

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2014/289 - 5246/2014

Deres ref.
10/2675

Saksbehandler
Steinar Bjørås,

Dato
12.09.2014

Høringssvar-forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev datert 28.mai 2014 med forslag til ny akuttmedisinforskrift og endring om pasientjournal.

Helse Midt-Norge RHF (HMN) er positive til at det tas initiativ til forenkling ved at to forskrifter slås sammen til en ny forskrift. Helse Midt-Norge RHF mener det også er riktig at det tas initiativ til å justere og oppdatere bestemmelser for en tjeneste som er i kontinuerlig endring og utvikling.

Generelle kommentarer til høringsnotatet

Kompetansekrav

Vi merker oss at konkrete krav til utdanning/bakgrunn for enkelte funksjoner i tjenesten er tatt bort med henvisning til at bl.a. nasjonale standarder vil erstatte slike krav. Dette gjelder bl.a. stillinger i Luftambulansetjenesten og betjening på AMK-sentralene.

På den annen side er forskriftsutkastet detaljert mht. kompetansekrav på andre områder som den kommunale legevaktstjenesten.

Vi kunne ønske at en var mer konsekvent i forhold til å definere kompetansekrav i de forskjellige tjenester. Slik det fremstår nå er det usikkert hvilke krav til kompetanse som kan stilles til ansatte i eksempelvis AMK-sentraler og luftambulansetjenesten. Å henvise til nasjonale standarder løser ikke denne utfordringen da disse standardene har forskjellig formell status, og dermed i varierende grad er bindende for tjenesteansvarlig.

Slik kompetansekravene nå fremstår gir de tolkningsmulighet for at enkelte områder av den akuttmedisinske tjenesten blir nedprioritert til fordel for andre.

«Lettere ambulanseoppdrag»

HMN støtter den avklaring som gis mht. at disse oppdragene kan gjennomføres med bemanning av personell med annen relevant kompetanse. Dette er viktig for å kunne beholde best mulig akuttberedskap lokalt.

Særlig om bemanningskrav for ambulansebiler

I høringsnotatet redegjøres det for at ambulansetjenesten kan legge opp bemanningen og kompetansen etter et skille mellom ambulanseoppdrag som er rene transportoppdrag eller lettere ambulanseoppdrag og den akuttmedisinske tjenesten. Det legges til grunn at de nye kompetansekravene som foreslås, ikke må gjøres gjeldene for transportoppdragene, men kun for den akuttmedisinske tjenesten. Virksomhetene kan således differensiere tjenesten. Forslaget legger dermed til grunn at de nye kravene ikke vil bety at virksomheten samlet må øke kompetansen i særlig grad.

HMN vil påpeke at det etter vårt syn kun vil være i de større ambulansetjenestene at det vil være aktuelt med å etablere en slik transportressurs. Det kreves et relativt stort oppdragsvolum for effektivt å skille mellom rene transportoppdrag og akuttmedisinske oppdrag. For de mindre stasjonene, som det er absolutt flest av, vil det være nødvendig å organisere tjenesten – og bilene - fleksibelt for å ha en rasjonell og effektiv drift. Disse vil derfor ikke kunne legge opp til en bemanning med personell som ikke fyller kravene i forskrift og vil således heller ikke ha noen gevinster av å dele tjenesten.

Det foreslås å styrke kompetansekravet i ambulansebiler ved at bl.a. begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

I høringsnotatets økonomidel redegjøres det for at dette tiltaket vil ha små økonomiske konsekvenser.

I Midt-Norge vurderer vi at en slik innskjerpelse vil ha følgende konsekvenser:

A. Bruk av vikarer

I dag brukes det i ambulansetjenesten i Midt-Norge et betydelig antall studenter og annet helsepersonell som vikarer, spesielt om sommeren. Et krav om kompetansebevis for utrykningskjøring og førerkort for kjøretøyklassen for denne gruppen vil vanskeliggjøre bruk av denne gruppen som vikarer. Evt. vil det å gi denne gruppen denne kompetansen medføre store kostnader. Det kan nevnes at et flertall av de ambulanser som brukes i Midt-Norge krever førerkort for kjøretøyklasse C1 (bil over 3 500 kg). Det er et fåtall av personellet i gruppene nevnt over som innehar dette pr. i dag.

Videre vil det kreves betydelige ressurser (både økonomisk og tidsmessig) for å gi disse kompetansebevis for utrykningskjøring.

I mindre perifere tjenester kan muligheten til å ha lokalt helsepersonell som vikarer, være god ressurs utnytte og fremme lokalt samarbeid innen helsetjenesten.

B. Lærlinger

I dag får lærlinger tjenestegjøre på ambulansebil som ambulansepersonell 2 i sitt andre lærlingeår under rettledning. Disse lærlingene som går et ordinært lærlingeløp i den videregående skolen vil ikke ha mulighet til å skaffe seg den kjøremessige kompetansen som det legges opp til her pga. alder og kjøreerfaring.

Dette vil bety at man må bemanne disse bilene med en tredje person helt fram til at lærlingene er ferdig utdannet.

Begge disse momentene over vil gi betydelige økonomiske konsekvenser for tjenesten. Selv om tiltakene i seg selv kan være positive fra et pasientperspektiv, mener vi at kostnadene og de praktiske utfordringer med tiltakene ikke vil stå i forhold til gevinsten. Mer likestilte faglige kompetansekrav til bemanningen på bilen vil redusere sårbarheten, sett fra pasientsiden, ved at kun den ofte mest kompetente kan kjøre utrykning.

Sertifiseringsordning i AMK sentralene

Departementet ber særlig om høringsinstansenes syn på om det bør innføres en sertifiseringsordning i AMK sentralene for å sikre kompetansen til operatørene.

HMN mener at med den detaljeringsgrad som i forskriftsforslaget legger opp til, vil det være fornuftig med en sertifiseringsordning. . Med mer detaljerte kompetansekrav blir behovet for sertifisering mindre.

Kommentarer til de enkelte kapitler i forskriftsutkastet.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene

HMN støtter intensjonen om opplæring og trening i samhandling mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjede.

Til tross for gjeldende formuleringer om samordning i dagens forskrift ser vi ofte at samhandlingen og samarbeidet svikter når eksempelvis strukturendringer i enkelttjenester

gjennomføres. Slike strukturendringer kan ha store konsekvenser for andre tjenester som fortsatt for ofte ikke i nødvendig grad blir invitert inn i prosessen. Endring av legevakt-struktur og ambulanse-struktur er eksempel på prosesser hvor det er betydelige avhengigheter. Forskriften kunne vært tydeligere på at det forventes en samordning ved slike prosesser.

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

HMN støtter denne tilføyelsen til dagens forskrift og vil påpeke at det ofte vil være formålstjenlig også å anse kommunens hjemmebaserte tjenester som en ressurs i akuttmedisinsk sammenheng.

Kapittel 2 Kommunal legevaktordning

§6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

C) krav til at legevakt skal kunne rykke ut umiddelbart når det er nødvendig

Det blir etablert flere og flere «stor-legevakter» hvor mange kommuner går sammen om legevakttjenesten. Praxis for bakvaktsordninger i de mest perifere kommunene/områdene varierer. Vi mener det med fordel kunne skisseres noen krav til når bakvaktsordninger skal etableres for å sikre forsvarlig akuttberedskap mht. avstander og muligheten for forsinket bistand.

.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulansebiler- og båter

Det vises til kommentarer over.

§12, e

Vi foreslår at AMK sentral nevnes spesielt i teksten.

§13, e

Vi er usikre på om bruk av ordet «trafikk» i denne sammenheng kan misforstås. Ordet «kommunikasjon» foreslås.

Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste

§15 Krav til AMK-sentralene

Bokstav B, besvare 90 prosent av henvendelsene fra publikum innen 10 sekunder

Det bør anføres i forskriften at dette kravet gjelder henvendelser på tlf. 113.

HMN synes at dette kravet er strengt formulert og kan være utfordrende å oppfylle. Imidlertid ser vi at raskt svar på henvendelse på 113 vil være viktig for publikum og deres opplevelse av rask respons. I dag har alle sentraler i Midt-Norge viderekobling til annen AMK-sentral ved ikke svar etter 20 sekunder.

Vi vil anbefale at forskriften stiller krav til slik funksjonalitet i alle AMK-sentraler da dette etter vår erfaring er en effektiv måte å sikre forsvarlig svartid.

Bokstav G, ...sette samtalen over til LV sentral når henvendelsen gjelder allmennmedisinske problemstillinger....

Dette punktet synes litt uklart i forhold til ansvar for oppfølging av samtalen.

Det beste i en slik situasjon når henvendelsen haster, vil etter vår mening være å konferere med vakthavende LV-lege. En direkte oversettelse av samtalen kan medføre at samtalen havner i en kø. Det er nødvendig at AMK-operatøren i slike tilfeller må sikre seg at innringer får nødvendig hjelp i forhold til sin henvendelse.

h) Vi foreslår en tilføyelse i teksten: « ha nødvendig utstyr for å koordinere og følge opp ambulanseoppdrag.

l) Se over,

HMN mener at dagens krav bør videreføres.

m) HMN foreslår følgende tilføyelse under dette punktet: «*ønskelig med prehospital erfaring*»

Kapittel 5 Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr

Som Departementet er kjent med, er man i prosess i forhold til å beslutte en forvaltningsmodell som er harmonisert med de øvrige etatene som bruker Nødnett. HMN er av den oppfatning at dette kapittelet i forslaget til ny akuttmedisinforskrift, kommer for tidlig i forhold til beslutningen om forvaltningsmodell.

Iverksetting av denne delen bør først skje når man har besluttet hvordan eierskap, forvaltning og finansiering skal organiseres.

Dersom forskriften vedtas før forvaltningsmodellen er besluttet, kan man komme i en situasjon der forskriften endrer prinsippene innenfor forvaltning av helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.

Vår forståelse av Helsedirektoratets roller og ansvar tolkes til å være ansvar for å utgi veiledninger og retningslinjer, tolke helselovgivningen og «følge med» på at disse etterleves. Helsedirektoratet er i forslag til ny akuttmedisinforskrift foreslått tillagt flere oppgaver og ansvar. Innen enkelte områder kan det tolkes dithen at Helsedirektoratet tildeles et «sørge for» ansvar i den operative virksomheten, samtidig som de på et myndighetsnivå skal «følge med». HMN mener at «sørge for»-ansvaret er tillagt kommunene og de regionale helseforetakene, og vil kunne utøves gjennom Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett (HDO).

HMN støtter at det skal være krav til kommunikasjonsteknisk utstyr, vedlikehold av dette og at utstyret tilfredsstiller nødvendige funksjonelle og tekniske krav.

Ut fra den pågående diskusjon vedrørende fremtidig forvaltning og drift av nødnett som en total kommunikasjonsløsning for bl.a. helsetjenesten og nødetatene, samt andre brukere for øvrig, mener vi at bestemmelsen må være i samsvar med de ansvars- og myndighetsområder som der fremkommer.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) er tillagt ansvar for å godkjenne utstyr som skal tilkobles det nye digitale nødnettet.

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

§ 8 og §14

Plikt for AMK til lydopptak

HMN stiller spørsmål med at man begrenser oppbevaringsplikten for lydopptak til 3 år i all hovedsak begrunnet i personvern hensyn til evt. andre enn aktuell pasient som kan identifiseres på lydopptaket.

Før man utleverer lydopptak /lar pasienter/andre høre på lydopptak, må man sikre at ikke aktuell pasient kan identifiseres. At andre kan identifiseres, f eks. innringer, kan ikke begrunne at lydopptak slettes for tidlig. Dersom avskriften av samtalen ligger i pasientjournalen, vil det også der kunne fremgå hvem som har ringt og evt. hvilke andre som var involvert.

Pasientskadesaker kan havne i rettssystemet (for så vidt også i NPE) mer enn 3 år etter aktuell hendelse. Saken vil ikke være foreldet etter pasientskadeerstatningsloven før den er foreldet etter de ordinære foreldelsesregler for erstatningskrav; senest 3 år etter at skadelidte fikk nødvendig kunnskap om skaden. Dersom lydopptak slettes og heller ikke er sikret f eks gjennom saksbehandling i NPE, vil muligheten for fullstendig bevisførsel mht. AMK eller andre involverte (eksempelvis LV) i rettssak være vesentlig redusert når lydopptaket slettes. Et lydopptak av en aktuell situasjon har langt større bevisverdi enn en utskrift av lydopptaket.

Videre indikerer ordlyden i forslaget til endring i forskrift om pasientjournal at det er kun relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som skal nedtegnes i pasientens journal. En utskrift av lydopptaket som legges i journalen vil dermed i mange tilfeller ikke inneholde all kommunikasjon/detaljer i kommunikasjonen. Dette kommer i tillegg til at avgjørelse om hva som er nødvendig og relevant og dermed skal føres i journal er overlatt til den som fører det inn. Det som er overført fra lydopptak til pasientjournal vil dermed ikke ha på langt nær samme verdi som bevis sammenlignet med selve lydopptaket.

Dette hensynet kommer inn i forhold til NPE-saker som meldes svært sent og i forhold til vanlige erstatningssøksmål rettet mot helsepersonell personlig.

Lydopptak vil også kunne ha betydning i straffesaker, uten at AMK-personell er mistenkt for noe straffbart. Straffbare forhold av noen alvorlighetsgrad har lengre foreldelsesfrist enn 3 år.

I straffesaker er det imidlertid sannsynlig at forespørsel om utlevering for bevisførsel kommer tidlig i etterforskningen; altså godt innenfor 3-årsfristen.

Selv om muligheten for at lydopptak etterspørres mer enn 3 år etter opptaksdato er liten, bør det etter vårt syn gå noe lengre tid før dette slettes, f eks. 5 år.

Vi ønsker at det vurderes på nytt om kravet til oppbevaringstid for lydlogg skal økes fra 3 til 5 år.

Med vennlig hilsen


Kjell Åsmund Salvesen
direktør for helsefag, forskning og utdanning


Steinar Bjørås
Rådgiver