



Helse og Omsorgsdept  
[postmottak@hod.no](mailto:postmottak@hod.no)

Deres ref:10/2675

Vår ref:

Dato:9/9-2014

## Høringssvar ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal.

Finnmarkssykehusets høringssvar kommer i form av kommentarer og evt forslag til endringer av ordlyden i forslag til forskrift, vedleggets side 74-81:

Paragraf 4:

”De akuttmedisinske tjenestene skal tilrettelegges slik at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.”

**Kommentar:** Dette har stått tidligere, og ikke medført noen vesentlig samtrening. Bare få kommuner i Finnmark trener sammen med ambulanse. Punktet bør være tydeligere for å kunne etterprøves.

Kommunene og helseforetakene har ansvar for at øvelse og trening i samhandling skjer, jfr Tjenesteavtale 11. Det må settes av personell, tid og økonomiske midler fra begge parter. I diskusjonen rundt dette punktet framkommer det at dette kun er en utgiftspost for kommunene, men det stemmer ikke. Slik samtrening krever økonomiske ressurser fra begge parter.

Paragraf 7:

**Kommentar:** Punkt c og d bør gå ut – sykehusspesialister har ikke samme kompetanse som allmennpraktikere.

Når det gjelder bakvakt, så vet vi de store administrative problemene det har vært med å organisere bakvakt for turnusleger i kommunene – en ordning der nabokommunen skulle stille med bakvakt. Tross gode intensjoner i forslaget må man stikke fingeren i jorda og se om en slik bakvaktordning slik skissert er gjennomførbar. Hvis kommunen kun har én erfaren lege, kan denne bli gående i kontinuerlig bakvakt, noe som er ulovlig etter Arbeidsmiljøloven. Og kommuner som kun har vikarer; hvordan skal de stille seg?



Fylkesmannen må gis mulighet til å gjøre unntak fra kompetansekravene, men disse unntakene må tidsbegrenses. Unntak bør kun gis dersom kommunen har en konkret plan for hvordan kompetanse skal nås hos den lege det søkes unntak fra; dette for å sikre at anledningen ikke blir benyttet som en sovepute i aktuelle kommuner. Denne utfordringen vil i hovedsak gjelde små kommuner i perifere strøk hvor det stilles ekstra krav til legevaktslegen pga. avstand til sykehus.

Paragraf 8:

**Kommentar:** Anledningen for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, bør heller ikke gis anledning å avvike fra kompetansekravet uten foranliggende plan for hvordan aktuell kompetanse skal oppnås. Det bør hvile et stort ansvar på kommunen og fylkesmannen i å sikre at ikke både lege og annet helsepersonell har fritak fra kompetansekravene for legevaktsarbeid.

Paragraf 10:

**Kommentar:** Forskriften bør si noe om responstid og utrykningstid sett ut i fra demografi og geografi. Rapporten fra HODs arbeidsgruppe 2009 ” En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten” omhandlet dette punktet og anbefalte at disse kravene burde innføres fra 2015.

Ellers bør paragraf 10 omskrives til flg ordlyd: ”å støtte politiet ved å delta i enkle søk og redningsoperasjoner forutsatt at ambulansetjenesten har tid og anledning til dette”.

Paragraf 11:

**Kommentar:** Finnmarkssykehuset anser det i utgangspunktet som positivt med økte faglige krav, men slike krav vil dessverre kunne ha en rekke negative konsekvenser:

- Et kompetansekurs for utrykningskjøretøy koster ca kr 20.000 for en ansatt. Sammen med reise, fri fra jobb osv blir totalsummen høy når mange må ha slik kursing.
- Innføring av dette kravet vil ha alvorlig innflytelse for rekruttering og utdanning av ambulansesarbeidere i Finnmark, ettersom mange av de som tar ambulansetutdanningen i Finnmark begynner i en alder av 16 år og er således for ung til å få lov å ta ”blålysappen” når de er lærlinger. Dersom disse faller fra vil også utdanningsinstitusjonen måtte legge ned dette fagtilbudet på sikt. Det viser seg at utdanningsinstitusjonene rekrutterer ambulansesarbeidere til hele fylket. Vi har dårlig erfaring med å rekruttere helsepersonell fra andre steder i landet og må utdanne de selv.
- I ferier, særlig sommerferier, er tjenesten helt avhengig av å ha vikarer inne i tjenesten. Medisinerstudenter brukes ofte som vikar, og dette er en utmerket læringsarena for disse studentene. En ordning der begge ambulansesarbeiderne på en bil må ha kompetansebevis for utrykningskjøretøy slik skissert vil ødelegge muligheten for slikt vikararbeid, med negative konsekvenser både for vikarene og for tjenesten.

I utredningen er det ellers gitt føringer på kasertering av ambulansetjeneste, dvs at ambulansene skal organiseres på vaktrom med tilstedevakt. I Finnmark – med liten befolkning og lange avstander – vil en slik organisering bety sentralisering av bilambulansestasjonene, noe som medfører lengre avstander til befolkningen, dyrere tjeneste og kvalitetsforringelse. Finnmarkssykehuset ønsker av den grunn å opprettholde den strukturen vi har i dag med stor andel av hjemmevakt.

Finnmarkssykehuset mener ellers at det bør innføres fysiske krav i tjenesten.

Finnmarkssykehuset ønsker også at overgangsordningen – som er angitt som fem år for kommunesektoren, men kun tre år for ambulansetjenesten – settes til fem år for alle impliserte parter.

Paragraf 13 f:

”Bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

**Kommentar:** Finnmarkssykehuset anser det som bekymringsfullt dersom det ikke lenger er krav til sykepleier som rådgiver på legevaktstelefon. Evt avvik fra et slikt krav må være tidsbegrenset.

Paragraf 15 b:

”Besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder.”

**Kommentar:** Positivt med krav til responstid i AMK, men bekymringsfullt at det ikke er krav til responstid for ambulanse og når de skal kunne nå publikum raskt.

Paragraf 15 c:

**Kommentar:** Det bør her presiseres at medisinske råd skal gis i henhold til ”Norsk indeks for medisinsk nødhjelp”.

Paragraf 15 l:

**Kommentar:** AMK-sentralene bør bemannes av helsepersonell (sykepleier/autorisert ambulanspersonell) som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Dette er også poengtert i rapporten fra HODs arbeidsgruppe 2009 ” En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten”.

Innledningsvis poengterer forskriften at departementet ønsker å stille kompetansekrav til helse- og omsorgstjenesten for å sikre forsvarlighet og krav. Finnmarkssykehuset ser det som inkonsistent ikke å definere aktører i LV- og AMK-sentraler som helsepersonell.

Hvis det innføres en sertifiseringsordning for AMK-ansatte vil det være nødvendig med en nasjonal veileder for en slik sertifisering, der det i tillegg er rom for lokale tilpasninger.

Paragraf 15 m:

**Kommentar:** Det er ikke lenger spesifisert krav til AMK-lege og tilgjengelighet i AMK-sentraler. Finnmarkssykehuset mener at det må kreves tilgjengelig en erfaren spesialist i



akuttmedisin (anestesiolog) i alle AMK-sentraler, men ser for seg at også en indremedisinsk MIM (spesialist i Mottaks- og IndreMedisin) vil kunne være aktuell for denne jobben dersom en slik spesialitet blir vedtatt i framtiden. Uansett må vedkommende lege ha god generell og lokal erfaring. Det må også være tilsvarende døgndekkende tilstedeværende akuttmedisiner i LA-AMK/flykoordineringsentral. AMK-legen bør ha prehospital erfaring.

**Andre forhold:**

Kravene til helsepersonell i luftambulansetjenesten er tatt ut av forskriften. Forskriften bør nevne kravene slik de er spesifisert i nasjonale standarder.

Vi etterlyser også noe mer konkret om lydlogg. Det er behov for presise nasjonale føringer på hvordan utlevering av informasjon fra lydlogg skal foretas. Hvem kan bestemme utlevering? Skal denne leveres ut som lydfil eller utskrift?

Med vennlig hilsen

**Finnmarkssykehuset**

Harald G. Sunde  
Medisinsk fagsjef  
T 78 97 30 08, M 908 31 337  
[harald.gunnar.sunde@finnmarkssykehuset.no](mailto:harald.gunnar.sunde@finnmarkssykehuset.no)

Kopi: Helse Nord v/ Trond Elsbak