

Arkivsak-dok. 14/04695-2
Saksbehandler Hans Petter Torvik

Behandles av
Utvalg for helse- og sosialtjenester

Møtedato
27.08.2014

Høringssvar - Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akutt medisinforskriften).

Hele høringsnotatet kan leses ved følgende lenke:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/1Hringsnotat.pdf>

Innledning med departementets forslag til endringer:

Høringsnotatet består av tre deler. I del I behandles forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.

(akuttmedisinforskriften). I del II behandles forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (pasientjournalforskriften) når det gjelder oppbevaring av lydopptak ved legevakt - og AMK-sentralene. Lydopptak i legevakt og AMK-sentraler omtales gjerne som lydlogg, men begrepet "logg" henspeiler mer til registreringen av tidspunktet for lydopptaket enn på selve lydopptaket. Begrepet lydopptak er også brukt i pasientjournalforskriften, og begrepet lydopptak er derfor brukt i dette høringsnotatet. I del III behandles et forslag til opphevelse av bestemmelsen om epikrise i pasientjournalforskriften. Dette som følge av at bestemmelsens innhold nå er regulert i helsepersonelloven.

Forslaget til akuttmedisinforskriften er i stor grad videreføringer og justeringer av bestemmelser som i dag fremgår i forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus) og i forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap (forskrift om funksjonskrav til komm.utstyr).

Forslaget innebærer en forenkling ved at to forskrifter er foreslått slått sammen til en ny forskrift.

Vesentlige forslag til endringer i forslaget til ny forskrift i dette høringsnotatet er regulering av:

-samarbeid med aktører utenfor helse -og omsorgstjenesten (f. eks frivillige organisasjon er og kommunalt brannvesen) om bistand i akutte situasjoner

- kompetansekrav til personell i legevakt og på ambulansebil
- at minst to av personene på en ambulansebil må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetanse-bevis for førere av utrykningskjøretøy
- svartid for legevaktsentraler og AMK sentraler
- at legevaktsentralene skal ha utstyr for å kunne gjøre lydopptak av viktige samtaler
- tilrettelegging for innføring av et nasjonalt legevaktnummer 116 117
- at AMK sentralene som hovedregel skal sette samtalen over til legevaktsentral når henvendelsen gjelder allmennmedisinske problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten
- at AMK sentralene umiddelbart skal iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater
- at AMK sentralene har et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde og
- at AMK sentralene har beredskap for nødvendig tolketjeneste.

Som det fremgår av høringsnotatet at det kun er noen få steder departementet foreslår at de som skal utføre tjenester skal være autorisert helsepersonell , jf.lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 48. Etter nevnte bestemmelse er 29 helsepersonellgrupper gitt rett til autorisasjon dersom de fyller gitte vilkår. Begrepet helsepersonell innebærer ikke at man har en formell utdanning, da alle som yter helsehjelp i helse-og omsorgstjenesten eller i apotek, etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 første ledd, vil være helsepersonell som er omfattet av helsepersonelloven. Begrepet personellbenyttes også en del steder i dette høringsnotatet som en betegnelse uavhengig av om personene har autorisasjon eller ikke. Departementets utgangspunkt er at det er ønskelig å stille kompetansekrav til helse-og omsorgstjenestene for å sikre forsvarlighet og kvalitet. En forskriftsregulering av krav til profesjonsutdanning vil imidlertid ofte medføre behov for overgangsordninger og unntaksbestemmelser. Forskriftsregulering vil gjøre det umulig for arbeidsgiver å ta hensyn til realkompetanse hos arbeidstaker dersom vedkommende ikke oppfyller kravet til profesjonsutdanning, med mindre det innvilges unntak. Både i sykehus og i kommuner er det behov for endret oppgavedeling mellom profesjoner. Mange tjenester er avhengig av teamarbeid der de enkelte medlemmene av teamet har komplementær kompetanse. Juridisk bindende krav til spesifikk profesjonsutdanning for å løse ulike oppgaver kan vanskeliggjøre slike smidige prosesser. Det er etter departementets vurdering tilfredsstillende formalkompetanse i de fleste av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i dag. AMK sentralene bemannes med sykepleiere og ambulansefagarbeidere. 85-90 prosent av legevaktsentralene bemannes av sykepleiere. Luftambulansetjenesten ANS har utarbeidet nasjonale standarder for luftambulanseleger og flysykepleiere som er lagt til grunn for bemanningen i luftambulansetjenesten. For redningsmenn i luftambulansetjenesten har Justis-og beredskapsdepartementet og Helse-og omsorgsdepartementet sammen utarbeidet en nasjonal standard.

Dette tyder på at forskriftsfestede krav til profesjons-utdanning ikke alltid er et nødvendig virkemiddel for å oppnå resultater.

Regulering gjennom faglige retningslinjer, veiledere og standarder kan i mange tilfelle være mer hensiktsmessig. I deler av tjenestene vil det være behov for utdanning og/eller opplæring utover det som følger av de ulike profesjonsutdanningene. Anbefalinger om nødvendig videreutdanning og opplæring kan etter departementets vurdering også nedfelles i faglige retningslinjer, veiledere og standarder.

Med bakgrunn i spesielle utfordringer i deler av tjenesten, foreslår departementet likevel i dette høringsnotatet at det stilles særskilte kompetansekrav til enkelte deler av tjenesten, og foreslår at det stilles slike krav til:

- den andre personen på ambulansebilen, og at denne må være autorisert helsepersonell med nødvendig ambulansefaglig kompetanse

og til

- leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt.

Kravet til leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt har sin bakgrunn i Helsetilsynets funn, de særskilte utfordringene i legevakttjenesten og Helsedirektoratets anbefalinger. Departementet foreslår å stille spesifikke krav til disse legene, se nærmere om kravene som fremgår av forskriftsforslagets § 7, og at vaktleger som ikke oppfyller disse 7 spesifikke kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles til lege som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Lege og helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Etter departementets vurdering vil det være naturlig å utarbeide en veileder til ny akuttmedisinforskrift. En slik veileder vil kunne inneholde nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte deler av tjenesten.

Bakgrunn for fornyet forskrift:

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og fagfeltet har gjennomgått en betydelig utvikling etter at dagens forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus trådte i kraft 1. april 2005. Ambulanse-tjenesten har i større grad blitt sykehusenes "forlengede arm", der personellet utfører akutt-medisinske vurderinger og iverksetter medisinsk behandling. Det er større grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, og derfor større behov for å transportere pasienter mellom behandlingssteder. Nødmeldetjenesten har vært sentral i å håndtere komplekse hendelser som involverer flere aktører, og erfaringene for eksempel fra 22. juli 2011 har vist at det er behov for bedre samordning av tjenestene og videreutvikling av nødmeldetjenesten. Det nye nødnettet er i ferd med å erstatte helseradionettet. Kommunenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er tydeliggjort i ny helse- og omsorgs-tjenestelov, og får betydning for blant annet utvikling av legevakttjenesten. Kommunal

legevakt-tjeneste har vært vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001-2005 viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten totalt. Det ble blant annet avdekket svikt i kommunenes sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring. Kommunene har ansvaret for den kommunale legevaktordningen. De regionale helseforetakene har ansvaret for ambulansetjenesten. Ansvaret for de ulike oppgavene i den medisinske nødmelde-tjenesten er delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Kommunene og de regionale helseforetakene har et felles ansvar for å sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og å sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Til dette ansvaret ligger også et ansvar for å organisere de akuttmedisinske tjenestene slik at personellet som arbeider der får trening i den samhandlingen personellet skal være en del av.

Kommunene har ansvaret for:

- etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet,
- etablering og drift av LV -sentral (legevaktsentral),
- kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akutt- medisinsk beredskap i kommunen og
- samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Til dette ansvaret ligger også et ansvar for å organisere de akuttmedisinske tjenestene slik at personellet som arbeider der får trening i den samhandlingen personellet skal være en del av.

Det er i forskriften om akuttmedisin utenfor sykehus stilt spesifikke krav til hva slags utstyr kommunal legevakt skal ha. Det følger av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og i forskrift om internkontroll i helsetjenesten, at kommunen har plikt til å organisere legevaktordningen på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer en plikt for kommunen til å sørge for utstyr i et omfang og av en kvalitet som gjør det mulig for helsepersonellet å overholde sine lovpålagte plikter og yte forsvarlige tjenester.

Departementets beskrivelser og vurderinger

Kommunal legevaktordning er en virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølging som anses nødvendig. Legevakten skal være befolkningens sikkerhetsnett for de akutte tilstandene som oppstår tilfeldig over hele døgnet. Legevaktarbeid er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med til dels akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser er nødvendige samtidig som legen ofte må treffe beslutninger alene.

Kommunen må gjennom sin risiko- og sårbarhetsanalyse skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Det kan for eksempel være risiko for at det ikke vil være lege i vakt, sårbarhet ved at samtidighetskonflikter kan oppstå ved ulykker eller epidemier, eller at lege(vikar) går uforsvarlig mange vakter fortløpende uten hvile. Det må sikres at feil/avvik knyttet til legevaktarbeidet blir fanget opp, rapportert og fulgt opp for å forebygge gjentakelse. Det er videre en sentral del av kommunens plikt til internkontroll å vurdere om eksisterende rutiner/prosedyrer fungerer tilfredsstillende, og om det er behov for å utvikle og iverksette supplerende tiltak. Ledelsen må etterse om ansvars- og oppgavefordeling fungerer etter sin hensikt og gjøre endringer dersom det er nødvendig. Plikten til forsvarlighet innebærer blant annet at kommunen har en lovpålagt plikt til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med forsvarlighetskravet. Som nevnt foran, innebærer dette å sørge for tilstrekkelig bemanning, nødvendig kompetanse og utstyr, men også å legge til rette for at leger og annet (helse)personell kan føle seg trygge på vakt, herunder under utrykning. Legevakt - og fastlegeordningen er ment å være komplementære tjenester. Pasienter som befinner seg i, eller i nærheten av, den kommunen hvor de har sin fastlege, skal i fastlegens åpningstid primært søke denne i situasjoner som krever øyeblikkelig hjelp. Dersom hjelpen er påtrengende nødvendig, vil det være aktuelt å ringe nødnummer 113. Unødvendig bruk av legevakt medfører lengre ventetid på lege vakt for pasienter med akutt sykdom. Bruk av legevakt fremfor egen fastlege kan også føre til unødvendige innleggelser fordi vaktlegen ikke kjenner pasienten. Tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) fra 2007 viste at 77 pst. av kontaktene med legevakt kunne vente til neste dag. Kontaktene inkluderer ganske sikkert turister og tilreisende som henvises til å benytte legevakt, men en stor andel antas også å være kontakter som fastlegene kunne ha håndtert, eventuelt neste dag. Sykebesøk som konsultasjonsform på legevakt er delvis erstattet med økende ambulanse-transport inn til legevakt. Samtidig antas at noen pasientkategorier kunne hatt nytte av større bruk av sykebesøk som i noen tilfeller også kan forhindre innleggelser i sykehus. Departementet foreslår ikke å regulere sykebesøk relatert til legevakt i denne forskriften. Departementet vurderer at som hovedregel er allmennleger best kvalifisert til å ha legevakt. Legevaktmedisin er en viktig del av allmennmedisinen, og allmennmedisinske premisser og arbeidsmåter bør ligge til grunn for legevaktarbeidet. Det er en fordel at den som har legevakt har god kjennskap til lokale forhold. Det er ønskelig at legevaktarbeidet i minst mulig grad preges av vikarer/leger som ikke har kjennskap til det lokale allmennmedisinske arbeidet. Helsedirektoratet har påpekt at det er viktig for oppnåelsen av faglige mål med fastlegeordningen og samhandlingsreformen at de mest erfarne fastlegene deltar i legevaktordningen. Årlig legges det inn ca. 600000 pasienter som øyeblikkelig hjelp i norske sykehus. Med en gjennomsnittlig innleggelsesrate fra legevakt på 20 - 30 prosent av kontaktene, innebærer

dette 300 – 400 000 innleggelser årlig fra legevakt som utgjør 50 -65 prosent av alle øyeblikkelig hjelp innleggelser. Resten er fra fastleger, poliklinikker eller direkte fra ambulanser. Med mer kompetanse hos leger i vakt, er det grunn til å anta at innleggelser i sykehus ikke bare vil kunne bli bedre begrunnet, men også vil kunne bli færre. Forskning viser også at erfarne fastleger og spesialister i allmennmedisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt, blant annet ved at flere behandlinger blir sluttført på legevakten. Departementet vurderer at rimelige krav til grunnkompetanse for klinisk legevaktarbeid er at legen er spesialist i allmennmedisin eller har gjennomført tre års veiledet tjeneste i henhold til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav a). Disse kriteriene er også anbefalt av Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetanse-senter for legevaktmedisin. Flertallet av fastlegene oppfyller i dag ett eller begge av disse vilkårene.

Selv om det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmennlegene-/fastlegene, vil det være behov for at andre leger også deltar i vakt. Departementet vurderer at leger med spesialitetene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anestesilogi er bedre egnet enn leger med andre spesialiteter (med unntak av allmennmedisin) og innehar grunnkompetanse til å ha selvstendige legevakter. Departementet foreslår at leger med nevnte spesialiteter også vurderes å tilfredsstille kravene til grunnkompetanse for å ha selvstendige vakter. Departementet foreslår videre at også leger i utdanningsstillinger i disse spesialitetene som har gjennomført minst tre års veiledet tjeneste, kan ha selvstendige vakter.

I tillegg til grunnkompetanse for å kunne ha selvstendig legevakt, ser departementet behov for å stille mer spesifikke kompetansekrav til tjenesten. Selv om hoveddelen av det som skjer på legevakt i dag ikke er akutt, og slik kan vente til neste dag, er det behov for akuttmedisinsk kompetanse hos alle som deltar i vakt, både leger og annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt. For alle leger som skal ha selvstendig vakt, og for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, foreslås å stille krav om gjennomført kurs i akuttmedisin. Det er også behov for å styrke legevaktens kompetanse i volds- og overgrepshåndtering. På dette grunnlag foreslår departementet i ny § 7 andre ledd at lege som skal ha selvstendig legevakt, uten kvalifisert bakvakt, i tillegg til grunnkompetanse angitt i første ledd, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds-og overgrepshåndtering. Det foreslås spesifisert nærmere i merknad hvilke leger dette gjelder. Henvendelser til legevakt/legevaktsentral tas oftest imot av annet helsepersonell enn lege, og faglige vurderinger, som blant annet kan innebære sluttbehandling av pasienter, skjer også uten involvering av lege. Det er derfor viktig at dette personellet har tilstrekkelig kompetanse. Departementet foreslår å stille krav om at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds-og overgrepshåndtering. På dette grunnlag foreslår departementet i ny § 7 tredje ledd at kommunen får plikt til å etablere bakvaktordning er

for leger i vakt som ikke oppfyller kravet til grunnkompetanse i første ledd og kravet om gjennomførte kurs.

Sandnes kommune sine vurderinger:

Sandnes kommune mener at en fornyet forskrift om prehospitale akuttmedisinske tjenester er nødvendig. Sandnes kommune har i sin høringsuttalelse vektlagt det som gjelder kommunale legevaktsordninger. Sandnes kommune er enig med departementet at en allmennmedisinsk tilnærming ved kommunale legevakter er rett. Kommunen støtter også kravet om gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for å ha selvstendig legevakt, og at dette må gjelde både leger og sykepleiere. Vi mener at kurset i akuttmedisin må dekke mye mer enn dagens kurs som i hovedsak handler om hjerte- og lungeredning. Akutte pediatriske, kirurgiske, nevrologiske og indremedisinske tilstander bør få en bred plass i det akutt medisinske kurset. Videre bør det stilles krav til helsepersonellets deltakelse i samhandlingsøvelser mellom legevakt og andre nødetater – eks minst 1 x årlig – for å kunne delta i legevakt. Vi mener departementet bør også si noe om størrelse på legevaktdistrikter. Flere steder i landet er nå reiseavstanden så stor at personer med behov for akutthjelp vil vegre seg for å reise opptil 130 km for å komme på en legevakt.

Sandnes kommune støtter innføringen av et felles legevaktsnummer for hele landet med 116 117. Sandnes kommune støtter også kravet om lydopptak på alle legevaktsentraler. Erfaringer fra egne lydopptak - som vi har hatt i mange år – er viktige i opplæring/ erfaringsoverføring med deltakende leger og sykepleiere, og gir viktige opplysninger for tilsynsmyndigheter i klagesaker.

Strengere krav til å utøve selvstendig legevakt og aktiv deltakelse i samhandling med annet helsepersonell vil medføre økte kostnadene for kommunene. Behovet for bakvakter og aktiv deltakelse i samhandlingsøvelser vil være de kostnadsdrivende faktorer. Dette vil også gjelde store legevaktsentraler som vår egen. Imidlertid mener vi at kvaliteten i legevaktsarbeidet vil bli bedre og sikre at befolkningen får bedre og riktigere akuttmedisinske tjenester enn det mange opplever i dag. Sandnes kommune mener at dette er en kostnad som er nødvendig for å sikre befolkningen gode akuttmedisinske tjenester.

Forslag til vedtak:

Skriv inn forslag til vedtak her

Sandnes kommune støtter forslaget til ny forskrift om akutt medisinske tjenester utenfor sykehus med de vurderinger som beskrevet i saksfremlegget.

Rådmannen i Sandnes, dokumentdato

Elin Selvikvåg
Kommunaldirektør

Hans Petter Torvik
Kommuneoverlege

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.