



Innst. S. nr. 68

(2006-2007)

Innstilling til Stortinget frå kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:9 (2005-2006)

Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

Til Stortinget

1. SAMANDRAG

1.1 Innledning

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

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

1.2 Oppsummering av undersøkelsen

Undersøkelsen er basert på flere datakilder og omfatter dokumentanalyse, innhenting av registerdata, intervjuer og spørreskjema. Dokumentet gjør nærmere rede for gjennomføringen av datainnhenting.

1.2.1 Utgiftene til ambulansetjenestene varierer

Øyeblikkelig hjelp utgjør en stor andel av sykehusenes totale aktivitet. Undersøkelsen viser at i 2004 var

det ved de somatiske sykehusene 558 275 døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette utgjør 66 pst. av alle døgnopphold. Tilsvarende tall for dagopphold er 15 772 opphold som utgjør 3 pst.

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

Undersøkelsen viser at ambulanse ofte brukes til rene transportoppdrag, selv når dette kan utføres med andre transportmidler, som for eksempel drosje. Flere helseforetak mangler eller bruker i liten grad alternative transportmidler for pasienter som har behov for å ligge, men som ikke trenger overvåking eller behandling. Flere helseforetak har vurdert andre transportmidler, og enkelte har innført en ordning med en såkalt helseekspress som frakter pasienter i buss til og fra sykehus. I tillegg skilles det i enkelte AMK-regioner mellom egne transportambulanser eller tobårebiler og andre ambulanser. Unødig bruk av ambulanse kan gå ut over beredskapssituasjon og ressursutnyttelse.

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

1.2.2 Tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester varierer

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

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

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

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

1.2.3 Kompetansen i møte med pasienten i akuttkjeden varierer

I landet som helhet manglet 44 pst. av ambulansepersonellet fagbrev i 2004. Tall for 2003 viser at i tre av fem helseregioner hadde under 50 pst. av ambulansepersonellet fagbrev. Andelen er lavest i Helse Nord med 27 pst., og deretter følger Helse Midt-Norge med 38 pst. I disse to regionene har ambulansepersonellet ofte ansvaret for pasienten i lengre tid under akuttutrykningene enn i de andre regionene. Her tar akuttoppdragene i gjennomsnitt ca. én time, mens gjennomsnittet for landet sett under ett er på ca. en halv time. I behandlingen av Akuttmeldingen understreket sosialkomiteen at der avstanden til sykehus er lang, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav til

ambulanse- og luftambulansetjenesten. Det kan stilles spørsmål om kompetansen i de to nevnte regionene er høy nok sett på bakgrunn av at de skal ivareta pasientens sikkerhet over så lang tid.

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

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

1.2.4 Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i akuttsituasjoner kan forbedres

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

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

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

grad er gjennomført tiltak for å sikre at tjenestenivåene kommuniserer og samarbeider på en måte som gir befolkningen et best mulig akuttmedisinsk tilbud.

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

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

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

1.3 Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer

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

1.4 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er regionale forskjeller i driftsutgiftene til ambulansetjenestene. Videre at det er store variasjoner mellom helseregionene i hvor lenge ambulansene venter mellom hvert oppdrag og at ambulanse mange steder brukes til rene transportoppdrag, og at alternative transportmidler i liten grad tas i bruk. Riksrevisjonen reiser ut fra dette spørsmål om det i alle distrikter er tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenestene.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er rimelig god tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester. Det er imidlertid en del variasjon, også i bykommuner. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor rom for forbedringer i responstidene i enkelte av distriktene.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at ventetiden i akuttmottaket kan bli lang for enkelte pasienter. En årsak kan være manglende sengekapasitet og et stort antall korridorpasienter andre steder i sykehuset. Dette fører til en opphopning av pasienter i akuttmottaket. Organiseringen av akuttmottaket er en annen faktor

som har betydning for ventetiden. For eksempel kan ordningen med at det er turnuslegene som først tar imot og vurderer pasientene, bidra både til at vurderingen av hver pasient tar lengre tid, og til at pasienter unødig kan bli lagt inn på sykehuset, siden disse legene ikke selv har myndighet til å avvise pasienter. Det er sannsynlig at effektiviteten i mottaket kunne ha vært bedret dersom personellet også omfattet mer erfarne leger. Effektiviteten i akuttmottaket er i betydelig grad avhengig av hvordan resten av sykehuset fungerer, og det er derfor etter Riksrevisjonens vurdering viktig å redusere andelen korridorpasienter og sørge for at det ikke oppstår flaskehalser i pasientflyten andre steder i sykehuset.

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

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

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

1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

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

1.6 Riksrevisjonens uttalelse

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

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er stor variasjon i helseregionenes driftsutgifter til ambulansetjenestene. Noe av variasjonen kan forklares med at befolkningen bor spredt. Ambulanse brukes imidlertid mange steder til rene transportoppdrag, og i tilfeller hvor ambulanse ikke er nødvendig, kan det gå ut over

både beredskapssituasjonen og ressursutnyttelsen. Riksrevisjonen har ut fra dette reist spørsmål om det i alle distrikter er tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenestene.

Tid er ofte en kritisk faktor i akuttkjeden og kan være avgjørende for pasientens overlevelse og rehabiliteringspotensial. Riksrevisjonens undersøkelse viser at ventetiden er relativt kort for mange akutturer. Likevel varierer tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester. I bykommuner varierer andelen akuttutrykninger som tar under 12 minutter, fra 66 til 88 pst. Riksrevisjonen har på denne bakgrunn påpekt at det kan være rom for forbedringer i enkelte av distriktene.

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

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

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

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

2. MERKNADER FRÅ KOMITEEN

Komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Berit Brørby, Svein Roald Hansen

og Ivar Skulstad, frå Framstegspartiet, Carl I. Hagen og leiaren Lodve Solholm, frå Høgre, Per-Kristian Foss, frå Sosialistisk Venstreparti, Inge Ryan, frå Kristeleg Folkeparti, Ola T. Lånke, og frå Senterpartiet, Magnhild Meltveit Kleppa, viser til Riksrevisjonen si undersøking av den akuttmedisinske vernebuinga (beredskapen) i spesialisthelsetenesta. Meininga med undersøkinga har vore å kartlegga i kva grad folk har tilfredsstillande og jamgodt tilgjenge til medisinsk naudhjelp gjennom AMK-sentralane, ambulansetjenestene og akuttmottaka i sjukehusa. Dinest korleis ressursane vert styrte, organiserte og utnytta med sikte på å nå dei helsepolitiske måla om jamgodt tilbod og høg kvalitet i den akuttmedisinske kjeda.

Hovudfunn

Komiteen har merka seg at Riksrevisjonen påviser at utgiftene til ambulansetjenester varierer mellom helseregionane. Målt som del av totale driftskostnader nyttar Helse Øst 2,6 pst. til slike tenester, medan det tilsvarende prosenttalet er 7,1 pst. i Helse Nord. Ein monaleg del av denne variasjonen kjem av skilnader i geografi og busetnadsmønster. Komiteen meiner derimot det er uheldig at ambulansar nokre stader vert nytta til reine transportoppdrag der andre alternativ med føremon burde kunne nyttast. Komiteen sluttar seg til Riksrevisjonen si vurdering av at ambulansetjenesta generelt sett bør leggja større vekt på kostnadseffektiv drift, og legg til grunn at departementet følgjer opp dette.

Eit anna hovudfunn er at tilgjenget til akuttmedisinske tenester varierer mellom helseregionane. Akuttutvalet (jf. NOU 1998:9) tilrådde i si utgreiing at ved akuttoppdrag skal 90 pst. av folkesetnaden i byar og tettstader kunne nåast av ambulanse innan 12 minutt, medan 90 pst. av dei som bur i grisgrendte stork skal kunne få same teneste innan 25 minutt. Riksrevisjonen finn at medianventetida for alle AMK-distrikt er 10:15 minutt, men at det er til dels store variasjonar mellom AMK-distrikta. Tid er ofte ein kritisk faktor når det gjeld medisinsk naudhjelp.

Fleirtalet i komiteen, alle unnateke medlemene frå Framstegspartiet, meiner den påviste responstida for ambulansetjenesta i regelen held mål.

Komiteen finn grunn til å peika på at både liggjetid og ventetid på lækjar i akuttmottaka kan vera langdryg og difor er svært kritikkverdig. Dei sjukehusa som er med i undersøkinga rapporterer til dømes om liggjetider på mellom 1 og 4 timar. Ventetida dreg somme stader ut av di lækjarar ikkje er tilgjengelege. I tillegg kjem tida det tek før pasientar kan overførast til rett avdeling ved sjukehuset. Komiteen har ei todelt vurdering av dette. For det fyrste er det framleis rom for å betra responstida somme stader når det gjeld ambulansetjenestene. Like fullt er det størst sjanse og rom for å spare tid ved å syta for ei betre, tettare og meir effektiv oppfylging av pasientane når dei faktisk kjem fram til

sjukehusa. Komiteen legg til grunn at departementet følgjer opp denne påpeikinga på eigna vis.

Komiteen registrerer at kompetansen i møtet med pasienten varierer. Stortinget har tidlegare meint at det er viktig å stilla faglege krav til ambulanse- og luftambulansetenesta, jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001). Komiteen har merka seg at utviklinga går i retning av at stadig fleire i denne tenesta får fagbrev, og ser dette som positivt. Riksrevisjonen peikar samstundes på at delen av ambulansepersonell som manglar fagbrev er høgast i dei helseregionane der ambulansepersonellet i gjennomsnitt har lengst ansvar for pasientar under akuttutrykkingar.

Fleirtalet i komiteen, alle unnateke medlemmene frå Framstegspartiet, meiner det hadde vore på sin plass med ei vurdering av eventuelle skilnader mellom realkompetanse og formell kompetanse på dette feltet. Det kan tenkjast at mange års røynsle med slike oppdrag er utbreidd mellom ambulansepersonell i desse regionane, sjølv om den formelle kompetansen vantar.

Komiteen sluttar seg elles til Riksrevisjonen si vurdering av at lækjarkompetansen som vert nytta i akuttmottaka må vera tilstrekkeleg for å syta for ei effektiv handsaming av pasientane. Komiteen legg til grunn at departementet difor vurderer om røynde lækjarar i større grad skal supplera turnuskandidatar ved mottak og vurdering av pasientar i akuttmottaka.

Komiteen ser svært alvorleg på Riksrevisjonen sine funn vedrørande samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetenesta i akuttsituasjonar. Lækjarar på vakt pliktar å vera tilkopla helseradionettet, men dette ser ikkje alltid ut til å vera tilfellet. Vidare peikar Riksrevisjonen på at medverknad frå primærhelsetenesta ved akuttutrykkingar ikkje er like tilgjengeleg alle stader. Komiteen legg til grunn at departementet følgjer opp og set i verk tiltak som er eigna til å utbetra desse påviste manglane.

Avslutting

Tid kan vera avgjerande i akuttsituasjonar og avgjera om pasientar overlever og påverka rehabiliteringspotensialet deira. Difor er rask tilgang til akuttmedisinske tenester avgjerande viktig. Komiteen sluttar seg difor til Riksrevisjonen sine vurderingar av at departementet bør leggja stor vekt og vinn på å utvikla betre styringsparametrar på akuttområdet. Dette vil også kunna gje vidare og djupare styringsinformasjon, og letta departementet si oppfølging av vidare kvalitetsutvikling av dei akuttmedisinske tenestene her til lands.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet merker seg at Riksrevisjonen reiser spørsmål ved om det i alle distrikter rettes tilstrekkelig oppmerksomhet mot en kostnadseffektiv drift av ambulansetjenesten. Disse medlemmer refererer til Riksrevisjonens merknader hvor det pekes på at ambulansetjenesten enkelte steder brukes til rene transportopp-

drag selv om disse kunne utføres med andre transportmidler, for eksempel drosje.

Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonen påpeker at bare ca. halvparten av ambulansepersonellet har fagbrev og at dette er et problem fordi ambulansepersonellet ofte er alene om å kunne gi pasienten nødvendig behandling i inntil en time før de når sykehuset. Slik disse medlemmer vurderer det, kan mangelen på kompetanse som tydelig fremkommer av Riksrevisjonens undersøkelse, bli kritisk for pasienten.

Slik disse medlemmer vurderer det, er akuttberedskapen i helsevesenet et svært viktig område og en vesentlig faktor i borgernes trygghetsfølelse. Disse medlemmer peker særlig på viktigheten av at ambulansepersonell er utdannet til å klare de krevende oppgavene de kan bli pålagt. At ambulanse benyttes når bære ikke er påkrevd er sløsing med ressurser og dårlig utnyttelse av kapasiteten i tillegg til at beredskapen svekkes slik disse medlemmer bedømmer. Disse medlemmer merker seg at Riksrevisjonen legger til grunn at det fortsatt er et potesial for å redusere responstiden i mange distrikter.

På samme måte som Riksrevisjonen, minner også disse medlemmer om at sosialkomiteen har understreket betydningen av at det utvikles bedre kunnskapsgrunnlag på akuttområdet og bedt departementet følge nøye med i utviklingen i responstider.

De regionale helseforetakene må slik disse medlemmer oppfatter situasjonen, sørge for at avtalene med også private ambulansetjenesteytere bidrar til at tjenestene dekker behovet og at responstidene i alle deler av landet er forsvarlige og gir borgerne den nødvendige trygghet i akutte situasjoner.

Disse medlemmer henleder oppmerksomheten på Riksrevisjonens konklusjon som viser at ventetiden kan bli for lang i akuttmottakene og videre at i deler av landet er responstiden for AMK-sentralene for lang.

Disse medlemmer registrerer også at Riksrevisjonens merknader om manglende sengekapasitet og korridorpasienter i foretakene er et hovedproblem og at manglende legekapasitet og bruk av turnusleger med liten erfaring, bidrar til økt tidsbruk. Det er innlysende, slik disse medlemmer vurderer det, at effektiviteten i akuttmottaket er avhengig av hvordan resten av foretaket fungerer. Der er derfor viktig å sørge for at det ikke blir "flaskehalser" andre steder i systemet.

Videre mener disse medlemmer at kapasiteten i de medisinske avdelingene må utvides slik at problemet med korridorpasienter kan elimineres. Disse medlemmer viser til Dokument nr. 8:36 (1999-2000) Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvhøj og Harald T. Nesvik om etablering av nye sengeplasser ved medisinske avdelinger i norske sykehus, hvor Fremskrittspartiet fremmet forslag om å utvide sengekapasiteten i medisinske avdelinger i sykehus for å fjerne problemet med korridorpasienter.

Disse medlemmer registrerer at Riksrevisjonen peker på at det er tvilsomt om departementet har fulgt opp Stortingets understrekning av hvor viktig det er å stille faglige krav til personellet og at departementet

må klargjøre hvordan forsvarlig tilsyn med pasientene skal sikres.

Det går tydelig frem av undersøkelsen for disse medlemmer at departementet ikke har fulgt opp Stortingets merknader og anbefalinger i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999-2000) om akuttmedisinsk beredskap på en rekke områder.

Disse medlemmer viser til at primærhelsetjenesten har plikt til å bistå ved akutthjelp, men at primærlegene, ifølge rapporten fra Riksrevisjonen sjelden rykker ut for å bistå ambulansepersonellet i akuttsituasjoner.

Det er også viktig slik disse medlemmer vurderer det at lokalsykehus med akuttberedskap er innenfor rekkevidde i en akuttsituasjon.

I akuttmottakene bør det etter disse medlemmers oppfatning være spesialtrene fagpersoner, eller fagteam, til stede som kan vurdere, samt diagnostisere, korrekt slik at tid kan spares og pasientene bli behandlet på riktig nivå.

Disse medlemmer vil fremme forslag om at Stortinget får seg forelagt en ny sak om akuttberedskapen på bakgrunn av den nye ansvarssituasjonen - overføringen til RHF'ene - og Riksrevisjonens rapport, med utgangspunkt i fraksjonens merknader i tråd med ovennevnte.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem sak med gjennomgang av akuttberedskapen basert på Riksrevisjonens rapport og overføringen av ansvaret til de regionale helseforetakene."

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Bondevik II-regjeringen sørget for å fastsette krav til kvalitet og beredskap i den akuttmedisinske tjenesten, for å sikre et bedre og mer likeverdig tilbud til pasienter i hele landet. Forskriften om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som trådte i kraft 1. april 2005, omfatter legevaktordningen, den medisinske nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten. Disse medlemmer forutsetter at departementet sikrer oppfølging av forskriften i sin eierstyring overfor de regionale helseforetakene.

3. FORSLAG FRÅ MINDRETAL

Forslag frå Framstegspartiet:

Stortinget ber Regjeringen legge frem sak med gjennomgang av akuttberedskapen basert på Riksrevisjonens rapport og overføringen av ansvaret til de regionale helseforetakene.

4. TILRÅDING FRÅ KOMITEEN

Komiteen har elles ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjere fylgjande

vedtak:

Dokument nr. 3:9 (2005-2006) - Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten - vert lagd ved protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 5. desember 2006

Lodve Solholm
leiar

Magnhild Meltveit Kleppa
ordførar

