

Til partiene på Stortinget

Bergen og Oslo 27.05.2019

Ad: forskriftsfestet responstid for ambulanseutrykning

Stortinget vedtok i år 2000 veiledende responstider for ambulanse på henholdsvis 12 og 25 minutter i tettbygde og grisevredte strøk, og det var et mål at 90 % av utrykningene skulle være fremme innen denne tiden. 20 år etter viser kvalitetsindikatoren at dette målet ikke nås i noen av fylkene. Det er også stor variasjon fylkene imellom.

Ved akutt alvorlig hjernesykdom utenfor sykehus er det avgjørende at hjelpen når frem raskt, og at pasienten fraktes til sykehus så fort det lar seg gjøre. Dette er helt sentralt for en vellykket hjerneslagsbehandling hvor vi vet at hvert minutt som vinnes i behandlingsskjeden, teller for et best mulig utfall etter slaget. Tidsaspektet er også helt avgjørende ved hodeskader, hjertestans med fare for hjerneskade og epileptiske anfall av lang varighet. Målet om at minimum 90 % av utrykningene skal være innen responstider er helt i tråd med den medisinske utviklingen på disse feltene.

Statusrapporten for hjernehelsetilbudet fra 2017 viste store geografiske variasjoner i det generelle helsetilbudet til mennesker med hjernesykdom. Variasjonen i responstid er et eksempel på et svært uheldig utslag av dette.

Hjernerådet støtter LHL, LHL Hjerneslag og Ambulanseforbundet i deres krav om en forskriftsfestet responstid for ambulanseutrykning for å sikre at målet om adekvate responstider ved minst 90 % av utrykningene nås i alle landets fylker.

Med vennlig hilsen

Anette Storstein
Styreleder i Hjernerådet
Overlege dr med, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus



Aud Kvalbein
Daglig leder i Hjernerådet



Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen,
0213 Oslo

Vår ref:
TS

Deres ref:
[Ref]

20.1.2021

Revisjon av nasjonal kvalitetsindikator responstid ambulanser

Tiden det tar fra en alvorlig hendelse inntreffer til en pasient har fått nødvendig helsehjelp er ofte av avgjørende betydning for å unngå unødvendig død, tap av leveår og funksjonsnivå, eller lidelse. Hvert sekund teller, som det understrekes i Helsedirektoratets symptomkampanje på hjerneslag.

Kunnskap og fakta om hvor lang tid det tar før en ambulanse er framme kan brukes til å planlegge ressursene på en best mulig måte. Samtidig identifiserer det tiltak som kan bidra til å redusere responstiden. Her er den nasjonale kvalitetsindikatoren for responstid for ambulanser, som skal måle responstid fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsessted, viktig. Den har ikke vært oppdatert siden 2017. Vi er kjent med at det nå pågår et revisjonsarbeid i direktoratet, og har følgende kommentarer og innspill:

I revisjonen er det viktig at også berørte miljøer som ambulanspersonell og brukerorganisasjoner blir involvert.

Vi har forståelse for at man ønsker å revidere eksisterende indikator, og understreke at formålet må være å bidra til en sikker, trygg og effektiv ambulansetjeneste for alle innbyggere over hele landet. Nasjonale standarder, kompetanse hos ambulanspersonell og ressurser, for eksempel antall bile og stasjonering av disse, er avgjørende. Vi vil derfor advare mot å legge en ensidig økonomisk tilnærming til grunn for revisjonen, eller svekke målene fordi man ikke så langt har hatt tilfredsstillende oppnåelse.

For å ha et riktig bilde hvordan responstiden er, er det viktig at det i framtid som utgangspunkt blir publisert data for hver enkelt kommune, både med tall for tettbygde strøk og for grisgrendte strøk i kommunen (selvsagt innenfor rammen av personvern og også publiseres. Så får vi være åpne for noen av motargumentene. F eks hensynet til personvern m.m.) For at indikatoren skal kunne brukes til å planlegge ressursbruk og identifiserer det tiltak som kan bidra til å redusere responstiden, er det viktig med årlig oppdatering.

For øvrig viser vi til de kommentarer og innspill som er gitt av Ambulanseforbundet i Delta.



LHL

Med vennlig hilsen
LHL Hjerneslag

Tommy Skar

Tommy Skar
Generalsekretær



Ambulansetjenesten må få nasjonale retningslinjer og standarder for at alle skal få likeverdige tjenester.

Ambulansetjenesten i Norge har de siste 10-20 årene vært under en rivende utvikling. Fra å være det som ofte var enmannsbetjente biler der pasienten ikke fikk noe særlig behandling til å nå være et sterkt profesjonalisert yrke. Som Bent Høie sa det, nesten et sykehus på hjul.

I 1996 fikk ambulansesykrket en egen utdanning på videregående skole. De som jobber i ambulansen har etter dette hatt fagbrev og autorisasjon som ambulansesarbeidere. Nå er det også mulig å utdanne seg som Paramedisiner. Dette er en høyskoleutdanning som gir bachelorgrad. Dette er fremtidens utdanning for ansatte i ambulansetjenesten. Det var politikerne og helseforetakene som ville øke kompetansen i ambulansetjenesten. Grunnen til dette var ønsket om å gi publikum et bedre tilbud. De var helt klar på at kravet til de ansatte i ambulansen var så stort at en utdanning på høyskole var nødvendig. Det er bekymringsfullt å se at når det gjelder å spare penger så er ikke dette så viktig lengre.

Går man noen år tilbake i tid var jobben til de ansatte i ambulansen å kjøre fort til sykehus med pasienten. Dette er i noen tilfeller også riktig nå, men stadig flere tilstander blir stabilisert og til dels begynt behandlet ute hos pasienten.

Ambulansetjenesten utfører nå til dels meget avanserte medisinske tiltak i hjemmene til folk. Vi har til dels flyttet behandlingen ut fra sykehuset. Der vi ikke kan gjøre tiltak utenfor sykehus har de ansatte i ambulansen god kompetanse i å vurdere om pasienten trenger rask transport til sykehus for å få endelig behandling. Ved for eksempel hjerneslag som kun kan behandles på sykehus vil de fleste undersøkelsene av pasienten bli gjort i ambulansen på tur til sykehus. Da kan man raskt igangsette endelig behandling når man kommer frem til sykehuset. Denne kjeden med rask respons fra ambulanse, tiltak i ambulansen og rask behandling på sykehus vil gi pasienten mye større sjanser til å bli utskrevet uten varige men. De ansatte i ambulansen kan gi medisiner til blant annet smertelindring, medisiner mot kvalme, medisiner for pusteproblemer.

Det har kommet så langt at behandling av hjerteinfarkt også er flyttet ut til pasienten. Der kan ambulansen gi blodfortynnende medisiner og medisiner for å løse opp blodproppen ved et hjerteinfarkt. Ved hjelp av telemedisin kan leger på sykehuset vurdere EKG (hjerterprøve) og bestemme om de i ambulansen skal starte behandling for hjerteinfarkt. Disse prosedyrene som de ansatte i ambulansene utfører krever gode prosedyrer og mye kunnskap. Flere steder i landet blir antibiotikabehandling startet allerede i ambulansen. Dessverre finnes ingen nasjonale standarder og retningslinjer, dette fører til store forskjeller på behandlingstilbudet til innbyggerne.

Ikke bare kompetansen til de ansatte har blitt bedre, men utstyret i ambulansene har blitt mye bedre. Telemedisin er nevnt. Vi har medisiner, utstyr til stabilisering av benbrudd, båremateriell, avansert overvåkningsutstyr, avanserte hjertestartere og mye mer. Hva fremtiden bringer kan vi bare tenke oss. Det som kanskje ligger nærmest er ultralydundersøkelser ved hjelp av telemedisin. Også her er det store forskjeller nasjonalt.

Endel tilstander som for eksempel hjerneslag kan ikke behandles i ambulansen, men er avhengig av at pasienten kommer til sykehuset for å få behandling. Det samme gjelder mange typer skader som

Leder i Ambulanseforbundet Ola Yttre

Mail: ola.yttre@delta.no

Telefon: +4748083305



trenger kirurgi. Ved alvorlige skader kan ambulansen til en viss grad kunne stabilisere en tilstand for en liten periode, men å få pasienten raskt til sykehus er det som til slutt redder liv.

Vi ser nå en tendens til at helseforetakene velger å endre ambulanssestruktur og beredskap for å spare penger. Helseforetakene argumenterer med at de setter inn kompenserende tiltak. Det er veldig positivt med økt kompetanse hos brannvesen og kommunale instanser eller lignende. *Det som er viktig er at alle disse tiltakene er i tillegg til ambulansen og ikke i stedet for.* Hvis ikke tar de bort den delen av tjenesten som er i stand til å frakte pasienten til sykehus. Dermed blir tiden før pasienten får endelig behandling på sykehus utsatt. Dette kan i verste tilfelle være livstruende. Ved hjerneslag kan denne økte tidsbruken før pasienten kommer til sykehuset bety at pasienten kan bli pleietrengende resten av livet. Dette har både menneskelige og økonomiske konsekvenser. Det hjelper ikke at en person kommer raskt frem til pasienten når denne ikke har hjelpemidler, kunnskap eller kan frakte pasienten til sykehus.

Responstid må regnes fra den tiden første ambulanse kommer frem til pasienten, og ikke når første hjelper uansett type kommer frem til pasienten. Alle forsøk på å omdefinere dette må stoppes.

Det er for tiden mye debatt om responstid og beredskap. Ambulansetjenesten er i dag spydspissen i behandlingen utenfor sykehusene. Det hjelper ikke å sende en brannbil eller en kommunal sykepleier for å erstatte en ambulanse. Disse har ikke kompetanse eller hjelpemidler til å starte avansert behandling på for eksempel hjerteinfarkt, de kan ikke smertelindre et barn med benbrudd for så å trekke bruddet på plass igjen. De kan heller ikke transportere en pasienter som trenger rask transport til sykehus. Så å erstatte ambulanser med andre typer ressurser for å spare penger går direkte utover pasientene.

Vi ser nå at helsedirektoratet i samarbeid med helseforetakene vil omdefinere hvordan responstiden til ambulansen skal regnes. Ambulansseforbundet er bekymret for at regnemetoder kan bli brukt for å spare penger. Dette kan gi dårligere tilbud til innbyggerne.

Ambulansen er de som kan drive avansert behandling ute på skadestedet. Samtidig så er de den ressursen som kan transporterer pasienten til sykehus hvis behandlingen ikke kan startes på skadestedet.

Det har over en lang periode vært en tydelig trend at antall oppdrag øker mens antall ambulanser ikke øker tilsvarende. I 2011 var det 512 ambulanser i drift på landsbasis som kjørte til sammen 600792 oppdrag. I 2019 var det 524 ambulanser i drift som kjørte til sammen 741624 oppdrag. Dette er henholdsvis 1173 turer pr bil i 2011 mot 1415 turer pr bil i 2019. Dette viser et tydelig økt press på ambulansetjenesten. For å sikre likeverdige tjenester må politikerne lovfeste responstid. Definisjonen på responstid må regnes ut fra når første ambulanse er på stedet, og ikke når første ressurs er på stedet.

(<https://www.ssb.no/statbank/table/09556/tableViewLayout2/>)

Det er nå store forskjeller på tjenestene publikum får avhengig av hvor de bor i landet. Dette gjelder både medisinske tilbud i ambulansen og tilgang til ambulanser. Ambulansseforbundet er helt klar på at vi må få nasjonale retningslinjer og standarder for å kunne gi likeverdig tilbud til alle.

Leder i Ambulansseforbundet Ola Yttre

Mail: ola.yttre@delta.no

Telefon: +4748083305

Notat- prøveordning dagambulanse Snåsa – evalueringsrapport

Til
Snåsa kommune
v/ Ordfører Arnt Einar Bardal

Brannvesenet Midt IKS har ikke fått denne saken til høring, og dermed leverer man heller ikke noen egen på dette. Men oversender våre innspill til Snåsa kommune.

Viser til vedlagt statistikk som viser de hendelser brannvesenet rykket ut til i denne prøveperioden med ambulanse. Ser rapporten stort sett omhandler de rene ambulanseoppdragene. Mens statistikken vår viser de akutte hendelser som har skjedd i kommunen, og som også Helse responderer på. De som er avmerket oransje, er hendelser det er nødvendig, og ønskelig, at ambulansen kommer raskt til. Dette er hendelser som har/ eller kan ha personskader der respons fra ambulanse er naturlig. Bakerst kolonne har man merket i grønt de hendelser i prøveperioden som har skjedd utenom det tidspunkt ambulanse er stasjonert i Snåsa. Man har ikke gått i dybden med å undersøke varsling av hvilke ressurser på disse hendelsene. Men det er hendelser det de fleste ganger er naturlig med trippelvarsling til alle nødetater.

Når det gjelder konsekvens med prøveperioden, leser man er at det ikke har medført uforsvarlighet i helsetjenesten. For vår del er det flere av de hendelsene som det i utgangspunktet ikke er naturlig at brannvesenet blir utkalt til, men som man nå i prøveperioden har blitt utkalt på. Likedan er et viktig moment det at mange av våre ansatte kjenner på utilstrekkelighet i kompetanse, med det å bli utkalt på hendelser man mangler kompetanse eller erfaring/øvelser med. Dette er ikke en god situasjon.

Det man ser er, at er det ingen andre å sende, sender AMK brann. Det vil bety at dess sjeldnere ambulanse er på plass, dess oftere vil bli utkalt på hendelser der man mangler kompetanse, eller vi som brannvesen er gitt ansvar for. Man frykter at, før eller siden, blir vi utkalt på en hendelse som noen i ettertid kan stille spørsmål med vår håndtering av. Hvem har da ansvaret? Med de amerikanske tendenser vi ser, er det bare et spørsmål om tid før noen ønsker å saksøke noen for å ha gjort for mye eller for lite.

Det refereres til Røyrvik-prosjektet. Det syns brann er en bedre måte å organisere, eller innrette seg etter. Da tar man som utgangspunkt at ambulansen aldri/sjelden er tilgjengelig lokalt, men har lang responstid. Med det som utgangspunkt, må man rigge seg lokalt, for å håndtere hendelser. Der kaller man ut personell med helsefaglig bakgrunn med tilleggsutdannelse i akuttmedisin sammen med at man kaller ut brannmannskaper. Ved slike oppdrag bistår brannmannskaper kun med praktiske oppgaver, eller oppgaver gitt av helsepersonell. Dette er en løsning våre mannskaper har gitt god tilbakemelding på. Likedan føler man en trygghet for at pasienten blir hjulpet på riktige måte.

Dette er en ordning som er kostbar for den enkelte kommune. Slike løsninger sparer ressurser for helseforetaket, men påfører kommunene ekstrakostnader. Fra et innbyggerperspektiv er



Brannvesenet Midt IKS

det jo hjelp man ønsker, og da primært en ambulanse, eller annet kvalifiserte helsepersonell. Veldig få ønsker bistand fra en brannmann med 3 timers førstehjelpsøvelse.

Vi i brann har etterspurt lenge. Hva skal brann sitt ansvar være i lys av de reformer som helse og politi gjennomfører? Dette er noe det vises liten vilje til fra regjeringens side å ta tak i. I mellomtiden føler man at brann, med en god lokal beredskap, kan utnyttes av andre etater for å spare ressurser.

Vil avslutte med at hvis brann hadde benyttet samme parameter som helse for å vurdere om det faglig sett, er forsvarlig å ha en stedlig beredskap, så ville man mest sannsynlig endt opp med kun ha hatt beredskap på Steinkjer.

Burde staten benytte forskrifter for å styre helseforetakene, på samme måte de gjør for kommunene og brannberedskap. For overfor kommunene er tillitten ifra staten liten. Holdningen er, at hvis kommunene får bestemme selv, vil de bygge ned lokalberedskapen, dermed styrer man med strenge statlige forskrifter som må etterleves.

Vennlig hilsen

Per Tore Bratberg
Styreleder

Håvard Bye
Daglig leder/Brannsjef

1 vedlegg