

Administrasjonen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:
2014/1600-2

Deres referanse:
10/2675

Dato:
15.09.2014

Høring - forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev 13.06.2014 der det bes om høringssvar innen 15.09.2014 på forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal.

Sykehuset i Vestfold (SiV) støtter i hovedsak forslaget slik det foreligger. Vi vil imidlertid kommentere enkeltdeler av forslaget nærmere. Første del av høringsuttalelsen vår er av generell art, deretter kommenterer vi høringsutkastet med særlig vinkling mot psykiatri og rus, deretter kommenteres Forslag til endringer om pasientjournalforskriften

1. Ledelse, kompetanse og sertifisering

Innledningsvis vil Sykehuset i Vestfold understreke motvilje mot å forskriftsfeste kompetansekrav. Sykehuset i Vestfold er opptatt av at det er ledelsen i enhver virksomhet kontinuerlig er behov for å vurdere, planlegge, iverksette og evaluere kompetansebehov og kompetansenivå, samt å iverksette kompetanseutviklingstiltak. Det er således ledelsen sitt ansvar å kontrollere at de ansatte besitter nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene.

Sykehuset i Vestfold mener at detaljerte kompetansekrav fastsatt i forskrift vil redusere ledelsens oppmerksomhet på hvilken kompetanse som faktisk må utvikles og ivaretas basert på lokale variasjoner og behov, og ikke utelukkende se om kompetansekravene er i tråd med forskrift.

Sykehuset i Vestfold anbefaler IKKE at det innføres en sertifiseringsordning i AMK-sentralene for å sikre kompetansen til operatørene. En sertifiseringsordning kan bli en arbeids- og kostnadskrevende ordning, som i tillegg blir statisk og ikke tilpasset de reelle behovene som arbeidsgiver skal sikre at dekkes.

Høringsdokumentet minner selv om at det av kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten, følger at ansatte må ha nødvendig kompetanse til å utføre de arbeidsoppgaver vedkommende er satt til å gjøre på forsvarlig vis. Helseforetaket har plikt til å sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etter- og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Virksomhetens ledelse forpliktes på denne måten til å sikre at AMK-operatørene til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse

2. 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 bilambulansetjeneste 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.

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.

3. 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 113¹» på henvendelsene.

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

4. 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, hovedredningsentralene 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, ambulansetjeneste og akuttmottak) for effektiv samhandling.

5. 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

¹ Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp

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.

6. 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.

7. 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.

8. Helsefagkompetanse i ambulansetjenesten

§11 omtaler helsefagkompetanse i ambulansetjenesten. Vi viser i den forbindelse til våre kommentarer i dette høringsbrevets punkt 1, der vi advarer mot å forskriftsfeste detaljerte kompetansekrav, men i stedet forutsette at det er ledelsens ansvar å sikre kompetanse i hht. forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven

Dersom vår anbefaling ikke tas til følge, mener vi 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 aksestid 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.

9. 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.

10. Kompetanse og kvalitet i AMK

Kompetanse

I § 15 l, settes det krav til helsefaglig kompetanse på AMK-sentralene. Vi viser igjen til vårt prinsipielle syn på å fastsette kompetansekrav i forskrift, jfr. dette høringsvaret punkt. 1. Nedenstående kommentar må sees i lys av dette – dvs. at dersom det besluttes å forskriftfastsette kompetansekrav, må i det minste disse kravene ikke være for lave, ettersom vi tror det kan være fare for at forskriftfastsatte krav kommer til å tiltrekke lite ledelsesoppmerksomhet, men heller kan bli minstemål som kan bli en hvilepute for ledelsen.

Kompetansekravet i § 15 l synes å være lavere enn den faktiske kompetanse ved AMK-sentralene i dag. Det stilles ikke krav om at AMK-operatører skal være helsepersonell.

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 ambulansoperatør/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.

Ved Sykehuset i Vestfold vil vi ha grunnkompetanse som sykepleier eller ambulansearbeider, med tillegg av spesifikk operatøropplæring for ovennevnte funksjoner.

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 symptombylde, 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-reaksjonstid 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 «medlytt²» i svært stor grad og har en gjennomsnittlig AMK-reaksjonstid på 1,5 minutter. For å redusere AMK-reaksjonstid³, bør det derfor også være et krav til dette tidsintervallet.

11. 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 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

² 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.

³ Tid fra nødtelefon er mottatt, til aktivering av ambulanse.

12. 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 gjentakende tilfeller av bevisstløshet på grunn av lavt blodsukker. Hendelsene forblir ukjent for diabeteslege på sykehuset, og ukjent for fastlegen.

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

13. 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.

14. 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.

Kommentarer til Forslag til ny akuttmedisinforskrift – Psykiske lidelser og rusproblemer

- Forslag til forskrift § 3 b): Psykiske lidelser og rusproblemer og akutttilstander etter vold- og overgrep omfattes av definisjonen akuttmedisin i forslaget. Dette støttes. Viktigheten av å diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander som også gjelder akutte psykiske og rusrelaterte tilstander blir slik ivaretatt i ny forskrift.

- Kommunens ansvar tydeliggjøres og at legevaktordning skal være gjennom hele døgnet. Dette støttes
- Til krav til legevaktlege om kurs i vold og overgrepshåndtering: Det er nødvendig at lege i vakt har nødvendig kompetanse til gjøre vurderinger av akutte medisinske tilstander som gjelder flere psykiske og rusrelaterte tilstander som selvmords- og voldsrisiko, akutte kriser og overdoseproblematikk. Det er flere steder opprettet ambulante akutt team i spesialisthelsetjenesten som kan bistå i slike vurderinger, men disse vil de fleste steder ikke ha et døgnåpent tilbud. Det må forventes også for psykiske og rusrelaterte akutte tilstander at den første vurderingen og håndtering skjer i legevakt på lik linje med all annen sykdom før eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Forslag til ny forskrift § 11, 4.ledd: Ved behov må ambulansen ta med tilleggspersonell. Vurderingen må som hovedregel gjøres i samråd med den som har rekvirert transporten. Kommentar; Dette er i tråd med en ønsket praksis der følgepersonell med f.eks med kompetanse i å håndtere mennesker med akutt psykisk lidelse kan følge.
- Nasjonalt legevaktsnummer vil være et stort fremskritt og lette befolkningens tilgang til legevakt da det både sikrer kunnskap om nummeret uavhengig av hvor i landet man befinner seg samt forhåpentligvis vil minske misbruk av nødnummeret 113.

Kommentarer til Forslag til endringer om pasientjournalen forskriften § 8, andre ledd:

Sykehuset i Vestfold forslår at tidligere ordlyd: "video- og lydopptak" beholdes, slik at det foreslås at ny ordlyd blir:

- *"AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak, og arbeidsdokumenter og pasientens egendokumentasjon, **video- og lydopptak** mv. er å anse som del av journalen, inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte."*

Dette tydeliggjør at bruk av video- og lydopptak i annen type pasientbehandling også utenom akuttmedisin er journalverdig materiale.

Kommentarer Forslag til opphevelse av bestemmelsen om epikrise i journalforskriften § 9:

- Begrunnes med at det ved lov 14.juni 2013 ble vedtatt ny § 45a om epikrise i helsepersonelloven. Denne lovbestemmelsen tydeliggjør når epikrise skal sendes ("skal ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes....") og til hvem det skal sendes epikrise ("..til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege.").

Det vurderes lite logisk og lite pedagogisk at en så sentral bestemmelse som omhandler epikrise ikke kan gjenfinnes i journalforskriften, men kun i et annet regelverk. Epikrise er en helt sentral og lovpålagt del av journal og i kommunikasjon mellom helsepersonell. Sykehuset i Vestfold anbefaler at dagens ordlyd harmoniseres med det som er i innført i helsepersonelloven § 45a. eller det henvises eksplisitt til denne.

Mvh

Stein Kinserdal/sign
Administrerende direktør
Sykehuset i Vestfold HF