



# Representantforslag 34 S

(2016–2017)

fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås,  
Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe

Dokument 8:34 S (2016–2017)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse

Til Stortinget

### Bakgrunn

Den akuttmedisinske beredskapen er en grunnmur i folkets helsetjeneste. Den skal gi trygghet for akutt helsehjelp til alle, i hele landet, når de trenger det. Kvalitet og nærhet til akutfunksjoner er viktig for å etablere trygghet og forutsigbarhet når hjelpen haster. Norge håndterer i stort akutte skader og sykdommer utenfor sykehus på en god måte. Det er likevel for stor geografisk ulikhet i befolkningens tilbud, og det er behov for kvalitetsheving i hele kjeden. Beslutninger som påvirker kapasitet og kvalitet, tas uten en systematisk og helhetlig tilnærming. Forslagsstillerne mener det er nødvendig med et nasjonalt løft for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden. Å møte akutt sykdom og skade tidligst mulig og slik muliggjøre tidlig diagnostikk, behandling og rask transport til rett nivå i helsetjenesten vil være livreddende, men også begrense funksjonstap og sikre bedre helse i befolkningen. Satsing på akuttkjeden i Norge vil derfor også være god samfunnsøkonomi. Forslagsstillerne viser til at regjeringen Stoltenberg i 2013 oppnevnte et offentlig utvalg (Akuttutvalget) med mandat til å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Akuttutvalget leverte sin helhetlige innstilling, NOU 2015:17, Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdom-

mer og skader utenfor sykehus, i desember 2015. Underveis i arbeidet leverte utvalget en delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til arbeidet med Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) og Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Utvalget la fram endelig utredning i desember 2015. Regjeringen Solberg sendte denne utredningen ut på høring 18. desember 2015 med høringsfrist 16. april 2016.

### Utfordringsbildet og politisk oppfølging

Akuttutvalget skriver i sin rapport at Norge, med lange avstander, spredt bosetting og klimatiske utfordringer, er et utfordrende land å drive akuttmedisinske tjenester i. Det vises til at ulike regjeringer gjennom flere år har 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. Men det er i liten grad operasjonalisert hva likeverdig tilgang til tjenester innebærer. Utvalget skriver videre at reisetid og avstand til helsetjenester er viktig i akutte situasjoner, og at det mange steder i landet er relativt lang vei til viktige helsetjenester. Utvalget viser også til at 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 akutttilbud. Det vises til at lengre reisetid eller avstand til helse-tilbud har en tendens til å generere mindre etterspørsel etter tjenester, og at dette også gjelder ved akutt sykdom. Lang reisevei til legevakt fører for eksempel til færre henvendelser og konsultasjoner. Risikoen for å dø etter traumer er større i tynt befolkede om-

råder. Utvalget kommer med mange konkrete tiltak for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden. Akutttilbudet i kommuner og helseforetak, og samarbeidet mellom disse, må styrkes. I tillegg må en også involvere frivillig og sivil sektor. Det tas utgangspunkt i revidert akuttmedisinforskrift fra 2015.

Forslagsstillerne har merket seg at utredningen er blitt godt mottatt i tjenestene, og at hovedinntrykket i høringsuttalelsene er at utredningen gir en god beskrivelse av status og utfordringer og danner et godt fundament for framtidige tiltak. Forslagsstillerne viser til at det er gjort kjent at regjeringen ikke vil følge opp Akuttutvalget og høringsrunden med en egen melding til Stortinget. Regjeringen har i Prop. 1 S (2016–2017), Statsbudsjettet for 2017, et eget kapittel som omhandler regjeringens oppfølging av Akuttutvalgets rapport. Forslagsstillerne mener at dette er en altfor svak politisk oppfølging av en svært viktig og god rapport, og at NOU 2015:17 må følges opp på en mye mer systematisk måte og med egne politiske handlingsplaner for hvert av hovedområdene i planen.

### **Forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak**

Det er i dag en stor utfordring mange steder å få til et godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder utvikling og dimensjonering av det akuttmedisinske tilbudet. Verken kommune eller foretak må ha anledning til å endre sitt tilbud uten at det skjer i samarbeid, i dialog og med tilslutning fra den andre part. For å få dette til skriver Akuttutvalget at det må utarbeides felles planer som omhandler både medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste og kommunenes ø-hjelptjeneste, legevakt og andre døgnbaserte tilbud rettet mot akutt sykdom. Forslagsstillerne er enige med Akuttutvalget som skriver at dette best kan gjøres gjennom å videreutvikle den lovpålagte tjenesteavtale 11 om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Det er behov for å styrke samarbeidet på ledernivå i helseforetak og kommuner. Forslagsstillerne mener at samhandlingsavtalene må sette krav om å etablere faste utvalg/møter mellom helseforetak og kommuner om utviklingen og eventuelle endringer av det akuttmedisinske tilbudet. Alle kommuner og foretak må gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser. Krav om samordnet prosess med felles akuttmedisinske planer må forskriftsfestes i en framtidig revidert akuttmedisinforskrift.

### **Frivillig sektor og frivillige i akuttmedisinsk beredskap**

Frivillige er en del av den planlagte beredskapen og inngår blant annet i politiets redningsplanverk og i varierende grad i helseforetakenes og kommunenes

beredskapsplaner. Pasientoppdrag utenfor vei er i stor grad avhengig av frivillige og frivillig sektor i et samarbeid med helseforetak, politi og kommuner. I akuttmedisinforskriften fra 2015 gis helseforetakene og kommunene mulighet til å inngå avtaler med blant annet de frivillige redningsorganisasjonene som en ressurs i akuttberedskapen. Forslagsstillerne er enige med Akuttutvalget i at det må utarbeides en tydelig frivillighetspolitikk med tanke på helseberedskap. Forslagsstillerne viser til Akuttutvalgets rapport og de mange gode forslagene i denne for å styrke frivillig sektor, og mener disse må vurderes og følges opp spesielt. Forslagsstillerne støtter opp om eksisterende organisering av samarbeidet mellom frivillige og den offentlige helsetjenesten og ser positivt på at det utarbeides retningslinjer for dimensjonering og organisering av helseberedskap ved store arrangementer.

Akuttmedisinforskriften åpner for bruk av akutt-hjelpere. Forslagsstillerne mener at bruk av akutthjelpere er positivt, men at den ikke må komme i stedet for et godt utbygd legevakt- og ambulansetilbud, men som et tillegg i områder der responstider kan være sårbare. Akuttutvalget foreslår at det settes ned et bredt sammensatt utvalg for å utrede akutthjelpers funksjon videre. Forslagsstillerne støtter dette.

### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Kunnskap om kvalitet er en forutsetning for kvalitetsforbedring. Datagrunnlaget for styring og utvikling av de prehospitalene tjenestene er begrenset. Elektroniske løsninger og enhetlige metoder for registrering av data mangler. Det mangler evidensbaserte nasjonale retningslinjer og prosedyrer for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Det fører til variasjon i tjenesten. Offentlig finansiert akuttmedisinsk forskning er beskjeden. De elektroniske journalsystemene kommuniserer ikke med hverandre. Responstider er viktige og en forutsetning for at folk skal føle trygghet. Akuttutvalget foreslår en kraftsamling og samordning av det nasjonale kompetansemiljøet i spesialisthelsetjenesten og et kvalitetsløft for forskning, utvikling av data etc. Det vises til behovet for elektronisk pasientjournal i ambulansene, at meldeordningen for uheldige hendelser må utvides til de prehospitalene tjenestene og utvikling av et helhetlig kvalitetsindikatorsett. Forslagsstillerne mener at responstider i tillegg må forskriftsfestes.

### **Strategi for å redde liv**

Akuttutvalget viser til at 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. Derfor er det viktig å mobilisere ressursene som er rundt pasienten når sykdom inntrer. Varsling, etablering av frie luftveier, hjerte-

og lungeredning, bruk av hjertestarter og stansing av ytre blødninger er førstehjelpstiltak som alle i prinsippet kan mestre. Det er heldigvis stor vilje i befolkningen til å starte førstehjelp ved sykdom og skade, men undersøkelser viser også at førstehjelpskunnskapen i befolkningen er mangelfull. Akuttutvalget foreslår at det utarbeides en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livslang læring». Det er også nødvendig å styrke kunnskapen om psykiske lidelser og rus i førstehjelpsopplæringen. Akuttutvalget skriver at det må sikres at alle helsepersonellgrupper kan førstehjelp, og at første hjelp inngår som obligatorisk del av introduksjonsprogrammet for flyktninger. Det foreslås at det utarbeides en ny nasjonal veileder for førstehjelpsområdet for både grunnskolen og videregående skole, og at førstehjelp inngår i kompetansemålene for kroppssøving i videregående opplæring. Akuttutvalget mener at kunnskap om førstehjelp er så viktig at det må inn i forskrift om rammeplanene for lærerutdanningene. Bedre førstehjelpsopplæring kan skje i barnehager, i idretten, i førerkortopplæringen, i førstegangstjenesten, i arbeidslivet og hos spesielle målgrupper slik som eldre og innvandrere. Utplassering og registrering av hjertestartere er også et viktig tiltak. Forslagsstillerne slutter seg til at det utarbeides en slik nasjonal førstehjelpsstrategi for å mobilisere førstehjelpsressursene og styrke kunnskapen om førstehjelp i det sivile samfunnet.

### Medisinsk nødmeldetjeneste

Forslagsstillerne viser til Akuttutvalgets beskrivelse av viktigheten av gode medisinske nødmeldetjenester og befolkningens krav om tilgjengelighet av helsetjenester. Det er gode grunner for å ha krav til aksestid i legevaktssentraler og AMK-sentralene. Forslagsstillerne viser til utvalgets forslag om å bedre kvalitet og organisering av nødmeldetjenesten, behov for beslutningsstøttesystem og medisinsk kompetanse hos operatørene. Forslagsstillerne vil understreke at de ikke støtter etablering av felles nødnummer, men at samlokalisering av operasjonssentraler for nødmeldetjenester skal kunne skje der det ligger til rette for det. Lokal kunnskap hos operatørene er en viktig premiss for å sikre kvaliteten i tilbudet.

### Øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Akuttutvalget foreslår en bredt forankret akuttmedisinsk beredskap i kommunene der legevakt må være det sentrale elementet. Utvalget slår fast at kommunene har et stort ansvar for den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. Kommunelege I eller kommunelege er medisinsk faglig rådgiver i kommunen og har et særskilt ansvar for helsemessig beredskap i tilfelle kriser og katastrofer. Fastleger har ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på

sin liste i åpningstiden og har plikt til å delta i legevakt. Også omsorgstjenester yter øyeblikkelig hjelp. Kommunale brann- og redningsetater deltar ofte i akuttmedisinske situasjoner og utgjør en viktig del av kommunenes beredskap. Samhandlingsreformen har gitt kommunene et større ansvar for pasientbehandling og etablering av ø-hjelps døgnsplasser innen både somatikk og rus/psykiatri.

Legevakt er en særlig viktig del av den allmenne helseberedskapen i kommunene. Akuttutvalget skriver at deres inntrykk er at legevakt er i ferd med å bli en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjeden. Legevaktstjenesten har utfordringer med rekruttering og bemanning, og sykebesøk og utrykninger utføres i mindre grad enn ønskelig. Det finnes lite dokumentasjon på at utviklingen mot større legevaktsdistrikt og interkommunalt legevaktsamarbeid har økt kvaliteten i tjenesten. En lege på vakt, nedleggelse av legevaktstasjoner og lang reisetid til legevakt har blitt en realitet for mange innbyggere. Med lang reisetid til legevakt går bruken ned. Nedgangen i bruken av legevakt gjelder tidskritiske, mulig livstruende tilstander (røde responser) i nesten samme grad som mindre tidskritiske tilstander (gule og grønne responser). Revidert akuttmedisinforskrift har satt krav til kompetanse og nye organisatoriske krav til tilbudet. Små distriktskommuner med lange avstander kan ha utfordringer med å følge opp forskriftens nye kompetansekrav. Akuttutvalgets syn er at legevaktstjenesten må dimensjoneres og bemannes bedre etter innbyggernes og pasientenes behov for en tilgjengelig tjeneste. Utvalget mener at fastlønn for legevaktssleger må brukes hyppigere og på lengre sikt bli hovedavlønnings. Dette vil også kunne styrke kommunens styringsmuligheter.

Fastlegeordningen og legevaktstjenesten er begge kommunale ansvarsområder som må sees i sammenheng. Forslagsstillerne mener at man ikke vil klare å utvikle en god og stabil legevaktstjeneste uten en god og stabil fastlegetjeneste. Akuttutvalget skriver at legevakt er en viktig del av allmenntilstanden, og at fastlegene er best skikket til å ivareta legevaktarbeidet på grunn av sin breddekompetanse, kontinuitet og innsikt i lokale forhold. Nedgangen i fastlegens deltakelse i legevakt er derfor en uheldig utvikling. Utvalget mener det må være et sentralt mål i utviklingen av framtidens legevakt å øke fastlegers deltakelse i legevaktsarbeid. Kommunene må i større grad legge til rette for at legevaktsarbeidet kan planlegges og inngå i regulert arbeidstid og i en forutsigbar vakt- og tjenesteplan. Bedre bemanning og bredere faglig støtte gjennom bakvaksordninger er viktig for framtidig rekruttering. Samtidig må det lages økonomiske og organisatoriske ordninger som ivaretar de minste kommunenes behov slik at kvaliteten kan bli lik over hele landet.

Forslagsstillerne er i all hovedsak enige med de ulike forslagene fra Akuttutvalget om å styrke de kommunale akuttjenester inkludert legevakt. Kommuner og helseforetak bør inngå avtaler om samarbeid rundt drift av legevaktbiler. Omfanget av sykebesøk fra legevakt må økes, og det må etableres en nasjonal norm. Det må legges til rette for at legevaktsarbeidet planlegges og inngår i regulert arbeidstid. Legevaktpersonell må sikres trygghet og sikkerhet med en minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell. Fastlegeordningen må styrkes slik at den også støtter opp under utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt. Forslagsstillerne viser også til behovet for å innføre nasjonale krav som sikrer maksimal reisetid til legevakt, og som kan hindre utvikling av u hensiktsmessig store legevaktsdistrikt. Utvalget foreslår at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktsdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og at 95 prosent av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter. Ifølge Akuttutvalget var det i 2014 + 97 kommuner der den gjennomsnittlige reisetiden til legevakt var mer enn 40 minutter. Forslagsstillerne mener at det i forskrift bør tydeliggjøres at gjeldende krav til «utrykning» for bakvakt bør forstås slik Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) foreslår i rapport nr. 7-2014. Bakvakt til legevakt skal kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter. Ellers vil mange kommuner ha utfordringer med å oppfylle krav til bakvakt. Forslagsstillerne viser til at flere små distriktkommuner med store avstandsutfordringer vil ha behov for særskilte tilpasninger av legevakttilbudet. Nklm har i sin utredning til Akuttutvalget beskrevet hvordan akuttberedskapen kan se ut i praksis i ulike hovedtyper av legevaktdistrikt, gitt at nye nasjonale krav til legevakt innføres. Forslagsstillerne vil understreke behovet for retningslinjer eller veiledere for kommunens oppfølging av akuttmedisinforskriften og kvalitetsindikatorer for den kommunale legevaktstjenesten. Det må ikke skje at legevakten igjen blir hengende etter i kvalitetsutviklingen når akutttilbudet utenfor sykehus skal utvikles.

Forslagsstillerne viser til Sundvollen-erklæringen, der det står at regjeringen vil utarbeide en handlingsplan for tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegetjenesten. Forslagsstillerne viser også til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 (2015–2016)). Undersøkelsen viser blant annet at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen, og at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette er det viktig å få til en endring

av, også med tanke på at det fra 1. januar 2016 er innført nytt krav om etablering av ØHD-senger for rus/psykiatri.

### Ambulansetjenesten

Forslagsstillerne er bekymret for at det mange steder meldes om en samtidig sentralisering av ambulanse, legevakt og akutfunksjoner i sykehus. Det er viktig å opprettholde en desentralisert ambulansetjeneste og å sikre rekrutteringen og kvaliteten i tilbudet. Akuttutvalget skriver at ambulansetjenesten i økende grad blir sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov for helsehjelp. Utvalget foreslår en økt differensiering av ambulansetjenesten, der noen ambulanser får forsterket medisinsk kompetanse og andre ambulanser i sentrale strøk kan bemannes ut fra at de i hovedsak skal kunne tilby mer rene transportopdrag. Det vises i rapporten også til at akuttmedisinforskriften har fått negative konsekvenser for lærlinger i ambulansefaget. Forslagsstillerne viser til Akuttutvalgets mange forslag for å styrke ambulansetjenesten og mener at disse bør vurderes særskilt. Forslagsstillerne ser behov for en egen handlingsplan for utvikling av et desentralisert ambulansetilbud i Norge, der responstider på ambulanse, legevakt og eventuelt andre tilbud sees i sammenheng. Forslagsstillerne mener at responskravene må forskriftsfestes. Det er tiden som går før hjelp, vurdering og korrekt behandling kan starte, som er det aller viktigste. Fastlegeordningen, legevakttilbudet, akutthjelper og ambulansetilbudet er tjenester som er gjensidig avhengige av hverandre og som må utvikles og dimensjoneres i en samlet plan mellom kommune og helseforetak.

### Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

for s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) fremlegge en handlingsplan for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i legevaktstjenesten.
2. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) fremlegge en handlingsplan for tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegetjenesten.
3. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) fremlegge en handlingsplan for utvikling av en desentralisert og faglig sterk ambulansetjeneste i Norge, med forskriftsmessige responstider.
4. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) sørge for at

krav til felles akuttmedisinske planer mellom kommuner og helseforetak forskriftsfestes i en framtidig revidert akuttmedisinforskrift.

5. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) utarbeide en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livslang læring», og at denne fremmes for Stortinget på egnet vis.
6. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innføre et nasjonalt krav i forskrift om at 90/95 prosent av befolkningen skal ha en maksimal reisetid til nærmeste legevaktstasjon på 40/60 minutter.
7. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) utrede en ordning med fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt, og at legevakt blir en del av regulert arbeidstid.
8. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innføre krav om at alle legevaktstasjoner må ha tilgjengelig utrykningskjøretøy med støttepersonell, og at ingen skal arbeide alene på vakt.
9. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) sette som

nasjonal norm at legevakten utfører 20–40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år.

10. Stortinget ber regjeringen utrede ulike statlige støtteordninger som stimulerer til etablering av god legevaktpraksis i distriktskommuner med store avstandsutfordringer, slik at pasienttilbud og beredskap ivaretas i hele landet.
11. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) sette ned et bredt sammensatt utvalg for å utrede Akutthjelperordningens funksjon videre.
12. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) utarbeide en frivillighetsstrategi med tanke på helseberedskap og fremlegge den for Stortinget på egnet vis.
13. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om nødvendige tiltak for å bedre medisinsk nødmeldetjeneste, styrke den akuttmedisinske forskningen og sikre datagrunnlaget og moderne elektroniske løsninger i de prehospitale tjenestene.
14. Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innlemme de prehospitale tjenestene i meldeordningen for uheldige hendelser.

11. januar 2017

**Kjersti Toppe**

**Janne Sjelmo Nordås**

**Per Olaf Lundteigen**





