

For en bedre akuttmedisinsk tjeneste i Norge

Det akuttmedisinske hjelpeapparatet er meget komplekst, uensartet og til dels uoversiktlig organisert. Vi presenterer her forslag til en bedre akuttmedisinsk tjeneste for pasienter med akutt sykdom og skade.

Høsten 2013 ble det nedsatt et offentlig utvalg (Akuttutvalget) med mandat til å beskrive et helhetlig system som kan ivareta befolkningens behov for hjelp og trygghet ved akutt sykdom og skade. Mandatet munnet ut i rapporten *Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus* (1). I utvalget satt det blant andre seks leger (forfatterne).

Kommunene og de statseide helseforetakene har felles ansvar for den akuttmedisinske beredskapen. I henhold til Akuttmedisinforskriften (2) skal tjenestene være samordnet, men virkeligheten er ofte en annen. Når den ene parten «effektiviserer», kan oppgaver og kostnader lett skyves over på den andre – i form av et svarteperspill.

God og effektiv akuttmedisin er basert på nasjonal organisering, men er også helt avhengig av lokalt engasjement og frivillig innsats. Kommunene har ansvaret for legevaktene, en offentlig tjeneste som i forhold til landets øvrige helsetjenester er påfallende heterogen både faglig og organisatorisk. Legevaktene i Norge har nesten to millioner pasientkontakter årlig. Uten noen overordnet plan har mange kommuner gått sammen om å danne geografisk store legevaktdistrikter – med den konsekvens at blant annet reisetiden til legevakten for mange er blitt uholdbar lang. Det blir større belastning på den helseforetaksfinansierte ambulansetjenesten når legevaktene blir sentralisert.

Legeforeningen har med rette påpekt det uheldige i at fastleger «gir bort» sine vakter til mindre kvalifiserte og ofte lite lokalkjente leger (3). Som den eneste faggruppen i den nasjonale helseberedskapen arbeider legevaktleger mange steder som selvstendig næringsdrivende med stykkprisfinansiering, en ordning som avgjort bør diskuteres hvis målet er profesjonalisering og standardisering av norsk legevakt- og akuttmedisin.

Akuttutvalgets forslag

- Kommuner og helseforetak må utvikle felles planer for lokal akuttmedisinsk beredskap, inklusive kvalitetsmål med responstidskrav for akuttmedisinske tjenester. Et sammenhengende elektronisk dokumentasjonssystem må snarest innføres.
- Legevaktene må i større grad fungere som en akuttmedisinsk ressurs fremfor å utføre storvolum kveldsbehandling av ofte ikke-akutte tilstander.
- Fastlønn for legevaktleger må foretrekkes, og legevaktarbeid bør inngå i regulert arbeidstid. Legevaktleger må alltid ha

tilgang til hjelpepersonell og ikke føle seg utrygge på jobb. Alle legevakter skal ha en godt utstyrt legevaktbil, og som hovedregel bør lege rykke ut med ambulansen ved de fleste «rød respons»-oppdrag.

- Det må utarbeides grenser for maksimal kjøretid til legevakt for innbyggerne i et legevaktdistrikt.
- Det må tilrettelegges for direkte tilgang til psykiatrisk fagkompetanse ved akutt psykiisk sykdom. Alle distriktspsykiatriske poliklinikker må være tilgjengelige for direkte henvendelser på dagtid, helst også på kveldstid. Alle større bylegevakter bør ha et eget psykiatrisk tilbud. Færrest mulig akutt psykiisk syke må transporteres med bruk av tvangsmidler (politifølge). Alle helseforetak må ha døgntilbud for akutt avrusning.
- Ambulansetjenesten bør oppgraderes ved å innføre en bachelorutdanning. Tjenesten bør differensieres mer gjennom etablering av intensivambulanseordninger og ved at de fleste elektive transporter utføres av syketransportbiler. En samlokalisering av legevakt og ambulansetjeneste vil bidra til å utvikle sterke lokale akuttmedisinske miljøer.
- Offentlig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten bør utredes for å sikre en fortsatt faglig høykompetent tjeneste.
- De akuttmedisinske kommunikasjons-sentralene må utvikles. Tolketjenester må være tilgjengelig. Beslutningsstøtte og logistikkverktøy må oppgraderes. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp må digitaliseres. De offentlige akuttmedisinske forsknings- og kompetansemiljøene må samordnes.
- Det må lages avtaler mellom de ulike helseforetakene og de frivillige organisasjonene rundt utkalling og bruk av tjenester, inkludert klare avtaler om finansiering av innsats og materiell.
- Førstehjelpsopplæringen må i større grad enn i dag innefatte også generelle indremedisinske, nevrologiske og psykiatriske problemstillinger.
- Tidlig erkjennelse og behandling av hjerneslag er svært viktig. De regionale helseforetakene må utforme planer for håndtering av akutt hjerneslag, inklusive systemer for prehospital triagering. Det bør bevilges mer til forskning og informasjon om hjerneslag.

Christian Georg Lund
clund@ous-hf.no
Ewa Ness
Sverre Rørtveit

Karoline Stadheim Halvorsen
Barbro Lill Hætta
Pål Madsen

Christian Georg Lund (f. 1961) er dr.med., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ewa Ness (f. 1958) er spesialist i psykiatri og leder av Psykiatrisk legevakt i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sverre Rørtveit (f. 1949) er spesialist i allmennmedisin og kommunelege 2 i Austevoll kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Karoline Stadheim Halvorsen (f. 1983) er turnuslege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, tidligere prosjektleder i Nasjonal kompetanse-tjeneste for prehospital akuttmedisin og frivillig redningsmannskap i Norsk Folkehjelp.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Barbro Lill Hætta (f. 1972) er kommuneoverlege i Evenes, Tjeldsund og Skånland kommuner.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pål Madsen (f. 1955) er spesialist i anestesio-logi og medisinsk rådgiver i Luftambulansetjenesten i Bodø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. NOU 2015: 17. www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000ddd.pdf [9.2.2016].
2. Rundskriv I-5/15. Akuttmedisinforskriften. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. www.regjeringen.no/contentassets/bde3821703d44038a98b80923a1083ef/rundskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf [9.2.2016].
3. En legevakt for alle, men ikke for alt. Statusrapport. Oslo: Den norske Legeforening, 2015. <http://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf> [9.2.2016].

Mottatt 9.1. 2016, første revisjon innsendt 11.2. 2016, godkjent 16.2. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.