Helse og Omsorgsdepartementets forslag til endringer i akuttmedisinforskriften 24.11.2021 – En fallitterklæring.

Denne kronikken er publisert på vegne av Norsk paramedicforening (NPF). Den er lest og godkjent av medlemmer av styret og faggruppen.

Vi vil først og fremst takke alle andre som har sendt inn høringssvar. Det er viktig. Vi vil spesielt fremheve høringssvar fra Ambulanseforbundet i Delta, Sykehuset Østfold HF, Helse Midt RHF, SHA10 ved OsloMet, Den Norske Legeforening, Charles Aune Lundberg,

* Innledning

20. mars 2015 ble forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv., populært kalt akuttmedisinforskriften vedtatt. Forskriften trådde i kraft 1. mai 2015 og markerte et stort steg i riktig retning for å sikre bedre helsehjelp til pasienter utenfor sykehus. I forbindelse med vedtak ble det også klart at det ville bli overgangsordninger, for å gi helseforetakene tid til å omstille seg. Forskriftens paragrafer §10 og §11 omhandler organisering og krav til ambulansetjenesten. Det er forskriftens §11 som nå foreslås endret av Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).

Forskriften fra 2015 slår fast at kompetansekrav til bemanning i ambulansebiler etter §11 første ledd skal være oppfylt innen 1. mai 2022 (opprinnelig 1. mai 2018, men det ble utsatt). Innen mai 2022 kreves det at begge som bemanner en ambulanse har en helsefaglig autorisasjon. Minst én av disse skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Dersom den andre personen har en annen helsefaglig autorisasjon skal denne også inneha nødvendig ambulansefaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

I mellomtiden skal ambulansebiler som yter ambulansetjenester være bemannet med minst to personer, hvorav minst en skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Der det bare er en ambulansearbeider må den andre personen ha relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Minst en person i ambulansen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy. Det er disse kravene vi forholder oss til per i dag.

* NPF mener

Nå foreslår altså Helse- og Omsorgsdepartementet å fravike mange av de kravene som ble etterlengtet vedtatt for bare få år siden. I høringsnotatet som ble sendt ut høsten 2021 påstår HOD at fristen for å oppfylle kompetansekravene ble forlenget på bakgrunn av utfordringer knyttet til rekruttering av personell med nødvendig ambulansefaglig og kjørefaglig kompetanse. Dette står i sterk kontrast til at man mange steder som nyutdannet må belage seg på opptil flere år i vikariater eller på 0-timers kontrakter (ekstravakter) før man får tilbud om fast stilling. Dersom det var en reell personellmangel, virker det litt pussig at nyutdannede ikke får seg fast jobb tidligere.

NPF mener utfordringene rundt rekruttering er mer sammensatt. Vi tror det utdannes mer enn nok ambulansearbeidere og paramedisinere til å bemanne ambulansetjenesten i Norge. Det er også personell med andre autorisasjoner, som for eksempel sykepleiere som ønsker å jobbe i ambulansetjenesten. De ambulansefaglige utdanningene både på videregående og universitetsnivå er svært populære. Tilgangen på kvalifisert personell og antall søkere per stilling vil selvsagt variere mye fra sted til sted, og vi har forståelse for at det kan være utfordrende i enkelte deler av landet. Vi mener likevel helseforetakene har hatt en for svak rekrutterings- og personalpolitikk, hvor man ikke har evnet å tiltrekke seg kvalifiserte søkere, og ikke minst beholde eget personell. Enkelte steder står kvalifisert personell nærmest i kø for å få faste stillinger.

HOD påpeker i siste høringsnotat at når overgangsordningen for forskriften fra 2015 er slutt vil mange lærlinger ikke kunne fungere som andremann i ambulansen. Dette grunnet kravet om autorisasjon eller lisens som helsepersonell. De har tidligere varslet at de ville vurdere en ordning med midlertidig lisens som ambulansearbeider for andreårs lærlinger, eller at lærlingene skulle unntas fra kravet om autorisasjon. Dessverre gikk de for unntak istedenfor midlertidig lisens. Dette er problematisk ettersom en lærling/student da vil være å anse som en medhjelper (helsepersonelloven §5). Alt ansvar for medisinsk behandling blir da tillagt det personellet som har autorisasjon som ambulansearbeider. Det kan tenkes at ambulansearbeidere/paramedisinere da kan kvie seg for å jobbe med lærlinger og studenter, fordi man blir påført et ekstra stressmoment og ansvar. Å skulle både kjøre utrykning til sykehus og samtidig følge med på hva personellet bak holder på med, lar seg ikke gjøre på en forsvarlig måte.   
  
Slik vi tolker lovverket har helsepersonellets medhjelper heller ikke rett til innsyn i kjernejournal (helsenorge.no). Dersom en lærling eller student viser uakseptabel adferd eller setter pasienten i fare vil de ikke kunne få sanksjoner på lik linje med annet helsepersonell, dersom de kun anses som en medhjelper. En ordning med midlertidig lisens vil derimot bidra til å ansvarliggjøre lærlingene og studentene. NPF mener en ordning med midlertidig lisens for ambulanselærlinger som har fullført første år, og paramedisinstudenter som har fullført henholdsvis andre år på fulltidsstudier og tredje år på deltidsstudier ville vært en mye bedre løsning. Disse må selvsagt også ha bestått skikkethetsvurdering og selvstendighetsvurdering før de kan anses klare til å fungere som andremann.

Helsedirektoratet (HDir) fikk i 2020 i oppdrag å foreslå endringer i akuttmedisinforskriften. Noe av bakgrunnen for dette var tilbakemeldinger fra arbeidsgivere knyttet til at lærlinger og studenter ikke ville kunne fungere som andremann i fremtiden. HDir mener fortsatt hovedregelen skal være at begge personell i ambulansen skal ha helsefaglig autorisasjon, ambulansefaglig kompetanse, førerkort for kjøretøyklassen, samt kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy (kode 160). De åpner likevel for at man i unntakssituasjoner kan fravike enkelte av kravene hvis andre tungtveiende årsaker tilsier det. Hva er så en tungtveiende årsak? Kan økonomi være en tungtveiende årsak? I så fall er det veldig uheldig dersom helseforetakene kan bruke dette som en måte å spare penger på.

HDir mener at utrykningskjøring har størst betydning ut til pasienten, og at forsvarligheten ivaretas også i de situasjoner hvor bare en har utrykningskompetanse. Dette er en oppfatning vi er dypt uenige i. I slike situasjoner vil man potensielt måtte ta valget mellom å sette den med høyest akuttmedisinsk kompetanse bak hos pasienten, og kjøre «vanlig» inn til sykehus, eller å sette den med minst akuttmedisinsk kompetanse bak hos pasienten for å kunne kjøre utrykning. Dette er et dilemma ambulansearbeidere og paramedisinere ikke burde måtte stå i.

Traumepasienten som har fire knivstikk i abdomen trenger både god akuttmedisinsk kompetanse og behandling, og rask transport inn til traumeteam. Pasienten med hjerneblødning trenger både akuttmedisinsk kompetanse som kan gjenkjenne symptomer og forverring, og rask transport inn til nevrokirurg og intervensjon. NPF mener Helsedirektoratet undervurderer betydningen av utrykningskjøring i tettbygde strøk med mye trafikk, og i grisgrendte strøk med lange avstander. At en ambulanse med en kritisk syk eller skadd pasient skal måtte stå i kø i rushtrafikk er helt uholdbart. At ambulansen skal sløse dyrebare minutter i utkantstrøk hvor pasientene allerede har lang vei til sykehus er også uholdbart. At Stortinget 11.03.21 vedtok å lovfeste responstider setter det hele i et ubehagelig perspektiv.

Det er allerede så mye fokus på tid i ambulansetjenesten. Ha lavest mulig forspenningstid, utrykningstiden måles, ikke bruk for mye tid på skadested. Når vi dog har kommet frem til pasienten og identifisert alvorlig sykdom eller skade, da er ikke tida tydeligvis så farlig lenger. Det er det signalet som nå sendes av HDir og HOD. Å sette opp ambulansene i Norge med kun et personell som har utrykningskompetanse vil gå ut over pasientene. Flere hjerneslagpasienter vil havne utenfor trombolysevinduet, flere traumepasienter vil blø unødvendig mye slik at prognosene forverres, flere pasienter med hjerteinfarkt vil utvikle varig hjertesvikt. For selv om mye kan gjøres i ambulansen, er det fortsatt slik at flere av de alvorligste tilstandene må raskt inn på sykehus. Dersom det åpnes for et unntak fra kravet om utrykningskompetanse, er det disse pasientene det går hardest ut over. De som allerede er mest sårbare og har dårligst tid.

Vi mener endringsforslaget fremstår som et skuffende kompromiss. Helseforetakene har ikke evnet å omstille seg, og nå må pasientene betale for det.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-04-20-594>

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231/KAPITTEL_3#%C2%A711>

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231#KAPITTEL_7>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8015af323d8d47b5955e267fc479fcff/horingsnotat-om-endringer-i-akuttmedisinforskriften.pdf>

<https://www.helsenorge.no/kjernejournal/sikkerhet-og-personvern-i-kjernejournal/?fbclid=IwAR3j3mM2bWxQ2phtyScGFqJgRZuxWl6nmQ0rnplJea1-d_b1SRvwDiKQP8M#hvem-har-tilgang-til-kjernejournalen-din>