagfeltet, både når det gjelder prehospital diagnostikk og nytteverdi av høyspesialiserte behandlinger.
- Det bør utredes hvordan insitamenter kan bedre rapporteringen til Norsk hjerneslagregister

Kapittel 14

Erfaringer fra andre land

14.1 Sverige

14.1.1 Primærhelsetjeneste

Vårdguiden

Sverige har en døgnåpen telefonisk helseguide med egen nettside, Vårdguiden (tlf. 1177), som informerer om pleie, helse- og omsorgstilbud i hele Sverige. På Vårdguiden gis helseråd og svar på medisinske spørsmål av utdannede sykepleiere som vurderer problemet, gir råd og ved behov informasjon om hvor hjelp kan oppsøkes. Hvis helsesenteret er stengt og det er nødvendig, kan de koble telefonen til nærmeste åpne legevakt. Når legevakten er stengt rutes samtalen til nærmeste åpne akuttmottak.

Helsesenter (vårdcentral)

Svensk allmennhelsetjeneste er bygd opp rundt et helsesenter eller vårdcentral. Det er opp til hver enkelt innbygger å velge hvilket helsesenter en vil tilhøre innenfor regionen (länet). I mange regioner er det også mulig å velge fastlege. Helsesentrene holder åpent på dagtid på hverdager og mange helsesentre har også åpent til bestemte tider, slik at det er mulighet å få hjelp samme dag uten avtale. I Sverige betaler pasienten selv en pasientandel ved legebesøk og det er som i Norge et maksimumsbeløp for hvor mye pasienten må betale i løpet av ett år.

Legevakt

Ved akutt sykdom eller skade, er det vanligst å ta kontakt med et akuttmottak ved nærmeste sykehus. Ved en enklere akutt tilstand, kan det tilbys behandling ved et helsesenter (dagtid) eller legevakt (kvelder og helger). Legevakter eller Jourcentraler betjener områder med inntil 100 000–200 000 innbyggere og her arbeider 1–2 allmennmedisinere fra kl. 18–23 på hverdager og fra kl. 9–23 i helger. I tillegg er det en lege tilgjengelig for sykebesøk. Det er et krav om at svenske fastle-

ger skal være med i vaktordningen og gjennomsnittlig ligger vaktbelastningen på 1–2 vakter i måneden. Tallene er hentet fra en enqueteundersøkelse i Skåne fra 2009, og det finnes ingen tall som gjelder for hele Sverige (Sven Engström, personlig meddelelse). Ved livstruende tilstander tas kontakt på nødnummer 112 (Norden.no, 2015a).

14.1.2 Ambulansetjeneste

Sverige er delt inn i 21 len (fylker). Landstingene som tilsvarende norske fylkeskommuner, har ansvaret for helsetjenestene til befolkningen, inkludert ambulansetjenesten. Det finnes få nasjonale retningslinjer for ambulans- og nødmeldetjenesten. Det kan derfor være forskjeller mellom lenene hva gjelder organisering av tjenestene og personellet kompetanse.

Riksrevisjonen i Sverige foretok i 2012 en undersøkelse av den akuttmedisinske kjeden (Riksrevisjonen Sverige, 2012). 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 (nødnummer 112), 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. Ambulansetjenestene er i ferd med å innføre digitale systemer for oppdragshåndtering og elektronisk ambulansjournal. 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.

Det er åtte baser for ambulanshelikoptre, drevet av landstingene. De tre nordligste basene er i Gällivare, Lycksele og Østersund. I Midt-Sverige er ambulanshelikoptre stasjonert i Stockholm (to i sommermånedene), Karlstad og Uppsala. I den sørlige delen av Sverige finnes det

helikopterbaser på Gotland og i Gøteborg. En ny base i Dalarna åpnes i 2016. Det er fire baser for ambulansfly i Luleå, Umeå, Stockholm og Gøteborg. 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 2012 konkluderte med at det er gunstigere økonomisk å drive tjenesten selv framfor å sette den ut til private operatører (Sveriges kommuner og landsting, 2012).

14.1.3 Nødmeldetjeneste

De fleste landstingene konkurransesetter alarmering og koordinering av ambulanser. Stat, kommuner og landsting i felleskap eier selskapet SOS Alarm som står for det meste av nødmeldetjenesten, men noen landsting har andre løsninger. Sverige har felles nødnummer 112 for ambulanse, brann og politi og informasjonsnummer 113 13 (informasjon til publikum om store ulykker og katastrofer). Svenskt Medicinskt Index (oversatt fra Norsk medisinsk indeks) er blitt brukt for beslutningsstøtte siden 2007, og fra 2008 også i en elektronisk versjon. Det benyttes fire hastegrader.

14.1.4 Kompetanse

Det er to yrkeskategorier som jobber i ambulansetjenesten, ambulanssjukvårdare (hjelpepleier med påbygningsutdanning 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 specialistsjukskoterska 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 (112) skal tas imot av sykepleier. De fleste ambulanshelikoptrene i Sverige er bemannet med anestesileger som i Norge.

14.1.5 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten besluttes 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.

14.2 Danmark

14.2.1 Primærhelsetjeneste

Fastlege

I Danmark kan pasienten velge fastlege. Fastlegen sørger for behandling og har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. Danmark har om lag 3600 leger fordelt på om lag 2100 praksiser. Det er ingen egenandeler å betale ved konsultasjoner i primærhelsetjenester, verken til fastlege eller på legevakt. Regionene har ansvaret for å administrere allmennlegetjenesten og sygesikringen som tilsvarer folketrygden (Norden.no, 2015b).

Danske legers avtaleverk omfatter bl.a. følgende (Regionernes lønnings- og takstnævn og Praktiserende lægers organisation, 2014):

- Legen skal på alle ukedager fra mandag til fredag være tilgjengelig for telefonkonsultasjoner, samlet minst en time daglig og tilby elektronisk timebestilling og reseptfornyelse
- Legen skal minst en gang per uke ha konsultasjoner etter kl. 16.00
- Legen skal innrette sin praksis slik at pasientene vanligvis skal få time for konsultasjon senest femte virkedag etter bestillingen.
- Ved akutt oppstått behov, skal pasienten ha tilgang til legehjelp enten telefonisk eller på annet vis innen kl. 16.00
- Legen er forpliktet fra mandag til fredag på dagtid å avlegge sykebesøk hvis henvendelsen oppleves av legen som nødvendig

Legevakt

Danmark har en noe annen ordning når det gjelder legevakt enn i Norge. Her er første kontaktpunkt at pasienten ringer til legevakten (også kalt vaktlegen). Legen gjør da en vurdering om det er behov for å møte opp til konsultasjon, foreta sykebesøk eller henvise til en skadestue. Det er egen nettside for å finne lokal legevakt (www.laegevakten.dk). I tillegg til telefonvisitasjoner hos fastlegene, har Region Hovedstaden fra 2014 innført et eget akuttnummer 1813 (www.regionh.dk, 2014).

14.2.2 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

den såkalte præhospitalkendtgørelsen (Sundhedsministeriet, 2011).

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 felles digitale 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 fjortende dag.

Det har vært prøvedrift med akuttlægehelikopter siden 2010. Fra 2014 har Danmark en nasjonal helikopterberedskap med tre baser i Ringsted, Skive og Billund. Helikoptrene er bemannet med pilot, redningsmann og lege (anestesilege fra regionalt sykehus). I tillegg benyttes de militære redningshelikoptrene til overføring av pasienter mellom sykehus.

14.2.3 Nødmeldetjeneste

Danmark har felles nødnummer 112 for nødtaletene (helse, 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 medisinsk indeks og tilpasset danske forhold), ble innført som beslutningsstøtteverktøy ved samtlige AMK-Vagtcentraler i 2011. Dansk Indeks for Akuthjælp (oversatt fra Norsk medisinsk Index) ble innført som beslutningsstøtteverktøy ved samtlige AMK-Vagtcentraler i 2011 og det benyttes en elektronisk versjon av indeks.

Region Hovedstaden i Danmark har om lag 1,7 mill. innbyggere og har samlet alt ansvar for øyeblikkelig hjelp og sykehus tjenester innenfor regionens egen organisasjon. Fra 2014 sa Hovedstadsregionen opp avtalen med de privatpraktiserende legenes forening om drift av legevakt tjenesten. Deretter ble øyeblikkelig hjelp-funksjonen plassert innenfor egen organisasjon, i akutt klinikker og sykehusenes akuttmottak.

Akuttelefon 1813-sentralen i hovedstadsregionen består hovedsakelig av leger og sykepleiere, med mulighet for telefonkonsultasjon med enten lege eller sykepleier. Sentralen ledes av prehospital direktør i Region Hovedstaden, som også leder medisinsk nødsentral og ambulansetjeneste. Sen-

tralen har oversikt over ventetider ved alle akutt-klinikker og akuttmottak i regionen, som har fått økt bemanning etter endringen fra 2014. Styring av pasientstrømmer mot akuttmottak med kort ventetid er en viktig oppgave. Leger ved sentralen drar i sykebesøk om nødvendig.

Sentralen for 1813 er samlokalisert med medisinsk nødnummer. Operatørene ved 1813 har opplæring i funksjon som operatør ved nødsentral 112 i tillegg til sin vanlige funksjon. Ved større hendelser kan operatørene skifte funksjon, slik at nødsentralen utvides, ifølge Freddy Lippert, prehospital direktør i Hovedstadsregionen.

14.2.4 Legebemannet utrykningstjeneste

En undersøkelse publisert i 2010 (Krüger, Skogvoll, Castren, Kurola & Lossius, 2010) viser at Danmark skiller seg vesentlig ut fra de øvrige nordiske landene gjennom utbredt bruk av legebemannet utrykningstjeneste, dvs. legebiler bemannet med anestesileger. Bruken av legebemannet utrykning kan delvis forklares med at undersøkelsen ble gjort før det var etablert en nasjonal dansk helikopterberedskap.

14.2.5 Kompetanse

Utdanningen av ambulanspersonell i Danmark skjer i regi av det offentlige skolesystemet og er regulert i præhospitalkendtgørelsen. Det er lagt opp til et gjennomgående utdanningsforløp, med Sundhetsfaglig fællesindgang. Ambulansutdanningen er delt inn i tre nivåer. Nivå I: ambulansassistente, er en yrkesutdannelse (Redderutdannelsen) over to år og syv måneder (teori og praksis). Nivå II: ambulansbehandler har arbeidet minimum 18 måneder som ambulansassistente. Etterutdannelse over fem uker (tre uker teori og to uker praksis i sykehus og ambulans). Nivå III: ambulansbehandler med særlig kompetanse (paramedics) har arbeidet minimum tre år som ambulansbehandler. Etterutdannelse med åtte uker fjernundervisning og fem uker oppmøtebasert undervisning (teori og praksis).

14.2.6 Kvalitetsindikatorer

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

14.3 Storbritannia

14.3.1 Primærhelsetjeneste

Primærhelsetjenesten i England har tidligere vært bygd opp på samme måte som i Norge, men etter helsereformen i 2012 er det skjedd store forandringer (Health and social care act, 2012). Den nye helsereformen åpner for at helsetjenestene kan kjøpes fra «any willing provider», noe som vil åpne flere deler av helsevesenet for privat sektor. De to største administrative nivåene (Strategic Health Authorities og primary Care Trusts) skal fjernes helt. Istedet er det blitt opprettet 240 lokale Clinical Commissions Groups som ledes av en lokal allmennlege. Disse enhetene får ansvaret for å bestille og finansiere både elektiv og akuttmedisinsk behandling for befolkningen i sitt område (Randsborg, 2013).

Dette har medvirket til at det har blitt ulike måter å organisere legevaktjenesten (out-of-hours practice) på slik at det er mulig å komme til enten walk-in clinics, private akuttentre, allmennlegvakter eller akuttmottak.

For allmennmedisinen ble finansieringsgrunnlaget endret i 2004. Da innførte National Health Service (NHS) en ny insitamentsstruktur som skulle bedre allmennmedisinen tilgjengelighet og gi pasienten flere og bedre valgmuligheter samt flytte flere ressurser fra sekundær- til primærsektoren. Derfor ble et omfattende indikator-system for allmennpraksis etablert (Department of Health, 2003). Den mest gjennomgripende endringen var introduksjonen av The Quality and Outcomes Framework (QoF). Allerede i 2005 oppfylte praksisene mer enn 95 pst. av målene mot en forventet andel på 75 pst. Legene har det overordnede ansvaret for registreringen i den enkelte praksis, men honoreringen avhenger ikke av om det er en lege eller sykepleier som utfører oppgaven. Derfor har det nye systemet stimulert til en oppgavefordeling i praksis. Kontroll- og oppfølgingsoppgaver er gode eksempler på oppgaver som ivaretas av f. eks. sykepleiere. QoF-kontrakten har medført bedret rekruttering til allmennmedisin.

En artikkel av Scott fra 2009 viser at allmennlegene ikke hadde vansker med å nå behandlingsmålene, men at reformen ikke ser ut til å ha endret kvaliteten på behandlingen (Scott, Schurer, Jensen & Sivey, 2009).

14.3.2 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 (ambulansforetak). 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 (AACE), College of Paramedics og The Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee (JRCALC) som utgir UK Ambulance Services Clinical Practice Guidelines. Ambulansetjenestene har en akuttdel (Emergency Service) der ambulanspersonell rykker ut til akutt- og nødsituasjoner, og en pasienttransportdel (Patient-Transport Service) der kjøretøy befordrer pasienter til og fra avtalt behandling ved sykehus.

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

Luftambulansetjenesten i Storbritannia er organisert i Association of Air Ambulances UK. Det er 27 operatører i England og Wales. Disse opererer 36 helikoptre. Tjenesten er finansiert av veldedige organisasjoner. Det er ingen luftambulansetjeneste i Nord-Irland.

14.3.3 Nødmeldetjeneste

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

14.3.4 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 under-supervisjon. 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.

Community paramedic

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 enkle sykdommer, forverring hos kronikere, sårbehandling, enkel frakturbehandling, vaksinasjon, smittevern, osv. Denne type funksjon er utviklet særlig for spredt bebygde områder. Fullverdig ambulanseredskap 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 legekantor, 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.

14.3.5 Kvalitetsindikatorer

De nasjonale kvalitetsindikatorerne 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.

14.3.6 Spesielt om Skottland

Det skotske helsevesenet er i dag organisert innenfor Skottlands National Health Service (NHS Scotland). I alt 14 regionale styrever har ansvar for alle helsetjenester til befolkningen i sin region. I tillegg finnes det styrever for åtte landsdekkende funksjoner (AMK, NHS24, etter- og videreutdanning, nasjonalt ventetidssenter, statssykehuset med sikkerhetsavdelinger, folkehelsearbeid, kvalitetsforbedring og nasjonalt tjenestesenter).

De 14 regionale helsestyrene får årlige rammebevilgninger fra Helsedepartementet for å finansiere primær- og spesialisthelsetjenesten i sin region. Budsjettene er blitt overholdt i alle regioner hvert år og det rapporteres om betydelige, løpende effektiviseringsgevinster og kvalitetsforbedringer.

I mai 2010 vedtok NHS Scotland en ny kvalitetsstrategi der målet er å komme ned i seks kvalitative, overordnede mål for utviklingen i skotsk helsevesen, fra 100 kvantitative mål i 2007 (Eilertsen, 2013).

Ambulansetjeneste

Ambulansetjenesten i Skottland er samlet i én organisasjon. Scottish Ambulance Service (SAS) er den offentlige ambulansetjenesten i Skottland og inngår i NHS. Tjenesten finansieres direkte av den skotske regjering og leverer tjenester til hele landet. SAS er organisert i fem geografiske divisjoner med nasjonalt hovedkvarter i Edinburgh. Det er totalt 4500 ansatte. SAS har et eget styre som kontrollerer all aktivitet.

Scottish Ambulance Service opererer to helikoptre og to ambulansefly, og disse er offentlig finansiert. De er bemannet med paramedics. Ledersagerteam med lege er med ved behov, særlig ved transport av syke nyfødte. Til forskjell fra Storbritannia for øvrig, er luftambulansetjenesten i Skottland fullt ut offentlig finansiert.

Nødmeldetjeneste

Operativt styres ambulansetjenesten av tre Ambulance Control Centres (ACC) lokalisert ulike steder i landet. ACC styrer både nødtelefon 999, pasienttransport- og luftambulansetjenesten.

14.4 Responstider

Mange land i Europa 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. Det er stor variasjon på hvilke responstidsmål som er innført fra land til land. Rapporten Framtidens prehospitaltjenester gir utfyllende eksempler på responstider fra flere land (Nilsen et al., 2014).

14.4.1 Danmark

Responstid er definert i Bekendtgørelse 1150 (Sundhedsministeriet, 2011):

«Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponent 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».

De ulike typer ambulanseoppdrag er definert i Dansk Index for Akuthjælp som er et besluttingsstøtteverktøy for regionenes AMK-sentraler. Her innebærer kategori A livs- eller førlighetstruende tilstande og B hastende oppgaver. Kategori C er ikke-hastende ambulanseoppgaver og planlagte transporter. Regionene fatter politiske vedtak om mål for responstider og har derfor ulike mål for responstider for ambulansetjenesten og syke-transport med utgangspunkt i geografiske forhold. I Danmark er det store lokale variasjoner.

Boks 14.1 Responstider Region Hovedstaden

«Mål for ambulanser med udrykning i kategori A er at 90 pst. af alle ambulancerne bør være fremme hos borgerne indenfor 13 minutter. Det er ikke fastlagt et politisk servicemål for ambulancekørsel uden udrykning (kategori B), men regionen arbejder på at sikre at 90 pst. af disse er fremme indenfor senest 25 minutter. Det er ikke fastlagt mål for ambulanser i kategori C.»

Kilde: Poul Anders Hansen, Prehospital leder, Region Nord-Jylland

14.4.2 Sverige

De politiske myndighetene (landsting) i hvert len beslutter krav til responstider. I Sverige varierer kravene fra 10 til 30 minutter for de mest akutte hendelsene med variasjon i måloppnåelse for andel av befolkningen mellom 60 og 100 pst. I et av de mest rurale lenene, Norrbotten, er kravet at 95 pst. av befolkningen skal nås innen 30 minutter. Det skal også bemerkes at verken Stockholms eller Västerbottens läns landsting har vedtatte mål.

14.4.3 Storbritannia

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 dem som er satt av Department of Health (UK Department of Health, 2011). I Storbritannia er kravet 8 minutter for 75 pst. av de mest akutte hendelsene som umiddelbar livstruende sykdom eller skade (Kategori A) og innen 19 minutter i 95 pst. av hendelsene. Fra 2011 er kategori B (alvorlige, men ikke livstruende tilstander) erstattet av et sett med 11 kliniske kvalitetsindikatorer.

Kapittel 15

Økonomisk-administrative konsekvenser

15.1 Innledning

I dette kapitlet gir utvalget en overordnet vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene for de viktigste tiltakene. Utvalget har fått i mandat å basere minst ett forslag på uendret ressursbruk. Deretter angis hovedtrekkene for konsekvensene utvalgets forslag antas å gi. På flere områder har det ikke lyktes utvalget å få utført eksterne utredninger på grunn av manglende data og lite kunnskapsgrunnlag om prehospitaler tjenester.

15.2 Uendret ressursbruk

Enkelte av utvalgets forslag kan realiseres uten økt ressursbruk for kommuner og helseforetak. Forslagene om mer koordinerte planleggingsprosesser mellom kommuner og helseforetak og felles planer for akuttmedisinske tjenester er eksempler på dette. Det samme gjelder utvalgets forslag om en mer helhetlig ø-hjelpstjeneste i kommunene og et sterkere horisontalt samarbeid mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene som yter øyeblikkelig hjelp. Mer fleksibel utnyttelse av ambulansekompetanse inn mot primærhelsetjeneste og legevakt kan trolig også gjennomføres uten økte ressurser.

Utvalgets forslag vil samlet sett gi et løft for de prehospitaler tjenestene i kommunenes helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Flere forslag er knyttet til bedre kvalitet og pasientsikkerhet, styrket innsats på laveste effektive omsorgsnivå og tidlig prehospital innsats. Med mangelfull dokumentasjon og datagrunnlag, og journalsystemer som til dels er papirbaserte og som i liten grad er tilgjengelige i hele akuttkjeden, arbeider ikke aktørene i akuttkjeden på en optimal måte.

Krav om uendret ressursbruk i prehospitaler tjenester kan vanskeliggjøre gjennomføringen av strukturendringer. Gjennom flere år har ressursbruken økt i ambulansetjenesten, blant annet

som følge av strukturendringer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dersom ressursbruken i ambulansetjenesten begrenses til dagens nivå, er det en risiko for at ambulansetjenesten blir en flaskehals, og viktige strukturendringer og funksjonsdelinger i helseforetak og kommuner vil bli vanskelig å få gjennomført.

Flere av forslagene medfører økte kostnader, men vil gi samfunnsøkonomisk gevinst og føre til bedre resultater for pasienters liv og helse. På enkelte områder foreligger kunnskap om at tidlig prehospital innsats er samfunnsøkonomisk lønnsomt, det vises blant annet til kapittel 11 om tidlig og god traumebehandling og kapittel 13 om hjerneslag. Framtidig forskning må kunne avdekke samfunnsøkonomiske virkninger av høyere kvalitet og økt ressursbruk i prehospitaler tjenester.

15.3 Forslagene som omhandler kommunehelsetjenesten

Endret innretning av legevaktstjenesten

Utvalget har foreslått å endre legevaktstjenesten, slik at mindre tid og ressurser brukes til pasienter med enkle problemstillinger og mer tid og ressurser til alvorlig syke og tidskritiske pasienter, samt utrykninger og sykebesøk. Dette vil medføre mindre ressursbruk, fordi det må antas at en del konsultasjoner flyttes over fra legevaktstjenesten, som har høy personellkostnad på kveld/natt og helg, til fastlegeordningen. For kommunene vil en endret innretning av legevaktstjenesten isolert sett medføre uendrede kostnader. Eventuelle virkninger av flere utrykninger og sykebesøk er omtalt senere i kapitlet. For staten kan en slik omlegging innebære lavere refusjonsutgifter samlet sett til fastlegeordning og legevakt.

Maksimal reisetid for innbyggerne i hvert legevaktdistrikt

Et nasjonalt krav i forskrift om at 90/95 pst. av befolkningen skal ha en maksimal reisetid til nær-

meste 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 i 2014 i alt 97 kommuner der innbyggerne i gjennomsnitt har mer enn 40 minutters reisetid til nærmeste legevakt. For nærmere detaljer når det gjelder metode og beregning henvises til kapittel 10.

Dataene over reisetid ble innhentet i 2011, og det må derfor tas forbehold om at antall kommuner kan avvike noe fra det anslåtte tallet på 97.

Med utgangspunkt i at 97 kommuner med 5 pst. av landets befolkning (260 000 innbyggere) har en reisetid på mer enn et maksimalkrav om 40 minutters reisetid, har Akuttutvalget gjort økonomiske anslag for kostnadene ved at et nasjonalt krav til maksimal reisetid forskriftsfestes. Det er ikke utviklet en metode for å ta hensyn til at utvalgets forslag gir rom for at henholdsvis ti og fem pst. av befolkningen i hvert legevaktdistrikt kan ha lengre reisetid enn henholdsvis 40 og 60 minutter.

På bakgrunn av ovenstående, har utvalget anslått at merkostnader for kommunene vil være maksimalt 300 mill. kroner årlig, i forhold til en situasjon uten et slikt krav. Anslaget er gjort ut fra to ulike tilnærminger:

Først er det sett på kommunenes kostnader til drift av legevakt, et område det foreligger lite data om. Utvalget har innhentet regnskapsdata og økonomiopplysninger fra flere legevakter, og har kommet fram til at årlige kostnader for legevaktstasjonene ligger i området 5 til 9 mill. kroner. Anslaget 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, og med interkommunal organisering deles kostnadene på flere kommuner.

En del av de 97 kommunene har legevakt på dagtid og kveld innenfor 40 minutters reisetid, men et legevakttilbud lenger unna om natten og i helgene. Det mest sannsynlige er at disse kommunene vil arbeide for å danne nye legevaktdistrikter eller at de vil arbeide for å opprette en ny, tilleggsstasjon/legevaktstasjon nærmere kommunen, slik at reisetidskravet kan innfris. I begge tilfeller vil kostnadene til en ny legevaktstasjon deles på flere kommuner, og man kan for enkelthets skyld anta at kostnadene vil bli halvert. I så fall blir 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. En grunn til at anslaget er såpass høyt, er at det er tatt høyde for at det bygges opp heldøgns tilbud. Dersom omfanget av kommuner med varierende legevaktstasjon gjennom døgnet/ukene er stort, kan den samlede merkostnad bli betydelig lavere.

En annen tilnærming er å ta utgangspunkt i kostnad per innbygger. I utvalgets gjennomgang av kommunale utredninger med sikte på interkommunalt samarbeid, refereres det i flere saker til årlig kostnad på omkring 400 kroner per innbygger. For å anslå en øvre kostnadsgrense for de 97 kommunene, er det her tatt utgangspunkt i en kostnad per innbygger på om lag 1000 kroner. Dette er relativt høyt, men er trolig realistisk, dersom kommuner med lavt folketall etablerer legevakt i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner med lavt folketall. 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. første tilnærming.

Utvalgets samlede vurdering er at forslaget om maksimalt 40/60 minutters reisetid til nærmeste legevakt for 90/95 pst. av innbyggerne i hvert legevaktdistrikt, vil medføre en maksimal merkostnad for kommunene på om lag 300 mill. kroner per år. Utvalget har foreslått at det åpnes for muligheter for kompenserende tiltak, noe som kan redusere kostnadene noe.

Samlet personellbehov på landsbasis er ikke beregnet. Det er heller ikke anslått i hvilken grad forslaget vil utløse et behov for flere legestillinger i kommunene.

Utrykninger og sykebesøk fra legevakt

Utvalget har i kapittel 10 argumentert for at høyere kompetansenivå i akutte situasjoner trolig medfører mindre samlet ressursbruk for samfunnet. Utvalget har vist til at ambulanspersonell ofte sendes ut i vurderingsoppdrag eller transportoppdrag der formålet er å bringe pasienten til legevaktlege. I mange tilfeller fører dette til behov for større ambulanskapasitet, og gir flere innleggelser i sykehus enn om legevaktlege deltar i utrykning. En høyere kostnad for kommuner og helseforetak ved å sørge for at pasienter vurderes prehospitalt av personell med høy medisinsk-faglig kompetanse, kan bety lavere kostnader for samfunnet samlet sett.

I revidert akuttmedisinforskrift er kravet til utrykning fra legevakt presisert. Utvalget har lagt vekt på å omtale ulike organisatoriske løsninger

som gjør det mulig å øke andelen sykebesøk og utrykninger i legevakttjenesten. Kommunene må sikre tilstrekkelig personellressurser i bemanningen av legevakttjenesten og utvikle gode samarbeidsløsninger med ambulanspersonell, eventuelt med brann- og redningsmannskap. Ved utrykning og sykebesøk skal minst to personer dra sammen.

Uniformert legevaktbil med støttepersonell er etter utvalgets syn det beste tiltaket for å heve trykghetsfølelsen på legevakt. Alle legevakter bør ha en legevaktbil, jf. forslag i kapittel 10. Om lag 36 pst. av legevaktene har allerede legevaktbil, kostnadsvurderinger må derfor spesielt se på eventuelle behov for økt bemanning i legevakttjenesten for å realisere flere utrykninger og sykebesøk.

Legevakten i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud gjennomførte et prøveprosjekt med uniformert legevaktbil i 2009, og prosjektet ble evaluert (Hallgren & Mikaelson, 2009). Utredningen anslo årlige driftskostnader til bil på om lag 500 000 kroner per år til dekning av drift og avskrivninger. Årlige kostnader ved å bemanne bilen inkl. drift og avskrivninger ble i evalueringen anslått til om lag 2,9 mill. kroner per år dersom lege er fastlønnet. 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 om en ordning med legevaktbil skal fungere bra, bør legen være fastlønnet og ikke delta i det øvrige legevaktarbeidet. Dette forutsetter en viss størrelse av legevaktdistriktet. Kostnadene til legevaktbil vil kunne frigjøre ressurser i ambulansetjenesten, men omfanget av innspart ressursbruk i ambulansetjenesten ble ikke beregnet.

I tillegg foreligger det egenrapportering fra Asker og Bærum legevakt om erfaringer med legevaktbil over en treårsperiode fra 2009 til 2012, med anslag på 2,6 mill. kroner i årlige netto budsjett-ramme for kommunen (Engzeliuss, 2012). Sparte kostnader for ambulansetjenesten og politi ble ikke tallfestet. En erfaring fra Asker og Bærum legevakt var bedre siling av pasienter fra legevaktens side inn mot sykehusinnleggelse, oppgradering av sykebesøk samt bedre samhandling med hjemmebaserte tjenester.

Det vil kreve mer ressurser i kommunene om antall utrykninger og sykebesøk fra legevakt øker, bl.a. i form av økt bemanning og innkjøp av legevaktbil. Kommuner og helseforetak må sammen komme fram til gode samarbeidsløsninger, slik at

potensialet i eksisterende ressurser i legevakt, brann- og redningstjeneste og ambulans utnyttes på en optimal måte.

Fastlønn

Fastlønn er avtalefestet i arbeid nattetid i alle interkommunale legevakter med tilstedevakt og er tatt i bruk ved en del store legevakter med fast ansatte leger. Fastlønn er også utbredt i en del kommuner med lite befolkningsgrunnlag og lav legevaksaktivitet. I Godager & Iversen (2015) er det innhentet synspunkter fra legevakter med erfaring med fastlønn, og det fremkommer blant annet relativt sterk støtte til at fastlønn legger til rette for riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinsk-faglige og ikke økonomiske vurderinger.

Utvalget har foreslått at fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen. Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevakttjenesten. Utvalget antar at det er vanskelig uten at staten samtidig legger om takstfinansieringen av legevakttjenesten. En slik omlegging og virkningene av den bør utredes nærmere. Utvalget har foreslått at det settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

Ledelse på kommunalt nivå

Utvalget har foreslått at kommuneoverlegefunksjonen bør styrkes. Forslaget kan innebære behov for flere kommunelegestillinger, men utvalget har ikke gått inn på noen nærmere beregninger.

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 legevaktleder 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.

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

15.4 Forslagene som omhandler spesialisthelsetjenesten

Utvalget viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi føringer for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Funksjonsfordeling og differensiering av akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter en styrking av de prehospitale tjenestene, herunder ambulansetjenesten. Utvalget mener helseforetakene innenfor gjeldende økonomiske rammer må sikre tilstrekkelig utredningskapasitet.

Gode utredninger og analyser av forholdet mellom sykehusstruktur og prehospitale tjenester forutsetter styringsinformasjon og data. Helsedirektoratets pågående prehospitale satsning vil gi et styrket datagrunnlag for støtte i beslutninger og prioriteringer, og er grunnlaget for en nasjonal elektronisk ambulansjournal.

Det er behov for å øke kompetanse og kapasitet i de prehospitale tjenestene. Utvalget foreslår at det etableres en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansefaget på bachelornivå. Det vises til rapport om kompetansebehov i ambulansefag fra Helsedirektoratet for et kostnadsoverslag.

Nye tilbud bør prøves ut i spredt bebygde områder slik at en fullverdig ambulansetjeneste kan beholdes. Utvalget viser til at blant annet Skottland har prøvd ut modeller der ambulansetjenesten samarbeider nært med primærhelsetjenesten. 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.

Ambulansetjenesten bør utvikles til å bli en mer differensiert tjeneste. Utvalget foreslår etablering av syketransportbiler og viser til at dette er en kostnadseffektiv tjeneste som avlaster akuttoppdragene. Tjenesten er aktuell i områder med tilstrekkelig pasientgrunnlag.

Et stadig bedre veinett gjør at biltransport kan vært et alternativ til luftambulans. Helseforetakene bør derfor gjennomføre analyser med henblikk på utnyttelse av spesialkompetanse og transport av intensivpasienter. Dette kan være kostnadseffektive alternativer til luftambulansen.

Utvalget mener det er behov for et å styrke AMK-sentralene når det gjelder IKT, kapasitet, kompetanse, og riktig forståelse av lovverk, teknologi, styring og forvaltning og organisering. Det foregår flere prosesser gjennom program for forbedring av nødmeldingstjenesten og utredningen om optimal organisering av medisinsk nødmeldtjeneste. Kostnadsberegninger av tiltak skjer

som en del av programmet for forbedring av nødmeldingstjenesten og utredningen.

Mange AMK-sentraler etterlyser nasjonale krav til utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering av AMK-operatører. Det er et viktig virkemiddel for å sikre en felles faglig plattform og likeverdige helsetjenester. Helsedirektoratets kartlegging av AMK-sentralene viser også at det er behov for å tydeliggjøre roller og oppgaver. Helsedirektoratet har lenge planlagt å utarbeide en nasjonal veileder for AMK-sentraler, men arbeidet har blitt stilt i bero i påvente av ny akuttmedisinforskrift. En utredning om behov for høyere utdanningstilbud mv. vil kreve ressurser. R-AMK bør få lege i kontinuerlig tilstedevakt. De økonomiske konsekvensene av det må utredes nærmere.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Akuttutvalget foreslår et kvalitetsløft, blant annet 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. Arbeidet med å følge resultater må være en del av den daglige virksomheten til ledere i hele den akuttmedisinske kjeden.

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 Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester at det på sikt er ønskelig å inkludere den kommunale helse- og omsorgstjenesten i meldeordningen. Legevakt bør derfor inngå i denne ordningen når den utvides. Det er etablert et femårig program for pasientsikkerhet som omfatter hele spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten.

I Meld. St. 9 (2012–2013) framgår nasjonale mål og tiltak for IKT-området. Akuttutvalget foreslår tiltak som gjør at nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Meld. St. 9 (2012–2013) 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 foreligger 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.

15.5 Psykisk helse

Utvalget foreslår at det skal være tilgang til akutt-hjelp ved alle DPS i åpningstiden og henviser i den forbindelse til oppdragsdokumentet for 2014 til de regionale helseforetakene hvor det framgår at DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet med ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling. Forslaget innebærer etter utvalgets oppfatning ingen ytterligere økonomisk-administrative konsekvenser.

I kapittel 9 har utvalget foreslått at legevakt-sentraler og AMK bør ha tilknyttet personell med akuttpsykiatrisk kompetanse som kan ha egne konsultasjoner med pasienter på telefon. Utvalget har samtidig foreslått at det etableres felles tjenester som flere legevaktssentraler og AMK-sentraler kan benytte seg av, slik at kostnadene deles på flere. Kostnadene vil avhenge av om et slikt tilbud etableres på døgnbasis eller i deler av døgnet, samt om tjenesten blir nasjonal, regional eller fylkesvis. Utvalget mener at det er behov for ytterligere utredning for å fastslå økonomisk-administrative konsekvenser av dette forslaget.

Utvalgets forslag om at helseforetakene må gi tilbud om akutt avrusning hele døgnet trenger også ytterligere utredning for å fastslå økonomisk-administrative konsekvenser.

15.6 Frivillig sektor

Frivillig sektor har bred oppslutning i befolkningen og bidrar med store verdier i samfunnet slik det er omtalt i kapittel 6. Senter for forskning på frivillighet og sivilsamfunn opplyser i en fersk rapport fra september 2015 at rene tilskudd fra det offentlige utgjør 23 pst. av inntektsgrunnlaget.

Når man legger dette til grunn og samtidig ser på omfanget av støtteordningen for frivillige i redningstjenesten, er det relativt små summer som skal til for å skape store ringvirkninger.

Utvalget har i kapittel 6.3.3 drøftet frivilliges rolle i pasientoppdrag utenfor vei og har anbefalt

at det opprettes en nasjonal tilskuddsordning for denne type helseberedskap etter de samme retningslinjer som for redningsoppdrag i regi av Hovedredningssentralene. Formålet for tilskuddet er å sikre planverk, samhandling, kurs, øvelser og stimulere materiellanskaffelser.

Hovedredningssentralene refunderer årlig redningsoppdrag på om lag 11 mill. kroner (2014) til de frivillige redningsorganisasjonene, noe som er rundt 50 pst. av den totale budsjettposten for refusjon av redningsoppdrag gjennom statsbudsjettet. Dette dekker alle redningsoppdrag i landet med samtlige frivillige ressurser. Utvalget er av den oppfatning at det er rimelig å anta at den totale summen helseforetakene må dekke for pasientoppdrag utenfor vei vil være lavere. Selv om det er flere oppdrag, løses oppdragene oftest med mindre enheter og har kortere varighet. Basert på erfaringer med tilsvarende ordning for redningstjenesten, anslår utvalget omfanget av en slik tilskuddsordning til å være 15 mill. kroner i året.

Utvalget har foreslått at det etableres en yrkesskadeforsikring når frivillige organisasjoner engasjeres i oppdrag fra AMK-sentralene. Utvalget har foreslått videre utredning av en utvidelse av Justis- og beredskapsdepartementets forsikringsordning til å gjelde pasientoppdrag utført av frivillige organisasjoner der helsetjenesten er rekvirent, eventuelt at det etableres en tilsvarende ordning.

15.7 Førstehjelp

Utvalget har fremmet forslag om en nasjonal førstehjelpsstrategi som bl.a. vil omfatte utarbeidelse av veiledere og endringer i skolens læreplaner. Det er ikke gjort beregninger av kostnader til dette, men utvalget mener at mye av dette arbeidet kan gjøres innenfor allerede vedtatte budsjett-trammer. Da det store prosjektet Førstehjelp i skolen ble gjennomført for alle sjuendeklassinger i årene 2006–2011 (se nærmere omtale i tekstboks 8.3.), var samlet kostnad 14 mill. kroner per år. Utstyret som ble brukt, er rimeligere i dag, og utvalget mener derfor at det ikke vil bli dyrere å gjennomføre liknende prosjekter.

15.8 Hjerneslag

Utvalget har i kapitlet om hjerneslag foreslått en økt innsats for å få til kunnskapsspredning om hjerneslag til hele befolkningen og anbefalt bruk av informasjonskampanjer. Det blir årlig utført

mange kampanjer med ulike siktemål både regionalt og nasjonalt innenfor de foreliggende budsjetter i regionale helseforetak og Helsedirektorat.

Nødvendige ressurser må settes av fra nasjonale helsemyndigheter og regionale helseforetak

til informasjonsarbeid, økt forskning og flere akademiske stillinger. Kostnader til dette er ikke anslått, men vil avhenge av omfang og varighet i de aktiviteter som settes i gang.

Bibliografi

- Aftenposten.no*. (2013). Hentet fra Mange trenings-sentre har hjertestarter:
http://www.aftenposten.no/100Sport/fotball/Mange-treningssentre-har-hjertestarter-206251_1.snd
- Aksnes, A., Mikaelson, P. M., Valdersnes, G., Zachariassen, S. M., & Øen, T. O. (2014). *Legevakt. Nasjonal uniformering. Rapport nr. 6-2014*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=AKUTTMEISINFORSKRIFTEN>
- Antonsen, Y., & Ellingsen, M. (2014). *Raskere og riktigere nødhjelp. Evaluering av samhandling i mellom politiets, brannvesenets og helsevesenets nødmeldingssentraler i casene SAMLOK, SPREDT og NÆR*. Rapport nr.:10/2014. Tromsø: Norut Tromsø.
- Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten*.
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (Arbeidsmiljøloven)*. Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arentz-Hansen, C., Gilbert, M., & Moen, K. (1997). *Gjør noe, da!* Sosial- og helsedepartementet.
- Austvoll-Dahlgren, A. (2013). *Tidsskr Nor Legeforen. Pasientmedvirkning – hvorfor?*, 133(16), ss. 1726–28. doi: 10.4045/tidsskr.13.0533
- Bakke, H. K., Hansen, I. S., Bendixen, A. B., Morild, I., Lilleng, P. K., & Wisborg, T. (2013). Fatal injury as a function of rurality – a tale of two Norwegian counties. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(14). doi:10.1186/1757-7241-21-14.
- Bakke, H., Steinvik, T., Eidissen, S., Gilbert, M., & Wisborg, T. (2015, Oct.). Bystander first aid in trauma – prevalence and quality: a prospective observational study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59, ss. 1187–1193. doi:10.1111/aas.12561. Epub 2015 Jun 19.
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager (barnehageloven) LOV-2005-06-17-64*. Kunnskapsdepartementet.
- Bellingan, G., Olivier, T., Batson, S., & Webb, A. (2000, Jun). Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*; 26(6), ss. 740–4.
- Berkheimer, O., Fransen, P., Beumner, D., van den Berg, L., Lingsma, H., Yoo, A.,... Vos, J. (2015). A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 372(1), ss. 11–20. doi:10.1056/NEJMoa1411587
- Bjørhovde, N. (2013). *Sluttrapport fra prosjekt Transport av psykisk syke i UNN 2011–2013*. UNN HF Allmennpsykiatrisk klinikk.
- Blinkenberg, J., Jensen, Å., & Press, K. (2008). *Lege/ambulanselarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons*. Et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Bergen.
- Blom, S. & Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. (Rapporter 2008/5). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bohn, A., Lukas, R., Breckwoldt, J., Böttiger, B., & Van Aken, H. (2015, Jun). Kids save lives: why schoolchildren should train in cardiopulmonary resuscitation. *Curr Opin Crit Care*(3), ss. 220–225. doi:10.1097/MCC.0000000000000204.
- Bollig, G., Myklebust, A., & Østringen, K. (2011). Effects of first aid training in the kindergarten – a pilot study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 19(13). doi:10.1186/1757-7241-19-13
- Bondevik, G., Hofoss, D., Holm Hansen, E., & Deilkås, E. (2014). Patient Safety Culture in Norwegian primary care – a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Jour-*

- nal of Primary Health Care*; 32(3), ss. 132–138. doi:10.3109/02813432.2014.962791
- Bovim, E., Bryde, N., Rustad, M., & Storrøsten, M. (2012). *Sluttevaluering av SAMLOK*. Bergen: KoKom.
- Bradley, S., Fahrenbruch, C., Meischke, H., Allen, J., Bloomingdale, M., & Rea, T. (2011). Bystander CPR in out-of-hospital cardiac arrest: the role of limited English proficiency. *Resuscitation*, 82(6), ss. 680–684. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.02.006
- Brandstorp, H. (2014). *Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Brattebø, G. (2014). *Erfaringer med psykiatriambulansse i Helse-Bergen*. Helsedirektoratet.
- Brennvall, H.-M., Hauken, H., Hunskår, S., Wisborg, T., & Zakariassen, E. (2015). Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akutsituasjoner. *Tidsskr Nor Legefor* 135, ss. 654–7. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2015/654-7.pdf>
- Danielsen, K., Holmboe, O., Hansen, S. L., Førland, O., & Bjertnæs, Ø. (2012). *Brukerfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Declaration of Alma Ata. (1978). *International Conference on primary health*.
- Deloitte. (2013). *Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp*. Helsedirektoratet Desember 2013. Deloitte.
- Deloitte. (2014). *Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014. Deloitte.
- Deloitte. (2015). *Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene – helseforetakenes erfaringer*. Deloitte.
- Department of Health. (2003). *Investing in general practice: the new GMS contract*. London: Department of Health.
- Diaz, E., Raza, A., Sandvik, H., & Hjørleifsson, S. (2014). Immigrant and native regular general practitioners in Norway. A comparative registry-based observational study. *The European journal of general practice*, 20(2), ss. 93–99.
- Difi. (2015). *Innbyggerundersøkelsen 2015: Hva mener brukerne? Difi-rapport 2015:6*. Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2013). *Veileder for sikkerhet ved store arrangementer*. Hentet fra <http://www.dsb.no/no/toppmeny/Publikasjoner/2013/Tema/>
- Veileder-for-sikkerhet-ved-store-arrangementer/
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2013a). *Brannstudien – Rapport fra en arbeidsgruppe som har vurdert brann- og redningsvesenets organisering og ressursbruk*.
- Dreyer, K., Jensen, Å., & Almenning, B. (2011). *Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
- Droogh, J., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*; 16:(1). doi:10.1186/cc11191
- Ebinger, M., Winter, B., & Wendt, M. e. (2014). Effect of the use of ambulance-based thrombolysis on time to thrombolysis in acute ischemic stroke. *JAMA*, 311(16), ss. 1622–1631. doi:10.1001/jama.2014.2850
- Eikeland, O., Raknes, G., & Hunskår, S. (2015). *Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2014. Rapport nr. 3–2015*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Eilertsen, R. (2013). *Lærdommer fra Skottlands solidariske helsevesen*. De Facto.
- Ellensen, E., Hunskaar, S., Wisborg, T., & Zakariassen, E. (2014). Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres – a cross sectional study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 22:2. doi:10.1186/1757-7241-22-2.
- Elliott, A., McAteer, A., Heaney, D., Ritchie, L., & Hannaford, P. (2015). Examining the role of Scotland's telephone advice service (NHS 24) for managing health in the community: analysis of routinely collected NHS 24 data. *BMJ Open*, 5:e007293. doi:10.1136/bmjopen-2014-007293
- Engzelius, J. (2012). *Rapport – Prosjekt legevaktbil Asker og Bærum 2009–2012*.
- Faaberg. (2012). *Ni av ti kan ikke førstehjelp på barn*. Hentet fra <http://news.codanforsikring.no/pressrelease/view/1171>.
- Faiz, K., & Sundseth, A. (2013). Hvor ble det av tiden? *Tidsskr Nor Legeforen*, 133(10), s. 1057. doi:10.4045/tidsskr.13.0391
- Faiz, K., Sundseth, A., & Thommesen, B. (2012). Prehospital delay in acute stroke and TIA. *Emerg Med J*, 30(8), ss. 669–74. doi:10.1136/emmermed-2012-201543.

- Fattore, G., Torbica, A., Susi, A., Giovanni, A., Benelli, G., Gozzo, M., & Toso, V. (2012). The social and economic burden of stroke survivors in Italy: A prospective, incidence-based, multi-center cost of illness study. *BMC Neurology*, 12(137). doi:10.1186/1471-2377-12-137
- Fjærtøft, H., & Indredavik, B. (2007). *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Kostnadsvurdering ved hjerneslag, 127(6), ss. 744–47.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Hentet fra Skader og ulykker i Norge – Folkehelse rapporten 2014: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110412>
- Folkehelseinstituttet. (2014a). *Dødsårsaksregisteret: Dødsårsaker for 2013*.
- Folkestad, E., Gilbert, M., & Steen-Hansen, J. (2004). Når det haster – prehospitalt respons-tider i Vestfold og Troms i 2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(3), ss. 324–8.
- Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus. (2005). *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.
- Forskrift om ambulansébåttjenesten. (2004). *Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-02-17-408>
- Forskrift om dekning av utgifter hos lege. (2015). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-06-26-796>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om industrivern. (2011). *Forskrift om industrivern FOR-2011-12-20-1434*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-20-1434>
- Forskrift om organisering av brannvesen. (2002). *Forskrift om organisering og dimensjonering av brannvesen*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-06-26-729>
- Forskrift om rammeplan for barnehagen. (2006). *Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-03-01-266>
- Forskrift til opplæringslova. (2006). *Forskrift til opplæringslova – FOR-2006-06-23-724*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724>
- Forsvaret. (2015). *Tall og statistikk*.
- Forsøksrådet for skoleverket. (1960). *Læreplan for forsøk med 9-årig skole*. Aschehoug forlag.
- Frøyshov, H. (2014). Hjerneslag – spennende utfordringer – vårt ansvar. *Indremedisineren*.
- Fuglseth, N. (2013). *Kan en predikere omgjøring fra tvungen til frivillig status ved akuttpsykiatriske innleggelseser?* Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Ganesalingam, J., Pizzo, E., Morris, S., Sunderland, T., Ames, D., & Lobotesis, K. (2015). Cost-utility analysis of mechanical thrombectomy using stent retrievers in acute ischemic stroke. *Stroke*, 46(9), ss. 2591–2598. doi:10.1161/STROKEAHA.115.009396
- Gerwing, & Indseth. (2010). *Kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødsamtaler. Anbefalinger til AMK-operatører og ledelse*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Godager, G., & Iversen, T. (2015). *Fastlønn ved legevaktarbeid. Notat på oppdrag fra Akuttutvalget*. Oslo: Helseøkonomisk analyse AS.
- Grimsmo, A., & Løhre, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43, ss. 14–7.
- Grimsmo, A., & Magnussen, J. (2015). *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*. Trondheim: NTNU Institutt for samfunnsmedisin.
- Grotta, J., & Hacke, W. (2015). Stroke neurologists perspective on the new endovascular trials. *Stroke*, 46(6), ss. 1447–52. doi:10.1161/STROKEAHA.115.008384.
- Grytås, L. (2014). *Faktorar som predikerer innlegging til tvunge psykisk helsevern frå legevakt*. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Gråwe, R., Ruud, T., & Bjørngaard, J. (2005). *Tidsskr Nor Legeforen*. Alternative akuttilbud i psykisk helsevern for voksne, 125(23), ss. 3265–8.
- Hagen, T. P. (2009). *Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene*. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram HERO-rapport 2009:6.
- Hallgren, I., & Mikaelsen, P. (2009). *Legebemannet utrykningsbil i legevakt. Rapport nr. 6–2009*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse.
- Halvorsen, K., Nilsen, J. E., & Olsen, J. Å. (2014). *Triage i den akuttmedisinske kjeden*. Rapport nr 2-2014. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.
- Hansen, E., & Hunskaar, S. (2007). Forskjeller i henvendelse til legevakten. *Tidsskr Nor Legefor*, 127(10), ss. 1344–6. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2007/1344-6.pdf>

- Hansen, E., & Hunskår, S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: A survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19:48. doi:10.1186/1757-7241-19-48
- Hasselberg, N. (2013). *The crisis resolution team model in Norway: Implementation, outcome of crisis and admission*. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo – doktoravhandling.
- Hasselberg, N., Grawe, R., & Johnson, S. (2011). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*, 183(11). doi:10.1186/1471-244X-11-183
- Hasselberg, N., Gråwe, R., & Johnson, S. e. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway. *BMC Health Serv Res*, 96(11). doi:10.1186/1472-6963-11-96
- Haug, B., Åvall, A., & Monsen, S.-A. (2009). Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(11), ss. 1089–93. doi:10.4045/tidsskr.08.0306
- Haugum, M; Bjertnæs, Ø; Lindahl, AK. (2013). *Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2013: en undersøkelse med basis i GallupPanellet*. Notat fra Kunnskapscenteret, Oslo.
- Health and Social Care Act. (2012). Hentet fra www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted/data.htm (14.01.2013)
- Heiberg, I. (2012). Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finmark. SKDE-rapport 2/2012. Tromsø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- Helse Nord RHF. (2013). *Utredning om fremtidig AMK-struktur i Helse Nord*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Rapport fra arbeidsgruppe om frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Nasjonal helseberedskapsplan. Versjon 2.0 fastsatt 2. juni 2014*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014a). *Høringsnotat. Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Sør-Øst. (2015). *Prehospital lege- og spesialressurser i Helse Sør-Øst*.
- Helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehustjenester i ryggen*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Vurdering av behandlingstilværet i psykisk helsevernloven; IS-1370*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*.
- Helsedirektoratet. (2010a). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. IS-1877. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. 2 utgave*.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Helseinnsatsen etter terrorhendelsen 22. juli. Læring for bedre beredskap*. IS-1984. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. IS-2029. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012c). *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Oppgaver og samarbeid*. Helsedirektoratet; rundskriv IS-5/2012.
- Helsedirektoratet. (2014). *Mot 2030 – en trendanalyse av utviklingstrekk som påvirker medisinsk nødmeldetjeneste*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Årsrapport for 2013 Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). *Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene IS-2248*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014c). *Kompetansebehov i ambulansesfag. Rapport fra arbeidsgruppe*. IS-0425. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014d). *Distriktpsikiatriske tjenester 2013: Driftsindikatorer for DPS*. Helsedirektoratet; IS-2235.
- Helsedirektoratet. (2014e). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Helsedirektoratet; IS-2156.
- Helsedirektoratet. (2014f). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*. Helsedirektoratet; IS-2243.

- Helsedirektoratet. (2015). *AMK-sentraler – drøftingsnotat til Akuttutvalget*.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Drøftingsnotat om fremtidens legevaktssentraler. Oppdrag fra Akuttutvalget*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015c). *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015d). *Kveldsåpne fastlegekontor. Notat fra Helsedirektoratet, sendt Helse- og omsorgsdepartementet 9.1.2015*.
- Helsedirektoratet og Deltasenteret. (2008). *Nødnummer – tilgang for funksjonshemmede*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynet. (2012). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag*. Helsetilsynet – rapport 3/2012.
- Helsetilsynet, Fylkesmannen i Oppland. (2009). *Rapport fra tilsyn med legevakttenesta og deltaking i interkommunal legevakt – Sel kommune (2009)*.
- Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. (2015a). *Rapport fra tilsyn med legevaktjenesten ved legevakten i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sor-Trondelag/2015/Klabu-Malvik-Melhus-Midtre-Gauldal-og-Trondheim-kommuner-legevaktjenesten-2015/>
- Helsetilsynet, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. (2015b). *Rapport fra tilsyn med legevaktjenesten ved Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen 2015*.
- Helsetilsynet, Fylkesmannen i Vest-Agder. (2015). *Rapport fra tilsyn med Kristiansand legevakt*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Vest-Agder/2015/Legevaktjenesten-Kristiansand-legevakt-2015/>
- Hem, K.-G. (2004). *Økonomiske konsekvenser av interkommunalt legevaktssamarbeid*. Trondheim: SINTEF Helse, rapport nr. STF78 A044505.
- Hermstad-Pedersen, I. (2009). *Bruk av båt til helseoppdrag i Norge – en undersøkelse med vekt på legevakt*. Rapport nr. 7–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse.
- Heyerdahl, F., Hovda, K., & Bjørnås, M. (2008). Pre-hospital treatment of acute poisonings in Oslo. *BMC Emerg Med*, 15(8). doi:10.1186/1471-227X-8-15
- Hilpüsch, F., Parschat, P., Fenes, S., Aaraas, I. J., & Gilbert, M. (2011). Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. *Tidsskrift Nor Legefor*, 131(1), ss. 28–31. doi:10.4045/tidsskr.10.0319
- Hjortdahl, M., Zakariassen, E., & Wisborg, T. (2014). The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(47). doi:10.1186/s13049-014-0047-1
- Hobbs, F. (1994). General practitioners' changes to practice due to aggression at work. *Fam Pract*, 11, ss. 75–79.
- Hole, T., Barstad, J., Teigen, S., & Kvangarsnes, M. (2015). Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre. *Tidsskr Nor Legefor*, 135(17), ss. 1553–57. doi:10.4045/tidsskr.14.1619
- Holmgren, H. (2015). *Hvilke utfordringer opplever AMK-sykepleier i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113?* UiT, institutt for helse- og omsorgsfag.
- Holm-Hansen, E. (2011). *Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counselling*. Universitetet i Bergen.
- Holmøy, A. (2006). *Interkommunalt legevaktssamarbeid med legevaktssentral (IKL). SSB-notat 2006/75*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Hov, M., Nome, T., Zakariassen, E., Russell, D., Røislien, J., Lossius, H., & Lund, C. (2015). Assessment of acute stroke cerebral CT examinations by anaesthesiologists. *Acta Anaesth Scand*, 59(9), ss. 1179–1186. doi:10.1111/aas.12542
- Hunskår, S., & Sandvik, H. (2015). *Årsstatistikk for legevakt 2014*. Rapport nr. 2–2015: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.
- Hunskår, S., Blinkenberg, J., Bondevik, G., Ellensen, E., Furu, S., Johansen, I.,... Rebnord, I. (2014). *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget*. Rapport nr. 7–2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Hunter, R., Davie, C., Rudd, A., Thompson, A., Walker, N., & Mountford, J. (2013). Impact on clinical and cost outcome of a centralized approach to acute stroke care in London *PloS One* 2013:8:e70420. doi:10.1371/journal.pone.

- Huseby, B. M., Kalseth, B., Ødegaard, H., Gjøn-Øien, I.-J., Mehus, K. H., Rønningen, L.,... Salt-nes, T. (2015). *SAMDATA Spesialisthelsetje- nesten 2014*. Helsedirektoratet IS-2348.
- Huseby, B., Kalseth, B., Gjøn-Øyen, I. J., Mehus, K. H., Rønningen, R., Pedersen, M.,... Saltnes, T. (2014). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013*. IS-2194. Oslo: Helsedirektoratet.
- Häusler, J.-M., Zimmermann, H., Tobler, B., Arnet, B., & Hüsler, J. (2001). *Die volks- wirtschaftlichen Kosten von Polytrauma*. Luzern/Bern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- IHME. (2013). *Global Burden of Disease (GBD) Study*. The Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Indredavik, B., Ellekjær, H., & Selmer, R. (2008). Stroke in Norway. *International Journal of Stroke*, 3(3), ss. 205–206. doi:10.1111/j.1747-4949.2008.00201.x
- (2015). *Innst. 333 S (2014–2015)*. Oslo: Kommunal- og forvaltningskomiteen.
- Innst. S nr. 300 (2000–2001). (2001). *Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. St.meld. nr. 43 (1999–2000)*. Oslo: Sosialkomiteen.
- Innst. S. nr. 68 (2006–2007). (2007). *Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten*.
- Interdepartemental arbeidsgruppe. (2009). 112. *Forslag til framtidig organisering av nødmed- detjenesten. Rapport fra en interdepartemental arbeidsgruppe*.
- Internkontrollforskrift i helsetjenesten. (2002). *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgs- tjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731?q=internkontrollforskriften+i+helsetjenesten>
- Introduksjonsloven. (2004). *Lov om introduksjons- ordning og norskopplæring for nyankomne inn- vandrerne (introduksjonsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-07-04-80>
- Joa, T., & Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scand J Prim Health care*, 30(1), ss. 55–60. doi:10.3109/02813432.2012.651570
- Johansen, I. H., Morken, T., & Hunskaar, S. (2012). How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness. *Int J Ment Health Syst*, 6(3). doi:10.1186/1752-4458-6-3
- Johansen, I. H., Morken, T., & Hunskaar, T. (2009). Contacts related to psychiatry and sub- stance abuse in Norwegian casualty clinics. *Scand J Prim Health Care*, 27(3), ss. 180–185. doi:10.1080/02813430903075473.
- Johansen, I., & Eikeland, O. (2013). *Evaluering av prosjektet «Ambulant akutfunksjon i Nordhord- land»*. Nasjonalt kompetansesenter for lege- vaksmedisin.
- Johansen, I., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2015). *Legevakthåndboken*. (nettversjon 2015). Gyldendal Akademisk 2012. Hentet fra www.lvh.no
- Johansen, I., Carlsen, B., & Hunskaar, S. (2011). Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GP's experiences in Norwegian casualty cli- nics. *BMC Health Serv Res*, 11(132). doi:10.1186/1472-6963-11-132
- Johansen, I., Mellesdal, L., & Jørgensen, H. (2012). Admissions to a Norwegian emer- gency psychiatric ward; patient characteristics and referring agents. *Nordic J Psychiatry*, 66(1), ss. 40–48. doi:10.3109/08039488.2011.598554.
- Johansen, I., Morken, T., & Hunskaar, S. (2010). Contacts related to mental illness and sub- stance abuse in primary health care. *Scand J Prim Health Care*, 28(3), ss. 160–165. doi:10.3109/02813432.2010.493310
- Johansen, K., Rømo, F., & Hope, O. (2005). *Økono- miske konsekvenser av nye krav til responstider i ambulansetjenesten*. STF78 A025004. Trond- heim: Sintef.
- Johnson, S., Needle, J., Bindman, J., & Throni- croft, G. (2008). *Crisis resolution and home tre- atment in mental health*. Cambridge University Press.
- Jovin, T., Chamorro, A., Cobo, E., de Miguel, M., Molina, C., Rovira, A.,... Davalos, a. (2015). Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *New Engl Journ Med*, 372, ss. 2296–2306. doi:10.1056/NEJ- Moa1503780
- Kaasa, H., & Repål, A. (2010). *Politi og psykiatri. En deskriptiv studie*. Psykiatrien i Vestfold HF og Helse Sør-Øst.
- Karlsson, B., Borg, M., & Sjølie, H. (2011). Ambu- lante akutteam ved distriktpspsykiatriske sen- tre. *Sykepleien Forskning*.
- Kaste, M. (2012). Behandling av hjerneslag i Fin- land. *Tidsskr Nor Legefor*, 132(2), s. 137. doi:10.4045/tidsskr.11.1364
- Kaste, M., Palomäki, H., & Sarna, S. (1995). Where and how should elderly stroke patients

- be treated? *Stroke*, 26, ss. 249–53. doi:10.1161/01.STR.26.2.249
- Kilander, Ø., Lunde, E., Stock, B., & Forwald, A. (2015). *ALNSF prosjektrapport. Bruk av anestesisykepleiere i den prehospitalt arbeid. En hemmelig tjeneste?*
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. (1993). *Generell del av læreplanen*.
- Kleindorfer, D., Miller, R., & Moomaw, C. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? *Stroke*, 38(10), ss. 2864–8.
- Kolbjørnsrud, O., Larsen, F., & Elbert, G. (2009). Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser i sykehus? *Tidsskr Nor Legefor*, 129, ss. 1991–4. doi:10.4045/tidsskr.09.32187
- Kollegiet for brannfaglig terminologi. (2014). *KBT: Faguttrykk på nett*. Hentet fra <http://www.kbt.no/index.asp>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Rapport. Regionale utviklingstrekk 2014*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Kristiansen, T., Lossius, H., Rehn, M., Kristensen, P., Gravseth, H., Røislien, J., & Søreide, K. (2014, Jan). Epidemiology of trauma: a population-based study of geographical risk factors for injury deaths in the working-age population of Norway. *Injury*;45(1), ss. 23–30. doi:10.1016/j.injury.2013.07.007
- Kristiansen, T., Rehn, M., Gravseth, H., Lossius, H., & Kristensen, P. (2012, November). Paediatric trauma mortality in Norway: a population-based study of injury characteristics and urban-rural differences. *Injury*;43(11), ss. 1865–72. doi:10.1016/j.injury.2011.08.011
- Krokstad, S. (2013). Fallgruver for helsetjenester. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133(15), ss. 1608–10. doi:10.4045/tidsskr.13.0616
- Krüger, A., Skogvoll, E., Castren, M., Kurolo, J., & Lossius, H. (2010). Scandinavian pre-hospital physician-manned emergency medical services – same concept across borders? *Resuscitation*, 81(4), ss. 427–433. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.12.019
- KS og TNS Gallup. (2015). *Legetjeneste i kommunene 2015: Tabellrapport*. KS.
- Kunnskapsdepartementet. (2006a). *Kunnskapsløftet – Læreplan for grunnskolen og videregående opplæring*. Kunnskapsdepartementet.
- Kunnskapssenteret. (2012). *Brukererfaringer med norske legevakter. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater PasOpp-rapport nr 1–2012*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kunnskapssenteret. (2013). *Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: Norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010*. Kunnskapssenteret.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kunnskapssenteret. (2015, september 29). www.kunnskapssenteret.no. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/uonskede-hendelser-ogsai-primaerhelsetjenesten>
- Lagerstrøm, B., Moafi, H., & Revold, M. K. (2014). *Kompetanseprofil i grunnskolen: Hovedresultater 2013/2014*. Statistisk Sentralbyrå.
- Legeforeningen. (2005). *Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin*.
- Legeforeningen. (2015). *En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt*. Oslo. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf>
- Leppert, M., Campbell, J., Simpson, J., & Burke, J. (2015). Cost effectiveness of intra-arterial treatment as an adjunct to intravenous tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke. *Stroke*, 46(7), ss. 1870–1876. doi:10.1161/STROKEAHA.115.009779
- Levanger kommune. (2014). *Økonomiplan 2015–2018. Budsjett 2015. Rådmannens forslag*. Levanger kommune.
- Lidal, I. B., Holte, H. H., & Gundersen, M. W. (2011). *Triagesystemer for akuttmedisinske tjenester prehospitalt og ved innleggelse i sykehus*. Rapport nr 22–2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lien Nilsen, J., Bø, I., Rasmussen, J., Haanaes, E., & Gilbert, M. (2011). Doubled Survival from Out-of-hospital Cardiac Arrest in a Rural Community in North-Norway following implementation of an aggressive Chest Pain Protocol with early Prehospital Thrombolysis for STEMI. *Circulation* 124: A17087.
- Lillebo, B., Dyrstad, B., & Grimsmo, A. (2012). Avoidable emergency admissions? *Emergency Medicine Journal*, 30(9), ss. 707–711. doi:10.1136/emered-2012-201630
- Lindner, T., Søreide, E., Nilsen, O., Mathisen, W., & Lossius, H. (2011). Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable – An

- Utstein template report from the Stavanger region. *Resuscitation*; 82(12), 1508–1513. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.06.016
- Lindner, T., Vossius, C., Mathiesen, W., & Søreide, E. (2014). Life years saved, standardised mortality rates and causes of death after hospital discharge in out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 85(5), ss. 671–675. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.01.002
- Lores, T., Palm, A., & Wik, L. (2008). Impact of a self-instruction CPR kit on 7th graders' and adults' skills and CPR performance. *Resuscitation*, 79, ss. 103–108. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.04.030.
- Lores, T., Steen, P., & Wik, L. (2010). High school students as ambassadors of CPR – a model for reaching the most appropriate target population? *Resuscitation*, 81, ss. 78–81. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.09.030.
- Lossius, H., & Lund, C. (2012). Prehospital hjerne-slagbehandling – tid er hjerne. *Tidsskr Nor Legeforen*, 132(16), ss. 1848–49. doi:10.4045/tidsskr.12.0832
- Lossius, M., Søreide, E., Hotvedt, R., Hapnes, S., Eielsen, O., Førde, O., & Steen, P. (2002). Prehospital advanced life support provided by specially trained physicians: is there a benefit in terms of life years gained? *Acta Anaesthesiol Scand.*; 46(7), ss. 771–778.
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjeneste. KS Fou-rapport 2–2014*. Rokkansenteret, Uni Research.
- Luftambulansetjenesten ANS. (2013, januar 17). Styresak 46–2012. Flight following.
- Luftambulansetjenesten ANS. (2015). *Årsrapport 2014*.
- Løvlien, M., Schei, B., & Hole, T. (2007). Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among norwegian women and men first time acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 6(4), ss. 308–313.
- Mageli, E. (2014). *Med rett til å hjelpe. Historien om Røde Kors*. Pax forlag as.
- Magin, P., Adams, J., & Ireland, M. (2005). After hours care – a qualitative study of GP's perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician*, 34(1/2), ss. 91–92.
- Magin, P., Adams, J., & Sibbritt, D. (2008). Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care. *J Eval Clin Pract*, 14(2), ss. 336–42. doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00864.x.
- McMullan, M. (2006, Oct.). Patients using the internet to obtain health information: how this effects the patient-health professional relationship. *Patients Educ Couns*, 63, ss. 24–28.
- Meischke, H., Calhoun, R. E., Yip, M. P., Tu, S. P., & Painter, I. S. (2013). The effect of language barriers on dispatching EMS response. *Prehospital Emergency Care*, 17(4), ss. 475–480. doi:10.3109/10903127.2013.811565
- Meischke, H., Chavez, D., Bradley, S., Rea, T., & Eisenberg, M. (2010). Emergency communications with limited-English-proficiency populations. *Prehospital Emergency Care*; 14(2), ss. 265–271. doi:10.3109/10903120903524948.
- Meld. St. 1 (2015–2016). (2015). *Nasjonalbudsjettet 2016*. Oslo: Finansdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2014–2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 12 (2012–2013). (2013). *Perspektivmeldingen*. Oslo: Finansdepartementet.
- Meld. St. 16 (2010–2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014–2015). (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012–2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013). (2012). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., & Wentzel-Larsen, T. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psych Serv*, 61(1), ss. 25–31. doi:10.1176/appi.ps.61.1.25.
- Momyr, M., & Kindt, P. (2011). *Akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus. Hovedoppgave i medisin*. Trondheim: NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk.
- Morken, T., Midtbø, V., & Zachariassen, S. (2014). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014 Rapport nr. 4–2014*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

- Morken, T., & Johansen, I. (2013). Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres – a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*, 13(384). doi:10.1186/1472-6963-13-384.
- Morken, T., & Zachariassen, S. (2012). *Legevaktorganiseringen i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2012*. Rapport nr 6–2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research.
- Morken, T., Midtbø, V., & Zachariassen, S. (2014). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014.
- Morris, S., Hunter, M., Ramsay, A., Boaden, R., McKeritt, C., Perry, C., ...Fulop, N. (2014). Impact of centralising acute stroke services in English metropolitan areas on mortality and length of hospital stay *BMJ* 2014; 349: g4757 doi:10.1136/bmj.g4757
- Mustanoja, S., Meretoja, A., & Putaala, J. (2011). Outcome by stroke etiology in patients receiving thrombolytic treatment. *Stroke*, 42, ss. 102–6. doi:10.1161/STROKEAHA.110.597534
- Muusmann & Agenda. (2008). *Kartlegging av de distrikspsykiatriske sentrene i Norge i 2008*. Muusmann & Agenda.
- Måseide, P. (1991). *Normale og gale. Sosial organisering av tenking og avgjerdstaking i psykiatrien*. Ad Notam Gyldendal.
- Naess, A., & Steen, P. (2004). Long term survival costs per life year gains after out-of hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 60(1), 57–64.
- Nakstad, A., Bjelland, B., & Sandberg, M. (2009). Medical emergency motorcycle – is it useful in a Scandinavian Emergency Medical Service. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17:9. doi:10.1186/1757-7241-17-9
- Nakstad, A., Heimdal, H., Strand, T., & Sandberg, M. (2011). Incidence of desaturation during prehospital rapid sequence intubation in a physician-based helicopter emergency service. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*. 29(6), ss. 639–644. doi:10.1016/j.ajem.2010.01.013
- Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse. (2015). *Ekspertnotat om innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester*.
- Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi. (2015). *Nasjonalt traumeplan. Traumesystem i Norge 2015. Rapport fra faggruppe*. Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi.
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). *... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt*. Rapport nr. 1–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse.
- Nasjonalt nødmeldingsprosjekt. (2014). *Sluttrapport. Anbefalinger – en forbedret norsk nødmeldetjeneste*.
- Neset, A., Birkenes, T., Furunes, T., Myklebust, H., Mykletun, R., Odegaard, S.,... Kramer-Johansen, J. (2011). A randomized trial on elderly laypersons' CPR performance in a realistic cardiac arrest simulation. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(1), ss. 124–131. doi:10.1111/j.1399-6576.2011.02566.x.
- Neset, A., Birkenes, T., Mykletun, R., Odegaard, S., & Kramer-Johansen, J. (2010). A randomized trial of the capability of elderly lay persons to perform chest compressions only CPR versus standard 30:2 CPR. *Resuscitation*, 81(7), ss. 887–892. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.03.028.
- Nielsen, M. (2012). <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/hjelpekorps/aktuelt-fra-hjelpekorpsset/nyhetsarkiv-hjelpekorps/2012/september/manglende-foerstedhjelpskunnskaper-hos-den-norske-befolkningen/>.
- Nilsen, J., Styrkson, K., Tjelmeland, B., Halvorsen, K., Kramer-Johansen, J., & Olasveengen, T. (2015). *Kvalitetsindikatorer i den akuttmedisinske kjeden*. Rapport nr. 1–2015. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.
- Nilsen, J., Wik, L., Kramer-Johansen, J., Styrkson, K., Tjelmeland, I., Seland, N.,... Olsen, J. (2014). *Fremtidens prehospitaler tjenester*. Rapport nr. 3-2014. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.
- Norden.no. (2015a). *Sykebehandling i Sverige*. Hentet fra <http://www.norden.org/no/norden-for-deg/bo-og-oppholde-seg-inorden/bo-og-oppholde-seg-i-sverige/sykebehandling-i-sverige>
- Norden.no. (2015b). *Helsevesen og sykeforsikring i Danmark*. Hentet fra <http://www.norden.org/no/norden-for-deg/bo-og-oppholde-seg-i-norden/bo-og-oppholde-seg-i-danmark/helsevesen-og-sykeforsikring-i-danmark>
- Norsk Førstehjelpråd. (2015). <https://www.norsk-forstehjelprad.no/cms/17:Om-radet>. Hentet fra Om rådet.
- Norsk hjerneslagregister. (2014). www.norskhjerneslagregister.no.
- Norsk hjerneslagregister. (2015). *Årsrapport 2014 Plan for forbedringstiltak*.

- Norsk Resuscitasjonsråd. (2015). *Norsk resuscitasjonsråd. Om NRR*. Hentet fra <http://nrr.org/index.php/om-nrr> – sist lest: 16.08.15
- Nossen, J. (2007). *Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006*. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- NOU 1998: 9. (1998). *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1998: 8. (1998). *Luftambulansetjenesten i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2012: 4. (2012). *Trygg hjemme — Brannsikkerhet for utsatte grupper*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2013: 9. (2013). *Ett politi – rustet til å møte framtidens utfordringer. Politianalysen*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsestjenesten*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2014: 8. (2014). *Tolkning i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2015: 8. (2015). *Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- NRK. (2014; <http://www.nrk.no/norge/politiets-ressurser-pa-psykiatri-1.11524132>). Politiet rykker ut 20 000 ganger årlig på psykiatrisaker – krever avklaring.
- NSO. (2014). *Årsrapport 2013*. Næringslivets Sikkerhetsorganisasjon.
- OECD. (2013). *HCQI cancer care*. Hentet fra www.oecd.org/health/health-systems/hcqicancer-care.htm (30.05.2013)
- OECD. (2013a). *Health at a glance*.
- Ong, B., Feng, S., Calhoun, R., Meischke, H., & Tu, S. (2011). Barriers and facilitators to using 9-1-1 and Emergency Medical Services in a limited English proficiency Chinese community. *Journal of Immigrant Minority Health*, 14(2), ss. 307–13.
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Organisasjonen mot offentlig diskriminering. (2014). *20 år med blikk på likeverdige offentlige tjenester*. Oslo: Organisasjonen mot offentlig diskriminering.
- Oslo kommune, Helseetaten (2015). *Årsberetning 2014* Oslo: Oslo kommune
- Ot.prp. nr. 26 (1988–89). (1988). *Lov om endringer i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. og i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten ikommunene. (Om telekommunikasjoner i helsetjenesten, herunder medisinsk nødmeldetjeneste)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Pedersen, K. (2008). Pårørendes opplevelse av politiassosiert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. *Sykepleien Forskning*.
- Pendlebury, S., Rothwell, P., Algra, A., Ariesen, M.-J., Bakac, G., Czlonkowska, A.,... Thomassen, L. (2004). Underfunding of stroke research: A Europe-wide problem. *Stroke*, 35, ss. 2368–2371. doi:10.1161/01.STR.0000140632.83868.a2
- Persson, J., Ferraz-Nunes, J., & Karlberg, I. (2012). Economic burden of stroke in a large county in Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(341). doi:10.1186/1472-6963-12-341
- Politidirektoratet. (2015). *Politiets responstid. Resultater første halvår 2014 og fastsatte krav for 2015*. Oslo: Politidirektoratet.
- Politi-loven. (1995). *Politi-loven*. Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-08-04-53>
- Prioriteringsforskriften. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Prop. 61 LS (2014–2015). (2015). *Endringer i politi-loven mv. (trygghet i hverdagen – nærpolitireformen)*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011). (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Raknes, G., Morken, T., & Hunskaar, S. (2014). Reiseavstand og bruk av legevakt. *Tidsskr Nor Legefor*, 134(22), ss. 2151–55.
- Raknes, G. (2015). *Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt. Doktoravhandling*. Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Raknes, G., & Hunskaar, S. (2013). Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. *Utposten nr. 6–2013*, ss. 6–9.
- Raknes, G., Morken, T., & Hunskaar, S. (2014). Reisetid og avstand til norske legevakter. *Tidsskr Nor Legeforen*, 134(22), ss. 2145–50.

- Rambøll. (2015). *Rambøll «Øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid» – september 2015*. Rambøll Norge AS.
- Randsborg, P. (2013). Omfattende helsereform i Storbritannia. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133(4), ss. 388–89. doi:10.4045/tidsskr.12.1509
- Regionernes lønnings- og takstnævn og Praktiserende lægers organisation. (2014). *Overenskomst om almen praksis*.
- Riksrevisionen Sverige. (2012). *Statens insatser inom ambulansverksamheten RiR 2012:20*. Hentet fra <http://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2012/statens-insatser-inom-ambulansverksamheten>
- Riksrevisjonen. (2006). *Dokument nr. 3:9 (2005–2006)*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Ringelstein, E., Chamorro, Kaste, M., Langhorne, P., Leys, D., Lyrer, P.,... Thomassen, L. (2013). European stroke organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*, 44, ss. 828–840. doi:0.1161/STROKEAHA.112.670430
- Ruud, T. (2010). Plan for utarbeiding av veileder for akuttpsykiatri. *Powerpointpresentasjon for Akuttnettverket i psykiatri 18. okt. 2010*.
- Ruud, T., Gråwe, R., & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie*. SINTEF.
- Røde Kors. (2014). *Felles beredskap – felles ansvar*.
- Rørtveit, S. (2012). *Rapport til Akuttmedisinsk avdeling, Helse Bergen*.
- Rørtveit, S., & Hunskår, S. (2009). Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. *Tidsskr Nor Legefor*, 129(8), ss. 738–42. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2009/738-42.pdf>
- Rørtveit, S., Meland, E., & Hunskaar, S. (2013). Changes of triage by GPs during the course of prehospital emergency situations in a Norwegian rural community. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 21(89). doi:10.1186/1757-7241-21-89
- Saastad, E., & Flesland, Ø. (2015). *Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Salvesen, R., & Eldøen, G. (2013). Behandling av hjerneinfarkt ved slagenheten i Bodø 2011–12. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133(17), ss. 1824–26. doi:10.4045/tidsskr.12.1494
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012). Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC health services research*, 12(1), s. 308. doi:10.1186/1472-6963-12-308
- Sandvik, H., Hunskår, S., & Diaz, E. (2012). Fastlegepasienters bruk av legevakt. *Tidsskr Nor Legefor*, 132(20), ss. 2272–6. doi:10.4045/tidsskr.12.0090
- Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge – folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, A., Schurer, S., Jensen, P., & Sivey, P. (2009). The effects of an incentive program on quality of care in diabetes management. *Health Economics*, 18(9), ss. 1091–1108. doi:10.1002/hec.1536.
- Scottish Ambulance Service. (2015). *Towards 2020: Taking Care to the Patient*.
- Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. (2015). *Mot en felles definisjon av frivillig sektor*.
- Sentio Research Norge. (2013). *Trygge kommuner 2013*. Sentio research Norge.
- Shekelle, P., Pronovost, P., Wachter, R., McDonald, K., Schoelles, K., Dy, S., & Shojania, K. (2013). The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med*, 158(5), ss. 365–368.
- Simpson, K., Simpson, A., Mauldin, P., Hill, M., Yeatts, S., Spilker, J.,... Broderick, J. (2014). Drivers of costs associated with reperfusion therapy in acute stroke: The IMS II Trial. *Stroke*, 45(6), ss. 1791–98. doi:10.1161/STROKEAHA.113.003874
- Sjetne, I., & Holmboe, O. (2014). *Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Slot, K., Myrrey, V., Boyseng, G., & Berge, E. (2009). Thrombolytic treatment for stroke in the Scandinavian countries. *Acta Neurol Scand*, 120(4), ss. 270–276. doi:10.1111/j.1600-0404.2009.01162.x.
- Sollid, S., Lossius, M., & Søreide, E. (2010). Prehospital intubation by anaesthesiologists in patients with severe trauma: an audit of a Norwegian helicopter emergency medical service. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*.18: 30. doi:10.1186/1757-7241-18-30.
- Sollid, S., Rimstad, R., Rehn, M., Nakstad, A., Tomlinson, A., Strand, T.,... Sandberg, M. (2012). Oslo government district bombing and Utoya island shooting July 22, 2011: the immediate prehospital emergency medical service response. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20:3. doi:10.1186/1757-7241-20-3

- Sosial – og Helsedirektoratet. (2006). «*Du er kommet til rett sted*» – Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre.
- Sosial – og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Sosial – og helsedirektoratet; IS-1511.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Spørsmål nr 678 til skriftlig besvarelse. (2015, mars 3). Spørsmål nr 678 til skriftlig besvarelse – spørsmål om samlokalisering av AMK-sentralene. Svar fra helse- og omsorgsminister Bent Høie til stortingsrepresentant Liv Signe Navarsete.
- St.meld. nr. 12 (2008–2009). (2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 17 (2001–2002). (2002). *Samfunnssikkerhet – veien til et mindre sårbart samfunn*. Justis- og politidepartementet.
- St.meld. nr. 25 (1996–97). (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 26 (1999–2000). (1999). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 39 (2006–2007). (2007). *Frivillighet for alle*. Kulturdepartementet.
- St.meld. nr. 43 (1999–2000). (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2006–2007). (2006). *Nasjonal helseplan (2007–2010)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997–98). (1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse; 1999–2006*. Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2002). *www.ssb.no*. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/var dok/141/nb>
- Statistisk sentralbyrå. (2013). *Dødsårsaker 2012*. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/dodsarsak>.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*. SSB-rapport 2014/14. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2014a). *Satelittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner*.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015a). *Nøkkeltall for utdanning*. Hentet fra www.ssb.no/utdanning/nokkeltall/utdanning
- Statistisk sentralbyrå. (2015b). *Veitrafikkulykker med personskaade 2014*.
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.a). *www.ssb.no*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Spesialist15&KortNavnWeb=speshelse&PLanguage=0&checked=true>
- Statistisk Sentralbyrå. (u.d.). *www.ssb.no*. Hentet fra Spesialisthelsetjenesten: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=SpesHelseAmb&KortNavnWeb=speshelse&PLanguage=0&checked=true>
- Stiftelsen Norsk luftambulans. (2014). *Et policy-dokument. Kapasitet og basestruktur*.
- Strømme, H., Jeppesen, E., & Reinart, L. (2015). *Førstehjelpsopplæring til legfolk kan muligens ha effekt på ferdigheter og hjelpeadferd*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – rapport under utgivelse.
- Sundhedsministeriet. (2011). *Bekendtgjørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale*. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=139180>
- Svenska hjärt-lungräddningsregistret. (2015). *Årsrapport 2014*.
- Svenska Rådet för Hjärt-lungräddning. (u.d.). Hentet fra <http://www.hlr.nu/hjart-lungraddningsregistret/>
- Sveriges kommuner og landsting. (2012). *Vård på vingar*.
- Swanson, J., Alexandersen, N., & Hagen, T. (2015). *Dødelighet og avstander til akuttmedisinske tjenester – en eksplorerende analyse*. Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi.
- Swanson, J., Alexandersen, N., & Hagen, T. (2015a). *Kommunale akutte døgnenheter, legeberedskap og avstander*. Oslo: Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi.
- Tatlisumak, T., Soinila, S., & Kaste, M. (2009). Telestroke networking offers multiple benefits beyond thrombolysis. *Cerebrovasc Dis*, 27(suppl. 4), ss. 21–27. doi:10.1159/000213055.

- Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. Rapport 1–2009.
- Teknologirådet. (2014). *På nett med publikum. Hvordan smarttelefonen og sosiale medier gir nye muligheter for norsk politi*. Rapport nr. 2.
- Teknologirådet. (2015). *Frå rådet til Tinget nr. 1 – februar 2015 Mobil helse for kronikere*. Hentet fra <http://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/19/2015/02/RTT-Mobil-Helse-for-kronikere-endelig-versjon.pdf>
- The Scottish Government. (2015). *Out-of-hospital cardiac arrest: A strategy for Scotland*. The Scottish Government.
- The Stroke Association. (1998). *Stroke Care: Reducing the burden of disease*.
- Tilset, H., Fagerholt, R., Almklov, P., Bisio, R., & Reegård, K. (2014). *Nødnett i norske kommuner. Erfaringer fra de første fasene*. NTNU Samfunnsforskning AS.
- Tjelmeland, I. B. (2014). *Norsk hjertestansregister. Årsrapport for 2013 med plan for forbedringstiltak*. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.
- Tjora, A. (2002). *Aksjonskollektivet samarbeid og bruk av teknologi i akuttmedisinsk koordinering*. G-Academi, NTNU – trykk.
- TNS Gallup. Politikk og Samfunn. (2014). *Holdninger til nødmeldetjenesten*. Vedlegg til Nasjonalt nødmeldingsprosjekt.
- Trafikkopplæringsforskriften. (2005). *Forskrift om trafikkopplæring og førerprøve m.m. FOR-2004-10-01-1339*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-10-01-1339>
- Transportøkonomisk institutt. (2013). *Innvandrerbakgrunn. og ulykker. Kunnskap om skadetyper og skadeomfang blant personer med innvandrerbakgrunn*. TØI rapport 1255/2013. Oslo.
- Tønnesen, M., Syse, A., & Nordgård Aase, K. (2014). *Befolkningsframskrivninger 2014–2100. Økonomisk analyse. 4/2014*.
- Tørrissen, T. (2007). *Tvangsinnleggelse i en akuttpsykiatrisk post*. *Tidsskr Nor Legeforening*, 127(16), ss. 2086–89.
- UK Department of Health. (2011). *Technical Guidance for the 2011/12 operating framework*.
- Utdanningsdirektoratet. (2008;2015). *Forsvarlig svømme- og livredningsopplæring i grunnskolen Udir-1–2008*. Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsdirektoratet. (2014). *Utdanningsspeilet 2014*. Hentet fra <http://www.udir.no/Upload/rapporter/utdanningsspeilet-2014-utskriftsversjon.pdf?epslanguage=no>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Utdanningsspeilet – tall og analyser av barnehager og grunnsopplæringen i Norge*. Hentet fra http://utdanningsspeilet.udir.no/2015/wp-content/uploads/2015/06/Utdanningsspeilet_2015.pdf
- Utsi, R., Brandstorp, H., Johansen, K., & Wiborg, T. (2008). *Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten*. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128(9), ss. 1057–9.
- Vegtrafikkloven. (1965). *Lov om vegtrafikk LOV-1965-06-18-4*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1965-06-18-4>
- Viksveen, T. (2014). *Folk forandrer verden. Norsk Folkehjelp 75 år*. Pax forlag as.
- Waler, H. (1999). *Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030*. Statens Helsetilsyn – utredningsserie 6–1999.
- Walby, F., & Ness, E. (2009). *Psykisk behandling av selvskading på legevakt*. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129(9), ss. 885–87. doi:10.4045/tidsskr.08.0417
- Walseth, L., & Malterud, K. (2004). *Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv*. *Tidsskr Nor Legeforen*, 124(1), ss. 65–66.
- Warren, J., Fromm, R., Orr, R., Rotello, L., & Horst, H. (2004, Jan). *Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*. *Crit Care Medicine*; 32(1), ss. 256–62.
- Wei, L., Lang, C., Sullivan, F., Boyle, P., Wang, J., Pringle, S., & MacDonald, T. (2008, Sept). *Impact on mortality following first acute myocardial infarction of distance between home and hospital: cohort study*. *Heart*. 94(9), ss. 1141–1146. doi:10.1136/hrt.2007.123612
- Welle-Nilsen, L., Morken, T., Granås, A., & Hunskaar, S. (2009). *Alminnelige plager i legevakt Rapport nr. 2–2009*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse. Hentet fra <https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6254/Rapport.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wennberg, J. (2010). *Tracking medicine: A researcher's quest to understand health care*. Oxford: Oxford University Press.
- WHO. (2015). Hentet fra WHO Global Health Observatory Repository: <http://www.who.int/gho/database/en/>
- Williams, O., DeSorbo, A., Noble, J., Shaffer, M., & Gerin, W. (2012). *Long-term learning of stroke knowledge among children in a high-risk community*. *Neurology* 79, 79(8), ss. 802–06. doi:10.1212/WNL.0b013e3182661f08.
- Williams, O., Hecht, M., DeSorbo, A., Huq, S., & Noble, J. (2014). *Effect of a novel video game on stroke knowledge of 9–10 year old, low-*

- income children. *Stroke*, 45(3), ss. 889–892. doi:10.1161/STROKEAHA.113.002906
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., Snåre, M., & Stokke Hall, T. A. (2014). «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?» *En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak*. KS FoU-prosjekt nr.:134017. Oslo: KS Deloitte.
- Wisborg, T., Ellensen, E. N., Svege, I., & Dehli, T. (2015). A national trauma system? A retrospective assessment of the flow of severely injured patients in Norway 2013. Abstrakt SSAI-kongress 2015.
- Wollebæk, D., Sætrang, S., & Fladmoe, A. (2015). *Betingelser for frivillig innsats. Motivasjon og kontekst*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Wolters, F., Paul, N., Li, L., & Rothwell, P. (2015). Sustained impact of UK FAST-test public education on response to stroke: a population.bases time.series study. *International Journal of Stroke*, 10(7), ss. 1108–14. doi:10.1111/ij.s.12484.
- www.regionh.dk. (2014). <https://www.regionh.dk/Sundhed/Akut-hj%C3%A6lp/1813/sider/Se,-hvad-1813-kan-hj%C3%A6lpe-dig-med.aspx>.
- Yang, J., Svarlien, A., Thoresen, T., & Kjøllesdal, J. (2014). *A Proposal to Common Nordic Quality Indicators (Time Intervals) in Prehospital EMS. Draft version 1.0, 2014–10-14*. Helsedirektoratet.
- Zakariassen, E. (2010). Akuttmedisinske henvendelser til AMK-sentraler i Norge – epidemiologi, hvem varsles og hvem rykker ut. *Scandinavian Update Magazine 2010*, 3(3), ss. 54–57.
- Zakariassen, E., Burman, R., & Hunskaar, S. (2010). The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway – a prospective population based study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 18(9). doi:10.1186/1757-7241-18-9
- Zakariassen, E., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2008). Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J*, 25(8), ss. 528–33. doi:10.1136/emj.2007.054338.
- Zakariassen, E., Uleberg, O., & Røislien, J. (2015). Helicopter emergency medical services response times in Norway: do they matter? *Air Medical Journal*. 34(2), ss. 98–103. doi:10.1016/j.amj.2014.11.003.
- Zetterberg, S. (2012). *Ambulanstjänestens insats vid akut prehospital psykiatri*. NTNU, Masteroppgave.
-
-

Norges offentlige utredninger

2014 og 2015

Statsministeren:

Arbeids- og sosialdepartementet:

NOU 2014: 3 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2014

NOU 2014: 17 Pensjonsordning for arbeidstakere til sjøs

NOU 2015: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2015

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor

NOU 2014: 9 Ny adopsjonslov

NOU 2015: 4 Tap av norsk statsborgerskap

Finansdepartementet:

NOU 2014: 13 Kapitalbeskatning i en internasjonal økonomi

NOU 2015: 1 Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd

NOU 2015: 5 Pensjonslovene og folketrygdreformen IV

NOU 2015: 9 Finanspolitikk i en oljeøkonomi

NOU 2015: 10 Lov om regnskapsplikt

NOU 2015: 12 Ny lovgivning om tiltak mot hvitvasking og terrorfinansiering

NOU 2015: 14 Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring

NOU 2015: 15 Sett pris på miljøet

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

NOU 2015: 11 Med åpne kort

NOU 2015: 17 Først og fremst

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2014: 1 Ny arvelov

NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

NOU 2015: 3 Advokaten i samfunnet

NOU 2015: 13 Digital sårbarhet – sikkert samfunn

Klima- og miljødepartementet:

NOU 2015: 16 Overvann i byer og tettsteder

Kommunal- og moderniseringsdepartementet:

NOU 2014: 6 Revisjon av eierseksjonsloven

NOU 2015: 7 Assimilering og motstand

Kulturdepartementet:

NOU 2014: 2 Lik og likskap

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2014: 5 MOOC til Norge

NOU 2014: 7 Elevenes læring i fremtidens skole

NOU 2014: 14 Fagskolen – et attraktivt utdanningsvalg

NOU 2015: 2 Å høre til

NOU 2015: 8 Fremtidens skole

Landbruks- og matdepartementet:

NOU 2014: 15 Norsk pelsdyrhold – bærekraftig utvikling eller styrt avvikling?

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2014: 4 Enklere regler – bedre anskaffelser

NOU 2014: 11 Konkurranseskjennemerket

NOU 2014: 16 Sjømatindustrien

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

Utenriksdepartementet:

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Aurskog AS – 12/2015