

Innst. S. nr. 300

(2000-2001)

Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap

St.meld. nr. 43 (1999-2000)

Til Stortinget

1. INNLEDNING

1.1 Sammendrag

Regjeringen legger i proposisjonen fram en melding om den akuttmedisinske beredskapens organisering, finansiering og lovforankring.

Regjeringen vil stille krav til at den akuttmedisinske beredskapen skal planlegges og utføres under hensyn til at:

- Befolkningen skal ha tilgang på nødvendige helse-tjenester uansett hvor i landet de bor og innenfor en akseptabel og forutsigbar tidsramme.
- De faglige krav som stilles, skal være godt dokumentert ut fra erfaringsgrunnlag eller forskning.
- De økonomiske og personellmessige ressurser skal utnyttes best mulig.
- De akuttmedisinske tjenestene skal være en del av den ordinære helsetjenesten og inngå som en del av helseregionenes helseplaner som skal vedtas av Sosial- og helsedepartementet.

Det opplyses at meldingens vurderinger og forslag tar utgangspunkt i innstillingene til to utvalg som ble oppnevnt i 1997 for å vurdere ulike sider av den akuttmedisinske beredskapen, "Luftambulanseutvalget" (jf. NOU 1998:8 "Luftambulansetjenesten i Norge") og "Akuttutvalget" (jf. NOU 1998:9 "Hvis det haster - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap".) Det redegjøres for hovedtrekkene i disse to innstillingene.

Det redegjøres for de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden og for omfanget av virksomheten ved de ulike tjenestene.

Det uttales at den overordnede målsetningen er en akuttmedisinsk beredskap som har en høy faglig standard med klare avsvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger, og som gir et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen. Etter departementets syn er det behov for en gjennomgang av dagens organisering av de

akuttmedisinske tjenestene med fokus på om økonomiske og personellmessige ressurser brukes på en fornuftig og rasjonell måte.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bendiks H. Arnesen, Inga Balstad, Reidun Gravdahl, Asmund Kristoffersen, Karin Lian og Einar Olav Skogholt, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Are Næss, fra Høyre, Annelise Høegh og Sonja Irene Sjøli, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, og fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, mener meldingen gir en god og utførlig beskrivelse av de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden og sammenhengene mellom disse. Meldingen omhandler en rekke tiltak som tar sikte på å styrke den akuttmedisinske beredskapen, herunder akuttmedisinsk kommunikasjon, akuttberedskap i kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og akuttberedskapen i spesialisthelsetjenesten.

Komiteen slutter seg til den overordnede målsetningen om høy faglig standard og et mest mulig likeverdig tilbud, forutsigbare ledd i den akuttmedisinske kjede, en mer stabil helsepersonellsituasjon og effektiv bruk av ressurser.

Komiteen vil understreke at den medisinske akuttberedskapen må gi et mest mulig likeverdig tilbud til hele befolkningen. Organiseringen av tjenesten må ta hensyn til at bosettingen i deler av landet er spredt, og at det mange steder er lang avstand til spesialiserte helsetilbud. I denne sammenheng vil komiteen peke på at det må være aksept for at forutsetningene er forskjellige, og at tjenestene derfor vil ha ulik utforming i ulike deler av landet.

Komiteen viser til at meldingen inneholder en rekke forslag som hver for seg kan bidra til at den akuttmedisinske beredskap kan bli bedre.

Komiteen viser videre til at akuttmedisinsk beredskap ivaretas av et stort antall aktører med forskjellige oppgaver og organisatorisk tilhørighet, den såkalte akuttmedisinske kjede. Imidlertid mangler meldingen etter komiteens mening tilstrekkelig fokusering på tiltak som kan sikre at alle leddene i kjeden samhandler på best mulig måte. Komiteen viser her til hovedmålsettingene som bl.a. forutsetter klare ansvarsforhold, hensiktsmessig organisering, innarbeidede rutiner og gode tekniske løsninger. Komiteen har merket seg at det i NOU 1998:9 påpekes at det er stort behov for økt samarbeid innen og på tvers av forvaltningsnivåene, og at oppgavene må løses i et regionalt perspektiv. Videre påpekes det at også dokumentasjon er mangelfull, og et behov for enhetlige registreringer av volum og kvalitet i tjenesten.

Komiteen mener det må stilles konkrete krav til at det etableres klare ansvarsforhold og egnede samarbeidsfora som forplikter alle ledd i den akuttmedisinske kjede, slik at best mulig samhandling kan finne sted når situasjonen gjør det påkrevet. For å kunne samhandle kreves egnede kommunikasjonssystemer, innføring av enhetlige systemer som kan sikre at nødvendig informasjon kan hentes der den finnes, og raskt bringes til hjelpepersonellet, samtidig som systemet sørger for registrering av data til dokumentasjon og kvalitetsutvikling.

Komiteen mener den akuttmedisinske kjeden må knyttes sammen ved hjelp av tilgjengelig informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i form av integrert, enhetlig og standardisert system for kommunikasjon. Dette kan, etter komiteens oppfatning, sikre at alle ledd i kjeden på en trygg og sikker måte kan utveksle enhver nødvendig informasjon, herunder tale, journalopplysninger, undersøkelsesresultater, bilder m.m. Komiteen viser her til den statlige handlingsplanen "Si @ !" (I-1018-B).

Grunnlaget for tjenesten må være at øyeblikkelig hjelp-tjenestene i kommunene er velfungerende og forsvarlige. Komiteen vil understreke at der avstandene til sykehus er lange, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til ambulans- og luftambulansetjenesten.

Komiteen viser til at helseregionene i dag har ansvar for spesialisthelsetjenesten og for at de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden har en faglig høy standard og er rett dimensjonert i forhold til hverandre.

Komiteen viser til behandlingen av Ot.prp nr. 66 (2000-2001) og forslaget om at staten fra 1. januar 2002 tar over ansvaret for spesialisthelsetjenesten, herunder ambulansetjenesten.

Komiteen vil understreke viktigheten av forutsigbarhet i de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden. Tid er ofte en kritisk faktor, og det er svært viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten innenfor det enkelte ledd i den akuttmedisinske kjeden er

forutsigbar, både for befolkningen og helsepersonell. Det samme gjelder når situasjonen nødvendiggjør et samarbeid over kommune- og fylkesgrenser, spesielt i forbindelse med ulykker og hvor et stort antall skadede er involvert.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil også peke på at mange lokalsykehus har store problemer med å rekruttere medisinske spesialister og er avhengig av å benytte leger i korttidsvikariat.

Komiteen mener dette er svært uheldig og er med på å svekke den akuttmedisinske beredskapen. Helsepersonell er nøkkelpersoner i den akuttmedisinske kjeden, og komiteen vil understreke at organiseringen av de ulike tjenestene må skje på en måte som kan virke rekrutterende og stabiliserende i forhold til helsepersonellsituasjonen.

Komiteen vil bemerke at det brukes store ressurser, både økonomiske og personellmessige, i den akuttmedisinske kjeden. Antall leger og sykepleiere har økt betydelig de siste årene, og komiteen mener at deres kompetanse kan utnyttes på en mer effektiv måte. Komiteen mener det er behov for en gjennomgang av organiseringen av de medisinske tjenestene, både de økonomiske og personellmessige ressurser, slik at de kan brukes på en mer fornuftig og rasjonell måte.

2. AKUTT MEDISINSK KOMMUNIKASJON M.M.

2.1 Sammendrag

Departementet ser behov for å øke befolkningens kunnskap om førstehjelp og tar sikte på å utvikle undervisningspakken "Gjør noe, da!" for flere klassetrinn i grunnskolen og eventuelt for videregående skole som en integrert del av utdanningen av helsepersonell.

For å unngå unødvendig dobbeltarbeid vil departementet avvente konklusjonene av utredningen om ett felles nødnummer, før akuttutvalgets forslag knyttet til antall AMK-sentraler og til den øvrige medisinske nødmeldetjeneste behandles.

Departementet er av den oppfatning at telemedisinske metoder må utvikles og tas i bruk innen akuttmedisin. Det understrekes at telemedisin har et potensiale i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten og i de tilfeller der et spesialisttilbud kan tilbys på en desentralisert måte. Departementet vil sette i gang et forprosjekt med Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt senter for telemedisin for å klargjøre i hvilke situasjoner telemedisinske metoder kan brukes innenfor akuttmedisin. På bakgrunn av forprosjektet og resultater fra pågående prosjekter vil konkrete telemedisinske tiltak innen akuttmedisin bli iverksatt.

Departementet mener det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart må bedres og vil ta initiativ til samordning med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert rådgivningstjeneste til skip. Departementet er positiv til opprettelse av et senter for sjøfartsmedisin, og ser det som naturlig at det skal være en faglig samordning mellom dette senteret og rådgivningstjenesten til skip.

Departementet vil opprettholde det medisinske tilbudet for petroleumsvirksomhet.

Det framholdes at kompetansekravene for de prehospital akuttmedisinske tjenester må bli klarere, og departementet vil etablere et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin knyttet opp mot Universitetet i Oslo. Departementet vil utarbeide en felles forskrift for prehospital akuttmedisin som vil omfatte medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt i primærhelse-tjenesten og ambulansetjeneste.

Departementet ønsker å videreutvikle forholdet mellom helsetjenesten og den offentlige redningstjenesten, og vil vurdere om det er behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen ved redningssentralene.

Departementet vil følge opp lov om helsemessig og sosial beredskap som blant annet inneholder krav om samordnet planlegging av beredskapstiltak i helsetjenesten, og vil vurdere gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer.

2.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det ofte er befolkningen eller pårørende som kommer først til skadestedet ved ulykker eller er i nærheten ved plutselig oppstått sykdom. Komiteen vil derfor understreke at det er viktig at folk flest har gode kunnskaper om førstehjelp.

Komiteen ser positivt på det 5-årige "Førstehjelp prosjektet" som har vært sendt til alle 8. klasser over en femårsperiode, og som har som formål å øke folks kompetanse og ferdighet innenfor førstehjelp og gjøre medisinsk nødnummer kjent. Komiteen støtter forslaget om at dette prosjektet videreføres og utvikles videre for andre klassetrinn, og at det tilrettelegges for den videregående skolen og integreres som en del av utdanningen av helsepersonell.

Komiteen vil spesielt peke på betydningen i forhold til akutt hjertesykdom av at befolkningen generelt har god kunnskap om livreddende førstehjelp. Komiteen viser til at det er anslått at en tilgjengelig såkalt "hjertestarter" kan øke sjansene for å overleve hjertestans med 40-60 pst. Komiteen mener at "hjertestartere" i langt større grad må gjøres tilgjengelig. Det bør legges til rette for systematisk utplassering og opplæring i bruk av "hjertestartere" blant helsepersonell, og det bør være standard i alle ambulanser. Komiteen viser til at det også finnes enklere maskiner som krever minimalt med opplæring, og som kan plasseres i for eksempel offentlige bygg, kjøpesentre, flyplasser og i

politibiler. Komiteen mener at private foretak bør oppmuntres til å plasserer ut slike apparater.

Komiteen mener det må iverksettes et opplærings- og utplasseringsprogram for "hjertestartere" og fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i løpet av 2002 iverksette et opplærings- og utplasseringsprogram for "hjertestartere"."

Komiteen viser til at målet med den medisinske nødmeldetjenesten er å sikre direkte kontakt mellom befolkningen og helsepersonell, mellom helsepersonell i og utenfor sykehus og mellom sykehus i nødsituasjoner. Komiteen vil understreke at dette systemet er svært viktig for å sikre en effektiv varsling av riktig ressurs og veiledning av pasient eller den som har varslet, inntil profesjonell hjelp når fram.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at mens Norge har tre nødnummer, har mange land bare ett. Flertallet har merket seg at Justisdepartementet skal utrede ett felles nødnummer for nødnetene.

Flertallet viser til at Akuttutvalget enstemmig har anbefalt en reduksjon i antallet akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) fordi så mange sentraler gjør at det ikke blir tilstrekkelig kvalitet på tjenestene. Det vises til at det høye antallet AMK-sentraler er kostnadskreven og opptar betydelige helsepersonellressurser inn mot ikke-pasientrettet arbeid. Flertallet legger til grunn at det maksimalt skal være én sentral i hvert fylke.

Komiteen har merket seg at Regjeringen for å unngå unødvendig dobbeltarbeid vil avvente konklusjonene av Justisdepartementets utredning før Akuttutvalgets forslag knyttet til antall AMK-sentraler og til den øvrige medisinske nødmeldetjeneste, behandles. Komiteen anser at fagkyndighetsprinsippet (publikums mulighet til direkte kontakt med helsepersonell som kan gi råd og formidle hjelp) er et svært verdifullt element i den akuttmedisinske kjede. Komiteen anmoder om at det snarest mulig skjer en avklaring om fremtid og innhold i den medisinske nødmeldetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at en rekke land i og utenfor Europa har to eller tre nødnummer og ikke ett. Disse medlemmer ser store betenkeligheter ved en overgang til ett felles nødnummer. Etter disse medlemmers mening er den beste løsning et nettverksamarbeid mellom de tre ulike nødtjenestene, der disse kommuniserer mellom sine ulike nødnummer.

Disse medlemmer vil vise til at oppbyggingen av AMK-sentraler har stor betydning for koordinerin-

gen av de akuttmedisinske tjenestene og gitt befolkningen en større grad av trygghet. Disse medlemmer legger vekt på at AMK-sentralene er bemannet med kvalifisert helsepersonell som utnytter og bevarer sin kompetanse best ved å gå i rotasjonsordninger mellom AMK-sentral og pasientrettet arbeid. Disse medlemmer vil anta at det ikke minst på grunn av lokal kunnskapens betydning oftest, og særlig hvor det er stor avstand mellom sykehusene, vil være hensiktsmessig å ha én AMK-sentral for hvert sykehus med akutfunksjon, men at dette er avgjørelser som best gjøres i hvert enkelt fylke.

Disse medlemmer vil understreke at tilgjengeligheten til hjelp ved en akuttsituasjon må være så enkel og rask som overhodet mulig. Dette gjør at disse medlemmer er svært skeptiske til å ha kun ett nødnummer for slike akuttsituasjoner. Erfaringene i dag viser at et slikt nødnummer lett kan overbelastes og dermed være blokkert. Disse medlemmer vil imidlertid understreke viktigheten av at det er rask og umiddelbar varslings- og kommunikasjonsmulighet mellom de ulike nødmeldtjenester for riktig henvisning og ved behov for koordinering.

Når det gjelder brukernes mulighet for henvendelse, bør det etter disse medlemmers mening være god og kontinuerlig tilgjengelighet til lokal legevakttelefon/legevaktssentral, slik at en når systemet med ambulansetjeneste og AMK-sentraltjeneste også gjennom en slik telefonhenvendelse. Dette sikrer en høyere beredskap og tilgjengelighet enn det vil være ved bare å kunne benytte tresifrede nødnummer.

Det er også etter disse medlemmers mening viktig å sikre dette systemet gjennom en godt utbygd mobiltelefonetjeneste og et godt radiosamband som kan benyttes av akuttjenesten. Disse medlemmer mener også det er viktig å få en samordning med de frivillige organisasjonenes sambandstjeneste, slik at kommunikasjonen med disse er klarlagt og i orden i de tilfeller slik kontakt er nødvendig. Disse medlemmer vil be om at dette blir fulgt opp av det offentlige gjennom formell tilrettelegging og øvelser. Videre bør det offentlige se nærmere på behovet for støtte til disse organisasjonene når det gjelder konkrete investeringsbehov for tilstrekkelig sambandsutstyr.

Medisinsk tjenestetilbud for sjøfart

Komiteen mener det er behov for å bedre det medisinske tjenestetilbudet for sjøfart.

Komiteen har merket seg at ordningen med Radio Medico fungerer faglig tilfredsstillende. Systemet er basert på private initiativ og interesser. Komiteen støtter derfor initiativet til å koordinere og integrere dagens ordning i den medisinske nødmeldtjenesten med sikte på å få i stand en styrket medisinsk rådgivningstjeneste til skip.

Komiteen har også merket seg at fagmiljøet er opptatt av at denne spesielle rådgivningstjenesten sentraliseres til ett sted med egen sentral og at den ikke fordeles på ulike AMK-sentraler. Bakgrunnen er at det

blir enklere for brukerne å forholde seg til ett nummer, og at det er en fordel å samle kunnskapen på feltet på ett sted.

Komiteen viser til at en arbeidsgruppe, bestående av representanter fra flere institusjoner i Rogaland og Hordaland, samt Rederiforbundet og Sjøoffiserforbundet, med fylkeslegen i Rogaland som sekretariat, i en utredning har foreslått å opprette et senter for sjøfartsmedisin på Vestlandet. Komiteen stiller seg positiv til opprettelsen av et slikt senter og en faglig samordning mellom senteret og rådgivningstjenesten for skip. Komiteen ber derfor Regjeringen gå videre med disse planene.

Komiteen vil legge vekt på at vi vet for lite om sjømanns helse, og det har foregått lite systematisk forskning innen sjøfartsmedisin. Et senter for sjøfartsmedisin vil kunne bidra til å utvikle ny, moderne helse-tjeneste for sjøfolk som fokuserer på arbeidsmiljøet om bord, utføre forsknings- og utviklingsarbeid, gi sjøfartsmedisinsk undervisning og opparbeide kompetanse til hjelp og korrektiv for myndigheter, redere og sjømenn.

Komiteen har merket seg at det vil bli utarbeidet en forskrift for den medisinske rådgivningstjenesten til skip.

Komiteen er enig i at det også i framtida vil være behov for et medisinsk tjenestetilbud for petroleumsvirksomheten, og har merket seg at forskriftene har vært under revisjon, og at nye bestemmelser vil bli satt i verk i løpet av inneværende år.

Telemedisin

Komiteen vil peke på at telemedisin skal være et middel til å realisere målet om til enhver tid best, enklest og tryggest mulig helsetjeneste. Komiteen mener at telemedisin vil gjøre det mulig å utnytte de medisinske ressursene på en ny og bedre måte. Spesielt vil komiteen peke på det potensielle telemedisin har i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten for å tilby spesialisttjeneste på en desentralisert måte.

Komiteen er tilfreds med at telemedisinske tjenester har blitt etablert på prosjektbasis i hele landet innen områder som veiledning og undervisning, konsultasjon og diagnostikk og i formidling av bl.a. journaler, henvisninger, tilbakemeldinger til primærlege og laboratorieresvar. Mange sykehus har allerede telemedisinske tjenester tilgjengelig, og noen bruker dem som en rutinemessig del av virksomheten. Komiteen har merket seg at primærhelsetjenesten er trukket med i prosjektsammenheng bl.a. i Nord-Norge og i Gudbrandsdalen.

Komiteen mener at telemedisinske metoder må videreutvikles og tas i bruk i større omfang, også innen akuttmedisin. Informasjonen kan utveksles raskere, og tilgang på informasjon kan bedres betraktelig gjennom overføring av bilder og tekst. Komiteen vil understreke viktigheten av at de regionale helsenettene, den

medisinske programvaren og den akuttmedisinske beredskap må integreres så godt som mulig.

Komiteen gir sin tilslutning til at det blir satt i gang et forprosjekt med Kompetansesenter for helse-tjenestens kommunikasjonsberedskap og Nasjonalt senter for telemedisin, for å klargjøre i hvilke situasjoner telemedisinske metoder kan brukes innen akuttmedisin. Komiteen forutsetter i den forbindelse at personvern hensyn ivaretas gjennom krav fra myndighetene.

Prehospital medisin

Komiteen har merket seg at nasjonale standarder og retningslinjer i dag er en mangelvare når det gjelder flere områder innen prehospital medisin, og at det ikke er noen felles kompetansekrav til ambulanspersonell. Komiteen mener det er nødvendig med nasjonale kompetansekrav for å sikre at de prehospitalt akuttmedisinske tjenester er faglig forsvarlige. Spesielt vil komiteen peke på at en eventuell rasjonalisering av akuttfunksjoner ved sykehus, sammenslåing av legevakt og stasjonær legevakt uten sykebesøk forsterker dette behovet. Komiteen vil også understreke betydningen av at det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag når det gjelder planlegging, organisering og drift av de prehospitalt akuttmedisinske tjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, er positiv til at det opprettes et kompetansesenter for prehospital akuttmedisin, og at det knyttes opp mot Universitetet Oslo. Det finnes betydelig undervisnings- og forskningsaktivitet innen akuttmedisin i denne regionen, i tillegg til at den kliniske aktiviteten ved sykehusene i Oslo og Akershus er svært omfattende. Flertallet vil understreke at kompetansesenteret skal ha klare forpliktelser til å fungere som en nettverksmodell, blant annet gjennom samarbeid med det akuttmedisinske miljø i alle helseregioner.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, viser også til at det i Bergen har vært arbeidet med en prosjektskisse for et nasjonalt senter for legevaktmedisin knyttet til seksjon for allmenntilleggsmedisin og Nasjonalt senter for helse-tjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret har tenkt å ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk, kvalitetssikring med vekt på metoder for egen kontroll og tilbakemelding, og ha et legevaktmedisinsk "laboratorium" bestående av tre legevaktdistrikter. Dette flertallet mener et slikt senter vil kunne bli av stor verdi for de mange distrikt som har lang vei til sykehus, og for de nye store legevaktsdistriktene, hvor trangen for systematiske kompetansehe-vende tiltak er presserende. Dette flertallet vil

støtte utviklingen av et slikt senter og ber departementet utvikle tiltaket videre.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til dette medlems merknad i kap. 5 vedrørende luftambulansetjenesten.

Komiteen er enig i at en felles forskrift for prehospital medisin vil kunne bidra til å styrke og regulere samhandlingen og synliggjøre ansvarsfordelingen mellom de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Komiteen slutter seg derfor til forslaget om at det utarbeides en felles forskrift for prehospital akuttmedisin som skal omfatte medisinsk nødmeldtjeneste, legevakt i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten, inkludert luftambulansen.

Redningstjenesten

Komiteen vil peke på styrken i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet som ligger til grunn for den norske redningstjenesten.

Komiteen vil understreke viktigheten og nødvendigheten av å videreutvikle forholdet mellom redningstjenesten og helsetjenesten. Komiteen viser for øvrig til lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. Innst. O. nr. 79 (1999-2000).

Komiteen har merket seg at departementet vil vurdere om det er behov for å utarbeide funksjonskrav til helsetjenestens representant i ledelsen av redningssentralene, og videre at gjeldende ordninger for etablering av psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer blir vurdert. Komiteen slutter seg til at slike vurderinger blir gjort.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti merker seg at luftambulansetjenestens primære og prioriterte oppgave skal være å bidra til at befolkningen får nødvendig akuttmedisinsk behandling. Det er vel kjent og generelt anerkjent at den medisinske nytten av tjenesten særlig er knyttet til at høy medisinsk kompetanse kommer raskt fram til pasienten. Regjeringen Brundtland uttrykte i Stortingsmelding nr. 50 (1993-1994), Samarbeid og styring, at luftambulansetjenesten bidrar til å oppfylle noen av de sentrale målene i norsk helsepolitikk som lik tilgjengelighet til tjenesten uavhengig av bosted. Regjeringen Stoltenberg gjentar denne målsetningen i Akuttmeldingen. Dette medlem slutter seg til disse betraktningene.

Dette medlem konstaterer at redningshelikopter fortsatt skal inngå i luftambulansetjenesten. Dette medlem vil presisere at den delen av befolkningen (bl.a. kystbefolkningen i Nord-Norge og fiskeflåten) som får sine luftambulansebehov dekket av redningshelikoptrene, etter dette medlems syn ikke skal tilbys en dårligere tjeneste enn den øvrige befolkning. I stortingsmeldingen om redningshelikoptertjenesten (St.meld. nr. 44 (2000-2001)) foreslås redningshelikopterberedskapen skjerpet til 15 minutter, mot 60

minutter i dag. Besetningen skal ha tilstedevakt på basen, men dette skal ikke uten videre gjelde legen. Dette medlem er bekymret for at dette kan medføre utrykning uten lege om bord. Redningshelikoptrene utfører årlig langt flere ambulansoppdrag enn redningsoppdrag. Også under redningsoppdrag kan det være behov for kompetent lege. Dette medlem mener derfor at redningshelikoptrene skal legebemannes på lik linje med luftambulanshelikoptrene, slik tilfellet er ved Banak-basen i dag.

3. AKUTTBEREDSKAP I KOMMUNEHELSETJENESTEN

3.1 Sammenheng

Det vises til at Akuttutvalget peker på manglende rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten som hovedproblemet for den akuttmedisinske beredskapen i kommunehelsetjenesten. Departementet mener at legevaktjenesten er på vei mot en bedre organisering, og viser bl.a. til at innføringen av fastlegeordningen vil bidra til økt tilgjengelighet på dagtid, noe som vil redusere presset på legevaktjenesten.

Departementet vil ha stram styring av legemarkedet og iverksette stimulerings tiltak for bedre rekruttering og stabilitet. Det vil bli gitt tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt og til samarbeid mellom kommuner og den fylkeskommunale ambulansetjenesten om legevaktsorganisering. Det uttales at det er grunn til å forvente at en overgang fra ambulanserende til stasjonær legevakt vil medføre en mer aktiv bruk av ambulans og ambulanspersonell i legevaktjenesten. Departementet understreker viktigheten av at fylkeskommunen må ta hensyn til lokal organisering av legevakt i planleggingen av tjenesten.

Departementet vurderer igangsatte tiltak i hovedsak som tilstrekkelige når det gjelder organisatoriske og ressursmessige forhold, men mener det er behov for et regelverk for å regulere ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene.

Det uttales at gjennom arbeidet med omlegging av legevaktordninger må tilbud om oppgradering og vedlikehold av akuttmedisinske kunnskaper for allmennlegene og andre legevaktleger vurderes. Kontrollen av forsvarlighetskravet vil skje gjennom tilsynsmyndigheten.

Departementet anser det ikke som hensiktsmessig å stille minstekrav til faglige kvalifikasjoner i forskrift eller avtale, men mener at kravene til kompetanse i akuttmedisin for legevaktleger må avklares lokalt. Departementet oppfordrer til at det formuleres forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i utarbeidede faglige prosedyrer for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Videre oppfordres det til samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner angående etterutdanning, slik at allmennlegene og andre legevaktleger kan vedlikeholde og eventuelt oppgradere kompetansen.

3.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at kommunene har ansvar for å sikre at befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp innenfor primærhelsetjenesten blir ivaretatt hele døgnet. På dagtid kan dette ivaretas gjennom organisering av daglegevakt eller ved at allmennlegene yter nødvendig øyeblikkelig hjelp til alle som oppsøker legekontorene på dagtid. Utenom åpningstiden må kommunene sørge for at legevakt blir organisert, enten innen den enkelte kommune eller i samarbeid med andre kommuner. Komiteen vil peke på at stasjonær legevakt ofte er mest hensiktsmessig, og at det vil kunne redusere sykebesøk til kun akutt skade/sykdom. Komiteen vil imidlertid peke på at dette må vurderes ut fra lokale behov. Komiteen er tilfreds med at det gis tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt og til å utvikle samarbeid mellom kommuner og ambulansetjenesten ved organisering av interkommunalt legevaktsarbeid.

Komiteen viser til at legevaktlegenes og sykepleiernes kompetanse når det gjelder akuttmedisin, er et kommunalt ansvar. Komiteen mener at det fra kommunenes side bør stilles forventninger til akuttmedisinsk kompetanse, og at det oppfordres til regionalt samarbeid når det gjelder etterutdanning, slik at kompetansen kan vedlikeholdes og oppgraderes.

Komiteen vil understreke at i områder med lang reisetid har legevaktjenesten sammen med ambulansetjenesten en svært viktig rolle ved rask primærbehandling og stabilisering av pasientens tilstand før transport. Stabil allmennlegedekning er en grunnleggende forutsetning for å kunne ivareta en faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kommunene.

Til tross for en økt satsning på dette område vil komiteen peke på at manglende stabilitet og rekruttering til allmennlegetjenesten fremdeles er et av de største problemene. Komiteen viser til at det i forbindelse med fastlegeordningen ble iverksatt en rekke tiltak i håp om å bedre rekrutteringen. Komiteen vil i tillegg peke på at det også er nødvendig med stimulerings tiltak for å beholde og rekruttere sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Komiteen viser til at sykepleiere i dag er ansatt i den kommunale legevaktjeneste og at legevaktsentraler (LV-sentraler) normalt bemannes med sykepleiere. Akuttutvalget anbefalte at sykepleiere bør være daglige ledere av LV-sentraler. Komiteen vil peke på at sykepleiere er en viktig faglig ressurs i den kommunale legevaktjeneste og LV-sentraler. En del LV-sentraler er tilknyttet sykehjem. Komiteen mener det må avsettes tilstrekkelig ressurser til å bemanne begge disse funksjoner.

Komiteen vil peke på at den kommunale pleie- og omsorgstjeneste er en viktig samarbeidspartner for LV/AMK-sentraler. Som eksempel vil komiteen nevne akutt oppståtte pleiebehov i hjemmet, støtte til pårørende ved dødsfall og utrykning til trygghetsalarm.

Komiteen er kjent med at det planlegges et forsøksprosjekt i Vestfold der flere kommuner vil gå

sammen om å opprette et interkommunalt legevakt-samarbeid, der det bl.a. vil være en utrykningstjeneste bemannet med sykepleiere på natten. Det vises til at sykepleiertjenesten håndterer 50 pst. av henvendelsene i legevakten. Komiteen ser positivt på et slikt prosjekt og den positive effekten det interkommunale tilbudet vil gi befolkningen i form av økt trygghet, avlastning for hjemmebasert omsorg, sykehjemmene, ambulansetjenesten og sykehus. I tillegg vil sykepleierne kunne avlaste legene. Komiteen ser positivt på utprøving av nye modeller når det gjelder legevaktjeneste.

Komiteen har merket seg de positive erfaringene som følger av omleggingen fra kommunale til interkommunale legevaktsentraler. Komiteen vil påpeke at mens konsekvensen av sammenslåingene blir reduserte refusjonskostnader fra Rikstrygdeverket, sitter de berørte kommunene igjen med størstedelen av utgiftene knyttet til etablering og drift av legevaktsentralene.

Komiteen vil anmode Regjeringen om å gjennomgå de økonomiske konsekvensene av etablering av interkommunale legevaktsentraler ut fra målsetningen om at kommunene får dekket sine merkostnader til slik etablering, og at kommunene også kan nyttiggjøre seg økonomiske rasjonaliseringsgevinster av det interkommunale legevaktsamarbeidet.

4. DEN FYLKESKOMMUNALE AMBULANSETJENESTEN

4.1 Sammendrag

Det framholdes at det i dag ikke finnes noen formelle krav til ambulansetjenesten, verken når det gjelder bemanning, kompetanse eller responstid. Tekniske krav til kjøretøyene er forskriftsfestet. Forskriftene blir nå gjennomgått med henblikk på å avklare hva som er å anse som henholdsvis kjøretekniske og helsefaglige krav.

Ambulansetjenesten ble tidligere finansiert over stats- og trygdebudsjettet. Fra 1986 er planlegging, utbygging og drift av tjenesten et fylkeskommunalt anliggende.

Det finnes ingen fastsatte statlige krav til utdanning for ambulanspersonell. Alle fylkeskommuner stiller likevel faglige minimumskrav til sine ansatte. Ambulansefaget inngår som helsefag i den videregående skole, og følger hovedmodellen på fire år bestående av to år i skole og to års læretid i bedrift. Fagbrev utstedes ved bestått fagprøve. Ambulanspersonell med fagbrev får autorisasjon i henhold til helsepersonelloven.

Fylkeskommunenes samlede netto driftsutgifter til ambulansetjenesten var ca. 843,5 millioner kroner i 1999. Det opplyses at fylkeskommunenes rapportering av utgifter til ambulansetjenesten er basert på varierende beregningsgrunnlag, og at de derfor er vanskelig å sammenligne. Det er likevel en felles trend at det har funnet sted en betydelig utgiftsøkning de siste år.

Det vises til at Akuttutvalget utpeker ambulansetjenesten til det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden, og at det legges vekt på følgende problemer:

- Mangel på krav til betjening av ambulansbiler
- Mangel på krav til kompetanse hos ambulanspersonell
- Uklare krav til responstider
- Manglende formalisering av samarbeid med kommunal legevaktjeneste

Departementet vil stille krav i form av forskrift om at ambulansbiler som hovedregel må være tomannsbetjente, men vil gi fylkeskommunene adgang til å søke om dispensasjon for enmannsbetjening for de ambulansene med minst aktivitet.

Departementet vil også stille krav i form av forskrift om at minst én av ambulanspersonellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev, og mener at ambulanspersonell nummer to bør kunne dokumentere akuttmedisinsk og pleiefaglig kompetanse. Departementet vil åpne for en begrenset dispensasjonsordning for ambulansbiler som ikke inngår i fylkeskommunenes ordinære ambulansberedskap, og vil legge opp til en overgangsordning begrenset til en periode på seks år, samt en dispensasjonsordning på inntil tre år.

Det uttales at responstid for ambulansbiler må klargjøres, og departementet vil gjøre følgende responstider veiledende for fylkeskommunene ved planlegging av tjenestetilbudet:

- Akuttoppdrag: 12 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 pst. av befolkningen i grisgrendte strøk.
- Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 pst. av befolkningen i grisgrendte strøk.

Det understrekes at samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevakten bør formaliseres, og departementet oppfordrer fylkeskommunene til å etablere ordninger som lokale akuttmedisinske team.

Departementet understreker at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt uansett hvor transporten finner sted, og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som øyeblikkelig hjelp i sykehus i oppholdskommunen.

4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at ambulansetjenesten skal være en spesialisthelsetjeneste. Ambulansetjenesten bidrar med tjenester både til spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Sammenhengen med spesialisthelsetjenesten er krevende både faglig og koordineringsmessig. Ambulanspersonell har et stort behov for å utvikle sin kompetanse, og komiteen mener

dette best kan ivaretas innenfor spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK), viser komiteen til at de har en viktig koordineringsfunksjon i forhold til ambulansetjenesten og sykehusene, og at det derfor er naturlig at ansvaret for disse fylkeskommunalt drevne tjenestene overtas av staten. Komiteen forutsetter at staten går inn i de etablerte samarbeidsavtalene med kommunene, der hvor det er etablert samarbeidsavtaler om nødmeldetjeneste/legevaksentraler.

Komiteen viser til at det etter lov om spesialisthelsetjeneste stilles krav om at ambulansetjenestens virksomhet skal være faglig forsvarlig. For å tilfredsstille kravet om forsvarlighet mener komiteen at ambulansebilene som hovedregel skal være tomannsbetjente. Komiteen er tilfreds med at dette kravet vil inngå i den planlagte felles forskrift for prehospitalet akuttmedisin.

Komiteen ser klart at krav om tomannsbetjening vil medføre at ytterligere personellressurser brukes til vaktberedskap, spesielt vil det kunne bli tilfelle i de minste kommunene hvor det er et fåtall ambulanspersonell. Komiteen mener derfor at det i enkelte tilfeller må kunne gis dispensasjon for enmannsbetjente ambulanser der hvor aktiviteten er liten. Betingelsen må imidlertid være at det etableres avtaler med fast ledsagertjeneste med f.eks. sykehjem eller primærhelsetjeneste.

Komiteen viser til at det ikke finnes noen statlige krav til utdanning av ambulanspersonell. Imidlertid har alle fylker satt faglige minimumskrav til sine ansatte. Komiteen har merket seg at mangelen på nasjonale krav har ført til varierende kompetansenivå både blant ambulanspersonell og mellom ambulansetjenestene.

Komiteen viser til at det i 1996 ble godkjent et eget ambulansfag som inngår som helsefag i den videregående skolen, og som fører til fagbrev. Komiteen er opptatt av å sikre et godt faglig nivå på utdanningen over hele landet, og komiteen slutter seg derfor til forslaget om at det må settes krav om at minst én av ambulanspersonellet per bil skal dokumentere fagkompetanse på nivå med fagbrev. Komiteen mener dette kravet må inngå i den planlagte felles forskrift om prehospitalet akuttmedisin.

Når det gjelder ambulanspersonell nr. 2, er komiteen enig i at det bør settes krav til dokumentasjon av akuttmedisinsk og pleiefaglig kompetanse på nivå med det som er beskrevet i NOU 1976:2 "Utdanning av ambulanspersonell".

Komiteen mener det er vanskelig å forsvare dispensasjonsordninger som kan bidra til å uthule kravet om fagbrev. Komiteen vil allikevel gi støtte til at det åpnes for en begrenset dispensasjonsordning for ambulansbiler som ikke inngår i den ordinære ambulansberedskap.

Komiteen viser til at frivillige organisasjoner, som Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp, driver profe-

sjonell ambulansetjeneste etter oppdrag fra eller avtale med fylkeskommunen. I tillegg stiller organisasjonene eget utstyr og frivillig mannskap til rådighet som supplement til den profesjonelle ambulansetjenesten. Til sammen 160 ambulanser eies og drives av disse organisasjonene med frivillig mannskap. De dekker hovedsakelig et behov for sanitetstjeneste ved idretts- og kulturarrangementer, hvor en slik tjeneste er påkrevet. Den offentlige helsetjenesten har ikke kapasitet til å etablere en slik beredskap. Komiteen har merket seg at det legges opp til at frivillige organisasjoner kun kan delta i ambulansberedskapen etter en begrenset dispensasjonsordning. Med en så høy terskel mener organisasjonene at de vil måtte komme til å innstille sin tjeneste. Det er krav om flere ukers hospitering ved sykehus og i primærhelsetjenesten for å bli godkjent ambulanspersonell. Komiteen vil i denne sammenheng vise til at helsetjenesten har store problemer med å stille praksis- og hospiteringsplasser til rådighet for vanlig helsepersonell, og at det synes lite realistisk at frivillige mannskaper skal gjennom samme omfattende opplæring. Komiteen vil understreke at det vil kunne føre til store tap for den samlede helseberedskap i landet og påføre ekstra belastninger på den offentlige helsetjenesten hvis de frivillige mannskapene skulle bli borte.

Komiteen mener derfor det må utarbeides særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i en supplerings-tjeneste, f.eks. ved idretts- og kulturarrangementer. Komiteen fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts- og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, har merket seg at det ikke finnes noen statlig fastsatte krav til tidsintervallet (responstid) fra AMK-sentralen kontaktes til bilen er nådd frem til pasienten. Dette bidrar, sammen med værforhold, veinett og avstander til at responstiden varierer betydelig fra sted til sted. Flertallet har merket seg de responstider departementet vil gjøre veiledende.

Flertallet har også merket seg skepsisen fra flere av høringsinstansene, som mener at Akuttutvalgets krav til responstider vil være vanskelig å overholde i store deler av landet. I tillegg vil dette kunne føre til økte kostnader. Det vises i den sammenheng til brev av 23. mai 2001 fra helseministeren til stortingsrepresentant Einar Olav Skogholt, der det bl.a. sies:

"Departementet har ikke utført egne kostnadsberegninger for en eventuell innføring av krav til responstider som foreslått av akuttutvalget, men er kjent med innholdet i en arbeidsgrupperapport fra Akershus som

er under utarbeidelse. Her er det anslått at innføring av krav i henhold til akuttutvalgets forslag vil kreve 5-6 nye enheter og 30-48 nye stillinger. Dette vil føre til en merkostnad på 15-24 mill kr. I tillegg kommer betydelige utgifter til lokaliteter, kjøretøy, utstyr og lignende. Beregningene er basert på en streng fortolkning av departementets anslag på 10-15 000 innbyggere for å utgjøre en by eller tettsted, slik at kostnadene blir lavere dersom en videre definisjon legges til grunn."

Flertallet er innforstått med at hensynet til økonomi og knapphet på kvalifisert ambulanspersonell vil virke begrensende på mulighetene for umiddelbar iverksettelse av akuttutvalgets forslag til responstider. Flertallet vil peke på behovet for nærmere utredning av konsekvenser knyttet til gjennomføring av slike responstider, der det også foretas nødvendige avklaringer av begreper som "byer", "tettsteder" og "grisgrendte strøk". Flertallet anser videre at det er viktig å avklare hvilke områder av landet som har særskilt behov for bedret tilgjengelighet til ambulanse, og at snarlige tiltak for styrking av ambulansetjenesten disse steder prioriteres. Flertallet vil understreke at det er en forutsetning at øyeblikkelig hjelp-plikten overholdes, og kan ikke akseptere for lang responstid med de alvorlige konsekvenser det kan få for pasientene.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem for Stortinget en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjenesten som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det ikke finnes noen statlige fastsatte krav til tidsintervallet (responstid) fra AMK-sentralen kontaktes til ambulans bilen er ute hos pasienten. Dette bidrar til, sammen med værforhold, veinett og avstander, at responstiden varierer betydelig fra sted til sted. Disse medlemmer har merket seg de responstider departementet vil gjøre veiledende.

Disse medlemmer har også merket seg skepsisen fra flere av høringsinstansene som mener at disse kravene til responstider vil være vanskelig å overholde i store deler av distrikts-Norge. I tillegg vil det kunne føre til økte kostnader for tjenestene. Disse medlemmer vil understreke at det er en forutsetning at øyeblikkelig hjelp-plikten overholdes, og kan ikke akseptere for lang responstid med de alvorlige konsekvenser det kan få for pasientene.

På denne bakgrunn slutter disse medlemmer seg til at de krav til responstider som Akuttutvalget har foreslått gjøres gjeldende for ambulansetjenesten, og ber Regjeringen legge fram en økonomi- og tidsplan for å gjøre dette mulig. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge fram en økonomi- og tidsplan for å gjøre Akuttutvalgets forslag til responstider gjeldende."

Komiteen viser til at ambulansetjenesten har et nært samarbeid med den kommunale legevaktstjenesten, og at dette samarbeidet er av vesentlig betydning for utfallet for pasienten. Komiteen har merket seg at dette samarbeidet stort sett fungerer godt, men at tjenesten savner formaliserte rammer rundt det operative samarbeidet, fordi effektiv og trygg samhandling forutsetter at planlegging og øvelser foregår kontinuerlig. Komiteen vil understreke viktigheten av at samarbeidet mellom ambulansetjenesten og den kommunale legevakt fungerer godt, slik at befolkningen kan sikres trygghet for nødvendig hjelp i akutte tilfeller.

Økningen i antall stasjonære legevakter og sentralisering av legevakter har ført til økt bruk av ambulansetjenester, og etter komiteens vurdering øker dette behovet for samarbeid ytterligere.

Komiteen har merket seg at Rogaland fylkeskommune har gode erfaringer med lokale akuttmedisinske team. Komiteen ser svært positivt på et slikt samarbeid og vil oppfordre andre til å formalisere samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevakt etter en slik modell.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på ambulansetjenestens betydning også for muligheten for legevaktsamarbeid. Som nevnt er ambulansetjenesten det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden, og fylkenes ambulansplaner må derfor ikke føre til at tilbudet noe sted blir svekket.

Disse medlemmer vil understreke at det må gjøres en samlet vurdering av den akuttmedisinske beredskapen spesielt for grisgrendte områder med store avstander og lange reisetider. For å kunne oppfylle kravene om responstid må det være en god samordning mellom legevakt og ambulansetjeneste. For å oppfylle kravet om tilgang til helsetjenester, herunder akuttberedskap, for befolkningen uansett hvor i landet de bor, innenfor en akseptabel og forutsigbar tidsramme, må staten utrede kostnadene ved dette og gi spesiell økonomisk støtte til denne beredskapen i slike områder. Denne støtten bør i første rekke gå til å opprettholde/opprette ambulansetjeneste med forsvarlig faglig bemanning og beredskap.

Disse medlemmer mener at det i slike tilfeller må etableres en faglig forsvarlig ambulansbemanning gjennom et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og ambulans-/spesialisthelsetjenesten. Dette må kunne skje ved for eksempel en felles utnyttelse av sykepleiefaglig personell som kan brukes i et samarbeid mellom legesenter/sykehjem og ambulansetjeneste. Det bør etter disse medlemmers mening utarbeides retningslinjer for et slikt samarbeid både faglig og økonomisk.

Disse medlemmer minner også om at den faglige målsettingen på sikt bør være at en av personene på ambulansvakt bør ha kompetanse som anestesisykepleier. Skal den akuttmedisinske beredskapen kunne styrkes også bemanningsmessig, er det viktig at en også tar hensyn til dette i utdanningssystemet.

I områder med lange avstander/lang reisetid bør det etter disse medlemmers mening være en ordning med reserveambulansse for å kunne ivareta en mer kontinuerlig beredskap, ikke minst ved større ulykker.

5. LUFTAMBULANSETJENESTEN

5.1 Sammendrag

Statens ansvar for luftambulansse er regulert i lov om spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med luftambulanssetjenesten etter bestemmelsene i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Luftambulanssetjenesten består av 11 faste ambulanshelikoptere og åtte ambulansfly. I tillegg flyr redningstjenesten også ambulansoppdrag.

Departementet legger til grunn at formålet med en statlig luftambulanssetjeneste er å styrke det akuttmedisinske behandlingstilbudet utenfor sykehus og å bidra til å oppfylle overordnede helsepolitiske målsetninger som blant annet helsetjeneste av god faglig standard, lik tilgjengelighet til helsetjenester og behandling på lavest mulig ansvarsnivå.

Det redegjøres for bemanning og kompetanse ved ambulanshelikoptrene, redningshelikoptrene og ambulansflyene.

Når det gjelder aktivitet, opplyses det bl.a. at 5 202 pasienter ble behandlet av legehelikoptertjenesten i 1998, mens det ble behandlet 6 035 pasienter av ambulansflytjenesten samme år.

Meldingen omtaler også tilbakeføringsoppdrag som er et eksempel på at luftambulanssetjenesten kan brukes til andre formål enn de rent akuttmedisinske oppdragene. Det opplyses at det antallet tilbakeføringsoppdrag med luftambulanssetjenestens fly har økt fra 918 i 1992 til 1 757 i 1998, og i 1998 foregikk 83 pst. av disse ved flybasene i Nord-Norge. Det uttales at man nå nærmer seg kapasitetsgrensen for luftambulansflyene, og det uttrykkes frykt for at tilbakeføringsoppdragene kan gå på bekostning av akuttmedisinske oppdrag.

Det redegjøres for behandlingen av spørsmålet om dekking av kostnader ved tilbakeføringsoppdrag i forbindelse med statsbudsjettet for 2000 som innebar at fylkeskommunene skal betale for tilbakeføringsoppdragene.

Det opplyses at de samlede statlige kostnader til luftambulanssetjenesten har steget fra 190 mill. kroner i 1992 til om lag 300 mill. kroner i 1999.

Departementet foreslår etter en samlet vurdering at dagens organisering videreføres, dvs. at staten inntil videre skal ha ansvaret for å organisere, planlegge og

drive luftambulanssetjenesten, men at fylkeskommunen fortsatt skal ha ansvaret for den medisinske delen av tjenesten, og at denne i sterkere grad bør integreres i de sykehusene der basene er plassert. Det uttales at spørsmålet om den framtidige plassering av ansvaret for luftambulanssetjenesten må ses i sammenheng med Regjeringens arbeid med fornyelse av offentlig forvaltning, arbeidet med å utrede regional inndeling og utredning om syketransportansvaret.

Det vil bli etablert et Statens luftambulanssekontor i Rikstrygdeverket, som vil få ansvar for en bedre samordning av tjenestens helse- og transportdel.

Det redegjøres for nåværende basestruktur og framholdes at de helikopterbasene som er opprettet etter 1988, har kommet som følge av lokalt initiativ og påtrykk og i mindre grad som et resultat av sentralt styrt planlegging og evaluering.

Departementet mener det er behov for omfattende endringer i avtalen mellom Sosial- og helsedepartementet og Forsvarsdepartementet om bruken av redningshelikoptre til ambulansoppdrag. Det vil bli satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra Forsvaret og Rikstrygdeverket som skal fremme forslag til en bedre organisering og finansiering for framtiden. Samtidig vil de to departementene ta sikte på å inngå en ny avtale om bruken av redningstjenestens helikoptre i luftambulanssetjenesten. Når det gjelder spørsmålet om legebemanning på redningstjenestens helikoptere, vises det til egen stortingsmelding om redningshelikoptertjenesten.

Departementet ønsker å opprettholde dagens base-mønster. Ved etablering av eventuelle nye baser i framtiden vil departementet legge vekt på sykehusnærhet, likeverdighet, dekningsgrad og helseøkonomi. Det uttales at luftambulanssetjenesten bør være organisert og faglig integrert med den øvrige ambulanssetjenesten og spesialiserte helsetjeneste, noe som tilsier at eventuelle nye baser bør være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap.

Det framholdes at det er gjennomført en rekke tiltak for å bedre sikkerheten i tjenesten i de senere år. Departementet mener at luftambulanssetjenesten som utgangspunkt minst må basere seg på luftfartsmyndighetenes krav til sikkerhet, og at tjenesten i visse sammenhenger også bør definere egne høyere standarder for bedre sikkerhet.

Departementet mener at bemanningen av ambulanshelikoptrene primært bør være anestesilege med minimum to års erfaring fra tjeneste ved anesthesiavdeling, men at man i en overgangsperiode må akseptere et lavere kompetansenivå av hensyn til rekrutteringssituasjonen for spesialister og en balansert dimensjonert akuttmedisinsk kjede.

5.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Norge har en av verdens best utbygde og medisinskfaglig utrustede luftambulanssetjeneste. Til tross for den høye standarden mener komiteen det er behov for klare forbedringer.

Komiteen har merket seg følgende problemer med tjenesten:

- manglende politiske målsettinger og krav til det medisinske innholdet i tjenesten
- for dårlig utnyttelse av legeressursene på luftambulansebasene
- lite fokus på medisinsk nytteverdi for tjenesten
- manglende helhetlig plan for organisering av tjenesten
- manglende retningslinjer for baseplassering
- krav om sikkerhet

Komiteen viser til at luftambulansetjenesten skal bidra til høy beredskap og effektiv transport av alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling. Komiteen vil understreke at luftambulansetjenesten skal være en del av ambulansetjenesten og dermed en del av helsetjenesten. Videre vil komiteen vise til gjeldende prioriteringsretningslinjer og retningslinjer vedtatt i ny lov om spesialisthelsetjenesten og at de må gjelde for luftambulansetjenesten. Komiteen vil peke på at luftambulansetjenesten også er et virkemiddel for å jevne ut forskjeller i tilgjengelighet til spesialiserte akuttmedisinske tilbud som følge av geografi og bosettingsmønster. Luftambulansetjenesten utgjør et ledd i den akuttmedisinske kjeden, og komiteen vil understreke at det er den samlede innsats fra de ulike ledd i kjeden som bestemmer det medisinske utfallet. Ingen kjede er sterkere enn det svakeste leddet. Rask transport og høykompetent prehospital akuttmedisin er ikke tilstrekkelig hvis sykehusene ikke har et apparat som sikrer god videre diagnostikk og behandling. Komiteen mener derfor at hele den akuttmedisinske kjeden må vurderes samlet, og at luftambulansetjenesten, så langt det er mulig, må integreres i den øvrige ambulansetjenesten og de spesialiserte akuttmedisinske helsetjenestene. Komiteen vil påpeke at dersom det i framtida skulle skje en større funksjonsfordeling mellom sykehusene med hensyn til akuttberedskap, må dimensjoneringen av ambulans- og luftambulansetjenesten vurderes i forhold til dette.

De fleste situasjoner, hvor det er behov for akuttmedisinsk hjelp, oppstår utenfor sykehus, og komiteen vil sterkt understreke at i valget mellom alternative ambulansformer må det være pasientenes behov som må være avgjørende.

Komiteen har merket seg at ambulansflyene i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund relativt ofte transporterer pasienter med behov for avansert overvåkning eller medisinsk behandling, og at det er behov for å etablere en beredskap som sikrer dette. Komiteen viser til brev av 21. februar 2001 fra helseministeren hvor det vises til brev 27. november 2000 fra Nordland sentralsykehus av om at departementet er blitt gjort oppmerksom på at oppgradering til anestesilegeberedskap ikke er ønskelig for Brønnøysundbasen. Årsaken er at basen er lokalisert langt fra sykehus, slik at anesthesi-

lege kun vil bli dedikert til arbeid ved basen, og ikke vil utgjøre noen ressurs for sykehuset. Det vises videre til at saken har blitt forelagt Helsetilsynet, som ut fra en helhetlig vurdering av luftambulansberedskapen i landsdelen mener det er vanskelig å argumentere for å oppgradere ambulansflyet i Brønnøysund med anestesilegeberedskap. Helsetilsynet viser til at ambulanshelikopteret i Brønnøysund allerede er bemannet med anestesileger, og at det nasjonalt sett er en betydelig mangel på anestesileger.

Med bakgrunn i behovet for en rasjonell utnyttelse av legeressurser på ambulansbasene, vil helseministeren ikke opprettholde anbefalingen om at ambulansflyet ved Brønnøysundbasen skal ha mulighet til å ha med anestesileger ved behov. Komiteen slutter seg til denne vurderingen når det gjelder Brønnøysundbasen. Når det gjelder ambulansflyene i Tromsø og Ålesund, vil imidlertid komiteen understreke viktigheten av at det etableres en beredskap som sikrer en medisinsk forsvarlig beredskap.

Komiteen er videre enig i at tilsvarende beredskap ikke er nødvendig for ambulansflyene i Bodø, da flyene i Tromsø og Bodø vil kunne dekke det aktuelle området på en forsvarlig og tilfredsstillende måte.

Komiteen har merket seg at det for helikopterbasene er nødvendig å ha en bemanning med anestesileger for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud til pasienter ved kritisk sykdom og/eller ved skader og ulykker. Komiteen viser til at ved helikopterbasen på Lørenskog er luftambulansetjenesten lagt inn under avdeling for akuttmedisin ved Sentralsykehuset i Akershus og skilt ut som egen driftsenhet. Avdelingen for akuttmedisin har fremdeles en sterk faglig forankring i anesthesiavdelingen, bl.a. ved at avdelingens leger dekker en bakvaktturnus på anesthesiavdelingen. På denne måten sikres fagnivået innenfor anestesifaget, samtidig som legene på avdeling for akuttmedisin er et nyttig tilskudd til anesthesiavdelingen. De administrative oppgavene er fordelt mellom avdelingens leger. I tillegg tar de del i utdanningsprogram og kvalitetssikring av ambulansetjenesten. Komiteen mener Akershusmodellen er en svært god løsning og en effektiv utnyttelse av fagressursene. Akershusmodellen vil kunne være modell for andre helikopterbasen og fungere som akuttmedisinske kompetansesentra for de øvrige leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Komiteen har merket seg at departementet i meldingen foreslår å opprette et Statens luftambulanskontor som skal få ansvar for en bedre samordning av denne tjenestens helse- og transportdel. Departementets begrunnelse for å knytte dette kontoret til Rikstrykdeverket og ikke til departementet eller Statens helsetilsyn er at disse ikke har ansvar for driftsoppgaver og statlige retningslinjer for å koordinere virksomheten bedre.

Komiteen viser til spørsmål fra saksordfører til helseministeren datert 8. mai 2001 og helseministerens svar datert 22. mai 2001 hvor det henvises til forslaget om statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten og

etablering av regionale helseforetak som skal ha et "sørge for"-ansvar bl.a. for luftambulansetjenesten. Videre vises det til at det samtidig pågår et arbeid i departementet med å fornye den sentrale sosial- og helseforvaltning, jf. St.prp. nr. 84 (20001-2001) Revidert nasjonalbudsjett hvor det bl.a. fremkommer at departementet ønsker at en rekke statlige oppgaver samordnes i tre enheter. Videre skriver helseministeren i sitt brev at disse to store organisatoriske reformene fører til at enkelte av forslagene i St.meld. nr. 43 (1999-2000), og særlig det som gjelder luftambulansen, bør vurderes på nytt. Særlig gjelder dette forslaget om å etablere Statens luftambulanseskjort i Rikstrygdeverket med ansvar for transport- og helsedelen.

Komiteen viser til at begrunnelsen for forslaget i Ot.prp. 66 (2000-2001) om å gi de regionale helseforetakene "sørge for"-ansvaret for luftambulansen først og fremst er behovet for en bedre integrering av denne tjenesten i den øvrige ambulanse- og helsetjeneste. I tillegg er det behov for en bedre samordning av transport- og helsedelen.

Komiteen mener at det i påvente av Stortingets behandling av forslaget til ny organisering av den sentrale helseforvaltning, er nødvendig med en interimsoverordning slik at kontinuiteten ivaretas, ikke minst av sikkerhetsmessig hensyn. Komiteen foreslår at departementet inntil videre påtar seg dette ansvaret.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti merker seg de ulempene som følger av dagens organisering av luftambulansetjenesten. Dette medlem vil understreke behovet for å integrere tjenesten i den øvrige helsetjenesten og at transporttjenesten og den medisinske tjenesten blir samordnet bedre enn hittil. Dersom spesialisthelsetjenesten blir organisert gjennom regionale helseforetak fra 2002, er det etter dette medlems syn naturlig at ansvaret for luftambulansetjenesten i regionen plasseres i helseforetaket.

Dette medlem merker seg imidlertid behovet for en nasjonal overordnet styring av tjenesten, noe som blant annet vil sikre én nasjonal standard og et hensiktsmessig samarbeid med Forsvaret og redningstjenesten. Rikstrygdeverket er etter dette medlems syn ikke det naturlige stedet for Statens luftambulanseskjort, fordi det primært stiller med trygdelovgivningen og økonomiske spørsmål knyttet til denne, og ikke med medisinsk-faglige vurderinger knyttet til ambulanse- og redningstjenesten.

Dette medlem viser til at Sosial- og helsedepartementet arbeider med en modernisering av offentlig sektor og til at helseministeren har uttalt at det er aktuelt å opprette et framtidig sosial- og helsedirektorat. Dersom en slik oppretting skjer, kan dette direktoratet etter dette medlems syn være et bedre sted å etablere luftambulanseskjort enn i Rikstrygdeverket. Skjortet bør etter dette medlems syn utvikles til et nasjonalt akuttmedisinsk kompetansesenter. Så vel gjennom den kompetansen dette kompetansesenteret

vil besitte, som gjennom samarbeid mellom dette organet og relevant kompetanse som Forsvaret besitter på området, vil man etter dette medlems syn kunne sikre det faglige innholdet på nasjonalt plan som vil være nødvendig for å samordne og videreutvikle en helhetlig luftambulanseskjort- og redningstjeneste.

Basestruktur

Komiteen slutter seg til Regjeringens forslag om at helikopterbasene i Tromsø, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Ål og Lørenskog opprettholdes.

Komiteen anser at det kan være fordeler ved at luftambulansen er lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap, og at hele det akuttmedisinske tilbudet i hovedregel sees samlet. En slik faglig medisinsk tilknytning bør finne sted uansett om den aktuelle luftambulanseskjort er stasjonert ved sykehus eller ikke. Komiteen mener derfor at enkeltbaser også bør kunne lokaliseres utenfor sykehus, og slutter seg til at basene i Brønnøysund og Dombås opprettholdes.

Når det gjelder sysselmansens beredskapshelikopter på Svalbard, har komiteen merket seg at det i dag ikke inngår i luftambulansetjenesten, men ivaretar allikevel de få ambulanseoppdragene som er nødvendig. Komiteen er enig i at det ikke foretas noen endringer i ordningen på Svalbard.

Komiteen er videre enig i at ambulanseflybasene i Kirkenes, Alta, Tromsø og Bodø opprettholdes. Komiteen slutter seg også til at overføringsflyet i Ålesund (Vigra) opprettholdes, og at redningshelikopterbasen i Bodø fortsatt skal være en del av ambulanseflytjenesten.

Komiteen viser til at ansvaret for redningstjenesten og redningshelikoptertjenesten er delt mellom Justisdepartementet og Forsvarsdepartementet. Justisdepartementet har ansvaret for redningstjenesten, mens Forsvarsdepartementet har operatøransvaret. Komiteen har merket seg St.meld. nr. 44 (2000-2001) fra Justisdepartementet om redningshelikoptertjenesten, og er tilfreds med at der foreslås at Banak videreføres som redningshelikopterbase i Finnmark og skal fortsette som en del av den nasjonale luftambulanseskjortplanen.

Komiteen vil videre slutte seg til at redningshelikopterbasene på Sola og Ørland opprettholdes.

6. AKUTTBEREDSKAP I SPESIALISTHELSETJENESTEN

6.1 Sammendrag

Det redegjøres for dagens situasjon med hensyn til sykehusstruktur og organisering av akuttberedskapen i de ulike helseregionene.

Det fant sted 220 153 planlagte og 381 915 øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 1997. De tilsvarende tall i 1998 var 220 320 og 400 081; dvs. at aktivitetsveksten har kommet som øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Departementet mener dagens sykehusstruktur ikke er tilpasset utviklingen som har funnet sted de senere år, men finner det ikke hensiktsmessig å erstatte dagens sykehusstruktur med Akuttutvalgets forslag til ny sykehusstruktur. Departementet er likevel av den oppfatning at utfordringer som for eksempel rekruttering av helsepersonell og ressursutnyttelse må løses gjennom endringer i sykehusstrukturen, herunder rasjonalisering av akuttberedskapen. Departementet vil derfor gi Akuttutvalgets forslag til sykehusmodeller en retningsgivende status for den framtidige sykehusplanleggingen, og åpner også opp for muligheter for kombinasjoner av de foreslåtte sykehusmodellene. Departementet understreker at uansett hvilken sykehusstruktur som velges i de kommende regionale helseplaner, så må den overordnede målsetningen være at befolkningen får et medisinsk faglig akseptabelt tilbud om akuttmedisinske tjenester, og at tjenesten ytes gjennom effektiv bruk av ressurser.

Departementet ser behov for å utvide samarbeidsordningene med primærhelsetjenesten, blant annet for å redusere antallet øyeblikkelig hjelp-innleggelse på sykehus. Fylkeskommuner og kommuner oppfordres derfor til å etablere felles akuttmottak (FAM) der dette synes formålstjenlig.

Departementet utreder muligheten for å inkludere de sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste, og som er del av fylkeskommunens ordinære tilbud av spesialisthelsetjeneste, i ISF-ordningen fra 2001.

Det framholdes at øyeblikkelig hjelp-innleggelse domineres av indremedisinske lidelser. Departementet foreslår ikke noen prinsipielle endringer når det gjelder sykehusenes akuttmedisinske beredskap i indremedisin, men mener at tilbudet må styrkes i takt med det økte behov som følger av økningen i antall eldre. Departementet ber derfor de regionale helseutvalgene om å vurdere sin kapasitet på indremedisinsk beredskap og klargjøre organisasjonsstrukturen på hvilke sykehus som har hvilke funksjoner. Det framholdes at de erfaringer som til nå er gjort med at enkelte sykehus bare har indremedisinske akuttfunksjoner, synes å bekrefte at dette er en modell som godt kan brukes i deler av landet.

Det redegjøres for undersøkelser av forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet innen kirurgien. Det vises til ulike erfaringer med funksjonsfordelinger mellom sykehus, og det uttales at den funksjonsfordelingen som synes å ha størst potensiale, særlig når det gjelder kapasitet, er å skille mellom akutt og planlagt kirurgi. På denne bakgrunn mener departementet at det finnes rom og behov for rasjonalisering av den kirurgiske akuttberedskapen og anbefaler at det skilles mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap der forholdene ligger til rette for det. Departementet er likevel av den oppfatning at legevaktberedskap (f.eks. ordinære brudd, enklere skader) er nødvendig ved alle sykehus, og at alle sykehus også må kunne gi nødvendig stabilisering før videre transport. Departementet oppfordrer helseregionene til økt

grad av funksjonsfordeling mellom sykehus når det gjelder større planlagte inngrep, for eksempel ved sentralisering av visse prosedyrer. Departementet ønsker ikke at befolkningsgrunnlaget alene skal være avgjørende for hvilke funksjoner sykehusene skal ha, men understreker behovet for et systematisk samarbeid mellom sykehus som nødvendig for at små sykehus skal være levedyktige.

Departementet mener fødselsomsorgen må differensieres og ber om at Helsetilsynets foreslåtte tredeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer gjøres veiledende i planleggingen av framtidens fødselsomsorg. Departementet ønsker at fødestuemodellen i sykehus prøves ut ved lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år.

Departementet vil be Helsetilsynet om å oppsummere eksisterende nasjonal og internasjonal dokumentasjon innen fagområdet nyfødtdisin.

Det understrekes at helsepersonellens kompetanse må utnyttes bedre. Etter departementet oppfatning bør vaktberedskapen især ved små sykehus kunne rasjonaliseres. Departementet vil be om at det utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grenspesialitetene i en hovedspesialitet. I tillegg oppfordrer departementet til at sykehusene utfører planlagte aktiviteter utover ordinær arbeidstid.

Det uttales at det må arbeides for en bedre organisering og ledelse i sykehus. Departementet vil videreføre arbeidet som er startet i Forum for organisasjonsutvikling i sykehus med hensyn til å utvikle nettverk som kan inspirere til læring og forbedringstiltak.

Det understrekes at kvalitet må komme mer i fokus også når det gjelder akuttmedisinsk beredskap. Departementet ønsker at det i årene framover skal etableres et sett av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale medisinske kvalitetsregistre for alle de store fagområdene.

6.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det i løpet av de siste 10-15 år har skjedd store endringer i sykehusstrukturen, særlig når det gjelder lokalsykehus. Fødeavdelinger er sentralisert til sentralsykehus i fylker med korte avstander mellom sykehusene. Noen sykehus har opprettholdt akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Andre sykehus igjen driver utelukkende med planlagt behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at bakgrunnen for denne endringen blant annet er utviklingen i medisinske spesialiteter, ny medisinsk teknologi og bedre kommunikasjonsmuligheter. I tillegg har mangel på helsepersonell og få øyeblikkelig hjelp-pasienter på lokalsykehusene gitt en dårlig utnyttelse av kostbare vaktordninger.

Flertallet mener det er behov for visse endringer i sykehusstrukturen for å sikre befolkningens behov for tilgjengelige helsetjenester, ivareta krav til faglig kvalitet og sikre en effektiv utnyttelse av ressursene.

Komiteen viser til at behovet for endringer i sykehusstrukturen også ble omtalt i St.meld. nr. 50 (1994-1995), jf. Innst. S. nr. 165 (1994-1995) og i St.meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, jf. Innst. S. nr. 237 (1996-1997).

Komiteen viser til Akuttutvalgets forslag til ny sykehusstruktur som innebærer å forlate den tradisjonelle tredelingen med lokal-, sentral- og regionsykehus og erstatte den med tre nivåer på den akuttmedisinske beredskapen. Komiteen er av den oppfatning at forslaget fra Akuttutvalget kan fremstå som lite fleksibel i forhold til behovene. Det er derfor ikke hensiktsmessig å erstatte dagens sykehusstruktur med akuttutvalgets forslag.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, støtter forslaget om å gi Akuttutvalgets forslag til sykehusstruktur en retningsgivende status for den fremtidige sykehusplanleggingen. Flertallet vil peke på at det også åpner for muligheter for kombinasjoner av de foreslåtte sykehusmodellene.

Komiteen vil understreke at uansett hvilken sykehusstruktur som velges i de ulike regionale helseplaner, skal befolkningen sikres et medisinskfaglig forsvarlig tilbud om akuttmedisintjenester uansett hvor de bor i landet.

Komiteen er kjent med at det fortsatt finnes øysamfunn og veiløse bosettinger og grendesamfunn som ikke har transport i beredskap ved akutt behov for legehjelp eller ved behov for ambulansetransport. Komiteen anser dette som meget utilfredsstillende og mener derfor at det er svært viktig å sikre beredskap, slik at alle kan ha trygghet for at de får legehjelp og tilgang på ambulanse ved akutt sykdom eller ved ulykker.

Komiteen vil også sterkt fremheve at tilbudet om akuttmedisinske tjenester ved sykehusene må være forutsigbart over tid, slik at beredskapsnivået og funksjonsfordelingen er klar og kjent for befolkningen og de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden. Ved eventuelle endringer i sykehusstrukturen og beredskapsnivået ved de enkelte sykehus vil komiteen understreke at det må sikres en faglig forsvarlig beredskap i den akuttmedisinske kjeden, spesielt ambulansetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at det har vært en drakamp mellom kommuner og fylkeskommuner om penger, ansvar, kompetanse og perso-

nell som har ført til samarbeidsproblemer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasientene har møtt flaskehals og en behandlingkjede som ikke er sammenhengende, mens forvaltningsnivåene utfører unødvendig og ressurskrevende dobbeltarbeid.

Komiteen viser til at på flere områder er det finansieringsordningene som skaper hindringer for samarbeidet mellom forvaltningsnivåer. Eksempler på dette er finansieringen av telemedisin, respiratorbruk i hjemmet, hjemmedialyse for nyrepasienter, livshjelp, spesialisthelsetjenester for psykisk utviklingshemmede, psykiatri, geriatri, felles akuttmottak (FAM) og sykestuer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, er av den oppfatning at statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten vil rydde opp i en del av disse forholdene.

Komiteen viser til at felles akuttmottak er underlagt to forskjellige forvaltningsnivåer. Sykehusenes akuttmottak sorterer i dag under fylkeskommunene og legevakten under kommunene. Komiteen vil understreke at dette samarbeidet er viktig for pasientene, og innebærer at de kun trenger å henvende seg til ett sted ved akutt skade eller sykdom. I tillegg kan primærlegen lettere innhente faglige råd fra spesialister ved sykehusene uten at pasienten må legges inn. Komiteen vil i denne sammenheng vise til de positive erfaringene med prosjektet "Nye Narvik sykehus".

Komiteen mener at FAM er et eksempel på hvordan det akuttmedisinske samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan styrkes, og komiteen vil oppfordre til å etablere FAM der dette synes hensiktsmessig. Komiteen er oppmerksom på at det er en viss fare for at FAM kan øke mulighetene for "for sikkerhets skyld medisin", slik at pasienter blir gitt tilbud på et høyere behandlingsnivå enn hva som er nødvendig. Komiteen har imidlertid merket seg erfaringene fra Narvik sykehus som tyder på det motsatte, og at FAM vil redusere belastningen på sykehusene, særlig når det gjelder øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Komiteen mener at en ved å bygge ut flere observasjonssenger knyttet til FAM vil kunne motvirke at pasientene får behandling på et for høyt nivå. Pasientene vil kunne observeres før det eventuelt er behov for innleggelse ved sykehus. Det vil kunne virke positivt for pasientene, og det blir en god utnyttelse av ressursene.

Komiteen viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000) der Stortinget ba Regjeringen opprettholde driften av sykestuene inntil Akuttmeldingen var behandlet i Stortinget. Komiteen viser til at sykestuene er svært ulike i forhold til organisering og hvilke pasienter som blir behandlet der. En del sykestuer har primærhelsetjenestefunksjoner, mens andre utfører spesi-

alishelsetjenesteoppgaver. Dette har, slik komiteen ser det, ført til uklarheter i forhold til finansieringsansvar og organisering.

Komiteen viser til at den generelle befolkningsutviklingen og økt levealder vil føre til økt behandlingsbehov i framtida, særlig når det gjelder øyeblikkelig hjelp og innleggelser ved indremedisinske avdelinger i sykehus. Komiteen mener at økt bruk av sykehjem og sykestuer vil kunne avlaste sykehusene.

Komiteen mener det er uakseptabelt at pasienter som kan få et helsemessig forsvarlig tilbud som samtidig er samfunnsøkonomisk lønnsomt, får et dårligere tilbud på grunn av finansieringsordningen. Komiteen viser til at når staten fra 1. januar 2002 tar over ansvaret for spesialisthelsetjenesten, gjelder det også for de fylkeskommunalt eide sykestuene og spesialsykehjemmene. Komiteen har merket seg at departementet utreder mulighetene for å inkludere de sykestuer som utfører spesialisthelsetjenester, i ISF-ordningen fra 2001. Komiteen ber om at det blir redegjort for dette i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.

Komiteen har merket seg at personer med kroniske lidelser utgjør en stor andel av innlagte pasienter med indremedisinske lidelser. Komiteen mener at bruk av lærings- og mestringscentre for denne gruppen vil kunne redusere trykket mot sykehusene noe. Komiteen mener videre at en styrking av kommunehelsetjenesten, økt poliklinisk aktivitet og mer ambulant behandling også vil kunne bidra til å redusere antall sykehusinnleggelser.

Komiteen har merket seg at det i tiden framover vil bli flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser og økt press på de indremedisinske avdelingene. Komiteen mener derfor at det ikke må foretas noen endringer når det gjelder den akuttmedisinske beredskapen i indremedisin ved sykehusene. Komiteen mener tvert imot at det totale tilbudet i akuttmedisinsk beredskap må styrkes i takt med det økte behovet. Komiteen viser til at erfaringene fra sykehus som bare har indremedisinske akuttfunksjoner, bekrefter at dette er en modell som kan brukes i deler av landet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti støtter i hovedtrekk meldingens beskrivelse og forslag til forbedringer når det gjelder den totale akuttmedisinske kjeden. Særlig vil disse medlemmer understreke viktigheten av å få en sammenhengende god prehospital akuttmedisinsk tjeneste som omfatter nødmeldetjeneste, legevaktjeneste, ambulansetjeneste, herunder luftambulansetjenesten.

Disse medlemmer sier seg tilfreds med at Regjeringen i meldingen ikke går inn for å erstatte dagens sykehusstruktur med Akuttutvalgets nye forslag og modeller. Slik disse medlemmer ser det, er den svakeste del av Akuttutvalgets innstilling beskrivelsen av akuttberedskapsfunksjonene ved våre

lokalsykehus. Det er verken faglig eller økonomisk dokumentert at lokalsykehusene er dyrere i drift enn andre sykehus eller at akuttberedskapen er særlig kostbar.

Viktig for disse medlemmer er at også dagens fremtidige sykehusstruktur må legge avgjørende vekt på tilgjengelighet og nærhet. Disse medlemmer vil hevde at en sterkere sentralisering av spesialisttjenesten, og særlig akuttberedskapen, ved våre lokalsykehus vil svekke både tilgjengeligheten og nærheten til helsetjenesten for våre fremtidige pasienter.

Det hevdes fra enkelte hold at modellen med de tredelte lokalsykehus ikke gir et optimalt resultat verken faglig eller økonomisk. Dette begrunnes med bl.a. at volumet av pasienter til lokalsykehusene er for lite, og at akuttberedskapen i indremedisin og kirurgi er svært fordyrende. Så langt disse medlemmer vet, er begge disse antakelser ikke korrekt. Disse medlemmer viser til at Hagautvalget i sin utredning gikk dypere inn i en dokumentasjon for å finne ut om det var forskjell på behandlingskvaliteten mellom store og mindre sykehus. Utredningen konkluderer med at slik sammenheng ikke kunne påvises. Videre viser disse medlemmer til en rapport fra Ernst og Jung, utarbeidet for Kommunenes Sentralforbund i 1999, som konkluderer med at kvaliteten på behandlingen ved små sykehus ikke var dårligere enn kvaliteten på tilsvarende behandling ved større sykehus, snarere tvert imot. I Ernst og Jung-rapporten begrunnes dette med at ved de mindre lokalsykehus var det kun spesialister som behandlet pasientene, mens en ved større sykehus hadde leger i utdanning, og mye av behandlingen ble utført av leger i opplæring, veiledet av spesialister. Disse medlemmer vil ut fra de nevnte undersøkelser og rapporter måtte hevde at kvaliteten er avhengig av kirurgens øvelse og erfaring, ikke av sykehusets størrelse.

Når det gjelder påstanden om at mindre sykehus er mer kostnadskrevenne enn større sykehus, er det etter disse medlemmers mening uttrykkelig tilbakevist i en rapport fra Samdata fra 1998, som slår fast at gjennomsnittlig kostnad for sammenlignbare pasientgrupper er 11 pst. høyere ved sentralsykehus og 20 pst. høyere ved regionsykehus i forhold til de aller minste sykehusene. Når det gjelder effektivitet, viser Samdata til i samme rapport fra 1998 at antall behandlinger pr. årsverk i de minste lokalsykehusene er 19 pst. høyere enn ved sentralsykehus og 50 pst. høyere enn ved regionsykehus. Dette burde etter disse medlemmers mening være et tankekors for mange som er spesielt opptatt av sentralisering av spesialisthelsetjenesten og nedleggelse av mindre lokalsykehus.

Disse medlemmer viser til at skal en sammenligne kvalitet og økonomi mellom større sykehus og mindre lokalsykehus, må en ta utgangspunkt i det samme pasientgrunnlaget, nemlig de ulike sykehus' lokalfunksjoner. De lokale sykehus har kun lokalsykehusfunksjoner, mens sentralsykehusene og regionsykehusene har både lokalsykehusfunksjoner, regionale

funksjoner og landsfunksjoner. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at Sentralsykehusets i Aust-Agder er lokalsykehus for 100 pst. av Aust-Agders befolkning. Regionsykehuset i Trondheim er lokalsykehus for 82 pst. av Sør-Trøndelags befolkning.

Disse medlemmer er ikke enig i de fremtidige modeller som Hagautvalgets innstilling har fremlagt, når det gjelder fremtidig organisering og strukturering av våre lokalsykehus. Når det gjelder påstanden om at akuttberedskapen ved våre lokalsykehus er særlig kostbar og ressurskrevende, er det en påstand som ikke er tilfredsstillende dokumentert. De aller fleste lokalsykehus med akuttberedskap innen indremedisin og kirurgi har såkalt hvilende vaktjeneste for spesialistene. Dette gir som resultat at beredskapstjenesten for spesialister ved lokalsykehus er betydelig mindre kostbar enn aktiv beredskapstjeneste for spesialistene i de større sykehusene. Disse medlemmer viser også til at det hevdes at det er få tilfeller under vaktberedskap ved lokalsykehusene hvor øyeblikkelig hjelpbehandling må foregå om natten, mens det hevdes at det er betydelig større, ja, nærmest kontinuerlig behandling under vaktberedskapen ved større sykehus. Det siste er etter disse medlemmers mening ikke korrekt, idet de faktiske forhold er at bare 12 pst. av øyeblikkelig hjelp-inngrepene gjøres på nattetid i de større sykehusene. Det blir da etter disse medlemmers mening feil å hevde at de større sykehusene har en bedre, jevn aktivitet hele døgnet og sette likhetstegn mellom dette og økonomisk fordelaktig drift. Tilfellet er etter disse medlemmers mening snarere det motsatte. Det vil alltid være kostbart å foreta behandling på kvelds- og nattetid fordi det er lønnskostnadene som er de alt overveiende, og jo færre behandlinger som utføres på nattetid og kveldstid, jo rimeligere vil den enkelte behandling måtte bli. Disse medlemmer vil påstå at beredskapstjenesten ved våre lokalsykehus med spesialistene i hjemnevakt til en fjerdedel av kostnadene også gir en økonomisk forsvarlig beredskapstjeneste.

Når det gjelder de ulike beredskapsmodeller som er omtalt i Akuttmeldingen, eksempelvis kun medisinsk beredskapstjeneste, kan vel den etter disse medlemmers mening fungere bra, forutsatt at sykehuset fortrinnsvis behandler indremedisinske pasienter. Disse medlemmer vil imidlertid gjøre oppmerksom på at servicefunksjonene som eksempelvis røntgen, anestesi og laboratorietjenestene, vil være obligatoriske støtteavdelinger, også for et sykehus med kun medisinsk beredskap. De samme støttefunksjonene vil kirurgisk beredskapstjeneste være avhengig av. Ut fra denne betraktning mener disse medlemmer at det er ikke svært mye å hente på kun å opprettholde indremedisinsk beredskapstjeneste ved våre lokalsykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er kjent med at en i enkelte distrikter har hatt mange lokalsykehus med full akuttberedskap. Disse

medlemmer er videre kjent med at i eksempelvis Østfold og Vestfold fylker er antallet sykehus med full akuttberedskap redusert betydelig. Erfaringen med denne reduksjonen er så langt disse medlemmer kjenner til, ikke udelt positiv. Disse medlemmer vil imidlertid på dette tidspunkt ikke ta standpunkt til hvorvidt akuttberedskap skal reetableres på lokalsykehus som allerede har mistet denne beredskapen, men disse medlemmer vil komme tilbake til dette når en skal fastlegge sykehusstrukturen i forbindelse med statlig sykehusovertakelse fra januar 2002. Disse medlemmer vil på dette tidspunkt måtte mene at en ytterligere sentralisering av akuttberedskapen ved våre lokalsykehus må nøye og langt bedre utredes enn tilfellet er i dag. Disse medlemmer mener at en ved vurderingen av akuttberedskap ved lokalsykehusene må vektlegge geografi og avstand.

Kirurgisk beredskap

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, har merket seg at kirurgisk beredskap ved sykehusene er ressurskrevende både når det gjelder personell og kostnader. Vaktene har ofte lav arbeidsbelastning, men er lange og gir legene rett til avspasering. Sammenhengende fritid gjør det mulig for legene å ta kortvarige arbeid ved andre sykehus. Mange sykehus med vakante stillinger må ofte ta i bruk dyr overtid for å dekke vaktberedskapen. Flertallet mener dette er en uheldig utvikling, og at den ressurskrevende kirurgiske beredskapen gjør det vanskelig å utnytte kapasiteten for planlagte inngrep på en god måte.

Flertallet viser til at forholdene for kirurgisk beredskap i sykehus er annerledes enn indremedisinsk beredskap. Særlig ved enkelte små sykehus utføres det få øyeblikkelig hjelp-inngrep på kvelds- og nattetid, slik at den omfattende kirurgiske beredskapen sjelden er i bruk. Flertallet har merket seg at Regjeringen har stilt krav til de regionale helseutvalg om å gå igjennom dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. I denne sammenhengen vil flertallet peke på behovet for å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen. Der forholdene ligger til rette for det, kan sykehusene skille mellom den indremedisinske og kirurgiske beredskapen. Flertallet vil peke på at små sykehus kan ha indremedisinsk beredskap selv om de ikke har en kirurgisk beredskap.

Komiteen mener det er nødvendig med en viss legevaktberedskap ved alle sykehus for å kunne ta seg av brudd og enkle skader og gi nødvendig stabilisering før videre transport til et annet sykehus. Erfaringene viser at de fleste øyeblikkelig hjelp-operasjoner gjelder enklere skader, og at en slik beredskap vil kunne ta hånd om svært mange av de som trenger kirurgisk øyeblikkelig hjelp.

Komiteen vil oppfordre helseregionene til økt grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, også når det gjelder planlagte inngrep.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at det er dokumentert en positiv sammenheng mellom volum og kvalitet for visse prosedyrer. Flertallet mener imidlertid at det alene ikke skal være avgjørende for hvilke funksjoner et sykehus skal ha. Flertallet ser klart at et systematisk samarbeid mellom sykehus er helt nødvendig for at små sykehus skal være levedyktige.

Flertallet vil understreke at eventuelle endringer i sykehusstrukturen vil kreve en styrking av de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden, særlig innen ambulansetjenesten, for å opprettholde en faglig forsvarlig akuttberedskap.

Fødselsomsorgen

Komiteen viser til at det i de siste 20 årene har vært en sterk sentralisering av fødsler i Norge. Allikevel vil komiteen peke på at Norge har en desentralisert fødselsorganisering, og at 50 pst. av alle fødesteder i Norge har mindre enn 500 fødsler.

Komiteen har merket seg at kravene til vaktberedskap for å opprettholde en fødeavdeling på et faglig forsvarlig nivå for ulike personellgrupper, er relativt omfattende. En fødeavdeling må blant annet dekke opp 24 timers vaktberedskap av gynekolog. Mindre fødeavdelinger har store problemer med å rekruttere gynekologer og må ta i bruk svært dyre overtid- og vikarordninger. Ved store fødeavdelinger er det kapasitetsproblemer, særlig når det gjelder intensivbehandling av for tidlig fødte og alvorlig syke barn. Komiteen viser også til at kirurger tidligere hadde kompetanse og erfaring i fødselshjelp og dekket vaktansvar ved mindre fødeavdelinger. Norsk kirurgisk forening har imidlertid uttalt at kirurger ikke bør delta i vaktberedskap ved fødeavdelinger fordi dagens kirurger ikke har formell kompetanse eller praktisk erfaring i fødselshjelp.

Komiteen mener derfor det er nødvendig å differensiere fødeavdelingene med hensyn til hvor og hvilke kvinner som bør henvises til fødeavdelinger med bredere kompetanse, og at det skal foregå en seleksjon av fødende.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn i 1997 fremla rapporten "Faglige krav til fødeavdelinger" og hvor en foreslo tre kompetansenivåer:

- *Kvinneklinner:* Minst 1 500 fødsler, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

- *Fødeavdelinger:* Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsel- og anestesilege. nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- *Fødestuer:* Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

Komiteen vil understreke at det overordnede mål for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge, og at den skal holde en god og forsvarlig standard.

Komiteen viser til at fagfolk tidligere har hevdet at fødselskomplikasjoner er umulig å forutsi, og at desentralisert fødselshjelp ikke var faglig forsvarlig. Imidlertid viser data fra vårt eget land og internasjonale publikasjoner noe annet. En god seleksjon og en godt organisert svangerskapsomsorg forsvarer å differensiere og desentralisere fødselsomsorgen.

Komiteen viser også til at det de seneste år har kommet flere forskningsrapporter fra fødestuene i Norge. Disse viser at ved å la samme personalet ta hånd om både svangerskap og fødselsomsorgen, klarer man å skille den normale fødsel fra den kompliserte. Dette bekreftes i Lofotenprosjektet, som er beskrevet i meldingen. Komiteen mener at også de store fødeavdelingene har mye å hente på den samme risikovurdering og seleksjon som i dag foregår i tilknytning til fødestuens virksomhet.

Komiteen mener at fødselsomsorgen må differensieres, og at den skisserte nivåinndelingen må gjøres gjeldende, ikke bare veiledende, for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen. Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen."

Komiteen viser til at Regjeringen foreslår en grense for kvinneklinner på minst 1 500 fødsler, fødeavdelinger på 400-500 fødsler og fødestuer på 40 fødsler årlig. Komiteen vil imidlertid understreke at antallet fødsler både ved kvinneklinner, fødeavdelinger og fødestuer ikke må være absolutt.

Komiteen vil videre understreke at kravene til forsvarlighet må tilfredsstille de faglige krav som er beskrevet i Statens helsetilsyns utredningsserie 1-1997: "Faglige krav til fødeinstitusjoner". Komiteen vil peke på at en slik organisering forutsetter at den fødende får en god oppfølging av jordmor og lege under svangerskapet, at risikofødsler blir selektert til riktig nivå, og at det utarbeides klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjoner skal samarbeide.

Komiteen vil peke på at en slik omorganisering av fødselshjelpen er en krevende faglig, organisatorisk og juridisk prosess. Informasjonsbehovet til de ulike fagpersonell, politikere og befolkning er stort, noe Lofotenprosjektet viste. Man kan ikke forvente at lokale

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at en god svangerskapsomsorg forutsetter et nært faglig samspill mellom ulike yrkesgrupper, men der jordmoren vil spille en nøkkelrolle. Det må etter disse medlemmers syn være viktig å skape virkemidler for rekruttering av jordmødre til alle landets kommuner, ut fra forutsetningene om at enhver gravid kvinne skal være sikret et faglig forsvarlig tilbud gjennomgående gjennom hele svangerskapet, under selve nedkomsten og i de første dagene etter denne.

Vurderingen av hva som er en faglig forsvarlig svangerskapsomsorg, kan imidlertid ikke være basert på vurderingene til den enkelte gravide, men må ha sitt utspring i overordnede nasjonale målsetninger for et fornuftig innhold i tjenesten. Man har etter disse medlemmers syn allerede for mange eksempler på at refusjonsordninger til privatpraktiserende spesialister fører til masseundersøkelser av gravide som det ikke finnes fornuftig faglig belegg for å gjennomføre. Et eksempel på dette er regelmessige ultralydundersøkelser av gravide gjennomgående gjennom hele svangerskapet i regi av privatpraktiserende gynekologer, med tilhørende refusjonskrav overfor Rikstrykdeverket for disse kostnadskrevede undersøkelsene.

Refusjon av undersøkelser i svangerskapet til privatpraktiserende jordmødre vil etter disse medlemmers syn kunne medføre tilsvarende virkninger, dersom man ikke forut inngående diskuterer hva man ønsker å oppnå rent faglig med en slik refusjonsordning. Problemstillinger som det vil være naturlig å avklare, er hvorvidt bare et visst antall av svangerskapskontrollene i så fall skal gi rett til refusjon, fordi man ellers vil risikere en kostnadsvekst knyttet til svangerskapsomsorgen som står i et misforhold til den medisinske nytten. Inntektsgrunnlaget vil også bare være til stede på større steder og i byene, med mindre svangerskapsomsorgen omlegges i retning av svært hyppige jordmorkontroller. En refusjonsrett for privatpraktiserende jordmødre vil dermed lett kunne virke sentraliserende fordi næringsgrunnlaget bare vil være til stede der befolkningsmengden er stor, noe som vil kunne gjøre det enda vanskeligere for de minste kommunene å rekruttere jordmor.

Disse medlemmer ser det som en styrke at man i forbindelse med fastlegeordningen har fått ryddet opp i refusjonen til avtaleløse leger, slik at disse ikke lenger mottar refusjon. Det er etter disse medlemmers syn først når det inngås avtaler om arbeidets art og det faglige innholdet i tjenesten, at det skal åpnes for refusjon fra trygden.

Hvorvidt og på hvilke vilkår det skal åpnes for utløsning av takster til privatpraktiserende jordmor, må dermed etter disse medlemmers syn gjøres til gjenstand for en grundig vurdering av hvilken type svangerskapsomsorg som ansees som hensiktsmessig, og på hvilke vilkår man best oppnår et likeverdig svangerskapstilbud til hele befolkningen, også i de kommuner som i dag sliter med rekruttering av jordmødre.

Nyfødtmedisin

Komiteen viser til at moderne fødselsomsorg og intensivbehandling har gjort det mulig å redde for tidlig fødte barn som for få år siden ikke ble betraktet som levedyktige.

Komiteen viser til at krisen innen nyfødtmedisin i helseregion Sør og Øst har dokumentert mangel på personell, medisinsk teknisk utstyr og romarealer.

Komiteen har merket seg at kapasiteten ved nyfødtavdelingene for intensivbehandling av for tidlig fødte og alvorlig syke nyfødte er for liten. Dette gjelder særlig ved flere av regionsykehusene, men situasjonen er også vanskelig ved sentralsykehusene. Komiteen mener det trengs en opprustning av dette fagområdet både på regionsykehus- og sentralsykehusnivå. I denne sammenheng viser komiteen til en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn som har fått i oppgave å lage en nasjonal plan for nyfødtmedisin. Arbeidsgruppen har som mandat å komme med forslag om organisering og faglige krav til fagområdet nyfødtmedisin. I tillegg skal arbeidsgruppen foreta en oppsummering av eksisterende dokumentasjon om kapasitet, organisering og bemanning av intensivavdelingene for nyfødte. Det skal legges fram forslag til oppgavefordeling mellom sentral- og regionsykehus, samt utarbeides retningslinjer for areal, utstyr og stillinger ved sykehuses nyfødtintensiv-enheter. Gruppen er bedt om å ha sitt forslag ferdig til september 2001.

Komiteen ser svært positivt på dette arbeidet og ber Regjeringen legge fram en sak for Stortinget med konkrete tiltak for å bedre situasjonen i nyfødtomsorgen etter at utvalget har avsluttet sitt arbeid og senest våren 2002.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen på egnet måte legge fram en sak med konkrete tiltak for å bedre situasjonen i nyfødtomsorgen senest våren 2002."

Helsepersonellens kompetanse

Komiteen viser til at det er satt i verk en rekke tiltak for å bedre tilgangen på og utnyttelsen av helsepersonell. Komiteen vil i den sammenheng vise til handlingsplanen for sosial- og helsepersonell, ny ordning med legefördeling og gjennomgang av spesialistutdanningen.

Komiteen har merket seg at mangelen på helsepersonell er en av årsakene til at Regjeringen ønsker å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen. Når alle sykehus skal dekke alle spesialiteter samt øyeblikkelig hjelp, blir mangelen på kvalifisert personell større enn nødvendig fordi vaktberedskapen krever mye personell.

Av samme årsak ønsker ikke Regjeringen å styrke grenspesialitetene ved de mindre sykehus. Høy grad av grenspesialisering fører til mange parallelle vaktordninger og mye legetid til passiv beredskap og gir lavere produktivitet. Komiteen er enig i disse vurderingene.

Komiteen mener det er behov for å rasjonalisere vaktberedskapen særlig ved mindre sykehus ved å begrense bruken av parallelle vaktskift på nattetid spesielt.

Komiteen er enig i at det i forbindelse med Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) sin gjennomgang av spesialistutdanningen utredes en generell vaktkompetanse som kan dekke grensespesialitetene i en hovedspesialitet.

For å utnytte legeressursene ved større sykehus på en bedre måte mener komiteen at sykehusene må vurderes å utvide tidsrommet for utføring av elektive inngrep utover ordinær arbeidstid.

Organisering og ledelse

Komiteen vil understreke at en god framtidig organisering av akuttmedisinsk beredskap i sykehus er avhengig av en god ledelse og en hensiktsmessig organisering. Komiteen viser til Forum for organisasjonsutvikling i sykehus som i samarbeid med KS har utarbeidet en strategi for arbeidet med organisasjonsutvikling og utviklet en samlet strategi for arbeidet med organisasjons- og ledelsesutvikling i sykehus. Komiteen har merket seg dette arbeidet og de prosjektene som er i gang, og mener at dette arbeidet må videreføres.

Komiteen vil peke på at lovfestede pasientrettigheter, fritt sykehusvalg og fristilling av sykehusene, vil kreve at sykehusene dokumenterer kvaliteten på behandlingen og virksomheten. Komiteen er derfor tilfreds med at det arbeides med å etablere ett sett av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale medisinske kvalitetsregister for alle de store fagområdene.

7. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

7.1 Sammendrag

Departementet vil opprette et nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin for å styrke kompetansen og koordinere ressurser innen akuttmedisin. De økonomiske kostnadene av dette må utredes, men antas å være i størrelsesordenen 2-3 mill. kroner. Departementet kommer tilbake til dette i ordinær budsjettssammenheng.

Det uttales at det er fem fylker som ikke har tomannsbetjening av ambulanserbiler, og disse fylkeskommunenes merutgifter til oppgradering til tomannsbetjening er beregnet til 55-82 mill. kroner.

Anbefalingen om at fylkeskommunene etablerer en form for videreutdanning av ambulansepersonell vil medføre merutgifter for de fylkeskommunene som velger å gjøre dette, men det uttales at disse vanskelig kan beregnes på grunn av lokale variasjoner.

Etablering av et Statens luftambulansesektor i Rikstrykdeverket vil innebære nye oppgaver og ansvar for

etaten. For å ivareta disse er det nødvendig å utvide virksomheten i Rikstrykdeverket med tre årsverk. Dette vil utgjøre en merutgift på 1-2 mill. kroner.

Merutgift for ambulansefly som skal ha mulighet til å ha med anestesilege ved behov er beregnet til 4 mill. kroner.

Redusert bruk av redningstjenestens helikoptre til tilbakeføringsoppdrag vil bli gjennomført etter drøftelser med Forsvarsdepartementet. Det tas sikte på redusert bruk fra ca. 1 000 timer i 1999 til 750 timer i 2001. Mindreutgiften vil anslagsvis bli ca. 6 mill. kroner.

Det framholdes at dersom fylkeskommuner og kommuner etablerer felles akuttmottak, gir det muligheter for økonomiske innsparinger gjennom samordning av ressurser.

Det uttales at de økonomiske konsekvensene av å inkludere sykestuer som utfører spesialisthelsetjeneste, i ISF-ordningen, er uklare og avhengige av avgrensingen i forhold til sykehjem. Departementet vil komme tilbake til saken i ordinær budsjettssammenheng.

Det påpekes at gjennom omdisponering av ressurser vil et skille mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap gi muligheter for fylkeskommunale innsparinger.

Det uttales at det bør være muligheter for fylkeskommunale innsparinger ved rasjonalisering av vaktberedskapen særlig ved små sykehus, men at det er vanskelig å beregne de økonomiske konsekvensene.

8. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Stortinget ber Regjeringen legge fram en økonomi- og tidsplan for å gjøre Akuttutvalgets forslag til responstider gjeldende.

9. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser til merknadene og til meldingen og råår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

I

Stortinget ber Regjeringen i løpet av 2002 iverksette et opplærings- og utplasseringsprogram for "hjerterstare".

II

Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts- og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.

III

Stortinget ber Regjeringen legge frem for Stortinget en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjeningen som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider.

IV

Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen.

V

Stortinget ber Regjeringen opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen med flerårig funksjonstid som skal bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og

evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg.

VI

Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til lovfesting av trygderefusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat så vel som offentlig virksomhet.

VII

Stortinget ber Regjeringen på egnet måte legge fram en sak med konkrete tiltak for å bedre situasjonen i nyfødtsomsorgen senest våren 2002.

VIII

St.meld. nr. 43 (1999-2000) - Om akuttmedisinsk beredskap - vedlegges protokollen.

Oslo, i sosialkomiteen, den 5. juni 2001

John I. Alvheim
leder

Sonja Irene Sjøli
ordfører

Are Næss
sekretær