

**Deres referanse**

200206765-/HR

**Vår referanse**

200400016 - 6

**Sted/dato**

Bergen, 08.04

**Høringsuttalelse Forskrift om prehospital akuttmedisin****1. Innledning**

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har mottatt utkast til Forskrift om prehospital akuttmedisin til høring. Vi viser til vår uttalelse til revisjonen av Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste i 2001, og registrerer med tilfredshet at det nå er lagt opp til en større revisjon.

Forskriften dekker et betydelig område, og vi vil i våre merknader i stor grad konsentrere oss om det vårt ansvars- og spesielle kompetanseområde, nemlig medisinsk nødmeldetjeneste.

**2. Generelle kommentarer**

Det er et betydelig fremskritt at denne forskriften dekker hele fagområdet prehospital akuttmedisin. Fagområdet er i sin natur preget av at innsats må være rask, faglig forsvarlig, og utøves av flere aktører. Når disse aktørene har ulike faglige og administrative tilknytninger er det svært vesentlig at de har et vel planlagt og inntrent samhandlingsmønster, og at de alle kjenner hverandres kompetanse, planverk og handlingsmønstre. Problemområdet er da også nevnt i så vel §1-4 som i § 2. Det fremgår at så vel kommuner som foretak har ansvar for å samarbeide. Det er imidlertid ikke angitt hvor ansvaret for å initiere samarbeidet skal ligge. KoKom får stadig tilbakemeldinger om at dette samarbeidet ikke fungerer i praksis, og da er det ønskelig at man er så klar som mulig i forskriftskravet her, og at dette følges opp av et aktivt tilsyn.

Det helhetlige bildet som er skapt ved at man lager felles forskrift skjemmes av at man er svært variabel i forhold til detaljeringsnivå. Det er en påfallende diskrepans mellom detaljerte krav til kompetanse hos ambulanspersonell på den ene siden, og til personell innen medisinsk nødmeldetjeneste på den andre. Dette er uheldig og kan oppfattes som en nedvurdering av nødmeldetjenestens betydning i den akuttmedisinske kjeden. KoKom tar ikke stilling til relevans og innhold i de krav som stilles til ambulanspersonell, men etterlyser en tilsvarende gjennomgang av krav til personellet som skal betjene nødmeldesentralene.

Vi merker oss videre at forskriften som inneholder tekniske krav til tjenesten foreslås opphevet, uten å være erstattet av krav i det foreliggende forslaget. Mens vi slutter oss til at den gamle forskriften har et for stort detaljeringsnivå, etterlyser vi likevel en

bestemmelse i forslaget som kunne danne grunnlag for retningslinjer og rundskriv i fremtiden.

Det foreliggende forslaget svekkes vesentlig av at det er en gjennomgående mangel på definisjoner. I 1999 utarbeidet KITH, sammen med daværende Sosial- og helsedepartementets program for standardisering og samordning av informasjonsutveksling, definisjonskatalogen for medisinsk nødmeldetjeneste. Det foreliggende forslaget synes på flere områder å være i utakt med definisjonskatalogen. Dersom departementet mener at katalogen ikke lenger er gjeldende, må det gjøres kjent om man ønsker å revidere den, eller om vi skal se bort fra katalogen som et verktøy i tjenesten. I siste fall er det behov for en klargjøring av definisjoner, og i alle fall de begrepene man velger å bruke i forskriften må da defineres. Eksempler på begreper som bør defineres er "LV-sentral", "legevaktnummer" og "primær diagnostikk".

Et annen faktor som kan svekke forskriftens holdbarhet over tid er at en i forskriftsutkastet i noen tilfeller har valgt å omtale begreper heller enn funksjoner.. Et eksempel på dette er at man omtaler AMK-sentral som løsning for å sikre befolkningen tilgang til akuttmedisinsk hjelp. Begrepet AMK-sentral kunne med fordel være skiftet ut med en bestemmelse om at det skulle være et system tilgjengelig som uten forsinkelse sikrer befolkningen tilgang til akuttmedisinsk ekspertise.

Vi merker oss at krav til responstid er utelatt. Det er uklart om dette er skjedd av helsefaglige eller andre årsaker. KoKom kjenner ikke til at nasjonale krav til responstider har vært evaluert som verktøy for å sikre befolkningen adekvat hjelp i tide, og vi har i og for seg forståelse for at det er vanskelig å stille slike krav som skal gjelde for hele landet. I forskriften bør det imidlertid presiseres at kommune og foretak skal planlegge sin virksomhet, og angi lokale mål for tjenesten som skal kunne evalueres. Det ville da være naturlig at man stilte krav til responstider lokalt, tilpasset det som er faglig akseptabelt, sett i fordel til hva som er praktisk mulig.

### 3. Medisinsk nødmeldetjeneste (§ 2)

I forskriftsutkastet omtales oppgaver som KoKom oppfatter som utøvelse av helsefag, uten at dette er sagt eksplisitt. Eksempler er "håndtering av henvendelser" (§§ 2-1, 2-4 og 2-5) og "prioritering av oppdrag" (§2-4). Det er vesentlig for forståelsen av medisinsk nødmeldetjeneste som del av faglig utøvelse av helsetjeneste at dette presiseres i forskriften.

Mens det i § 2-2 om ansvarsforhold er sagt at foretakene har ansvar for samhandling med den kommunale delen av nødmeldetjenesten (LV-sentralene), er det ikke gitt tilsvarende bestemmelse for kommunenes samhandling andre veien. Dette er uheldig og kan gi et inntrykk av at samarbeidet skal skje på foretakenes premisser. Det vises ellers til det som er sagt over om bruk av begreper heller enn funksjoner. Slik bestemmelsen står nå synes den å gjelde fysiske innretninger mer enn helsefaglige funksjoner. ("sentraler", "kommunikasjonsnett")

Når det gjelder helseforetakene er det §2-2 vist til det regionale helseforetakets beredskapsplan. Det ville være hensiktsmessig om man videre viste til annet helsetjenesteplanverk, ikke minst i kommunene. Det ville understreke kommunenes plikt til planlegging også på dette området, og ikke minst klargjøre hva som ligger i begrepet "helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunene". Eventuelt kan denne formuleringen endres til "som utgjør den akuttmedisinske beredskapen i kommunen", noe som i seg selv vil klargjøre behov for etablering av rutiner og planverk.

Overskriften til § 2-3, "AMK- og LV-sentralene" er misvisende, ettersom bestemmelsen retter seg mot kommunikasjonsnett og dets deltakere, og ikke sentralene. Det fremgår at også helsepersonell i beredskap i sykehus skal være tilgjengelige i det nasjonale nettet. Dette må utdypes, da det ikke vil være mulig, og kanskje heller ikke hensiktsmessig at for eksempel kirurger er umiddelbart tilgjengelige i nettet mens de står og opererer. Det burde heller sies at AMK-sentralen, og gjennom dem den prehospitale tjenesten, skal ha mulighet for kommunikasjon med den helsefaglige kompetansen, som i henhold til planverket skal være tilgjengelig i sykehuset. Det må inn i forskiftsteksten at dette gjelder for sykehus med akuttberedskap, uavhengig av om disse har AMK-sentral med mottak av nødmeldinger

§§2-4 og 2-5 bør inneholde bestemmelser om i hvilken grad helsepersonell der skal være tilgjengelig for befolkningen, og i hvilken grad denne tilgjengeligheten skal være "umiddelbar", dvs. uten forsinkende mellomledd. Etter KoKoms mening utgjør dagens utbredte praksis med avspilling av et bånd med spørsmål om man virkelig mener å ringe medisinsk nødmeldetjeneste et slikt forsinkende ledd. Begge paragrafene inneholder bestemmelser om kommunikasjonsvei fra publikum, "medisinsk nødnummer" og "fast legevaktsnummer". KoKom er enig i at det i dag er et nødvendig krav at de mottar henvendelser via disse veiene, men ønsker at det presiseres at bestemmelsen ikke innebærer en begrensning, eller et ansvarsfritak, i forhold til henvendelsesvei. Allerede nå kommer noen henvendelser via andre kommunikasjonsveier, og fremtidig teknologisk utvikling vil kunne føre til betydelige endringer her.

§2-4c beskriver en løsning, ikke en funksjon. Det sentrale må være at foretakene har et system for styring og koordinering av ambulanseoppdrag. I dag gjøres dette ved AMK, en løsning KoKom tror er optimal. Vi er imidlertid i tvil om hvorvidt det er hjemmel for å nekte foretakene å finne andre løsninger, ikke minst avhengig av fremtidige tekniske muligheter.

Heller enn å omtale "lydlogg" bør det i §§ 2-4 og 2-5 være bestemmelser om verktøy for dokumentasjon av kommunikasjon i ettertid. På samme måte bør det sies at man skal ha mulighet for umiddelbart vite hvor en nøddested befinner seg. I dag skjer dette ved hjelp av opprinnelsesmarkering, det er ikke usannsynlig at andre løsninger blir aktuelle i fremtiden. Videre er det etter KoKoms mening rimelig å kreve tilsvarende nivå for dokumentasjon av kommunikasjon ("lydlogg") ved LV-sentralene som det som kreves ved AMK.

Som et ytterligere eksempel på uhensiktsmessig beskrivelse av løsninger heller enn funksjoner tillater vi oss å vise til §4.1 Definisjon ambulansetjeneste. Beskrivelsen her bør være uavhengig av hvilket fartøy man velger som verktøy for å utøve helsetjenesten. Det kan for eksempel bli aktuelt å bruke hovercraft, og hvor hører den hjemme?

#### 4. Konklusjoner

KoKom ser det foreliggende utkastet til forskrift som interessant i og med at man her ønsker å se hele den prehospitale akuttmedisinske tjenesten i sammenheng. En slik utvikling vil styrkes dersom man i forskriften i større grad vektlegger ansvar for iverksettelse av samarbeid, og at tjenesten skal være en integrert del av helsetjenesten for øvrig.

Vi ser det som uheldig at forslaget kan gi inntrykk av at det helsefaglige innholdet i tjenesten, og da spesielt i medisinsk nødmeldetjeneste, tones ned betydelig. Generelt er det en svakhet at utkastet i viser en gjennomgående tendens til å beskrive løsninger heller

enn funksjoner. Dermed blir man lite fremtidsrettet, og det er igjen uheldig i forhold til forskriftens holdbarhet i forhold til fremtidig helsefaglig og teknologisk utvikling.

Egil Bovim  
Direktør