

Innhold

Saksutgreiing	1
1. Bakgrunn	2
1.2 Ansvar for prehospitala tenester	2
1.2.1 Kva er prehospitala tenester?	2
1.2.2 Kommunane sitt ansvar	2
1.2.3 Helseføretaket sitt ansvar	3
2 Moment til uttale til Prehospital plan 2018 - 2035	3
2.1. Utrykkingstid / Responstid	3
2.2 Akutthjelpar.....	4
2.2.1 Kva er ein akutthjelparordning?	4
2.2.2 Kven har ansvaret?	4
2.2.3 Kva med rekruttering?.....	4
2.2.4 Fagleg forsvarlegheit	5
2.2.5 Betre kunnskap om førstehjelp i befolkninga	5
2.3. Transport av pasientar som treng medisinsk overvaking og behandling ved utskrivning frå sjukehus (Ambulansetransport)	5
2.4. Samtrenting og rettleiing.....	6
3. Vurdering.....	6
3.1 Prosess.....	6
3.2 Akutthjelparordning	7
3.3 Utrykkingstid/Responstid	7
3.4 Ansvars- og oppgåvedeling.....	7
3.5 Transport av «utskrivningsklare pasientar»	7
3.6 Samtrenting og rettleiing.....	7

Saksutgreiing

Utkastet til Prehospital plan for Helse Bergen HF 2018-2035 er ikkje gjengitt her, men ligg som veldlegg til saka. Sentrale problemstillingar som er omhandla i planen blir drøfta i saksutgreiinga, det er referert til avsnitt i planen, og det er lagt inn hyperkoblingar til sentrale styrande dokument (som lover, forskrifter og rundskriv).

1. Bakgrunn

Nasjonal helse- og utviklingsplan legg til grunn at alle føretak skal utarbeide utviklingsplanar med ein horisont fram mot 2035, og Helse Vest RHF vidareførte dette som bestilling i styringsdokumentet for 2017 til sine helseføretak. Helse Bergen sin utviklingsplan skal og omfatte ein plan for prehospitala tenester , og denne er no sendt ut på ein separat høyring, med frist 10. august 2018.

1.2 Ansvar for prehospitala tenester

«Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulanseteneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. ([akuttmedisinforskriften](#))» skal bidra til «at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tenester utenfor sykehus. Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater» (§1)

Forskrifta regulerer kommunane sine og dei regionale helseføretaka sine akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. (§2)

«Med medisinsk nødmeldetjeneste menes i denne forskriften et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår.» §3

1.2.1 Kva er prehospitala tenester?

Omgrepet «prehospitala tenester» nyttas i samband med akuttmedisinsk hjelp og omhandler tenester som blir gitt før pasienten kjem inn i sjukehuset. [Akuttmedisinforskriften](#) omtaler i §2 dette som « akuttmedisinske tenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulanseteneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.» Når ein nyttar omgrepet «den akuttmedisinske kjeda» inkluderar ein også akuttmottak i sjukehus. «Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulanse, samt akuttmottak i sykehus.» (Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Høring til Nasjonal helseplan, «Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle». 2011) (gjengitt i [«Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede»](#), 2. utgave 2012).

1.2.2 Kommunane sitt ansvar

Kommunen har ansvar for legevaktordning, som består av legevaktsentral, eit fast legevaktnummer 116 117, og legar i vaktberedskap. Legevaktordninga skal sikre «befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordninga skal mellom anna:

« a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp

b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og

c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig» (akuttmedisinforskrifta §6)

1.2.3 Helseføretaket sitt ansvar

Helseføretaket har ansvar for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjenesta som omfattar bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i helseføretakets akuttmedisinske beredskap utanfor sjukehus, og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvaking.

2 Moment til uttale til Prehospital plan 2018 - 2035

Det er særleg fire moment i utkast til prehospital plan som påverkar kommunen sine tenester, og som kan føre til ei overføring av oppgåver som ikkje er avtala, og som heller ikkje er finansiert.

Desse momenta er: utrykkingstid/responstid for ambulansen, akutthjelparordning, transport av utskrivningsklare pasientar, og samtrening og rettleiing.

2.1. Utrykkingstid / Responstid

I lovverket er ansvaret for utrykking klårt. Det er helseføretaket som har ansvar for AMK og ambulansetjenestene. Kkommunane har ansvar for at lege i vakt kan «diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk» og «yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig» (akuttmedisinforskrifta §6). Akuttmedisinforskrifta § 9 set krav om at «kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.» Rykke ut i denne samanhengen betyr noko anna enn utrykking som blir kjørt av utrykningskjøretøy, som ambulansar, politi og brann.

Responstid for ambulansen er definert [i Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem](#), som tiden det tar frå fra ein 113-oppringning begynner å ringe hos AMK-sentralen til første ambulanse er på hendelsesstedet. Generelt ser ein at Helse Bergen har problem med å oppfylle kvalitetskrava til responstid i dei fleste kommunar og områder jf. Vedlegg til planen.

Ein kan ikkje sjå at dei forslaga Helse Bergen har lagt inn i planen, vil sikre forsvarleg responstid for ambulansen. På dette punktet bidreg planen til å skape uklære ansvartilhøve ved å blande inn ein ikkje nærere definert «akutthjelparordning». «Akutthjelpar» er ikkje helsepersonell, og er heller ikkje ein del av den lovpålagde helse- og omsorgstenesta i kommunar eller sjukehus. Responstid gjeld tida det tar frå 113 blir kontakta, til ambulanse er på staden.

2.2 Akutthjelpar

2.2.1 Kva er ein akutthjelparordning?

På side 19 seier planen om akutthjelparordning: «Sjølv om ordninga med akutthjelparar har eksistert i mange år, vart ordninga først formalisert i den reviderte akuttmedisinforskrifta som kom i april 2015. I § 5, om avtale om bistand frå personar utanfor helse- og omsorgstenesta (akutthjelpere) går det fram 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. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.»

Slik vi forstår forskriftsteksta er dette ikkje ein formalisering av ein ordning, men forskrifta har opna opp for at både kommunar og helseføretak kan inngå avtale med andre enn helsepersonell om bistand. Det er altså lovleg.

2.2.2 Kven har ansvaret?

Ein ordning med akutthjelpar er ikkje nærare definert i forskrifta, og det er stor usikkeheit om kven som har det fagelege ansvaret, om helsepersonellova gjeld for desse, og kva krav ein skal stille til opplæring. Som det er gjort greie for i utkastet til Prehospital plan, er Helsedirektoratet i ferd med å opprette ei arbeidsgruppe som skal sjå nærare på ulike spørsmål knytt til akutthjelparordninga.

Likevel kan ein ut frå formuleringane om akutthjelparordninga, og tilrådingane i forslaget til Prehospital plan, få inntrykk av at Helse Bergen legg til grunn at kommunane skal ha ei akutthjelparordning, og at kommunane skal ha ansvaret, både fagleg, administrativt og økonomisk. Formuleringane på side 73 understøtter denne tolkinga: «... beskrive akutthjelparordningane i de ulike kommunane, kva for kriterium som skal til for å kalle ut akutthjelpere i kommunane»

I punkt 5.2.3.4 Kostnadsberekning på s 62, går det ikkje fram at Helseføretaket tenkjer å finansiere ein akutthjelparordning eller tilsvarande.

På s. 21 kan ein lese «Til dømes har rådmennene i heile Nordhordland skrevet under på at akutthjelparordninga skal vere ein del av brannvernet og kallas ut via brannalarm». Det blir ikkje vist til eit spesifikt dokument, og det er usikkert kva denne formuleringa referer til.

2.2.3 Kva med rekruttering?

Den anbefalte løysinga legg på s 60 føringar for kommunal verksemd:

.... Sikra «akutthjelparordningar eller ei ordning kor legevaktslege/sjukepleier kan rykkje ut tilsvarande det dei tradisjonelle akutthjelparane har gjort».

Kommunane har store utfordringar med å rekruttere både legar og sjukepleiarar. Alle faggrupper får stadig fleire oppgåver og større utfordringar. Det er ikkje ledig kapasitet i heimetenesta eller hos fastlegane som kan kompensere for lang utrykkingstid hos Helse Bergen sine ambulansar.

Dersom ein tenkjer at akutthjelparordninga skal ligge til brannvesen, kan dette bli oppfatta som ein endring i innhaldet i yrket, og det kan bli vanskelegare å rekruttere til kommunalt brannvesen.

2.2.4 Fagleg forsvarlegheit

Eit anna spørsmål er om det er fagleg forsvarleg å innlemme personar som ikkje er helsepersonell i ein akuttmedisinsk kjede/del av prehospital tenester på ein måte som gjer at helsetenesta kan agere som om at nokon andre har tatt på seg eit ansvar for ein del av hendinga.

Akuttmedisinforskrifta § 5 opnar riktig nok for 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.» Det er altså ikkje ulovleg. Føresetnaden er imidlertid at «Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring». Kva er nødvendig opplæring for å kunne bistå? «Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp.»

Det er altså ikkje opna for at ein akutthjelparordning skal kome i staden for helsepersonell, som for eksempel for å kompensere for lang utrykkingstid for ambulansar.

2.2.5 Betre kunnskap om førstehjelp i befolkninga

Mange som har oppgaver innan brennvern vil også ha skoloring i livreddande førstehjelp, og det same gjeld frivillige i til dømes Røde Kors. Inntil ein formalisering og kvalitetssikring av ein eventuell akutthjelparordning føreligg, er det grunn til å meine at ein ikkje kan forvente anna av brennvern og frivillige enn den kunnskapen dei har gjennom den verksemda dei er ein del av i utgangspunktet.

Helsemyndighetene har starta opp ein kampanje for å auke innbyggjarane sin førstehjelpskompetanse, gjennom strategien [«Sammen redder vi liv» Nasjonal dugnad for å redde liv](#) ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander utenfor sjukehus. «mest av alt handler strategien om å mobilisere publikum som akuttmedisinsk ressurs. Målet er at vi skal ha en kompetent og beredt befolkning som skal være kvalifisert og trygg på å kunne gripe inn og gi førstehjelp ved livstruende sykdom eller skade.» Forsking har og vist at der den alminnelege befolkninga starter hjarte- lungeredning, er det høgare overleving ved hjertestans. Dei som kjem først til må ringe 113 og starte med førstehjelp.

2.3. Transport av pasientar som treng medisinsk overvaking og behandling ved utskriving frå sjukehus (Ambulansetransport)

Prehospital plan seier på s. 18 at ambulanse skal nyttast «der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvaking». Samstundes kan ein lese følgjande: «Kapasitetsproblem for ambulansetransport har ført til eit aukande tal på avviksmeldingar frå ulike sjukehusavdelingar i samband med behov for ambulanse til heimkøyring og tilbakeføring av pasient til lågare omsorgsnivå» under overskrifta «Kvalitet og pasientsikkerhet» på s 17.

Dersom ein treng ambulanse ved utskriving til sjukeheim eller eigen heim/omsorgsbolig, og altså har behov for (akutt-)medisinsk behandling eller overvaking under transporten, kan det tyde på at pasientar blir skrivne ut for tidleg og mens dei er for sjuke. Dersom pasientar som skal overførast til kommunal behandling, pleie og omsorg fyller kriteria for å vere uskrivingsklår, som er gitt i [«Forskrift om kommunal betaling for utskrivingklare pasienter»](#) § 9, punkta a-e, vil ein utskriving og ein transport kunne planleggast og utførast forsvarleg, og utan å bruke ambulanse på dei tidene der det

er størst risiko for samtidighetskonflikt når det gjeld ambulansebruk. Det kan vere nyttig å sjå på krava i forskriften:

«... Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert»

2.4. Samtrening og rettleiing

Spesialisthelsetjenestansi plikt til å rettleie den kommunale helse- og omsorgstenesta er heimla i [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#), og utdypa i [rundskriv I-3/2013](#) (Helse- og omsorgsdepartementet), som mellom anna seier:

« Hovedpunkter for veiledningsplikten:

- Plikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om *helsemessige* forhold
- Plikten er begrenset til *påkrevet* veiledning m.m.
- Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkelt - pasienter og brukere, men kan også omfatte generell veiledning
- Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen
- Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig instrument for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres
- Det kan ikke kreves vederlag for den veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3»

Spesialisthelsetenesta må altså sjølv finansiere rettleiing til kommunane også når det gjeld akuttmedisin utanfor sjukehus. I Kapitlet «valt hovedløyning» (kap 5.4, s 69) , er det ikkje gjort greie for korleis og i kva omfang Helseføretaket planlegg å bidra i samtrening og rettleiing. Det er kun berekna 0,7 mill til samtrening med 24 kommunar pr. år.

3. Vurdering

3.1 Prosess

Prehospital plan er ein del av Utviklingsplan 2035 Helse Bergen HF, og skal følgje rettleiar som er utarbeidd av Sykehusbygg i samarbeid med dei regionale helseføretaka: [«Veileder for arbeidet med utviklingsplaner»](#). Denne rettleiaren legg vekt på åpenhet, interessentanalyse, og seier at «Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akuttfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.» Lindås kommune kan ikkje sjå at kommunane har blitt involvert i ein risiko og mulighetsanalyse, til tross for at planen omhandlar akuttmedisin utanfor sjukehus.

3.2 Akutthjelparordning

Brei omtale av ein ikkje nærare definert «akutthjelparordning» der ein og nyttar omgrepet «responstid», bidreg til uklårheit, og kan gje lesaren inntrykk av kommunane har ansvar for å ha ein akutthjelparordning. Det har dei ikkje. Det er så stor usikkeheit knytt til omgrepet «akutthjelpar», både når det gjeld krav til kompetanse, organisering og økonomi, at Helse Bergen ikkje kan legge til grunn at ein slik funksjon eksisterer.

3.3 Utrykkingstid/Responstid

Helse Bergen har problem med å oppfylle den nasjonale kvalitetsindikatoren for responstid, som er definert som tiden det tar frå ein 113-oppringning begynner å ringe hos AMK-sentralen til første ambulanse er på hendelsesstaden. Prehospital plan kan gje inntrykk av å ville redefinere denne nasjonale kvalitetsindikatoren. Planen gjer ikkje godt nok greie for kva Helse Bergen vil gjere for å oppfylle krava til responstid for ambulansene.

3.4 Ansvars- og oppgåvedeling

«Akutthjelparordning» er ikkje å finne i kostnadsberekningane. Dersom helseføretaket legg til grunn at det skal vere ein akutthjelparordning, og unnlèt å finansiere denne, kan dette oppfattast som ein oppgåveoverføring til kommunane som ikkje er avtalt, og som kommunane ikkje har finansiering for.

I tillegg kan ein forventning om ein ikkje nærare definert akutthjelparordning i kommunane bidra til utydeleg ansvars- og rolleforståing, og dermed utgjere ein risiko.

3.5 Transport av «utskrivningsklare pasientar»

Helse Bergen har for lang utrykkingstid/responstid, og noko av det blir forklart med at ambulansene er opptekne med anna transport. Bette planlegging av utskrivninger der vilkåra i [«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»](#) § 9, punkta a-e er oppfylt, vil kunne gjere det lettare å planlegge transport av pasientar ut frå sjukehus, og vil kunne bidra til å redusere behov for ambulansar til denne pasienttgruppa.

3.6 Samtrenting og rettleiing

Spesialsithelsetenesta skal sjølv finansiere rettleiing til kommunane også når det gjeld akuttmedisin utanfor sjukehus. I Kapitlet «Valt hovedløyning» (kap 5.4, s 69), er det ikkje gjort greie for korleis og i kva omfang Helseføretaket planlegg å bidra til samtrenting og rettleiing.