



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres referanse 10/2675  
Vår referanse 2014/3755-2 736.0 THE  
Saksbehandler Tony Heyerdahl, tlf. 61 26 61 07  
Avdeling Helse- og sosialavdelingen

Dato 11.09.2014

## **Forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift og pasientjournal - Høringsvar fra Fylkesmannen i Oppland.**

Fylkesmannen i Oppland støtter i hovedsak framlegget til ny akuttmedisinforskrift. Vi har nedenfor noen kommentarer til enkelte av de foreslåtte bestemmelsene. Kommentarene er satt i ramme knyttet til den enkelte kommenterte bestemmelse.

### **§ 4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene**

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

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.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

Samhandling er en krevende prosess som i seg selv ikke nødvendigvis oppfylles ved en forskriftsfesting. Vi ser for oss at det hadde vært naturlig med en prosess tilsvarende det avtaleregimet som skjer i samhandlingsreformen, jf. lov om helse- og omsorgstjenester kap. 6 for å formalisere det samarbeidet som er nødvendig for å sikre tjenestene i den akuttmedisinske kjeden.

### **§ 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten**

Kommunene og de regionale helseforetakene kan som del av sin akuttmedisinske beredskap inngå avtale om bistand fra frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.

Hovedpoenget i denne paragrafen støttes da det i et fylke med geografi og demografi som Oppland, er nødvendig å bruke de kreftene som finnes lokalt for å sikre livreddende hjelp raskt der ambulansepersoneell/lege ikke kan komme til stedet så raskt som det av og til er ønskelig/ nødvendig. Opplæringsspørsmålet og kompetansekravet til de som skal bistå helsepersonellet er ikke avklart, og dette bør formaliseres slik at dette blir på et likt nivå nasjonalt samt at ansvar for dette blir plassert.

## § 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Vi har hatt en del hendelsesbaserte tilsynssaker der det framkommer uavklarte ansvarslinjer mellom legevaktleger og kommunen mht styring og forsvarlighet. Vurderingstema har ofte vært om helsepersonelloven § 4 på individnivå bare gjelder når en lege med avtalepraksis har legevakt, eller om kommuneplikten i helse- og omsorgstjenesteloven gjelder. Enkelte legevaktleger påberoper seg autonomi fra kommunal ledelse til tross for at de yter helsehjelp på kommunens vegne. Presiseringer bør framgå for å avklare hvor langt kommunens instruksjonsmyndighet går.

## § 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

Lege som skal ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, må være enten

- a) spesialist i allmenntilleggsmedisin
- b) allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon § 3 første ledd bokstav a), hvorav minimum ett års erfaring innen allmenntilleggsmedisin
- c) lege med spesialistgodkjenning i fagene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anestesilogi, eller
- d) lege i utdanningsstilling som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon § 3 første ledd bokstav a), i fag som nevnt under c).

I tillegg skal lege i vakt etter bokstav a ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering og etter bokstavene b til d ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første og andre ledd. Kompetansekravene i første og andre ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt.

1. Det foreslås et obligatorisk kurs i volds- og overgrepshåndtering. Dette støttes av Fylkesmannen i Oppland siden en gjennomgang av de hendelsesbaserte tilsynssakene og system-rettet tilsyn vi har hatt de siste årene, avdekker en for stor variasjon i legevaktstjenestens kompetansenivå.

Fylkesmannen i Oppland ser at det er et stort behov for fokus på og kompetanse i den akuttmedisinske kjeden på denne problematikken, både rettet mot voksnes omsorgskompetanse, voldsofres situasjon og ikke minst vold mot og mishandling av barn. Våre undersøkelser viser at det går svært lite (= underrapportering) av risikoinformasjon fra den akuttmedisinske kjeden til kommunenes barneverntjenester. Økt kompetanse som er obligatorisk, ønskes derfor velkommen. Til orientering driver Fylkesmannen i Oppland nå med utvikling av et dokumentasjonskurs for helsepersonell i samarbeid med flere aktuelle instanser, herunder politiet.

2. I høringsnotatet s. 30 reflekteres det rundt volumet på de nødvendige kurs for å heve kompetansen nasjonalt til et likt nivå. Det skrives også at det bør vurderes om en del av kursene i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering bør gjennomføres av Fylkesmennene på lik linje med de halvårige kursene for turnuslegene.

Til orientering gjennomføres det nå akuttmedisinske kurs for turnuslegene på Høgskolen i Gjøvik, som er rustet til det med nødvendige treningsdukker mv. I tillegg gjennomføres tilsvarende kurs for leger i samarbeid med Oppland legeförening jevnlig. Den ordningen som er foreslått, vil derfor kunne bidra til å bygge ut det allerede eksisterende tilbudet, noe som vil være en vinn-vinn-situasjon idet man vil kunne utvikle det pågående samarbeidet mellom Fylkesmannen i Oppland, Høgskolen i Gjøvik og Divisjon prehospitaltjenester i Sykehuset Innlandet HF.

På side 63 i høringsnotatet står det at: "Det er tatt høyde for en kostnad på rundt 32 millioner kroner årlig over fem år til kurs for leger og annet helsepersonell". Fylkesmannen ønsker seg en presisering av hvilken del av disse midlene som er tenkt overført til fylkesmennene, da Fylkesmennene som sagt

skal ha en rolle i å drifte kursene. Vil midlene for eksempel bety (del)finansiering nye stillinger hos Fylkesmannen?

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre unntak fra kompetansekravene i første og andre ledd dersom det ikke er tilgang på leger som tilfredsstillende disse kravene. Slikt unntak kan kun gjøres for leger som tiltrer i et vikariat av inntil to måneders varighet i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt og har gjennomført minst to års veiledet tjeneste. Adgangen til å gjøre unntak gjelder ikke overfor leger som skal ha bakvakt.

At det foreslås en unntaksordning som forvaltes lokalt synes fornuftig, siden det tidvis vil kunne oppstå slike situasjoner lokalt. Det er da viktig at det ikke gis anledning til å gi dispensasjoner lengre enn det som er foreslått, for å stimulere til permanente løsninger.

På s. 24 i høringsnotatet ber departementet om høringsinstansenes syn på om andre legespesialister utover allmennmedisin skal inkluderes i gruppen som kan ha selvstendige legevakter (jf. §7 c) lege med spesialistgodkjenning i fagene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anesthesiologi.). Fylkesmannen mener dette bør være en tidfestet begrenset overgangsordning da målet er at flest vakter på legevakt skal dekkes av allmennleger.

### § 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, jf. § 13 bokstav f, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Det foreslås et obligatorisk kurs i volds- og overgrepshåndtering også for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler. Dette støttes av Fylkesmannen i Oppland.

Basert på Fylkesmannen i Opplands erfaringer fra flere hendelsesbaserte tilsynssaker og systemrettede tilsyn, ser vi at det er et stort behov for fokus på og kompetanse i alle deler av den akuttmedisinske kjeden på denne problematikken. **Fylkesmannen i Oppland foreslår at dette også skal gjelde ambulanspersonell** som er de første til å komme til hendested/skadedsted hvor avgjørende observasjoner og funn gjøres. Å kunne bedømme og gjøre riktige observasjoner samt dokumentere dem videre i behandlingsskjeden, er svært viktig for at det blir agert riktig i det videre forløpet.

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre unntak fra første ledd dersom det ikke er tilgang på helsepersonell som tilfredsstillende kravene i første ledd.

At det foreslås en unntaksordning som forvaltes lokalt synes fornuftig, det det tidvis vil kunne oppstå slike situasjoner lokalt. Det er da viktig at det ikke gis anledning til å gi dispensasjoner lengre enn det som er foreslått, for å stimulere til permanente løsninger.

### Kapittel 3 Ambulansetjenesten

Fylkesmannen i Oppland har merket seg at temaet responstid/utrykningstid overhodet ikke er berørt i høringsnotatet. I NOU 1998: 9 "Hvis det haster....." het det om faglige krav til akuttmedisinsk beredskap bl. a. :

*"Responstid for bilambulans (tidsintervall fra det svares i AMK-sentralen til ambulans er framme hos pasienten) må reduseres i årene som kommer:*

*- Akuttoppdrag. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulans innen 12 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være åtte minutter. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i griskrendte strøk nås av ambulans innen 25 minutter.*

*- Hasteoppdrag. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulans innen 30 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være 20 minutter. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i griskrendte strøk nås av ambulans innen 40 minutter"*

Temaet responstid har vært løftet fram i forbindelse med helseforetakets siste ambulanseplanrevisjon, særlig fra Nord-Gudbrandsdal i forbindelse med endringer i ambulans plasseringen der, noe som har ført til stort lokalt engasjement blant befolkningen. Fylkesmannen i Oppland hadde nok forventet at responstid hadde vært drøftet i forbindelse med revisjonen av akuttmedisinforskriften, selv om utfallet av drøftingen hadde blitt at man ikke skulle forskriftsfeste responstid, men legge vekt på andre faktorer for å sikre forsvarlighet i dette avgjørende leddet i den akuttmedisinske kjede. Dette all den tid svært mange av de temaene som ble satt på dagsordenen i NOU 1998:9 er blitt løftet fram og etterhvert gjort til gjeldende rett og allmenne aksepterte standarder. Fylkesmannen i Oppland hadde forventet at det hadde vært framvist data som viste status for responstidsutviklingen siden 1998 og hva som medfører at responstid faktisk ikke er drøftet, evt. hva som i sum gjør dette unødvendig å vurdere forskriftsfestet.

#### **§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester**

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter:

a) å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter

Her er det dynamiske begrepet "raskt" brukt, noe som vi vurderer som et alternativt forsvarlighetsbegrep og derved en del av en leveringsplikt. Se for øvrig forrige ramme.

e) å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og

Vi har forsøkt å få ut data som beskriver utviklingen mht. transportfødsler i Sykehuset Innlandet Hf's transportansvarsområde, men slike data er ikke mulig å få ut raskt og enkelt, så det er ikke mulig å støtte seg til fakta. At dette forskriftsfestes, støttes likevel av Fylkesmannen i Oppland. Lokale fødetilbud er lagt ned også i Oppland over de siste år, noe som sikkert kan ha en god forsvarlighetsbegrunnelse, men det er nødvendig å sikre forsvarlig følgetjeneste ved de lange transportene av gravide som skal føde. Det er positivt at ansvaret for å sikre tjenesten plasseres spesifikt til RHF-et.

#### **§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulansbiler- og båter**

Ambulansbiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider og minst én annen skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

Forslaget støttes og det kan forventes at dette blir oppfylt siden tilgjengeligheten til utdanning av ambulanspersonell på høyskolenivå har økt til brukbar kapasitet.

Ambulansbiler som utfører oppgaver etter denne forskriften skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varsling.

Forslaget støttes siden dette er med på å redusere responstiden.

#### **§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene**

Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal:

e) ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, herunder lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten og

Tilgang til lydopptak er en viktig kilde for å opplyse hendelsesbaserte tilsynssaker der det enten er mangel på annen dokumentasjon eller der det er motstrid mellom klageres og helsetjenestens forklaringer. Dette sikrer rettssikkerheten både for pasienter og helsepersonellet i tillegg til at pasientrelatert dokumentasjon blir bedre. De større legevaktene har allerede slikt utstyr, så konsekvensene mht. utgifter til utstyr er begrenset.

f) bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

I Forskriftsforslagets §15 bokstav n) er det foreslått at AMK-sentralen skal ha etablert beredskap for tolketjeneste, noe som støttes. Våre erfaringer er at dette er vel så aktuelt i de større legevaktdistriktene som utvikles i Oppland, da det periodisk er stor tilstrømming av turister og ikke minst en stor asylsøkerbefolkning i asylmottakene i Oppland. Jf. også det foreslåtte forbudet mot å bruke barn som tolk (jf. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets høringsnotat av 28. mai 2014). Språklige misforståelser representerer et stort risikopotensial for uforsvarlighet og tolkeberedskap bør forskriftsfestes både for AMK- og LV-sentraler. For LV-sentralene riktignok etter ROS-analyse, da enkelte av disse er små og med begrenset behov for tolkeassistanse.

#### **§ 15 Krav til AMK-sentralene**

AMK-sentralene skal:

m) ha tilgjengelig lege med akuttmedisinske kompetanse på døgnbasis og

n) kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

Departementet ber på s.46 i høringsdokumentet om syn på om det skal innføres en sertifiseringsordning for operatørene i AMK sentralene, for å sikre nødvendig kompetanse. Fylkesmannen støtter at det bør være krav om sertifisering da dette er en svært sårbar funksjon i den akuttmedisinske kjede, hvor feil kan få alvorlige negative konsekvenser for akutthjelpen. Fylkesmannen støtter forslaget om å forskriftsfeste at AMK sentralene skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis.

Det er mye dokumentasjon som viser at språklige misforståelser kan få fatale konsekvenser, og forslaget om språklig beredskap støttes. Det er nå så god tilgang til raskt tilgjengelige tolketjenester, at dette bør være en overkommelig utfordring å få til. Fylkesmannen i Oppland vil likevel advare mot å ta lett på kravene til autorisasjon for tolker det gjøres avtale med, da Integrerings- og mangfolddirektoratets undersøkelser viser et bekymringsfullt stort innslag av bruk av ukvalifiserte tolker i offentlige tjenester. Vi viser også til vår kommentar til § 13 om forslaget om forbud mot å bruke barn som tolk.

#### **§ 20 Dokumentasjon**

Helsedirektoratet utgir en oversikt over kravspesifikasjoner m.v. som stilles til kommunikasjonsteknisk utstyr, drift og vedlikehold av dette som inngår i helsetjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap. Helsedirektoratet kan begrense tilgjengeligheten for deler av kravspesifikasjoner m.v. dersom dette er nødvendig for å sikre korrekt behandling av taushetsbelagt informasjon eller av hensyn til nasjonal sikkerhet og beredskap.

På s. 49 i høringsnotat, under avsnitt dokumentasjon og tilsyn, framgår det at "Fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunikasjonssystemet er dokumentert i samsvar med gitte krav". Dette er i medhold av forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr. Vi er i tvil om det er nødvendig med egne tilsynsbestemmelser, da forsvarlighetskrav på systemnivå framgår både av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, som den nye forskriften vil ha som hjemmelsgrunnlag.

#### **Forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal**

§ 8 andre ledd skal lyde:

*AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak, og arbeidsdokumenter og pasientens egendokumentasjon mv. er å anse som en del av journalen, inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.*

Dette er en praksis Fylkesmannen i Oppland allerede har lagt til grunn for pasienters og pårørendes innsyn.

§ 14 andre ledd andre punktum skal lyde:

*AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak skal oppbevares i tre år etter opptaksdato, og skal deretter slettes forutsatt at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen er nedtegnet på forsvarlig måte i pasientens journal. Lydopptaket kan likevel ikke slettes der opptakene er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyn, klage- eller erstatnings saker, eller utgjør annen del av saksbehandling.*

Dette forslaget støttes.

Med disse merknadene ønskes revisjonen av akuttmedisinforskriften velkommen.

Hans Tomter e.f.  
avdelingsdirektør/fylkeslege

Tony Heyerdahl  
seniorrådgiver

Etter våre rutiner er dette brevet godkjent og sendt uten underskrift.