

Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

Dokument nr. 3:9 (2005–2006)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 - 120 - 3 924 22 781 3

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige virksomheter kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefaks: 22 24 98 60
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Akademika
Telefon: 800 80 960 / 22 18 81 00
Telefaks: 22 42 05 51 / 22 18 81 01
E-post: offpubl@akademika.no
www.akademika.no

ISBN: 82-90811-67-5

Forsidefoto: Nordlandsposten, Samfoto
Forsidedesign: Agendum See Design as

Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

Dokument nr. 3:9 (2005–2006)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger fram Dokument nr. 3:9 (2005–2006)

Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonen, 28. juni 2006.

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Oppsummering av undersøkelsen	7
2.1	Utgiftene til ambulansetjenestene varierer	7
2.2	Tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester varierer	8
2.3	Kompetansen i møte med pasienten i akuttkjeden varierer	8
2.4	Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i akuttsituasjoner kan forbedres	8
2.5	Det er få styringskrav og lite dokumentasjon av resultater i den akuttmedisinske kjeden	9
3	Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer	9
4	Riksrevisjonens bemerkninger	9
5	Helse- og omsorgsdepartementets svar	10
6	Riksrevisjonens uttalelse	10
	Vedlegg: Rapport	11

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

1 Innledning

Den akuttmedisinske hjelpen er for mange pasienter det første møtet med helsetjenesten, og *tid* er ofte en kritisk faktor som kan ha stor betydning for pasientenes overlevelse og rehabiliteringspotensial. Rask tilgang til akuttmedisinske tjenester av høy kvalitet er derfor av avgjørende helsemessig betydning, i tillegg til at det er viktig for befolkningens trygghetsfølelse. Det er viktig at befolkningen får raskt svar når de ringer AMK-sentralen (113), at ambulansen kommer raskt til skadestedet, og at pasienten raskt får hjelp på sykehuset.

En stor andel av pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten, har behov for øyeblikkelig hjelp. I 2004 skyldtes 574 047 dag- og døgnopphold øyeblikkelig hjelp. Samme år utførte ambulansetjenesten totalt 495 324 ambulanseoppdrag med driftskostnader på 2,3 milliarder kroner.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse i hvilken grad befolkningen har tilfredsstillende og likeverdig tilgjengelighet til medisinsk nødhjelp gjennom AMK-sentralene, ambulansetjenestene og akuttmottakene i sykehusene. Formålet har videre vært å vurdere hvordan ressursene styres, organiseres og utnyttes for å nå de overordnede helsepolitiske målsettingene om likeverdig tilbud og høy kvalitet i den akuttmedisinske kjeden.

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 31. mars 2006. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 4. mai 2006 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Mottatte merknader til rapportens faktadel er tatt hensyn til og innarbeidet i rapporten. Riksrevisjonens rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg.

2 Oppsummering av undersøkelsen

Undersøkelsen er basert på flere datakilder og omfatter dokumentanalyse, innhenting av registerdata, intervjuer og spørreskjema. I dokumentanalysen inngår diverse offentlige utredninger, stortingsmeldinger og proposisjoner, de årlige styringsdokumentene til regionale helseforetak fra Helse- og omsorgsdepartementet og dokumenter fra helseforetakene. For å belyse aktivitetsnivå og kostnader i akuttkjeden er statistikk fra SSB, Norsk pasientregister og fra SINTEF Helse innhentet og analysert. For å belyse hvor lang tid det tar fra AMK-sentralen blir varslet til ambulansen ankommer sykehuset, er det innhentet tidsregistreringsdata for 2003 og 2004 fra

14 AMK-sentraler som har registreringsverktøyet AMIS. Disse analysene baserer seg på nærmere 110 000 akutt-uttrykninger.

Det ble i 2004/2005 sendt ut spørreskjema til 35 akuttmottak og 30 AMK-sentraler og ambulansetjenester. Spørreskjemaundersøkelsen ga informasjon om bemanning og kompetanse i tjenestene og ytterligere informasjon om organisering, styring, aktivitet og resultater.

I 2005 ble det i tillegg gjennomført intervjuer i 13 AMK-sentraler, 13 ambulansetjenester, 16 akuttmottak og av 18 ledere i helseforetak. Undersøkelsen belyste arbeidsprosesser, utfordringer og virkemiddelbruk i de akuttmedisinske tjenestene.

2.1 Utgiftene til ambulansetjenestene varierer

Øyeblikkelig hjelp utgjør en stor andel av sykehusenes totale aktivitet. Undersøkelsen viser at i 2004 var det ved de somatiske sykehusene 558 275 døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette utgjør 66 prosent av alle døgnopphold. Tilsvarende tall for dagopphold er 15 772 opphold som utgjør 3 prosent.

Driftskostnadene for ambulansetjenestene i 2004 var 2,3 milliarder kroner, og dette utgjør 3,6 prosent av helseregionenes totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten. Kostnadene er høyest i Helse Nord med 574 millioner kroner og lavest i Helse Vest med 381 millioner kroner. Helse Nord (7,1 prosent) og Helse Midt-Norge (4,1 prosent) ligger over landsgjennomsnittet i ressursbruk til ambulansetjenesten, målt i andel av totale driftskostnader for hver helseregion. Undersøkelsen viser også at det er store variasjoner mellom helseregionene når det gjelder hvor lenge ambulansene venter mellom hvert oppdrag. For eksempel har Helse Nord nesten fire ganger så mange beredskapstimer per oppdrag som Helse Øst. Ressursinnsatsen i Helse Nord og Helse Midt-Norge må imidlertid sees i sammenheng med at befolkningen bor spredt. Dette gjør at det er mer kostbart å opprettholde beredskapen, og at ambulanseoppdragene ofte er lengre enn i de andre regionene, både i tid og kjørte kilometer.

Undersøkelsen viser at ambulanse ofte brukes til rene transportoppdrag, selv når dette kan utføres med andre transportmidler, som for eksempel drosje. Flere helseforetak mangler eller bruker i liten grad alternative transportmidler for pasienter som har behov for å ligge, men som ikke trenger overvåking eller behandling. Flere helseforetak har vurdert andre transportmidler, og enkelte har innført en ordning med en såkalt helseekspres som frakter pasienter i buss til og fra sykehus. I tillegg

skilles det i enkelte AMK-regioner mellom egne transportambulanser eller to-bårebiler og andre ambulanser. Unødig bruk av ambulanse kan gå ut over beredskaps-situasjon og ressursutnyttelse.

Det kan på denne bakgrunn reises spørsmål om det i alle distrikter rettes tilstrekkelig oppmerksomhet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenesten.

2.2 Tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester varierer

Pasienter som har akutt behov for helsehjelp, må i gjennomsnitt vente ca. 12 minutter fra AMK-sentralen er varslet til ambulansen er framme på skadestedet. Flere enn halvparten av akuttutrykningene har ventetid som er kortere enn gjennomsnittet på 12 minutter. Dette betyr at et mindre antall utrykninger med lang ventetid drar opp gjennomsnittet. 6,5 prosent av akuttturene har en ventetid på over 25 minutter. Det er imidlertid variasjoner i ventetid mellom og innen de ulike AMK-distriktene. Andelen akutturer med en ventetid på over 25 minutter varierer fra 2 prosent for Ullevål til 26 prosent for Orkdal. En tilsvarende undersøkelse gjennomført av riksrevisjonen i Skottland (NAO) i 1999 viste at 75 prosent av akuttutrykningene hadde responstid på under 12 minutter, og 95 prosent innen 19 minutter.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at i kommuner der under 25 prosent av befolkningen bor i tettbygd strøk, har 10 prosent av akuttutrykningene en ventetid på over 38 minutter. Det er variasjon i responstider også mellom bykommuner ved at andelen akuttutrykninger over 12 minutter varierer fra 12 til 34 prosent. Det antas derfor at det fortsatt er et potensial for å redusere responstidene i enkelte distrikter.

Ventetiden på ambulanse utgjør i gjennomsnitt bare ca. 27 prosent av den samlede tidsbruken i et akuttoppdrag. Gjennomsnittlig oppdragslengde er ca. 46 minutter og varierer fra 39 til 86 minutter mellom de ulike AMK-distriktene.

Undersøkelsen viser at pasienter som ankommer sykehusenes akuttmottak, kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege. I tillegg er ofte ventetiden lang før de blir overført til andre avdelinger i sykehuset. For de sykehusene som kan oppgi gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket, varierer denne ventetiden fra én til fire timer. Ventetiden skyldes i hovedsak at lege ikke er tilgjengelig, og i tillegg kan det være interne kapasitets- og koordineringsproblemer som gjør det vanskelig å få pasienter plassert på sengepost. Problemene med å finne plass på sengepost synliggjøres også av sykehusenes varierende resultatoppnåelse på den nasjonale kvalitetsindikatoren *andelen korridorpasienter*.

2.3 Kompetansen i møte med pasienten i akuttkjeden varierer

I landet som helhet manglet 44 prosent av ambulansepersonellet fagbrev i 2004. I tre av fem helseregioner

hadde under 50 prosent av ambulansepersonellet fagbrev. Andelen er lavest i Helse Nord med 27 prosent, og deretter følger Helse Midt-Norge med 38 prosent. I disse to regionene har ambulansepersonellet ofte ansvaret for pasienten i lengre tid under akuttutrykningene enn i de andre regionene. Her tar akuttoppdragene i gjennomsnitt ca. én time, mens gjennomsnittet for landet sett under ett er på ca. en halv time. I behandlingen av *Akuttmeldingen* understreket sosialkomiteen at der avstanden til sykehus er lang, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til ambulanse- og luftambulansetjenesten.¹ Det kan stilles spørsmål om kompetansen i de to nevnte regionene er høy nok sett på bakgrunn av at de skal ivareta pasientens sikkerhet over så lang tid.

For AMK-sentralene har Statens helsetilsyn i 2005 påpekt at forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at det er minst to kvalifiserte AMK-operatører til stede i sentralen. I alle regionene er det i gjennomsnitt ca. to personer på vakt per AMK-sentral på hverdager. Likevel hadde 11 av 30 AMK-sentraler én person på vakt hele eller deler av døgnet i 2003. Dette gjelder helseforetak i alle helseregioner med unntak av Helse Sør. Det kan stilles spørsmål ved om kvaliteten på tjenesten er tilstrekkelig når det bare er én AMK-operatør på vakt.

I akuttmottakene er det som regel en turnuskandidat som først vurderer pasientene. Mangel på erfaring hos turnuskandidatene kan føre til at det tar lang tid å få avklart pasientenes tilstand, noe som kan føre til opphopning av pasienter som venter på å bli vurdert. Lang ventetid kan også være et resultat av at akuttmottakene i liten grad har mulighet til å styre bruken av legeressurser. Særlig gjelder dette erfarne leger fordi disse sjelden er direkte tilknyttet akuttmottaket. Det at det i hovedsak er turnuskandidater som vurderer pasienter i akuttmottak, kan også føre til unødvendige innleggelser fordi turnuskandidater ikke har myndighet til å avvise pasienter. Det kan stilles spørsmål ved om legekompertansen som benyttes i akuttmottakene, er tilstrekkelig for å sikre effektiv behandling av pasientene.

2.4 Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i akuttsituasjoner kan forbedres

Undersøkelsen viser at det mange steder er utfordringer knyttet til kommunikasjon og informasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I enkelte akuttsituasjoner har AMK-sentralene og ambulansetjenestene vanskeligheter med å få kontakt med leger i vakt i kommunene fordi disse ofte ikke er tilknyttet helseradio-nettet. Dette skjer til tross for at primærhelsetjenesten er forpliktet til å bistå ved akutte hendelser og til å være tilknyttet dette landsdekkende kommunikasjonsnettet.

¹ Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 2, til St.meld. nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap.

Videre blir ikke AMK-sentralene alltid informert når primærhelsetjenesten rekvirerer ambulansetransport til og fra legevakt. Dette kan gå ut over AMK-sentralenes oversikt og kontroll over ambulansene og beredskapssituasjonen.

Det er mange steder også et problem at primærlegene sjelden rykker ut til skadestedet og bistår ambulansespersonellet i akutsituasjoner. Ambulansepersonellet er dermed ofte det eneste helsepersonellet som vurderer og behandler pasienten før ambulansen ankommer sykehus eller legevakt. Ambulansepersonellet er pålagt et betydelig ansvar som stiller store krav til helsefaglig kompetanse. Det må antas at det i mange tilfeller ville være en god støtte at pasienten blir sett til av lege, selv om ambulansespersonellet alltid har mulighet til å konferere med lege på helseradionettet eller telefon. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad er gjennomført tiltak for å sikre at tjenestenivåene kommuniserer og samarbeider på en måte som gir befolkningen et best mulig akuttmedisinsk tilbud.

2.5 Det er få styringskrav og lite dokumentasjon av resultater i den akuttmedisinske kjeden

De regionale helseforetakene omtaler i liten grad situasjonen og konkret resultatoppgåelse i akuttkjeden i sin rapportering til departementet gjennom de årlige meldingene for 2003 og 2004. Ca. halvparten av AMK-sentralene og ambulansetjenestene benyttet i 2004 et tidsregistreringsverktøy (AMIS) som er egnet til å analysere og rapportere om resultater. Det kommer fram av undersøkelsen at systemet brukes ulikt, og det er derfor ikke tilgjengelig informasjon innen den enkelte helseregion eller for landet som helhet, som kan fortelle om utviklingen i blant annet responstider. Sosialkomiteen har understreket betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag på akuttområdet, og bedt departementet om å følge nøye med på utviklingen i responstider.² Det kan på bakgrunn av det ovenstående stilles spørsmål om dette er tilfredsstillende fulgt opp av departementet.

Undersøkelsen viser at det som regel heller ikke internt i helseforetakene er utarbeidet konkrete målsettinger eller stilt krav til rapportering når det gjelder kvalitet og resultater i akuttkjeden. Det er i liten grad stilt krav til prehospitale responstider eller til ventetider i akuttmottakene. Mange tjenester i akuttkjeden mangler årsplaner og årsmeldinger, og særlig gjelder dette akuttmottakene.

3 Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 4. mai 2006 gitt sine kommentarer til rapporten. Samtlige av disse er innarbeidet i rapporten.

2) Jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 5, og B. innst. S. nr. 11 (2002–2003), side 72.

4 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonens undersøkelse viser at driftsutgiftene til ambulansetjenestene varierer mellom de ulike helseregionene, fra 574 millioner kroner i Helse Nord til 381 millioner kroner i Helse Midt-Norge.

Ambulansepersonellens andel av totale driftsutgifter er høyest i Helse Nord med 7,1 prosent og i Helse Midt-Norge med 4,1 prosent. Det framgår videre at det er store variasjoner mellom helseregionene i hvor lenge ambulansene venter mellom hvert oppdrag, fra 5 timer i Helse Øst til 19 timer i Helse Nord. Undersøkelsen viser at ambulansene mange steder brukes til rene transportoppdrag, og at alternative transportmidler i liten grad tas i bruk. Riksrevisjonen reiser ut fra dette spørsmål om det i alle distrikter er tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenestene.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er rimelig god tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester. 60 prosent av dem som ringer AMK-sentralen, får hjelp innen 12 minutter. Det er imidlertid en del variasjon, også i bykommuner. I bykommunene varierer andelen akuttutrykninger under 12 minutter fra 66 prosent til 88 prosent. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor rom for forbedringer i responstidene i enkelte av distriktene.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at ventetiden i akuttmottaket kan bli lang for enkelte pasienter. Én årsak kan være manglende sengekapasitet og et stort antall korridorpasienter andre steder i sykehuset. Dette fører til en opphopning av pasienter i akuttmottaket. Organiseringen av akuttmottaket er en annen faktor som har betydning for ventetiden. For eksempel kan ordningen med at det er turnuslegene som først tar imot og vurderer pasientene, bidra både til at vurderingen av hver pasient tar lengre tid, og til at pasienter unødig kan bli lagt inn på sykehuset, siden disse legene ikke selv har myndighet til å avvise pasienter. Det er sannsynlig at effektiviteten i mottaket kunne ha vært bedret dersom personellet også omfattet mer erfarne leger. Effektiviteten i akuttmottaket er i betydelig grad avhengig av hvordan resten av sykehuset fungerer, og det er derfor etter Riksrevisjonens vurdering viktig å redusere andelen korridorpasienter og sørge for at det ikke oppstår flaskehalser i pasientflyten andre steder i sykehuset. Det framgår av undersøkelsen at det i liten grad rapporteres om resultater, og det har også vært liten oppmerksomhet rettet mot å utvikle styringsparametere på akuttområdet. Riksrevisjonen mener undersøkelsen gir grunn til å reise spørsmål om departementet har nødvendig styringsinformasjon på et så viktig område, hvor hjelpen kan være livsnødvendig og det i tillegg ofte er lange reiseavstander.

Fortsatt har kun litt over halvparten av ambulansespersonellet fagbrev. Ambulansepersonellet er ofte det eneste personellet til stede og må gi pasienten nødvendig behandling i inntil én time før ambulansen ankommer sykehuset. Mangel på tilstrekkelig kompetanse i slike

situasjoner kan være kritisk. Riksrevisjonen stiller derfor spørsmål ved om departementet i tilstrekkelig grad har fulgt opp sosialkomiteens understrekning av at det er viktig å stille faglige krav til personellet der avstanden til sykehus er lang. Riksrevisjonen mener departementet nå bør klargjøre hvordan forsvarlig tilsyn med pasientene på disse stedene skal sikres.

Mange steder er det et problem at primærhelsetjenesten i liten grad bistår i akutsituasjoner. I enkelte akutsituasjoner har AMK-sentralene og ambulansetjenestene vanskeligheter med å få kontakt med leger i vakt i kommunene fordi disse ofte ikke er tilknyttet helseradionettet. Det er alvorlig at primærhelsetjenesten i disse tilfellene ikke oppfyller sin forpliktelse til å bistå ved akutte hendelser og til å være tilknyttet dette landsdekkende kommunikasjonsnett. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved den nedprioriteringen primærhelsetjenesten gjør av akuttberedskapen og ved om samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten får tilstrekkelig oppmerksomhet.

5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet som i brev av 9. juni 2006 har svart: *"Departementet har ingen ytterligere kommentarer til rapporten."*

6 Riksrevisjonens uttalelse

Riksrevisjonen konstaterer at departementet ikke har kommentert de spørsmålene som ble reist i Riksrevisjonens bemerkninger.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er stor variasjon i helseregionenes driftsutgifter til ambulansetjenestene. Noe av variasjonen kan forklares med at befolkningen bor spredt. Ambulanse brukes imidlertid mange steder til rene transportoppdrag, og i tilfeller hvor ambulanse ikke er nødvendig, kan det gå ut over både beredskapssituasjonen og ressursutnyttelsen. Riksrevisjonen har ut fra dette reist spørsmål om det i alle distrikter er tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnads-effektiv drift av ambulansetjenestene.

Tid er ofte en kritisk faktor i akuttkjeden og kan være avgjørende for pasientens overlevelse og rehabiliteringspotensial. Riksrevisjonens undersøkelse viser at ventetiden er relativt kort for mange akutturer. Likevel varierer tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester. I bykommuner varierer andelen akuttutrykninger som tar under

12 minutter, fra 66 til 88 prosent. Riksrevisjonen har på denne bakgrunn påpekt at det kan være rom for forbedringer i enkelte av distriktene.

I de tilfellene der pasienten blir kjørt til sykehus for videre behandling, kan pasienten risikere å måtte vente lenge i akuttmottaket før behandling blir gitt. Riksrevisjonen har i bemerkningene tatt opp at effektiviteten i akuttmottaket kan bedres dersom personellet også omfatter mer erfarne leger. Akuttmottaket er imidlertid i betydelig grad også avhengig av hvordan resten av sykehuset fungerer, og etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor viktig å redusere andelen korridorpasienter og sørge for at det ikke oppstår flaskehalser i pasientflyten andre steder i sykehuset.

Det framgår av undersøkelsen at det i liten grad rapporteres om resultater, og det har også vært liten oppmerksomhet rettet mot å utvikle styringsparametere på akuttområdet. Riksrevisjonen har derfor reist spørsmål om departementet har nødvendig styringsinformasjon på et så viktig område, hvor hjelpen kan være livsnødvendig og det i tillegg ofte er lange reiseavstander.

Riksrevisjonens undersøkelse har vist at der reiseavstandene er lange, mangler ambulansepersonell i større grad fagbrev enn i andre områder der reiseavstanden er kortere. Siden ambulansepersonellet ofte er det eneste personellet til stede, og derfor må gi pasienten nødvendig behandling, vil mangel på tilstrekkelig kompetanse kunne være kritisk. Riksrevisjonen har derfor stilt spørsmål ved om departementet i tilstrekkelig grad har fulgt opp sosialkomiteens understrekning av at det er viktig å stille faglige krav til personellet spesielt der avstanden til sykehus er lang. Riksrevisjonen har videre påpekt at departementet nå bør klargjøre hvordan forsvarlig tilsyn med pasientene kan sikres.

Et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig i akutsituasjoner. Riksrevisjonens undersøkelse viser at AMK-sentralene og ambulansepersonellet i enkelte akutsituasjoner har vanskeligheter med å få kontakt med leger på vakt i kommunene. Riksrevisjonen har på denne bakgrunn reist spørsmål ved primærhelsetjenestens nedprioritering av akuttberedskapen, og ved om samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten får tilstrekkelig oppmerksomhet. Når tid er en viktig faktor, kan det manglende samarbeidet få store konsekvenser for pasientene.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 21. juni 2006

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Ranveig Frøiland

Geir-Ketil Hansen

Therese Johnsen

Rapport: Akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

Vedlegg til Dokument nr. 3:9 (2005–2006)

Innhold

1	Innledning	14
1.1	Bakgrunn for undersøkelsen	14
1.2	Formål og problemstillinger	14
2	Metode og datagrunnlag	15
2.1	Dokumentanalyse	15
2.2	Registerdata av tidsbruk og ventetid i akuttkjeden	15
2.3	Spørreskjemaundersøkelsen til AMK-sentralene, ambulansetjenestene og akuttmottakene	16
2.4	Intervjuundersøkelse av ledere ved AMK-sentraler, ambulansetjenester og akuttmottak	16
3	Revisjonskriterier	17
3.1	Krav til tilgjengelighet	17
3.2	Krav til faglighet og kompetanse	19
3.3	Krav til styring, organisering og ressursutnyttelse	19
3.3.1	Krav til styring og ressursutnyttelse	19
3.3.2	Krav til organisering	20
4	Faktagrunnlag	21
4.1	Kostnader og aktiviteter i akuttkjeden i helseforetakene	21
4.2	Hvordan er helseforetakene innrettet for å ivareta tilgjengeligheten til de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og i akuttmottak?	21
4.2.1	Aktivitet og bemanning i AMK-sentralene	22
4.2.2	Aktivitet og bemanning i ambulansetjenestene	23
4.2.3	Aktivitet og bemanning i akuttmottakene i somatiske sykehus	26
4.3	Hvordan er befolkningens tilgang til akuttmedisinske spesialisthelsetjenester utenfor sykehus?	28
4.3.1	Er tidsbruken i den prehospital akuttkjeden effektiv?	28
4.3.2	I hvilken grad er tidsbruken i akuttmottakene effektiv?	35
4.4	Hvordan er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved akuttutrykninger?	37
4.5	Hvilke styringsvirkemidler bruker Helse- og omsorgsdepartementet i styringen av de regionale helseforetakene på akuttområdet i 2003–2005?	38
4.6	Hvordan er styringen og resultatoppfølgingen i akuttkjeden innrettet for å sikre tilgjengelighet og kvalitet?	39
4.6.1	Styring og resultatoppfølging i akuttmottakene	40
4.6.2	Styring og resultatoppfølging i AMK-sentralene	41
4.6.3	Styring og resultatoppfølging i ambulansetjenesten	41
5	Vurderinger	42
5.1	Varierende utgifter til ambulansetjenestene	42
5.2	Varierende tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester for befolkningen	42
5.3	Varierende kompetanse i møte med pasienten i akuttkjeden	43
5.4	Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i akuttsituasjoner kan forbedres	43
5.5	Det er få styringskrav og lite dokumentasjon av resultater i den akuttmedisinske kjeden	43
Vedlegg 1		45

Figuroversikt

Figur 1	Antall ambulanser etter helseregion. 2004	23
Figur 2	Utrykninger med ambulanse fordelt på hastegradene akutt, haster og vanlig. Prosentvis fordeling for helseregionene i 2003.	24
Figur 3	Beredskapstimer per oppdrag og kjørte kilometer per oppdrag etter helseregion i 2004	25
Figur 4	Gjennomsnittlig og median ventetid på ambulanse ved akuttur i 2003 og de tre første kvartalene i 2004	28
Figur 5	Gjennomsnittlig ventetid på ambulanse ved akuttur etter AMK-distrikt og tid på døgnet for henvendelse til AMK-sentral. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	29
Figur 6	Fordeling av ventetid på ambulanse ved akuttur etter AMK-distrikt. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004. Kumulativ prosent	30
Figur 7	Akuttutrykninger innenfor hvert AMK-distrikt etter ventetid på ambulanse. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004. Prosent	30
Figur 8	Andel akuttutrykninger med under 12 minutter ventetid på ambulanse i utvalgte bykommuner etter AMK. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	31
Figur 9	Gjennomsnittlig ventetid på ambulanse ved akuttur etter bydel. AMK Oslo. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	32
Figur 10	Fordeling av ventetid på ambulanse ved akuttur. Etter andel av kommunenes befolkning som bor i tettbygd strøk. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	33
Figur 11	Utrykningsenhetens omsorgstid – fra ambulansen er framme på hentested til pasienten er levert på leveringssted ved akuttur. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	34
Figur 12	Tidsbruk splittet opp i AMKs tidsbruk, utrykningsenhetens tidsbruk fram til hentested og enhetens omsorgstid. Gjennomsnitt i AMK-distrikt. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004	34

Tabelloversikt

Tabell 1	Totale driftskostnader for ambulanse og luft-ambulanse etter regionalt helseforetak (RHF) i 2004. 1000 kroner	21
Tabell 2	Antall gjennomførte ambulanseoppdrag fordelt på type og helseregion i 2004	21
Tabell 3	Antall døgnopphold og dagbehandlinger i somatiske sykehus fordelt på innleggelsesmåte og region i 2004	21
Tabell 4	Anrop til 113, hendelser der det oppstår et medisinsk hjelpebehov basert på 113-anrop, og hendelser som ikke er basert på anrop til 113. Gjennomsnitt for AMK-sentraler per dag for 2003, fordelt etter helseregion	22
Tabell 5	Gjennomsnittlig antall helsepersonell på vakt per AMK-sentral i løpet av døgnet på hverdager i 2003 fordelt på helseregion	22
Tabell 6	Enmannsbetjente ambulanser med ledsagerordning. Etter type ambulanse, helseregion og foretak i 2004	25
Tabell 7	Prosentvis fordeling av antall årsverk i ambulansetjenesten. Fordelt på type kompetanse og helseregion. Tall for 2003 og 2004	26
Tabell 8	Antall registrerte akuttinntak i somatiske sykehus etter helseregion i 2005	26
Tabell 9	Antall observasjonsposter fordelt på helseregion i 2004	27
Tabell 10	Gjennomsnittlig antall helsepersonell per akuttinntak. Fordelt på type kompetanse og helseregion i 2003	28
Tabell 11	Prosentandel av akuttturene i AMK-distriktene UNN og Vestfold med ventetid på ambulanse under 8, 12 og 25 minutter og median i 2001 og 2003–2004	31
Tabell 12	Gjennomsnittlig liggetid i akuttinntak	36
Tabell 13	Andel av lårhalsoperasjoner utført innen 48 timer fordelt etter helseregion. Første tertial 2005	37
Tabell A	Utvalg og frafall av akutturer i analysen av responstider. Andel av alle akutturer i hvert AMK-distrikt. 2003 og 2004	45
Tabell B	Antallet akutturer som utgjør utvalgene i analysen av de ulike tidsintervaller i den prehospitale kjeden. 2003 og 2004	46

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Den akuttmedisinske hjelpen er for mange pasienter det første møtet med helsetjenesten, og *tid* er ofte en kritisk faktor som kan avgjøre om pasientene overlever, og deres rehabiliteringspotensial. Rask tilgang til akuttmedisinske tjenester er derfor av avgjørende betydning, i tillegg til at det er viktig for befolkningens trygghetsfølelse. Det er viktig at befolkningen får raskt svar når de ringer AMK-sentralen (113)¹, at ambulansen kommer raskt til skadestedet, og at pasienten raskt får hjelp på sykehuset.

Et stort antall pasienter fraktes årlig med ambulanse til videre helsehjelp, som regel til sykehusenes akuttmottak. I 2004 ble det utført totalt ca. 480 000 ambulanseoppdrag (bil og båt) med en driftskostnad på ca. 1,9 milliarder kroner. Samme år var det ved somatiske sykehus 558 275 døgnopphold og 15 772 dagopphold for øyeblikkelig hjelp-pasienter. Til sammenligning var det i samme periode 282 939 døgnopphold og 447 177 dagopphold for planlagte (elektive) pasienter. Dette viser at det er en stor gruppe pasienter som har behov for rask hjelp fra de akuttmedisinske tjenestene.

Det akuttmedisinske tilbudet i primær- og spesialisthelsetjenesten har vært gjenstand for stor politisk interesse de senere årene. Sosialkomiteen uttalte allerede i 1996 at det akuttmedisinske tilbudet måtte styrkes, og poengterte viktigheten av at Sosial- og helsedepartementet utarbeidet krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden.²

Sosial- og helsedepartementet la i juni 2000 fram St.meld. nr. 43 (1999–2000) *Akuttmeldingen*.³ I behandlingen av Akuttmeldingen i 2001 ba Stortinget regjeringen blant annet om å legge fram en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjenesten som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider.⁴

1) Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral.

2) Innst. S. nr. 237 (1996–97) side 17 ved behandlingen av St.meld. nr. 24 (1996–97) *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. "En må styrke det samlede akuttmedisinske tilbudet og finner det derfor riktig at Sosial- og helsedepartementet skal utarbeide krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden."

3) I september 1997 oppnevnte Sosial- og helsedepartementet et utvalg som skulle utrede faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. I juni 1998 la utvalget fram NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*.

4) Innst. S. nr. 300 (2000–2001).

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å analysere hvordan ressursene styres, organiseres og utnyttes for å nå de overordnede helsepolitiske målsettingene om likeverdig tilbud og høy kvalitet i den akuttmedisinske kjeden.

Undersøkelsen omfatter akuttkjeden i spesialisthelsetjenesten, fra en AMK-sentral mottar melding om skade eller sykdom til behandling av pasienten starter ved sykehuset. Samarbeidet med primærhelsetjenesten på akuttområdet blir også omhandlet.

Følgende problemstillinger er belyst i undersøkelsen:

- 1 Hvordan er styringen, organiseringen og koordineringen av den akuttmedisinske behandlingskjeden innrettet for å sikre tilfredsstillende pasientbehandling og effektiv ressursutnyttelse?
- 2 Har befolkningen tilfredsstillende og likeverdig tilgjengelighet til medisinsk nødhjelp gjennom AMK-sentralene, ambulansetjenestene og akuttmottakene i sykehusene?
- 3 Hvilke faktorer er sentrale for å sikre en god og effektiv behandling av akuttpasienter?

2 Metode og datagrunnlag

For å belyse problemstillingene i undersøkelsen er det samlet inn data fra ulike kilder. De viktigste kildene er

- offentlige dokumenter på området, i tillegg til dokumenter fra helseforetakene med informasjon om blant annet opplæring og kvalitetssikring
- spørreskjemaundersøkelse til de akuttmedisinske tjenestene: AMK-sentraler, ambulansetjenester og akutt-mottak
- analyser av statistikk fra SSB og SINTEF som belyser aktiviteten i akuttkjeden
- analyser av statistikk fra AMK-sentraler (AMIS-data) for å dokumentere tidsbruk (responstid) i AMK-sentralene og ambulansetjenestene
- data fra intervjuer med ledere for AMK-sentraler, ambulansetjenester, akuttmottak og klinikkjefer og divisjonsdirektører med ansvar på akuttområdet

2.1 Dokumentanalyse

For å belyse aktivitet og styring på nasjonalt og regionalt nivå ble følgende dokumenter analysert:

- budsjettproposisjoner for Helse- og omsorgsdepartementet, stortingsmeldinger, komitéinnstillinger, utredninger og analyser på akuttområdet
- bestillerdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene
- virksomhetsrapportering fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet
- styringsdokumenter fra de regionale helseforetakene til helseforetakene

For å belyse aktivitet og styring på lokalt nivå (AMK-sentralene, ambulansetjenestene og akuttmottakene ved sykehusene) ble følgende dokumenter analysert:

- planer og resultatrapportering for akuttfunksjoner internt i helseforetakene
- ulike dokumenter internt i foretaket som omhandler kompetanseutvikling og kvalitetssikring i akuttkjeden

For å belyse aktivitetsnivået ble det innhentet og analysert statistikk fra SSB som omhandler antall utrykningsenheter i helseregionene, i tillegg til aktivitetsrapportering og oversikter over bemanning og kompetanse i ambulansetjenesten. Fra SINTEF Helse ble det innhentet en oversikt over kostnader i ambulansetjenestene og sykehusenes aktivitet knyttet til øyeblikkelig hjelp.

2.2 Registerdata av tidsbruk og ventetid i akuttkjeden

Registerdata med informasjon om tidsbruk og ventetid i den prehospitale kjeden

For å belyse hvor lang tid det tar fra AMK-sentralen blir varslet til ambulansen ankommer sykehuset, er det innhentet tidsregistreringsdata fra 14 AMK-sentraler som har registreringsverktøyet AMIS.^{5,6} Datauttrekkene omfatter tidsregistreringer fra 2003 og de tre første kvartalene i 2004.⁷

I AMIS gjøres tidsregistreringer som gir grunnlag for beregninger av tidsbruk i akuttkjeden. Ventetid på ambulanse, også omtalt som *prehospital responstid*, er summen av AMK-sentralens responstid og ambulansens responstid.⁸ Dette er den tiden det tar fra en AMK-sentral mottar en nødmelding til helsepersonell ankommer skadestedet. Enhetens *omsorgstid* er tidsintervallet fra ambulansen er framme hos pasienten til ambulansen ankommer sykehuset og sykehuspersonell overtar ansvaret for pasienten.⁹ Prehospital responstid og enhetens omsorgstid er analysert for å vurdere om befolkningens tilgjengelighet til medisinsk nødhjelp gjennom nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten er tilfredsstillende.

Basert på kodeverket *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* klassifiserer AMK-sentralene ambulanseoppdragene i hastegradene *akutt*, *haster* eller *vanlig*. Datasettene inneholder informasjon om til sammen 133 285 akuttutrykninger (jf. tabell A i vedlegg 1).¹⁰ 23 959 akuttutrykninger, som utgjør 18 prosent av tallmaterialet, er ekskludert fra analysen. Av disse 18 prosentene er 13 prosentpoeng feilregistreringer eller ufullstendige registreringer. De gjenstående 5 prosentpoengene av de

5) AMIS, som er en forkortelse for Akuttmedisinsk informasjonssystem, er et IT-støtteverktøy som benyttes ved akuttmedisinske kommunikasjonsentraler, ved legevaktsentraler og ved ambulansetjenester i Norge, www.helsekomponenter.no.

6) Bergen, Drammen, Fonna, Levanger, Namsos, Orkdal, Stavanger, Sørlandet, Telemark, Trondheim, Ullevål, Tromsø, Vestfold og Østfold.

7) Analysen omfatter akutturer fram til uttrekksstidspunkt for den datafilen som er benyttet for de ulike AMK-sentralene. Denne uttrekksdatoen varierer mellom distriktene, men er for alle innen siste kvartal 2004.

8) KITH Rapport 3/99: *Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler*. 1. utgave. 1. mars 1999.

9) I de tilfeller der pasienten ferdigbehandles på stedet, er enhetens omsorgstid tidsintervallet fra ambulanse med helsepersonell er framme hos pasienten til ambulansen forlater skadestedet. Analysen av enhetens omsorgstid (jf. kapittel 4.3.1 Er tidsbruken i den prehospitale akuttkjeden effektiv?) omfatter kun akuttutrykninger der ambulansen har transportert pasienten fra skadestedet.

10) Analysen omfatter kun ambulanseoppdrag med hastegrad *akutt*. Oppdrag med hastegradene *haster* og *vanlig* er utelatt fra analysen.

ekskluderte utrykningene inneholder registreringer som skaper tvil om utrykningene kan sammenlignes med de øvrige akuttutrykningene.¹¹ Analysene baserer seg følgende på nærmere 110 000 akuttutrykninger.

Det er store variasjoner mellom AMK-distriktene når det gjelder det totale antallet akuttutrykninger i undersøkelsesperioden. I tillegg varierer det hvor høy andel av *akuttutrykningene* som må ekskluderes fra analysen på grunn av dårlig eller manglende registreringskvalitet.^{12,13}

2.3 Spørreskjemaundersøkelsen til AMK-sentralene, ambulansetjenestene og akuttmottakene

Spørreskjemaundersøkelsen, som ble gjennomført i 2004/2005, ble benyttet for å framskaffe tilleggsinformasjon for alle problemstillingene. I spørreskjemaundersøkelsen ble det blant annet stilt spørsmål om bemanning, kompetanse og kompetansetiltak, organisering og styring, i tillegg til aktivitet og resultater. Spørreskje-maet til akuttmottakene omfattet spørsmål om hvor lang tid det gjennomsnittlig tar fra en pasient ankommer sykehusets akuttmottak til vedkommende blir sendt videre til behandling.

Det foreligger svar fra alle helseforetak som har egne akuttmottak. Spørreskjemaet ble sendt til 35 akuttmottak og til de 30 AMK-sentralene og ambulansetjenestene som leverer pasienter til disse akuttmottakene.¹⁴ Alle AMK-sentralene og ambulansetjenestene og 34 av akuttmottakene besvarte spørreskjemaet.

2.4 Intervjuundersøkelse av ledere ved AMK-sentraler, ambulansetjenester og akuttmottak

Intervjuundersøkelsen ble gjennomført for å belyse spørsmål knyttet til arbeidsprosesser, utfordringer og virkemiddelbruk i de akuttmedisinske tjenestene. Det ble særlig lagt vekt på temaer knyttet til styring og organisering i tillegg til kompetanse- og kvalitetsutvikling. Intervjuene ga utdypende informasjon om tjenestenehenes dokumentasjon og rapportering av resultatinformasjon som belyser tilgjengelighet til akuttjenester.

Intervjuene ble gjennomført i 2005 og omfatter 13 AMK-sentraler, 13 ambulansetjenester og 16 akuttmottak i tillegg til 18 divisjonsdirektører og kliniksjefer i helseforetak.¹⁵ I valget av intervjuenheter ble det lagt vekt på geografisk spredning, at sykehusene har akuttmottak, og at de har et visst volum av pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister ble brukt for å kartlegge volumet på ulike pasientgrupper ved sykehusene i 2002 og 2003.

11) Dette omfatter utrykninger som ikke var kodet som akutt, eller som var kodet som *bestillingstur* eller *ikke haster* etter kriterienummeret fra *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, i tillegg til tilfeller der ambulansen ikke var første bil framme på skadestedet, eller hvis turen var kodet med hentested på et sykehus. *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* er et veilednings- og støttesystem for personell i AMK-sentraler og hovedsakelig for fastsettelse av hastegrad, valg av respons, medisinsk rådgivning og instruksjon (fra definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler utgitt i 1999).

12) Jf. tabell A i vedlegg 1.

13) Jf. tabell B i vedlegg 1.

14) Spørreundersøkelsen omfatter følgende sykehus: St. Olavs hospital-Trondheim, Orkdal sykehus, Ålesund sjukehus, Sykehuset Levanger, Kristiansund sjukehus, Sykehuset Namsos, Volda sjukehus, Universitets-sykehuset i Nord-Norge, Nordland sykehus, Hålogalandssykehuset Harstad, Rana sykehus, Sandnessjøen sykehus, Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus, Sykehuset i Vestfold-Tønsberg, Sykehuset Buskerud, Sykehuset Telemark, Vest-Agder sykehus-Kristiansand, Aust-Agder sjukehus-Arendal, Ringerike sykehus, Haukeland sykehus, Voss sjukehus, Sykehuset i Rogaland, Haugesund sjukehus, Stord sjukehus, Førde sjukehus, Sykehuset Østfold- Fredrikstad, Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Asker og Bærum sykehus, Sykehuset i Hedmark-Hamar, Sykehuset i Hedmark -Elverum, Tynset sykehus, Oppland sykehus-Gjøvik, Kongsvinger sykehus og Oppland sykehus-Lillehammer. Undersøkelsen mot AMK er ikke aktuell for Volda, Stord, Aker, AHUS, Asker og Bærum, Ringerike og Lillehammer. Undersøkelsen mot ambulanse er ikke aktuell for Orkdal, Levanger, Namsos, Stord, Aker, AHUS og Asker og Bærum. Undersøkelsen av akuttmottak omfatter ikke Rana og Lillehammer.

15) Sykehuset Innlandet (Gjøvik), Sykehuset Østfold-Fredrikstad, Akershus universitetssykehus (bare akuttmottak og divisjonsdirektør), Sykehuset Asker og Bærum (bare akuttmottak og divisjonsdirektør), Ullevål universitetssykehus, St. Olavs hospital-Trondheim, Ålesund sjukehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Harstad sykehus, Kirkenes sykehus, Sykehuset i Buskerud, Sørlandet sykehus (i tillegg akuttmottaket i Kristiansand), Haukeland sykehus, Sentralsykehuset i Rogaland og Haugesund sjukehus.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til tilgjengelighet

De overordnede målene i helsepolitikken definerer de grunnleggende kravene til akuttmedisinsk beredskap. I St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er målet definert som et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon. Helseforetaksloven presiserer i § 1 at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. I styringsdokumentene for 2004 og 2005 fra HOD til de regionale helseforetakene (RHF) framheves det at foretakenes arbeid skal være forankret i kjerneverdiene kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og service og respekt i møte med pasienten.¹⁶

Den overordnede målsettingen for den akuttmedisinske beredskapen i spesialisthelsetjenesten er en tjeneste med høy faglig standard, klare ansvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger, og som gir et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen.¹⁷

I B.innst. S. nr. 11 (2003–2004) uttaler komiteen følgende:

*”Komiteen vil understreke målet om likeverdige helsetjenestetilbud til hele befolkningen. Derfor understreker en samlet komité ved behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999–2000), jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001), at befolkningen skal sikres et medisinsk forsvarlig tilbud for akuttmedisinske tjenester, uansett hvor de bor i landet. Komiteen fremholder derfor at i områder med lang reiseavstand til nærmeste sykehus må dette få konsekvenser for organiseringen av de prehospitale tjenestene.”*¹⁸

I Innst. S. nr. 237 (1996–97) *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet)* uttaler sosialkomiteen at en kombinert satsing på planlagt behandling i sykehus med redusert akuttberedskap og en sentralisering av

akuttfunksjoner forutsetter en betydelig bedre utbygd syke- og ambulansetransport.¹⁹

Komiteen uttaler også dette:

*”Komiteen vil understreke at geografiske avstander og mangelfulle kommunikasjoner tilsier et høyere og bredere beredskapsnivå enn det ellers ville være naturlig å ha. Komiteen vil ellers vise til utviklinga av ambulansemedisinen, og dermed understreke betydningen av en god primærhelsetjeneste som gjerne først møter en pasient i akutfasen, og en kompetent og lett tilgjengelig ambulansetjeneste.”*²⁰

Det påpekes i et rundskriv fra Helsetilsynet at mangelfulle ressurser tidlig i kjeden ikke fullt ut kan kompenseres av godt utbygde tjenester senere i kjeden.²¹ Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002–2003)²² merket komiteen seg at enkelte helseforetak har redusert antall ambulanserbiler. Komiteen ba i denne sammenhengen regjeringen om å følge nøye med på utviklingen når det gjelder responstider i ambulansetjenesten.²³

I 1998 foreslo Akuttutvalget konkrete krav til responstider i ambulansetjenesten. Samlet responstid er den tiden det tar fra en AMK-sentral mottar en nødmelding til helsepersonell ankommer skadestedet.²⁴ I behandlingen av akuttmeldingen i Innst. S. nr. 300 (2000–2001) vedtok Stortinget å be regjeringen legge fram en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjenesten som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider.²⁵

I budsjettproposisjonen for 2003 understreker Helsedepartementet at det er viktig at responstidene for ambulanser reduseres, både av hensyn til behandlingsresultatet og for å gi pasientene den nødvendige tryggheten.²⁶ Helsedepartementet ba i styringsdokumentene for 2003 de regionale helseforetakene om å vurdere organiseringen av hele den prehospitale akuttmedisinske kjeden, deriblant tiltak som kunne redusere aksess- og reaksjonsti-

16) For eksempel styringsdokument 2004 for Helse Øst RHF, side 1.

17) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 1 til St. meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap.

18) B.innst. S. nr. 11 (2003–2004), side 76.

19) Innst. S. nr. 237 (1996–97), kapittel 4.2.

20) Innst. S. nr. 237 (1996–97), kapittel 2.2.

21) Statens helsetilsyn, Rundskriv IK–16–99, 8. oktober 1999.

22) B.innst. S. nr. 11 (2002–2003).

23) B.innst. S. nr. 11 (2002–2003), side 72.

24) NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap* side 66. KITH Rapport 3/99: *Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler*. 1. utgave. 1. mars 1999 som definerer responstider.

25) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), kapittel 9.

26) St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet, side 117.

den²⁷ i AMK-sentralene, og ny basestruktur for ambulansebilene.²⁸

I B.innst. S. nr. 11 (2002–2003) kommenterer sosialkomiteen fastsetting av responstidskrav på følgende måte:

”Komiteen har merket seg at departementet ikke går inn for å fastsette responstider i ambulansetjenesten slik det ble anbefalt i NOU 1998:8. Komiteen vil i denne sammenheng påpeke at departementet må sørge for entydige kvalitetskrav til ambulansetjenesten ...”

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i april 2005 en ny forskrift på akuttområdet. I § 17.4 i den nye forskriften kreves det at ambulansen som hovedregel skal være bemannet med tilstedevakt.²⁹ Unntak kan gjøres for stasjoner som

- har lavt antall akuttoppdrag per år
- har personell som kan være med ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning

Det er tilstrekkelig at ett av unntaksvilkårene er oppfylt.

I merknad til § 17 i forskriften heter det at ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) presiseres det at en sentral utfordring for helsetjenesten er å forbedre tilgjengeligheten og å sikre kvaliteten på de tilbudene som gis pasienten.³⁰

I gammel forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste § 2-2, som ble erstattet av ny forskrift 1. april 2005, het det at helsetjenestens kommunikasjonsberedskap skal sikre befolkningen direkte kontakt med medisinsk fagkyndighet og løpende kontakt mellom sykehus og helsetjeneste i oppdrag utenfor sykehus.³¹ Paragraf 3-2 i forskriften presiserer at befolkningen ved hjelp av alarmtelefonnummer (113) eller fast legevakttelefonnummer skal kunne melde behov for øyeblikkelig hjelp direkte til helsepersonell i sykehus (AMK-sentral) eller i eget lokalsamfunn (LV-sentral).

I den nye forskriften om akuttmedisinsk beredskap er det satt krav til at AMK-sentraler skal håndtere henven-

delser om akuttmedisinsk bistand. Videre skal blant annet sentralene prioritere, iverksette og gi medisinsk-faglig råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag. Sentralene skal også styre og koordinere ambulansoppdrag.³²

Det er ikke satt nasjonale tidskrav for AMK-reaksjonstid (tidsintervall fra det svares i AMK-sentralen til responderende enhet blir varslet), men NOU 1998:9 anbefalte at det ved akuttoppdrag i gjennomsnitt ikke bør være mer enn ett minutt, maksimalt tre minutter.³³ Akuttutvalget i Norsk Anestesiologisk Forening har gitt råd til utøvere av tjenesten om at minst 80 prosent av nødmeldingene med hastegrad rød/akutt bør ha iverksatt tiltak i løpet av to minutter etter mottatt alarm. I den sammenheng anbefales det også at AMK-sentralene uten forsinkelse skal kunne håndtere forventet trafikkmengde døgnet rundt.³⁴

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester som blant annet innbefatter sykehus tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og båt. Alle sykehus har også en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når hjelpen institusjonen eller avdelingen kan gi, er påtrengende nødvendig.³⁵

I forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp § 2 er det nedfelt at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd når

- 1 pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
- 2 pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- 3 de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

I § 3 i forskriften påpekes det at pasienter som oppfyller vilkårene i § 2, har rett til helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever.³⁶ Kravet om å yte øyeblikkelig hjelp er også tatt inn i helsepersonelloven § 7.³⁷ Her heter det at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner, når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

27) Jf. Kith Rapport 3/99: *Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler*:

Akkestid er tidsintervallet fra medisinsk nødtelefonnummer 113 blir tastet inn på telefonen til AMK-sentralen svarer. *Reaksjonstid* er tidsintervallet fra en enhet blir varslet av forrige ledd i hendelsesforløpet til enheten iverksetter en handling.

28) Jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet, sidene 117 og 144, og Helsedepartementets styringsdokumenter til de regionale helseforetakene punkt 3.2.9.

29) FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

30) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), side 31.

31) FOR 2000-12-01 nr. 1206: *Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste (kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten)*.

32) FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Jf. § 9.

33) NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*, side 66.

34) Standard for prehospitalet akuttmedisin. Den norske lægeforening. 2002, sidene 6 og 7.

35) Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

36) FOR 2000-12-01 nr. 1208: *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd*.

37) Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.

3.2 Krav til faglighet og kompetanse

I behandlingen av Akuttmeldingen understreket sosialkomiteen at der avstanden til nærmeste sykehus er lang, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til ambulanse- og luftambulansetjeneste.³⁸

Komiteen har samtidig merket seg at nasjonale standarder og retningslinjer i dag er en mangelvare når det gjelder flere områder innenfor prehospitalet medisinske tjenester, og at det ikke er noen felles kompetansekrav til ambulansepersonell. Komiteen mener det er nødvendig med nasjonale kompetansekrav for å sikre at de prehospitale akuttmedisinske tjenestene er faglig forsvarlige. Spesielt peker komiteen på at en eventuell rasjonalisering av akuttfunksjoner ved sykehus og sammenslåing av legevakt uten sykebesøk forsterker dette behovet. Komiteen understreker også betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag når det gjelder planlegging, organisering og drift av de prehospitale akuttmedisinske tjenestene.³⁹

Helsepersonelloven § 4 stiller krav til at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig, og samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 definerer en plikt til forsvarlighet. Innholdet i helsetjenesten skal være i samsvar med en minstestandard. I utgangspunktet kan forskjellige organisatoriske løsninger velges dersom minstestandarden overholdes. Det ligger i forsvarlighetskravet at ledere må etablere systemer som i størst mulig grad sikrer at menneskelig svikt ikke skjer. Bestemmelsen innebærer at funksjoner som planlegging, utbygging, organisering, drift og vedlikehold av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at forsvarlighetsnormen kan etterleves.⁴⁰

Etter sosialkomiteens vurdering vil krav om tomannsbetjening av ambulanser føre til at ytterligere personellressurser blir brukt til vaktberedskap. Spesielt gjelder dette i de minste kommunene hvor det er lite ambulansepersonell.⁴¹ Komiteen mener derfor at det i enkelte tilfeller må kunne gis dispensasjon for enmannsbetjente ambulanser på steder der aktiviteten er lav. Betingelsen må imidlertid være at det etableres avtaler om fast ledsagertjeneste med for eksempel sykehjem eller primærhelsetjeneste.

38) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 2 til St.meld. nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap.

39) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 5 til St.meld. nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap.

40) Ot.prp. nr. 10 (1998–99), Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., kapittel 2.3.4.2 Generelt om innholdet i forsvarlighetsnormen.

41) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 8 til St.meld. nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap.

Komiteen er også opptatt av å sikre et godt faglig nivå på utdanningen i ambulansesektoren over hele landet, og slutter seg derfor til forslaget om at det må stilles krav om at minst én av ambulansepersonellet per bil skal kunne dokumentere fagkompetanse på nivå med fagbrev. Komiteen mener at dette kravet må inngå i den planlagte forskriften om prehospitalet akuttmedisin.⁴¹

Ifølge *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* skal AMK-sentraler og LV-sentraler bemannes med helsepersonell.⁴² Videre er det satt som krav at ambulanserbiler og ambulansebåter som utfører oppdrag som krever at pasienten blir transportert til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten, skal ha minimum tomannsbetjening av helsepersonell. Minst én skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider.⁴³ Personell som ikke har autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider, skal ha annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 skal virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, sørge for at ansatt helsepersonell gis den opplæringen, etterutdanningen og videreutdanningen som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

3.3 Krav til styring, organisering og ressursutnyttelse

3.3.1 Krav til styring og ressursutnyttelse

Bedre ressursutnyttelse har vært en viktig forutsetning for iverksettelsen av sykehusreformen. Reformen skulle således legge grunnlag for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren, og dermed sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen.⁴⁴

Helsepersonelloven stiller i § 6 krav om effektiv ressursutnyttelse. Der heter det at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Plikten gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter i tillegg til ved diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient.⁴⁵

Alle statlige virksomheter skal sikre at ressursbruken er effektiv, og at fastsatte mål og resultatkrav oppnås. Videre skal alle virksomheter drives i samsvar med gjeldende lover og regler i henhold til god forvaltnings-

42) Jf. FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, § 8 2. ledd.

43) Jf. FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, § 17.

44) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), side 7.

45) Jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell mv.

skikk, habilitet og etisk atferd. Alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygd intern kontroll, for å sikre at måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav. Virksomhetens ledelse skal etablere systemer, rutiner og tiltak som skal sikre kvaliteten i den interne styringen, som forsvarlig arbeidsdeling og produktivitet i arbeidsprosessene. De skal også identifisere risikofaktorer som kan medvirke til at virksomhetens mål ikke nås, og identifisere korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse.

Tilsynsloven pålegger enhver som yter helsetjenester, å etablere internkontrollsystemer og sørge for at virksomheten og tjenesten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.⁴⁶ I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten framheves det i § 4 f) at en skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.⁴⁷

Den nasjonale kvalitetsindikatoren *andel korridorpasienter*⁴⁸ er relevant for å belyse koordinering i sykehuse som kan ha konsekvenser for akuttmottakene. Kvalitetsindikatoren blir rapportert til Sosial- og helsedirektoratet hvert tertial. I tillegg er den nasjonale kvalitetsindikatoren *preoperativ liggetid for pasienter med lårhalsbrudd*⁴⁹ relevant for å belyse resultatoppnåelse ved akuttfunksjonene i sykehusene.

Den medisinske styringen og kvalitetssikringen av nødmeldetjenesten skal ivaretas ved at prinsippene i *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* legges til grunn. Dette gjelder for mottak av alle henvendelser og nødmeldinger, utspørring av innringer, fastsettelse av hastegrad og respons, rådgivning og telefoninstruksjon, og kommunikasjon med involverte.⁵⁰

Det påpekes i *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* at AMK-sentralene skal ha utstyr for logging av viktig trafikk, herunder for alle telefonlinjer.⁵¹

Det påpekes videre at departementet ved enkeltvedtak kan bestemme at de regionale helseforetakene og kom-

munene skal rapportere bestemte data om de akuttmedisinske tjenestene.⁵²

3.3.2 Krav til organisering

Sosialkomiteen understreket hvor viktig det er med forutsigbarhet i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden. Tid er ofte en kritisk faktor, og det er svært viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten innenfor hvert enkelt ledd i den akuttmedisinske kjeden er forutsigbar, både for befolkningen og helsepersonellet.⁵³

Alle virksomheter som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomheter som yter helsehjelp.⁵⁴

I den nye forskriften om akuttmedisin utenfor sykehus legges det vekt på at det skal være god samordning og samarbeid i akuttkjeden. I § 4 stilles det krav om at helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden. De skal også sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de andre nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.⁵⁵

46) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 01.04.1984.

47) FOR 2002-12-20 nr. 1731: *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Jf. § 4 f).

48) Sosial- og helsedirektoratet. Definisjon av indikatoren: Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

49) Sosial- og helsedirektoratet. Definisjon av indikatoren: Andelen pasienter over 65 år med lårhalsbrudd som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse, tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

50) Standard for prehospital akuttmedisin. Akuttutvalget i Norsk Anestesiologisk Forening, Den norske lægeforening. 2002, side 7.

51) FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, § 9 d).

52) FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, § 5.

53) Innst. S. nr. 300 (2000–2001), side 2 til St.meld. nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap.

54) Jf. lov om helsepersonell mv. § 16.

55) FOR 2005-03-18 nr. 252: *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, jf. § 4.

4 Faktagrunnlag

4.1 Kostnader og aktiviteter i akuttkjeden i helseforetakene

Driftskostnadene til ambulansetjenesten var i 2004 ca. 2,3 milliarder kroner. Tabell 1 viser at det i alle regioner brukes betydelige beløp på drift av ambulansetjenester, og at Helse Nord har den høyeste kostnaden med 574 millioner kroner, mens Helse Midt-Norge har den laveste med 381 millioner kroner. Driftskostnadene for ambulansetjenestene utgjør 3,6 prosent av helseregionenes driftskostnader totalt.

Tabell 1 Totale driftskostnader for ambulanse og luftambulanse etter regionalt helseforetak (RHF) i 2004. 1000 kroner

Regionalt helseforetak	Bil og båt	Luft-ambulanse	Totalt	I prosent av totale driftsutg.
Helse Øst	476 945	67 959	544 904	2,6 %
Helse Sør	361 858	33 188	395 046	2,9 %
Helse Vest	352 382	46 503	398 885	3,4 %
Helse Midt-Norge	321 914	59 575	381 489	4,1 %
Helse Nord	373 987	199 686	573 673	7,1 %
Totalt	1 887 086	406 911	2 293 997	3,6 %

Kilde: SINTEF Helse 2005, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2004, side 67

Tabell 2 viser at antall ambulanseoppdrag i 2004 for hele landet var 495 324. Ved å se driftskostnader for ambulansetjenestene (tabell 1) i sammenheng med antall ambulanseoppdrag (tabell 2) ser vi at det er variasjoner mellom helseregionene. Driftskostnadene per oppdrag i landet totalt er kr 4 631, lavest i Helse Øst med kr 3 312, og høyest i Helse Nord kr 7 925. Kostnadene må ses i sammenheng med at helseregionene i varierende grad bruker luftambulanse.

Tabell 2 Antall gjennomførte ambulanseoppdrag fordelt på type og helseregion i 2004

Regionalt helseforetak	Antall oppdrag bil- og båtambulanse	Antall oppdrag luftambulanse	Totalt antall ambulanseoppdrag
Helse Øst	161 461	3 043	164 504
Helse Sør	91 031	808	91 839
Helse Vest	97 117	1 830	98 947
Helse Midt-Norge	64 971	2 673	67 644
Helse Nord	65 359	7 031	72 390
Totalt	479 939	15 385	495 324

Kilde: SSB

Andelen øyeblikkelig hjelp av sykehusenes totale aktivitet illustrerer betydningen av ambulansetjenestene og akuttmottakene. Tabell 3 viser at i 2004 var det ved de somatiske sykehusene 558 275 døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, som tilsvarer 66 prosent av alle døgnopphold. Sykehusenes virksomhet knyttet til øyeblikkelig hjelp består nesten utelukkende av døgnopphold (97 prosent), mens den elektive virksomheten utføres i stor grad som dagopphold (61 prosent).

4.2 Hvordan er helseforetakene innrettet for å ivareta tilgjengeligheten til de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og i akuttmottak?

Akuttkjeden i spesialisthelsetjenesten består av AMK-sentralene⁵⁶ (nødnummeret 113), utrykningsenhet (ambulansebil, fly og båt) og akuttmottak. I nødsituasjoner skal helsevesenet være umiddelbart tilgjengelig for publikum via 113. AMK-sentralen vurderer om det er behov for ambulanse, og sender deretter melding om utrykning til ambulansetjenesten. Sentralen oppgir da hastegrad for oppdraget, som kan være *akutt*, *haster* eller *vanlig*.

Tabell 3 Antall døgnopphold og dagbehandlinger i somatiske sykehus fordelt på innleggelsesmåte og region i 2004

Regionalt helseforetak	Elektiv			Ø-hjelp		
	Dagopphold	Døgnopphold	Sum	Dagopphold	Døgnopphold	Sum
Helse Øst	122 045	66 126	188 171	5 289	185 170	190 459
Helse Sør	125 999	81 743	207 742	3 286	118 515	121 801
Helse Vest	77 614	49 323	126 937	4 640	114 262	118 902
Helse Midt-Norge	56 998	34 410	91 408	649	79 986	80 635
Helse Nord	44 656	28 794	73 450	1 908	59 481	61 389
Annet/private	19 865	22 543	42 408	0	861	861
Totalt	447 177	282 939	730 116	15 772	558 275	574 047

Kilde: SINTEF Helse

56) AMK-operatørens verbale betegnelse for AMK-sentralen overfor publikum er 113 medisinsk nødhjelp. Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentral 1. utgave, 1. mars 1999, side 7.

AMK-sentralene vurderer hastegraden basert på kodeverket *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*.

Ambulansetjenesten skal sørge for å opprettholde en akuttmedisinsk beredskap i samarbeid med AMK-sentralen, yte nødvendig akuttmedisinsk helsehjelp pre-hospitalt og eventuelt utføre transport til sykehus eller legevakt. Akuttmottaket ved sykehusene har til oppgave å ivareta og sørge for vurdering og primærbehandling av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp.

4.2.1 Aktivitet og bemanning i AMK-sentralene

I 2003 var det i alt 35 AMK-sentraler, mens antallet per januar 2006 er redusert til totalt 24. 10 sentraler ble lagt ned i 2005⁵⁷, 2 sentraler er lagt ned i 2006, og 1 av sentralene er planlagt lagt ned.⁵⁸ En reduksjon av antall AMK-sentraler ble anbefalt allerede i NOU 1998:9 og fulgt opp i St.meld. nr. 43 (1999–2000). Sosialkomiteens flertall har lagt til grunn at det maksimalt skal være en sentral i hvert fylke, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001). Det presiseres imidlertid at alle sykehus må ha en kommunikasjonssentral med prioriterte linjer for å ivareta behovet for kommunikasjon ved disponering av egne ressurser og mottak av pasienter.

Tabell 4 gir en oversikt over aktiviteten ved 30 av 34 AMK-sentraler i 2003. Den første kolonnen viser gjennomsnittlig antall anrop til 113 for AMK-sentralene i hver helseregion. Andre kolonne viser gjennomsnittlig antall situasjoner med behov for medisinsk hjelp som er meldt via anrop til 113, i hovedsak behov for ambulanse. Tredje kolonne viser antall situasjoner med medisinsk hjelpebehov der henvendelsen har kommet via andre kommunikasjonsveier enn 113. Det varierer hvor mange AMK-sentraler i hver region som er representert i gjennomsnittstallene. Årsaken til dette er at ikke alle AMK-sentralene har vært i stand til å rapportere alle formene for aktivitetstall.

Tabell 4 Anrop til 113, hendelser⁵⁹ der det oppstår et medisinsk hjelpebehov basert på 113-anrop, og hendelser som ikke er basert på anrop til 113. Gjennomsnitt for AMK-sentraler per dag for 2003, fordelt etter helseregion

Region	Anrop til 113	Hendelser basert på 113	Hendelser på anrop som ikke er til 113
Helse Øst	53	38	69
Helse Sør	37	32	57
Helse Vest	52	23	79
Helse Midt-Norge	10	9	59
Helse Nord	10	8	32
Alle regioner	31	23	61

Kilde: Spørreundersøkelsen til AMK-sentralene

57) AMK Kongsvinger, Hamar, Elverum, Tynset, Telemark, Volda, Kristiansund, Mo i Rana, Mosjøen og Lofoten.

58) Orkdal og Stokmarknes legges ned 20. februar 2006, og Narvik legges ned 20. mars 2006.

59) *Hendelser* er ifølge KITHs definisjonskatalog: situasjoner hvor det oppstår medisinsk hjelpebehov. Dette inkluderer alle former for respons, som rådgivning, mobilisering av ambulanse m.m.

Tabell 4 viser at AMK-sentralene i gjennomsnitt hadde 31 anrop til 113 per dag i 2003. Gjennomsnittlig antall hendelser basert på telefoner til 113 var 23, og gjennomsnittlig antall hendelser basert på andre kommunikasjonsveier var 61.

Tabell 4 viser videre at det er stor variasjon mellom helseregionene når det gjelder gjennomsnittlig aktivitet i AMK-sentralene. I Helse Sør er aktiviteten noe jevnere fordelt mellom sentralene enn i de andre regionene. Som beskrevet ovenfor vil det bli gjennomført enkelte sammenslåinger av AMK-sentraler. Dette vil øke gjennomsnittsaktiviteten ved de gjenstående sentralene og ventelig redusere antall sentraler som har en lav andel av 113-henvendelsene innenfor regionen.

Statens helsetilsyn vurderer at forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at det minst er to kvalifiserte AMK-operatører i tilstedevakt.⁶⁰ Tre AMK-sentraler gir i spørreskjema uttrykk for at bemanningen i liten grad er tilpasset behovene sentralen har. Dette var ved Voss sykehus, Hammerfest sykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Tabell 5 Gjennomsnittlig antall helsepersonell på vakt per AMK-sentral i løpet av døgnet på hverdager i 2003 fordelt på helseregion

Helseregion (Antall AMK-sentraler)	Sykepleier	Ambulansekoordinator	Sum
Helse Øst (7)	1,3	1,0	2,3
Helse Sør (5)	1,0	1,0	2,0
Helse Vest (5)	1,5	0,5	2,0
Helse Midt-Norge (6)	1,7	0,4	2,1
Helse Nord (7)	1,7	0,2	2,0
Totalt (30)	1,5	0,6	2,1

Kilde: Spørreundersøkelsen til AMK-sentralene

Tabell 5 viser at det i 2003 i gjennomsnitt per AMK-sentral var ca. 2,1 helsepersonell på vakt på hverdager, det vil si 1,5 sykepleiere og 0,6 ambulansekoordinator. Gjennomsnittet varierer fra 2,0 til 2,3 mellom de regionale helseforetakene. De besvarte spørreskjemaene viser likevel at det ved 11 av 30 AMK-sentraler (37 prosent) er én person på vakt hele eller deler av døgnet. Dette gjelder helseforetak i alle helseregionene med unntak av Helse Sør.

En ambulansekoordinator har en annen type kompetanse enn sykepleiere som arbeider i AMK-sentraler, og er en viktig ressurs for god styring av ambulanseflåten. Som tabell 5 viser, peker AMK-sentralene i Helse Øst og Helse Sør seg ut ved at de i gjennomsnitt benytter ambulansekoordinator i større grad enn i de tre andre regionene. For Helse Øst skyldes dette blant annet at Ullevål universitetssykehus har ca. fire ambulansekoor-

60) Brev av 31. mars 2005 fra Statens helsetilsyn til Nordlandssykehuset HF, Lofoten. Avslutning av tilsynssak – systemkritikk.

dinatorer på vakt i gjennomsnitt i løpet av døgnet. De besvarte spørreskjemaene viser at ved 19 av 30 AMK-sentraler (63 prosent) er det ikke ambulansesentraler på vakt hele eller deler av døgnet. Dette gjelder helseforetak i alle helseregionene med unntak av Helse Sør. Svarene viser videre at verken St. Olavs hospital, Haukeland universitetssykehus⁶¹ eller UNN hadde ambulansesentraler om natten. Når det gjelder UNN, ble dette rapportert til departementet i den årlige meldingen for 2004.

Intervjuene i AMK-sentralene viser at praksiskrav for sykepleier varierte fra 1/2 til 2 års tjeneste fra akuttmottak for å kunne arbeide i AMK-sentralen. Samtlige sentraler hadde bestemmelser om AMK-kurs og sertifisering. Mange steder var det innført fast resertifisering etter et år.

4.2.2 Aktivitet og bemanning i ambulansetjenestene

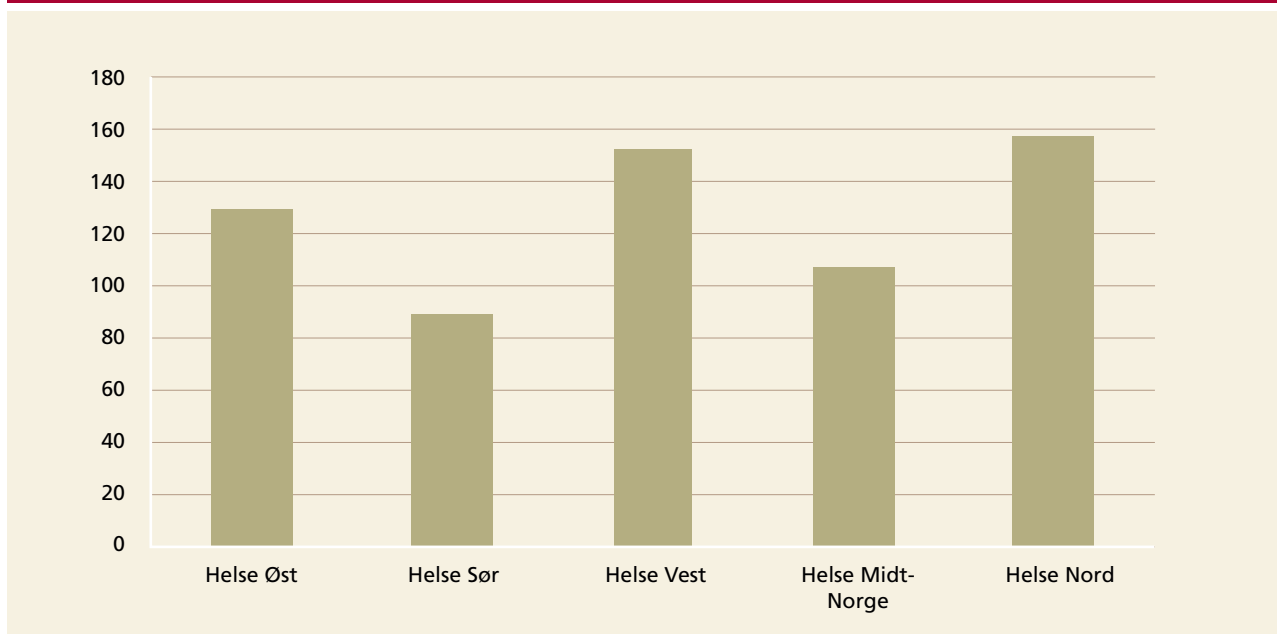
I 2004 er det totalt 638 ambulanser i Norge fordelt på 530 ambulanserbiler i drift hele eller deler av døgnet, 69 andre ambulanserbiler (reserve- og suppleringsambulanser) og 39 ambulansebåter. Det totale antallet ambulanser har blitt redusert med 7 prosent (49 ambulanser) siden 2002. Befolkningens tilgang til ambulanse er organisert ved at det er opprettet ambulansetjenester ved 30 sykehus i landet. Noen steder drives tjenesten av private utøvere, mens den andre steder drives av helseforetaket selv. Ved enkelte helseforetak er det en kombinasjon av disse to organisasjonsformene.

Figur 1 viser at det er store variasjoner mellom de fem helseregionene når det gjelder antall ambulanser. Det er flest ambulanser i Helse Nord og Helse Vest. Det er naturlig at det må flere ambulanser til for å opprettholde tilstrekkelig beredskap når befolkningen bor spredt. I tillegg, og som tidligere vist i tabell 2, er det også variasjoner i hvor stor grad regionene bruker luftambulanse. I Helse Nord utgjør luftambulanseoppdrag 10 prosent av alle ambulanseoppdrag. Det tilsvarende for Helse Midt-Norge er 4 prosent, Helse Øst og Helse Vest 2 prosent og Helse Sør 1 prosent.

Data fra spørreundersøkelsen viser at AMK-sentraler i alle regionene til tider opplever at det er mangel på utrykningskjøretøy ved behov.⁶² AMK-sentralen ved Tynset sykehus og Ullevål universitetssykehus var de eneste AMK-sentralene i undersøkelsen som svarte at det i stor grad kan være vanskelig å få rekvirert ambulanse ved behov. Spørreundersøkelsen viser videre at mangel på utrykningskjøretøyer forekommer oftere i Helse Sør og Helse Øst enn i de andre regionene.

Informasjon fra intervjuene i ambulansetjenestene og AMK-sentralene viser at ambulanser ofte brukes til rene transportoppdrag. I mange av intervjuene pekes det på at unødig bruk av ambulanse kan gå ut over beredskapssituasjonen og ressursutnyttelsen, og at mange transportoppdrag som i dag utføres med ambulanse, med fordel kan utføres med andre transportmidler, som for eksem-

Figur 1 Antall ambulanser etter helseregion i 2004



Kilde: SSB

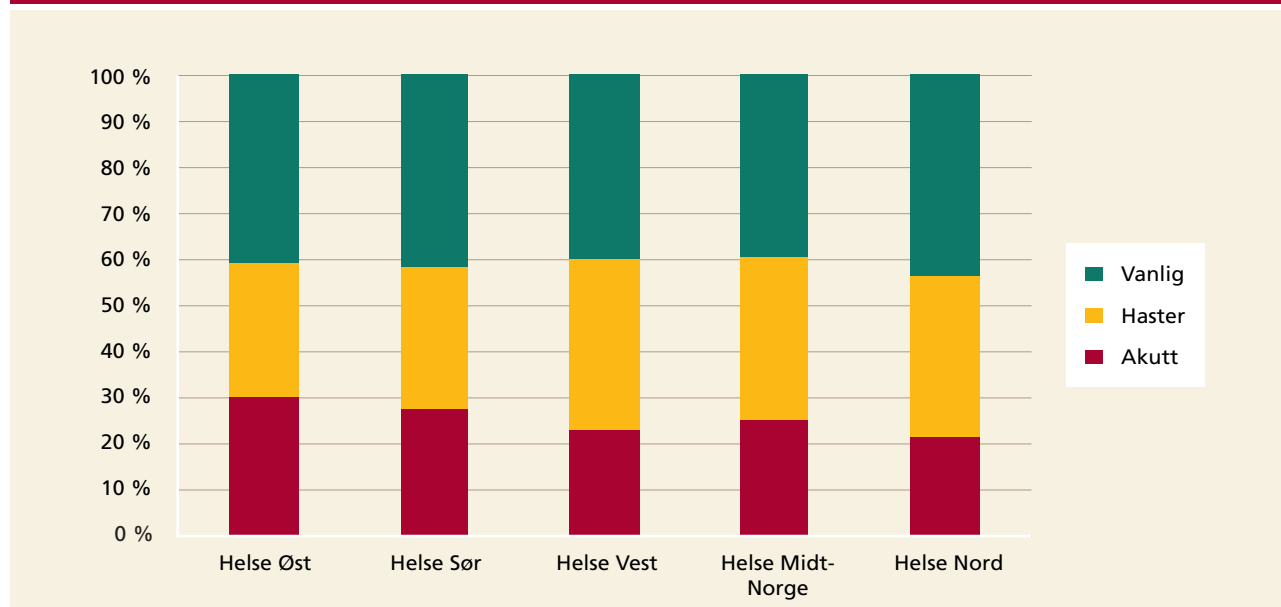
Figuren omfatter kategoriene ambulanser i drift (530), ambulansebåter (39), og andre ambulanser (69).

Datakilden inneholder ikke statistikk over antall luftambulanser per helseregion.

61) I spørreskjemaet utfyllt av AMK-sentralen ved Haukeland universitetssykehus ble det opplyst at sentralen ikke hadde hatt ambulansesentraler om natten fra mandag til torsdag fram til 18. oktober 2004. I dag har AMK-sentralen ambulansesentraler hele døgnet.

62) Jf. spørreskjemaundersøkelsen rettet mot AMK-sentralene der svarene ble gitt på en skala fra 1 til 5, der 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad. Oppgitte svar: Helse Øst og Helse Sør (2,8), Helse Vest (2,4), Helse Midt-Norge og Helse Nord (2,0).

Figur 2 Utrykninger med ambulanse fordelt på hastegradene akutt, haster og vanlig. Prosentvis fordeling for helseregionene i 2003



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen i ambulansetjenesten

pel drosje. Flere ambulansetjenester mangler eller bruker i liten grad alternative transportmidler for pasienter som har behov for å ligge, selv om mange av de intervjuede i ambulansetjenestene nevner at bruken av alternativer diskuteres. Flere helseforetak har nå innført en ordning med en såkalt helseekspres som frakter pasienter i buss til og fra sykehus. I tillegg skilles det i enkelte regioner mellom egne transportambulanse eller ”tobårebiler”, og ordinære ambulanser.

Tekstboks 1

Helseekspresen

Helseekspresen er en spesialinnredet buss for sittende og bæreliggende pasienter som ikke trenger ambulanse for å bli fraktet til sykehus.

Som nevnt tidligere klassifiserer AMK-sentralene ambulansetrykninger etter hastegradene *akutt*, *haster* og *vanlig*.

Figur 2 omfatter totalt 441 726 oppdrag fordelt per helseregion: Helse Øst 167 590, Helse Sør 92 215, Helse Vest 94 174, Helse Midt-Norge 50 396, og Helse Nord 37 351.⁶³ Figur 2 synliggjør at hastegradene *akutt* og *haster* samlet utgjør majoriteten av ambulansoppdragene i alle helseregionene.

Intervjuene i ambulansetjenesten viser at det er få tjenester som har oversikt over utnyttelsen av hver enkelt bil, fordelt på hastegrad.⁶⁴ Noen hadde oversikt over antall

63) Tallene for Haukeland sykehus i Helse Vest omfatter kun bilambulanse og ikke utrykninger med båt- eller luftambulanse. Kirkenes sykehus i Helse Nord hadde oppgitt totalt antall oppdrag på 4 911, men tallene er ikke tatt med i oversikten da Kirkenes sykehus ikke kunne fordele på type hendelse eller hastegrad.

64) Sørlandet sykehus benytter denne typen oversikter.

akutturer per bil, men ikke utrykninger med kodene *haster* og *vanlig*. Ved ett av regionsykehusene ble det uttalt at de ikke hadde hatt kapasitet til å se nærmere på om ambulansebilene ble utnyttet på best mulig måte.

Figur 3 viser at ambulansene i Helse Øst og Helse Sør har færre beredskapstimer per oppdrag, det vil si ventetid mellom ambulansoppdrag, enn de øvrige regionene. Helse Nord har nesten fire ganger så mange beredskapstimer per oppdrag som Helse Øst. Figur 3 viser at det er mye mindre variasjon mellom helseregionene når det gjelder kjørte kilometer per oppdrag enn variasjonene i beredskapstimer per oppdrag. Helse Midt-Norge og Helse Nord peker seg her ut ved at de har mange kjørte kilometer per oppdrag i gjennomsnitt.

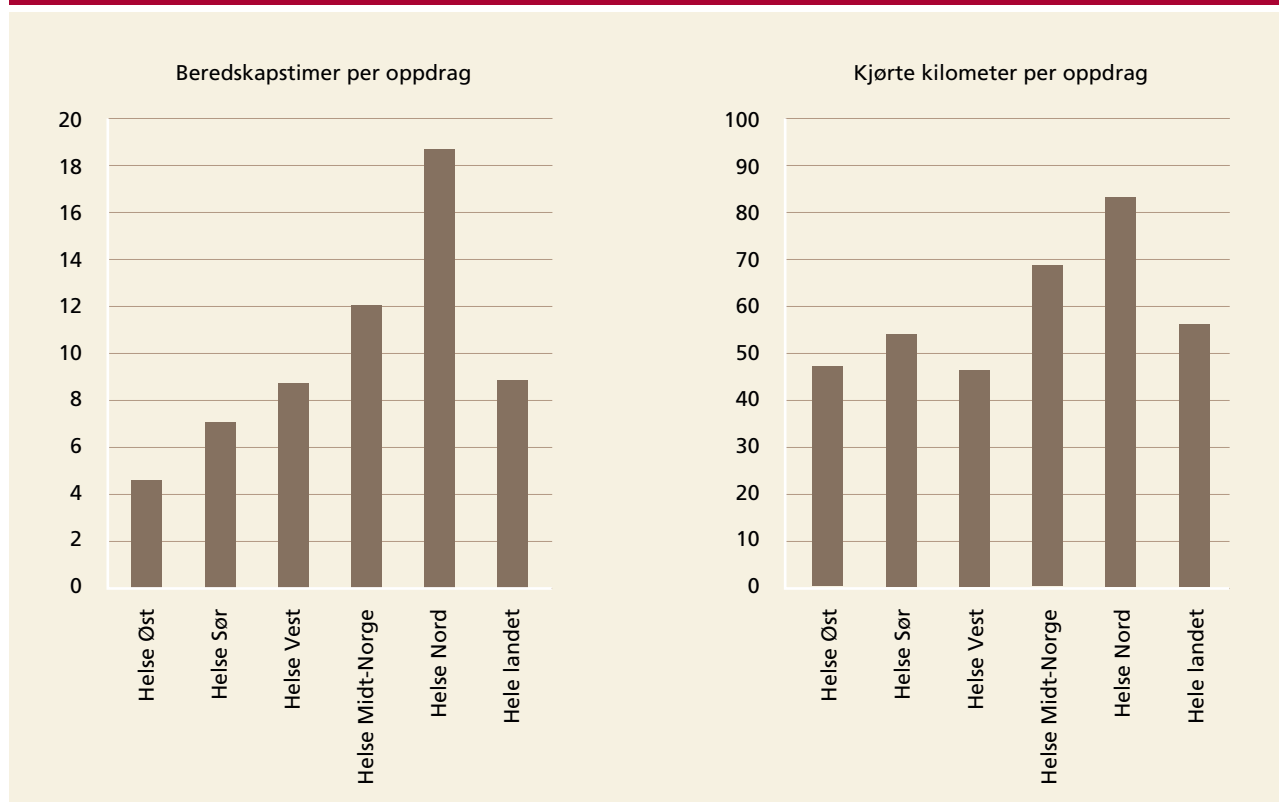
Når det gjelder de enkelte sykehusene, har utrykningsenhetene fra Orkdal, Namsos, Levanger og UNN ofte lang omsorgstid for pasientene. Det vil si at ambulansepersonellet ofte har ansvar for pasienten over et lengre tidsrom enn det som er tilfelle i de andre helseregionene. Gjennomsnittlig omsorgstid for alle AMK-distriktene i undersøkelsen er 33 minutter, mens gjennomsnittet for Orkdal er 67 minutter, Namsos 56 minutter, Levanger 50 minutter og UNN 55 minutter.⁶⁵

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i april 2005 en ny forskrift på akuttområdet. Forskriften har lagt til grunn at ambulansebil og ambulansebåt skal være betjent med minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transporten.⁶⁶

65) Jf. figur 12 i kapittel 4.3.1 Er tidsbruken i den prehospital akuttkjeden effektiv?

66) FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. § 17.

Figur 3 Beredskapstimer per oppdrag og kjørte kilometer per oppdrag etter helseregion i 2004



Kilde: SSB

Tabell 6 Enmannsbetjente ambulanser med ledsagerordning. Etter type ambulanse, helseregion og foretak i 2004

Helseregion	Foretaksnavn	Ambulansebiler m/ledsagerordning i drift hele eller deler av døgnet	Ambulansebåter m/ledsagerordning	Sum
Helse Sør	Sykehuset Telemark HF		1	1
Helse Vest	Helse Stavanger HF	4		4
Helse Vest	Helse Fonna HF	5	1	6
Helse Vest	Helse Bergen HF	2		2
Helse Vest	Helse Førde HF		6	6
Helse Midt-Norge	Helse Sunnmøre HF		2	2
Helse Midt-Norge	Helse Nordmøre og Romsdal HF		3	3
Helse Nord	Helse Finnmark HF	2	5	7
Helse Nord	Nordlandssykehuset HF	1	3	4
Hele landet		14	21	35

Kilde: SSB⁶⁷

I tillegg fantes det i 2004 32 ambulanser i kategorien "andre ambulanser", som vil si reserve- og suppleringsambulanser.

Tabell 6 gir en oversikt over ambulansebiler og ambulansebåter som var enmannsbetjente i 2004 fordelt på helseregion. Ambulansebiler og ambulansebåter med ledsagerordning⁶⁸ har tilknyttet personell uten ambulansesfaglig kompetanse, men som deltar i observasjons- og

behandlingsoppgaver under transporten. Den manglende kompetansen for ledsagerne gjør at disse ambulansene defineres som enmannsbetjente.

Som det framgår av tabell 6, er det 14 (av 530) ambulansebiler og 21 (av 39) ambulansebåter som er enmannsbetjente med ledsagerordning. Helse Vest var den helseregionen med flest enmannsbetjente utrykningsenheter, med elleve ambulansebiler og sju ambulansebåter. Helse Øst hadde i 2004 ikke rapportert om noen enmannsbetjente utrykningsenheter. Vakthavende anestesilege ved sykehuset skal være tilgjengelig for ambulansepersonell ute på oppdrag i de tilfellene der de

67) I SSBs statistikk var 11 ambulansebiler i drift i Helse Fonna HF feilaktig rapportert som enmannsbetjent, og i både Helse Fonna og Sykehuset Telemark var en enmannsbetjent båt feilaktig kategorisert som uten ledsager. (Kilde ambulansetjenesten i Fonna og Telemark).

68) I NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*, defineres ledsager slik: følgeperson som verken har ambulansetjeneste som yrke eller som inngår i påregnelig beredskap, side 63.

Tabell 7 Prosentvis fordeling av antall årsverk i ambulansetjenesten. Fordelt på type kompetanse og helseregion. Tall for 2003 og 2004

Type kompetanse		Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord	I alt
Sykepleiere	2003	6 %	3 %	7 %	8 %	4 %	5 %
	2004	8 %	3 %	4 %	6 %	6 %	5 %
Ambulansepersonell med fagbrev ⁶⁹	2003	64 %	69 %	45 %	38 %	27 %	49 %
	2004	66 %	77 %	59 %	53 %	29 %	56 %
Ambulansepersonell med kompetanse ⁷⁰	2003	21 %	26 %	40 %	39 %	64 %	38 %
	2004	19 %	20 %	36 %	34 %	56 %	33 %
Annet personell ⁷¹	2003	9 %	1 %	8 %	15 %	6 %	8 %
	2004	8 %	0 %	1 %	7 %	10 %	5 %
Sum (100 %)	2003	696	484	364	550	632	2 725
	2004	720	486	588	530	651	2 976

Kilde: SSB

trenger medisinsk faglig rådgivning underveis. Under oppdrag skal ambulansepersonellet kunne konferere med lege i kommunehelsetjenesten og kunne kontakte lege over helseradionettet, eventuelt vanlig mobiltelefon. Ambulansepersonell har varierende erfaring med om de får kontakt med lege i kommunen under utrykning. Mange steder er det problemer knyttet til at leger på vakt ofte ikke er knyttet til helseradionettet.⁷²

Data fra spørreundersøkelsen til 29 ambulansetjenester viser at de fleste opplever at de har en bemanning som *i stor grad* (15 tjenester) eller *i noen grad* (9 tjenester) er tilpasset tjenestens behov. Ingen tjenester oppga at bemanningen i svært liten grad var tilpasset behovet, tre oppga at den *i liten grad* var tilpasset behovet, mens to oppga at den *i svært stor grad* var tilpasset behovet.⁷³

Tabell 7 viser at det har skjedd en økning i fagkompetansen i alle helseregioner, men ambulansepersonell med fagbrev utgjør en betydelig mindre del av arbeidsstyrken i Helse Nord enn i de andre helseregionene. Helse Nord har, nest etter Helse Øst, lavest prosentvis økning fra 2003 til 2004 når det gjelder antall ambulansepersonell med fagbrev.

Det må antas at det oftere oppstår situasjoner som stiller store krav til helsefaglig kompetanse hos ambulansepersonell når pasienter transporteres over lang tid, enn når de raskt kan overleveres til helsepersonell ved sykehusene. Likevel har Helse Nord lavest andel ambulansepersonell med fagbrev, samtidig som ambulanseoppdragene i Helse Nord ofte er langvarige.⁷⁴

Fylkeslegene i tre fylker har gjennomført til sammen seks tilsyn rettet mot ambulansetjenesten, og hvor oppmerksomheten var rettet mot kompetanse. Fire av tilsynene er gjennomført av fylkeslegen i Troms (2003), et er gjennomført i Finnmark (2002) og ett i Hordaland (2002). Tilsynene i alle de tre fylkene finner mangler relatert til kompetanse. Finnmark og Hordaland vurderes å være svakest når det gjelder dette området. Det påpekes at problemene i Finnmark er alvorlige. Mye skyldes ifølge tilsynsrapporten at oppdragsmengden er veldig lav.

4.2.3 Aktivitet og bemanning i akuttmottakene i somatiske sykehus

De fleste pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved sykehusene, mottas i akuttmottaket. Tabell 8 gir en oversikt over alle akuttmottak i somatiske sykehus i landet fordelt etter helseregion.

Tabell 8 Antall registrerte akuttmottak i somatiske sykehus etter helseregion i 2005

Helseregion	Antall akuttmottak
Helse Øst RHF	15
Helse Sør RHF	13
Helse Vest RHF	7
Helse Midt-Norge RHF	8
Helse Nord RHF	11
Totalt	54

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

74) Jf. figur 3 Beredskapstimer per oppdrag og kjørte kilometer per oppdrag etter helseregion i 2004, side 25.

69) I 1996 ble ambulansefaget underlagt loven om fagopplæring i arbeidslivet og ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten er i dag etablert som et helsefag på videregående skole av fire års varighet.

70) Ifølge SSB er kravet at de har gjennomført utdanning svarende til kravene i NOU 1976:2 om ambulansepersonellutdanningen som sier: en kjøreteknisk del med i alt 62 timer teori, en redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser og en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og tre ukers praktisk tjeneste.

71) Uten godkjent kompetanse som ambulansepersonell.

72) Jf. kapittel 4.4 Hvordan er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved akuttutrykninger?

73) Svarene ble gitt på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr *i svært liten grad*, 2 betyr *i liten grad*, 3 betyr *i noen grad*, 4 betyr *i stor grad*, og 5 betyr *i svært stor grad*. Svarene gjelder for 2003.

Som tabell 8 viser, er det 54 akuttmottak i somatiske sykehus i landet. Helse Øst har flest akuttmottak i sin region, mens Helse Vest har færrest. Som tidligere nevnt kommer de fleste øyeblikkelig hjelp-pasienter til sykehuset via et akuttmottak. Antall døgnopphold og dagopphold for øyeblikkelig hjelp-pasienter var i 2004 for Helse Øst, som tidligere vist i tabell 3, totalt 190 459. Det tilsvarende antallet for Helse Vest var 118 902.⁷⁵

Akuttmottakene ble i spørreundersøkelsen spurt om det er vesentlige kapasitets- og/eller koordineringsproblemer andre steder i sykehuset som gjør at arbeidet i akuttmottaket forsinkes.⁷⁶ Hele 22 av de 34 akuttmottakene som besvarte spørreskjemaet, oppga at det i stor grad⁷⁷ var denne typen kapasitets- og/eller koordineringsproblemer ved sykehuset. Det blir nevnt i kommentarene til spørsmålet at det har vært

- mangel på sengeplasser på sykehusene
- ventetider på undersøkelse
- lav tilgjengelighet på leger
- kun turnuslege som tar imot pasienten i akuttmottaket
- ventetid på spesielle undersøkelser som røntgen og mangel på undersøkelsesrom

Institusjonene i Helse Sør har i større grad enn de andre regionene oppgitt at de har kapasitets- og/eller koordineringsproblemer, mens institusjonene i Helse Midt-Norge oppgir at de har mindre problemer. I Helse Sør sies det blant annet at det er overbelegg på medisinske sengeposter som gjør det vanskelig å plassere pasienter på kliniske avdelinger. Det nevnes også at det er allokert få legerressurser til akuttmottaket, noe som gjør at pasienter må vente. Korridorpasienter er et problem det er rettet mye oppmerksomhet mot. Mange av akuttmottakene påpekte i intervju eller i spørreskjema at manglende sengekapasitet og et stort antall korridorpasienter andre steder i sykehuset ofte fører til at pasienter blir liggende lenge i akuttmottaket, spesielt de pasientene som tilhører medisinsk avdeling. Dette fører til en opphopning av pasienter i akuttmottaket. Et av regionssykehusene uttaler at det ikke er uvanlig med 100 korridorpasienter på sykehuset. De påpeker dette:

”Vi har tatt det opp spesielt med kardiologene, for de har en regel om at det skal fylles opp i korridoren. Det er en fast regel på sykehuset at 10 prosent av pasientene skal ligge på korridor. Har du fire senger, så ligger det 0,4 pasienter ute, og har du 400 senger så ligger det 40. Det er en regel blant indremedisinere.”

75) Jf. tabell 3 Antall døgnopphold og dagbehandlinger i somatiske sykehus fordelt på innleggelsesmåte og region i 2004.

76) Skalaen gikk fra 1 til 5, der 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad.

77) Svarkategoriene 4 og 5, der 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad.

Et annet eksempel er at fylkeslegen i Oslo ved et tilsyn i 2001 påpekte at den interne ventetiden for visse typer operasjoner ved Ullevål universitetssykehus i perioder er uforvarselig lang, noe som svekket beredskapen til å kunne ta imot og behandle kirurgiske pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Helseforetakene rapporterer hvert tertial resultatoppnåelse på den nasjonale kvalitetsindikatoren *korridorpasienter* til Sosial- og helsedirektoratet. Rapporteringen andre tertial 2005 viser at alle helseregionene har problemer med korridorpasienter.

De intervjuede i akuttmottakene mener at en observasjonspost⁷⁸ kan være viktig for å oppnå god bruk av ressurser. Målsettingen er blant annet å få til et bedre samarbeid mellom akuttmottak og observasjonspost for å utnytte ressursene bedre og redusere liggetiden for pasienter i akuttmottak. Tabell 9 viser hvor mange av sykehusene som inngår i spørreundersøkelsen, som har en observasjonspost.

Tabell 9 Antall observasjonsposter fordelt på helseregion i 2004

Helseregion	Ja	Nei	Sum
Helse Øst	4	6	10
Helse Sør	5	1	6
Helse Vest	4	2	6
Helse Midt-Norge	1	6	7
Helse Nord	3	3	6
Totalt	17	18	35

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen til akuttmottakene

Tabell 9 viser at 17 av 35 sykehus hadde observasjonsposter i 2004. I Helse Sør har nesten alle sykehusene som inngår i undersøkelsen, en observasjonspost (fem av seks). Mange av de intervjuede i akuttmottakene peker på at en observasjonspost kan bidra til å redusere kapasitetsproblemene ved sykehusene og bedre pasientflyten i akuttmottakene. Pasienter kan ligge der til observasjon før de blir sendt videre på post eller avdeling eller skrevet ut. Likevel er det mange sykehus som ikke har en slik post.

Et annet viktig spørsmål når det gjelder ressursutnyttelse, er bemanning og bruk av kompetanse i akuttmottakene. I spørreundersøkelsen oppga 5 av 35 akuttmottak⁷⁹ at bemanningen i liten grad var tilpasset behovet innenfor tjenesten.⁸⁰

78) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Arbeidsnotat 2004: Organisering av akutt-tjenester i sykehus. I notatet står det: “En observasjonspost er et avgrenset område i eller nær en akuttavdeling for pasienter som behøver behandling eller avklaring. Formålet er å observere og avklare pasientens tilstand og eventuelt behov for innleggelse samt redusere unødvendige innleggelser.” Side 16.

79) Sykehuset i Arendal, Kristiansand, Kristiansund og på Stord og Tynset.

80) I liten grad tilsvarer svarkategori 1 og 2 på en skala fra 1 til 5, der 1 er i svært liten grad og 5 i svært stor grad.

Tabell 10 Gjennomsnittlig antall helsepersonell per akuttmottak. Fordelt på type kompetanse og helseregion i 2003

Helseregion	Turnuslege	Sykepleier	Spesialsykepleier	Sum
Helse Øst (9)	0,8	4,9	1,3	7,0
Helse Sør (6)	1,5	4,8	1,3	7,6
Helse Vest (6)	1,6	4,8	1,5	7,9
Helse Midt-Norge (7)	1,3	3,5	1,2	6,0
Helse Nord (6)	0,2	3,2	0,7	4,0
Alle regioner (34)	1,0	4,3	1,2	6,5

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen til akuttmottakene

Tabell 10 viser at gjennomsnittlig bemanning ved akuttmottakene varierer mellom helseregionene.⁸¹ Helse Vest har høyest gjennomsnittlig bemanning med 7,9 personer, mens Helse Nord har lavest med 4 personer.

Et viktig spørsmål når det gjelder ressursutnyttelse i akuttmottakene, er bruken av legekompertanse i mottakene. Under intervjuene ble det opplyst at turnuskandidater som regel er den første legekompertansen som møter pasienten ved ankomst akuttmottaket, når det ikke er veldig akutt og behov for spesialisert legekompertanse med en gang. Akuttmottakene har i liten grad kontroll over legeressursene fordi legene ikke er direkte knyttet til akuttmottaket. Dette fører til at turnuskandidater og annen legekompertanse kan være opptatt med oppgaver andre steder i sykehuset når det er behov for dem i

akuttmottaket. Intervjuene i akuttmottakene viser at det kan ta tid før lege ser til pasienten.

Mange av de intervjuede i akuttmottakene peker på at turnuslegene ofte bruker lang tid på vurdering og diagnostisering, fordi de ofte mangler den nødvendige erfaring for å ta raske beslutninger. I tillegg har ikke turnusleger myndighet til å avvise pasienter før ansvarlig lege er konsultert. Dette kan føre til unødvendige innleggelser og belastning for pasienten om ikke tilstanden blir avklart raskt.

4.3 Hvordan er befolkningens tilgang til akuttmedisinske spesialisthelsetjenester utenfor sykehus?

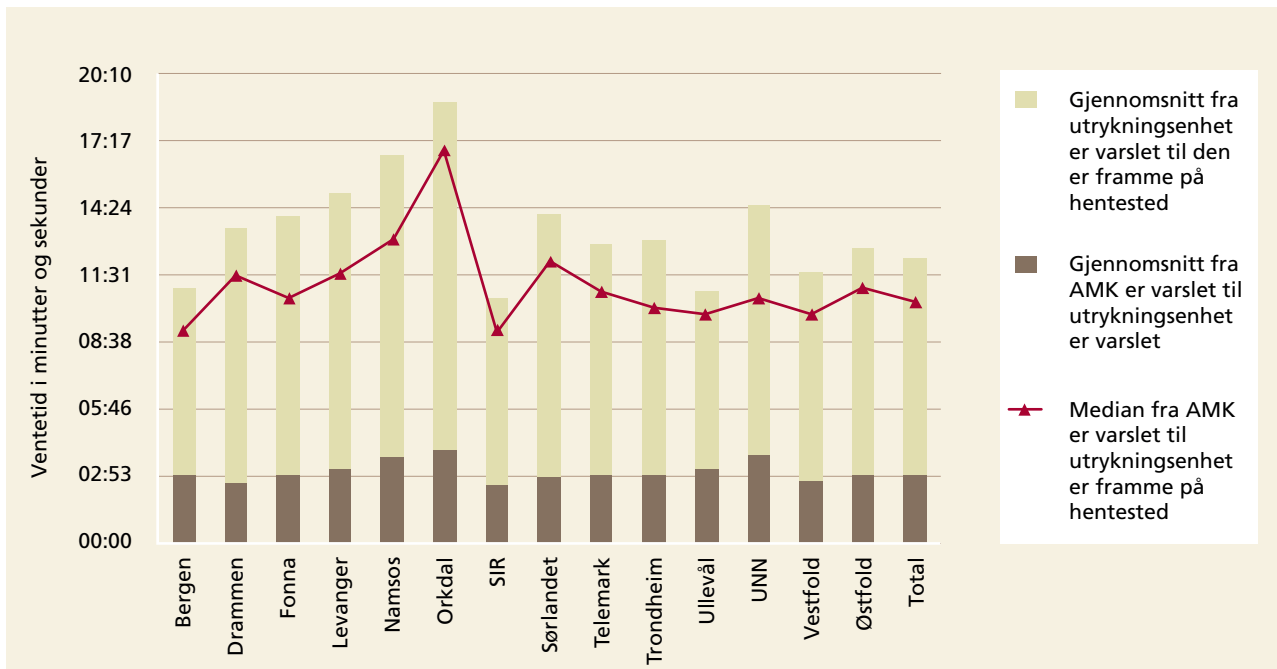
Tilgjengelighet til medisinsk nødhjelp forbindes med hvor raskt adekvat hjelp kan gis. Helsetilsynet påpekte i 1999 at mangelfulle ressurser tidlig i kjeden ikke fullt ut kan kompenseres av godt utbygde tjenester senere i kjeden.⁸²

Akuttutvalget⁸³ anbefalte i sin utredning fra 1998 at ved akuttoppdrag skal 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 12 minutter og 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk skal nås av ambulanse innen 25 minutter.

4.3.1 Er tidsbruken i den prehospital akuttkjeden effektiv?

Tidsbruken i den prehospital akuttkjeden i spesialisthelsetjenesten er den tiden pasienten venter på ambulan-

Figur 4 Gjennomsnittlig og median ventetid på ambulanse ved akutturter. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

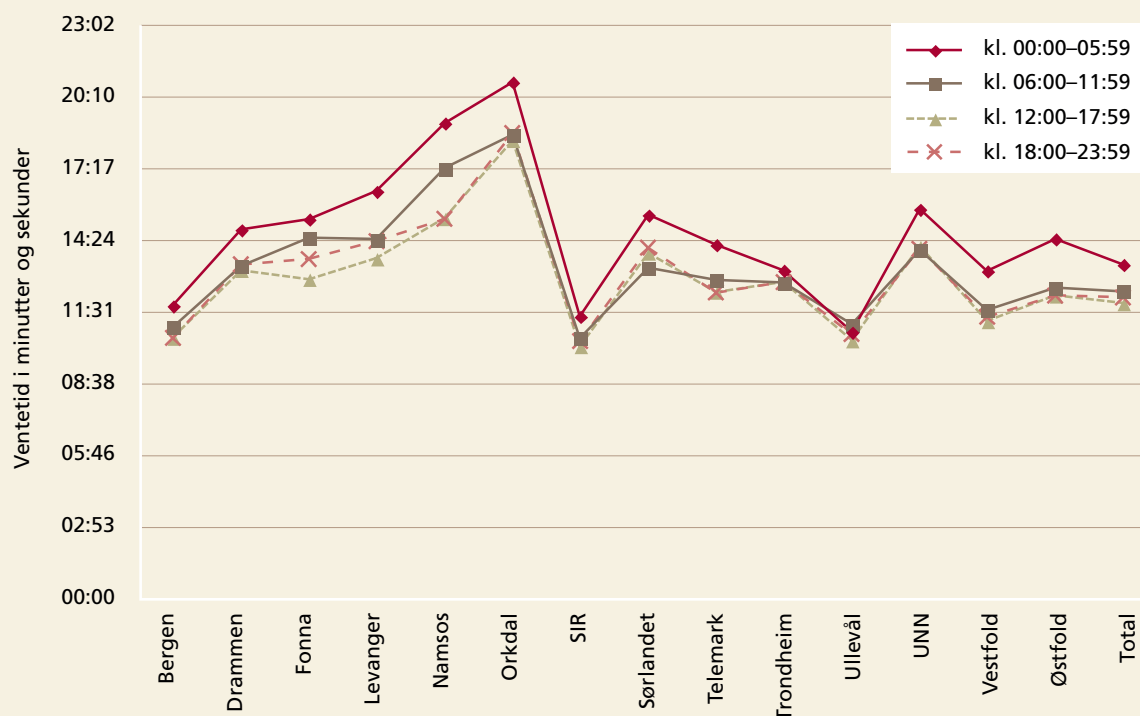
Gjennomsnittstallene totalt er beregnet på bakgrunn av 98 950 akuttutrykninger fra AMK varsles til ambulansen varsles, 86 454 akuttutrykninger fra ambulansen varsles til ambulansen er framme på skadestedet og 78 557 akuttutrykninger fra AMK-sentral varsles til ambulansen er framme på skadestedet.

82) Statens helsetilsyn, Rundskriv IK-16-99, 8. oktober 1999.

81) Tabellen omfatter ikke bruk av annen legekompertanse enn turnusleger.

83) NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.*

Figur 5 Gjennomsnittlig ventetid på ambulanse ved akutturter etter AMK-distrikt og tid på døgnet for henvendelse til AMK-sentral. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

se, den tiden ambulansepersonell er på skadestedet, og den tiden det eventuelt tar å transportere pasienten til sykehuset.

Som det framgår av figur 4, venter pasienter gjennomsnittlig drøyt 12 minutter fra AMK er varslet til ambulansen er framme. Av disse 12 minuttene er om lag 3 minutter tidsbruk i AMK-sentralen.⁸⁴ Det er til dels store variasjoner i gjennomsnittlig ventetid på ambulansene mellom de ulike AMK-distriktene. Figur 4 viser også at medianen gjennomgående er lavere enn gjennomsnittet. Dette innebærer at det er flest utrykninger med kort ventetid, og at et mindre antall utrykninger med lang ventetid drar opp gjennomsnittet. Totalt for alle AMK-distrikter er medianen 10:15 minutter.

Figur 5 viser hvordan gjennomsnittlig ventetid ved akutturter varierer i løpet av døgnet. I alle distrikter unntatt Ullevål universitetssykehus er ventetiden lengst i perioden fra midnatt til kl. 06.00. Det er likevel forskjeller i hvor mye responstidene varierer i løpet av døgnet for AMK-distriktene. Helse Bergen, Helse Stavanger (SiR) og Ullevål universitetssykehus utmerker seg ved at gjennomsnittlig ventetid er ganske lik i de fire tidsintervallene.

Av figur 4 og figur 5 går det fram at gjennomsnittlig ventetid varierer mellom de ulike AMK-distriktene. Det vil si at sannsynligheten for å måtte vente lenge på ambulanse varierer mellom AMK-distriktene.

Figur 6 på neste side viser at 60 prosent av akuttutrykningene har ventetid på under ca. 12 minutter, 80 prosent under ca. 16,5 minutter og 90 prosent under ca. 21,5 minutter. I de fleste distriktene er det relativt mange utrykninger med korte responstider. Figur 6 viser likevel at det er variasjoner mellom distriktene, for eksempel har over halvparten av akuttutrykningene i Namsos og Orkdal en ventetid på over henholdsvis ca. 13 og 17 minutter. Ved SiR har 20 prosent av akuttutrykningene en ventetid på over ca. 13,5 minutter. Tilsvarende tall for Orkdal er ca. 27,5 minutter.

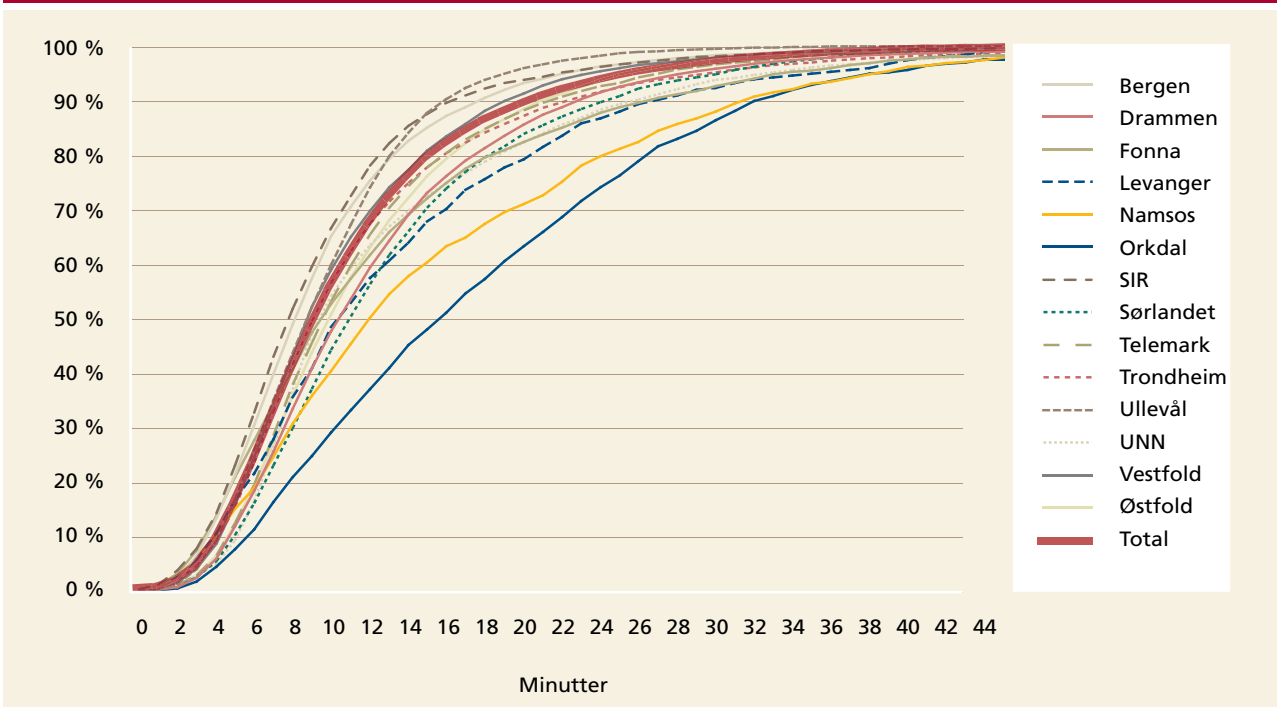
Figur 6 viser den totale fordelingen av ventetider innenfor hvert distrikt, mens akuttutrykningene i figur 7 er gruppert sammen etter ventetid for å gi et klarere bilde av variasjonene. Figuren angir hvor høy andel av akuttutrykningene i de ulike distriktene som har en ventetid på under 12 minutter, mellom 12 og 25 minutter og over 25 minutter. Disse tidsintervallene følger av de responstidskravene som ble foreslått av Akuttutvalget⁸⁵, og som benyttes internt av mange ambulansetjenester,⁸⁶ selv om de ikke er pålagt å gjøre det.

84) Praksis i AMK-sentralene kan variere når det gjelder registrering i AMIS av når utrykningsenhet er varslet. Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til hvor stor andel av ventetiden på ambulanse som skyldes tidsbruk i AMK-sentralene, og hvor stor andel som skyldes ambulansenes tidsbruk.

85) Jf. NOU 1998:9 *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*.

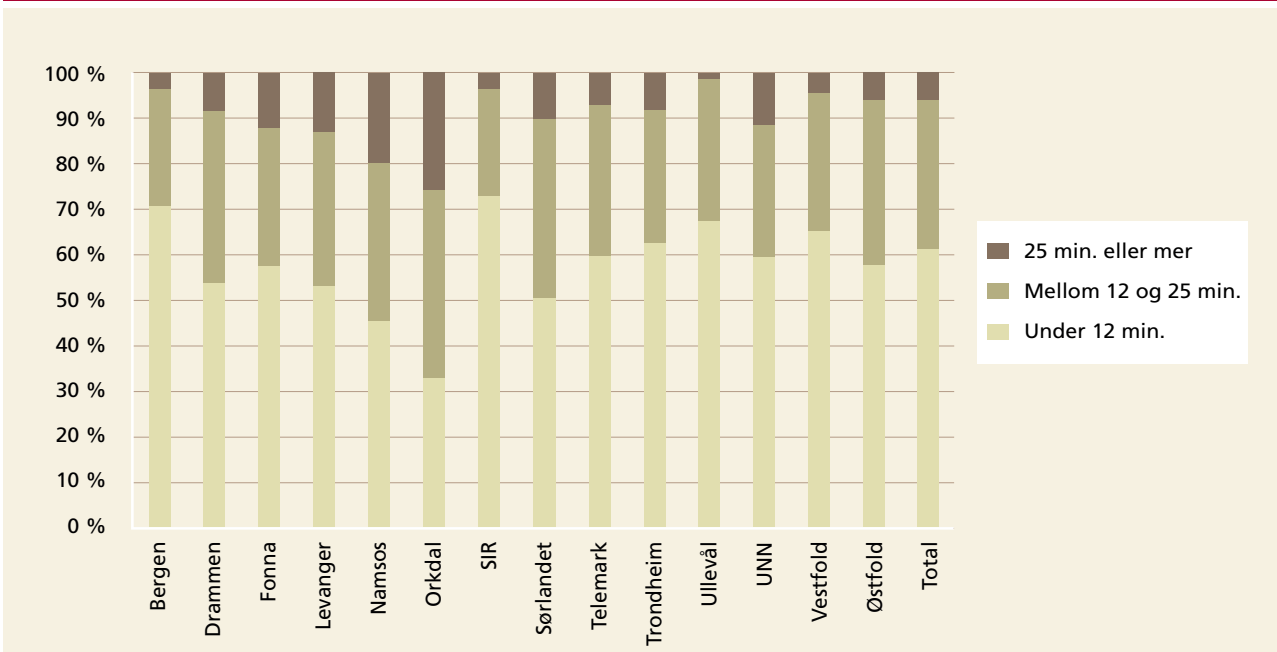
86) Jf. kapittel 4.6.3 Styring og resultatoppfølging i ambulansetjenesten.

Figur 6 Fordeling av ventetid på ambulanse ved akutturer etter AMK-distrikt. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004. Kumulativ prosent



Kilde: AMIS

Figur 7 Akuttutrykninger innenfor hvert AMK-distrikt etter ventetid på ambulanse. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

Figur 7 viser at andelen av akuttutrykninger innenfor disse tidsintervallene varierer svært mye. Totalt har 61 prosent av utrykningene responstider på under 12 minutter. Prosentandelen varierer fra 33 prosent i Orkdal til over 70 prosent i Bergen og SiR. I 9 av 15 distrikter (Drammen, Fonna, Levanger, Namsos, Orkdal, Sørlandet, Telemark, UNN og Østfold) har 40–67 prosent av akuttutrykningene responstider på mer enn 12 minutter. Totalt 6,5 prosent av akuttutrykningene har responstid på mer enn 25 minutter. I 6 av 15 AMK-dis-

trikter (Fonna, Levanger, Namsos, Orkdal, Sørlandet og UNN) har 10–26 prosent av akuttutrykningene responstider på mer enn 25 minutter.

SINTEF gjennomførte i 2001 en analyse av tidsbruk i AMK-sentraler og ambulansetjenester.⁸⁷ Beregningene

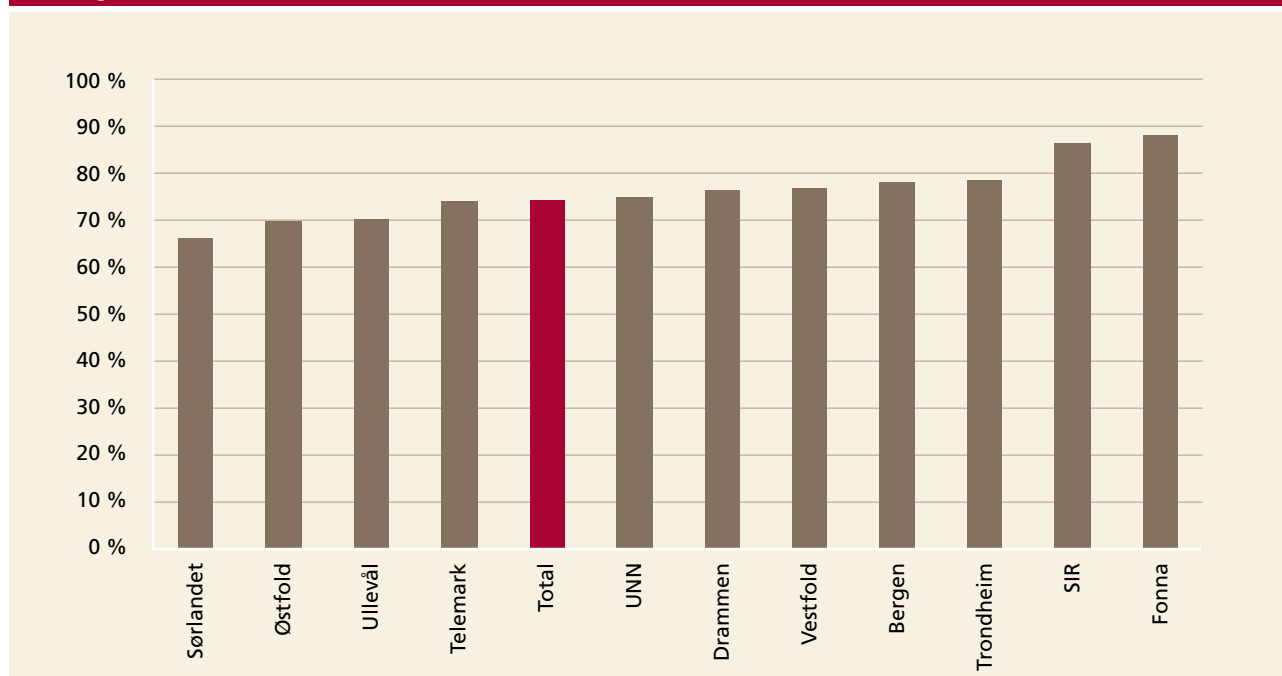
87) Johansen, Knut; Rømo, Frode; Hope, Øyvind B (2002): "Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstid i ambulansetjenesten. Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet". SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Tabell 11 Prosentandel av akuttturene i AMK-distriktene UNN og Vestfold med ventetid på ambulanse under 8, 12 og 25 minutter og median i 2001 og 2003–2004

		Prosentandel av akuttturene med ventetid på ambulanse under			Median ventetid på ambulanse min:sek
		8 minutter	12 minutter	25 minutter	
Troms (UNN)	2001	32,0 %	59,8 %	85,4 %	10:06
	2003–2004	26,2 %	59,4 %	88,4 %	10:25
Vestfold	2001	30,9 %	62,9 %	94,0 %	10:07
	2003–2004	34,2 %	65,2 %	95,4 %	10:01

Kilde: Data fra 2003/2004: AMIS, data fra 2001: Folkestad, Ellen Holtan, Gilbert, Mads, Steen-Hansen, Jon Erik.

Figur 8 Andel akuttutrykninger med under 12 minutter ventetid på ambulanse i utvalgte bykommuner⁸⁹ etter AMK. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

Kommunene som er tatt med i denne figuren, er Bergen, Drammen, Haugesund, Stavanger, Arendal, Kristiansand (kun 2004-data), Skien, Porsgrunn, Trondheim, Oslo, Bærum, Tromsø, Sandefjord, Larvik, Tønsberg, Horten, Fredrikstad, Sarpsborg, Halden og Moss.

viste at én av to akutturer i 2001 hadde en responstid på under 10:52 minutter (median). I kommuner med under 10 000 innbyggere var medianen 17:44 minutter, og i større kommuner 10:13 minutter. Fra 2001 til 2003–2004 er det en viss forbedring i medianen både totalt (10:15), i små kommuner (17:09) og i større kommuner (9:31).

Det ble i 2001 gjennomført en undersøkelse som viste ventetid på ambulanse i Vestfold og Troms.⁸⁸ Det er relativt små endringer i responstidene fra 2001 til 2003–2004 i disse fylkene.

88) Folkestad, Ellen Holtan; Gilbert, Mads; Steen-Hansen, Jon Erik: Når det haster – prehospitale responstider i Vestfold og Troms i 2001 i Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2004; 124: 324-8.

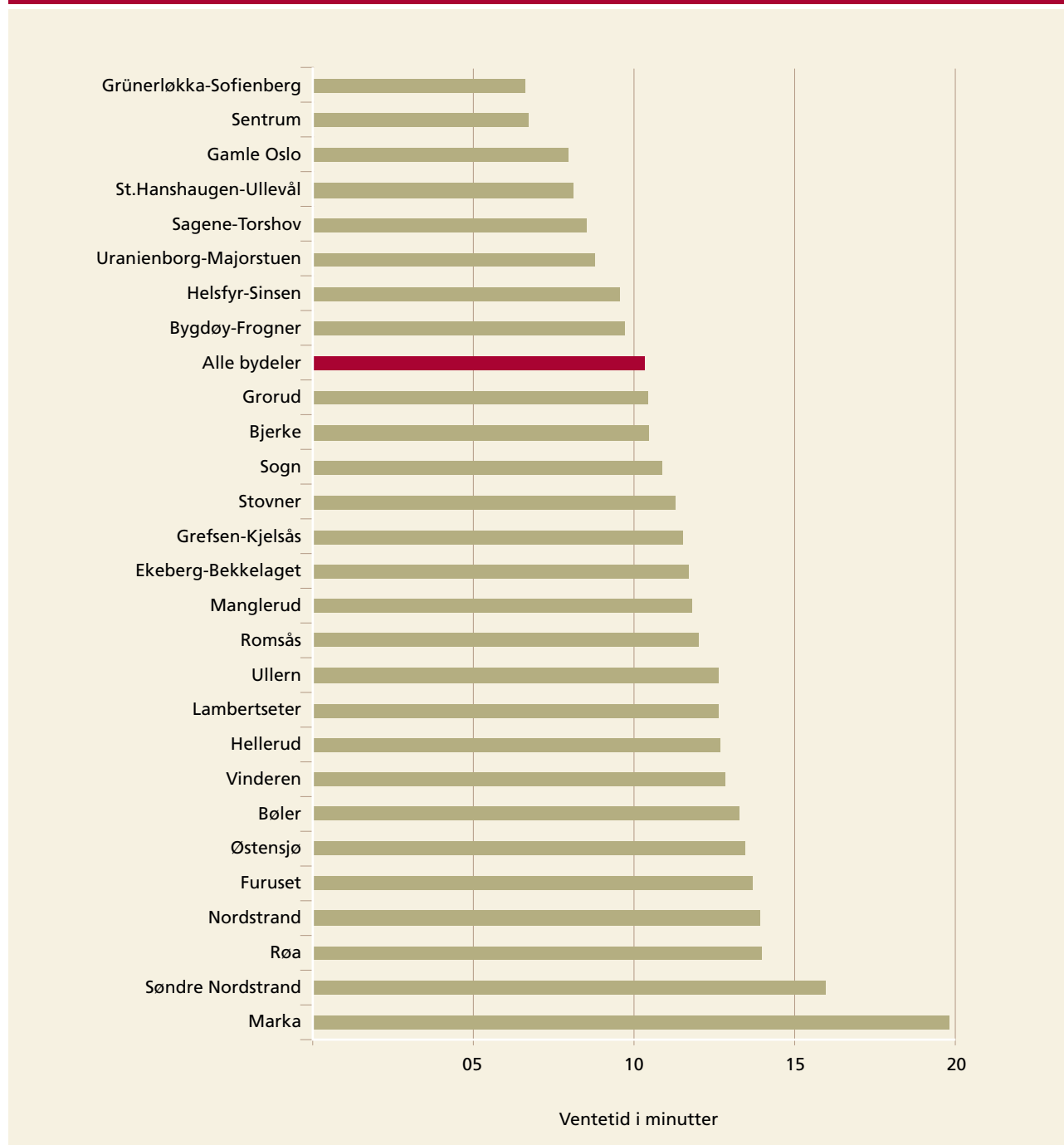
89) Utvalget kan inneholde enkelte utrykninger til andre kommuner enn de oppgitte. Årsaken er at utrykningene er plukket ut på bakgrunn av pasientens hjemstedskommune, og at pasienten ikke nødvendigvis er hentet i denne kommunen.

Tabell 11 viser at det fra 2001 til 2003–2004 i Troms var en reduksjon av andelen akutturer med en ventetid på under 8 minutter, lik andel under 12 minutter og en økning i andelen under 25 minutter. I Vestfold var det en viss økning i andelen både under 8, 12 og 25 minutter. Tabellen viser også en svak økning i medianen for Troms og nær uendret median i Vestfold.

Som tidligere nevnt skilles det i forslaget til responstidskrav mellom hva som kan forventes i byer og tettsteder, og hva som kan forventes i mer griskrendte strøk. Alle AMK-distriktene består i ulik grad av både tettbygde og griskrendte strøk.

Figur 8 omfatter akuttutrykninger til utvalgte byer der hele dekningsområdet kan anses som tettbygd område. Variasjoner i responstider i dette utvalget vil derfor i liten grad skyldes variasjoner i befolkningstetthet mellom AMK-distriktene.

Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid på ambulanse ved akuttur etter bydel. AMK Oslo⁹⁰. I 2003 og de tre første kvaralene i 2004



Kilde: AMIS

Figur 8 viser at det for utvalgte bykommuner er variasjoner i andelen av akuttutrykningene som har en ventetid på under 12 minutter. Totalt har 74 prosent av akuttutrykningene i de utvalgte byene en ventetid på under 12 minutter. Andelen varierer fra 66 prosent for Sørlandet sykehus (Kristiansand og Arendal) til 88 prosent for Helse Fonna (Haugesund).

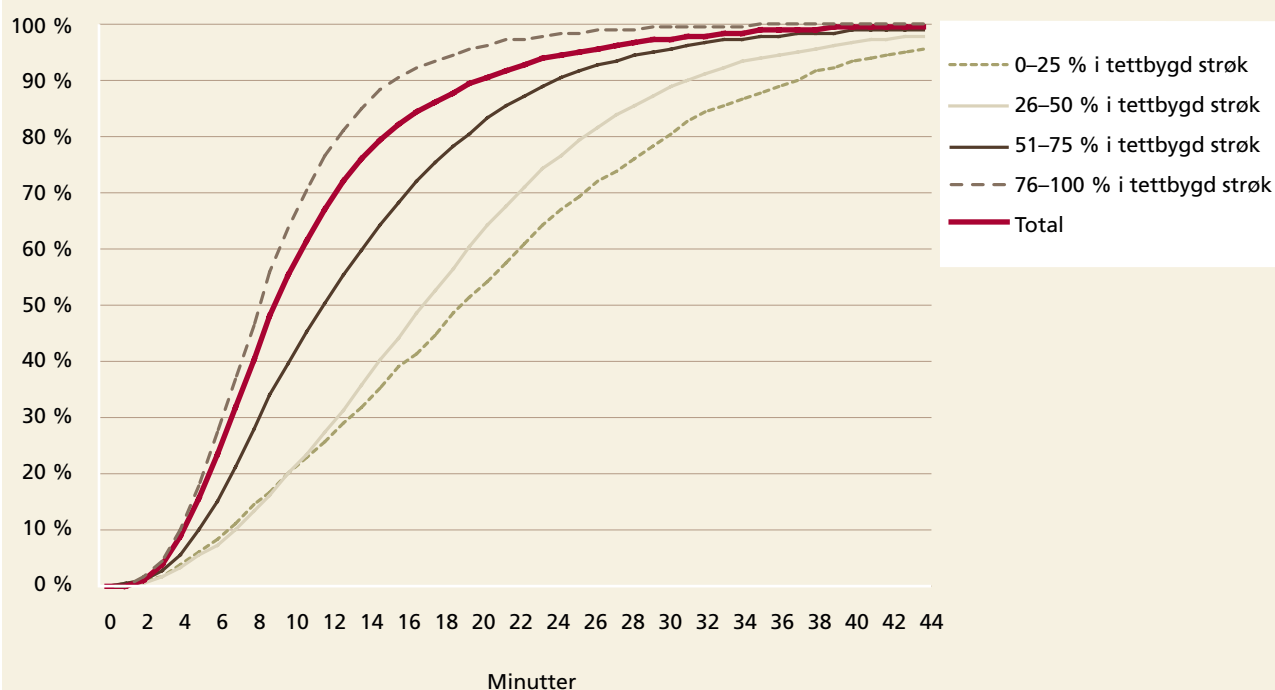
Det er sannsynlig at det i de fleste byer som regel vil være relativt kort vei å kjøre for ambulansen og dermed rask og relativt lik responstid over hele byen. Det registreres ikke informasjon i AMIS som gjør det mulig å se på geografiske variasjoner innenfor én kommune andre steder enn i Oslo, der pasientens bostedsbydel registre-

res.⁹¹ Figur 9 angir variasjoner i gjennomsnittlig ventetid i de forskjellige bydelene i Oslo.

90) Den gamle og den nye bydelsinndelingen er benyttet samtidig i AMIS i deler av undersøkelsesperioden. Figuren omfatter 11 126 utrykninger der den ene av inndelingene er benyttet. 1544 utrykninger, der den andre inndelingen er benyttet, er ikke tatt med. 4 545 utrykninger mangler informasjon om bydel.

91) Utvalget kan inneholde enkelte utrykninger til andre bydeler og kommuner enn de oppgitte. Årsaken er at utrykningene er plukket ut på bakgrunn av pasientens hjemstedskommune og bydel, og at pasienten ikke nødvendigvis er hentet i denne kommunen eller bydelen. I den grad dette påvirker resultatene, er det mest sannsynlig at det vil kunne føre til underestimert responstid i enkelte bydeler. Årsaken til dette er at sentrumsbydelene, der det kan antas at mange oppholder seg på dagtid, gjennomgående har kortere responstider enn andre bydeler.

Figur 10 Fordeling av ventetid på ambulanse ved akuttur. Etter andel av kommunenes befolkning som bor i tettbygd strøk. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS,

Kilde til data med andel av kommunenes innbyggere i tettbygd strøk er SSB.

Tekstboks 2

Responstid for ambulansetjenesten i Skottland i 1999

National Audit Office (NAO) i Skottland gjennomførte i 1999 en revisjon av responstider for ambulansetjenesten. Revisjonen viser at 75 prosent av akuttutrykningene totalt skjer innen 12 minutter, mens 95 prosent skjer innen 19 minutter. I Glasgow har én av tre akuttutrykninger responstid på under 7 minutter, mens kravene er én av to innen 7 minutter og 95 prosent innen 14 minutter. Kravene for middels tettbebygde strøk er 8 og 18 minutter, og kravene for griskrendte strøk er 8 og 21 minutter.

(NAO, *The Scottish Ambulance Service: A Service for Life*, Edinburgh, Scotland 1999)

Responstid for ambulansetjenesten i England 2003–2004

NAO i England viser i en revisjon av responstidene 2003–2004 at 21 av 31 ambulansetjenester i England innfrir et krav om at 75 prosent av akuttutrykningene skal ha en responstid på under 8 minutter.

(NAO, *Improving Emergency Care in England*, London, England 2004)

Figur 9 viser at gjennomsnittsentetiden for alle bydeler er 10 minutter. Den varierer fra i underkant av 7 minutter til i underkant av 16 minutter når Marka utelates.⁹²

I Oslo har det i undersøkelsesperioden vært en sentralisert ambulansetjeneste, der alle ambulanser har vært sta-

sjonert i Storgata i sentrum av byen. Intervjuer i ambulansetjenesten ved Ullevål universitetssykehus viser at tjenesten er kjent med at responstidene varierer, og vurderer disse til å være for lange i enkelte bydeler.⁹³

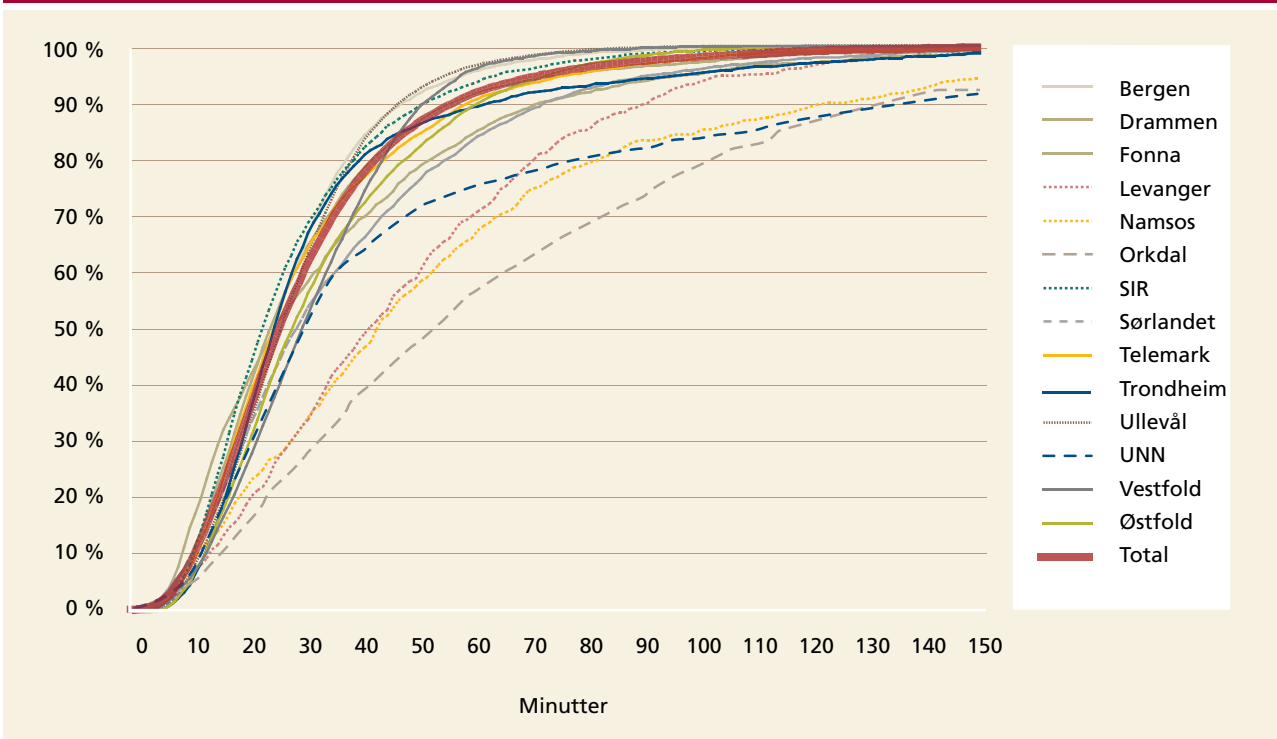
Som nevnt ovenfor er det grunn til å tro at variasjoner i responstider mellom ulike AMK-distrikter henger sammen med geografiske avstander og befolkningstetthet i de ulike distriktene. Figur 10 angir hvordan fordelingen av ventetider varierer med befolkningstetthet, det vil si i hvilken grad befolkningens tilgang til ambulanse er avhengig av hvor tettbygd kommunen er. Hver kurve representerer akuttutrykninger til kommuner som er ganske like med hensyn til hvor høy andel av befolkningen som bor i tettbygd strøk.

Figur 10 viser at ventetid på ambulanse fordeler seg ganske ulikt for de fire forskjellige kommunetypene. Det framgår at en høy andel av akuttutrykningene i de tett befolkede kommunene har kort ventetid, mens utrykningene er mer jevnt fordelt med hensyn til ventetid innenfor kommuner med under 50 prosent av befolkningen i tettbygd område. I kommuner der under 25 prosent av befolkningen bor i tettbygde strøk, har 90 prosent av akuttutrykningene en ventetid på under 38 minutter.

93) Uttalelse i intervju med ambulansetjenesten ved Ullevål Universitetssykehus HF: "Det vi jo ser, er at vi bruker for lang tid ut til Holmlia, oppover på vestsiden av Oslo, Røa-området, Smestad-området og opp igjennom Groruddalen. Derfor engasjerte jeg for to år siden SINTEF til å gjøre en skikkelig gjennomgang av beredskap og beredskapstider i Oslo og Akershus. For Akershus er seksjonene spredt utover, og de ligger tålelig hensiktsmessig. For Oslo er alt samlet til Storgata, og da får man lengre responstid ute".

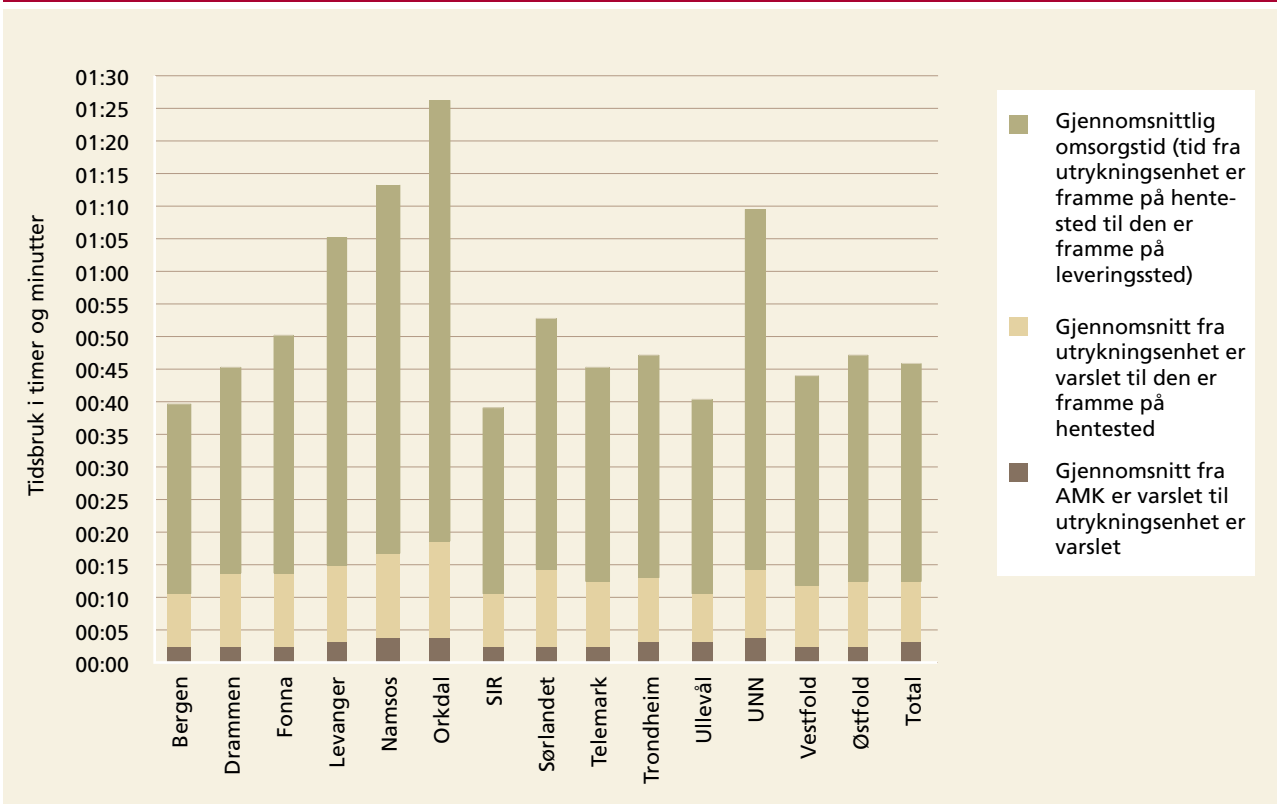
92) For de fleste bydeler er median ca. et halvt minutt under gjennomsnittlig responstid.

Figur 11 Utrykningsenhetens omsorgstid – fra ambulansen er framme på hentested til pasienten er levert på leveringssted ved akutturer. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

Figur 12 Tidsbruk splittet opp i AMKs tidsbruk, utrykningsenhetens tidsbruk fram til hentested og enhetens omsorgstid. Gjennomsnitt i AMK-distrikt. I 2003 og de tre første kvartalene i 2004



Kilde: AMIS

Videre analyser viser at den gjennomsnittlige ventetiden på ambulanser varierer mellom drøyt 10 minutter i kommuner der en høy andel av befolkningen bor i tettbygde strøk, til drøyt 22 minutter der en lav andel av befolkningen bor i tettbygde strøk.⁹⁴ I kommuner der under 50 prosent av befolkningen bor i tettbygd strøk, har 71 prosent av akuttutrykningene en responstid på under 25 minutter. Tilsvarende tall for kommuner der over 50 prosent av befolkningen bor i tettbygd strøk, er 96 prosent.

I tillegg til ventetid på ambulanse omfatter også tidsbruken i den prehospitale akuttkjeden *enhetens omsorgstid*, det vil si den tiden som går med til behandling på stedet, og den tiden det tar å frakte pasienten til neste ledd i behandlingen – leveringssted.

Figur 11 og figur 12 viser at utrykningsenhetenes omsorgstid varierer mellom AMK-distriktene. Av figur 12 går det fram at gjennomsnittlig oppdragslengde er ca. 46 minutter og varierer fra 39 til 86 minutter mellom de ulike AMK-distriktene. Det går videre fram at ventetiden på ambulanse utgjør en relativt liten del av den samlede tidsbruken i et akuttoppdrag. Totalt utgjør tidsbruken i AMK-sentralene gjennomsnittlig ca. 6,5 prosent av samlet tidsbruk, tiden fra utrykningsenhet er varslet til den er framme på hentested ca. 20 prosent, og enhetens omsorgstid ca. 73 prosent. Dette vil si at den tiden ambulansepersonell har ansvaret for pasienten, utgjør en stor del av tiden totalt.

Ambulansens omsorgstid er 33 minutter i gjennomsnitt for alle distriktene (jamfør figur 12). Orkdal, Namsos, UNN og Levanger har lengst gjennomsnittlig omsorgstid med henholdsvis 67, 56, 55 og 50 minutter. Kortest gjennomsnittlig omsorgstid har Bergen og SIR med 28 minutter og Ullevål med 29 minutter.

Det går også fram av figur 12 at det er sammenheng mellom variasjonene i ventetid på ambulanse mellom de ulike distriktene og de variasjonene vi finner i gjennomsnittlig omsorgstid for utrykningsenhetene. Det vil si at i de distriktene der det er lang ventetid på ambulanse, er det også lang omsorgstid for ambulansene. Det er naturlig at den totale tidsbruken for oppdragene i enda større grad enn responstiden er nært knyttet til geografi og befolkningstetthet. Årsaken kan være at store avstander og spredt befolkning i stor grad kompenseres av en desentralisert struktur for ambulansestasjonene. Utrykningsenhetenes omsorgstid påvirkes derimot først og fremst av avstanden mellom skadested og avleveringssted, som i hovedsak er sykehus og legevakt.

94) Høy andel = over 75 prosent, lav andel = opp til 25 prosent. Ventetiden i kommuner med mellom 25 og 50 prosent i tettbygde strøk er 20 minutter, og ventetiden i kommuner med mellom 50 og 75 prosent i tettbygde strøk er ca. 15 minutter.

4.3.2 I hvilken grad er tidsbruken i akuttmottakene effektiv?

Liggetid⁹⁵ og ventetid på lege i akuttmottakene

Ved ankomst til akuttmottaket blir som regel pasienten tatt imot av en sykepleier innen kort tid. Dersom pasienten vurderes til ikke å kunne vente, vil pasienten umiddelbart få nødvendig medisinsk hjelp. I de tilfeller der sykepleieren vurderer pasientens tilstand til å være mindre akutt, vil pasienten måtte vente på ytterligere vurdering og behandling. Det er i hovedsak to forhold som er viktige for hvor lenge disse pasientene må vente: først ventetid før pasienten blir vurdert av lege, deretter ventetid for å bli plassert på sengepost i en annen avdeling.

Opphold i akuttmottakene blir ikke registrert som egne avdelingsopphold. I undersøkelsen ble 34 sykehus med akuttmottak derfor bedt om data for når pasienten ble registrert inn i akuttmottaket og registrert ut av akuttmottaket. Datauttrekket skulle gjelde for pasienter som var registrert i 2003 og 2004. For å gjøre dataene sammenlignbare ble det bedt om registreringer av pasienter med diagnosen uspesifisert hjerneinfarkt og lårhalsbrudd. Av de 25 sykehusene som leverte data, var det kun datasettet fra Ullevål universitetssykehus som inneholdt tidsregistrering av inn- og uttidspunkt i akuttmottaket.⁹⁶ Det viste seg at svært få sykehus rutinemessig registrerer inn- og uttidspunkt i akuttmottakene.

Spørreundersøkelsen rettet mot de 35 akuttmottakene viste at sykehusene som regel ikke har kjennskap til gjennomsnittlig liggetid for alle pasienter i akuttmottakene, og enda sjeldnere mer spesifikt for enkeltdiagnoser.⁹⁷ Kun ti sykehus kunne oppgi gjennomsnittlig liggetid generelt for alle måneder. I tillegg kunne fire sykehus oppgi tall for mer avgrensede tidsperioder.

Som tabell 12 på neste side viser, er det store variasjoner mellom hva sykehusene, basert på varierende metode, oppgir som gjennomsnittlig liggetid i akuttmottakene. Sykehuset Telemark HF rapporterer om kortest liggetid med én time, mens Ullevål universitetssykehus HF rapporterer om liggetid på fire timer.

95) Liggetid i akuttmottak er definert som tiden det tar fra pasienten blir registrert inn i akuttmottaket til pasienten får den første behandling eller blir sendt videre til en avdeling for observasjon eller behandling.

96) I utgangspunktet ble 34 sykehus med akuttmottak bedt om data, men 9 sykehus falt fra på grunn av datatekniske forhold. De 25 sykehusene som var igjen, var Akershus, Arendal, Asker og Bærum, Bodø, Buskerud, Førde, Harstad, Haugesund, Helgeland, Kragerø, Kristiansand, Kristiansund, Levanger, Namsos, Ringerike, Stavanger, St. Olavs hospital, Telemark, Ullevål, Tromsø, Vestfold, Volda, Voss, Østfold, og Ålesund.

97) Når det gjelder uspesifisert hjerneinfarkt, har få sykehus oppgitt tall. Stavanger universitetssykehus (2003-tall), Aker universitetssykehus (2003-tall) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (2004-tall) oppgir 2–2 1/2 time i gjennomsnitt for året. Drammen har oppgitt tall som er hentet fra papirjournaler for to måneder som viser en ventetid på 20–30 minutter. Vestfold sykehus, Telemark HF, og Volda har gitt informasjon om en enkelt måned der liggetiden er 20–30 minutter.

Tabell 12 Gjennomsnittlig liggetid i akuttmottak.⁹⁸
Data er fra 2003 når ikke annet er oppgitt

	timer: minutter
Aker Universitetssykehus HF	2:35
Helse Bergen HF	2:25
Helse Stavanger HF (SIR)	2:15
Helse Sunnmøre HF, Volda	1:30
Sykehuset Asker og Bærum HF (2004)	2:35
Sykehuset Buskerud HF	2:00
Sykehuset i Vestfold HF	2:20
Sykehuset Innlandet HF, Elverum	2:15
Sykehuset Innlandet HF, Tynset	1:10
Sykehuset Innlandet HF, Hamar	2:00
Sykehuset Telemark HF	1:00
Ullevål universitetssykehus HF	4:00
St. Olavs Hospital HF ⁹⁹	--
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN)	2:30

Kilde: Spørreundersøkelsen

Informasjonen fra intervjuene i akuttmottakene viser at enkelte pasientgrupper ved de aller fleste akuttmottakene ofte må vente lenge før de blir tilsett av lege, og de må mange steder også vente før de får plass på sengepost.

Ved Harstad sykehus har de som rutine at pasienten maksimalt skal ligge to timer i akuttmottaket. Dersom ikke legen har begynt sin konsultasjon innen to timer, overføres pasienten til en sengepost. Ingen av de andre som ble intervjuet, nevnte lignende prosedyrer.¹⁰⁰ Også ved St. Olavs Hospital har problemstillinger rundt for lang liggetid i akuttmottaket blitt tatt opp til diskusjon. Det påpekes at både pasienter, pårørende og sykepleiere har klaget på dette forholdet.¹⁰¹ Det er blitt diskutert om ikke sykehuset bør ha en målsetting om hvor lenge en pasient maksimalt skal ligge i akuttmottaket. Dette sykehuset vurderer å sette en grense på 90 minutter som akseptabel liggetid. En undersøkelse utført i 2003 ved samme sykehus viser at av 820 pasienter som ble innlagt via akuttmottaket, ventet 454 (55 prosent) over 90 minutter.¹⁰² For dem som ventet over 90 minutter, var

98) Det er ikke benyttet samme registreringsmåte for de ulike sykehusenes datagrunnlag for beregning av gjennomsnittlig ventetid.

99) Registreringer over 14 dager i oktober 2003 viser at ca. 45 prosent venter mer enn 90 minutter før de sendes til sengepost, og at disse 45 prosentene i gjennomsnitt venter 2 timer og 55 minutter.

100) Intervjuundersøkelsen viser at det varierer hvilket system som brukes for å finne plass til pasienter på sengepost. Ved noen sykehus må en koordinerende sykepleier ringe rundt for å finne ut hvor det er kapasitet. Andre steder benyttes IT-systemer som gjør at akuttmottaket kjenner til belegget på alle poster.

101) St. Olavs Hospital la ved spørreskjemaet en presentasjon de har hatt på sykehuset når det gjelder ventetiden i mottakelsen.

102) I løpet av 14 døgn ble 820 øyeblikkelig hjelp-pasienter innlagt via Akuttmottaket. De har satt et mål om at pasientene maksimalt skal være på mottaket 90 minutter. Alle pasienter som var der kortere tid, er utelatt fra undersøkelsen. Det ble da 454 pasienter som var med i undersøkelsen.

gjennomsnittlig ventetid 2 timer og 55 minutter.¹⁰³ Undersøkelsen konkluderte med at ventetiden var uholdbart lang. Dette sykehuset registrerer i dag ikke liggetid i akuttmottaket.

En undersøkelse som er gjennomført ved Ullevål universitetssykehus, viser at det er lang ventetid på lege, at utredningstiden er lang, og at det deretter tar lang tid før pasienten får plass på sengepost.¹⁰⁴ Ved samme sykehus hender det at pasienter med respirasjonssvikt må ventileres manuelt i påvente av plass på overvåkningspost eller intensivavdeling.

I tillegg til sporadiske undersøkelser av ventetid i enkelte akuttmottak er det noen steder også gjennomført undersøkelser av ventetid på lege.¹⁰⁵ Helsetilsynet i Hordaland påpekte i et tilsyn i 2003 at noen pasienter innlagt på medisinsk avdeling ved Haukeland sykehus, med behov for øyeblikkelig hjelp med hastegrad *vanlig*, måtte vente uforsvarlig lenge på tilsyn av lege i akuttmottaket. Det kunne ta opp til flere timer før pasienten ble tilsett av lege, selv om lege var varslet.

Videre har undersøkelsen av akuttmottakene vist at enkelte akuttmottak har rettet oppmerksomheten mot ventetid på lege. For eksempel hadde Sykehuset Telemark som målsetting i 2004 at alle pasienter skulle tilses av lege innen en time.¹⁰⁶ Ved sykehuset i Haugesund framkom det i et intervju at det var planlagt å sette i gang målinger på dette området.

Intervjuundersøkelsen viser at årsaker til lang liggetid kan være lang ventetid på å bli vurdert av turnuskandidat, og eventuelt ventetid på mer erfaren legekompentanse når det er behov for dette. Dette gjelder spesielt kirurger, som ofte er opptatt på operasjonsstua. Det går også fram at liggetiden kan skyldes lang ventetid på postplasing. I tillegg kan andre forhold bidra til lang ventetid, som ventetid på røntgen- eller laboratorieundersøkelse og svar på disse og ventetid på portør.

Undersøkelsen har i den delen som omhandler akuttmottak, rettet spesiell oppmerksomhet mot pasienter med lårhalsbrudd og pasienter med uspesifisert hjerneinfarkt. Dette er diagnosegrupper som utgjør mange pasienter, det vil sjelden være tvil om diagnose, og de risikerer å måtte vente på vurdering av lege og videre behandling i sykehuset siden det sjelden er behov for umiddelbar helshjelp.

103) For pasienter som ventet i over 90 minutter, var gjennomsnittlig ventetid lengst ved ortopedisk avdeling (202 minutter) fulgt av kirurgisk avdeling (185 minutter) og medisinsk avdeling (170 minutter).

104) Ullevål akuttmottak, fra Pasientflyundersøkelse i akuttmottaket i perioden 01.02.04–14.02.04.

105) For eksempel viste en undersøkelse gjennomført i 2004 ved Asker og Bærum akuttmottak at gjennomsnittlig ventetid på lege var 40 minutter.

106) Jf. Strategisk plan fra Sykehuset Telemark, akuttmottaket for 2003–2005.

Tabell 13 Andel av lårhalsoperasjoner utført innen 48 timer fordelt etter helseregion. Første tertial 2005

Helseregion (antall institusjoner som har rapport totalt)	Gjennomsnitt ¹⁰⁷	Lavest skår	Antall institusjo- ner med 100 %	Antall institusjo- ner lavere enn 90 %
Helse Øst (8/14)	91 %	70 %	0 av 8	2 av 8
Helse Midt- Norge (7/8)	95 %	87 %	1 av 7	1 av 7
Helse Nord (11/11)	94 %	85 %	5 av 11	4 av 11
Helse Sør (12/14)	93 %	69 %	4 av 12	2 av 12
Helse Vest (13/16)	94 %	88 %	3 av 13	2 av 13
Totalt (51/63)	93 %	69 %	13 av 51	11 av 51

Kilde: <http://www.sykehusvalg.net/>

Pasienter med lårhalsbrudd og uspesifisert hjerneinfarkt

Pasienter med lårhalsbrudd blir tatt imot i akuttmottaket før de blir overført til en annen avdeling. Resultatene for den nasjonale kvalitetsindikatoren *preoperativ liggetid for pasienter med lårhalsbrudd* er relevant for akuttmottakenes situasjon fordi den illustrerer effektiviteten i pasientflyten i sykehuset. Tabell 13 framstiller resultatoppnåelsen for denne indikatoren for institusjonene innenfor hver helseregion.

Tabell 13 viser at gjennomsnittlig resultatoppnåelse ved institusjonene i alle helseregioner er på over 90 prosent. Det går videre fram at bare 13 av 51 helseforetak opererer alle pasientene innen 48 timer, og at dårligste resultatoppnåelse er 69 prosent. Alle helseregionene unntatt Helse Øst hadde helseforetak med en skår på 100 prosent. 11 av helseforetakene opererer færre enn 90 prosent av pasientene innen 48 timer. Flere av de intervjuede i akuttmottakene mente at kravet om 48 timer var for lang tid, og mente at kravet med fordel kunne vært satt strengere.

Når det gjelder uspesifisert hjerneinfarkt, opplyste mange av akuttmottakene i intervjuene at de hadde klare prosedyrer for mottak av pasientene. Under ett av intervjuene kom det fram at disse pasientene kan risikere å bli liggende til neste dag dersom røntgenlegen ikke er på vakt. Undersøkelsen viser at de fleste sykehus har en slagenhet,¹⁰⁸ men at disse ofte har for liten kapasitet til å kunne behandle alle slagpasienter i sitt distrikt. Ofte blir da pasientene lagt på medisinsk avdeling.

107) Gjennomsnittstallene her er gjennomsnittet av måloppnåelsen i de helseforetakene som har rapportert innenfor hver region og totalt.

108) Statens helsetilsyn. IK-2542-1996: *Veileder i rehabilitering av slagrammede*. Definisjon av slagenhet: *En slagenhet er en egen sengeenhet bemannet med spesialopplært personale, hvor slagpasienter samles, og behandlings- og rehabiliteringstiltak samordnes og systematiseres.*

4.4 Hvordan er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved akuttutrykninger?

Samhandling mellom tjenestenivåene i helsetjenesten har vært et tema i den offentlige debatten i mange år. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* peker utvalget på at det har stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene.¹⁰⁹ Utvalget foreslår at det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning mellom tjenestenivåene.¹¹⁰

Forskriften på det prehospitale akuttmedisinske området fra 2005 legger stor vekt på samarbeid i den akuttmedisinske kjeden.¹¹¹

Primærhelsetjenesten er forpliktet til å bistå ved akutte hendelser,¹¹² og leger på vakt er forpliktet til å være knyttet til helseradionettet. Likevel uttaler de fleste av de intervjuede ved AMK-sentralene og ambulansetjenestene at leger på vakt i primærhelsetjenesten i varierende grad er tilgjengelig på helseradionettet. Dette er også påpekt av fylkeslegene i flere tilsyn.¹¹³ En av divisjonsdirektørene som ble intervjuet, uttalte at han hadde hatt ansvar for prehospitale tjenester mange steder i landet og ofte opplevd at forskriftens krav om at primærleger på vakt skal være tilgjengelige på helseradionettet, ikke ble etterfulgt. Uttalelsen nedenfor fra en AMK-sentral er et eksempel på dette problemet:

”Det er ikke mer enn ca. tre kvart år siden vi nærmest fikk presset igjennom en prosedyre som gikk på at legene skulle varsles ved røde oppdrag. Vi har svært få leger i fylket som bruker helseradionettet. De har nektet å bruke det. Fylkeslegen har vært ute flere ganger og gitt påpakning, men det hjelper ikke.”

Siden AMK-sentralene i mange tilfeller ikke når fram til leger i primærhelsetjenesten via helseradionettet, benyttes ofte mobiltelefon. En AMK-sentral uttalte at problemene med å få kontakt via helseradionettet hadde ført til at de i enkelte tilfeller helt hadde utelatt å varsle via helseradionettet.

109) NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, side 18.

110) NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, side 19.

111) Jf. FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 1. april 2005. kap. 1 § 1.

112) LOV 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene. § 1-3 1. ledd nr. 5.

113) Jf. tilsyn gjennomført av fylkesleger i 1996–97 og igjen 2001–2002 som konkluderer med at leger ikke er tilgjengelige i helseradionettet på dagtid, og at bruken av helseradionettet er basert på frivillighet fra legenes side.

Tilgang på legekompentanse fra primærhelsetjenesten kan være en viktig støtte for ambulansepersonell under utrykning. Intervjuundersøkelsen avdekket at ambulansetjenesten og AMK-sentralene opplever at primærlegene mange steder sjelden rykker ut til skadestedet i akutsituasjoner. Intervjuundersøkelsen viser at problemet er størst i byområder og i store legevaktdistrikter. Når det gjelder byene, kan dette tyde på at primærhelsetjenesten i større grad gir spesialisthelsetjenesten ansvaret for de akuttmedisinske tjenestene når det er kort vei til et sykehus. Med hensyn til store legevaktdistrikter gir flere av de intervjuede i ambulansetjenesten uttrykk for at dette fører til lang reisevei for legen, og at de derfor i mindre grad er tilgjengelige for utrykning. Enkelte steder i landet er ingen leger tilgjengelige etter klokken elleve om kvelden. Pasienter må derfor fraktes lang vei til lege for undersøkelse og så tilbake igjen. Dette binder opp ambulanseresurser og svekker beredskapen for ambulansene.

Tekstboks 3

Ved en av AMK-sentralene hadde de ved intervjuetidspunktet nettopp opplevd en dramatisk situasjon der en 25 år gammel mann i et legevaktdistrikt hadde fått hjer-testans. Ingen av legene kunne rykke ut fordi de var opptatt i legevaktsentralen, i tillegg til at det ikke var bakvakt i distriktet.

Legene i primærhelsetjenesten har myndighet til å rekvirere ambulanse. Dette følger av kommunenes ansvar for primærlegevakt.¹¹⁴ Samtidig er det nødvendig med samordning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å sikre at ikke beredskapen svekkes ved unødvendig bruk av ambulanser, og for at AMK-sentralene til enhver tid skal ha oversikt over tilgjengelige ambulanser. Ofte har ikke AMK-sentralene kjennskap til hvilke ambulanser som er ledige, fordi de ikke alltid informeres når en lege i primærhelsetjenesten rekvirerer ambulanse. Dette kan skape problemer når det gjelder AMK-sentralenes totale flåtestyring og oversikt over ressursene. I tillegg opplever ambulansetjenesten mange steder eksempler på at leger rekvirerer ambulanse i tilfeller der det er tvilsomt om vurderinger av pasientens transport- og behandlingsbehov ligger til grunn.¹¹⁵ En ambulansesjef uttalte i et intervju at ambulanse bør forbeholdes pasienter som bør ligge, eller som trenger medisinsk overvåking og behandling, og at andre pasienter kan transporteres på andre måter. Det hender likevel at ambulanse rekvireres for eksempel til hjemkjøring av pasienter som er behandlet for armbrudd. Intervjuene ved AMK-sentralene tyder på at det generelt har vært liten oppmerksomhet rettet mot å sikre samordning

mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder bruk av ambulanse.

Det varierer i hvilken grad det gjennomføres samarbeidsmøter og gjensidig veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette varierer både mellom AMK-distriktene og mellom kommuner innenfor samme AMK-distrikt. Enkelte steder legges det vekt på dette, mens det andre steder ikke avsettes ressurser til denne typen samarbeidstiltak selv om behovet er til stede.

4.5 Hvilke styringsvirkemidler bruker Helse- og omsorgsdepartementet i styringen av de regionale helseforetakene på akuttområdet i 2003–2005?

Med hjemmel i helseforetaksloven § 16 utøver departementet eierstyring av de regionale helseforetakene og setter vilkår for bevilgningene. Vilkårene inntas i de årlige styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Etter helseforetaksloven § 34 skal de regionale helseforetakene hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. I meldingen skal det blant annet redegjøres for gjennomføringen av de krav departementet har stilt til virksomheten. Departementet har pålagt de regionale helseforetakene å utarbeide klare analyser av eget tilbud og befolkningens behov på de ulike fagområdene. Imidlertid er det med ett unntak ikke stilt noen konkrete resultatmål eller rapporteringskrav på akuttområdet i perioden 2003–2005. Det er således ikke utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer direkte på akuttområdet eller konkrete krav om rapportering eller resultatoppnåelse når det gjelder prehospitalt responstider. Det er heller ikke stilt konkrete krav om rapportering eller resultatoppnåelse når det gjelder ventetider i akuttmottak.

I styringsdokumentene for 2003 ba departementet de regionale helseforetakene om å gjennomgå organiseringen av den akuttmedisinske kjeden. Dette skulle skje i lys av planlagte strukturtiltak og endringer i oppgavefordelingen i regionen. Gjennomgangen skulle ha oppmerksomhet mot å sikre befolkningen et faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjenestetilbud, blant annet med hensyn til aksess- og reaksjonstid¹¹⁶ i AMK-sentralene, hensiktsmessige ordninger for basestruktur og ressursutnyttelse og kompetansekrav i ambulansetjenesten.

Med dette som bakgrunn rapporterte Helse Vest i 2003 at de hadde gjennomgått akuttfunksjonene med vekt på kirurgi- og fødetilbudet, men hadde utsatt gjennomgang-

114) Jf. LOV 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene, § 1-3.

115) I 1999 utga Helsetilsynet Rundskriv IK-16/99. *Kriterier for rekvirering av ambulanse*, der det går fram på side 3 at de legger til grunn at rekvirering av ambulanse forutsetter en individuell medisinsk faglig vurdering av pasientens transport- og behandlingsbehov.

116) Jf. Kith Rapport 3/99: *Definisjonskatalog for AMK-/ILV-sentraler: Aksesstid er tidsintervall fra medisinsk nødtelefonnummer 113 blir tastet inn på telefonen til AMK-sentralen svarer. Reaksjonstid er tidsintervall fra en enhet blir varslet av forrige ledd i hendelsesforløpet til enheten iverksetter en handling.*

en av de prehospitaltjenestene i påvente av ny forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som ble iverksatt 1. april 2005.¹¹⁷ Helse Midt-Norge rapporterte i meldingen for 2003 at de hadde gjennomgått den prehospitaltjenesten, men omtaler i liten grad funn og resultater av gjennomgangen. Helse Øst rapporterte i meldingen for 2003 at de hadde gjennomgått organiseringen av den akuttmedisinske kjeden, men omtaler ikke resultater og kvalitet for akuttområdet.

De regionale helseforetakene omtaler i liten grad konkret resultatoppnåelse og tilstanden i akuttkjeden i sin rapportering til departementet i meldingen for 2003 og 2004. Dette gjelder både for den prehospitaltjenesten og for akuttmottakene ved sykehusene. Et unntak her er Helse Nord som i 2003 og 2004 rapporterte på en rekke indikatorer knyttet til kvalitet og kompetanse i ambulansetjenesten.¹¹⁸ De andre regionale helseforetakene har bare omtalt enkelte elementer i tjenestetilbudet. Helse Sør rapporterte i 2003 at helseforetakene gjennom hele året har rapportert responstider. På grunn av usikkerhet om datakvalitet og metodikk ble imidlertid ikke resultatene offentliggjort.

SINTEF fikk høsten 2001 i oppdrag av Helsedepartementet å evaluere de økonomiske konsekvensene dersom akuttutvalgets anbefalinger om responstidskrav skulle gjøres bindende.¹¹⁹ SINTEF konkluderte våren 2002 med at kostnadene for landet som helhet vil beløpe seg til 224 millioner kroner.¹²⁰ Rapporten viser at 90 prosent av akuttutrykninger i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere hadde responstid¹²¹ under 33:58 minutter, mens 90 prosent av responstidene var innen 19:23 minutter i kommuner med over 10 000 innbyggere.

I budsjettproposisjonen for 2003 uttalte Helsedepartementet at SHdir støtter Akuttutvalgets målsetting om reduserte responstider, men at SHdir etter en faglig vurdering anbefaler ikke å fastsette bestemte responstider i forskrift.¹²² I tråd med vurderingene til SHdir er det i forskriften fra 2005¹²³ ikke satt konkrete krav til responstider, men ambulansetjenesten skal ifølge forskriften som hovedregel være bemannet med tilstedevakt.¹²⁴

117) FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

118) Helse Nord RHF rapporterer i årlig melding for 2003 og 2004 om problemer med kompetanse og kvalitet i ambulansetjenesten som på sikt ikke vil være i stand til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet.

119) NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.*

120) Johansen, Knut; Rømo, Frode; Hope, Øyvind B (2002): "Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstid i ambulansetjenesten. Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet." SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

121) Responstider er her definert som tidsintervallet fra AMK-sentral kontaktes til ambulansetjenesten ankommer hendelsessted.

122) St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet, sidene 117 og 144.

123) FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

124) Ifølge St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet, side 119, er krav om tilstedevakt et alternativ til konkrete responstidskrav.

Tilstedevakt innebærer at personell i beredskap oppholder seg i umiddelbar nærhet av ambulansen. I sin høringsuttalelse skriver Helsetilsynet at tilstedevakt, i motsetning til responstid, ikke har direkte effekt på utfallet ved tidskrisiske sykdoms- og skadetilstander. Helsetilsynet konkluderer med at kravet om tilstedevakt i liten grad bidrar til å sikre forsvarlig responstid ved akutt- og hasteoppdrag, og at tilstedevakt derfor ikke bør benyttes som kvalitetsindikator for ambulansetjenesten. Helsetilsynet skriver videre at krav om tilstedevakt uten krav til responstid kan tenkes å påvirke responstiden negativt, dersom økte kostnader ved etablering av tilstedevakt søkes kompensert gjennom en reduksjon av det totale antall ambulanser og ambulansestasjoner.

4.6 Hvordan er styringen og resultatoppfølgingen i akuttkjeden innrettet for å sikre tilgjengelighet og kvalitet?

Det er i hvert enkelt tjenesteledd i akuttkjeden stilt få krav til registrering, dokumentasjon og rapportering. AMK-sentralene og ambulansetjenesten følger i varierende grad responstidsutviklingen, og enkelte akuttmottak oppga at de førte manuelle lister over tidspunkter for når pasienten fikk hjelp.¹²⁵

I forskriften om akuttmedisin utenfor sykehus fra 2005 påpekes det at departementet kan bestemme at de regionale helseforetakene og kommunene skal rapportere bestemte data om de akuttmedisinske tjenestene.¹²⁶ I sin høringsuttalelse til denne forskriften uttaler Helsetilsynet at det er viktig å utvikle et empirisk datagrunnlag som beskriver hvordan ulike deler av den akuttmedisinske kjeden virker. Dette er viktig både for å framskaffe styringsinformasjon til den daglige drift og for å fatte kvalifiserte beslutninger om framtidig organisering av tjenesten.¹²⁷

SINTEF påpekte i sin rapport fra 2002 at kvaliteten på responstidsdata var for dårlig.¹²⁸ Det ble videre framhevet at terminologien som beskriver den prehospitaltjenesten, er preget av uensartet språkbruk, og at majoriteten av fylker og ambulansetjenester ikke kunne levere opplysninger om prehospitaltidsbruk. Det ble også framhevet at de lokale registreringsrutinene gjennomgående var for dårlig kvalitetssikret, og at avleverte data i stor grad var mangelfulle og inneholdt mange feil.

125) Jf. kapittel 4.6.1 Styring og resultatoppfølging i akuttmottakene og kapittel 4.3.2 I hvilken grad er tidsbruken i akuttmottakene effektiv?

126) FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, § 5.

127) Høringsuttalelse til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus avgitt i brev av 17. august 2004 til Helsedepartementet.

128) Johansen, Knut; Rømo, Frode; Hope, Øyvind B (2002): "Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstid i ambulansetjenesten. Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet." SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, side 53.

Vi har i denne undersøkelsen innhentet og analysert data over prehospital tidsbruk og responstider. Analysen har avdekket at det også i data for 2003 og 2004 er svakheter med hensyn til kvalitet. Totalt 13 prosent av registreringene av utrykninger inneholdt feil som gjorde at AMIS-systemet selv merket disse som feilregistreringer eller som ufullstendige registreringer.¹²⁹

Tidsregistrering i akuttmottak kunne gitt sykehusene grunnlag for å beregne liggetid¹³⁰ og svare på hvor lang tid det tar fra pasienter ankommer et akuttmottak til de blir tilsett av helsepersonell. Sykehusene registrerer i liten grad denne typen informasjon. Ved mange sykehus registreres ikke oppholdet i akuttmottaket som et eget avdelingsopphold, og der dette gjøres, registreres det i liten grad tidspunkt for inn- og utskrivning i mottaket.¹³¹ Også tidspunktet for når pasienten blir tilsett av lege registreres sjelden, og da hovedsakelig som manuelle registreringer i en avgrenset tidsperiode.¹²⁵

4.6.1 Styring og resultatoppfølging i akuttmottakene

Styring av legeressursene er et viktig område som akuttmottakene i liten grad har kontroll over. Det er primært uerfarne turnusleger som for kortere perioder arbeider i akuttmottaket. Det fører til at det er mye utskifting av legeressurser, som kan skape lite kontinuitet og stabilitet kompetansemessig. Mangelen på stabilitet blir forsterket av at akuttmottakene har liten mulighet til å styre tilgangen på mer erfarne leger. De erfarne legene er knyttet til andre avdelinger, og det gjør at ventetiden kan bli lang for enkelte pasienter som har behov for vurdering av en mer erfaren lege.

Intervjuene ved akuttmottakene viser at mange mottaksledere mener det hadde hatt positive konsekvenser for pasientflyten i akuttmottaket og totalt i sykehuset dersom mer erfarne leger hadde vurdert pasientene som ankommer akuttmottaket.¹³² Dette stemmer også med erfaringene ved akuttmottaket ved ett av regionssykehuse, der de har sett at liggetiden er kortere når assistentleger vurderer pasientene i akuttmottaket enn når turnuskandidatene gjør dette.

Årsplaner og årsmeldinger/årsrapporter er et viktig styringsvirkemiddel for å sette krav og rapportere resultater om de helsetjenestene som gis pasientene. Usikkerheten i aktivitetsnivået gjør det ekstra viktig med årsplaner som konkret kan si noe om ressursituasjonen og utnyttelsen av ressurser i forhold til aktivitetsnivået. Blant akuttmottakene er det imidlertid stor variasjon i hvor stor vekt man legger på å utarbeide planer og årsrapporter. Flere av mottakene mangler enten årsplaner eller

årsmeldinger.¹³³ Hammerfest akuttmottak hadde ikke utarbeidet noen av delene verken for 2003 eller for 2004.

Helseforetakene har i liten grad utarbeidet serviceerklæringer som forteller pasientene hva de kan forvente av service og ventetider. I et av de få eksemplene som finnes på en serviceerklæring som omtaler akuttkjeden, er ventetid på sykepleier og lege nevnt. Erklæringen sier likevel ikke hvor lenge pasientene kan regne med å måtte vente på legen. Det som sies, er at pasientene ved vanlig akutt innleggelse straks blir tatt imot av sykepleier, og at lege gjennomfører første vurdering så raskt som sykdomstilstanden eller skaden krever det.¹³⁴

De intervjuede i akuttmottakene uttalte at oppmerksomheten til foretaksledelsen er rettet mot de resultatindikatorer som det regionale helseforetaket etterspør, som epikrisetid, liggetid på post og sykefravær. Flere av disse indikatorer er mindre relevante for den daglige driften i akuttmottakene, mens indikatorer som kan si noe om resultatoppgjør og kvalitet i akuttmottaket, i mindre grad er etterspurt. De intervjuede i akuttmottakene mener selv det er viktig å ha måleinstrumenter som kan si noe om når hjelp blir gitt. Enkelte akuttmottak har utarbeidet egne interne mål for blant annet

- hvor raskt en sykepleier skal tilse pasienten
- hvor lang tid det skal ta før en pasient blir tilsett av en lege
- hvor lenge en pasient kan bli liggende i akuttmottaket

Denne informasjonen er i varierende grad systematisert og sjelden etterspurt av ledelsen ved helseforetakene.

Mange steder registreres det i manuelle systemer når pasienten blir tilsett av en sykepleier, men mer sjelden når pasienten blir tilsett av en lege. Enkelte akuttmottak har i 2004 registrert hvor lang ventetid det var på lege. Slike registreringer hører imidlertid til unntakene. For eksempel uttalte en av de intervjuede dette:

”Nei, vi fører ikke noe statistikk på liggetid, når pasienten tilses av lege eller sykepleier. Vi kjører rapporter en gang i året, men det er mer på hvor mange pasienter vi har behandlet, ikke kvalitetsmål.”

Det er lite bevissthet knyttet til hvilke muligheter som ligger i datasystemene som er etablert ved sykehusene. Dette fører dels til at det foretas en rekke manuelle registreringer for å kunne følge opp målsettinger knyttet til pasientflyt, dels til mindre oversikt og mulighet til å følge med på utviklingen. Det er ved flere sykehus

129) Jf. kapittel 2.2 Registerdata av tidsbruk og ventetid i akuttkjeden

130) Liggetid i akuttmottak er definert som tiden det tar fra pasienten blir registrert inn i akuttmottaket til pasienten får den første behandlingen eller blir sendt videre til en avdeling for observasjon eller behandling.

131) Jf. kapittel 2.2 Registerdata av tidsbruk og ventetid i akuttkjeden.

132) Jf. kapittel 4.2.3 Aktivitet og bemanning i akuttmottakene i somatiske sykehus.

133) For eksempel: Levanger akuttmottak, Namsos akuttmottak, Odda akuttmottak, Sandnessjøen akuttmottak, Hammerfest akuttmottak, Bodø akuttmottak, Førde akuttmottak, Lillehammer akuttmottak og Kongsvinger akuttmottak.

134) Jf. Akershus universitetssykehus HF.

installert pasientadministrative systemer¹³⁵ der mulighetene i systemene ikke utnyttes fullt ut.

Noen av akuttmottakene hadde målsettinger som inneholdt tidsangivelse av oppholdet i akuttmottaket. Det at pasienter blir liggende lenge, går ut over pasientene og påvirker ressursbruken i akuttmottaket, blant annet ved at pasientene trenger oppfølging og pleie. Det finnes ulike holdninger til hva som er akseptabel tid å vente for pasienter i akuttmottaket før de blir overført til post eller avdeling. Et av regionsykehusene har vurdert det slik at oppholdet i akuttmottaket ikke bør overstige tre timer, mens et annet regionsykehus har hatt oppe til diskusjon om de bør bestrebe seg på å få pasienten videre fra akuttmottaket etter 90 minutter. Et tredje akuttmottak har sagt at ingen pasienter skal ligge over 4–5 timer i mottaket.

4.6.2 Styring og resultatoppfølging i AMK-sentralene

Styring av tidsbruk og kvalitetssikring av arbeidsrutiner er viktige elementer i styringen av AMK-sentralene. Flere AMK-sentraler har målsettinger knyttet til reaksjonstid. Ved disse sentralene skal ikke reaksjonstiden overstige tre minutter. De AMK-sentralene som har datasystemet AMIS, kan hente ut rapporter om dette.

Ifølge forskriften om akuttmedisinske tjenester fra 2005 skal AMK-sentralene ha utstyr for loggføring av viktig trafikk, blant annet på alle telefonlinjer.¹³⁶ I sentralene logges alle samtaler i en egen lydlogg. Det er ikke satt noen krav til at lydloggen bør brukes for å utvikle tjenesten kvalitetsmessig. Svært få AMK-sentraler benytter lydloggen i evaluerings- og kvalitetssikringsarbeid, bortsett fra ved behandling av avvikssaker.

En leder av en AMK-sentral uttalte dette på spørsmål omkring dokumentasjon av tidsfaktoren i tjenesten:

”Det kan godt være at min AMK-operatør bruker for lang tid på utspørringen, men det tror jeg ikke. For jeg tror at vi har gitt dem så god opplæring at vi skal kunne unngå det. Men vi vet jo ikke.”

Intervjuene ved AMK-sentralene viste at det generelt er lite oppmerksomhet rettet mot å utnytte dokumentasjonen av tidsbruk og kvalitet som registreres i samtalelogg og AMIS.

4.6.3 Styring og resultatoppfølging i ambulansetjenesten

Det er generelt vanskelig å planlegge framtidige utgifter i akuttkjeden. I tillegg til at det ligger en usikkerhet i behovet for ambulanseoppdrag, ligger det en usikkerhet i at også leger i primærhelsetjenesten kan rekvirere ambulanse. For eksempel nevner en av ambulansetjenestene

at utrykninger med båtambulanse er svært kostnadskreven. Dette er en stor utgiftspost som de ikke har kontroll på fordi det avhenger av hvor mye kommunene setter i verk av tiltak.

I intervjuene ved ambulansetjenesten uttaler flere at de savner klare styringssignaler. Ambulansepersonellet var generelt opptatt av at det ikke var satt krav til responstider i den nye forskriften fra 2005,¹³⁷ og uttalte at responstider kunne være en viktig styrings- og kvalitetsparameter. I mange distrikter forholder de seg til responstidskravene som ble foreslått i NOU 1998:9 *Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*, og mener at det er det eneste de har å forholde seg til som et overordnet mål.

Ambulansetjenesten rapporterer årlig aktivitetstall til SSB, som antall oppdrag, type oppdrag, stasjonering og type kompetanse på personell. Ambulansetjenesten er ikke bedt om å rapportere på responstid. Flere ambulansetjenester var heller ikke bedt av ledelsen ved sykehuset om å rapportere på noen resultatmål som omhandler tid eller kvalitet i tjenesten.

Et gjennomgående inntrykk fra intervjuene ved ambulansetjenestene og AMK-sentralene er at det i svært liten grad dokumenteres og rapporteres problemer knyttet til beredskap. Unntaket er de gangene lav beredskap fører til konkrete samtidighetskonflikter ved at det oppstår behov for utrykning samtidig som det ikke er ledige utrykningskjøretøy i området.

¹³⁵) Som for eksempel INFOMEDIX.

¹³⁶) FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, § 9 d).

¹³⁷) FOR 2005-03-18 nr. 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

5 Vurderinger

Det var i 2004 574 000 sykehusopphold knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dette utgjør 44 prosent av alle dag- og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Samme år utførte ambulansetjenesten totalt 495 000 ambulanseoppdrag. Driftskostnadene i ambulansetjenesten i 2004 var 2,3 milliarder kroner.

Driftskostnadene til ambulansetjenestene utgjør totalt 3,6 prosent av de totale driftskostnadene og varierer fra 2,6 prosent av driftskostnadene i Helse Øst til 7,1 prosent i Helse Nord. I landet totalt er gjennomsnittlig ventetid på ambulanse ved akuttutrykninger drøyt 12 minutter, og en av to akuttutrykninger har ventetid på over 10 minutter. I enkelte distrikter mangler en høy andel av ambulansepersonellet fagbrev. AMK-sentraler og ambulansepersonell opplever ofte at leger på vakt i primærhelsetjenesten ikke er tilgjengelig på helseradionettet, og at primærleger i liten grad rykker ut til skadestedet i akuttsituasjoner. Ved ankomst til akuttmottaket blir pasientene som regel vurdert av turnuskandidater. For enkelte pasientgrupper synes ventetiden i akuttmottaket å bli lang, og det gjøres få systematiske registreringer av ventetid. Ventetiden skyldes dels at det tar tid å bli vurdert av lege, dels at det tar tid å bli plassert på sengepost. Serviceerklæringer er i liten grad tatt i bruk på akuttområdet.

5.1 Varierende utgifter til ambulansetjenestene

Driftskostnadene for ambulansetjenestene i 2004 var 2,3 milliarder kroner, og dette utgjør 3,6 prosent av helseregionenes totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten. Driftskostnadene for ambulansetjenesten har høyest andel i Helse Nord med 7,1 prosent og lavest i Helse Øst med 2,6 prosent. Både Helse Nord (7,1 prosent) og Helse Midt-Norge (4,1 prosent) ligger over landsgjennomsnittet i ressursbruk til ambulansetjenesten, målt i andel av totale driftskostnader for hver helseregion. Samtidig har disse helseregionene færre ambulanseoppdrag enn landsgjennomsnittet. For bil- og båtambulanse har Helse Nord over dobbelt så mange beredskapstimer per oppdrag som landsgjennomsnittet og Helse Midt-Norge en tredjedel så mange. Helse Nord er den helseregionen som har flest ambulanser, mens det er færrest i Helse Sør. Luftambulanse benyttes i tillegg i en større andel av oppdragene i Helse Nord og i Helse Midt-Norge enn i de andre helseregionene.

Det kan ut fra undersøkelsen reises spørsmål om det er tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenesten i deler av landet. Ressursinnsatsen i Helse Nord og Helse Midt-Norge må

imidtertid ses i sammenheng med at befolkningen bor spredt, og ambulanseoppdragene er derfor ofte lengre enn i de andre regionene, både i tid og kjørte kilometer.

5.2 Varierende tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester for befolkningen

Pasienter som har akutt behov for helsehjelp, må i gjennomsnitt vente ca. 12 minutter fra AMK-sentralen er varslet til ambulansen er framme på skadestedet. Det er imidlertid variasjoner i ventetid mellom og innenfor de ulike AMK-distriktene. I 6 av de 14 undersøkte AMK-distriktene har 10–26 prosent av akuttutrykningene en responstid på over 25 minutter. Det er variasjon i responstider også mellom bykommuner ved at andelen under 12 minutter varierer fra 66 prosent (Kristiansand og Arendal) til 88 prosent (Haugesund). Det antas derfor at det fortsatt i enkelte distrikter er et potensial for å redusere responstidene.

Ventetiden på ambulanse utgjør i gjennomsnitt bare ca. 27 prosent av den samlede tidsbruken i et akuttoppdrag. Gjennomsnittlig oppdragslengde er ca. 46 minutter, og varierer fra 39 til 86 minutter mellom de ulike AMK-distriktene.

Undersøkelsen viser at pasienter som ankommer sykehusets akuttmottak, kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege, og før de eventuelt blir overført til andre avdelinger i sykehuset. Dette gjelder pasienter som ikke umiddelbart har behov for helsehjelp. For de sykehusene som kan oppgi gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket, varierer denne ventetiden fra én til fire timer. Ventetiden skyldes i hovedsak at lege ikke er tilgjengelig, eller at interne kapasitets- og koordineringsproblemer gjør det vanskelig å bli plassert på sengepost. Problemene med å finne plass på sengepost synliggjøres også av sykehusenes varierende resultatoppnåelse på den nasjonale kvalitetsindikatoren *andelen korridorpasienter*. Rapporteringen andre tertial 2005 viser at helseforetaket i hver region med høyest andel korridorpasienter i Helse Vest hadde ni prosent korridorpasienter, i Helse Øst, i Helse Sør og Helse Nord fire prosent og i Helse Midt-Norge to prosent.

Det synes i mange distrikter å være rimelig gode responstider på ambulanser, mens ventetidene på sykehusenes akuttmottak synes å være for lange.

5.3 Varierende kompetanse i møte med pasienten i akuttkjeden

I landet som helhet manglet 44 prosent av ambulansepersonellet fagbrev i 2004. I tre av fem helseregioner hadde under 50 prosent av ambulansepersonellet fagbrev i samme tidsperiode, og andelen er lavest i Helse Nord med 27 prosent og Helse Midt-Norge med 38 prosent.

I behandlingen av *Akuttmeldingen* understreket sosialkomiteen at der avstanden til sykehus er lang, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til ambulanse- og luftambulansetjenesten. I Helse Nord og Helse Midt-Norge, som i 2004 hadde lavest andel ambulansepersonell med fagbrev, har ambulansepersonellet i gjennomsnitt ansvaret for pasienten i lengre tid under akuttutrykninger enn i de andre regionene. Ambulansepersonellet i de undersøkte distriktene i Helse Midt-Norge og i Helse Nord har ved akuttoppdrag i gjennomsnitt ansvaret for pasienten i ca. en time, mens gjennomsnittet for landet sett under ett er på ca. en halv time.

Ambulansepersonell stilles overfor store utfordringer, spesielt på steder der akutt syke pasienter ofte oppholder seg lenge i ambulansen. Ambulansepersonellens kompetanse kan ha konsekvenser både for vurderinger og den behandlingen som gis i ambulansen, for ambulansepersonellens trygghet i arbeidssituasjonen og for befolkningens tillit til tjenesten.

Helsetilsynet har påpekt at forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at det minst er to kvalifiserte AMK-operatører til stede i sentralen. I alle regioner er det i gjennomsnitt ca. to personer på vakt per AMK-sentral på hverdager. Likevel hadde 11 av 30 AMK-sentraler kun én person på vakt hele eller deler av døgnet i 2003. Dette gjelder helseforetak i alle helseregioner med unntak av Helse Sør. Det kan stilles spørsmål ved om kvaliteten på tjenesten er tilstrekkelig når det bare er én AMK-operatør på vakt.

En turnuskandidat er som regel den første legen som møter og vurderer pasientene i akuttmottaket. Mangel på erfaring hos turnuskandidatene kan føre til at det tar lang tid å få avklart pasientenes tilstand, noe som kan resultere i opphopning av pasienter som venter på å bli vurdert. Lang ventetid kan også være et resultat av at akuttmottakene i liten grad har mulighet til å styre bruken av legeressurser. Særlig gjelder dette erfarne leger fordi disse sjelden er direkte knyttet til akuttmottaket. At det i hovedsak er turnuskandidater som vurderer pasienter i akuttmottak, kan også føre til unødvendige innleggelser fordi turnuskandidater ikke har myndighet til å avvise pasienter. Det kan stilles spørsmål ved om legekompetansen som benyttes i akuttmottakene, er tilstrekkelig for å sikre effektivitet i behandlingen av pasientene.

5.4 Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i akuttsituasjoner kan forbedres

Undersøkelsen viser at det mange steder er utfordringer knyttet til kommunikasjon og informasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I enkelte akuttsituasjoner har AMK-sentralene og ambulansetjenestene vanskeligheter med å få kontakt med leger på vakt i kommunene fordi disse ofte ikke er knyttet til helseradionettet. Det skjer til tross for at primærhelsetjenesten er forpliktet til å bistå ved akutte hendelser og gjennom forskrift til å være knyttet til dette landsdekkende kommunikasjonsnett. Mange steder er det også slik at AMK-sentralene ikke alltid blir informert når primærhelsetjenesten rekvirerer ambulansetransport til og fra legevakt. Dette kan gå ut over AMK-sentralenes totale flåtestyring og oversikt over beredskapssituasjonen.

Det er mange steder også et problem at primærlegene sjelden rykker ut til skadestedet og bistår ambulansepersonellet i akuttsituasjoner. Ambulansepersonellet er dermed ofte det eneste helsepersonellet som vurderer og behandler pasienten før ambulansen ankommer sykehus eller legevakt. Ambulansepersonellet er pålagt et betydelig ansvar som stiller store krav til helsefaglig kompetanse. Det må antas at det i mange tilfeller ville være en god støtte at pasienten blir tilsett av lege, selv om ambulansepersonellet alltid har mulighet til å konferere med lege på helseradionettet eller telefon. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad er gjennomført tiltak for å sikre at tjenestenivåene kommuniserer og samarbeider på en måte som gir befolkningen et best mulig akuttmedisinsk tilbud.

5.5 Det er få styringskrav og lite dokumentasjon av resultater i den akuttmedisinske kjeden

I styringsdokumentet for 2003 ba Helsedepartementet de regionale helseforetakene om å gjennomgå organiseringen av den akuttmedisinske kjeden, deriblant tiltak som kunne redusere aksess- og reaksjonstid i AMK-sentralene og ny basestruktur for ambulansebilene. Departementet understreket i budsjettproposisjonen samme år at det er viktig at responstidene for ambulanser reduseres, både av hensyn til behandlingsresultatet og for å gi pasientene den nødvendige tryggheten. Departementet har ikke stilt krav om rapportering på konkrete resultatmål på akuttområdet.

De regionale helseforetakene omtaler i liten grad situasjonen og konkret resultatoppnåelse i akuttkjeden i sin rapportering til departementet gjennom de årlige meldingene for 2003 og 2004. Rapporteringen er ikke egnet for å sammenligne helseregionenes resultatoppnåelse på akuttområdet.

Sosialkomiteen har bedt departementet om å utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag på akuttområdet og følge nøye

med på utviklingen når det gjelder responstider. Likevel dokumenteres ikke utviklingen i responstider i årlig melding eller andre steder. I 2004 benyttet drøyt halvparten av alle AMK-sentraler og ambulansetjenester et verktøy for tidsregistrering som er egnet for rapportering og analyse av aktivitet og resultater. Det er ikke utviklet retningslinjer som sikrer enhetlig registrering og rapportering av responstider. Det finnes derfor ikke sammenlignbar resultatinformasjon innenfor helseregionene eller for landet som helhet som kan fortelle om utviklingen i responstider. Det kan ut fra dette synes som om departementet ikke har sørget for et godt kunnskapsgrunnlag når det gjelder prehospitale responstider.

Undersøkelsen viser at det som regel heller ikke internt i helseforetakene er utarbeidet konkrete målsettinger og stilt krav til rapportering når det gjelder kvalitet og resultater i akuttkjeden. Det er i liten grad stilt krav til prehospitale responstider eller til ventetider i akuttmottakene. Mange tjenester i akuttkjeden mangler årsplaner og årsmeldinger, særlig gjelder dette akutmottakene.

Mange av AMK-sentralene og ambulansetjenestene benytter IT-systemer som gir mulighet til å hente ut rapporter for å belyse utviklingen i prehospitale responstider. Undersøkelsen viser at mange likevel ikke benytter denne muligheten. I tillegg utnytter AMK-sentralene i liten grad den informasjonen som dokumenteres i lydloggen i kvalitetssikrings- og læringsøymed.

Det dokumenteres i liten grad resultater og kvalitet i de akuttmedisinske tjenestene. I tillegg har tjenesten i varierende grad lagt vekt på å utvikle styringsparametere som er egnet for oppfølging av kvalitet.

Vedlegg 1

Tabell A beskriver datagrunnlaget for analysen av pre-hospitale responstider som er gjort i undersøkelsen. Tabellen viser antall akutturer i datauttrekkene fra AMIS-systemet i de ulike AMK-sentralene i tillegg til hvor høy andel av akuttturene som er ekskludert fra analysen.

Tabell A viser at det er store variasjoner når det gjelder antall akutturer i de ulike AMK-distriktene. Variasjonene skyldes i hovedsak naturlige forskjeller i befolkningsgrunnlag. I tillegg framgår det av tabellen at det er store variasjoner mellom AMK-distriktene når det gjelder

hvor høy andel av *akuttutrykningene* som ut fra registreringskvalitet og type utrykning¹³⁸ gjør at de er egnet for analyse av tidsbruk innenfor den prehospitale akuttkjeden.

Også blant de akuttturene som i utgangspunktet er inkludert i analysen, er datamaterialet preget av at registreringer ofte mangler. Dette gjelder både tidsregistreringer, informasjon om pasientens hjemkommune/bydel og informasjon om hentested. Manglende registrering kan føre til at en akuttur ekskluderes fra enkelte av analysene av tidsbruk i akuttkjeden.

Tabell A Utvalg og frafall av akutturer i analysen av responstider. Andel av alle akutturer i hvert AMK-distrikt. 2003 og 2004

AMK-distrikter	Ekskludert fra analysen	Av dette på grunn av ugyldig tidsregistrering	Inkludert i analysen	Total (100 %)
Helse Bergen HF	20 %	17 %	80 %	14 062
Sykehuset Buskerud HF	13 %	8 %	87 %	15 527
Helse Fonna HF	34 %	30 %	66 %	5 681
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	47 %	47 %	53 %	2 410
Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos	28 %	26 %	72 %	2 333
St. Olavs Hospital HF, Orkdal	18 %	16 %	82 %	2 900
Helse Stavanger HF (SIR)	14 %	10 %	86 %	8 410
Sørlandet sykehus HF ¹³⁹	22 %	17 %	78 %	6 243
Sykehuset Telemark HF	21 %	18 %	79 %	6 747
St. Olavs Hospital HF	17 %	10 %	83 %	9 625
Ullevål universitetssykehus HF	14 %	8 %	86 %	34 600
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN)	20 %	18 %	80 %	4 460
Sykehuset i Vestfold HF	27 %	11 %	73 %	9 074
Sykehuset Østfold HF	11 %	6 %	89 %	11 213
Total	18 %	13 %	82 %	133 285

Kilde: AMIS

138) Dette omfatter utrykninger som ikke var kodet som akutt, eller som var kodet som *bestillingstur* eller *ikke haster* etter kriterienummeret fra *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, i tillegg til tilfeller der ambulansen ikke var første bil framme på skadestedet, eller hvis turen var kodet med hentested på et sykehus. *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* er et veilednings- og støttesystem for personell i AMK-sentraler og hovedsakelig for fastsettelse av hastegrad, valg av respons, medisinsk rådgivning og instruksjon (fra definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler utgitt i 1999).

139) Datasettet for Helse Sørlandet HF omfatter data for Sørlandet AMK-distrikt i 2004 (tidligere Kristiansand AMK-distrikt og Arendal AMK-distrikt) og data for kun Arendal AMK-distrikt i 2003.

Tabell B Antallet akutturer som utgjør utvalgene i analysen av de ulike tidsintervallene i den prehospitale kjeden. 2003 og 2004

<i>AMK-distrikter</i>	<i>Fra AMK mottar henvendelse om sykdom/skade til utrykningsenheten er varslet</i>	<i>Fra utrykningsenheten er varslet til den er framme ved hentestedet</i>	<i>Samlet fra AMK mottar henvendelse til utrykningsenheten er framme ved hentestedet</i>	<i>Fra utrykningsenheten er framme på hentestedet til utrykningsenheten er framme ved leveringsstedet</i>
Helse Bergen HF	11 057	7 905	7 925	4 431
Sykehuset Buskerud HF	13 505	11 143	11 116	7 505
Helse Fonna HF	3 692	3 033	3 028	2 130
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	1 231	957	924	767
Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos	1 635	1 303	1 275	1 004
St. Olavs Hospital HF, Orkdal	2 350	1 432	1 417	787
Helse Stavanger HF (SIR)	7 146	5 668	5 648	3 531
Sørlandet sykehus HF ¹⁴⁰	4 766	4 279	4 176	3 117
Sykehuset Telemark HF	5 173	3 908	3 877	2 824
St. Olavs Hospital HF	7 839	4 825	4 854	3 263
Ullevål universitetssykehus HF	20 618	24 806	17 215	15 892
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN)	3 504	2 528	2 520	1 468
Sykehuset i Vestfold HF	6 562	6 044	5 982	4 921
Sykehuset Østfold HF	9 872	8 623	8 600	5 877
Total	98 950	86 454	78 557	57 517

Kilde: AMIS

Tabell B angir antall akuttutrykninger i de ulike AMK-distriktene som ligger til grunn for analysen av de ulike tidsintervallene i den prehospitale akuttkjeden.

Som tabell B viser, er det store variasjoner når det gjelder hvor stort antall akuttutrykninger som utgjør datagrunnlaget for beregning av de ulike tidsintervallene innenfor den prehospitale akuttkjeden. Antall oppdrag som er ekskludert fra analysen, varierer, i tillegg til antall ambulanseoppdrag med manglende registreringer.

140) Datasettet for Helse Sørlandet HF omfatter data for Sørlandet AMK-distrikt i 2004 (tidligere Kristiansand AMK-distrikt og Arendal AMK-distrikt) og data for kun Arendal AMK-distrikt i 2003.



4 285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 491

Trykk: A/S O. Fredr. Arnesen 2006



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 528