

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 10/2675

Vår ref.: 2010/00827-26/325/
Silseth

Dato: 04.09.2014

FORSLAG TIL NY AKUTT MEDISINFORSKRIFT OG FORSLAG TIL ENDRINGER I FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL

Vedlagt følger innspill til høringsdokumentet som er sendt ut.

Generelt

Det vises til høringsdokumentet som er levert fra Helsedirektoratet og som på en grundig og god måte gir en faglig refleksjon over viktige momenter. Sykehuset Innlandet slutter seg til Helsedirektoratets innspill til høringssvar.

I tillegg ønsker Sykehuset Innlandet (SI) å belyse noen momenter som gir praktiske utfordringer, samt noen endringsforslag.

4.1 Forskriftsforslagets generelle bestemmelser

4.1.1 Om formål, virkeområde og definisjonsbestemmelsene

Dette innebærer at lettere ambulanseoppdrag og rene transportoppdrag faller utenfor virkeområdebestemmelsens ordlyd, og at denne typen ambulanser derfor kan bemannes med personell med annen relevant kompetanse, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18. september 2009 til Helsedirektoratet der dette også fremgår. Etter departementets vurdering bør definisjonen av akuttmedisinske tjenester også omfatte situasjoner der andre enn den kommunale legevaktordningen, ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste yter akuttmedisinske tjenester etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak. Dette med bakgrunn i at det i høringsnotatet foreslås en egen bestemmelse om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten, jf. pkt. 4.1.2 nedenfor.

Innspill

Det bør tydeliggjøres hva som regnes som "lettere ambulanseoppdrag". Det bør også framgå tydeligere i forskriften at der annet personell yter helsehjelp, så skal dette beskrives i klare avtaler som regulerer hvilke opplæring vedkommende har fått. Ansvar for "akutthjelpertjeneste" må tydelig defineres.

4.2.2 Nærmere om kommunenes ansvar for legevaktordning

Kommunen kan stille krav om at fastlegen skal delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden/åpningstiden, berunder å være tilgjengelig i helseradionett/nødnett. I tillegg skal fastlegen ivareta utrykningsplikten dersom kommunen ikke har organisert legevakt i kontortiden/åpningstiden på annen måte. S 19



Innspill:

Kommunen skal stille krav om deltagelse i kommunal- interkommunal tjeneste. Store interkommunale legevakter har ført til at utrykningsplikten ikke blir godt nok ivaretatt. Lege på legevakt rykker ikke rykker ut til pasienter sammen med spesialisthelsetjenesten og dette begrunnes med store geografiske områder, noe som medfører at triage blir gjennomført av ambulansepersonell grunnet fravær av lege i vakt, som ikke forholder seg til utrykningsplikten. Det kommunale ansvaret bør tydeliggjøres slik at kommunene forstår at de må organisere tjenestene på en måte som fordrer at leger er mer delaktig i utrykning til pasientene. Kommunene må også legge til rette for at en bakvaktslege er tilgjengelig for å kunne ha tilsyn med pasientene.

4.2.3 Nærmere om krav til legevaktordningen

4.2.3.1 Innledning

Sykebesøk som konsultasjonsform på legevakt er delvis erstattet med økende ambulansetransport 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. Det foreslås ulike tiltak for å heve kvaliteten i tjenesten, hvorav kompetansekrav, og det forventes at tiltakene sammen vil bidra til mer kvalifiserte vurderinger, blant annet av behovet for sykebesøk, inkludert utrykning ved akuttmedisinske tilstander (Det vises for øvrig til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 23, der fastlegene fra 1.1. 2013 har plikt til å vurdere behov for hjemmebesøk til egne listeinnbyggere).

Innspill:

Sykebesøk relatert til legevakt burde vært regulert i forskriften, da det nettopp er det som er påkrevd for å snu pasientstrømmen fra sykehus og legevakt. I dag er det ambulansepersonell-spesialisthelsetjenesten som utfører dette. Det bør presiseres at legevakten må organiseres slik at nettopp sykebesøk i hjemme gjøres mulig.

4.2.4 Kompetansekrav til lege i vakt

Andre leger som i dag vurderes å tilfredsstille krav til grunnkompetanse

Selv om det er ønskelig at legevakten i størst mulig grad dekkes av allmennlegene/ fastlegene, vil det være behov for at andre leger også deltar i vakt. I dag dekkes mange vakter av leger som arbeider andre steder enn i primærhelsetjenesten. Noen av disse vil både ha formal- og realkompetanse til å ha selvstendige legevakter.

Helsedirektoratet har gjort en vurdering av hvilke legespesialiteter som grenser mest opp til det allmennmedisinske området og som samtidig har akuttmedisinske prosedyrer som del av egen utdanning. Ut fra dette vurderes at leger med spesialitetene indremedisin, kirurgi, pediatri, neurologi 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. Innholdet i den veiledelede tjenesten omfatter blant annet obligatorisk opplæring i "utvalgte emner", jf. 24



forskriften § 5. I henhold til bestemmelsens merknad er relevante emner for utøving av allmennlegevirksomhet blant annet "pasientbehandling, legevaktarbeid, trygdemedisin, takstbruk, forskrivning av legemidler, drift av praksis og samarbeid med spesialisthelsetjenesten." "Kravet gjelder tilsvarende for leger som gjennomfører veiledet tjeneste mens de er under spesialisering i sykehus." For å få godkjent veiledet tjeneste, må gjennomført obligatorisk opplæring m.m. være dokumentert av henholdsvis kommunen og helseforetaket (jf. §§ 6 og 8).

Departementet vurderer at leger i de to sistnevnte kategoriene må ha minimum seks måneders erfaring fra allmennpraksis med legevakt, enten som del av gjennomført turnustjeneste i Norge, eller kunne dokumentere tilsvarende kompetanse.

Innspill:

I kapittelet Kompetansekrav til lege i vakt bør det komme fram at "allmennleger" skal utgjøre "grunnstammen" når det gjelder lege i vakt.

S 30

Et springende punkt i gjennomføringen av kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell inklusive legevaktsentraloperatører er kurskapasitet og tilgang på kvalifiserte instruktører. Det er beregnet at det må gjennomføres rundt 320 kurs à 20 personer over en femårsperiode for at helsepersonell som i dag mangler slik kompetanse skal få tilbud om kurs. Det er snakk om 64 kurs per år, alternativt 43 kurs per år à 30 deltakere. Dette er et stort antall kurs som må gjennomføres.

Med et så stort antall kurs kan det være at flere instanser bør dele på ansvaret for gjennomføring. En del av kursene bør muligens kunne administreres gjennom Fylkesmannen og defineres i embetsoppdraget på samme måte som for de halvårige turnuslegekursene.

Hovedsakelig med bakgrunn i usikkerheten knyttet til kurskapasitet foreslås en overgangsordning på fem år fra forskriftens ikrafttredelse.

Departementet ønsker særlig å høre høringsinstansenes synspunkter på gjennomføringen av kurs, både for leger og annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, og behovet for unntaksbestemmelser og overgangsordninger

Innspill:

Kurs i akuttmedisin og volds - og overgrepshåndtering for leger kan legges inn som obligatoriske kurs i resertifiseringer for eksempel hvert 3 år.

"Grunnutdanningen" og gjennomføring av denne, fordrer at det avsettes tid, ressurser og penger til dette. Dette vil ha en betydelig kostnad.

4.3 Ambulansetjenesten

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

S33-34

Gjeldende forskrift stiller krav om at ambulanserbiler som yter ambulansetjenester skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport. Minst ett helsepersonell skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Departementet forslår å skjerpe bestemmelsen slik at det stilles krav om at én person til skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell med nødvendig ambulansesfaglig kompetanse. Dette innebærer i praksis at det andre helsepersonellet kan være sykepleier, medisinerstudenter med studentlisens, samt annet autorisert helsepersonell med nødvendig ambulansesfaglig kompetanse.

Gjeldende forskrift stiller krav om at minst ett helsepersonell skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy, hvilket innebærer at det er vedkommende som må føre ambulansen under utrykning. Dette er som hovedregel den mest erfarne av personellet og den som har autorisasjon som ambulansearbeider. I praksis betyr



det at den som ofte har minst erfaring, er den som blir satt til å yte helsehjelpen. Departementet ser at dette er en uønsket effekt og mener det er nødvendig at forskriften skjerpes på dette punktet, slik at det stilles krav om at minst to personer skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy. Når det gjelder bruk av lærlinger i ambulansesag, er det departementets vurdering at andre års lærlinger har tilstrekkelig ambulansesaglig kompetanse til å kunne være kvalifisert som det andre helsepersonellet i ambulansen i tillegg til ambulansarbeideren.

Innspill:

Intensjonen om at bestemmelsen skjerpes slik at det stilles krav om at én person til skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell med nødvendig ambulansesaglig kompetanse er god, men kravet om autorisert helsepersonell som nr 2 på ambulansen utelukker bruk av sykepleierstudenter med relatert tilleggsutdanning. Videre finnes det personer relevant utdanning og praksis innen f.eks forsvaret som da ikke lenger er aktuelle.

Sykehuset Innlandet mener derfor at arbeidsgiver må kunne gjøre en egnethetsvurdering av de medisinske kvalifikasjonene. Videre kan det oppfattes selvmotsigende å bruke autorisert helsepersonell i teksten i forskriften, mens man lenger ned i dokumentet tillater bruk av lærlinger på andre året som nr 2 på ambulansen.

Vi foreslår at nr 2 på ambulansen ikke trenger å være autorisert helsepersonell, men heller helsepersonell med nødvendig ambulansekompetanse. Helseforetaket bør være ansvarlig for å definere nødvendig ambulansekompetanse til nr 2 på ambulansen slik det framstår i ny forskrift. Vi støtter Helsedirektoratets høringssvar hvor Helsedirektoratet angir at de utarbeider nødvendige kompetansekrav til nr 2 på ambulansen. Dette bør da særskilt gjelde ambulansesaglig kompetanse.

S33

Bemanningskrav for ambulansebåter, ambulanshelikopter og redningshelikopter og for ambulansfly

Innspill:

Det bør stå bemanningskrav til personell som skal arbeide i denne tjenesten. Det er detaljerte krav til lege i vakt (kommunen) og ingen bemanningskrav innen luftambulansetjenesten. Det bør utarbeides detaljerte bemanningskrav på dette området, slik det er for legevakt.

S34

Ved behov må ambulansen ta med tilleggspersonell. Isolert sett vil kravet gjøre at det må planlegges med både kapasitet på helsepersonell, utstyr og egnede kjøretøy til å forestå denne type transporter.

Kravet til å vurdere og eventuelt til å ta med personell og ha systemer for å yte denne tjenesten, gjøre at belastningen på de mer spesialiserte luftambulanseressursene kan holdes på et lavest mulig nivå.

Slik følgetjeneste ytes allerede av de fleste sykehus, som derfor må ha beredskap for å kunne avgi personell til formålet.

Innspill:

I bemanningskravene for ambulansebåter, ambulanshelikopter og redningshelikopter og for ambulansfly bør det tydeliggjøres hvem som har pasientansvaret, fartøysjef eller operativt ansvarlig.



4.4 Medisinsk nødmeldetjeneste

S41

Lyddopptak ved LV-sentraler

Gjeldende forskrift pålegger AMK-sentralene å ha lydlogg. Det er ikke stilt samme krav til LV-sentralene i forskriften. LV-sentralene må etter forskriften ha et forsvarlig system for 42 dokumentasjon av kommunikasjon, og "bør" ha utstyr for logging av viktig trafikk. Det er således i forskriften kun gitt en anbefaling om at de bør ha slikt utstyr.

Innspill:

Det bør være samme kravene til LV sentraler som AMK. Nødnett har lagt til rette for at dette lar seg gjøre teknisk. Vi støtter innspill fra Helsedirektoratet hvor dette er beskrevet.

S42: Krav til kompetanse i LV sentralene:

Departementet foreslår at forskriften stiller krav om at operatørene har nødvendig helsefaglig kompetanse og har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Det inngår i kommunens arbeidsgiveransvar å sikre nødvendig operatørutdanning.

Kravet er i hovedsak i overensstemmelse med dagens praksis, og anses ikke å ha nevneverdige økonomiske konsekvenser.

Innspill:

Legevaktsentralene bør være betjent av autorisert helsepersonell på døgnbasis. I praksis betyr dette autorisert sykepleier/autorisert fagarbeider i ambulansesfaget.

S46 - Kompetanse på AMK sentralene

Et alternativ for å sikre nødvendig kompetanse i AMK sentralene er å innføre en sertifiseringsordning.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på dette.

Innspill:

Alle AMK operatører bør ha en kvalitetssikring av operatørkompetansen. Det bør utarbeides en felle mal for hvilke elementer som bør innarbeides. Dette kan være:

- Scenariotrening på ICCS (Operasjonssentral) med varierte scenarioer
- Gjennomgang av teknisk funksjonalitet og bruk av teknologi
- Bruk av medisinsk indeks – kunnskap om bruk og oppbygging av denne

Det er viktig at slik sertifisering tilpasses den enkeltes behov slik at sertifiseringen har hovedfokus på forbedring og utvikling av denne enkelte medarbeider.

Videre bør det stå at AMK sentralene skal ha døgnkontinuerlig tilgang på kontakt med lege tilstede eller umiddelbart tilgjengelig i nødnett eller per fasttelefon

S49 Tilsyn

Etter forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr skal fylkesmannen føre tilsyn med at kommunikasjonssystemet er dokumentert i samsvar med gitte krav. Departementet mener det ikke er nødvendig å gi en særlig tilsynsbestemmelse, da dette er lovregulert.

Innspill:

Det bør presiseres at Fylkesmannen fører tilsyn. Det bør også presiseres at dette skal prioriteres i en 5 års periode etter at nødnett er utbygd i AMK området. Dette fordi erfaringer viser at nødnett ikke blir brukt som forutsatt, særlig gjelder dette i kommunene som ikke bruker kommunikasjonssystemet (nødnett) som er katalysator for å bedre beredskap og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.



S65 Om bemanningskrav

Om bemanningskrav for ambulansebiler

Ser man isolert på departementets forslag om å skjerpe bestemmelsen om bemanning på ambulanser, slik at det stilles krav om at også én person til, utover den som må være ambulansesarbeider, skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell med nødvendig ambulansesfaglig kompetanse, og krav om at begge personene som skal bemanne ambulansen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy, kan dette føre til en kostnadsøkning. Departementet mener likevel at da dette kravet bare vil gjelde for den delen av bilambulansetjenesten som utfører ambulanseoppdrag og ikke den delen som utfører oppdrag av ren transportkarakter, vil tiltaket ikke medføre økte kostnader samlet sett for de regionale helseforetakene, snarere en administrativ forenkling og reduksjon av kostnader.

Særlig om tilleggsbemanning

Forslaget om at ambulansetjenesten må gjøre en vurdering av behovet for bemanning ut over kravene i forskriften ut fra oppdragets art og de utfordringer som finnes i det enkelte regionale helseforetak vil ikke ha økonomisk/administrative konsekvenser forutsatt at slik beredskap kan etableres innenfor gjeldende bemannings- og vaktordninger.

Innspill:

Differensiering av tjenestetilbudet vil kreve investeringer av annet transportmiddel, kompetansekrav til dette personellet og samordning vedrørende bruk av ressurser mellom HF. Krav til følgepersonell bør forskriftsfestets (ansvar, opplæring, utstyr i ambulanse etc)

S 66 Bemanning AMK sentraler

Krav til kompetanse og bemanning ved AMK sentraler

Forslagene om at operatørene skal ha nødvendig helsefaglig kompetanse og ha gjennomgått opplæring for å tilegne seg annen nødvendig tilleggskompetanse og å forskriftsfeste at sentralene skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis, er i hovedsak i overensstemmelse med dagens praksis, og vurderes å kunne håndteres innenfor helseforetakenes økonomiske rammer.

Innspill:

Det bør beskrives at det bør etableres egen operatørskole- videreutdanning på høghskolenivå. Operatørfunksjonen er krevende og det er behov for en felles plattform for utdanning for både sykepleiere og ressurskoordinator på AMK.

Generelle innspill – Nødmeldetjenesten:

Det er greit med 10 sekunder responskrav på AMK dersom dette ikke går utover kvaliteten på veiledede samtaler. I dag brukes på av tiden til veiledning av publikum. Responstidskravene som tidligere er anbefalt for når ambulanse er fremme hos pasienten bør forskriftsfestes, og dette er viktig for å nå det helsepolitiske målet om likeverdige helsetjenester.

Videre må AMK sentralene få utvidede fullmakter til å være kommandosentraler som har mandat til å styre ressurser bedre enn i dag. Det er ikke hensiktsmessig for samfunnet at sykepleier/legevakt/lege i vakt kan bestille ambulanse ukritisk på AMK sentraler for å gjøre kommunale oppgaver. AMK sentralene må få verktøy til bedre å kunne triagere de telefoner som kommer inn.

8. Spesielle merknader til forskriftsutkastet

S70

Til § 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning



bokstav c)

Kommunens ansvar innebærer blant annet å sørge for at lege og/eller annet helsepersonell umiddelbart er i stand til å rykke ut når det er nødvendig for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp.

Innspill:

Kommunens ansvar innebærer blant annet å sørge for at lege og/eller annet helsepersonell umiddelbart er i stand til å rykke ut når det er nødvendig for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp, og dette er et viktig tilsynspunkt for Fylkesmannen. Dette er den viktigste begrunnelse for at Fylkesmannen må ha et spesielt tilsynsansvar for organisering av kommunenes legevakt.

I dag er det en vanlig praksis at det ikke er organisert legevakt slik at lege/annet helsepersonell kan rykke ut for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp. Spesialisthelsetjenestenes ambulanseressurser varsles og gjennomfører kommunens oppgaver. Dette fører til økt ambulansetransport mot legevakt og helseforetak. Mange pasienter hadde hatt behov for andre helsetjenester dersom de hadde blitt triagert av lege i vakt fra kommune.

Andre generelle innspill:

Kompetansekrav ambulanse:

Det er uformet konkrete krav til hvilke kompetanse som skal være på en ambulanse. Det er ikke skrevet noe om de fysiske krav som bør stilles for utøvelse av yrket. Ambulansearbeidere utøver til tider et fysisk anstrengende yrke.

Innspill:

Det bør stå: "Fagmiljøet utarbeider retningslinjer for minimumskrav for å utøve ambulanseyrket. Det bør også legges opp til retning i en slik retningslinje"

Beredskap og roller:

Roller på skadested. Innsatsroller og hvem som skal bekle de, kan med fordel beskrives tydeligere i forskriften / kommentarene. (jfr Helsedirektoratets / NAKOS sitt arbeid med "Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering. Inkludert en beskrivelse av helse- og omsorgstjenestens ansvar og funksjoner i redningstjenesten.")

Kommunens rolle på skadested og krav til evne til å mobilisere tilleggsressurser ved større hendelser, bør tydeliggjøres. (jfr dagens utvikling med større legevaktsdistrikter uten reell evne til å bistå på skadested.)

Med vennlig hilsen

Morton Lang-Ree
administrerende direktør

Toril Kolås
Fagdirektør