

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Postadresse: Ulefossveien  
3710 Skien  
Sentralbord: 35 00 35 00  
Direkte linje: 41 55 81 06  
Telefaks:  
E-post: postmottak@sthf.no

Deres ref.: 10/2675

Vår ref.: 14/01232-2

Dato: 14. september 2014

## Høringssvar -

### Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal

Foreliggende forskriftsforslag støttes i hovedsak, med unntak av de punkter vi har kommentert under.

#### Akuttmedisinforskriften

##### 1. **Krav til organisering av ambulansetjeneste**

Forskriftens formelle navn inkluderer følgende tekst ... *krav til organisering av ... ambulansetjeneste.*

Halvparten av bilambulansetjenestens virksomhet er per d.d. av «elektiv» og ikke akuttmedisinsk karakter. Den elektive eller «bestilte» delen av virksomheten, er imidlertid ikke utelukkende transportoppdrag. Dette gjenspeiles ikke av forskriftsteksten. Det kan derfor oppstå tvil om for eksempel kompetansekrav til bemanning av bilambulanser for eksempelvis ved transporter mellom sykehus.

I § 3 f) er teksten:

*Med ambulansetjeneste menes i denne forskriften bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikoptre og ambulansfly) som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking.*

Se vår kommentar punkt 1. Siste del av setningen bør forbedres. Dersom man mener at kun virksomhet der det drives undersøkelse, overvåking eller behandling, skal kalles ambulansetjeneste, bør dette presiseres på annen måte.

##### 2. **Nomenklatur/semantikk «medisinsk nødtelefon»**

I § 3 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<sup>1</sup>» på henvendelsene.

---

<sup>1</sup> Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp

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

### 3. **Samhandling**

I § 4, bør følgende setning 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, og 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.

Eksempel på konkret innhold kan være:

a) Synkronisering eller tilpasning av «Ambulansedistrikter» og legevaktdistrikter, b) Beskrivelse av ordninger rundt «legeutrykning» c) krav til IKT og medisinsk teknisk utstyr i den akuttmedisinske kjeden (Legevakt, KAD, ambulanse og akuttmottak) for effektiv samhandling.

### 4. **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.

Helseforetakene opplever videre at også frivillige instanser (ikke bare såkalte NGO) spesielt i distriktene, på øyer uten veiforbindelse etc., som private førstehjelpslag, velforeninger etc., ønsker å yte akuttmedisinsk bistand. Dette er flott, men ansvarsforhold og spesielt taushetsplikt, er ikke regulert. Det ville vært ønskelig om slike forhold hadde vært nevnt i forskriften eller følgeskriv til Forskriften

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.

### 5. **Utrykningsplikt, vakthavende legevaktlege**

I § 6 bør det tas hensyn til at areal og befolkning i legevaktområder varierer mye. I tettbefolkede områder med «legevaktstasjon» vil mange pasienter selv oppsøke legevakt. Dette kan vanskeliggjøre legens utrykningsplikt. Det må derfor stilles krav til at det i slike tilfeller både skal være vaktlege i lokalet og vaktlege som kan rykke ut (f.eks. bakvakt).

Det er ikke krav til at legevaktlege skal ha førerkort, utrykningssertifikat eller egen bil til bruk for utrykningskjøring. Det bør derfor vurderes om det skal være krav til uniformert utrykningsbil for lege i hvert legevaktdistrikt (kommunal utrykningsbil, eller utrykningsbil stilt til rådighet fra eller i samarbeid med Helseforetaket/ambulansetjenesten). Det er nevnt noe om utstyrskrav i § 9, men trolig omfatter ikke dette utrykningskjøretøy. Når

utrykningsplikt konkretiseres, må det også nevnes noe om hvordan utrykning skal foretas.

#### 6. **Forskjellige type ambulanseoppdrag**

i § 10, er det ikke nevnt noe om ambulansetransporter mellom sykehus eller mellom forskjellige kommunale instanser. Disse transporttypene kan være helt enkle (ren pasienttransport), men de kan også være akutt- og intensivmedisinsk utfordrende. Det vises igjen til vår kommentar i punkt 1.

#### 7. **Helsefagkompetanse i ambulansetjenesten**

§11 omtaler helsefagkompetanse i ambulansetjenesten. Det støttes at nåværende kompetansekrav skjerpes. Men unntak fra regelverket må kunne gis av Fylkesmannen, tilsvarende slik det er beskrevet for legevakt. Det anses som uheldig at forskriftsforslaget innebærer at man ikke kan benytte fremtidige høyskolestudenter (Bachelor Ambulanse), ambulanselæringer eller medisinstudenter før de har midlertidig lisens.

Spesielt medisinstudenter vil for øvrig på slikt stadium i utdanningen, trolig preferere rene legevikariater.

Helseforetaket opplever det nyttig at medisinstudenter har erfaring fra ambulansetjeneste, slik at de fremtidige legene har større virkelighetsforståelse når de skal ta medisinske beslutninger i forhold til pasienter i ambulanse.

#### **Responstider**

I eksisterende forskrift er teksten: *Ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres.*

I høringsutkastet er ikke responstider nevnt i det hele tatt.

Dette er inkonsistent med kravet til aksesstid i AMK. Dersom høringsutkastet skulle bli stående, vil det ikke være krav til at Helseforetakene tar responstider med i betraktning ved for eksempel bygging av nye ambulansestasjoner. Innenfor rammen av nåværende forskrift, har man sett eksempler på at ambulansestasjoner har blitt slått organisatorisk sammen og samlokalisert på steder der en må forvente at alle responstider vil øke. Forskriften må derfor skjerpes, ikke svekkes på dette punkt. Det vil videre være et dårlig signal til samfunnet og andre nødetater, som først i den senere tid har begynner å interessere seg for responstider. Forskriften MÅ derfor ha med dette elementet. NOU 1998.9 «Hvis det haster» har ikke mistet sin aktualitet. Det er medisinsk ønskelig at det anbefales en 90 persentil for responstid.

#### 8. **Mottak av 116 117**

Under § 13 bør det være rom for, og kanskje anbefales, at flere legevaktdistrikt kan ha felles telefonimottak for 116 117.

Fordi stadig flere innringere henvender seg ved hjelp av mobiltelefon, er det ikke gitt at samtalen kommer til «riktig» legevaktsentral. Et samarbeid om felles telefonitjenester, kan også bidra til større mengdetrening og økt kvalitet ved mottak av henvendelser.

#### 9. **Kompetanse og kvalitet i AMK**

##### Kompetanse

I § 15 I, settes det krav til helsefaglig kompetanse på AMK-sentralene.

Kompetansekravet synes å være lavere enn den faktiske kompetanse ved

AMK-sentralene i dag. Det stilles ikke krav om at AMK-operatører skal være helsepersonell. Vi vil advare sterkt mot dette prinsipp, spesielt for de akuttmedisinske viktige funksjonene.

De forskjellige oppgavene som en AMK-sentral utfører, krever forskjellig type formal- og realkompetanse. I engelskspråklige land benyttes ofte begrepene Calltaker og Dispatcher for de akuttmedisinske viktige funksjonene. Tilsvarende funksjoner i Norge benevnes ofte medisinsk operatør og ambulanseoperatør/ressurskoordinator. 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 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 ambulansearbeider, med tillegg av spesifikk operatøropplæring.

Bakgrunnen for vårt syn, er ikke først og fremst de hyperakutte tilstandene, disse både kan og må håndteres protokollmessig.

Men for å håndtere multimorbide eldre pasienter, som ofte har et svakere og mer diffust symptom-bilde, kreves betydelig helsefaglig innsikt og kompetanse. Denne kompetansen er nødvendig i alle ledd, dvs. både i AMK, LVS og legevakt. Forholdet er spesielt viktig i den fremtidige differensierte virkelighet med kommunale akuttmedisinske døgnplasser, dersom samfunnet ønsker at pasienten fortrinnsvis skal rett til optimal destinasjon (beste effektive omsorgsnivå).

### Kvalitet

Aksesstid (svartid) 113: Kravet støttes. Hver enkelt sentral bør rapportere

AMK-reaksjontid 113, Akutte oppdrag: De nasjonale AMK-rapportene viser at det er betydelige forskjeller i AMK-reaksjontid mellom sentralene. I 2012 var det svært stor forskjell mellom sentralene (2,2-5,4 minutter)

I 2013, varierte gjennomsnittstiden fra omtrent 1,5 minutt til nærmere 3,5 minutter. Det er ikke akseptabelt at forskjellene er så store. AMK Vestfold-Telemark, praktiserer såkalt «medlytt<sup>2</sup>» i svært stor grad og har en gjennomsnittlig AMK-reaksjontid på 1,5 minutter. For å redusere AMK-reaksjontid<sup>3</sup>, bør det derfor også være et krav til dette tidsintervallet.

## **10. Vaktansvar i AMK-sentralen**

Muligvis bør 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 neppe hensiktsmessig at denne funksjon innehas av

---

<sup>2</sup> Medlytt, innebærer at en operatør fører samtalen om medisinske forhold, mens en annen operatør lytter passivt, er ansvarlig for å lokalisere hendelse, evt. bryter kortvarig inn i samtalen, og aktivere nærmeste ressurser ved behov.

<sup>3</sup> Tid fra nødtelefon er mottatt, til aktivering av ambulanse.

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.

## **Pasientjournalforskriften**

### **11.113-hendelser i pasientjournal**

Vedrørende § 8. En viss 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:

- a. Samtalen avsluttes uten at det aktiveres ambulanse.
- b. Ambulanse rykker ut og ferdigbehandler tilstanden (Hypoglykemi, heroinintoksikasjon etc.)
- c. Pasienten er død, eller dør på stedet
- d. 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 hovedjournalsystem. 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 gjentagende 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)

### **12. Sletting av lydlogg**

Vedrørende § 14, sletting av lydlogg. Håndtering av medisinske nødtelefoner er en forholdsvis ny virksomhetstype i den moderne medisin. En del av virksomheten er evidensbasert, men en stor del er erfaringsbasert eller overført kunnskap fra tradisjonelle, kliniske situasjoner. Lydlogger er en kilde som kan og bør benyttes for å øke den evidensbaserte kunnskap. (Hvordan beskrev ufaglært innringer en situasjon der det viste seg å foreligge xx

diagnose?).

Vi er derfor kritiske til at lydlogger skal slettes etter tre år.

### **13. Innsyn i lydlogg**

Vedrørende § 14, Pasient og pårørendes innsyn i lydlogg. Som hovedregel bør pasient og bemyndigete personer ha innsynsrett i avskrift av lydlogg, men 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.

Skien 12.09.2014

Med hilsen

Halfrid Waage  
Fagdirektør