

Vedlegg:

## **RBU-sak 95-2021 Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulansefly (MKA)**

Regionalt brukerutvalg fattet følgende vedtak i sak 95-2021, 14. oktober 2021:

1. *Informasjon om Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulanse (MKA) tas til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:*
  - a. *Regionalt brukerutvalg vurderer Statens helsetilsyns gjennomførte tilsyn med ambulansedytjenesten, jf. rapporten Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulansedytjenester (mai 2021) å være i tråd med pasienters og brukernes erfaringer. Regionalt brukerutvalg vurderer rapportens konklusjoner som meget alvorlige. RBU er særlig bekymret for tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.*
  - b. *Prosjektet er av stor betydning for pasientene og pasient- og brukerorganisasjoner har etterspurt kartlegging, evaluering og videreutvikling av tjenestetilbudet over lang tid. Regionalt brukerutvalg ber om at det legges opp til en bredere involvering av brukere i prosjektet, både ved at brukere inviteres til deltakelse i styrings- og prosjektgruppen samt at kunnskap fra pasient- og brukerorganisasjoner i Norge etterspørres.*
  - c. *Regionalt brukerutvalg har en rekke innspill som oversendes prosjektet i etterkant av møtet. Innspillet vedlegges protokollen.*

### RBU har følgende innspill jamfør vedtakspunkt c):

- Tjenestene må knyttes sammen, være innbyrdes forpliktende og genuint samhandlende.
- Alle vurderinger som gjøres underveis i transporten, må dokumenteres i pasientens journal. Dette er avgjørende for pasientsikkerheten. Lydlogger kan ikke være eneste dokumentasjon (se side 47 i rapport).
- Samhandlingen mellom de ulike aktørene og dokumentasjonen av denne må knyttes til pasienten. «Flytekniske utfordringer», «manglende samhandlingsløsninger», «klassifiseringssystemer» og «verifiseringsrutiner», må ikke registreres som isolerte hendelser men knyttes opp til det helhetlige pasientforløpet.
- Fragmentering av ansvar i prosessen er risikodrivende. Det må avklares hvem som har ansvar for pasienten til enhver tid. Altfor ofte har vi hørt om pårørende, ansatte i boliger og på legevakt som blir etterlatt i et ansvars-vakum når beslutning om flytransport er tatt, med en svært ustabil, utagerende, stadig forverret og pleietrengende pasient. Dette gjelder gjerne pasienter som kommer fra kommunale helsetjenester og legevakt, og særlig ved tvungent psykisk helsevern (TPH). Det er ikke god nok forståelse for hvor ille en slik forsinkelse av behandlingstilbudet er for pasientene i den tiden de venter på transport og hvor ødeleggende dette er for deres forhold til pårørende og ofte til hele lokalsamfunnet de skal fortsette å leve i. Spesialisthelsetjenesten ansvar for å gi faglig god behandling fram til transport startes må tydeliggjøres.
- Manglende prehospital behandling i ventetid før transport påvirker pasientens helsetilstand, forløp og er en pasientsikkerhetsrisiko.
- Kunnskapsgrunnlaget om forlenget prehospital fase må styrkes. Ved kunnskapshull bør RHF'ene bidra til å initiere ny og relevant forskning. Se også side 52 i rapporten.
- Når prehospital ventetid og behandling ikke knyttes direkte opp mot pasientens journal og det ikke finnes samstemte avvikssystemer, mister man viktige verktøy for å

forstå behandlingsresultatet. Rapporten beskriver på side 62 at man ikke undersøker hvordan lang ventetid påvirker pasientens prognose. Man har heller ikke oversikt over hvordan transportens karakter påvirker risiko for reinnleggelse eller ny komplisert transport.

- Et enhetlig og universelt tilrettelagt avvikssystem må benyttes, og det må knyttes opp mot både system og enkeltpasienters journal. Avvikene må eies av de som eier ansvaret for pasienten. Systemene må underbygge læring på tvers og endring i rutiner.
- Det som måles må være relevant og viktig. «Oppetid» på tjenesten kan ikke begrenses til en faktor. Duty-bestemmelser, vaktskifter som medfører at fly ikke er tilgjengelig ressurs, nattestenging av flyplasser, helgestenging av beredskap på enkelte flybaser, samkjøring med bilambulanse, grensesnitt mot helikoptre, leger knyttet opp mot beslutningskjeden som er ikke tilgjengelig på grunn av annet arbeid, henting av lege, korrespondanse opp mot ulike nivåer i AMK og fly ambulansetjenesten – alt dette bidrar til den totale tilgjengeligheten og den reelt tilgjengelige akuttressursen. Det er det samlede ressursbildet som er interessant ut fra et pasientperspektiv, ikke de fragmenterte enkeltfaktorene.
- RBU har gjennom flere år løftet fram opplevelser og fortellinger fra mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Med denne rapporten erfarer vi at våre fortellinger anerkjennes og gis tyngde fra tilsynsmyndigheten. Endringer som må på plass:
  - Enhetlige bestillingsrutiner
  - Ventetid må beregnes fra beslutning om transport fattes ovenfor pasient, til pasienten er framme på behandlingsstedet.
  - Tydelige transportkrav, med hastegrad, for ulike tilstander
  - Akutt prehospital behandling i ventetiden fra kompetent personell
  - Tilrettelagte lokaler for venting på transport
  - Gjennomgående kunnskap om kompetent ledsagertjeneste, slik at dette kan mobiliseres raskt
  - Rask oppgradering på hastegrad ved forverring og dersom tvang blir nødvendig

Det kan ikke være slik at politiet blir akuttpsykiatriens spesialisthelsetjeneste i distriktene. Slik det er nå, er det politibiler og arrestlokaler som blir ventelokaler og akuttstuer. Det er uverdige og er ikke i tråd med statlige føringer.

- Det må etableres system for innhenting av avvik, klage og tilbakemelding fra pasienter og pårørende.
- Det må være brukermedvirkning på alle nivå i dette arbeidet med MKA. Brukermedvirkere må sitte fast i arbeidsgrupper og prosjektstyrer, det må innhentes uttalelser flere ganger i løpet av prosessen fra alle BU og RBU'er. Det bør også inviteres inn representanter fra organisasjoner som er særlig berørt av ambulanseflysituasjonen, som LHL, NAAF, Mental Helse, LPP og Rio. Brukerrepresentanter bør også være en del av analyseteamet i driftsfase.