

Notat

Til: Helsereformutvalget

Prehospital klinikk

Kopi: Adm.direktør OUS

Fra: Prehospital klinikk

Saksbeh.: Kinikkleder

Dato: 26.3.2026

Sak: Hvordan kan de Prehospitale tjenestene bidra til å fornye, forsterke og forbedre morgendagens helsetjenester?

Innledning

Prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus ønsker med dette innspillet å belyse hvordan de prehospitale tjenestene kan bidra til å fornye og forbedre fremtidens helsetjenester for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge.

De prehospitale tjenestene jobber tett på pasienter og pårørende når det haster som mest, i både primær- og spesialisthelsetjenestene, og utgjør limet og sikkerhetsnett i dagens og morgendagens helsetjeneste. Til stede over hele landet, kompetent og beredt til å bidra. For å hente ut dette potensialet bør kommisjonen vurdere tiltak som kan:

- Fornye og forsterke de Prehospitale tjenesten i Helseforetakene, slik at disse bidra til helsetjenestens omstilling mot mer behandling hjemme, digital hjemme-oppfølging, og hjemme-sykehus.
- Forbedre og forsterke hvordan Legevakt og øyeblikkelig hjelp organiseres og utvikles i kommunene slik at flere kan få behandling nær der de bor og unngå unødige innleggelser og uhensiktsmessig ressursbruk.
- Forbedre helseforetakene og kommunenes evne til systematisk å implementere nye metoder og kunnskap.
- Styrke samfunnets samlede beredskap gjennom å forbedre befolkningens helsekompetanse

Innspillet er utarbeidet som et internt faglig råd fra klinikkens ledere til kommisjonen, uten at dette er formalisert eller forankret i foretaket.

Utfordringsbildet

Ansvar for organiseringen av de akuttmedisinske tjenester og håndtering av øyeblikkelig hjelp utenfor sykehus, er organisatorisk og finansielt delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er de prehospitale tjenestene organisert gjennom 19 helseforetak (16 AMK områder, 18 ambulansområder og Luftambulansetjenesten HF) med tilstedeværelse ved mer enn 300 forskjellige lokasjoner for bil-, båt- og luftambulansetjenester. Antall nødtelefoner til 113 utgjør litt over 700.000 henvendelser og det utføres årlig over 760.000 oppdrag.

I landets 357 kommuner er fastlegene ansvarlig for øyeblikkelig hjelp på dagtid alle virkedager, mens kommunene er ansvarlig for legevakt utenfor kontortid. Dette ivaretas gjennom 167 legevakter. Antall telefoner til legevakt utgjør ca. 2,6 millioner telefoner mens konsultasjoner på legevakt ligger på ca 1,3 millioner. Antall sykebesøk utgjør under 100.000 oppdrag pr år (2023).

Spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske tilbud er rammefinansiert med regionale fordelingsnøkler basert på avstander og befolkningssammensetning, med tillegg av en komponent knyttet til rettighetsbasert finansiering med elementer av innkjøp fra private leverandører av pasienttransporttjenester.

Resten av spesialist- og primærhelsetjenesten har store deler av den akuttmedisinske virksomheten finansiert i en blandet modell med både rammer og stykkprisfinansiering. Til sammen gir dette et svært komplekst organisatorisk og regulatorisk system, med mange aktører og med få økonomiske insentiver for å samordne aktiviteter og få til modeller som sikrer omsorg på laveste effektive nivå.

Mulighetstrommet

I situasjoner med behov for øyeblikkelig hjelp ser vi fire områder med konkrete forslag til bedre organisering, styring og finansiering av sammenhengende pasientforløp. Forslagene vil kunne sikre mer effektiv bruk av dagens ressurser, redusere innleggelse, styrket samfunnsikkerhet, bedre beredskapen og redde liv:

Styrke og utvikle det som virker – En robust kompetent tjeneste med infrastruktur

Helseforetaksmodellen har vist seg som en vellykket modell for de akuttmedisinske tjenester i regi av spesialisthelsetjenesten. En tydelig regulering og organisatorisk forankring, har over tid gitt en stabil faglig plattform og forutsigbar tilstedeværelse i nær sagt alle landets kommuner.

Luftambulansetjenesten, bidrar med rask og avansert akuttmedisinsk behandling når situasjonen krever det, transportkapasitet ved hendelser langt fra vei, og spesialisert transport mellom sykehus ved behov for overflytninger til høyspesialiserte intensiv- og behandlingstilbud.

Ingen andre deler av spesialisthelsetjenesten har tilsvarende geografisk tilstedeværelse med infrastruktur og desentraliserte logistikk-løsninger. Kombinert med tjenestens mobilitet, teknologiske plattformer og kompetent personell i beredskap 24/7/365, gir dette spesialisthelsetjenesten en unik mulighet til å utvikle morgendagens helsetjenester. Samtidig vil en videre utvikling kunne redusere behovet for parallelle systemer og en effektiv fremtidsrettet bruk av helsepersonellens kompetanse, styrke helseforetakenes desentrale nærvær, evne og beredskap.

Vi anbefaler derfor:

- Prehospitale tjenester bør fornyes og forsterkes slik at kompetanse, infrastruktur og desentral tilstedeværelse, kan inngå i helseforetakenes fremtidige strukturer for «digitale hjemmeoppfølging/hjemmebehandling» og «hjemmesykehus».
- Prehospitale tjenesters kompetanse og evne til raskt å flytte pasienter til rett behandlingsnivå, bør videreutvikles og forsterkes for å understøtte fremtidens tjenestetilbud og strukturer i helsetjenesten hvor tilgang til personell og spisskompetanse blir mer krevende.

Forsterke og fornye tjenesten der det gir effekt – Rett hjelp på rett sted

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, utgjør en stor andel av sykehusenes og spesialisthelsetjenestens aktivitet. De prosentvise andelene varierer mellom 50 og 70% avhengig av sykehusenes faglige innretning og opptaksområde. Samtidig erfarer flere sykehus, b.la. Helse Bergen, at så mange som 30-50% av pasientene kan snus fra akuttmottakene innen 4-6 timer.

Samtidig viser erfaringene fra OUS sitt samarbeide med Moss og Fredrikstad kommuner, at legevaktens organisering og tilgjengelighet for sykebesøk, påvirker antall ambulanseoppdrag og innleggelser i sykehus. Oslo kommunale legevakt er et annet eksempel på hvordan samordning av spesialist- og primærhelse-tjenestens ressurser gir et nasjonalt og internasjonalt, unikt tilbud til befolkningen som både er samfunnsøkonomisk effektivt og faglig godt.

Organisering av legevakt er i dag lov- og forskriftsfestet på en slik måte at det gir kommunene et stort handlingsrom noe som igjen gir stor variasjon i tilgjengelighet, tjenestetilbud og organisering. Erfaringsmessig er dette uheldig for oppfølging av befolkningsgrupper med sammensatte behov og som selv ikke kan komme til lege- eller legevakt, f.eks. på grunn av rus, psykisk sykdom, fysisk skrøpelighet og for beboere i institusjon mv.. Fra tidlig 90-tall har denne situasjonen gitt en nedgang i sykebesøk og økning i ambulanseoppdrag med antatt økt innleggelse i sykehus.

Begrensede muligheter til digital samhandling, deling av pasientinformasjon og begrensede diagnostiske muligheter, gjør i tillegg at pasienter ofte transporteres til legevakt eller legges inn i sykehus «for sikkerhets skyld». Svake krav til rapportering i helsetjenesten, svak standardiseringa av data/arkitektur sammen med begrensede muligheter til deling av data, gjør det vanskelig å systematisere, analysere og belegge dette med data.

Det er vår vurdering at systematisk samhandling og oppgavedeling kan utnyttes bedre enn i dagens todelte modell.

- Organisering og finansiering av legevakt og annen øyeblikkelig hjelp i kommunene, bør gjennomgå med sikte på en mer enhetlig praksis og tilgjengelighet for grupper av pasienter som ikke selv kan komme til legevakt når de har behov for hjelp.
- Prehospitale tjenester i helseforetakene bør utvikles og forbedres slik at de i større grad gjennom utvidede diagnostiske muligheter, tilgang til pasientinformasjon og digital samhandling med legevakt/sykehus, kan avklare og etablere behandlingstilbud på rett nivå, f.eks. direkte innleggelse i «hjemmesykehus».
- Lov- og forskrift bør sammen med krav til journal- og IKT-systemer i helsetjenesten, innrettes slik at helsepersonell i akutte situasjoner, har enkel tilgang til pasientens journalopplysninger på tvers av organisasjon og forvaltningsnivåer.

Forbedre og fornye pasientforløpene – Styrke tjenestens evne til omstilling

Nasjonale og internasjonale vitenskapelige studier viser en stor andel over-triage av pasienter til sykehus. Samtidig erfarer vi at mange innbyggere søker til legevakten for råd, veiledning og behandling som kunne vært avklart på en både bedre og mindre ressurskrevende måte. Samtidig skjer det fagutvikling på en rekke områder for å styrke tjenestens evne til å levere effektive og gode tjenester.

Bare i OUS er de Prehospitale tjenestene involvert i en rekke forbedringsprosjekter (listen er ikke uttømmende).

Felles for disse og andre tilsvarende prosjekter i andre regioner, er at de kan føre til bedre og mer målrettet helsehjelp samtidig som de kan utløse store samfunnsøkonomiske effekter. Prosjektene involverer tjenesteutvikling i både kommune- og spesialist-helsetjenesten, teknologiutvikling og datadeling innad i og mellom forskjellige juridiske enheter. Dette er komplekst og krevende i dagens organisatoriske og juridiske landskap.

De etablerte samhandlingsstrukturene i helsetjenesten og deres finansieringsordninger er i liten grad egnet til systematisk utvikling og implementering i komplekse organisasjoner hvor implementering krever koordinering og endringsledelse over flere budsjettår. Samtidig er det lav grad av interaksjon med privat sektor om innovasjon og næringsutvikling.

Det akuttmedisinske fagområdet preges også av små og sårbare kompetansemiljøer med begrensede ressurser og mandater (eksempler: NKLM, NSDM, RAKOS, KOKOM og NAKOS). Dette er en ulempe og barriere for systematisk tilnærming, kapasitet og implementeringskraft. I tillegg mangler det nasjonale og regionale strukturer for målrettet prioritering og implementering i helsetjenesten som sektor og ut mot andre sektorer.

En fornyelse og forbedring av morgendagens helsetjeneste vil betinge at de regulatoriske, organisatoriske og finansielle ordningene understøtter målrettet forskning, fagutvikling, organisasjonsutvikling og implementering av beste praksis nasjonalt, regionalt og lokalt.

Styrke helsetjenestens evne til omstilling kan skje gjennom:

- Styrke kompetansemiljøene gjennom bedre organisering og finansielle virkemidler som fremmer forskning, fagutvikling og implementering i hele pasientforløpene nasjonalt, regionalt og lokalt.
- Etablere regulatoriske og finansielle virkemidler som støtter opp om implementering av ny kunnskap og arbeidsmetoder som igjen kan fornye og forbedre pasientforløpene.

Når det haster, må alle kunne bidra - Styrket samfunnssikkerhet og beredskap

Når det haster som mest, er det de som står i situasjonen, som er nærmest til å gripe inn, varsle og gi den første hjelpen. Når liv og helse er truet som f.eks. ved hjertestans, store blødninger og hjerneslag, betyr den første hjelpen som gis de første 10 minuttene, mer enn den hjelpen helsetjenesten kan gi de neste 10 uker. Denne erkjennelsen blir vi daglig minnet på fra Ukraina hvor systematisk førstehjelpsopplæring av befolkningen er et av de viktigste tiltakene for å redusere konsekvensene av krigshandlingene, bidra til å redde liv og bevare demokratiet. Erfaringene fra Norge under pandemien viste også hvor viktig rolle frivilligheten og befolkningen spilte for å avlaste og bidra i en krevende situasjon. Samtidig er utvikling av helsekompetanse i befolkningen, også innen akuttmedisin, tiltak med stor samfunnsnytt er stor og kostnadene relativt sett lave.

Norge har en befolkning som er svært villige til å hjelpe, samtidig som spørre-undersøkelser viser at enkeltpersoner opplever at de er utrygge på egen kompetanse. Mange frivillige organisasjoner legger ned

Oslo kommune, SiO og OUS ser på bruk av digitale verktøy for egen- triage for innringere.

- Raskere og mer presis hjelp til flere med færre ressurser.

Laerdal Medical, SUS og OUS tester ut bruk av KI under pågående nødsamtaler til 113

- Mer presis respons og mindre etterarbeide til dokumentasjon

Oslo kommune og OUS utvikler systemer for håndtering av «multibrukere»

- Redusere overforbruk og gi bedre og mer presis hjelp på rett nivå

Noramber – Industrielt samarbeide med OUS om utvikling av ny teknologi for mobil diagnostikk og beslutningsstøtte

- Mål om å flytte diagnostikk og beslutningsgrunnlag til pasienten og unngå å flytte pasienter som kan behandles hjemme, eller starte behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten uten sykehusinnleggelse.

Rett bruk av legevakt, Legevaktene i Moss og Fredrikstad sammen med OUS og SØF

- Prosjekter som ser på hvordan endret disponering av legevakt kan skape bedre pasientforløp og bedre total ressursutnyttelse.

NAKOS og OUS jobber med å utvikle nasjonalt kvalitetsregister for den akuttmedisinske kjede

- Lage en plattform for forsvarlig datahåndtering for utvikling, styring og organisering av helsetjenestene og forskning for å skape fremtidens tjenester.

betydelig innsats med kompetansebygging i befolkningen og for et tryggere samfunn. Disse organisasjonene utgjør en viktig ressurs, men idealisme og engasjement trenger retning og samarbeid for å sikre at tiltakene trekkes i samme retning og lar seg samordne med de profesjonelle helsetjenestenes faglige prioriteringer.

For å forsterke fornye og forbedre samfunnssikkerheten og helseberedskapen, må norsk helsetjeneste utvikle:

- En strategisk tilnærming, uttrykt i nasjonale planer og finansieringsordninger, for systematisk utvikling av helsekompetansen i befolkningen herunder samarbeidet med frivillig sektor.
- Forbedret organisering og regulering av hvordan sektoren utvikler og vedlikeholder helsekompetansen i befolkningen og samhandler med frivillig sektor nasjonalt, regionalt og lokalt.

Oppsummering

Gjennom vårt innspill ønsker vi å fremheve det som fungerer godt og kan videreutvikles som et bidrag til å løse noen av morgendagens utfordringer, hva som bør forsterkes for å gi nødvendig effekt, hvordan vi må sette oss i stand til å omstille tjenesten, men ikke minst, hvordan vi må styrke befolkningens beredthet og kompetanse.

Med vennlig hilsen

Steinar Olsen
Klinikkleder