

Først og fremst

– en oppsummering av Akuttutvalgets innstilling

■ JAN MAGNE LINNSUND • Helsedirektoratet, spes. indremedisin og tidl. allmennmedisin, sekretariatsleder for Akuttutvalget

Etter to års intenst arbeid la Akuttutvalget fram sin NOU 4. desember 2015. Utredningen fikk navnet Først og fremst – fordi det er viktig at akuttmedisinske tjenester kommer fram til befolkningen så raskt som overhodet mulig og fordi det er et sterkt politisk og faglig ønske om at tjenestene som ytes skal være preget av kompetanse og kvalitet.

2015 har vært et år med stor aktivitet når det gjelder utredninger innenfor helseområdet, med både revisjon av akuttmedisinforskriften og primærhelsemelding på våren og nasjonal helse- og sykehusplan og Akuttutvalgets NOU på høsten.

Mandatet utvalget fikk var bredt og utvalget har forsøkt å beskrive et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Den akuttmedisinske kjede ble i mandatet utvidet med et befolkningsperspektiv hvor også den enkelte borger og frivillige organisasjoner har sin plass ved siden av den mer klassiske profesjonelle kjede med legevakt, ambulanse og nødmeldetjenesten som de mer sentrale elementer.

Førstehjelpskunnskap

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. Befolkningen blir derfor en viktig del av den akuttmedisinske kjede. Førstehjelp redder liv og gir pasienten bedre effekt av helsetjenestens innsats. At befolkningen har nødvendig første-

hjelpskunnskap 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. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig. Utvalget har derfor foreslått at:

- det bør utvikles en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livslang læring»
- det bør sikres at alle helsepersonellgrupper kan førstehjelp og at førstehjelp og hjerte-lunge-redning tas inn tidlig i studieplanene på de respektive utdanninger
- førstehjelp bør inngå som et obligatorisk element i introduksjonsprogrammet for innvandrere

Akutthjelperfunksjonen som nå er hjemlet i den nye akuttmedisinforskriften anses av utvalget for å være en viktig del av den akuttmedisinske kjede, men trenger en nærmere definisjon og avklaring. Det bør settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal utarbeide retningslinjer og utrede akutthjelperes funksjon med tanke på ansvarsfordeling og kostnader. Begrepet akutthjelper bør defineres nærmere og det bør gjøres en avklaring rundt rammene for faglig forsvarlighet knyttet til akutthjelperfunksjonen.

Samhandling i akuttkjeden

Det store bildet viser at det er en god lokal akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og tjenestetilbudet er preget av viktige verdier som likeverdighet, trygghet, nærhet og kvalitet. Men det er store forskjeller i tjenestetilbudet. Utviklingen de senere år har vist at de ulike tjenestene har en tendens til å sentralisere samtidig; legevakter blir i større grad interkommunale, ambulansestasjoner

sentraliseres og blir færre og både AMK- og legevaktsentraler dekker større områder.

Utvalget har pekt på viktigheten av felles planer og samhandling mellom kommuner og helseforetak når det gjelder ressursbruken i akuttkjeden og foreslår at felles plan for akuttmedisinske tjenester forskriftsfestes og at de gjeldende samhandlingsavtaler revitaliseres og utvikles. Bakgrunnen er at uten et samarbeid mellom kommuner og helseforetak, blir det gjennomført endringer som får utilsiktede konsekvenser for den andre part. Nedlegging av ambulansestasjoner får konsekvenser for behovet for at legevakten er tilgjengelig for utrykninger og sykebesøk. Og motsatt: store, interkommunale legevakter baserer seg i stor grad på at ambulanspersonell er til stede og rykker ut med kort responstid.

Legevakttjenestens utfordringer

Bemanningen i mange interkommunale legevakter er lav og med høy vikarbruk i mange distrikter. Interkommunale legevakter kan også bli for store når det gjelder utstrekning, slik at det blir altfor lang reisetid for utkantene å komme til legevakt. Noe av hensikten med forslaget om å innføre maksimal reisetid til legevakt (kfr. forslagslisten nedenfor), er at det vil kunne være med på å sette grenser for et legevakt-distrikts størrelse. Få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltagelse 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 blitt en stasjonær tjeneste som gir medisinsk hjelp til pasienter med lav hastegrad. Det kan derfor stilles spørsmål om hvordan både prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt i legevakttjenesten. Og dette er

FOTO: CECILIE MO BATALDEN



noe av bakgrunnsteppet for Akuttutvalget er av den oppfatning at legevakt kanskje er den svakeste delen innenfor den akuttmedisinske kjede.

Det er et stort paradoks at deltagelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men at andelen fastleger som deltar i legevakt på nasjonalt nivå har vært fallende gjennom mange år og det samme gjelder for spesialister i allmennmedisin. Utvalget er kritisk til at legevaktleger mange steder unnlater å rykke ut til akuttmedisinske hendelser eller reise i sykebesøk til eldre og svekkede pasienter. Vurderingskompetansen hos ambulansetjenesten kan ikke være en erstatning for legekompentansen og den store økningen av eldre pasienter med multimorbiditet og forverring av kronisk sykdom, understreker ytterligere viktigheten av den brede erfaring og medisinsk-faglige vurderingskompetanse som fastleger og spesialister i allmennmedisin innehar. Og denne kompetansen må en gjøre alt for ikke å miste i legevaktstjenesten fremover.

Legevakt for alle, men ikke for alt

Utvalget mener at det er holdepunkter for å hevde at dagens stykkprishonorering kan påvirke prioriteringen i legevakt, spesielt med hensyn til avveiningen mellom å prioritere pasienter inne på legevaktstasjonen opp mot utadrettet virksomhet gjennom sykebesøk og utrykninger. Legevakt-

tjenesten har i for stor grad mistet noe av sin opprinnelige funksjon som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Flere legevakter har utviklet seg til å bli kvelds åpne legekantor med pågang av pasienter med problemstillinger som verken er livstruende eller akutte. En slik økt konsultasjonsproduksjon kan være med på å svekke legevakten som kommunens viktigste element innenfor sin akuttmedisinske beredskap. Legevakten er for alle, men ikke for alt. Allerede i dag bruker om lag halvparten av landets legevakter fastlønn i deler av døgnet og utvalget mener at mer bruk av fastlønn vil bidra til at legevakten i større grad prioriterer pasientene med størst behov.

I utvalgets delrapport høsten 2014 var et av forslagene en målsetting om minst 75 pst. legedeltagelse ved AMK-varsling om rød respons-utrykning. I utvalgets videre arbeid har en vært i tvil om det er riktig å gå inn for å tallfeste en nasjonal norm på dette området. En av årsakene til dette er store lokale variasjoner med blant annet avstand til sykehus, som tilsier ulike behov for legeutrykning til akutt skadde og syke pasienter og at det er usikkerhet knyttet til hvilken ressursbruk som utløses. Utvalget har derfor foreslått at det bør igangsettes forskning på samfunnmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader i færre sykehusinnleggelses og

færre eller kortere ambulansetransporter. På sikt vil det da kunne være aktuelt at det blir etablert en eller flere nasjonale normer for legedeltagelse ved akuttmedisinske utrykninger.

Økt satsing på sykebesøk

Sykebesøk og utrykninger utføres i stadig mindre omfang både av fastleger og på legevakt. Det mangler nasjonale retningslinjer for omfang av sykebesøk eller kriterier for sykebesøk fra legevakt. I 1995 foretok legevaktene om lag 685 000 hjemmebesøk, mens det i 2014 ble utløst takster for om lag 65 000 utrykninger/sykebesøk. Mye av nedgangen i sykebesøk i løpet av de siste 20 årene er blitt erstattet av konsultasjoner i legevaktlokaler – og dette har vært en ønsket utvikling. Men 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 utrykninger. Det er også viktig at fastlegene tar 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.

Utvalget har med bakgrunn i en del av det som har vært omtalt ovenfor, fremmet en rekke forslag hvorav noen har preg av nasjonale krav som gir en retning for framtidig styrking av og dimensjonering av legevaktstjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.

Utvalgets sentrale forslag om legevakt og øyeblikkelig hjelp i kommunene

- Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i sin kommune – og som utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetaket om et felles planverk for akuttmedisinske tjenester.
- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom døgnbaserte helse- og omsorgstjenester 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.
- Utvalget foreslår å styrke ledelsen og samle flere av de ulike ø. hjelp-tjenestene i kommunene, slik at de fremstår som en tjeneste.
- Medisinsk-faglig ledelse av legevakt må

på plass i alle legevakt-distrikter og kommuneoverlegens rolle må styrkes.

- Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for fremtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.
- Det innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevakt-distrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 prosent av befolkningen skal ha maksimum reisetid på 60 minutter.
- 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 legevaktstjenesten og at det bør settes i gang arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.
- Lege og annet helsepersonell må i større grad enn i dag delta i utrykning ved varsling fra AMK-sentral.
- AMK-sentralenes varslingsplikt overfor legevakter må innskjerpes ved hastegrad akutt (rød respons) og ved gul respons i større grad enn i dag varsle legevakt.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører minst 20–40 sykebesøk inkludert utrykninger pr. 1000 innbyggere pr. år og at kommuner og helseforetak bør inngå samarbeid rundt drift av legevaktbiler til bruk for legevaktlege i sykebesøk og utrykninger.

Litt mer om reisetid

Når det haster, er det viktig med tilgjengelige helsetjenester. Tilgjengelighet kan beregnes ved reisetider. Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) har på oppdrag fra Akuttutvalget utviklet nettløsninger for å beregne reisetider for ulike helsetjenester. Nettløsningen var allerede på plass, men Akuttutvalgets oppdrag gjorde at NPR fikk supplert kartløsningen slik at det nå foreligger en oversikt over ambulansestasjoner, DPS, sykehus med akuttfunksjoner, legevakter, AMK- og legevakt-sentraler, fastlegekontorer, brannstasjoner og politistasjoner. Ved hjelp av denne løsningen kan en beregne reisetid til utrykningskjøretøy som rykker ut fra ambulansestasjoner, politistasjoner og brannstasjoner og reisetid til legevakt. Reisetidsberegning-

gen viser hvor lang tid det tar å nå 90 pst. av befolkningen i en kommune, ett fylke eller andre geografiske områder. Brukere av løsningen kan også lage egne reisetidsberegninger ved å legge til, flytte eller fjerne institusjoner i Norgeskartet.

Løsningen er fremdeles under utvikling, men tilgjengelig på <https://reisetid.helse-direktoratet.no/felles>

Fastlegenes betydning

Utvalget påpeker at allmennlegene og fastlegeordningen er bærebjelken for norsk legevakt. Derfor er det viktig at forhold legges til rette for at flere fastleger vil finne ut at legevakt ikke bare er en krevende del av den allmennmedisinske hverdag, men kan også være spennende og givende. Det må være et klart mål på sikt å greie å snu trenden fra de siste år hvor det har vært en stadig fallende andel av både fastleger og spesialister i allmennmedisin som har deltatt i legevakt. Mange av 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 opp under utvalgets forslag.

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

Legevakt-sentralenes betydning og nødnets rolle

Utvalget viser til at telefонтjenesten i legevakt-sentralene har altfor lange ventetider mange steder i landet og spesielt dreier dette seg om de største legevakt-sentralene. Flere tilsyn ved store norske legevakter i 2015 viser dette.

Aksesstiden på legevakt-sentralene må bli bedre og bør være kortere enn det som er forskriftsfestet pr. i dag og som ligger på linje med aksesstiden for fastleger, dvs. to minutter for 80 pst. av alle henvendelser. Erfaringer fra både Danmark og Skottland viser at det er mulig å oppnå kort aksesstid

også for en nasjonal legevakt-sentraltjeneste som NHS-24-tjenesten i Skottland er.

Det bør legges økte ressurser i telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier i LV-sentralene fordi det kan spare ressursbruk til konsultasjoner og transport – og det gir spart tid og ressurser for pasienter og pårørende. Utvikling av nasjonale telefонтjenester som yter service overfor alle LV-sentralene bør utredes og utvikles. Et aktuelt område er innen psykisk helse og rusfeltet. Nettbasert rådgivning og veiledning bør etableres innenfor medisinsk nødmeldetjeneste

Responstid som kvalitetsindikator

Det har vært en nærmest kontinuerlig diskusjon rundt responstider innen ambulansetjenesten siden forrige akuttutvalg la fram sin NOU i 1998. Rask respons fra nødetatene er en vesentlig forutsetning for publikums følelse av trygghet. Det er derfor stor oppmerksomhet knyttet til responstider. Utvalget har imidlertid konkludert med at responstider ikke bør forskriftsfestes, men heller inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett som omfatter både ambulansetjenesten og legevakt. Responskravene fra 1998 gir en rimelig god avveining av forholdet mellom behov for hurtig respons og utfordringen ved til dels store avstander og grisgrendt befolkning i større deler av landet. Man har derfor ikke endret disse, men foretatt en ytterligere oppdeling hvor store byer er skilt ut spesielt.

- For akuttoppdrag (rød respons) skal 90 pst. av befolkningen i store byer nås innen 8 minutter, 12 minutter for andre tettsteder og 25 minutter for spredtbygde strøk.
- 95 pst. av befolkningen må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning. Alle tettsteder (definert av SSB) må nås innen samme tidskrav.

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

Det blir spennende å se hva det blir av NOU 2015:17 i tiden fremover. Det er iallfall en oppdatert og kunnskapsbasert utredning om hvordan det akuttmedisinske tjenesteapparatet utenfor sykehus faktisk er pr. i dag.

■ JAN.MAGNE.LINNSUND@HELSEDIR.NO