

Helsefak / ISM / NSDM

Deres ref.:

Vår ref.: 2019/4463

D: 16. september 2019

Til Helsedirektoratet

## Høringsinnspill til forslag til Nasjonal veileder for akutthjelpere

NSDM takker for muligheten til å bidra inn i arbeidet med en nasjonal veileder for akutthjelpere. Det er et viktig arbeid. Utfra det omforente prinsippet om at vi skal tilby likeverdige helsetjenester til hele Norges befolkning, er det viktig at alle har tilgang på akuttmedisinske tjenester av god kvalitet og da er en veileder for den relativt nye akutthjelperordningen viktig.

En helt sentral tjeneste for befolkningen er tilgang til lege hele døgnet, organisert som fastlege eller legevakt bemannet med allmennlege og sykepleier som har et nært samarbeid med ambulansetjenesten. Vi ser dette som grunnmuren i helsevesenet og er positiv til at denne suppleres med andre relevante ordninger for å kunne tilby god helsehjelp. Vi har imidlertid noen bekymringer knyttet til innholdet i den nasjonale veilederen som er på høring og flere forslag til endringer av tekst. Vi håper at disse sees som konstruktive innspill i en utvikling av velferdstilbudet i Norge.

### **Bekymring 1: Kan bli en billig, men utilstrekkelig erstatning for ambulanse og legevakt**

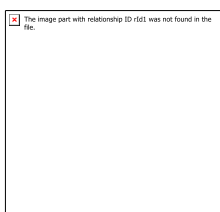
Vi får signaler om at både små og store kommuner og helseforetak har anstrengt økonomi og utfordringer med rekruttering av sykepleiere og leger. Vi er derfor bekymret for at nye og billigere aktører, slik som akutthjelpere, vil settes inn på steder der det idag er ambulanse og/eller legevakt av økonomiske grunner. På tvers av faglig baserte vurderinger og uten at sikkerhetsmessige og faglige vurderinger er lagt til grunn.

Ettersom kompetanse- og kvalitetskrav til både ambulanse- og legevaktstjenesten er tydelige i forskrifts form og stadig utvikles, er det en fare for at disse tjenestene sentraliseres for å etterkomme krav, og at akutthjelpere blir en utilstrekkelig erstatning lokalt.

- **Forslag 1:** Vi foreslår at det legges til en ekstra setning i kapittel 2, nærmere bestemt i pkt 2.1.1: «**Akutthjelpere er et supplement og skal ikke erstatte ordinær akuttmedisinsk tjeneste.**»

### **Bekymring 2: Helseforetakstung arbeidsgruppe foreslår at RHF'ene skal vurdere og kommunene utføre**

Gruppen som har arbeidet med forslaget til veileder, består i stor grad av medlemmer som har bakgrunn fra eller jobber i spesialisthelsetjenesten. Vi ser ikke at noen med bakgrunn fra kommunehelsetjenesten er inkludert. Fra KS er representanten direktør med ansvar for beredskap, brann og redning. Denne skjeve sammensetningen av gruppen stiller vi oss kritisk til.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / National Centre of Rural Medicine  
ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø  
post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

Med tanke på at akutthjelpere skal virke utenfor sykehus og samhandle ikke bare med lokal ambulanse, men også med kommunehelsetjenestens ressurser, er det oppsiktsvekkende at det ikke er noen representanter fra kommunalhelsetjeneste eller kommunal ledelse med i arbeidsgruppen. Det er ingen fra legevakt eller legevaktsentral med, ingen kommunale helseledere eller samfunnsmedisinere er inkludert. Alle regioners helseforetak er derimot representert sammen med andre som har bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten.

Det er i lys av dette ikke vanskelig å forstå hvorfor utvalget lander på at de regionale helseforetakene via AMK skal vurdere hvor akutthjelpere skal være, til tross for at det er oftest er kommunalt ansatte som skal gjøre jobben (brannfolk + pleie- og omsorg). Arbeidsgruppen foreslår også at «Kommunene har ansvar for å samarbeide med helseforetakene og skal legge til rette for etablering og drift av akutthjelperordninger basert på kommunale ressurser.»

Dette virker ikke særlig gunstig for kommune-Norge. I en tid da det skjeve maktforholdet mellom helseforetak og kommuner er godt kjent, tviler vi sterkt på at kommunene makter å være en likeverdig part i forhandlinger om ressursbruk, slik det legges opp til. Fra toppledernivået i en stor vertskapskommune for sykehus har vi registrert at ordet «overkjørt» bli brukt offentlig for å beskrive samhandling med helseforetaket.

I vår kartlegging av trening i akuttmedisinsk samhandling, som både helseforetak og kommune har et likelydende ansvar for å etablere i følge Akuttforskriften, var det alt overveiende kommunene som var den parten som var ansvarlig for å organisere dette (63 % kommunen, 27 % andre og 10 % helseforetak) (1). Vi tviler derfor på at helseforetakene vil prioritere særlige ressurser til akutthjelpere i kommunene dersom denne plikten ikke er formulert som et eksplisitt og tydelig «skal-krav».

- **Forslag 2: Ansvarsforhold og finansiering utredes nærmere med en bedre partssammensatt gruppe.** Det vil være gode grunner for at det er kommunene selv som er ansvarlige for å vurdere hvor de trenger akutthjelpere, ettersom de er nærmest til å vite behovet lokalt og har ansvar for helsehjelp i kommunen.

### **Bekymring 3: Minimal kompetanse, potensiale for glidning mot store oppgaver og samtidigskonflikter**

Akutthjelpere kan trolig være en viktig ressurs ved hjertestans og kanskje bidra ved skader. Det er viktig at direktoratet er tydelig på at hjertestans er en alvorlig, men relativt sjelden akuttmedisinsk tilstand og at ved de fleste akuttmedisinske tilstandene vil akutthjelper ha begrenset verdi. Med andre ord, man må tydelig kommunisere hva akutthjelpere er og hva de ikke er. De kan yte livreddende førstehjelp i et par utvalgte (og sjeldne) tilstander i påvente av helsehjelpen. De er ikke en generell akuttmedisinsk ressurs som kan fungere som ambulansens forlengede arm.

Vi er positiv til at Helsedirektoratet vil basere seg på mannskap som allerede er ansatt eller frivillig i nødetater eller frivillige redningsorganisasjoner. Dette vil sikre at akutthjelpere har en organisasjon rundt seg som kan følge opp før og etter skarpe helseoppdrag. Det vil også sikre at akutthjelpere har grunnleggende trening og erfaring med å jobbe som innsatspersonell. Samtidig er det viktig å merke seg at akutthjelpere er en heterogen gruppe, med alt fra brannmenn i full stilling til frivillige som har et minimum med kunnskap og erfaring med redning og akuttmedisin. Utdanning av og oppgaver utført av akutthjelpere må bygge på kompetansenivået til de aktuelle akutthjelperne som finnes

lokalt og sikre at de med minst realkompetanse får den opplæringen som gjør at de kan handle forsvarlig.

I forskning fra NSDM på lokal trening i akuttmedisinsk samhandling (2) har vi sett at lokalt organisert, regelmessig trening kan skape en arena for rolleavklaring og identifisering av lokale måter å gjøre ting på. Vi vil derfor anbefale at akutthjelpere også pålegges å inkluderes i slik trening for at de skal bli kjent med hvordan samarbeidspartnere lokalt jobber og finne sin hensiktsmessige plass.

Veilederen problematiserer ikke at de som er tiltenkt rollen som akutthjelpere, antagelig også vil være i beredskap i sin vanlige funksjon (brann, redning, pleie-og omsorg etc). Hvem er det som beslutter hvor ressursen skal brukes hvis det blir samtidighetskonflikt? Er den vanlige beredskapsfunksjonen dimensjonert for en mulig tilleggsrolle som akutthjelper?

- **Forslag 3: Akutthjelpere må inkluderes i akuttmedisinsk samhandlingstrening lokalt. Beredskapsfunksjon ved samtidighetskonflikter må avklares.**

### Innspill til ulike punkter til veilederen:

*Side 6:* Dokumentasjonen for at akutthjelpere gir økt overlevelse ved hjertestans mangler referanse.

*Side 14:* Kompetanse:

**«Akutthjelpere skal ha kompetanse til å identifisere truende eller manifest svikt i vitale funksjoner.»** Vi vurderer at det er riktig å trene akutthjelpere i å gjenkjenne manifest svikt i vitale funksjoner, men samtidig vet vi at vurdering av truende svikt krever bred medisinsk kompetanse som ikke kan tilegnes gjennom en kort kurspakke. Veilederen må ikke skape et inntrykk av at en akutthjelper skal kunne identifisere truende svikt godt, snarere få en begrunnet mistanke.

- Vi foreslår setningen endret til: **Akutthjelpere skal ha kompetanse til å få begrunnet mistanke om truende eller manifest svikt i vitale funksjoner.**

**«Akutthjelpere skal kjenne egen faglig begrensning og betydningen av å innhente råd fra kvalifisert helsepersonell ved behov.»** Slik det er formulert her, kan det virke som at det er situasjoner der akutthjelpere ikke har behov for å innhente råd fra kvalifisert helsepersonell. Vi mener at de alltid skal innhente råd. Videre er akutthjelpere definert som helsepersonell når de kalles ut og vi foreslår derfor at helsepersonelllovens formulering brukes:

- Vi foreslår setningen endret til: **«Akutthjelpere skal kjenne egen faglig begrensning og betydningen av å innhente råd fra kvalifisert helsepersonell der dette er nødvendig og mulig.»**

**«Akutthjelpere skal kunne håndtering av større utvendige blødninger ved bruk av turnike.»** Vi anbefaler at dette punktet strykes (unntaket er i en PLIVO situasjon, men det dekkes ikke av denne veilederen). Her er det viktig at akutthjelpere lærer og kan direkte kompresjon, eventuelt også pakking. Vi viser til NKT Traume sin anbefaling om at sivile førstehjelpere bør bruke direkte kompresjon, og pakking hvis opplært, ikke turnike.

Side 15:

**«På tross av definerte kriterier for bruk av akutthjelpere og prosedyrer for undersøkelse og behandling av pasienter, vil personellet kunne komme i situasjoner der de ikke har nødvendig faglig kompetanse. I slike situasjoner skal de vite hvordan de kan søke råd hos annet kvalifisert helsepersonell gjennom bruk av nødnett.»**

Akutthjelpere er tiltenkt å rykke ut til kritisk syke/skadde pasienter, samtidig som de kan ha meget begrenset med erfaring og kunnskap om akuttmedisin. Selv om mye akuttmedisin er styrt av algoritmer anbefaler vi at akutthjelpere har kontinuerlig kontakt med helsepersonell (AMK) for veiledning (slik som ved innringer HLR).

- **For å opprettholde nødvendige praktiske ferdigheter bør akutthjelpere som et minimum ha en årlig øvelse av praktiske ferdigheter.**

Akutthjelpere vil hjelpe sine pasienter som del av et team. Dette teamet kan bestå av flere akutthjelpere, pårørende, AMK og andre helseressurser. Det vil være naturlig at de har regelmessig teamtrening med de andre aktørene de vil jobbe med, ved bruk av simulering. Ikke kun praktisk ferdighetstrening. Dette er også i tråd med akutforskriften.

- **Vi foreslår at obligatorisk trening i samhandling lokalt inkluderes i veilederen.**

Side 16:

**Akutthjelpere skal ha turnike.**

Se tidligere punkt om bruk av turnike. Vi deler veilederens anbefaling om at oksygen ikke inngår i standardutrustningen til akutthjelpere.

- **Vi foreslår å vurdere å fjerne hele punktet, for å gjøre veilederen enklere.**

Side 18:

**Det skal utarbeides skriftlige prosedyrer for hvordan akutthjelper skal undersøke og behandle pasienter.**

Hvem skal utarbeide denne prosedyren?

- **Vi foreslår at hvem som skal utarbeide og revidere prosedyrer beskrives i veilederen.**

Side 31:

**«Både innsatsmannskaper fra brann- og redningstjenesten, helsepersonell i primærhelsetjenesten og mannskaper fra frivillige organisasjoner i aktiv tjeneste/beredskap har i utgangspunktet opplæring og trening i å utøve livreddende førstehjelp. Behovet for å supplere denne kompetansen vil derfor være begrenset.»**

Vi er bekymret for at veilederen overvurderer kompetansen som allerede finnes i gruppene som er tiltenkt rollen som førstehjelpere. Selv om de har hatt et kurs i førstehjelp (for flere år siden?) for sin faggruppe betyr ikke dette at de kan rykke hjem til personer med hjertestans uten skikkelig opplæring og trening i forkant. Igjen vil vi peke på akuttmedisinforskriftens krav til kommuner og helseforetak for å legge til rette for trening i samhandling og understreke behovet for at dette inkluderes i veilederen.

## Referanser

1. Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. NSDM rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet 2017.
2. Brandstorp H. Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning. Doktorgradsavhandling UiT 2017

Vennlig hilsen

Magnus Hjortdahl, allmennlege og forsker NSDM

Anette Fosse, fastlege og forsker NSDM

Anders Svensson, kommuneoverlege Bø i Vesterålen og forsker NSDM

Eva Muriel Kibsggard Nordberg, kommuneoverlege Vestvågøy og forsker NSDM

Frank Remman, rådgiver NSDM

Maria Fredriksen Kvamme, Medisinsk antropolog og forsker NSDM

Birgit Abelsen, forskningsleder NSDM

Helen Brandstorp, senterleder NSDM