

Akuttmedisinforskrift2014, Høringsnotat fra Anestesiavdelingen, Ålesund Sykehus

Ny Akuttmedisinforskrift, erstatter Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Høringsnotatet gir en god oversikt over relevant lovverk og har gode drøftinger og velbegrunnede forslag. Dette både når det gjelder opprydding i gammel forskrift, og for nye forslag.

Vi har følgende kommentarer til høringsnotatet:

4.1.3 Om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Vi støtter forslaget om et utvidet og formalisert samarbeid med frivillige organisasjoner. Savner imidlertid en drøfting av AMK's «forhold» til halvautomatiske hjertestartere. Svært mange anskaffer slike, både organisasjoner og bedrifter. Mange meldes inn til AMK. Vårt inntrykk er at noen AMK-sentraler registrerer disse, noen registrerer noen, andre registrerer ikke. Ulik praksis har for en stor del å gjøre med uklarhet rundt ansvarsforhold.

4.2.2 Nærmere om kommunenes ansvar for legevaktordning

Det skrives mye bra om kommunenes ansvar for legevaktordningen. Støtter fullt ut krav til kompetanse hos legevaktlege og krav om bakvaktordning. Forskriften burde si noe mer om legevaktdistrikt. Vi tenker da på utviklingen de senere år med sammenslåing av legevaktdistrikt til svært store områder. Noe som ofte har skjedd uten drøftinger med for eksempel AMK eller ambulansetjenesten. Større distrikt innebærer i praksis en overføring av ansvar/ressursbruk fra kommunene til helseforetakene, da AMK og ambulansetjenesten må overta de kommunale oppgavene. Slik vi opplever situasjonen i dag rykker ikke legevaktsleger ut ved f.eks røde hendelser og har i så måte abdisert fra akuttmedisinsk arbeid mest trolig på grunn av størrelsen på legevaktsdistrikt og manglende kapasitet.

Det er positivt at der stilles krav om gjennomføring av ROS-analyser ved slike prosesser.

4.2.3.5 Behov for overgangsordninger

En overgangsordning på 5 år virker å være vel lenge. Det burde være mulig å øke kurskapasiteten ved hjelp av både kommunenes ressurser, bistand fra helseforetakene, høgskoler og private aktører.

4.3.1 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenesten

Særlig om følgetjeneste for gravide

«Ansvaret for følgetjenesten er allerede lagt til de regionale helseforetakene i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Det foreslås derfor en bestemmelse i høringsnotatet som presiserer de regionale helseforetakenes ansvar for beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide. Presiseringen skal sikre at organiseringen av ambulansetjenesten i helseregionen ses i sammenheng med organiseringen av fødselsomsorgen, jordmortjenesten i kommunen og følgetjenesten».

Støtter dette.

Helseforetakene må være ansvarlig for følgetjeneste med personell med rett kompetanse mellom sykehusene som en følge av den stadig økende funksjonsfordelingen. I henhold til dagens retningslinjer er det avleverende avdeling som har ansvar for å sende med kvalifisert følge når ambulanshelikopter ikke er tilgjengelig.

Særlig om bistand til søk- og redningsaksjoner

Det presiseres i forskriften at ambulansetjenester også skal kunne tilbys når personer befinner seg utenfor vei der det er vanskelig tilkomst. Det støttes.

Vi kan i imidlertid i fremtiden få en mer differensiert luftambulansetjeneste der noen vil kunne utfører enkle søk- og redningsoppdrag i tillegg til ambulanseoppdrag, mens andre baser vil ha en mer overførings og/eller intensiv medisinsk profil. Det er derfor viktig at luftambulansetjenestens rolle klargjøres tydeligere i forskriften. Det skrives at luftambulansetjenesten ansees å være en del av den totale ambulansetjenesten, men det faglige nivået er av en helt annen karakter i luftambulansetjenesten enn i de øvrige delene av tjenesten. Luftambulansetjenesten har høyspesialisert personell, der bil- og båtambulansen har ambulansarbeidere på fagbrevnivå. Det sier noe hvilke type tjenester de ulike kan tilby og en bør derfor differensiere.

Om nasjonal samordning

Vi støtter behovet for nasjonal samordning.

Et samordningstiltak som Helsedirektoratet burde ta tak i, er en oppfølging av Kokoms «opplæringsplan» for operatører i AMK- og lv-sentraler. Kokoms plan er bra, men trenger en videreutvikling med for eksempel forslag til konkret kursoppsett.

4.3.2 Om bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler-, båter-, helikoptre- og fly som inngår i helsetjenestens akuttmedisinske beredskap

Særlig om krav til tilstedevakt

Støtter kravet om tilstedevakt for ambulansepersonell, samt formuleringene vedrørende unntaksbestemmelser (begge kriterier må være oppfylt).

Særlig om bemanningskrav for ambulanserbiler

Det er nødvendig å endre opplæring og krav til kompetanse i ambulansetjenesten. Utdanningen må opp på bachelor nivå. Vi ser for oss at minst en av de to helsepersonell som skal bemanne bil- og båtambulansene bør ha sykepleierutdanning med videreutdanning i akuttmedisin eller tilsvarende. Med den før nevnte økende funksjonsfordeling og sentralisering øker kravene til medisinsk kompetanse prehospitalt.

Særlig om tilleggsbemanning

Støtter presiseringene vedr krav til vurdering av behov for tilleggskompetanse under transport, og ansvar for dette.

4.4.2.2 Nærmere om kommunens ansvar for legevaktsentral - vurdering og forslag

Et eventuelt 8-sifret telefonnummer som supplement

Departementet argumenter godt for et 8-sifret telefonnummer som supplement til det 8-sifrete nr som rutes til 116 117. De vil imidlertid ikke stille krav til kommunene om å etablere dette.

Vi mener høringsnotatet lister opp så mange gode argumenter for dette, at det bør være et krav.

4.4.3.2 Vurdering og forslag

Svarsentre for telefontrafikk med ukjent nummer mv.

Det vil i tillegg være en del tilfeller der anropet ikke har noen geografisk tilknytning slik at innringers adresse er ukjent (nummeridentitet vises ikke ved oppringningen), eller det ser ut som innringer har en adresse, men denne stemmer ikke med fysisk lokalisering av innringer (oftest ved IP-telefoni). Man vil da ikke vite hvor samtalene skal rutes til. Slike anrop må kunne gå automatisk til et samlepunkt, eller svarsenter for overløpstrafikk, som kan sette over innringer til riktig LV-sentral. Staten er ansvarlig for å etablere et nødvendig antall svarsentre ut fra strukturer i telenettet, for eksempel ett i hvert fylke. Et svarsenter kan være AMK-sentralen i området eller en større LV-sentral.

Helsedirektoratet er i dialog med regionale helseforetak om plassering av svarsentre ved AMK-sentraler, og vil inngå nødvendige avtaler med svarsentre på vegne av departementet. Regionale helseforetak vil sikre at utpekte AMK-sentraler har lagt til rette for mottak av slik overløpstrafikk. Staten vil bære alle kostnader knyttet til nasjonalt legevaktnummer, se kapittel 6 om administrative og økonomiske konsekvenser.

Her savner vi en vurdering av volumet på slike samtaler. Er det et stort volum, kan det ha betydning for ressursbehovet i den sentralen som skal være et slikt «svarsenter»

Vi har forespurt HMN om dette nylig og de kjente ikke til dette.

4.4.5 Nærmere om krav til AMK sentralene

Krav til svartid i AMK sentralene

Støtter krav til svartid i AMK-sentralene. Det vil være en viktig kvalitetsindikator.

Forslag til forskrift inneholder også forslag om at AMK «som hovedregel skal sette henvendelser om allmennt medisinske problemstillinger over til legevaktsentral». Det argumenteres også for at dette vil øke effektiviteten i AMK. »Når operatørene må bruke mye tid på å besvare slike henvendelser, går det ut over sentralenes effektivitet og mulighet til å opprettholde kort svartid».

Dette stiller vi oss tvilende til. AMK må uansett besvare henvendelsen, registrere informasjon og foreta en utspørring for å fastsette hastegrad (og evt konkludere med at dette er den type henvendelse som omtales).

Dagens anbefalte standard (fra Medisinsk Indeks) for denne type henvendelser, er at den settes over til legevaktsentral, evt at innringer ber ringe sentralen selv. At det nå kreves at alle slike henvendelser (som hovedregel) skal settes over til LV-sentralen, vil sann sett rett og slett kreve mer ressursbruk fra AMK sin side.

Forslaget gjentar også denne hypotesen om økt effektivitet i pkt. 6.4.

Krav til kompetanse og bemanning ved AMK sentraler

Forslag om sertifiseringsordning støttes. Helsedirektoratet bør også utarbeide forslag til «kursoppsett» for opplæring av AMK-operatører (basert på Kokoms forslag til opplæringsplan).

Det er også nødvendig å forskriftsfeste (som foreslått) at kompetent AMK-lege skal være tilgjengelig. Formuleringene vedrørende hva som menes med tilgjengelig, virker og fornuftig og realistisk (*«Med tilgjengelighet menes i denne sammenheng at lege er til stede i sentralen eller umiddelbart tilgjengelig på telefon eller i nødnett»*).

4.5 Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr

Ansvar

Positivt at ansvarsforhold vedrørende dette beskrives.

Dokumentasjon og tilsyn

Støtter beskrevne forslag vedrørende dette.

Krav til teknisk organisering, kravspesifikasjoner, kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt og funksjonsgodkjenning

«Bokstav e i § 19 er også en ny bestemmelse som gir Helsedirektoratet adgang til å stille krav til opplæring i bruk av kommunikasjonsteknisk utstyr.»

Dette er viktig og nødvendig. En har altfor ofte opplevd brukere (=leger) som ikke kan betjene helseradioen de har fått utlevert uten nevneverdig opplæring.

5.4.1 Innsynsrett i lydopptak

Om gjennomføring av innsyn

«Det er videre et spørsmål om innsynsretten også gir pasienten rett til kopi av selve lydfilen. Departementet mener pasientens rettigheter i utgangspunktet kan ivaretas tilstrekkelig gjennom utskrift av lydopptaket etter avspillingen. Dersom pasienten spesielt ønsker det bør hun/han også kunne gis kopi av selve lydfilen, hvis det ikke er grunner som taler imot det.

Departementet mener i utgangspunktet at muligheten for uredigert gjengivelse av hendelsesforløpet oppveier de personvernmessige konsekvensene det har å oppbevare denne typen samtaler. Operatørene på AMK er klar over at samtalene blir tatt opp, og som nevnt

tidligere gir lydopptaket trygghet både for operatør og innringer. Departementet mener at AMK er nærmest til å vurdere om lydfilen skal utleveres, eller kun avspilles for pasienten, ev. pårørende. Dersom AMK finner at innsyn skal gis ved avspilling, kan pasienten kreve å få utskrift av lydopptaket.»

Vi oppfatter at disse formuleringene imøtekommer AMK-ansattes behov for «beskyttelse». AMK kan selv bestemme om lydfiler skal utleveres. Vi håper dette blir stående slik det er foreslått.

Selve forskriftsforslaget

Vedrørende AMK-sentralenes oppgaver

I den gamle forskriften, heter det i §9c:

- (AMK sentralene) skal styre og koordinere ambulanseoppdrag

I forslaget til ny forskrift, heter det i §15c:

- (AMK-sentralene skal) gi nødvendige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag

Det er negativt at ordet «styre» er fjernet i forslaget til ny forskrift. For at en skal få god «effekt» av den prehospitale innsatsen som ytes, er det nødvendig at noen kan styre ressursene. De foreslåtte formuleringene gir AMK en mer passiv rolle enn tidligere. Dette er ikke egnet til å styrke AMKs muligheter til å utføre oppgavene sine på en god måte.

Ålesund, 120914.

Anestesiavdelingen, Ålesund Sykehus