

Helse- og Omsorgsdepartementet

Postboks 8011
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Vår ref.
- 5742/2014
2014/28

Deres ref.

Saksbehandler
Per Christian Juvkam

Dato
15.09.2014

Høringssvar – Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal

Det vises til departementets høringsbrev om ovenstående datert 28. mai 2014.

Det følgende utgjør de samlede høringsuttalelsene fra Ambulanse Midt-Norge HF (AMN). Utkast til ny forskrift er behandlet i styret for foretaket og styrets kommentarer/innspill er innarbeidet i høringssvaret.

AMN velger først og fremst å fokusere på de elementer i forskriftsutkastet som er relevante for det som ligger innenfor vårt ansvarsområde – bil- og båtambulansetjenesten samt andre elementer som forventes direkte å påvirke vår virksomhet.

Det har skjedd en usedvanlig rask utvikling innenfor de prehospitaltjenestene i den perioden som er gått siden gjeldende forskrift trådte i kraft i 2005. AMN mener at det er tvingende nødvendig med en revisjon av forskriften, men departementet bør vurdere om det er riktig å vente med ikrafttreden inntil resultatet av en rekke andre viktige arbeider som for tiden pågår, og som må forventes å påvirke prehospital sektor i betydelig grad. En tenker her spesielt på det regjeringsoppnevnte Akuttutvalget som skal levere sin NOU mot slutten av 2015, den bebudede nasjonale helse- og sykehusplanen som skal passere Stortinget i løpet av høsten 2015, samt stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Vår vurdering er at utkastet til ny forskrift inneholder endringer som vil forbedre regulering av prehospital sektor. Vi vil likevel særlig peke på:

1. Harmonisering av krav til ulike deler av akuttmedisinsk tjeneste

I endelig form må forskriften harmonisere kravene til ulike deler av prehospital tjeneste, i forhold til organisering, faglige krav og dokumentasjon. En tenker særlig på en stor detaljeringsgrad på enkelte områder, mens en på samme tid helt unnlater å beskrive tilsvarende på andre områder.

2. Differensiering av ambulansetjenesten

En åpning for differensiering av ambulansetjenesten, slik at en kan utvikle ulike typer tjenester eller transportordninger som er tilpasset befolkningens ulike behov, er riktig. Dette vil redusere behovet for unødige å løse "alt" med en fullt utrustet og bemannet akuttambulansetjeneste. Vi er usikre på om det er et godt virkemiddel å legge «rene transportoppdrag» og såkalte «lettere ambulansetjenesteoppdrag» utenfor forskriftens virkeområde. Det er vanskelig å operasjonalisere begrepet «lettere ambulansetjenesteoppdrag». Vi mener det er behov for å forskriftsregulere hele tjenestespektret, uten at det reduserer muligheten for en hensiktsmessig differensiering av tjenestene.

3. Todelt ansvar for akuttmedisinsk kjede

AMN vurderer det slik at det todelte ansvaret for akuttmedisinsk innsats for befolkningen mellom kommuner og helseforetak skaper betydelige utfordringer for en sammenhengende og god akuttmedisinsk behandlingsskjede. Både gjeldende akuttmedisinforskrift og samhandlingsreformen med tilhørende bestemmelser regulerer dette delte ansvaret. Til tross for at formelle avtaler mellom kommuner og helseforetak stort sett foreligger i tråd med bestemmelsene, er vår erfaring at dette i liten grad har ført til konkrete tiltak for en sammenhengende kjede der begge parter yter sitt, der det er lagt til rette for praktisk samarbeid mellom legevaktlege og ambulansetjenestepersonell, og der lokale forhold som avstand til sykehus, bosettingsmønstre med tilpasset plassering av legevakt og ambulansetjenestestasjoner vurderes og planlegges i fellesskap.

Departementet bør derfor vurdere å skjerpe kravet om samordnet planlegging og avtaleregulering, og om det er hensiktsmessig å innføre særskilt kontroll eller tilsyn med at dette faktisk gjennomføres.

4. Akutthjelper

AMN støtter at det åpnes for å gjøre formelle avtaler med eksterne parter som yter lokale delleveranser i den akuttmedisinske kjeden, som kommunale deltidsbrannvesen og lokale førstehjelpsgrupper. Slike ressurser gjør en betydelig innsats i dag. Det er viktig at denne innsatsen avtalereguleres, og at ansvaret for å påse at kvaliteten på den bistanden som ytes er adekvat og stabil over tid klargjøres. Det kan være vesentlig å balansere dette mot den ressursen som utgjøres av kommunale helseressurser som for eksempel Hjemmebasert Omsorg.

5. Legevakt som samarbeidspartner for ambulansetjenesten

Ett av de viktigste nye elementene i utkastet til ny forskrift er at det innføres krav til legevaktstjenesten i kommunene. I dag eksisterer det ikke slike detaljerte krav. Legevakt er mange steder blitt en stasjonær tjeneste, med lang avstand til deler av befolkningen, og lite innrettet på utrykning. Dette fører til at ambulansetjenesten i langt større grad enn tidligere står alene i akuttmedisinske situasjoner. Dette er ikke en ønsket situasjon. Det er viktig at det stilles krav både til vaktlegens formelle kompetanse, kjennskap til vaktområdet med hensyn til både

pasientpopulasjon og lokal infrastruktur og, ikke minst, til relevant samtrening med samarbeidende ambulansetjenester. Plikten til å rykke ut på nærmere definerte tilstander innen nærmere angitte tidsrammer bør inn i forskriftsteksten, og plikten til å være tilgjengelig for rådgivning må være tydelig i forskriften.

Vi støtter at det forskriftsfestes at lokale legevakter skal utrustes og bemannes slik at det kan rykkes ut med hensiktsmessig utstyr og i egnet kjøretøy.

6. Kompetanse i ambulansetjenesten

Utkastet til ny akuttmedisinforskrift skjerper kompetansekravene til ambulansepersonell. AMN støtter disse kravene. Behovet er i endring. Det bør derfor understrekes at de kravene som stilles er minimumskrav. Det er en utfordring i dagens ambulansetjenester at det personellet som søker til tjenesten etter endt utdanning i videregående skole og to år som lærlinger ikke er fullt funksjonsdyktige ved ansettelsestidspunkt. Ett vesentlig problem er manglende kompetanse i farmakologi, som er et hinder for forsvarlig bruk av utvalgte medikamenter som kan "ordineres etter protokoll". Videre gjelder det manglende sertifikater for å kunne føre utrykningskjøretøy under utrykning. Dette påfører allerede i dagens situasjon arbeidsgiver store utgifter i videreutdanning før personellet er fullt ut kvalifisert for de reelle krav i tjenesten.

Fra et pasientsikkerhetsperspektiv er det riktig og nødvendig å skjerpe kravene til kompetanse for personell i akuttambulanser. Vi legger merke til at departementet anser at dette ikke vil føre til dramatiske økonomiske konsekvenser for helseforetakene og begrunner dette med at det avsettes 3 år til overgangsordninger og sannsynlige besparelser knyttet til at det åpnes for differensiering av tjenesten. Vi vil påpeke faren for at departementet undervurderer kompleksiteten og dermed de økonomiske og organisatoriske konsekvensene av å innføre disse bestemmelsene. Et krav om at begge som bemanner en ambulansebil skal ha sertifikat for utrykningskjøring, vil medføre at personell som følger dagens normale utdanningsløp vil måtte gå ytterligere to år før de kan settes i produktiv drift. Vi viser til at ambulansepersonell går to år i videregående opplæring før de kan søke toårs lærlingekontrakter i en ambulansetjeneste. Dersom de starter direkte fra ungdomsskolen, slik de fleste gjør, vil de være omlag 18 år når fagprøve gjennomføres. For å kunne delta i undervisning og ta kjøreprøve for utrykningsbevis (såkalt 160-kode) må kandidatene ha minst to års kjøreefaring – dvs at de minst må være passert 20 år. Forskriftsbestemmelsen vil altså komme i konflikt med med standard utdanningsløp på en slik måte at arbeidsgiver vil få store tilleggsutgifter. Vi vil løst anslå at dette kan gjelde inntil 100 årsverk årlig bare i Midt-Norge. Departementet bør vurdere en permanent unntaksbestemmelse for personell i utdanningsløp og tidlig fase av yrkeslivet, lengre overgangsordninger, og videre se dette spørsmålet i sammenheng med en eventuell forskriftsfesting av krav til 3 årig bachelorkompetanse i ambulansefaget.

Departementet kan ha overvurdert innsparingseffekten av å kunne differensiere de prehospitaltjenestene. Gevinsten av å etablere rene transporttjenester vil kanskje særlig være knyttet til å bevare en mest mulig intakt akuttberedskap i lokalsamfunnet, til styrket fleksibilitet i utvikling av sykehusstruktur og samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten, og til mer rasjonell drift i de mest tettbygde områder og langs hovedtrafikkårene. Det må gjøres nærmere analyser av kjøregrunnlag

for differensierte tjenester i de mest grisgrendte delene av landet, og en eventuell gevinst bør ikke forskutteres.

Med en styrket utdanning i ambulansfaget, der ambulanspersonell også gis kompetanse som kan nyttes for oppgaver som er lagt til primærhelsetjenesten (jmfør konseptet «community paramedic»), vil det være mulig å utnytte arbeidskraft knyttet til beredskap i lokalsamfunnet bedre. Utviklingen av slike tjenester på bred basis må antas å ta vesentlig lengre tid enn tre år.

7. Nasjonalt samordning

AMN ser kravet om at regionale helseforetak pålegges å samordne ambulansetjenestene nasjonalt som et riktig og viktig krav, i tråd med befolkningens rettmessige forventning om harmoniserte og sammenlignbare tjenester i hele landet. En nasjonal samordning forutsetter at tjenestene er samordnet innen regionene. Alle fire helseregioner sliter i dag i varierende grad med samordning av sine tjenester også innad i regionen. Dette gjelder spesielt i grenseområder mellom AMK-sentraler og over foretaksgrensene. I dette viktige spørsmålet blir organisering av de prehospitale tjenestene viktig. Departementet bør vurdere å forskriftsfeste konkrete krav til hvordan en slik samordning skal gjennomføres, eller i alle fall utgi en veileder som anviser måter å håndtere dette på, og hvordan kravet vil bli fulgt opp eller målt.

8. Tydeligere operativ styring

Alternativt forslag: I helsetjenesten står kommandotenkning svakt, mens koordinering er mer vektlagt. Det er gode grunner til dette. Vi mener likevel det er grunner som taler for et noe sterkere styringselement, med en tydeligere vektlegging av ledelse. Dette vil kunne tydeliggjøre ansvaret som er knyttet til nødmeldetjenesten, og som i stor grad berører ambulansetjenesten, og også balansere noe bedre mellom styring og samarbeid med primærhelsetjeneste. Det samme gjelder kvalifisering og ivaretagelse av faglig og operativ ledelse på større skadested. Kravene vil ha konsekvenser for utdanning, vaktordninger og retningslinjer.

AMN mener at personell som koordinerer ambulansetjeneste skal ha erfaring som ambulanspersonell. I tillegg bør en autorisere en veileder som klargjør mer detaljerte krav til egnethet og utdanning.

9. Krav til responstid

Vi registrerer at departementet ikke vil innføre krav til prehospital responstid, samtidig som det foreslås meget stramme krav til AMK-aksessid (90 % av anropene skal besvares innen 10 sek). Det kan synes som en logisk brist når det stilles så skarpe krav overfor AMK-sentralene samtidig som responstidsproblematikken ikke omtales for resten av den akuttmedisinske kjeden.

Alle er enige i at befolkningen har et berettiget krav på hjelp så raskt som mulig når akutt sykdom eller skade inntreffer, og at denne hjelpen skal være adekvat og sammenlignbar i hele landet. Vi er enige med departementet i at å stille krav til den såkalte «prehospitale responstiden» (tiden fra telefonen ringer hos AMK-sentralen til ambulanspersonellet er framme hos pasienten) alene ikke er hensiktsmessig. Slike kategoriske krav kan isolert sett dreie oppmerksomheten bort fra

andre viktige elementer i tilbudet til befolkningen. Departementet bør vurdere om det kan innføres kravformuleringer som omhandler den samlede responsen som befolkningen skal kunne forvente ved akuttmedisinske tilstander, og at dette blir gjeldende for hele den akuttmedisinske kjeden og alle aktørene som bidrar i denne, ikke bare AMK-sentralene. Det gjelder mellom annet måten en planlegger og organiserer legevakt og ambulanssetjeneste på. Det kan videre være klokt å avvete de arbeider som for tiden igangsettes med datasett og nasjonale kvalitetsindikatorer.

10. Virksomhetsdokumentasjon og –rapportering

En viktig del av mange pasientforløp finner sted i ambulanssetjenesten. Det er derfor helt nødvendig at virksomhet rapporteres på en måte som ivaretar pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling. De funn, observasjoner og tiltak som er gjort i denne fasen, må dokumenteres i strukturert elektronisk pasientjournal. Dette må i tillegg til å forberede sykehusmottak gjennom elektronisk kommunikasjon, også ivareta behovet for anonymiserte virksomhetsdata som muliggjør aggregert rapportering til myndigheter og allmennheten om resultatene av den virksomheten ambulanssetjenesten utfører. Det synes som om Departementet i forskriftsutkastet forutsetter at dette allerede er ivare tatt. Slik journalføring er ikke innført ved de fleste ambulanssetjenestene i Norge. Dette er neppe er i tråd med krav eller intensjon verken i helsepersonell-loven eller journalforskriften. De prehospitale tjenestene i landet kan ikke fungere lenge uten slike journalsystemer og sentrale rapporteringsordninger. Departementet bør eksplisitt forskriftsfeste dette.

Med vennlig hilsen

Håkon Gammelsæter
Administrerende direktør

For adm.dir


Bente Sollie
Økonomidirektør