

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

14/00859-4

Deres referanse:**Dato:**

12.09.2014

Saksbehandler:

Christel Meyer

Høring - 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 forslag til endringer i forskrift om pasientjournal. Helseforetakene er egne høringsinstanser, men forslaget til ny forskrift har også vært drøftet i flere fagnettverk i Helse Sør-Øst. Vår høringsuttalelse gjengir det man faglig er omforent om i helseregionen.

1. Generelle kommentarer

Kompetansekrav

I Helse Sør-Øst pågår det et omfattende utviklingsarbeid for prehospitaltjenester, og vi mener at det er viktig og riktig at departementet fastsetter nye krav til akuttmedisinske tjenester både i og utenfor sykehus. Selv om det er viktig at virksomhetsledere fortsatt skal ha ansvar for at ansatte har riktig kompetanse i forhold til de oppgavene de skal løse, er vi særlig positive til at det stilles tydelige krav til kompetanse. Erfaringer har nemlig vist at forskriftsfestede kompetansekrav bidrar til å øke det faglige nivået på tjenestene. Men kravet om kompetanse er ikke like detaljert for de ulike tjenesteområdene og vi ønsker en større likebehandling. Det er f.eks positivt at man stiller meget detaljerte kompetansekrav til leger i vakt i kommunene. Det har stor betydning både for samarbeidet med ambulanspersonellet, men vil også påvirke antall innleggelser til akuttmottak/ sykehus. På den andre siden er det et meget uheldig signal at man fjerner gjeldende spesifikke kompetansekrav til helsepersonell innen luftambulansetjenesten. Det kan oppfattes som om det ikke lengre er så viktig. Grunnleggende krav til alle deler av den akuttmedisinske tjenesten bør være forankret i forskriften. Forskriftskravene vil så være utgangspunkt for å utvikle faglige standarder for alle deler av den akuttmedisinske tjenesten.

Lydlogg

Lydlogg er et viktig verktøy for akuttmottakene. Det har de siste årene vært mange diskusjoner om innsyn i lydlogger etter enkelte dramatiske enkeltsaker. Det er viktig med åpenhet omkring hvordan akuttetatene håndterer dramatiske hendelser, for at befolkningen skal ha tillit til at det gis profesjonell hjelp når de trenger det. Det er viktig at regelverket ivaretar dette. Krav til innsyn i lydlogger er også et spørsmål om hvordan man skal imøtekomme offentlighetens ønske om innsyn i pasientjournal.

Vi ber om at departementet går grundigere inn i de spørsmål som knytter seg til offentlighetens innsyn i pasientjournaler etter offentlighetsloven.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 1 formål

Det er uheldig at omtale av samarbeid med brann, politi og hovedredningssentraler ikke videreføres. Flere hendelser de senere årene har vist hvor viktig samarbeidet og samhandlingen mellom alle redningsetater er.

§ 2 Virkeområder

Helse Sør-Øst støtter forslaget om at forskriften ikke skal omfatte lettere ambulanseoppdrag og rene transportoppdrag. Men det bør spesifiseres hva som menes med *lettere ambulanseoppdrag*.

§ 3 Definisjoner

Tjenester

Her brukes ordet "tjenester" både om virksomhet som yter tjenester og den tjenesten som tilbys. Ordbruken bør være klarere og mer entydig.

medisinsk nødtelefon

I punkt e) omtales medisinsk nødmeldetjeneste, der både henvendelser til 113 og 116 117/annet telefonnummer til legevakt inngår. På AMK-sentralene svares det systematisk «*Medisinsk nødtelefon 113*» på henvendelsene.

Uttrykket *Spesialisthelsetjenestens nødnummer (113)*, benyttes heller ikke i andre sammenhenger, og bør derfor erstattes av Medisinsk Nødtelefon 113

§ 4 Samhandling og samarbeid

Her brukes begrepet *akuttmedisinsk kjede*. Dette er ikke definert hvilke virksomheter som inngår i den akuttmedisinske kjeden. I §2 står det Kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Det bør presiseres at det er det man mener også i §4.

Følgende setning bør deles:

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 .

Første del bør sette krav til samhandling/koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Andre del bør beskrive helsetjenestens samhandling/koordinering med øvrige nødetater.

I forskriften bør det være konkrete krav til innhold i samhandlingsavtalene mellom helseforetaket og kommunen. Det bør fremgå i forskriften hvem som har ansvar for at de ulike aktørene i den akuttmedisinske virksomheten og de andre nødetatene er samordnet, og at personellet får nødvendig opplæring og trening. Det bør også fremgå tydeligere i forskriften eller i kommentarene hvem som har de ulike rollene på skadested. (jfr Helsedirektoratets / NAKOS sitt arbeid med "Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering). Det samme gjelder for helse- og omsorgstjenestens ansvar og funksjoner i redningstjenesten.

For å sikre forsvarlig behandling av pasienter og riktig ressursutnyttelse bør det være et tett samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevaksordningen. Ofte er det ambulanspersonell som gjør den medisinske vurderingen på stedet. Erfaringer har vist at mangelfull involvering av lege vil resultere i flere unødvendige innleggelser. Bruk av kommunale akutte døgnplasser bør også avklares mellom legevakt og spesialisthelsetjeneste.

Vi vet at samarbeidet mellom legevakt og ambulansetjenesten praktiseres ulikt. Ut i fra pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet bør det i forskriften presiseres at lege i vakt og ambulansetjenesten skal samarbeide om håndtering av pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever det. Det forutsetter at ambulanspersonell ber om bistand fra lege i vakt, og at lege i vakt er tilgjengelig for ambulanspersonellet.

§5 Avtaler om bistand

Førsterespondentordninger

I § 5, beskrives bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten. Konkret er frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen nevnt. At andre ikke er nevnt, kan komplisere samarbeid med for eksempel Politi (psykiatriske pasienter, Politibiler som har defibrillator), Sivilforsvaret, Forsvaret osv.

I høringsnotatet benytter departementet begrepet *Akutthjelper*. Det gjøres oppmerksom på at dette begrepet ikke finnes i definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede, 2. utgave, 31.07.2012. Definisjonskatalogen benytter imidlertid «Førsterespondent» for tilsvarende virksomhet.

Helseforetakene opplever videre at også privatpersoner, frivillige organisasjoner, ønsker å yte akuttmedisinsk bistand. Dette er særlig aktuelt i områder hvor det er langt til nærmeste tettsted. Dette er bra, men ansvarsforhold og spesielt taushetsplikt, er ikke regulert. Det ville vært ønskelig om slike forhold hadde vært nevnt i forskriften eller følgeskriv til forskriften. Det kan løses ved at kommuner og helseforetak inngår avtaler med førstresponder og at

disse inngår i helse- og omsorgstjenestens akuttberedskap. De blir da som helsepersonell å regne og har bl.a krav til taushetsplikt.

Det bør også presiseres at en førstresponder ikke skal være et alternativ til profesjonell helsehjelp, men et supplement til og ressurs inntil legevaktslege, ambulanse eller annet kvalifisert helsepersonell ankommer.

Hvordan en ordning med formelle førstrespondere skal organiseres og finansieres bør ivaretas gjennom avtaler mellom kommuner og helseforetak. Det bør også fremkomme hvilke faglige krav som skal stilles til de som forventes bidra til å yte livreddende førstehjelp

Det er et økende krav fra arrangører av større arrangementer, stevner, festivaler etc om tilstedeværelse av akuttmedisinsk beredskap. Helseforetakene opplever at flere og flere vaktelskaper vil ha godkjent ambulanser for å kunne tilby slike tjenester. Ofte dreier det seg om førstehjelp og lettere ambulanseoppdrag. Det bør lages egne regler / veileder for bla. hvilken opplæring/ kompetanse personer som yter slik akuttmedisinsk bistand må ha.

Kap 2 – kommunal legevaktordning

§6 Kommunens ansvar for legevakt

Det må presiseres mye tydeligere at kommunene har et klart ansvar for å organisere legevaktstjenesten slik at leger i vakt kan ivareta utrykningsplikten hele døgnet. Det betyr også at lege i vakt har utrykningsplikt uansett tid på døgnet når situasjonen tilsier det. Det er meget ulikt i hvor stor grad lege i vakt rykker ut til pasienter sammen med ambulansepersonell fra spesialisthelsetjenesten. Årsaken kan være at legen har vakt i et område hvor avstandene er lange. Triage blir ofte utført av ambulansepersonell. Kommunene må vurdere behov for antall leger i vakt og i bakvakt til ulike tider av døgnet.

Bakvaktordning

Helse Sør-Øst mener at det alltid bør være etablert en bakvaktordning i kommunene med en lege som skal ha reell plikt til å rykke ut ved behov. I forskriften må det beskrives nærmere krav til tilgjengelig, jmf krav til AMK-sentralenes tilgang på lege med akuttmedisinsk kompetanse. Der er kravet "umiddelbar tilgjengelig på telefon." Vi mener at man også bør stille krav til at bakvakt skal kunne tre inn i forvakt-rollen ved større belastningssituasjoner/ store hendelser osv.

Dessuten bør krav til mobilisering av tilleggsressurser ved større hendelser også tydeliggjøres. Vi ser i dag en utvikling hvor det blir større legevaktsdistrikter uten reell evne til å bistå på skadested. Vi savner også en presisering av hvilken rolle/ansvar kommunens leger har på skadested.

Sykebesøk

Det er uheldig at departementet ikke foreslår å regulere sykebesøk relatert til legevakt i denne forskriften. I dag er sykebesøk som konsultasjonsform på legevakt delvis erstattet med økende ambulansetransport inn til legevakt eller direkte til akuttmottak. Større bruk av

sykebesøk vil i flere tilfeller kunne forhindre innleggelser i sykehus, noe som er intensjonen i Samhandlingsreformen.

§7 kompetansekrav til lege i vakt mv

Helse Sør-Øst er enig i vurderingen om at allmennleger er best kvalifisert til å ha legevakt og at krav til grunnkompetanse for klinisk legevaksarbeid er spesialist i allmennmedisin.

En vet at erfarne fastleger og spesialister i allmennmedisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt, begrunner innleggelser på sykehus bedre men også avslutter flere behandlinger på legevakt. Dette er i tråd med føringene i samhandlingsreformen. Det er derfor uheldig at så mange uerfarne og ukjente leger har legevakt i kommunene.

Vi vil også påpeke at det foreslåtte minimumskravet til bakvaktens formalkompetanse er lik kravet til forvaktens minimumskompetanse. Det er et uvanlig prinsipp i spesialisthelsetjenesten.

Det bør vurderes om en egen spesialitet i akuttmedisin kan bidra til å øke antallet fagansatte legevaksleger og styrke fagmiljøets anseelse.

§8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Helse Sør-Øst støtter forslaget om at annet helsepersonell i legevakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det er viktig at de som tar imot henvendelser til legevakten, og som ofte også gjør de første faglige vurderingene, har tilstrekkelig kompetanse.

§ 9 Krav til utstyr i kommunal legevakt

I forskriften stilles ikke krav til at legevaktlege skal ha førerkort, utryknings sertifikat eller egen bil til bruk for utrykningskjøring. Det bør derfor vurderes om det skal være krav til uniformert utrykningsbil for lege i hvert legevakt-distrikt (kommunal utrykningsbil, eller utrykningsbil stilt til rådighet fra eller i samarbeid med Helseforetaket/ambulansetjenesten). Når utrykningsplikt konkretiseres, må det også nevnes noe om hvordan utrykning skal foretas.

I Helse Sør-Øst er det meget gode erfaringer med kommunal legevaktsbil. I Asker og Bærum har man kunne dokumentere nærmere 600 sparte sykehusinnleggelser og rundt 1 200 sparte ambulanseoppdrag per år. Dette kunne med fordel vært med i kommentarene til §9.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

I pkt e) om beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet. I høringsnotatet nevnes følgetjenesten i tillegg til jordmortjenesten i kommunen. Følgetjenesten for gravide er ikke nærmere definert i notatet, men ambulansetjenesten skal planlegge beredskap for denne følgetjenesten. Det bør derfor beskrives hva departementet legger i "nødvendig følgetjeneste". Hvis dette dreier seg om ambulansepersonell med særskilt skoling bør det beskrives.

Ambulansejournal

I høringsnotatet (sid 34) vises det til arbeidet med å utforme eget krav til elektronisk pasientjournal som også omfatter ambulansetjenesten. Vi mener at EPJ er et så viktig dokumentasjons- og kvalitetssikringsverktøy at det bør være et krav også i den nye forskriften for akuttmedisinske tjenester at den bør være innført f.eks i løpet av 3 år. Det er viktig at vi får fortgang på dette. Det er ikke tilfredsstillende at denne delen av tjenesten fortsatt opererer med papirbaserte journaler, selv om man mange steder skanner inn opplysningene etterpå.

§11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler- og båter

Det er uheldig at man i overskriften kun nevner ambulanserbiler- og båter, ikke fly og helikopter. Overskriften bør heller være *bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten*.

Luftambulanse

Det gir et uheldig signal at man i forskriften stiller strengere kompetansekrav til bemanning på alle andre deler av ambulansetjenesten, men fjerner gjeldende krav til akuttmedisinsk kompetanse for personell på luftambulanse og redningshelikoptere. Gjeldende kompetansekrav til bemanning for luftambulansetjenesten bør videreføres i ny forskrift. Slik bemanning var ikke tilstede på samtlige baser når forrige forskrift ble gjeldende, men er det i dag. Kompetansekrav i gjeldende forskrift for helsepersonell i ambulansefly og luftambulanse- og redningshelikoptere må videreføres.

Man nevner i høringsnotatet faglige anbefalinger fra Luftambulansetjenesten ANS som tilstrekkelig. Vi vil minne om at Luftambulansetjenesten ANS har ansvar for den flyoperative delen av tjenesten, og har kun en rådgivende funksjon overfor den medisinske virksomheten.

Ambulanse

I første ledd i merknaden er det *behov for å presisere hva som ligger i kravet til ambulansepersonell nr to*.

Forskriftsforslaget om at minst en skal ha autorisasjon som ambulansefagarbeider, mens den andre minst skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell med nødvendig tilleggskompetanse, utelukker flere studenter med relevant tilleggstudning. Det utelukker bruk av andre års lærlinger slik praksis er i dag. Kommentarene til forskriftsforslaget sier imidlertid noe annet, nemlig at departementet mener at annet års lærling likevel fyller kravene til å være annenmann på ambulansen. Også studenter som gjennomfører høyskoleutdanning i ambulansefag, lege- og sykepleiestudenter blir utelukket i forslaget. Fagplanen for høyskoleutdanning i ambulansefag sikrer fagligheten for å tjenestegjøre som annenmann i andre og tredje studieår. Dette gjelder også for legestudenter. De bør etter femte semester likestilles med lærlinger og studenter ved ambulansefaglig høyskoleutdanning.

Vi foreslår at *unntakene tas inn i forskriften*.

Den utelukker også personer med relevant utdanning fra f. eks forsvaret og voksenopplæring. Det er ønskelig at arbeidsgiver/virksomhetsleder skal kunne gjøre en egnethetsvurdering av medisinske kvalifikasjoner.

Det bør også presiseres at dette er minimumskrav. Det bør fremgå i forskriften at det er ønskelig med ytterligere formalkompetanse (Bachelor Paramedic). Virksomhetsleder har ansvar for å sikre at ansatte som er autoriserte fagarbeidere gis mulighet til å øke sin formalkompetanse til Paramedic / Bachelor Paramedic.

Kravet om at begge personene i ambulansen skal ha kompetansebevis for kjøring av utrykkingskjøretøy vil kunne føre til vanskeligheter med å rekruttere vikarer i enkelte områder.

§§ 12 og 13 Krav til kompetanse i legevaktsentraler og AMK-sentraler

Det bør i forskriften stilles presise krav til kompetanse både for operatører på legevaktsentral og AMK-sentral. AMK- og legevaktoperatøren er den første publikum henvender seg til når de trenger akuttmedisinsk hjelp. Det er viktig for utfallet at vurderingen er så riktig som mulig. De skal også gi publikum råd og veiledning mens annen hjelp er på vei. Det er forbundet med stor risiko for liv og helse dersom AMK-/legevaktoperatørene gir feilaktige råd.

AMK-/legevaktsentralene bør bemannes med autorisert helsepersonell som både har relevant klinisk arbeidserfaring fra f.eks akuttmottak, og nødvendig tilleggopplæring som trengs for en operatør.

Om lag 50 % av virksomheten i AMK er av elektiv karakter, der logistikk-kompetanse er av stor verdi. Andre funksjoner (sykehusfunksjoner, telemedisin, fjernovervåking av enkeltpasienter, beredskapssituasjoner etc.) krever igjen en annen type kompetanse.

Forskriften bør derfor fokusere på funksjonene for 113-mottak; beredskapsstyring av ambulanser, kommunikasjonscenter for akuttmedisinske situasjoner og samhandling med primærhelsetjenesten, og beskrive nødvendig kompetanse for disse.

Vi mener at grunnkompetanse for ovennevnte funksjoner bør være sykepleier eller ambulansarbeider, med tillegg av spesifikk operatøropplæring.

Sertifiseringsordning for AMK-operatører

Helse Sør-Øst gjennomførte en statuskartlegging i AMK-sentralene i 2013. Den viste store forskjeller mellom de ulike sentralene både i forhold til bl.a kompetanse og bemanning. Situasjonen er sikkert ikke annerledes i andre deler av landet. Vi mener derfor at det bør forskriftsfestes at AMK-sentralene bør bemannes med autorisert helsepersonell som både har relevant klinisk arbeidserfaring og nødvendig tilleggopplæring som trengs for en operatør. Dette må presiseres i pkt l).

For å sikre mer lik minimumskompetanse i AMK-sentralene er vi positive til at det innføres en sertifiseringsordning for AMK-sentralenes primæroppgavene. Alle sentraler skal ha et godkjent opplæringsprogram og opplegg for oppfølging, evaluering og resertifisering. Arbeidsoppgavene i AMK-sentralene må også rendyrkes.

Det bør også i forskriften nevnes at det *stilles særskilte krav til operatører som skal ha ansvar for å koordinere luftambulanse*. Jmf KoKom sitt forslag til "Kompetanseplan for operatører i AMK-LA sentraler med ansvar for flight following og koordinering av luftambulanshelikopter". Dette er en flysikkerhetsmessig viktig oppgave.

§ 15 Krav til AMK sentralene

Det har vært flere større hendelser i Norge de siste årene, som har vist hvor sårbare AMK-sentraler kan være ved større ulykker/hendelser. AMK-sentralene har en kritisk viktig funksjon i å ivareta befolkningens behov for akuttmedisinsk hjelp. Det må derfor stilles krav i forskriften til AMK sentralenes funksjonalitet, driftsikkerhet og reserveløsninger.

I Helse Sør-Øst har vi etablert prosedyrer og tekniske reserveløsninger for AMK-sentralene internt i helseregionen. Dette for å kunne håndtere teknisk svikt, brann eller andre forhold som gjør at man må evakuere AMK-sentralen. *Slike forhold må det stilles krav om i forskriften.*

AMK-sentralene bør også ha beredskap og prosedyrer for å håndtere større hendelser på tvers av regions- og landegrenser . Pkt i) bør utvides til å omfatte også det.

Det bør vurderes en egen operatørskole,- videreutdanning på høyskolenivå. Operatørfunksjonen er krevende og det er behov for en felles plattform for utdanning for både sykepleiere og ressurskoordinatorer på AMK-sentralene.

Pkt b) svartid /responstid

Tid er en viktig parameter i akuttmedisin både som kvalitetsindikator for tjenesten, men i enkelte tilfeller også en faktor som skiller mellom liv og død. Det er derfor en alvorlig mangel ved forslaget til forskrift at den ikke inneholder responstidskrav utover svartider på AMK-sentralene. Om telefonen ringer tre eller fire ganger før AMK-sentralen svarer har liten betydning, dersom ikke det samtidig stilles tilsvarende krav til responstid for hvor lang tid det skal kunne gå innen nødvendig helsehjelp/ambulanse kommer frem til pasienten. Det bør være krav til hvor lang tid etter anrop at ambulansen skal være fremme ved pasienten ved tidskritiske hendelser. Allerede i 1998 ble det foreslått at 90% av befolkningen i tettbygde strøk skulle nås i løpet av 12 minutter. Man satte en overgangstid på 3 år. Etter det skulle grensen være 8 minutter. I glesbygde områder var kravet den gang at 90 % skulle nås innen 25 minutter.

Dette mener vi i Helse Sør-Øst er et rimelig krav og anbefaler at man forskriftsfester de tidskravene i ny forskrift. Vi anbefaler også at man presiserer hvordan man skal kategorisere ulike bosetningsområder.

Vaktansvar i AMK-sentralen

Det bør også vurderes om det være et krav om at det er en person på vakt til en hver tid, som har overoppsyn med virksomheten og beslutningsmyndighet i sentralen til en hver tid. Det er lite hensiktsmessig at denne funksjon innehas av vakthavende AMK-lege.

Virksomhetsrapportering

I eksisterende forskrift § 5, står følgende:

Departementet kan ved enkeltvedtak bestemme at de regionale helseforetakene og kommunene skal rapportere bestemte data om de akuttmedisinske tjenestene

Virksomhetsrapportering er ikke nevnt i det hele tatt i høringsutkastet. I følgeteksten er det nevnt at det vil komme krav til elektroniske journaler, også for ambulansetjenesten, men det er ikke ensbetydende med at det blir rapportert fra virksomheten. Man kan ikke heve kvalitet uten å måle, og det er ikke troverdig å hevde man har gode resultater uten å rapportere og publisere. Det er derfor viktig at data rapporteres nasjonalt, slik at blant annet benchmarking kan benyttes for å øke kvaliteten i denne delen av helsetjenesten.

Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste

§ 12 kommunenes ansvar for nødmeldetjenesten

Helse Sør-Øst støtter innspillet til HDO om ny ordlyd. Det er viktig at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har samordnede krav.

For å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere på en forsvarlig og sikker måte, i et landsdekkende nett jf. § 17, skal kommunene sørge for at det:

- a) stilles krav til organisering og bruk av kommunikasjonsteknisk utstyr, blant annet organisatorisk tilrettelegging av alternative sambandsveier, alternativ ruting av kabeltraseer, fysisk sikring av viktige installasjoner, teknisk sikring av viktige databaser og annen organisatorisk tilrettelegging for bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret og eventuell dimensjonering av viktige sambandsveier med sikte på ekstraordinære situasjoner
- b) fastsettes kravspesifikasjoner for kommunikasjonsteknisk utstyr i tilfeller der utvikling av nytt utstyr, eller en funksjonstilpasning av standardutstyr som medfører innpassing av nye tjenester, er nødvendig for at utstyret kan brukes i nettet
- c) fastsettes kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt som er spesifikke for kommunikasjonsteknisk utstyr i den utstrekning det er nødvendig for å sikre at det kan brukes på en enhetlig måte, blant annet for annet utstyr for prioritert formidling av biosignaler, statusinformasjon, fri tekstoverføring, kartsystemer og annet utstyr for prioritert formidling som er tilknyttet det kommunikasjonstekniske utstyret
- d) stilles krav til drift og vedlikehold av utstyr og infrastruktur som er omfattet av forskriften her og
- e) stilles nærmere krav til opplæring i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret.

§ 14 de regionale helseforetakenes ansvar for nødmeldetjenesten

For å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere på en forsvarlig og sikker måte, i et landsdekkende nett jf. § 17, skal de regionale helseforetakene sørge for at det:

- a) stilles krav til organisering og bruk av kommunikasjonsteknisk utstyr, blant annet organisatorisk tilrettelegging av alternative sambandsveier, alternativ ruting av kabeltraseer, fysisk sikring av viktige installasjoner, teknisk sikring av viktige databaser og annen organisatorisk tilrettelegging for bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret og eventuell dimensjonering av viktige sambandsveier med sikte på ekstraordinære situasjoner
- b) fastsettes kravspesifikasjoner for kommunikasjonsteknisk utstyr i tilfeller der utvikling av nytt utstyr, eller en funksjonstilpasning av standardutstyr som medfører innpassing av nye tjenester, er nødvendig for at utstyret kan brukes i nettet
- c) fastsette kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt som er spesifikke for kommunikasjonsteknisk utstyr i den utstrekning det er nødvendig for å sikre at det kan brukes på en enhetlig måte, blant annet for annet utstyr for prioritert formidling av biosignaler, statusinformasjon, fri tekstovertøring, kartsystemer og annet utstyr for prioritert formidling som er tilknyttet det kommunikasjonstekniske utstyret
- d) stilles krav til drift og vedlikehold av utstyr og infrastruktur som er omfattet av forskriften her og
- e) stilles nærmere krav til opplæring i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret.

Kapittel 6 Overgangsordninger

§ 21 overgangsordninger

Det er foreslått en fem års overgangsordning for kravene til leger i legevakt, mens det kun er tre år for ambulanspersonell. Helse Sør-Øst mener at overgangsordningen bør være like lang for begge kravene, dvs fem år. Kravene til ambulanspersonell vil kreve mer av utdanningssystemene og det vil ta minst fire år før man har kommet a jour.

2. Pasientjournalforskriften

§ 8 Lyddoptak som en del av pasientens journal

En sto andel av pasientene som det ringes nødtelefon for blir ikke innlagt i sykehus, og hendelsen blir derfor ikke dokumentert i sykehusets journalsystem. Hendelsesforløpet i slike situasjoner er ett av følgende:

1. *Samtalen avsluttes uten at det aktiveres ambulanse.*

2. *Ambulanse rykker ut og ferdigbehandler tilstanden (Hypoglykemi, heroinintoksikasjon etc.)*
3. *Pasienten er død, eller dør på stedet*
4. *Pasienten tas videre hånd om av kommunehelsetjenesten*

Informasjon fra medisinske nødsamtaler dokumenteres i AMK-sentralenes informasjons- og dokumentasjonssystem AMIS. AMIS er i så måte å oppfatte som et bijournal system. Oss bekjent har ingen helseforetak per i dag en automatisk overføring av nøkkelinformasjon av innholdet i medisinske nødmeldinger fra AMIS til helseforetakets hovedjournalssystem. Opplysningene er derfor ukjent for behandlende helsepersonell som forholder seg til helseforetakets hovedjournal. Dette kan være uforsvarlig. Et eksempel er pasienter med diabetes som har gjentakende tilfeller av bevisstløshet på grunn av lavt blodsukker. Hendelsene forblir ukjent for diabetes-lege på sykehuset, og ukjent for fastlegen.

Forskriften bør derfor sette krav om at innholdet i medisinske nødtelefoner registreres i pasientens journal (dvs. helseforetakets hovedjournal)

§ 14 Lydlogg

Lydopptak er viktig verktøy for AMK-sentralene. Det er viktig både som dokumentasjon for den akuttmedisinske hjelp pasienten har fått, men også for faglig kvalitetssikring av virksomheten. Helse Sør-Øst støtter derfor departementets vurdering om å videreføre plikten til lydopptak for AMK-sentralene og utvidelsen til også å omfatte kommunikasjon over nødnettet.

I Helse Sør-Øst praktiseres innsyn i lydlogg slik som beskrives i pkt 5.4.1. Men vi registrerer at departementet ikke har funnet grunn til å presisere i regelverket at avspilling av lydlogger skal foregå i nærvær av helsepersonell. Man skriver også at ”dersom pasienten spesielt ønsker det bør han også kunne gis kopi av selve lydfilen, hvis det ikke er grunner som taler i mot det”. Fordi lydloggen er et dokument i pasientjournalen, som også inneholder taushetsbelagte opplysninger, krever dette ytterligere kommentarer og vurderinger i forhold til offentlighetens innsyn i pasientjournaler etter offentlighetsloven.

Hovedregel bør være at pasient og pårørende har innsynsrett i avskrift av lydlogg, ikke rett til å få avspilt lydlogg. En lydlogg er ikke teknisk knyttet opp mot kun en pasient. Ofte inneholder en rå-lydlogg også taushetsbelagt informasjon fra samtaler eller deler av samtaler i andre nødsamtaler vedrørende andre pasienter. Retten til utlevering av eller til avspilling av lydlogg bør derfor forbeholdes tilsynsmyndighet, eller som følge av rettslig beslutning.

Det er viktig med åpenhet omkring hvordan akuttetatene håndterer dramatiske hendelser, for at befolkningen skal ha tillit til at det gis profesjonell hjelp når de trenger det. Det har de siste årene vært mange diskusjoner om innsyn i lydlogger til enkelte dramatiske enkeltsaker. Det er viktig at regelverket ivaretar dette.

Vi ber om at departementet går grundigere inn i de spørsmål som knytter seg til offentlighetens innsyn i pasientjournaler etter offentlighetsloven.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Alice Beathe Andersgaard
fagdirektør medisin og helsefag

Christel Meyer
Spesialrådgiver

Vedlegg:

Kopi til:

AD Administrerende direktør, Peder Olsen; Juridisk avdeling, Miriam Schei