

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/261-4/ 008

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Trond Marius Elsbak, 75 51 29 17

Sted/dato:  
Bodø, 29.09.2014

## **HØRINGSSVAR - FORSLAG TIL NY AKUTTMEDISINFORSKRIFT**

Vi viser til departementets forslag til forskrift om “Krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.” (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal.

### **Generelt**

Helse Nord RHF har lagt betydelig vekt på å ha en desentralisert ambulansetjeneste for å gi befolkningen mest mulig likeverdige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det at en ambulanse kan komme raskt frem til en pasient - også i et område eller kommune med lav og spredt befolkning - er en vesentlig del av kvaliteten i tjenesten.

Tilbudet som tilbys befolkningen består ikke av ambulansetjenesten alene, men av helheten i det akuttmedisinske tilbudet. Pasientens behov for kompetanse ivaretas derfor fra ulike enheter avhengig av antatt behov, f.eks bilambulanse, ambulanshelikopter eller kommunal legevakt.

For å ivareta pasienter i en geografisk stor landsdel med spredt befolkning har Helse Nord i dag 121 ambulanserbiler, 26 reserveambulanser, 14 ambulansebåter, 6 ambulansefly, 2 (snart 3) ambulanshelikopter og 2 redningshelikopter (som også utfører luftambulansetjeneste). I tillegg kommer andre transportressurser, kommunal legevakt og andre helseressurser som bistår prehospitalt.

### **Etter ”akutforskriften” fra 2005**

Etter at ”akutforskriften” kom i 2005 har Helse Nord satset betydelig for å innfri forskriften samtidig som vi har opprettholdt en stor grad av desentralisering. For å illustrere dette økte kostnadene isolert for bilambulansetjenesten med ca 86% i perioden 2005 – 2008. Både kostnadene og kvaliteten i tjenesten har vært økende også i perioden etter.

## KOMMENTARER OG ANTATTE KONSEKVENSER FOR HELSE NORD SOM FØLGE AV FORSLAG TIL NY AKUTT MEDISINFORSKRIFT

### Generelle bestemmelser (ref § 1 - 5)

Her foreslår vi at det fremkommer at den instans som har ansvaret for tjenesten også har ansvaret for tilrettelegging. Samhandling og samarbeid skal skje ved at kommunen har ansvaret for sitt system og finansiering, tilsvarende har spesialisthelsetjenesten ansvaret for sitt.

Helse Nord RHF støtter at det kan etableres gode og skriftlige avtaler om bistand utenfor helse- og omsorgssektoren.

### Kommunal legevaktordning (ref § 6 – 9)

Vi støtter forslaget om nye krav for kommunale legevaktsordning. Vi mener det er formålstjenlig at disse presiseres ved at:

- Kompetansen styrkes for alt helsepersonell som jobber i legevakt.
- Det stilles krav til at leger i legevakt er kjent med samarbeidende etaters og deres lokale administrative og operative rutiner mm.
- Fylkesmannens adgang til å gjøre unntak (tidsbegrenset) bør bare anvendes dersom kommunen kan vise til plan for å oppnå forskriftfestet kompetanse.
- Det må stilles krav til at kommunen etablerer transportordninger som muliggjør utrykning av lege uavhengig av ambulansetjenesten.

### Ambulansetjenesten (ref § 10 – 11)

Det må avklares hva som menes med ”å delta i enkle søk og redningsoperasjoner” - både vedrørende bil- og båtambulansen og luftambulansetjenesten. Innebærer dette at bilambulansetjenesten skal være utstyrt for SAR/oppdrag utenfor vei og at ambulanshelikoptre skal ha heis og tilleggsbemanning?

Videre må det klargjøres hva som menes med at de ulike ambulansetjenestene ”i nødvendig grad er samordnet nasjonalt”. Mye er i dag samordnet gjennom medisinske manualer, fagopplæring, regionale AMKer, nasjonale anbud etc. Nytt nødnett vil ytterligere bidra til samordning bl.a. gjennom nasjonale talegrupper.

Departementet skriver i høringsnotatet (4.3.1.) at ”... faller fartøy/kjøretøy som benyttes til rene transportoppdrag eller lettere ambulanseoppdrag, der det ikke er behov for overvåking og behandling av de(n) som transporteres, utenfor forskriftens bestemmelser”. Helse Nord RHF mener at det er uheldig at oppdrag som faller utenfor forskriften benevnes som ”lettere ambulanseoppdrag”. Oppdrag som faller utenfor forskriftens definisjon - f. eks pasient som må transporteres liggende - kan benevnes som bårpasient eller syketransport og ivaretas av Pasientreiser.

### Betydelige konsekvenser - bilambulansetjenesten

Dagens tjenester i primærområder med befolkning mindre enn ca 8000 har en kombinasjon av aktiv vakt (tilstedevakt) og hjemmevakt. Ny forskrift bør tydeliggjøre hva som anses som ”lavt antall akuttoppdrag per år” og ”bemannet innen forsvarlig tid”. Det vil kunne gi rom for ulike tolkninger rundt omkring i landet dersom dette ikke blir definert.

Krav om at begge på ambulansen til enhver tid skal ha autorisasjon/lisens vil medføre økte kostnader ved ferieavvikling, og andre vakanser.

Forslaget gir følgende faglige utfordringer i Helse Nord:

- Økt andel beredskapstid i forhold til oppdragstid per ansatt vil være betenkelig i forhold til rett prioritering av helseressurser.
- Krav om utrykningskompetanse (kode 160) på begge i bilen vil vanskeliggjøre rekruttering av ferievikarer.
- 2. års lærlinger kan ikke benyttes som andremann i ambulansetjenesten (faglig verdiskapningsår).
- Svært utfordrende å ta inn unge lærlinger rett fra videregående skole da disse må ha hatt førerkort i minst 2 år for å oppfylle forslaget til kompetansekrav.

Helse Nord RHF er enig i at ambulansetjenesten skal ha en fortsatt kompetanseutvikling. Våre helseforetak har gjennom oppdragsdokumentet fått krav om 100 % dekning av autorisert ambulanspersonell (fast ansatte fagarbeidere). Dette kravet er nesten innfridd. I tillegg kommer utdanning av et antall paramedic. Dette er et betydelig faglig løft i Helse Nord.

Videre utvikling av gode ambulansetjenester må fokusere på områder som gir helsemessig gevinst. Dette kan være økt kompetanse på dagens ambulanspersonell, f. eks innen akuttpsykiatri og rus, bedre kommunikasjon (oppfølging nytt nødnett), fortsatt desentralisert ambulansetjeneste, god tilgjengelighet, godt medisinteknisk utstyr, samarbeid med primærhelsetjenesten om økt ledsagerkompetanse og elektronisk journal integrert i sykehussystem.

Ulike tiltak for opplæring av befolkningen i førstehjelp - og system for bruk av andre førstehjelpere (når ambulansen er opptatt/borte) - kan gi en betydelig helsegevinst.

Helse Nord RHF mener at det er faglig forsvarlig med kombinasjonsløsninger mellom tilstedevakt og hjemmevakt i mindre tjenester. Videre må kompetansekrav settes slik at det blir mulig å avvikle sommerferie uten ”kunstig” høy bemanning og stenging av stasjoner.

#### *Båtambulansetjenesten*

Når det gjelder ambulansebåt innebærer HODs forslag en reduksjon av kompetansekrav i forhold til i dag. Vår tolkning av gjeldene forskrift er at ambulansebåt skal ha kompetanse tilsvarende ambulansebil - dvs. en autorisert ambulansarbeider pluss en med kompetanse tilsvarende NOU 76:2 der retningsdelen innebærer kompetanse vedrørende sjøredning (kombinasjon matros - ambulanspersonell). En ambulansarbeider på ambulansebåt må i tillegg ha opplæring på særlige maritime utfordringer og sikkerhetskrav.

#### *Luftambulansetjenesten*

Selv om det er etablert standarder for helsepersonell innen luftambulansetjenesten (retningslinjer) bortfaller ikke behovet for at disse er hjemlet i forskrift. Helse Nord RHF mener derfor at det er behov for å videreføre krav til bemanning av ambulanshelikopter, redningshelikopter og ambulansfly.

#### **Medisinsk nødmeldetjeneste (ref § 12 – 20)**

Legevaktsentralene har en viktig medisinsk oppgave. Også mange av henvendelsene som burde ha vært til medisinsk nødnummer 113 kommer til legevaktsentral. Det er derfor vesentlig at forskriften stiller krav om at legevaktsentralen bemannes med autorisert sykepleier.

I §§ 14 og 16 fremkommer det begrepet ”helseforetak med akuttfunksjon”. Vi foreslår at dette endres til f. eks ”helseforetakets sykehus med akuttfunksjon”.

Krav til svartid (10 sekunder) alene - uten at det stilles krav til "AMK reaksjonstid" – gir ikke tilstrekkelig mål på kvalitet. Begge må måles for å kunne angi en indikator på kvalitet (bemanning, system/rutiner og kompetanse).

Det er uklart hva som menes med krav til AMK om å ha "et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde". Er det tilstrekkelig med et samordnet ressursstyringssystem for bil, båt og helikopter, eller skal dette også omfatte fly og legevaktressurser? Skal f. eks AMK ha systemer som ivaretar oversikt over kommunale beredskapsressurser utenfor eget område?

Beskrivelsen av problemstillingene knyttet til utlevering av lydlogg til pasienter og til offentligheten er for begrenset. Det bør tas en grundig gjennomgang av hvordan helsetjenesten skal håndtere den økende etterspørselen om innsyn fra ulike instanser og personer - og hvilke konsekvenser slikt innsyn kan få. Det må ikke bli slik at publikum vegrer seg for å ringe AMK i frykt for å få sitt bidrag avspilt i media.

Det er i dag ulik praksis for hvordan utleveringsbegjæring fra politi/påtalemyndighet håndteres. Slik utlevering bør derfor omtales spesielt i forskriften eller i "til forskriften".

Helse Nord RHF ber departementet vurdere om det bør være et krav at AMK-sentralene har et elektronisk beslutningsstøtteverktøy. AMK-sentralene er en stadig viktigere helsetjeneste og det bør vurderes et krav om forankring i akuttmedisinsk fagmiljø.

Forskriften bør være tydelig på krav til operatører i AMK-sentralene - det skal være sykepleiere og ambulansesarbeidere - og med tilleggsopplæring. Det bør være sertifiseringsordning av operatørene og krav om regelmessig resertifisering.

AMK-sentralene skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis. Vi foreslår at det tas med at AMK-legen skal ha kompetanse på faktorer som er viktige for å ta beslutninger som er best for pasienten og beredskapssituasjonen (geografi, ressurser, organisering, funksjonsfordeling, prehospital erfaring). Det bør vurderes hvorvidt det skal stilles krav til at legen er øyeblikkelig tilgjengelig på telefon/radio og skal kunne møte fysisk i sentralen i løpet av fastsatt tid.

### *Kommunikasjonsberedskap*

I dagens helseradionett har Helsedirektoratet hatt en rolle vedrørende konsesjon (nettet) og funksjonskrav (utstyret). RHFene har eierskap, forvaltning og drift av nettet innenfor sitt geografiske område. Til forskjell fra dette vil det i nytt nødnett være Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) som har systemansvaret for nettet og skal godkjenne alt utstyr som tilknyttes.

DNKs rolle som nødkommunikasjonsdirektorat for politi, brann og helse - i kombinasjon med RHFenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste - er tilstrekkelig for å oppfylle foreslåtte krav i §§ 17 og 18. De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert HDO Nødnett HF som et landsdekkende kompetansesenter og som ivaretar helses behov - både i kommuner og helseforetak. Det synes derfor å være ineffektivt og unødvendig med to "nødnettdirektorat".

§ 19 foreslås fjernet evt. tilpasset ansvarspartene DNK og de regionale helseforetakene/ kommunene. Vi kan ikke se at det er hensiktsmessig at et fagdirektorat for helse skal detaljstyre tekniske forhold eller tilknyttet opplæring. Helsedirektoratet har ikke en slik rolle i andre systemer som benyttes

landsdekkende, for eksempel systemverktøy i AMK, verktøy i flykoordinering og andre viktige kommunikasjonsverktøy (eks nasjonal anskaffelse av multimonitorer som kan levere pasientdata live til kompetanse i sykehus). Paragrafen omhandler også teknisk sikring som ivaretas av annen forskrift.

De regionale helseforetakene har etablert Nasjonal IKT HF for å sikre en samordnet og strategisk IKT-utvikling basert på helsetjenestens behov.

### **Overgangsordning, ikrafttredelse (ref § 21 – 22)**

Dersom forslag til ny akuttmedisinforskrift blir vedtatt slik den foreligger vil det av kapasitetsmessige årsaker være formålstjenlig at overgangsperioden settes til 5 år i stedet for 3 når det gjelder bemanning i ambulanserbiler.

### **ANTATTE ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR HELSE NORD**

Helse Nord RHF vurdering er at endringer knyttet til tilstedevakt vil kunne gi økte kostnader utover slik tjenesten er dimensjonert i dag. Det må tas stilling til hvorvidt grunnbemanningen må økes for å klare ferieavviklingen, dersom det stilles krav til at to personell som bemanner en ambulansebil må ha utryknings sertifikat.

Økt antall lærlinger, nye stillinger, kompenserende fagtiltak, stasjonsfasiliteter og utrykningskompetanse vil utgjøre en kostnadsvekst.

Helse Nord RHF ber derfor departementet - før det innføres nye krav til ambulansetjenesten - gjøre kost/nytte – vurderinger for å avklare om denne økte ressursbruken er riktig prioritering av helsekronene.

#### *En befolkning - to akuttmedisinske ansvarsnivåer*

I de tilfeller hvor manglende oppfyllelse av forskriftskrav vedrørende kommunal legevaktjeneste åpenbart påfører spesialisthelsetjenesten økte kostnader må disse merkostnadene være refusjonsberettiget. Prinsippet om at hvert ansvarsnivå også skal ivareta tilhørende økonomisk forpliktelser må være gjeldende.

### **Elektronisk journal i ambulansetjenesten**

Helse- og omsorgsdepartementet oppgir i høringsnotatet at det ikke er hensiktsmessig at krav om elektronisk pasientjournal tas inn i ny akuttforskrift. Dette fordi departementet har hatt på høring et forslag om generelle krav til elektronisk pasientjournal, jf. forslag til forskrift om IKT-standarder mv. som det nå arbeides videre med. Imidlertid er ikke ambulansetjeneste eller akuttmedisin behandlet i IKT høringsnotatet.

Vi ser helt klart nytten av elektronisk journal i ambulansetjenesten integrert mot sykehus og ber departementet vurdere om dette bør forskriftfestes.

Våre helseforetak har sendt høringssvar direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

*Høringssvaret fremmes for styret i Helse Nord RHF og det tas forbehold om godkjenning.*

Med vennlig hilsen

Lars H. Vorland  
signert  
Adm. direktør

Geir Tollåli  
signert  
Fagdirektør