



Det Kgl. Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
Sak nr. 2014/2305 / FMAAHKI

Dato
15.09.2014

Høringsuttalelse - Ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Fylkesmannen i Aust-Agder har gått gjennom forslag til forskrift om organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal. Våre innspill er som følger:

Parallelt med at det utarbeides ny akuttmedisinforskrift har regjeringen satt i gang en omfattende, desentralisert prosess med endringer av kommunestrukturen som mål. Den nye akuttmedisinforskriften legger opp til betydelige endringer av legevaktstrukturen. Disse omfattende endringene i legevaktstrukturen må sees i sammenheng med endringene i kommunestrukturen. Det vil være uheldig om kommunene blir presset til løsninger som må endres kort tid etter. Blant annet med tanke på lokalisering og tilgjengelighet som skal sikre tilnærmet like tjenester i byer og distrikt.

Vi oppfatter at utkastet vakler i synet på legevaktens funksjon. Et styringsdokument, som en forskrift er, må definere tydelig hva legevakten skal være og hvilke tilbud legevakten skal ha. I utkastet til forskrift er det skrevet om legevakten som en del av den akuttmedisinske kjeden, og mye bærer preg av legevakten som nødetat. Legevaktens oppgaver er samtidig beskrevet som allmennt medisinsk øyeblikkelig hjelp, og legevaktens mulige tilknytning til kommunale akutt døgnenheter er omtalt.

I forslaget til ny forskrift sies det mye om kompetanse. I flere sammenhenger brukes det profesjonsnøytrale begrepet helsepersonell. Begrepet helsepersonell er ikke dekkende. Arbeidet i de forskjellige ledd innen den akuttmedisinske kjeden krever ulik utdanning og erfaring. Forskriften bør i større grad konkretisere hvilken helsefaglig utdanning som kreves.

Med samhandlingsreformen og et større fokus på diagnostisering og behandling av øyeblikkelig hjelp i kommunene som bakgrunn, er vi av den oppfatning at hele legevaktsordningen må løftes når det gjelder kompetanse. Økte kompetansekrav gir sterkere tilknytning til oppgavene med kommunalt allmennt medisinsk øyeblikkelig hjelp. Skal et slikt løft skje må kompetansekravene være tydelige og skjerpede sammenlignet med dagens situasjon.

For leger som skal ha vakt er kompetansekravene beskrevet i kapittel 4.2.3.2. og i § 7 i forslaget til forskrift. Etter vår oppfatning må det stilles krav om at lege i vakt skal være spesialist i allmennt medisin eller være allmennt lege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste. Dette er på plass i §7,pkt a og b. I § 7 pkt c listes det opp andre som, etter forslaget, skal kunne ha vakt alene. Etter vår oppfatning kan det utgjøre en risiko ved at leger med sykehusspesialiteter skal håndtere det brede spekter av skader og sykdomstilstander som

legevakten skal diagnostisere og behandle. Tilsvarende når det gjelder pkt d.

Vi støtter ikke innføringen av punktene c og d.

I dagens ordning ser vi at legevaksordningen i kommuner med sykehus i nærheten rekrutterer sykehusleger med begrenset erfaring fra allmennmedisin. Tilsvarende at allmennleger i noen grad søker seg bort fra legevaksarbeidet. Vi mener at dette ikke er en gunstig utvikling for å sikre rasjonell utnyttelse av de resursene kommunene besitter, samtidig som det kan bidra til økt bruk av spesialisthelsetjenesten. For å øke legevaktens betydning i behandlingsskjeden må forskriften stimulere til høy allmennmedisinsk kompetanse i legevakten. Målet må være at pasientene får riktig og forsvarlig behandling på rett nivå og til rett tid.

For distriktene kan skjerpede krav føre til rekrutteringsproblemer. Skal målet om tilnærmet like tjenester opprettholdes vil det være nødvendig at kompetansekravene opprettholdes uten uthuling gjennom dispensasjonsordninger.

Med et løft for legevaksordningen samtidig med de strukturendringene som vil komme, må det følge stimuleringsiltak som kan bidra til rekruttering av allmennleger.

Forslaget i § 7 om unntak fra kompetansekravene representerer, etter vår oppfatning, en uthuling av den kvaliteten som er nødvendig for at legevakten skal yte gode og forsvarlige tjenester til befolkningen.

Dersom en pasient utsettes for feilbehandling og Fylkesmannen har innvilget unntak fra kompetansekrav, og dette blir tilsynssak, vil det kunne oppstå spørsmål om habilitet. *Denne problemstillingen er ikke berørt i høringsutkastet.*

§8 omhandler kompetansekrav til annet helsepersonell. Her stilles det ikke krav utover at det er helsepersonell. Autorisasjon eller grunnutdanning nevnes ikke. Dette er en svakhet i forskriften. I utkastet brukes uttrykket helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt. Etter vår oppfatning er denne benevnelsen ikke tilstrekkelig.

Når pasienter, pårørende eller publikum kontakter legevakten gjennom telefon, eller ved oppmøte, presenterer de et sett problemstillinger og symptomer. Hver enkelt innringer har sin måte å formidle situasjonen på. Ofte er det andre og av og til tredje hånds opplysninger de formidler. Helsepersonellet skal forstå og tolke opplysningene for å kunne prioritere og beslutte rett tiltak med rett nivå på responsen. Medisinsk Indeks er et godt verktøy i denne prosessen, men den erstatter ikke kompetanse. Tiltakene som skal besluttes varierer fra å henvise til fastlegen i arbeidstiden neste dag, til å overføre innringer til medisinsk nødtelefon (113) når det viser seg å være akutt fare for viktige funksjoner og organ. Dette gjelder både psykiatri og somatikk. Til denne oppgaven må kravene til kompetanse være konkrete og på et nivå som sikrer trygghet for at beslutningene fører til rett nivå i behandlingen videre i forløpet. I alminnelighet gir høyere kompetanse større trygghet for gode beslutninger, og vi foreslår at det settes krav om *minimum sykepleieutdanning*. Vi støtter kravet om gode engelskkunnskaper.

§10 omhandler ambulansetjenesten. Her settes det ikke krav til tid fra varsling til ambulansen er fremme hos pasienten(responstid). I NOU 1998:9, Hvis det haster..., ble følgende minstekrav foreslått for akuttoppdrag:

Innen fem år skal 90% av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 8 minutter. Innen tre år skal 90% av befolkningen i grisgrendte strøk nås av ambulanse innen 25 minutter.

For hasteoppdrag ble følgende foreslått:

Innen fem år skal 90% av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 20 minutter. Innen tre år skal 90% av befolkningen i grisgrendte strøk nås av ambulanse innen 40 minutter.

Ny forskrift må inneholde krav til responstid, og vi anbefaler at de foreslåtte responstidene fra NOU 1998:9 føres videre.

I dag er det ikke krav til ambulansetjenesten om å ha personell med kompetanse som redningsdykker. Noen kommuner har denne kompetansen innenfor brann- og redningsetaten, men ikke alle. Vi ber direktoratet vurdere om kommuner ved kysten og i innlandet med utstrakt fritidsaktivitet på vannet, bør eller må ha redningsdykker i beredskap i én av nødetatene. Her kan det være aktuelt med samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om fordeling av beredskapen.

§ 15 omhandler krav til AMK-sentralene.

Til punkt l): Medisinsk operatør i AMK er ofte den første kontakten pasient, pårørende eller publikum har med helsevesenet. Beslutningene gjennom denne kontakten kan være helt avgjørende for det videre sykdoms- eller skadeforløpet. På bakgrunn av tilgjengelige opplysninger gjennom telefonen skal operatøren fastsette hastegrad, beslutte tiltak og gi råd og veiledning til innringer. Råd og veiledning som kan bidra til å redusere skadeomfang, lindre sykdom og, i noen tilfeller, redde liv.

Forskriften krever at denne oppgaven skal utføres av personell med nødvendig helsefaglig kompetanse med tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Fylkesmannen i Aust-Agder anbefaler at kompetansekravene spesifiseres.

I en rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, datert mars 2009 i kapittel 9.8 Personellkategorier står følgende om bemanning i AMK:

Norsk erfaring tilsier at primærbemanningen på en AMK-sentral bør bestå av et team av sykepleiere og ambulansepersonell.

Vi støtter disse anbefalingene.

Til punkt n): vi støtter forslaget om at sentralen må kunne kommunisere med innringer på engelsk.

Når det gjelder distrikt med en stor del samisktalende befolkning bør det samme kravet gjøres gjeldende. AMK må kunne kommunisere med innringer på samisk.

I utkastet til ny forskrift foreslås det døgnberedskap for tolketjeneste. Vi kan vanskelig se at en slik tolketjeneste kan yte tjenester innenfor de tidsfristene som mange av de medisinske tilstandene krever for forsvarlig respons.

Høringsnotatet kapittel 3.2.4 omhandler forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsutstyr. Den pålegger kommunene og de regionale helseforetakene å dokumentere at utstyr og infrastruktur tilfredsstillende krav gitt i medhold av forskriften. Forskriften pålegger fylkesmannen å føre tilsyn med at utstyret er dokumentert i tråd med forskriften. Slikt tilsyn kan bli oppfattet som en godkjenning. *Vi kan ikke se at det er eller bør være innenfor fylkesmannens oppgaver å godkjenne.*

Forskriften setter ikke krav til bruk-, oppdaterings- og vedlikeholdsrutiner. Heller ikke driftsansvar og ansvar for interkontroll er definert. Etter vårt syn er dette en mangel. Et slikt landsdekkende kommunikasjonsnett vil være sårbart for tekniske forstyrrelser og sabotasje. Det burde vurderes om det skal settes krav til beskyttelsestiltak.

Disse forholdene bør omtales i en veileder.

Med hilsen

Anne Sofie D. Syvertsen
fylkeslege

Brevet er elektronisk godkjent og sendes uten underskrift. Saksbehandler:
Hallvard Kile, telefon: 37017