

Høringsnotat

Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Høringsfrist: 15. september 2014

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	5
2	Bakgrunn	8
3	Gjeldende rett	8
3.1	Regulering i lov.....	8
3.2	Regulering i forskrift.....	10
3.2.1	Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus)	10
3.2.2	Forskrift 20. desember 2002 nr. 731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten)	13
3.2.3	Forskrift 29. oktober 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene)	14
3.2.4	Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske krav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap (forskrift om funksjonskrav til komm.utstyr)	14
3.2.5	Forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger)	15
3.2.6	Forskrift 4. oktober 1994 nr. 918 om tekniske krav til og godkjenning av kjøretøy, deler og utstyr (kjøretøyforskriften) og forskrift 18. januar 2002 nr. 55 om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy (forskrift om godkjenning av utrykningskjøretøy)	15
3.2.7	Forslag til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten	15
4	Departementets vurderinger og forslag	16
4.1	Forskriftsforslagets generelle bestemmelser	16
4.1.1	Om formål, virkeområde og definisjonsbestemmelsene	16
4.1.2	Samhandling.....	17
4.1.3	Om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten	17
4.2	Kommunal legevaktordning.....	17
4.2.1	Innledning.....	17
4.2.2	Nærmere om kommunenes ansvar for legevaktordning	19
4.2.3	Nærmere om krav til legevaktordningen.....	20
4.3	Ambulansetjenesten	30
4.3.1	De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenesten	30

4.3.2	Om bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler-, båter-, helikoptere- og fly som inngår i helsetjenestens akuttmedisinske beredskap	32
4.4	Medisinsk nødmeldetjeneste	35
4.4.1	Innledning.....	35
4.4.2	Kommunenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste inkludert innføring av et nasjonalt legevaktnummer	35
4.4.3	Nærmere om krav til legevaktsentraler (LV-sentraler)	40
4.4.4	De regionale helseforetakenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste ..	43
4.4.5	Nærmere om krav til AMK sentralene	44
4.4.6	Nødnett	47
4.5	Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr	48
5	Lydopptak.....	52
5.1	Om kommunikasjons- og dokumentasjonssystemer i den akuttmedisinske tjenesten	52
5.2	Gjeldende rett.....	53
5.2.1	Helseregisterloven	53
5.2.2	Helsepersonelloven	53
5.2.3	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	54
5.2.4	Spesialisthelsetjenesteloven	55
5.2.5	Helse- og omsorgstjenesteloven.....	55
5.2.6	Arkivloven.....	55
5.2.7	Offentlighetsloven.....	56
5.2.8	Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus.....	57
5.2.9	Pasientjournalforskriften	57
5.3	Vurderinger og forslag	57
5.3.1	Viderefører plikt for AMK til lydopptak.....	57
5.4	Foreslår tilsvarende plikt for legevaktsentraler til lydopptak	59
5.4.1	Innsynsrett i lydopptak	59
5.4.2	Innsyn for helsepersonell	61
5.4.3	Innsyn for offentligheten	61
5.4.4	Forholdet til arkivloven.....	61
6	Økonomiske og administrative konsekvenser	62

6.1	Vedrørende kommunal legevaktordning.....	62
6.2	Vedrørende ambulansetjenesten	63
6.3	Vedrørende legevaktsentralene	65
6.4	Vedrørende AMK-sentralene	66
6.5	Vedrørende nødnett og funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr.....	67
6.6	Vedrørende lydopptak.....	67
7	Forslag til oppheving av pasientjournalforskriften § 9.....	69
8	Spesielle merknader til forskriftsutkastet	69
	Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)	74

1 Innledning

Dette høringsnotatet består av tre deler. I del I behandles forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften). I del II behandles forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (pasientjournalforskriften) når det gjelder oppbevaring av lydopptak ved legevakt- og AMK-sentralene. Lydopptak i legevakt og AMK-sentraler omtales gjerne som lydlogg, men begrepet ”logg” henspeiler mer til registreringen av tidspunktet for lydopptaket enn på selve lydopptaket. Begrepet lydopptak er også brukt i pasientjournalforskriften, og begrepet lydopptak er derfor brukt i dette høringsnotatet. I del III behandles et forslag til opphevelse av bestemmelsen om epikrise i pasientjournalforskriften. Dette som følge av at bestemmelsens innhold nå er regulert i helsepersonelloven.

Forslaget til akuttmedisinforskriften er i stor grad videreføringer og justeringer av bestemmelser som i dag fremgår i forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus) og i forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap (forskrift om funksjonskrav til komm.utstyr). Forslaget innebærer en forenkling ved at to forskrifter er foreslått slått sammen til en ny forskrift.

Vesentlige forslag til endringer i forslaget til ny forskrift i dette høringsnotatet er regulering av:

- samarbeid med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten (f. eks frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen) om bistand i akutte situasjoner
- kompetansekrav til personell i legevakt og på ambulansebil
- at minst to av personene på en ambulansebil må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy
- svartid for legevaktsentraler og AMK sentraler
- at legevaktsentralene skal ha utstyr for å kunne gjøre lydopptak av viktige samtaler
- tilrettelegging for innføring av et nasjonalt legevaktnummer 116 117
- at AMK-sentralene som hovedregel skal sette samtalen over til legevaktsentral når henvendelsen gjelder allmennt medisinske problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten
- at AMK sentralene umiddelbart skal iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater
- at AMK sentralene har et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde og
- at AMK sentralene har beredskap for nødvendig tolketjeneste.

Det er foreslått nytt navn på forskriften som tydeliggjør bedre enn i dag hva innholdet i forskriften er.

Som det fremgår av høringsnotatet at det kun er noen få steder departementet foreslår at de som skal utføre tjenester skal være *autorisert helsepersonell*, jf. lov 2. juli 1999 nr. 64 om

helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 48. Etter nevnte bestemmelse er 29 helsepersonellgrupper gitt rett til autorisasjon dersom de fyller gitte vilkår. Begrepet *helsepersonell* innebærer ikke at man har en formell utdanning, da alle som yter helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek, etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 første ledd, vil være helsepersonell som er omfattet av helsepersonelloven. Begrepet *personell* benyttes også en del steder i dette høringsnotatet som en betegnelse uavhengig av om personene har autorisasjon eller ikke.

Departementets utgangspunkt er at det er ønskelig å stille kompetansekrav til helse- og omsorgstjenestene for å sikre forsvarlighet og kvalitet. En forskriftsregulering av krav til profesjonsutdanning vil imidlertid ofte medføre behov for overgangsordninger og unntaksbestemmelser. Forskriftsregulering vil gjøre det umulig for arbeidsgiver å ta hensyn til realkompetanse hos arbeidstaker dersom vedkommende ikke oppfyller kravet til profesjonsutdanning, med mindre det innvilges unntak. Både i sykehus og i kommuner er det behov for endret oppgavedeling mellom profesjoner. Mange tjenester er avhengig av teamarbeid der de enkelte medlemmene av teamet har komplementær kompetanse. Juridisk bindende krav til spesifikk profesjonsutdanning for å løse ulike oppgaver kan vanskeliggjøre slike smidige prosesser.

Det er etter departementets vurdering tilfredsstillende formalkompetanse i de fleste av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i dag. AMK sentralene bemannes med sykepleiere og ambulansefagarbeidere. 85-90 prosent av legevaktssentralene bemannes av sykepleiere. Luftambulansetjenesten ANS har utarbeidet nasjonale standarder for luftambulanseleger og flysykepleiere som er lagt til grunn for bemanningen i luftambulansetjenesten. For redningsmenn i luftambulansetjenesten har Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet sammen utarbeidet en nasjonal standard. Dette tyder på at forskriftsfestede krav til profesjonsutdanning ikke alltid er et nødvendig virkemiddel for å oppnå resultater. Regulering gjennom faglige retningslinjer, veiledere og standarder kan i mange tilfelle være mer hensiktsmessig.

I deler av tjenestene vil det være behov for utdanning og/eller opplæring utover det som følger av de ulike profesjonsutdanningene. Anbefalinger om nødvendig videreutdanning og opplæring kan etter departementets vurdering også nedfelles i faglige retningslinjer, veiledere og standarder.

Med bakgrunn i spesielle utfordringer i deler av tjenesten, foreslår departementet likevel i dette høringsnotatet at det stilles særskilte kompetansekrav til enkelte deler av tjenesten, og foreslår at det stilles slike krav til:

- den andre personen på ambulansebilen, og at denne må være autorisert helsepersonell med nødvendig ambulansefaglig kompetanse og til
- leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt.

Kravet til leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt har sin bakgrunn i Helsetilsynets funn, de særskilte utfordringene i legevaktstjenesten og Helsedirektoratets anbefalinger. Departementet foreslår å stille spesifikke krav til disse legene, se nærmere om kravene som fremgår av forskriftsforslagets § 7, og at vaktleger som ikke oppfyller disse

spesifikke kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles til lege som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Lege og helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Etter departementets vurdering vil det være naturlig å utarbeide en veileder til ny akuttmedisinforskrift. En slik veileder vil kunne inneholde nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte deler av tjenesten.

I del I, kapittel 2 i høringsnotatet, fremgår bakgrunnen for at det nå foreslås en ny akuttmedisinforskrift. I kapittel 3 redegjøres det for gjeldende rett, og i kapittel 4 fremgår departementets vurderinger og forslag til regulering av de forskjellige temaene som drøftes i høringsnotatet.

I del II, kapittel 5 i høringsnotatet, gis en omfattende fremstilling av oppbevaring og innsyn i lydopptak på legevaktsentraler og AMK-sentraler og forslag til regulering av oppbevaring i pasientjournalforskriften. Vurderinger som gjelder lydopptak er også omtalt enkelte steder under del I i dette høringsnotatet.

Kapittel 6 er en redegjørelse for økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

Til slutt i høringsnotatet fremgår forslaget til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i pasientjournalforskriften.

Del I

2 Bakgrunn

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og fagfeltet har gjennomgått en betydelig utvikling etter at dagens forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus trådte i kraft 1. april 2005. Ambulansetjenesten har i større grad blitt sykehusenes ”forlengede arm”, der personellet utfører akuttmedisinske vurderinger og iverksetter medisinsk behandling. Det er større grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, og derfor større behov for å transportere pasienter mellom behandlingssteder. Nødmeldetjenesten har vært sentral i å håndtere komplekse hendelser som involverer flere aktører, og erfaringene for eksempel fra 22. juli 2011 har vist at det er behov for bedre samordning av tjenestene og videreutvikling av nødmeldetjenesten. Det nye nødnett er i ferd med å erstatte helseradionettet. Kommunenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er tydeliggjort i ny helse- og omsorgstjenestelov, og får betydning for blant annet utvikling av legevaktstjenesten. Kommunal legevaktstjeneste har vært vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001-2005 viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten totalt. Det ble blant annet avdekket svikt i kommunenes sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring.

På bakgrunn av utviklingen som har vært etter 2005 og de erfaringene man har med dagens forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, er det departementets vurdering at tiden er moden for å foreslå en ny forskrift.

3 Gjeldende rett

3.1 Regulering i lov

Kommunen skal etter lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 sørge for at personer, som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret er nærmere presisert i lovens § 3-2 første ledd nr. 3, der det blant annet fremgår at kommunen skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, inkludert:

- legevakt
- heldøgns medisinsk akuttberedskap og
- medisinsk nødmeldetjeneste.

I samme bestemmelse er Kongen gitt myndighet til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om innholdet i blant annet disse tjenestene.

Det vises videre til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 hvor kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp er regulert. Kommunen skal etter denne bestemmelsen straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er

påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

De regionale helseforetakene har etter lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1 a ansvar for å sørge for at personer, med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen, tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, inkludert følgende tjenester:

- akuttmedisinsk beredskap
- medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt.

Det fremgår av samme bestemmelse femte ledd at det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen. I bestemmelsens syvende ledd er departementet gitt myndighet til å gi nærmere bestemmelser om krav til tjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.

Forsvarlighetskravet

Kravet til at ytelse av helsetjenester skal være forsvarlig er gjennomgående i regelverket som omhandler helse- og omsorgstjenesten. I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stilles det krav om at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Kommunen har en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf § 4-1 første ledd, bokstav d. I spesialisthelsetjenesteloven § 2-2- er det stilt krav til at spesialisthelsetjenesten skal tilby eller yte tjenester som er forsvarlige, og de skal tilrettelegge sine tjenester slik at personellet som utfører tjenestene kan bli i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at den enkelte pasient- og bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Helsepersonelloven §§ 4 og 16 regulerer henholdsvis helsepersonells plikt til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut ifra den enkeltes kvalifikasjoner m.v. og virksomhetenes plikt til å yte helsehjelp som er organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus § 12a er det stilt krav om at den kommunale legevaktordningen skal bemannes med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen som ytes er forsvarlig.

Internkontroll

Det følger av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 at alle som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere internkontrollsystemer og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. De nærmere bestemmelsene om internkontroll følger av forskrift 20. desember 2002 nr. 731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten).

Samarbeid

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at kommunen har en plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Målsettingen med samarbeidet er å bidra til at pasienter og brukere skal motta et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. I § 6-2 er

det nærmere bestemt hva samarbeidsavtalen som et minimum skal omfatte. I nr. 11 i denne bestemmelsen fremgår det at omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden skal være en del av samarbeidsavtalens innhold.

3.2 Regulering i forskrift

3.2.1 Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus)

Forskriftens formål er å bidra til å sikre befolkningen forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjeden og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningssentraler.

Forskriften regulerer akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er:

- medisinsk nødmeldetjeneste
- kommunal legevaktordning og
- ambulansetjeneste.

Kommunene har ansvaret for den kommunale legevaktordningen. De regionale helseforetakene har ansvaret for ambulansetjenesten. Ansvaret for de ulike oppgavene i den medisinske nødmeldetjenesten er delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

Kommunene og de regionale helseforetakene har et felles ansvar for å sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og å sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Til dette ansvaret ligger også et ansvar for å organisere de akuttmedisinske tjenestene slik at personellet som arbeider der får trening i den samhandlingen personellet skal være en del av.

Forskriften stiller også krav om at de akuttmedisinske tjenestene som etableres og driftes skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Den medisinske nødmeldetjenesten er regulert i kapittel 2 i forskriften. Tjenesten er definert som et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten. Ansvaret for den medisinske nødmeldetjenesten er delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

Kommunene har ansvaret for:

- etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet,
- etablering og drift av LV-sentral (legevaktsentral),

- kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen og
- samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester.

De regionale helseforetakene har ansvar for

- etablering og drift av det til enhver tid gjeldende medisinske nødnummeret,
- etablering og drift av AMK-sentralene (de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene),
- kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets beredskapsplan og
- samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med legevaktsentraler, brannvesen, politi, hovedredningsentralene og andre samarbeidspartnere og fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinske nødnummer i regionen.

Kommunene og de regionale helseforetakene har sammen et ansvar for et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten der helsepersonell som er i vaktberedskap skal være umiddelbart tilgjengelig. Helsepersonellet skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i dette kommunikasjonsnettet. Et slikt landsdekkende kommunikasjonsnett skal omfatte helsepersonell i:

- AMK-sentralene,
- Legevaktsentralene,
- somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon og
- i ekstern vaktberedskap.

Det fremgår av forskriften at AMK-sentralene og legevaktsentralene skal bemannes med helsepersonell. Videre er det gitt nærmere bestemmelser om arbeidsoppgavene som skal ligge til disse sentralene.

Kommunal legevakt

Kommunal legevaktordning er regulert i forskriften kapittel 3. Ordningen er definert i § 11 i forskriften som en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig. Forskriften § 12 gir en nærmere beskrivelse av oppgavene som ligger under kommunens ansvar for ordningen. Bestemmelsen presiserer kommunens ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, inkludert å diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov.

Kommunen har også ansvar for å vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.

Bestemmelsene om legevakt regulerer i utgangspunktet henvendelser som ikke kan vente på ordinær behandling hos fastlege/allmennlege i kontortiden på dag. Bestemmelsene i forskriften må derfor ses i sammenheng med forskrift om fastlegeordning i kommunene når det gjelder kommunenes oppfyllelse av øyeblikkelig hjelp plikten. Det vises her blant annet til forskriften om fastlegeordningen i kommunene § 21 om allmenne tilgjengelighetsbestemmelser hvor det i første ledd fremgår at fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Det presiseres i § 22 i samme forskrift at fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden. Videre vises det til forskriften kapittel 3 om fastlegens ansvar hvor det blant annet er fastsatt at fastlegen har plikt til deltakelse i legevakt dersom kommunen anmoder om dette.

Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus § 12a andre ledd presiserer at leger som skal tilsettes i kommunal legevaktordning må tilfredsstille kravet som fremgår i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger). Denne bestemmelsen ble vedtatt i desember 2012 etter at Helse- og omsorgsdepartementet vedtok forskriftsendringer med innføring av en ny ordning for legers turnustjeneste. Det ble samtidig vedtatt å flytte autorisasjonstidspunktet for leger med medisnutdanning fra norske universiteter fra etter fullført turnustjeneste til etter bestått medisinsk embetseksamen.

Utover det som er beskrevet over er det i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus ikke fastsatt spesifikke krav til kompetanse for leger som jobber legevakt. Det er heller ikke fastsatt spesifikke kompetansekrav til annet personell i legevaktordningen.

Det er i forskriften om akuttmedisin utenfor sykehus stilt spesifikke krav til hva slags utstyr kommunal legevakt skal ha. Det følger av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og i forskrift om internkontroll i helsetjenesten, at kommunen har plikt til å organisere legevaktordningen på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer en plikt for kommunen til å sørge for utstyr i et omfang og av en kvalitet som gjør det mulig for helsepersonellet å overholde sine lovpålagte plikter og yte forsvarlige tjenester.

Ambulansetjeneste

Ambulansetjenesten er definert som bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikopter og ambulansfly) som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus. Med akuttmedisinsk beredskap forstås i forskriften forberedte tiltak som iverksettes for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester. Begrepet akuttmedisin er å forstå som kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, inkludert akutte psykiske lidelser, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.

Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap som skal dekke behovet for primær diagnostikk og stabilisering og

eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander og bringe syke og skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helse- og omsorgstjenesten når pasienter har behov for overvåkning og/eller behandling.

Luftambulansetjenesten skal yte spesialisert akuttmedisin og være en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen. Ambulansehelikoptrene og ambulansedyene har som hovedoppgave å bringe pasienter til adekvat behandlingsnivå i helse- og omsorgstjenesten. Helikoptertjenesten skal også bringe akuttmedisinsk utstyr og særlig kompetent helsepersonell raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter og utføre enkle søk- og redningsoperasjoner.

Det stilles i forskriften krav om at ambulanserbiler og båter skal være betjent med minst to helsepersonell slik at pasienten kan sikres adekvat behandling og oppfølging under transport. Det stilles krav om at det ene helsepersonellet skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Øvrig helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Minst ett helsepersonell må ha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Forskriften åpner for at det kan gis unntak for at det skal være tilstedevakt på ambulanser der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år eller der personellet kan være i ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.

Det stilles krav om bemanning med lege med akuttmedisinsk kompetanse og ambulansearbeider eller sykepleier med redningsteknisk kompetanse på ambulanshelikoptre og redningshelikoptre. På ambulansedy stilles det krav om bemanning med intensiv- eller anestesisykepleier og i tillegg beredskap med lege eller annen bemanning ved oppdrag der dette er nødvendig.

3.2.2 Forskrift 20. desember 2002 nr. 731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten)

Formålet med internkontrollforskrift i helsetjenesten (kalt IK- forskriften) er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Forskriften definerer internkontroll som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i sosial- og helselovgivningen. Det nærmere innholdet i interkontrollen følger av § 4 som forplikter de som yter helse- og omsorgstjenester til blant annet å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. De ansvarlige for virksomheten er videre pålagt å skaffe seg oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

3.2.3 Forskrift 29. oktober 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene)

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunens ansvar for fastlegordningen er angitt i forskriften kapittel 2 mens fastlegens ansvar er regulert i kapittel 3. Fastlegens listeansvar er regulert i forskriften § 10 som regulerer listeansvar til å dekke alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen, dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Forskriften § 13 første ledd pålegger fastleger en plikt til deltakelse i legevakt utenfor ordinær åpningstid dersom kommunen anmoder om det. Videre har fastlegen etter denne bestemmelsen en plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig-hjelp-tjeneste i kontortid, inkludert tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Fritaksbestemmelser er inntatt i forskriften § 13 tredje ledd hvor det fremgår at kommunen kan fritta fastlegen fra plikten til legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Kommunen må foreta en skjønnsmessig vurdering, og kommunens avgjørelse vil være et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 bokstav b. Legens alder er ikke en selvstendig grunn til fritak etter denne bestemmelsen. Etter samme bestemmelse fjerde ledd har fastlegen en rett til fritak til deltakelse i legevakt etter tre alternative vilkår. Disse alternative vilkårene er når legen a) er over 60 år, b) er gravid i de tre siste måneder av svangerskapet eller når graviditeten er til hinder for deltakelse eller c) ammer barn som er under ett år. Det ble foretatt en endring i aldersgrensen ved at grensen ble flyttet fra 55 år til 60 år for rett til fritak til legevakt med virkning fra juli 2013. Regelen ble vedtatt med en overgangsordning fram til 1. januar 2014.

Fastleger som har hatt rett til fritak fra deltakelse i legevakt i henhold til tidligere angitte aldersgrense i fjerde ledd bokstav a, har rett til fortsatt fritak frem til 1. januar 2014.

3.2.4 Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske krav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap (forskrift om funksjonskrav til komm.utstyr)

Forskriften regulerer de tekniske funksjonskravene som er stilt til det kommunikasjonstekniske utstyret som inngår i det landsdekkende kommunikasjonssystemet i helse- og omsorgstjenesten, inkludert kravspesifikasjoner og kommunikasjonsprotokoller. Forskriften omhandler utstyr for formidling av prioritert informasjon ved hjelp av tale-, tekst-, data- og billedoverføring. Forskriften skal sikre at kommunikasjonsteknisk utstyr fungerer organisatorisk i et landsdekkende nett.

Forskriften gir Helsedirektoratet hjemmel til å stille ulike krav til og godkjenne kommunikasjonsteknisk utstyr og å gi nærmere bestemmelser om infrastruktur. Den pålegger videre de regionale helseforetakene og kommunene å dokumentere at det utstyret som brukes i deres kommunikasjonsberedskap tilfredsstillter kravene gitt i medhold av forskriften. Den forutsetter at leverandør deltar i nærmere beskrevne godkjenningsprosedyrer, og at

installatør/leverandør skriftlig dokumenterer samsvar. I tillegg pålegges fylkesmannen plikt til å føre tilsyn med at utstyret er dokumentert i tråd med forskriften.

3.2.5 Forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger)

Forskriften regulerer vilkår for å kunne praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon. Formålet med veiledet tjeneste er at allmennlegen gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig praktisk erfaring for å kunne utføre selvstendig legevirkosomhet på en forsvarlig måte uten unødig tidstap eller utgift for pasienter, helseinstitusjoner, trygden eller andre. Det er et vilkår for å utøve virksomhet som privatpraktiserende allmennlege med rett til å utløse trygderefusjon at lege med autorisasjon har gjennomført til sammen tre år veiledet tjeneste eller er under veiledning for å oppnå slik rett og har gjennomført minst to års veiledet tjeneste. Det er presisert i forskriften at disse vilkårene gjelder tilsvarende for allmennleger som ansettes i kommunale fastlegestillinger og i stillinger ved kommunal legevakt. Det er åpnet for unntak fra kravet om minst tre års veiledet tjeneste for leger som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt. Kravet gjelder heller ikke for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid. Legene som kommer under unntaksbestemmelsene må ha gjennomført minst to års veiledet tjeneste.

3.2.6 Forskrift 4. oktober 1994 nr. 918 om tekniske krav til og godkjenning av kjøretøy, deler og utstyr (kjøretøyforskriften) og forskrift 18. januar 2002 nr. 55 om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy (forskrift om godkjenning av utrykningskjøretøy)

I tillegg til de ovennevnte forskriftene gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, har Samferdselsdepartementets (SD) gitt nærmere bestemmelser om kjøretøyene som benyttes i den akuttmedisinske tjenesten. Forskriftene regulerer henholdsvis de tekniske kravene til kjøretøy, deler og utstyr og hvem og hvordan godkjenning av utrykningskjøretøy skal foretas.

3.2.7 Forslag til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt et forslag til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten på høring. Forskriftens virkeområde er foreslått å være ”virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten som bruker behandlingsrettede helseregistre”. Kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, inkludert kommunal legevakt, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste vil falle inn under det foreslåtte virkeområdet for forskriften. Dette innebærer at kravet til elektronisk behandling av helseopplysninger som følger av forslaget til forskrift også vil gjelde for kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

4 Departementets vurderinger og forslag

I dette kapitlet fremgår departementets vurderinger og forslag knyttet til de enkelte bestemmelsene i den foreslåtte forskriften. Mange bestemmelser i forslaget til ny forskrift er i sitt innhold videreføring av dagens bestemmelser på området. I de tilfellene gjeldende bestemmelser er videreført med kun språklige endringer i forslaget til ny forskrift, blir ikke bestemmelsen særskilt omtalt.

Kapitlet er strukturert på samme måte som selve forskriftsforslaget, ved at vurderingene og forslagene om de generelle bestemmelsene i forskriftsforslaget fremgår først. Deretter følger vurderinger og forslag vedrørende kommunal legevakt og ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste, og til slutt vurderinger og forslag vedrørende funksjonskrav til det kommunikasjonstekniske utstyret som inngår i kommunenes og helseforetakenes kommunikasjonsberedskap m.v.

4.1 Forskriftsforslagets generelle bestemmelser

4.1.1 Om formål, virkeområde og definisjonsbestemmelsene

I dette høringsnotatet er forskrift om tekniske funksjonskrav, jf. pkt 3.2.4 foreslått slått sammen med akuttmedisinforskriften i en ny forskrift. Etter departementets vurdering bør derfor formålet med reguleringen av kommunikasjonsteknisk utstyr gå frem av formålbestemmelsen i den nye forskriften. En tilføyelse om dette er foreslått.

I virkeområdebestemmelsen i forslaget til ny forskrift fremgår det at forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. 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.

I definisjonen av hva som i den foreslåtte forskriften menes med akuttmedisin, har departementet vurdert at også akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse, må omfattes av skade- og sykdomsbegrepet i definisjonen av akuttmedisin.

Videre foreslås det en definisjon av kommunikasjonsteknisk utstyr fordi forskriften om tekniske krav til og godkjenning av kommunikasjonsteknisk utstyr er foreslått tatt inn i akuttmedisinforskriften.

4.1.2 Samhandling

Det er også foreslått en bestemmelse om samordning og samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden som er en videreføring av tilsvarende bestemmelse i dagens akuttmedisinforskrift.

4.1.3 Om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Flere land har over lang tid benyttet forskjellige ordninger for akutthjelpere/førstehjelpere i tidsrommet frem til helsepersonell kan nå frem til pasienten. I Sverige er ordningen “I väntan på ambulans” i ferd med å utbre seg som en fast avtalt samarbeidsform mellom kommuner og helseforetak. Minimumskrav til ordningen er forskriftsregulert (Ambulanssjukvård m.m. Sosialstyrelsens forfatningssamling SOSFS 2009:10 (M) Föreskrifter).

I Norge forekommer liknende ordninger hvor annet helsepersonell, brannvesen, frivillige organisasjoner etc., mer eller mindre organisert utfører førstehjelp frem til helsepersonell kan starte sin behandling. Det er så langt departementet har brakt i erfaring, også stor variasjon i hvilken grad ordningene systematisk følges opp og dokumenteres.

Det foreligger lang erfaring og god dokumentasjon for at denne type ordninger kan være livreddende og gi skadebegrensende helseeffekt. I Norge har bl.a. Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp lange tradisjoner for å organisere og tilby slike tjenester ved f. eks. idrettsarrangementer. Etter departementets oppfatning vil det i mange situasjoner være et naturlig supplement til helsetjenestens innsats å benytte organisert bruk av akutthjelpere. Dette vil også kunne bidra vesentlig til å korte ned tiden fra en hendelse inntreffer til hjelp kan gis.

Det følger av gjeldene rett at dersom det inngås avtaler om at andre skal yte tjenester på vegne av en virksomhet, må avtalene sikre at de tjenestene som tilbys er forsvarlige og at alle lover og forskrifter som gjelder for tjenestene blir oppfylt. I de tilfellene der det inngås avtale med en tjenesteytende virksomhet, som ikke selv besitter tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, må avtalen tydeliggjøre hvordan nødvendig supplerende kompetanse skal dekkes. Departementet ser behov for å tydeliggjøre dette i forskriften og foreslår derfor en egen bestemmelse om avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

4.2 Kommunal legevaktordning

4.2.1 Innledning

Kommunal legevaktordning er en virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølging som anses nødvendig. Legevakten skal være befolkningens sikkerhetsnett for de akutte tilstandene som oppstår tilfeldig over hele døgnet. Legevaktarbeid er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med til dels akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser er nødvendige samtidig som legen ofte må treffe beslutninger alene.

Som det går frem under, er det mange utfordringer knyttet til tjenesten blant annet når det gjelder kommunenes oppfølging av sitt systemansvar og for dårlig kompetanse både hos leger

og annet personell. Det er også en utfordring at mange fastleger ikke deltar i legevakt og, som følge av dette, at bruken av vikarer uten tilstrekkelig kompetanse er for høy. Gjennom tiltak som foreslås i denne gjennomgangen av forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus), har departementet som et første skritt valgt å prioritere kompetanseheving i tjenesten. I høringsdokumentet fremmes forslag til kompetansekrav både for leger som skal kunne ha selvstendig legevakt uten bakvakt og for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, herunder operatører av kommunale legevaktssentraler (LV-sentraler). I tillegg fremmes krav om utstyr for lydopptak i LV-sentraler (se kapittel 4.4).

Gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus har ikke spesifikke kompetansekrav til deltakelse i legevaktordningen utover de krav som fremgår av § 12 a om bemanning med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen som ytes er forsvarlig, og at leger som skal tilsettes i kommunal legevaktordning må tilfredsstillere kravene i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger). Kommunen har også plikt i henhold til det generelle forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven, og i henhold til forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten), til å sørge for at legevakten har tilstrekkelig bemanning, nødvendig kompetanse og utstyr. Kommunens plikt til å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, innebærer blant annet å sørge for at helsepersonell i legevakt får tilstrekkelig opplæring. I henhold til gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus har kommunene og de regionale helseforetakene et felles ansvar for å organisere de akuttmedisinske tjenestene slik at personellet som arbeider der får trening i den samhandlingen personellet skal være en del av.

Kommunen må gjennom sin risiko- og sårbarhetsanalyse skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Det kan for eksempel være risiko for at det ikke vil være lege i vakt, sårbarhet ved at samtidighetskonflikter kan oppstå ved ulykker eller epidemier, eller at lege(vikar) går uforsvarlig mange vakter fortløpende uten hvile. Det må sikres at feil/avvik knyttet til legevaktarbeidet blir fanget opp, rapportert og fulgt opp for å forebygge gjentakelse. Det er videre en sentral del av kommunens plikt til internkontroll å vurdere om eksisterende rutiner/prosedyrer fungerer tilfredsstillende, og om det er behov for å utvikle og iverksette supplerende tiltak. Ledelsen må etterse om ansvars- og oppgavefordeling fungerer etter sin hensikt og gjøre endringer dersom det er nødvendig.

Plikten til forsvarlighet innebærer blant annet at kommunen har en lovpålagt plikt til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med forsvarlighetskravet. Som nevnt foran, innebærer dette å sørge for tilstrekkelig bemanning, nødvendig kompetanse og utstyr, men også å legge til rette for at leger og annet (helse)personell kan føle seg trygge på vakt, herunder under utrykning.

Forsvarlighetskravet innebærer også at kommunen har en plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Kommunen må sikre seg at enhver som tar oppdrag som legevaktlege, i fast vaktturnus, eller som vikar eller annen midlertidig stilling, innehar

godkjent autorisasjon og nødvendig kompetanse, og ved behov tilby opplæring. Kommunen har, både som arbeidsgiver og som ansvarlig for nødvendige og forsvarlige tjenester, ansvar for at helsepersonell som ansettes har tilfredsstillende språkferdigheter og kjennskap til norsk helse- og omsorgstjeneste i forhold til stillingens innhold.

Det enkelte helsepersonell har, foruten sine tjenesteplikter (arbeidstakerplikter), selvstendig ansvar for å ivareta plikter i forbindelse med yrkesutøvelsen. Helsepersonell kan ilegges et særskilt rettslig ansvar for tilsidesettelse av profesjonsplikter, f.eks. ved advarsel eller tilbakekall av autorisasjon.

4.2.2 Nærmere om kommunenes ansvar for legevaktordning

Kommunal legevaktordning består i dag av ett fast legevaktnummer, legevaktsentral (LV-sentral) og lege(r) i vaktberedskap. Kommunen kan organisere legevaktordningen på flere måter, og flere kommuner kan samarbeide om legevaktordning. Disse vil da utgjøre et legevakt-distrikt. Hvert legevakt-distrikt skal være tilknyttet en LV-sentral. Ved organisering av legevaktordning, forventes det at kommunen på forhånd har foretatt en risiko- og sårbarhetsvurdering av valgt organisering.

Kommunen har også ansvar for å organisere en fastlegeordning. Fastlegeordningen og legevakt-tjenesten bør ses i sammenheng, både fordi tilgjengeligheten til fastlegene påvirker antallet henvendelser til legevakten, og fordi fastlegen, som del av listeansvaret, har ansvar for øyeblikkelig hjelptilbudet til egne listeinnbyggere i legekantorets åpningstid (jf. forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (forskrift om fastlegeordning i kommunene) §§ 10 og 22). I tillegg kommer at fastlegene er ment å utgjøre hovedtyngden av leger i kommunal legevakt selv om kun rundt halvparten av fastlegene i dag deltar i vakt.

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelptilbud hele døgnet omfatter blant annet drift av LV-sentral. Kommunen kan organisere legevakt på flere måter, men må sørge for at minst en lege er tilgjengelig på legevakt hele døgnet, også i fastlegenes åpningstid. Fastlegenes tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere vil variere. I tillegg må kommunen ha et øyeblikkelig hjelptilbud til turister og andre tilreisende som ikke er med i fastlegeordningen, eller som har fastlege i en annen kommune enn den de oppholder seg i.

Kommunen kan stille krav om at fastlegen skal delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelptjeneste i kontortiden/åpningstiden, herunder å være tilgjengelig i helse-radionettet/nødnettet. I tillegg skal fastlegen ivareta utrykningsplikten dersom kommunen ikke har organisert legevakt i kontortiden/åpningstiden på annen måte. Fastleger som pålegges å delta i øyeblikkelig hjelptjeneste i åpningstiden, må derfor innrette praksisen slik at øyeblikkelig hjelptrengende kan mottas og vurderes (jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 13). Dette betyr at i kommuner der et fastlegekontor fungerer som LV-sentral på dagtid, bør det tas høyde for tilstrekkelig kapasitet til øyeblikkelig hjelp når ordinære legetimer settes opp.

Legevakt- og fastlegeordningen er ment å være komplementære tjenester. Pasienter som befinner seg i, eller i nærheten av, den kommunen hvor de har sin fastlege, skal i fastlegens åpningstid primært søke denne i situasjoner som krever øyeblikkelig hjelp. Dersom hjelpen er

påtrengende nødvendig, vil det være aktuelt å ringe nødnummer 113. Unødvendig bruk av legevakt medfører lengre ventetid på legevakt for pasienter med akutt sykdom. Bruk av legevakt fremfor egen fastlege kan også føre til unødvendige innleggelses fordi vaktlegen ikke kjenner pasienten. Tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) fra 2007 viste at 77 pst. av kontaktene med legevakt kunne vente til neste dag. Kontaktene inkluderer ganske sikkert turister og tilreisende som henvises til å benytte legevakt, men en stor andel antas også å være kontakter som fastlegene kunne ha håndtert, eventuelt neste dag.

4.2.2.1 Vurdering og forslag

Kommunens ansvar for legevaktordningen fremgår av gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus § 12 om kommunens oppgaver. Innholdet i bestemmelsen foreslås videreført i ny § 6 med noen mindre justeringer og omstruktureringer. Det er vedtatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Det tas sikte på at bestemmelsen skal tre i kraft 1. januar 2016. Et slikt tilbud vil være ett av flere alternativer legevakten kan henvise til dersom pasienten/brukeren har et slikt behov.

4.2.3 Nærmere om krav til legevaktordningen

4.2.3.1 Innledning

Legevaktarbeid er faglig krevende, og det er mange utfordringer knyttet til legevakttjenesten. Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001-2005 (publisert 2006) viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten totalt. Det ble avdekket både mangler i kommunenes oppfølging av systemansvaret for legevakt og brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Eksempelvis ble det avdekket svikt i sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring. I behandlingen av St. meld. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009-2010), ble regjeringen bedt om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt.

På oppdrag fra Helsedirektoratet overleverte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i 2009 et forslag til handlingsplan for legevaktordningen; "...er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt". I Handlingsplanen er det forelått mer enn 120 tiltak for å styrke tjenesten. Nklm har beregnet den totale kostnaden til 1 mrd. kroner (per 2009). Forslagene omfatter generelle krav til legevakten/legevaktstasjonen (utforming, utstyr, legevaktbil mv.), bemanningskrav til legevaktstasjon, kompetansekrav til leger og annet helsepersonell ved legevaktstasjon og legevaktsentral, andre krav til legevaktsentral hvorav lydlogg, krav til journalsystemer og dokumentasjon samt andre systemkrav (bl.a. krav om administrativ leder for legevaktordningen, krav om at kommunene skal sette opp vaktplan, gjennomføre brukerundersøkelser og risiko- og sårbarhetsanalyser). Mange av kravene tilrås forskriftsfestet, mens andre anbefales at omtales i rundskriv, nedfelles i faglige retningslinjer mv. Noen av forslagene fra Nklm omhandler krav som allerede er regulert, eller må kunne utledes av gjeldende lov og forskrift, jf. for eksempel internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Nklm tar også opp spørsmålet om sykebesøk fra legevakt. Antallet sykebesøk har gått betydelig ned i forbindelse med overgangen til større legevaktdistrikter de senere år.

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).

På bakgrunn av vurdering av Nklms handlingsplan anbefalte Helsedirektoratet i juni 2010 departementet å starte med to hovedområder:

- Etablering av et nasjonalt legevaktnummer
- Kompetanseheving

For etablering av nasjonalt legevaktnummer vises til høringsnotatet punkt 4.4 om medisinsk nødmeldetjeneste.

4.2.3.2 Kompetansekrav til lege i vakt

Legevaktarbeid er en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med til dels akutte problemstillinger hvor raske avgjørelser både er nødvendige og hvor legen ofte må treffe beslutninger alene.

Legevaktundersøkelsen fra 2012 viste at ved 85 pst av landets 203 legevakter/ legevaktdistrikter var det på et gitt tidspunkt (”i går kveld) kun én lege til stede på vakt. Blant disse var det i 57 pst av legevaktene fastlege fra distriktet på vakt; rundt 20 pst hadde vikarlege, mens rundt 20 pst hadde turnuslege alene på vakt. Blant legene som var alene på vakt, var det 9 pst med et annet morsmål enn norsk som hadde noen språkvansker (35 pst av legene alene på vakt hadde annet morsmål enn norsk og snakket godt norsk).

På bakgrunn av Helsetilsynets funn, de særskilte utfordringene i legevakttjenesten og Helsedirektoratets anbefalinger foreslår departementet i høringsnotatet å stille spesifikke krav til kompetanse for leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Vaktleger som ikke oppfyller kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles. Med bakvakt i denne sammenheng menes lege som er tilgjengelig på nødnetradio og som kan rykke ut om nødvendig.

Gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus har ikke spesifikke kompetansekrav til deltakelse i legevaktordningen utover de krav som fremgår av § 12 a om bemanning med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen som ytes er forsvarlig, og at leger som tilsettes i kommunal legevaktordning må tilfredsstille kravene i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Utover dette er det opp til kommunen som arbeidsgiver å ta stilling til hvilke leger som kan delta i legevakt. Dette ansvaret innehas ofte av kommunelege I, eller legevaktsjef utnevnt av kommunen – eller kommunen(e) ved interkommunale løsninger.

Turnustjenesten er regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger) og forskrift 20. desember 2001 nr. 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddrekning (forskrift om turnustjeneste for lege). Endringer i turnustjenesten, blant annet ved at fordelingen av turnusstillinger ble lagt om fra loddrekning til søknadsbasert ordning, trådte i kraft 1. desember 2012.

Formålet med turnustjenesten er at turnuslegen, under arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon, skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte. Tjenesten skal tilrettelegges i samsvar med målbeskrivelse fastsatt av Helsedirektoratet (jf. forskrift om turnustjeneste for leger § 1).

Turnusleger er ansatte i kommunen, og skal ha minimum ti legevakter i løpet av sine seks måneders turnustjeneste i kommunen for å få godkjent turnustjenesten. I følge dagens anbefalinger skal turnuslegene delta i legevakt på samme måte som de andre legene i kommunen. Den første tiden skal turnuslegen arbeide sammen med en mer erfaren lege som bakvakt under legevakt. Det er veileder som avgjør når turnuslegen ikke lenger trenger dette.

Helsedirektoratet har pekt på at veiledningen av turnuslegene mange steder ikke fungerer optimalt i dag. Det kan stilles spørsmål om forsvarlighetskravet er oppfylt når en bakvakt for turnuslege bare er tilgjengelig på telefon, nødnett eller helseradio.

I utkastet til handlingsplan anbefaler Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) at turnusleger alltid skal ha vakt sammen med annen lege i aktiv vakt som har nødvendig grunnkompetanse (Nklm 2009 s. 70). Med utgangspunkt i anbefalinger fra Nklm tilrår Helsedirektoratet at en turnuslege ikke skal være alene på vakt, men arbeide sammen med en kollega som har nødvendig grunnkompetanse, fortrinnsvis i aktiv vakt.

Hvilke krav er rimelige å stille til lege i vakt

Kommunal legevakt har i Norge tradisjonelt vært basert på deltakelse fra allmennleger/fastleger. Med fastlegeordningen (2001) kunne kommunen stille som vilkår for inngåelse av individuell fastlegeavtale blant annet at fastlegen deltar i legevakt utenom ordinær åpningstid. I ny forskrift om fastlegeordning i kommunene, som trådte i kraft 1. januar 2013, er fastlegen gitt en særskilt plikt til å delta i legevakt dersom kommunen vurderer at det er behov for det. Regler for fritak fra vakt er tatt inn i forskriften. Kommunen kan, etter anmodning, fritta fastlegen fra deltakelse i legevakt utenom ordinær åpningstid når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Forskriften gir fastlegen rett til fritak dersom visse vilkår er oppfylt. Det vises for øvrig til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 13 (Vilkår for fritak fra legevakt var tidligere kun regulert av KS og Legeforeningen i sentral avtale).

Departementet vurderer at som hovedregel er allmennleger best kvalifisert til å ha legevakt. Legevaktmedisin er en viktig del av allmenntilleggsmedisinen, og allmenntilleggsmedisinske premisser og arbeidsmåter bør ligge til grunn for legevaktarbeidet. Det er en fordel at den som har legevakt har god kjennskap til lokale forhold. Det er ønskelig at legevaktarbeidet i minst mulig grad preges av vikarer/leger som ikke har kjennskap til det lokale allmenntilleggsmedisinske arbeidet.

På tross av forventningene knyttet til fastlegers vaktdeltakelse, deltar kun rundt 55 pst av fastlegene i legevakt. En undersøkelse basert på data fra 2008 viste at 53 pst av fastlegene deltok i vakt og utførte rundt 47 pst av pasientkontaktene (Sandvik, Hunskår og Diaz 2012). Lav deltakelse fra fastleger er en praksis som har utviklet seg over lengre tid. Data viser at fastlegene utførte rundt 44 pst av pasientkontaktene på legevakt i 2012 (Nklm 2013). Helse- direktoratet har påpekt at det er viktig for oppnåelsen av faglige mål med fastlegeordningen og samhandlingsreformen at de mest erfarne fastlegene deltar i legevaktordningen. Årlig legges det inn ca. 600 000 pasienter som øyeblikkelig hjelp i norske sykehus. Med en gjennomsnittlig innleggelsesrate fra legevakt på 20 - 30 prosent av kontaktene, innebærer dette 300 – 400 000 innleggelser årlig fra legevakt som utgjør 50 - 65 prosent av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser. Resten er fra fastleger, poliklinikker eller direkte fra ambulanser. Med mer kompetanse hos leger i vakt, er det grunn til å anta at innleggelser i sykehus ikke bare vil kunne bli bedre begrunnet, men også vil kunne bli færre. Forskning viser også at erfarne fastleger og spesialister i allmenntilleggsmedisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt, blant annet ved at flere behandlinger blir sluttført på legevakten.

Departementet vurderer at rimelige krav til grunnkompetanse for klinisk legevaktarbeid er at legen er spesialist i allmenntilleggsmedisin eller har gjennomført tre års veiledet tjeneste i henhold til forskrift om veiledet tjeneste for allmenntilleggsleger § 3 første ledd bokstav a). Disse kriteriene er også anbefalt av Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Flertallet av fastlegene oppfyller i dag ett eller begge av disse vilkårene.

I tillegg til spesialister i allmenntilleggsmedisin og leger som har gjennomført tre års veiledet tjeneste for allmenntilleggsleger er det mange leger med lang erfaring fra allmenntilleggsmedisin og legevakt som per 31. desember 2005 hadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt som ved ikrafttredelsen av forskrift om veiledet tjeneste for allmenntilleggsleger 1. januar 2006 opprettholdt sin rett til trygderefusjon (jf. nevnte forskrift § 11 fjerde ledd). Disse legene vil også oppfylle kravet til grunnkompetanse og vil utgjøre en viktig ressurs for legevaktstjenesten.

Andre leger som i dag vurderes å tilfredsstillende krav til grunnkompetanse

Selv om det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmenntilleggslegene/ 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 allmenntilleggsmedisinske området og som samtidig har akuttmedisinske prosedyrer som del av egen utdanning. Ut fra dette vurderes at leger med spesialitetene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anesthesiologi er bedre egnet enn leger med andre spesialiteter (med unntak av allmenntilleggsmedisin) og innehar grunnkompetanse til å ha selvstendige legevakter. Departementet foreslår at leger med nevnte spesialiteter også vurderes å tilfredsstillende 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.

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.

Å inkludere noen legespesialiteter utover allmennmedisin i gruppen som kan ha selvstendige legevakter, vil sannsynligvis ikke i særlig grad avhjelpe rekruttering av vaktleger til distrikter med lang avstand til sykehus. En ulempe ved å åpne for eller formalisere at mange utenom det allmennmedisinske fagfeltet kan ta del i legevaktarbeid, er at fastleger i sentrale områder med stor tilgang på sykehusleger, blir fristet til å bytte bort vaktene sine. Et spørsmål er derfor om inkludering av nevnte legespesialiteter i gruppen av leger med oppfylt krav til grunnkompetanse skal representere en overgangsordning inntil situasjonen blir slik at alle legevakter kan ivaretas av allmennleger. Departementet vil gjerne ha høringsinstansenes syn på dette. For nærmere omtale av rekruttering av leger til distriktene, se avnitt om behov for unntaksbestemmelser. Det vises til forslag til ny forskrift § 7 første ledd bokstav a) - d).

Krav utover grunnkompetanse for leger og annet helsepersonell i vakt

I tillegg til grunnkompetanse for å kunne ha selvstendig legevakt, ser departementet behov for å stille mer spesifikke kompetansekrav til tjenesten. Selv om hoveddelen av det som skjer på legevakt i dag ikke er akutt, og slik kan vente til neste dag, er det behov for akuttmedisinsk kompetanse hos alle som deltar i vakt, både leger og annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt.

Leger som er spesialister i allmennmedisin utdannet etter 1. januar 2012 har gjennomgått emnekurs i akuttmedisin som obligatorisk del av utdanningen. Kurs i akuttmedisin er også et krav i resertifiseringen av spesialiteten. Det antas at alle spesialister vil ha gjennomført slikt kurs i løpet av en femårsperiode. For alle andre leger som skal ha selvstendig vakt, og for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, foreslås å stille krav om gjennomført kurs i akuttmedisin.

Det er også behov for å styrke legevaktens kompetanse i volds- og overgrepshåndtering. Meld. St. 15 (2012-2013), Det handler om å leve – Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, ble lagt frem 8. mars 2013 og behandlet av Stortinget 30. mai samme år (jf. Innst. 339 S). Til grunn for meldingen lå blant annet en evaluering av overgrepsmottakene utført av Nordlandsforskning i 2012. Evalueringen viste store variasjoner i kapasitet, kvalitet og kompetanse mellom landets mottak, og avdekket uklarhet i ansvarsforhold, både mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og politiet.

De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner, uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag legevakten. Uavhengig av den videre organisering av overgrepsmottakene er det derfor et stort behov for å styrke kompetanse og kvalitet i legevaktjenesten. Blant tiltakene i Meld. St. 15, er forslag om å vurdere å stille krav om at alle som deltar i legevakt har gjennomført kurs om vold og overgrep. Departementet foreslår i revidert akuttmedisinforskrift § 7 andre ledd å stille krav om at leger som skal ha selvstendig legevakt har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering. Det pågår en gjennomgang av struktur og innhold i legespesialitetene. I et underprosjekt arbeides det med å gjøre volds- og overgrepshåndtering til obligatorisk del av spesialiteten i allmennmedisin, jf. forslag til tiltak i Meld. St. 15. Sistnevnte kan komme til å ta noe tid, og departementet foreslår derfor midlertidig å inkludere spesialister i allmennmedisin i gruppen som bør ha kurs i volds- og overgrepshåndtering.

På dette grunnlag foreslår departementet i ny § 7 andre ledd at lege som skal ha selvstendig legevakt, uten kvalifisert bakvakt, i tillegg til grunnkompetanse angitt i første ledd, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det foreslås spesifisert nærmere i merknad hvilke leger dette gjelder.

Henvendelser til legevakt/legevaktsentral tas oftest imot av annet helsepersonell enn lege, og faglige vurderinger, som blant annet kan innebære sluttbehandling av pasienter, skjer også uten involvering av lege. Det er derfor viktig at dette personellet har tilstrekkelig kompetanse. Departementet foreslår å stille krav om at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering (se forslag til ny § 8 første ledd).

Når det gjelder leger som er fast ansatte på heltid eller deltid i kliniske stillinger ved kommunal legevakt, eller skal ansettes i slik stilling, er det de samme krav til grunnkompetanse og kurs som er aktuelle å stille. Dette gjelder antakelig ved relativt få, men store legevakter. Leger med liten erfaring som ansettes fast ved legevakt, vil komme inn under samme vilkår som andre nyutdannede leger. Det er en forutsetning at også disse legene får nødvendig veiledning i henhold til fastsatte krav, og lokal opplæring, og at de arbeider sammen med annen kvalifisert lege, eller har kvalifisert lege i bakvakt, inntil de tilfredsstillende aktuelle kompetansekrav. Fast stilling ved kommunal legevakt med veiledning regnes som veiledet tjeneste i henhold til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Inntil to års tjeneste i fast klinisk stilling ved legevakt er tellende i spesialistutdanningen i allmennmedisin (etter dagens spesialistregler).

For økonomiske konsekvenser som følge av kurskrav til leger og annet helsepersonell i vakt, vises til kapittel 6 om økonomiske og administrative konsekvenser.

4.2.3.3 Krav om å ha bakvakt

Med utgangspunkt i de foreslåtte kravene til grunnkompetanse vil følgende ha grunnkompetanse til å ha legevakt alene uten kvalifisert bakvakt; spesialist i allmennmedisin og allmennlege/fastlege med gjennomført tre års veiledet tjeneste hvorav minimum ett år i allmennmedisin, lege med spesialistgodkjenning i indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anesthesiologi, og leger under spesialisering i disse fagene som har gjennomført tre års veiledet

tjeneste i respektive fag. I tillegg kommer leger som per 31. desember 2005 innehadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt som ved iverksettingen av forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger 1. januar 2006 opprettholdt sin rett til trygderefusjon. De samme legene anses også å være kvalifiserte til å ha bakvakt, forutsatt at de har gjennomført fastsatte kurs, jf. forslag til ny § 7 andre ledd, og tilfredsstiller krav kommunen eventuelt ønsker å stille utover dette.

Selv om det åpnes for at andre leger enn spesialister i allmenntilleggsmedisin og/eller fastleger kan ha selvstendig legevakt, er departementets syn at leger som arbeider i allmenntilleggsmedisinen er de som er best kvalifiserte til å ha vakt. Det er derfor et mål at flest mulig av fastlegene deltar regelmessig i legevakt. Departementet har ønsket å sikre at antallet fastleger som kommunen kan bruke i legevakt, blir størst mulig. Med ny forskrift om fastlegeordning i kommunene ble fastlegens plikt til å delta i legevakt tydeliggjort, og kriterier for fritak fra vakt for fastleger, som tidligere var regulert i avtale mellom Legeforeningen og KS, forskriftsfestet (jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 13).

Beregninger foretatt av Helsedirektoratet på bakgrunn av en kartlegging utført av Nklm i 2012 (rapport nr. 6-2012) viser at rundt 55 prosent av legevaktene i dag dekkes av fastleger. Rundt 5 prosent dekkes av sykehusleger/godkjente spesialister som i denne sammenheng forutsettes å tilfredsstille kravet til grunnkompetanse i forslaget til § 7 første ledd og eventuelt kravet om kurs i § 7 andre ledd. Rundt 20 prosent dekkes av forskjellige typer vikarer, hvorav 50 prosent (dvs. 10 prosent av vaktene) ikke anses å være kvalifiserte til å ha selvstendig legevakt og derfor har behov for bakvakt. Mange av vikarene vil være utenlandske leger fra EØS-området som har gjennomført tre års veiledet tjeneste. De resterende 20 prosent av vaktene dekkes av turnusleger som i henhold til aktuelt regelverk skal arbeide under veiledning og tilsyn, og som derfor ikke er kvalifiserte til å ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Som det fremgår foran, stilles krav om ti obligatoriske vakter for å få godkjent kommuneturnus. Mange turnusleger tar imidlertid flere vakter, og totalt dekkes rundt 20 pst av legevaktene av turnusleger.

Det er følgelig rundt 30 prosent av dagens legevakter som dekkes av leger som ikke oppfyller de kravene til kompetanse departementet mener er en forutsetning for god kvalitet i legevakttjenesten, og som derfor bør ha vakt sammen med, eller ha bakvaktordning med, lege som oppfyller kompetansekravene. Som det går frem foran, antyder undersøkelser at rundt 80 prosent av dagens legevaktordninger kun har én lege på vakt. En erfaren bakvaktlege vil, uavhengig av om han/hun rykker ut, kunne bidra med god støtte til en mindre erfaren lege når det gjelder pasientvurdering, og dermed også kunne bidra til å forhindre unødvendige innleggelser i sykehus.

På dette grunnlag foreslår departementet i ny § 7 tredje ledd at kommunen får plikt til å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravet til grunnkompetanse i første ledd og kravet om gjennomførte kurs i andre ledd (se for øvrig avsnittene om unntaks- og overgangsbestemmelser).

4.2.3.4 Behov for unntaksbestemmelser

Sammenlignet med kravet i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav b) om at legen er under veiledning og har gjennomført minst to års veiledet tjeneste,

for å kunne praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon, foreslår departementet i ny akuttmedisinforskrift å stille noe strengere krav til leger som skal ha selvstendig legevakt. I ny § 7 første ledd bokstav b) foreslås som minimumskrav at legen har gjennomført minst tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav a), hvorav minimum ett års erfaring innen allmennmedisin.

Det har vært utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten i små- og utkantkommuner siden begynnelsen av 1990-tallet, selv om legedekningen generelt er bedret etter innføringen av fastlegeordningen (2001). Forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger regulerer vilkår for å kunne praktisere med rett til å utløse trygderefusjon i Norge for privatpraktiserende og ansatte fastleger og leger ansatt i kommunale legevaktstillinger. I forskriften § 3 tredje ledd er det åpnet for unntak fra kravene i første ledd (om at lege med autorisasjon har gjennomført tre års veiledet tjeneste, eller at legen er under slik veiledning og har gjennomført minst to års veiledet tjeneste): ”Kravet om minst tre års veiledet tjeneste gjelder ikke for leger som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt. Kravet gjelder heller ikke for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid. Legene nevnt i første og andre punktum må ha gjennomført minst to års veiledet tjeneste.” Det fremgår av merknaden til § 3 tredje ledd at unntakene har sammenheng med hensynet til rekrutteringen av fastleger til små kommuner i utkantstrøk.

Departementet har, med bistand fra Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, forsøkt å skaffe oversikt over antall fastleger som ikke vil oppfylle de foreslåtte kompetansekravene og mulige konsekvenser for rekruttering til distriktskommuner. Det foreligger ingen samlet oversikt over hvilke leger som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, og den beste kompetanseindikatoren er, i følge disse aktørene, spesialitet i allmennmedisin. Basert på data fra HELFO fra 2010 viser analysen en tydelig tendens til at spesialiseringen blant fastleger øker med størrelsen og sentraliteten av kommunen. Utviklingen fra 2006-2011 viser at spesialister i allmennmedisin utfører en stadig mindre andel av legevaktarbeidet. Relativt sett tar spesialister i de minste kommunene en større andel av legevaktene enn spesialister i sentrale strøk. Dette kan forklares med at legevakt er mer integrert i øvrig allmennlegevirksomhet i små- og utkantkommuner. Data viser at nedgangen i vakt deltakelse blant spesialister i allmennmedisin er størst i de minste kommunene. Dette kan forklares med at andelen av fastlegene som er spesialister i disse kommunene i utgangspunktet er lav, selv om flere av dem deltar i vakt. Når disse slutter uten at nye spesialister rekrutteres, reduseres andelen spesialister i vakt.

Andre studier viser/bekrefter at fastleger generelt deltar mindre i legevakt i store og sentrale kommuner. Én forklaring kan være at muligheten for å gi fra seg vaktene til andre leger er større i disse kommunene. Det er heller ikke behov for at alle fastlegene deltar i legevakt i store/sentrale kommuner.

Et spørsmål er om det er behov for en strengere unntaksbestemmelse til den nye akuttmedisinforskriften ut fra at de krav som stilles til grunnkompetanse er strengere enn kravene i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger, eller om unntaksbestemmelsen bør legges på samme nivå som i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger av hensyn til

mulige konsekvenser for legedekningen i distriktene. Som det går frem over, har leger som arbeider med allmennmedisin i distriktskommuner gjennomsnittlig lavere formelle kvalifikasjoner enn leger i større kommuner. Samtidig er deltakelse i legevakt en mer integrert del av det å arbeide som allmennlege i distrikt.

Den nasjonale evalueringen av turnustjenesten i 2006 viste at turnuslegene tar mange av vaktene i de minste og mest perifere kommunene. I en del sentrale kommuner har det, i følge Helsedirektoratet, vært vanskelig for turnuslegene å få nok legevakterfaring.

Det er trolig først og fremst i byer og større distrikter med nærhet til sykehus at vaktene tas av leger med annen bakgrunn enn allmennlege. Godkjenning av nevnte sykehusspesialiteter til å ha grunnkompetanse for selvstendig legevakt, forventes derfor i liten grad å avhjelpe rekrutteringen av vaktleger til distrikter med lang avstand til sykehus. Samlet innebærer dette at det er små- og utkantkommuner som vil få størst utfordringer når det skal stilles nasjonale krav til grunnkompetanse for å ha selvstendig legevakt.

Legevakt er en akuttmedisinsk tjeneste som krever spesifikke kvalifikasjoner og god handlingskompetanse. Departementet vurderer at det er viktig å stille nasjonale krav til kompetanse for å styrke kvaliteten i tjenesten generelt. Samtidig er det viktig å sikre at de krav som innføres ikke bidrar til å svekke legedekningen eller rekrutteringen av leger til distriktene.

På dette grunnlag foreslår departementet i ny § 7 fjerde ledd at fylkesmannen, etter henvendelse fra kommunen, kan gjøre unntak fra kravet om grunnkompetanse i første ledd dersom det ikke er tilgang på leger som tilfredsstiller disse kompetansekravene. Det foreslås at unntak kan gjøres for leger som tiltrer i et vikariat av inntil to måneders varighet i fastlegghjemmel eller i stilling i kommunal legevakt, og at disse må ha gjennomført minst to års veiledet tjeneste. Det foreslås ikke å åpne for unntak for leger som deltar sporadisk i legevakt ved siden av annet arbeid, slik det i dag åpnes for i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 tredje ledd. Et slikt unntak ville kunne bidra til å undergrave departementets forslag til grunnkompetanse i § 7 første ledd bokstav c) og d).

De foreslåtte kravene om kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering for leger i ny § 7 andre ledd og tilsvarende for annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt i ny § 8 første ledd, kommer i tillegg til grunnkompetanse hos personellet. I mange legevaktordninger vil det være slik at det samme personellet arbeider både ved legevaktsentralen som operatør og i legevaktstasjonen/legevakten der de fysisk tar imot pasienter. Det foreslås derfor at krav til kurs omfatter alt helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt. Noen steder er LV-sentralen kun en telefonsentral der personellet utelukkende arbeider med telefonrådgivning og videreformidling av henvendelser til lege i vakt. Det antas at behovet for kurs i akuttmedisin og/eller volds- og overgrepshåndtering vil være mindre relevante for operatørene i slike LV-sentraler. Det er derfor presisert i ny § 8 første ledd at kravet omfatter helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt.

Som det går frem under avsnittet ”Behov for overgangsordninger”, foreslår departementet en overgangsordning på fem år for kravene om kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell.

For hvert år vil flere ha gjennomført nødvendige kurs i tillegg til sin grunnkompetanse. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til kurskapasiteten og dermed gjennomføringen av tiltaket i løpet av den foreslåtte femårsperioden. Det vil kunne oppstå situasjoner i noen kommuner, også etter fem år fra forskriftens ikrafttredelse, der det ikke er tilgang på leger og annet helsepersonell som tilfredsstillende kompetansekravene.

Departementet foreslår derfor at det, i tillegg til overgangsordningen, åpnes for unntak fra kravene om kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det vises til ny § 7 fjerde ledd for leger og ny § 8 andre ledd for annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt.

Et spørsmål har også vært om det skal kunne gis unntak fra kompetansekravene i § 7 første og andre ledd uavhengig av tilgjengelighet til andre leger å rådføre seg med. Departementet vurderer at legevakten i kommuner som ser seg nødt til å søke fylkesmannen om å få gjøre unntak, kan bli svært sårbar dersom en primærvakt uten nødvendige kvalifikasjoner, som har vakt alene, heller ikke skal kunne ha en annen og bedre kvalifisert lege å støtte seg til. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 åpner for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. Det foreslås derfor i § 7 fjerde ledd at det ikke åpnes for å gjøre uforbeholdent unntak fra kompetansekravene i første og andre ledd, men at kommunen, eventuelt i samarbeid med annen kommune, som et minimum må sørge for tilgjengelig kvalifisert bakvakt i legevaktsentral som primærvakten kan rådføre seg med.

Det har også vært drøftet om det skal knyttes en tidsbegrensning til de unntak fylkesmannen kan innvilge. Et argument for dette er å gi kommunene et insentiv til å jobbe for kontinuerlig kvalitetsforbedring av legevaktstjenesten ut fra et ønske om best mulig kvalitet nasjonalt. Situasjonen i kommunene kan også endre seg over tid. En bestemmelse der unntak gjøres tidsbegrenset kan medføre noe økte administrasjonskostnader for fylkesmannen. Argumenter mot tidsbegrenset unntak er at bakgrunnen for at det åpnes for å gjøre unntak i det hele tatt er at det gjennom mange år har vært utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i legetjenesten i en del små- og utkantkommuner. Det unntaket som foreslås for leger i ny § 7 fjerde ledd omfatter leger i korttidsvikariat på mindre enn to måneder, noe som nettopp er vanligst i nevnte kommuner. Det antas at det vil være de samme kommunene som har utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt.

Det foreslås ikke å knytte tidsbegrensning til praktisering av unntaksbestemmelsene. For omtale av behov for overgangsordning for innføring av kurskrav, vises til påfølgende avsnitt.

4.2.3.5 Behov for overgangsordninger

Det obligatoriske emnekurset i akuttmedisin til spesialiteten i allmennmedisin er i dag et todagers eller 15 timers kurs med en kombinasjon av teoretisk og praktisk innhold. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har utviklet et kurskonsept, til en viss grad tilpasset lokale forhold. Nklm holder i dag tilsvarende kurs for ansatte ved overgrepsmottak om volds- og overgrepshåndtering. Det er tenkt synergieffekter ved kjøring av aktuelle kurs i

fremtiden. Dette vil eventuelt også kunne samkjøres med kurs i nødnett som per i dag består av tre timers e-læring og tre timers oppmøtebasert trening.

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.

Det vil for øvrig være opp til kommunen å vurdere personellens samlede kvalifikasjoner.

For beregning og dekning av merkostnader for kommunene som følge av nye kompetansekrav, vises til høringsnotatet kapittel 6 om økonomiske og administrative konsekvenser.

4.3 Ambulansetjenesten

Som nevnt innledningsvis i høringsnotatet er ambulansetjenesten i større grad blitt sykehusenes ”forlengede arm”, der personellet utfører akuttmedisinske vurderinger og iverksetter medisinsk behandling. Det er samtidig større grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, og derfor større behov for å transportere pasienter mellom behandlingssteder. Det er også behov for transport av pasienter mellom sykehus og kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester. Dette skaper et behov både for å spisse kompetansen i ambulansetjenesten, og i større grad differensiere mellom ulike deler av tjenesten.

4.3.1 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenesten

Både gjeldende forskrift og dette høringsnotatets forslag til ny forskrift, regulerer ambulansetjenesten som er en del av de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap. Som nevnt innledningsvis i høringsnotatet faller kjøretøy/fartøy som benyttes til rene transportoppdrag eller lettere ambulanseoppdrag, der det ikke er behov for overvåking og behandling av de(n) som transporteres, utenfor forskriftens bestemmelser.

Funksjonskrav knyttet til fartøytype.

Gjeldende forskrift beskriver oppgavene som skal løses av henholdsvis bil/båtambulansetjenesten og luftambulansetjenesten. Bil/båtambulansetjenesten skal i henhold til gjeldende forskrift først og fremst stabilisere pasienten og bringe vedkommende til

adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten. Luftambulansetjenesten skal kunne utføre transport under pågående overvåking og behandling og drive akuttmedisinsk diagnostikk.

Den medisinske utviklingen i helsetjenesten, med funksjonsfordeling og spesialisering, har gjort at behovet for å kunne overføre pasienter som har behov for behandling øker. I dag er det ikke bare luftambulansen som bringer pasienter til et nytt behandlingssted under pågående overvåking og behandling. Etter departementets vurdering bør ambulansetjenesten, uavhengig av type fartøy, ha systemer, utstyr og kompetanse for å gjøre denne type kvalifiserte transporter. Det er heller ikke slik at det bare er ambulanshelikoptre som brukes til å bringe akuttmedisinsk utstyr og særlig kompetent helsepersonell raskt fram til alvorlig syke pasienter, slik det fremgår av dagens forskrift. Departementet mener derfor det vil være mer hensiktsmessig å knytte funksjonskrav til ambulansetjenesten som sådan, og foreslår derfor felles bestemmelser om funksjonskrav.

Særlig om beredskap for større ulykker og kriser

Erfaringene fra 22. juli viser behovet for å tydeliggjøre det ansvaret det regionale helseforetaket må ta for å ha tilfredsstillende systemer og beredskap for å håndtere større ulykker og kriser. Helsetjenestens egne evalueringsrapporter viser behovet for en systematisering og kontinuerlig oppfølging av tjenestens beredskapsplaner. Kravet følger allerede dels av gjeldende forskrift § 4, og dels av lov om sosial- og helsemessig beredskap og nordiske bistandsavtaler. Erfaringene viser at det er nødvendig å følge opp og sikre at dette implementeres i større grad, inkludert trenes og øves. Det er departementets vurdering at en tydeliggjøring i forskriften er ett av flere virkemidler som vil kunne bidra til å sikre oppmerksomhet på området over tid, og foreslår derfor en egen bestemmelse som stiller krav om at de regionale helseforetakene skal ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene.

Særlig om følgetjeneste for gravide

Reisevei til fødested og følgetjeneste for gravide har vært et sentralt tema ved spørsmål om omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer, også ved midlertidige omgjøringer, som ved sommer- og feriestengninger. Omgjøringer til fødestue medfører at en mindre andel av fødende i opptaksområdet kan føde lokalt, noe som innebærer en lengre reise for flere.

Ansvaret for følgetjenesten er allerede lagt til de regionale helseforetakene i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Det foreslås derfor en bestemmelse i høringsnotatet som presiserer de regionale helseforetakenes ansvar for beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide. Presiseringen skal sikre at organiseringen av ambulansetjenesten i helseregionen ses i sammenheng med organiseringen av fødselsomsorgen, jordmortjenesten i kommunen og følgetjenesten.

Særlig om bistand til søk- og redningsaksjoner

Etter gjeldende forskrift skal ambulanshelikoptertjenesten utføre enkle søk- og redningsoperasjoner. I praksis vil også andre deler av ambulansetjenesten, for eksempel båter, kunne bli involvert i enkle søk- og redningsoperasjoner. Det foreslås derfor at tilknytningen til

bestemt fartøytype fjernes også på dette punktet, og at det presiseres i forskriften at ambulansetjenester også skal kunne tilbys når personer befinner seg utenfor vei der det er vanskelig tilkomst. Dette er en forskriftsfesting av vanlig praksis, som også følger av kongelig resolusjon av 1980 om redningstjenesten.

Om nasjonal samordning

Flere hendelser de senere årene som f.eks. «askeskyen» i 2011 og hendelsen den 22. juli 2011, har vist viktigheten av og behovet for en akuttmedisinsk kjede som kan yte helsehjelp på tvers av foretaks- og helseregionsgrenser. Ny teknologi og nye behandlingsformer har medført behov for sentralisering av viktige funksjoner. Kravet til samarbeid mellom behandlingssteder og behov for flytting av pasienter under pågående behandling over lange avstander har økt vesentlig de senere årene. Dette stiller store krav til harmonisering av operasjonelle rutiner, kompetanse og utstyr.

Bil- og båtambulansetjenesten er i dag i liten grad samordnet mellom de enkelte helseregioner og helseforetak. Videre- og etterutdanning, utstyr, rutiner og arbeidsmetoder varierer ut over det man kan forvente som naturlig tilpasning til varierende strukturbehov. Innenfor luftambulansetjenesten har de regionale helseforetakene lyktes i å utforme en nasjonalt samordnet og enhetlig tjeneste, slik de er pålagt i gjeldende forskrift. Departementet mener det vil være rasjonelt og faglig nødvendig å foreta tilsvarende samordning også for den øvrige ambulansetjenesten. En slik samordning kan skje gjennom implementering av nasjonale retningslinjer og veiledere, og gjennom et organisert samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Større grad av likhet gjennom samordning mellom helseregionene, vil forenkle bl.a. opplæring og flyt av helsepersonell mellom de enkelte deler av tjenesten samtidig som samarbeid om innkjøp og bruk av utstyr kan forenkles.

Det vil imidlertid ikke være aktuelt å forvalte tjenestene nasjonalt, slik det er for luftambulansetjenesten. Departementet mener likevel det bør presiseres i forskriften at de regionale helseforetakene skal samordne sine ambulansetjenester slik at de fremstår enhetlig og som en nasjonal tjeneste.

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

Særlig om krav til tilstedevakt

Etter gjeldende forskrift skal ambulanser som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner som enten har et lavt antall akuttoppdrag pr. år, eller hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.

Departementet har vurdert eksisterende regulering hvor unntak kan gjøres dersom ett av kravene er oppfylt. Etter departementets oppfatning er ikke det generelle kravet til forsvarlige tjenester tilstrekkelig ivaretatt dersom bare ett av alternativene er oppfylt. Departementet er derfor av den oppfatning av forskriften bør være tydelig på at begge krav skal være oppfylt for at unntak fra hovedregelen om tilstedevakt kan gjøres.

Intensjonen med innstramning som ble gjort i 2005 var å heve antall ambulanser med tilstedevakt. Helsedepartementets erfaring er at endringene som ble gjort i 2005 i hovedsak har fungert etter intensjonen. Hovedregelen er nå at ambulanser er bemannet med tilstedevakt. Det vurderes som hensiktsmessig at det fortsatt åpnes for å gjøre unntak fra kravet om tilstedevakt. Vurderingen av forsvarlighet må gjøres av den som er ansvarlig for tjenesten.

Bemanningskrav for ambulansebåter, ambulansehelikopter og redningshelikopter og for ambulansesfly

Gjeldende forskrift stiller krav til bemanning og kompetanse for bil- båt og luftambulansetjenesten. Når det gjelder luftambulansetjenesten, er det departementets vurdering at de standarder som er utarbeidet av Luftambulansetjenesten ANS for luftambulanseleger og flysykepleiere, samt den nasjonale standarden for redningsmenn utarbeidet av Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, ivaretar kompetansekravene på en tilfredsstillende måte. Departementet vurderer det derfor ikke som hensiktsmessig å stille forskriftskrav om kompetanse for personell i luftambulansetjenesten.

For ambulansebåter foreslås ikke vesentlige endringer.

Særlig om bemanningskrav for ambulanserbiler

Departementet ser at de gradvis endrede kravene til kompetanse har gitt et betydelig styrket faglig innhold i tjenesten. Departementets vurdering er at det er viktig at personell i disse tjenestene, som regelmessig yter ikke planlagt helsehjelp i den mest kritiske fasen av et behandlingsforløp, og med liten mulighet til å søke hjelp og bistand, må kunne dokumentere at de har nødvendig ambulansesfaglig kompetanse. 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 ambulansarbeider. 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 ambulansarbeider. 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 ambulansesfag, er det departementets vurdering at andre års lærlinger har tilstrekkelig ambulansesfaglig kompetanse til å kunne være kvalifisert som det andre helsepersonellet i ambulansen i tillegg til ambulansarbeideren. Dette forutsetter

imidlertid at lærlingen har førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

For å lette omstillingen, foreslås det en overgangsordning på tre år fra ikrafttredelse.

Særlig om tilleggsbemanning

Det har vist seg at det kan oppstå uklarhet med hensyn til hvem som har ansvaret for en pasient som skal bringes til et annet behandlingssted, og som trenger overvåking eller behandling underveis. Med den økende spesialiseringen og funksjonsfordelingen i helsetjenesten vil det bli stadig viktigere at pasientene sikres en sammenhengende behandlingkjede. Departementet foreslår derfor en presisering 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. Vurderingen må som hovedregel gjøres i samråd med den som har rekvirert transporten. 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.

Om elektronisk journal i ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten er en av få tjenester som fortsatt opererer med papirjournaler. Undersøkelser viser at de papirbaserte journalene i mange tilfelle ikke blir en del av helseforetakets elektroniske pasientjournal, men lagres separat i ambulansetjenesten. Det har også forekommet episoder hvor det ikke har vært mulig å finne tilbake til ambulansetjenestens papirjournaler i ettertid.

Departementet har hatt et forslag på høring om generelt krav til elektronisk pasientjournal, jf. forslag til forskrift om IKT-standarder mv. som det nå arbeides videre med.

Ambulansetjenesten vil naturlig omfattes av et slikt generelt krav til elektronisk journal, og departementet finner det derfor ikke hensiktsmessig at krav om elektronisk pasientjournal også tas inn i ny akuttmedisinforskrift.

Om krav til utstyr i ambulansetjenesten

Krav til godkjenning av ambulanser er regulert i kjøretøyforskriften. I forskriften er det stilt tekniske krav til kjøretøy som må være oppfylt for at kjøretøyet skal kunne godkjennes. Forskriften gjennomfører direktiv 2007/46/EF om godkjenning av motorvogner og tilhengere til disse, samt systemer, komponenter og separate tekniske enheter til slike kjøretøy (godkjenningsdirektivet). Etter det nevnte direktivet kan det i utgangspunktet ikke stilles nasjonale tilleggskrav ved godkjenning av kjøretøy utover de godkjenningskravene som er gitt i direktivet. Departementet vil derfor ikke foreslå at det stilles ytterligere krav for godkjenning av ambulanser enn det som følger av dagens kjøretøyforskrift.

Departementet mener det bør utarbeides retningslinjer for kjøretøyene som skal brukes i den offentlige ambulansetjenesten. Dette omfatter blant annet retningslinjer for hvilke typer kjøretøy som er egnet til bruk i de ulike deler av tjenesten og om sikker bruk av kjøretøyene. Videre kan det være aktuelt å utarbeide retningslinjer for kjøretøyets størrelse og utrustning.

Slike retningslinjer bør etter departementets vurdering utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene.

4.4 Medisinsk nødmeldetjeneste

4.4.1 Innledning

I 1991 ble nødmeldetjenesten iverksatt som et landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten. Det kommunikasjonstekniske systemet, helseradionettet, skulle gi de akuttmedisinske tjenestene grunnlag for å kommunisere internt og på tvers av kommune-, fylkes- og regionsgrenser i et felles lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. De organisatoriske hovedenhetene i nødmeldetjenesten er legevaktsentralene (LV-sentralene) og de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK-sentralene). Kapitlet her omtaler de regionale helseforetakenes og kommunenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste og nærmere om krav til AMK- og LV-sentralene.

4.4.2 Kommunenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste inkludert innføring av et nasjonalt legevaktnummer

4.4.2.1 Innledning

Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus) kapittel 2 regulerer kommunens ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste.

Kommunen har etter gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus ansvar for etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet og for etablering og drift av døgnbemannet LV-sentral. Befolkningen skal ved å benytte dette faste legevaktnummeret kunne melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell hele døgnet.

En faglig god og tilgjengelig øyeblikkelig hjelptjeneste er viktig for innbyggernes trygghet og helse. Den kommunale LV-sentralen vil ofte være inngangsporten til den kommunale legevakten. Kommunen kan organisere tjenesten på forskjellige måter så lenge kravet til forsvarlighet er oppfylt. De som yter akuttmedisinske tjenester må ha systemer for å kunne vurdere, prioritere og beslutte hvilke pasienter legevakten er rette instans for å hjelpe, og hvilke pasienter som eventuelt bør kontakte egen (fast)lege. Det er viktig at både LV-sentralens og legevaktens eller legevaktstasjonens system for å prioritere og vurdere er allment kjent i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, herunder helseforetakene, slik at

helsetjenesten kan fremstå sammenhengende med lik prioritering i det enkelte pasientforløp. LV-sentralen er også kommunens kontaktpunkt for øyeblikkelig hjelp-tjenester i kommunen, og skal kunne koble sammen innringer med helsepersonell i øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal enten ha egen legevaktsentral eller samarbeide med andre kommuner om felles drift av slik sentral. Det er viktig at funksjonelle krav til legevaktsentralen gjelder hele døgnet, og at operatør ved sentralen kan gjennomføre nødvendige prosedyrer, for eksempel å overføre anrop til annen LV-sentral eller AMK-sentral om nødvendig.

Nasjonalt legevaktnummer

Det ble i 2011 besluttet at det skal innføres et felles, nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. Telefonnummeret skal driftes av Helsedirektoratet som av Post- og Teletilsynet har fått tildelt det EU-harmoniserte 6-sifrede nummer 116 117. I henhold til EUs regelverk skal det være gratis for brukerne å ringe nummer 116 117.

Et nasjonalt legevaktnummer vil bety en forenkling og effektivisering av befolkningens tilgang til legevakt. Et felles telefonnummer er lettere å huske, og gir lite tidstap på grunn av leting og vil dermed ha stor betydning for befolkningens tilgang til legevakt-tjenesten. Personer med tilfeldig opphold i en kommune, f.eks. turister, eller personer som ikke vet hvilket legevaktdistrikt de befinner seg i, vil umiddelbart vite hvilket nummer de skal benytte. Det forventes også at bedre tilgjengelighet til legevakt og en tydeliggjøring overfor innbyggerne av hvor de kan henvende seg i gitte situasjoner, vil redusere antallet unødvendige oppringninger til nødnummer 113. Dette vil kunne gi bedre kvalitet og ressursutnyttelse i denne delen av den akuttmedisinske kjeden og legge til rette for at akutte henvendelser til helsetjenesten skjer på rett nivå, i tråd med samhandlingsreformens målsettinger. For å unngå unødvendige henvendelser til legevakten, vil det også være viktig med informasjon til innbyggerne om når det er tilstrekkelig å kontakte fastlege.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet forbereder Helsedirektoratet etablering og drift av nasjonalt legevaktnummer 116 117. Direktoratet har, etter en anbudsrunde, inngått kontrakt med Telenor om levering av nødvendige tjenester. Et pilotprosjekt i Østfold fylke startet i februar 2012. Rapporteringer viser at erfaringene så langt er gode.

4.4.2.2 Nærmere om kommunens ansvar for legevaktsentral - vurdering og forslag

Døgnbemannet 8-sifret telefonnummer for kobling til nasjonalt legevaktnummer

Innføring av et nasjonalt legevaktnummer (116 117) forutsetter at kommunen har opprettet et fast, døgnbemannet, 8-sifret telefonnummer til LV-sentralen. Gjeldende forskrift pålegger kommunen et ansvar for etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet. Ikke alle kommuner har opprettet et slikt nummer og Helsedirektoratet/ fylkesmannen bistår p.t. kommuner som ikke oppfyller dette kravet. Det nasjonale telefonnummeret kan ikke innføres før alt er teknisk tilrettelagt i alle kommuner.

Departementet foreslår at kommunen får ansvar for ”å etablere ett døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer”. Kravet omfatter alle kommuner, også kommuner som i dag har interkommunalt samarbeid om

legevakt med felles telefonnummer til LV-sentralen. For å sikre at tjenesten er forsvarlig og at innringer ikke skal oppleve kø på kommunens legevaktnummer, må kommunen opprette et tilstrekkelig antall telefonlinjer inn på det 8-sifrete nummeret.

Et eventuelt 8-sifret telefonnummer som supplement

Det er flere hensyn som taler for at kommunen oppretter/holder et 8-sifret telefonnummer som tillegg til det nasjonale nummeret. Å beholde et kjent, 8-sifret nummer kan uansett være hensiktsmessig i en overgangsfase både av tekniske grunner og fordi innfasing av et nytt nasjonalt telefonnummer blant innbyggerne kan ta noe tid.

Når innbyggerne ringer 116 117, vil de bli satt over/rutet til nærmeste LV-sentral. Ved bruk av et lokalt 8-sifret telefonnummer vil innbyggeren kunne komme direkte til én bestemt legevaktsentral. Det kan være situasjoner der pårørende til for eksempel barn og hjelpetrequende eldre har behov for å bistå disse i å kontakte legevakten. Dersom pårørende befinner seg i en annen kommune enn pasienten, vil de ved hjelp av et lokalt 8-sifret telefonnummer kunne nå den LV-sentralen som er nærmest stedet der pasienten befinner seg. Dette kan gi økt trygghet for befolkningen.

Departementet foreslår ikke å stille krav om at kommunen skal ha et fast, 8-sifret direktenummer til LV-sentralen som supplement til 116 117. Dersom kommunen ønsker dette, må det opprettes et ekstra telefonnummer for dette formål. Teknisk sett kan ikke det 8-sifrete nummeret som ligger til grunn for kobling til 116 117 være det samme som benyttes for å komme direkte til en bestemt LV-sentral. Informasjon om mulighet for kommunen til å ha et lokalt 8-sifret telefonnummer som supplement til 116 117 er foreslått tatt inn i merknad til den aktuelle bestemmelsen.

Legevaktnummeret som nødnummer

For å oppnå optimal funksjonalitet for innbyggerne av et nasjonalt legevaktnummer, det vil si best mulig lokalisering og ruting av anrop, vil det være nødvendig å kunne gjøre oppslag i nummerdatabasen til teleleverandørene (Nasjonal Referanse DataBase – NRDB). Dette vil sikre best mulige abonnementsopplysninger, herunder adresse, og gi grunnlag for lokalisering av innringer/stedsangivelse. Også de andre nødnumrene, blant dem AMK-nummer 113, får sine adresseringer verifisert hos NRDB. Stedsangivelse kan være meget viktig i akuttmedisinsk sammenheng, også med bakgrunn i at ikke alle innringere klarer å gjøre rede for seg. Post- og Teletilsynet kan, i henhold til Ekom-forskriften, stille krav til posisjonering av mobilbruker som ringer nødnummer 113. Av hensyn til pasientsikkerheten er det ønskelig å ha samme mulighet for nøyaktig stedsangivelse for person som ringer LV-sentral.

For å kunne gjøre oppslag i NRDB, må 116 117 defineres som et nødnummer.

Telefonnummer 116 117 er, som omtalt foran, et EU-harmonisert nummer, men i EU-sammenheng er nummeret ”the number for non-emergency medical on-call service”, mens det i Norge vil fungere som et nødnummer. Til forskjell fra de fleste andre land i Europa er legevakten i Norge en del av den akuttmedisinske kjeden, og inngangen til tjenesten er både AMK-sentralen med nødnummer 113 og LV-sentralen med legevaktens telefonnummer 116 117. De fleste andre land har ikke tilsvarende kommunale nivå for akutthenvendelser til

legevakt. Innbyggerne henvender seg i stedet direkte til akuttmottak i sykehus. Ut fra organiseringen av den akuttmedisinske kjeden i Norge mener departementet at 116 117 bør defineres som *legevaktens nødnummer*.

Befolkningen har ikke alltid samme forståelse av når man bør ringe 113 og når det vil være riktigere å ringe LV-sentralen. I mange tilfeller blir mindre alvorlige hendelser meldt via 113, for eksempel fordi folk ønsker raskt svar og ikke kjenner det lokale legevaktnummeret. Men det motsatte kan også være tilfelle; at folk ringer legevakten, men burde ha ringt nødnummer 113. Nasjonalt legevaktnummer er tenkt å gjøre det enklere for brukerne, samtidig som man, med tanke på en eventuell utrykning, må ivareta behovet for å vite nøyaktig hvor innringer/pasienten befinner seg. Det er viktig at både 113 og 116 117 får tilstrekkelig informasjon om adresse/stedsangivelse for å kunne yte nødvendig helsehjelp.

Stadig flere innringere til legevakt vil benytte mobiltelefon. Det varierer hvor eksakt mobiltelefonleverandørene kan angi innringers posisjon ut fra teknisk utrustning ved basestasjonene for mobilnettet. Et ytterligere argument for at LV-sentralen bør få tilgang til NRDB er at det pågår et større arbeid med endringer i telenettet (datatelefoni) som kan skape utfordringer for lokalisering av innringer og ruting av telefontrafikk. Mulighet for oppslag i NRDB vil gi best forutsetning for nøyaktig informasjon og unngåelse av forsinkelser i tjenesten.

Etablering og drift av døgnbemannet legevaktsentral

Kommunen har etter gjeldende forskrift ansvar for etablering og drift av LV-sentral. Ansvaret videreføres i ny forskrift. Kommunen er ansvarlig for å drifte LV-sentral, eventuelt ved å kjøpe tjenester eller inngå interkommunalt samarbeid. LV-sentralen skal kunne nås hele døgnet, gjennom hele uken, fortrinnsvis på samme svarsted. Samme svarsted/lokalisasjon hele døgnet vil være helt nødvendig dersom kommunen ved innføring av et nasjonalt legevaktnummer 116 117 ønsker å ha et supplerende 8-sifret telefonnummer direkte til LV-sentralen for sine innbyggere (jf. foran). De fleste kommuner oppfyller i dag kravet i forskriften om en døgnbemannet LV-sentral. De fleste kommuner har også samme svarsted for sitt faste legevaktnummer hele døgnet, eventuelt i samarbeid med andre kommuner.

Tilrettelegge for sikker drift av nasjonalt legevaktnummer

Departementet foreslår at kommunen får ansvar for ”å legge til rette for sikker drift av nasjonalt legevaktnummer, blant annet å sørge for alternative svarsteder.” Dette forslaget til ny bestemmelse er en følge av innføring av et nasjonalt legevaktnummer. I henhold til gjeldende akuttmedisinforskrift er det kommunens ansvar å drifte et fast legevaktnummer, dvs. et lokalt 8-sifret nummer. Drift av 116 117 vil være Helsedirektoratets ansvar som del av planleggings- og gjennomføringsansvaret. Kommunen får ansvar for mottak og håndtering av henvendelser via dette nummeret. Dette innebærer et ansvar for å tilrettelegge for at LV-sentralen kan håndtere henvendelser. Kommunen må sørge for at nummerstruktur og ruting er korrekt og at eventuelle endringer gjennom døgnet meldes til en driftsorganisasjon som kan overstyre 116 117 ved behov.

Drift av 116 117 vil for det meste være automatisert. Det er imidlertid behov for en døgndrevet organisasjon som i visse situasjoner kan omrute 116 117-henvendelser til et annet

svarsted/en annen LV-sentral. Det kan være aktuelt ved plutselig oppstått fravær av personell i en LV-sentral, eller manglende infrastruktur med tap av telekommunikasjon og strømlevering. Kommunen må sikre at et alternativt svarsted med underliggende telefonnummer for 116 117 finnes, og at en driftsorganisasjon har nødvendig informasjon.

Helsetjenestens driftsorganisasjon HF (HDO) på Gjøvik, felleseid av de regionale helseforetakene, har i dag driftsansvar for nødnettets ulike bestanddeler, også der dette er bygget ut i kommunene. Helsedirektoratet, som ansvarlig for etablering og drift av nasjonalt legevaktnummer, er i dialog med HDO om driftsansvar for rutingtjenester knyttet til nasjonalt legevaktnummer. HDO HF er i dialog med KS for å finne gode arenaer for å videreutvikle nødnett helse og for å etablere gode samhandlingsarenaer for HDO og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nødmeldetjenesten (AMK- og LV-sentralene) forutsetter et tett samarbeid mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Krav om et slikt samarbeid inngår også i gjeldende forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus. De driftsoppgavene HDO skal ivareta er derfor en del av kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar etter forskriften. Det vurderes at driftstjenestene knyttet til nødnettets ulike bestanddeler er en spesialisert oppgave som de regionale helseforetakene bidrar med for å muliggjøre en mest mulig effektiv og sikker utføring av en felles oppgave til befolkningens beste. Leveranser av driftstjenester fra HDO til de berørte offentlige aktørene vil derfor kunne løses ved et genuint administrativt samarbeid om de praktiske sidene ved det å tilby en nødmeldetjeneste. Driften av nasjonalt legevaktnummer bør av hensyn til optimal kommunikasjon og sikkerhet utføres av samme aktør som skal drifte øvrige nødmeldetjenester. Rettspraksis tilsier at anskaffelsesreglene ikke vil komme til anvendelse ved et slikt genuint samarbeid, slik at kommunene vil kunne velge å benytte seg av HDO uten en forutgående anskaffelsesprosess. Hvordan tilrettelegging kan skje, er foreslått tatt inn i merknad til den aktuelle bestemmelsen. Det vil ikke påløpe kostnader for kommunene til drift av 116 117, se omtale i kapitlet om økonomiske og administrative konsekvenser.

Kommunikasjonsberedskap mv.

Gjeldende forskrift stiller krav til kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen. Disse kravene foreslås videreført med en presisering om at kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr skal være knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Bestemmelsen må ses i sammenheng med forslag til ny bestemmelse om kommunikasjonsberedskap, som sammen med forslag til bestemmelser om krav til LV-sentralene og AMK-sentralene tydeliggjør ansvarsforhold og hvilke personellgrupper som inngår i den akuttmedisinske beredskap. Det vises til høringsnotatet punkt 4.4.6 om nødnett.

Samordning med andre aktører

Gjeldende forskrift pålegger kommunen å samarbeide med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester.

Departementet ser behov for å presisere at samarbeidet med de regionale helseforetak må inkludere både LV-sentral og kommunal legevaktordning, jf. tilsvarende bestemmelse relatert til AMK-sentralene. Dette er ivaretatt i forslag til ny bestemmelse.

Elektronisk registrerings-, dokumentasjons- og beslutningsstøttesystem for pasienthenvendelser

Det har vært foreslått å stille krav om å etablere elektronisk registrerings-, dokumentasjons- og beslutningsstøttesystem for pasienthenvendelser i LV-sentralene. Etter departementets vurdering vil kravet om elektronisk dokumentasjon av pasientopplysninger dekkes av forslag til forskrift om IKT- standarder i helse- og omsorgssektoren som har vært på høring og som foreslår plikt til elektronisk føring av behandlingsrettet helseregister for alle virksomheter som fører pasientjournal. I likhet med fastlegene benytter i dag de fleste LV-sentralene elektronisk journal. Når det gjelder krav om elektronisk beslutningsstøttesystem i LV-sentralene, er dette etter departementets vurdering ikke tilstrekkelig utredet. Departementet vil derfor måtte komme tilbake til dette ved en eventuell senere revisjon av forskriften.

4.4.3 Nærmere om krav til legevaktsentraler (LV-sentraler)

4.4.3.1 Innledning

Gjeldende forskrift kapittel 2 beskriver den kommunale legevaktsentralens ansvar. I dette forslaget er bestemmelsene delvis videreført og delvis endret for å synliggjøre og fremheve innføringen av et nasjonalt legevaktnummer.

Et nasjonalt legevaktnummer legger til rette for styrket samarbeid mellom de ulike delene av den akuttmedisinske kjeden. Det er viktig å styrke LV-sentralen slik at ikke denne blir et svakt ledd i kjeden. I tillegg til å innføre et nasjonalt telefonnummer til de kommunale LV-sentralene, foreslås å stille krav om lydopptak, svartid og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for helsepersonell/LV-sentraloperatører som arbeider sammen med lege i vakt.

4.4.3.2 Vurdering og forslag

Motta henvendelser via nasjonalt legevaktnummer

I forslag til ny bestemmelse fremgår at LV-sentralen skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp via "et nasjonalt legevaktnummer", til forskjell fra "et fast legevaktnummer" som i gjeldende rett. Ordlyden "øyeblikkelig hjelp" er en presisering av gjeldende rett.

Kommunisere med og videreformidle henvendelser til annen LV-sentral og AMK-sentral

Med innføring av et nasjonalt legevaktnummer, må LV-sentralene i større grad kunne samhandle og sette over innringer som har benyttet nasjonalt legevaktnummer og blitt rutet til feil svarsted. Dette gjelder ved øyeblikkelig hjelphenvendelser der innringer skal overføres til den LV-sentralen som betjener det området som innringer befinner seg i. I tillegg skal LV-sentralen, som i dag, kunne videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen. Departementet vurderer dette ivaretatt i forslag til ny bestemmelse: LV-sentralene

skal ”kunne kommunisere direkte og videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentral, eller øyeblikkelig hjelp til annen legevaktsentral”.

I ovennevnte ligger at alle kommuner/LV-sentraler må kunne sette over innringere (med kjent telefonnummer) som er rutet feil i nettet til riktig LV-sentral, eller til AMK-sentral ved behov for akuttmedisinsk hjelp. Utkastet til ny forskrift gir også sterkere føringer enn tidligere til AMK-sentralene om å sette over henvendelser til LV-sentral dersom de kan/bør håndteres der.

Svarsentre for telefontrafikk med ukjent nummer mv.

Det vil i tillegg være en del tilfeller der anropet ikke har noen geografisk tilknytning slik at innringers adresse er ukjent (nummeridentitet vises ikke ved oppringningen), eller det ser ut som innringer har en adresse, men denne stemmer ikke med fysisk lokalisering av innringer (oftest ved IP-telefoni). Man vil da ikke vite hvor samtalene skal rutes til. Slike anrop må kunne gå automatisk til et samlepunkt, eller svarsenter for overløpstrafikk, som kan sette over innringer til riktig LV-sentral. Staten er ansvarlig for å etablere et nødvendig antall svarsentre ut fra strukturer i telenettet, for eksempel ett i hvert fylke. Et svarsenter kan være AMK-sentralen i området eller en større LV-sentral. Helsedirektoratet er i dialog med regionale helseforetak om plassering av svarsentre ved AMK-sentraler, og vil inngå nødvendige avtaler med svarsentre på vegne av departementet. Regionale helseforetak vil sikre at utpekte AMK-sentraler har lagt til rette for mottak av slik overløpstrafikk. Staten vil bære alle kostnader knyttet til nasjonalt legevaktnummer, se kapittel 6 om administrative og økonomiske konsekvenser.

Råd og veiledning til innringer

Forslag til ny bestemmelse om råd og veiledning, videre oppfølging og videreformidling av henvendelser er en videreføring av gjeldende rett. Bestemmelsen er harmonisert med gjeldende rett på andre områder og forslag til ny bestemmelse om AMK-sentralene.

Krav til svartid ved LV-sentral

Gjeldende forskrift stiller ikke krav til svartid. For fastlegene stilles i dag krav om at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter (jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21). Departementet foreslår at det stilles noe strengere krav til svartid i LV-sentral enn til fastlegekontorene. Ut fra noe varierende praksis i andre land forelås det at svarsystemet i LV-sentralen innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter. Det følger av forsvarlighetskravet at kommunen må sørge for at henvendelser til LV-sentralen besvares innen kort tid. Kravet til svartid må anses som en presisering av forsvarlighetskravet. Forslaget anses ikke å ha nevneverdige økonomiske konsekvenser (for nærmere omtale, se kapittel 6 om økonomiske og administrative konsekvenser).

Lydopptak 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

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.

Rundt halvparten av legevaktsentralene har i dag tilfredsstillende lydopptakutstyr (Nklm rapport nr. 6 2012 s 18). Departementet vurderer at det er samme behov for dokumentasjon og kvalitetssikring av LV-sentralenes håndtering av samtaler som av AMK-sentralenes. Departementet foreslår derfor samme krav til lydopptak ved legevaktsentralene som for AMK-sentralene.

For økonomiske konsekvenser vises til eget kapittel.

Krav til kompetanse hos LV-sentraloperatørene

Betjening av LV-sentral innebærer ofte rådgivning og ”sluttbehandling” av pasienter uten involvering av lege. Ved telefonkontakt som første kontakt, ender 55 pst av pasientene opp med konsultasjon hos lege i vakt. Mellom 9 og 36 pst av henvendelser som blir tatt imot av sykepleier ender med råd/veiledning direkte, eller anbefaling om å ta kontakt med fastlege neste dag (Eikeland et. al, 2012). LV-sentraloperatørene skal også hastegradsvurdere, kunne bruke nødnett, kommunikasjons- og konsultasjonsteknikk, gjøre lydopptak mv., det vil si inneha nødvendig operativ kompetanse. Håndtering per telefon krever også god språkforståelse og evne til kommunikasjon.

Gjeldende forskrift stiller krav om at LV-sentralene skal bemannes med helsepersonell. Dette er et lite spesifikt krav siden alt helsepersonell som er ansatt i helsetjenesten og utøver helsetjenester per definisjon er helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3. I dag har rundt 90 pst av LV-sentralene i vakttiden utenom kontortid telefonoperatører med sykepleierkompetanse. På dagtid er sykepleierbemanningen noe lavere, rundt 85 pst, ettersom flere av LV-sentralene da bemannes av helsesekretærer ved fastlegekontor (Nklm rapport nr. 6 2012 s 17). Departementet vurderer at betjening av legevaktsentral er en svært viktig funksjon som krever god kompetanse, og at dagens LV-sentraler de fleste steder er bemannet med personell med relevant helsefaglig utdanning. Undersøkelser fra Nklm støtter at bruk av sykepleier i funksjonen som legevaktsentraloperatør er forsvarlig (Holm-Hansen og Hunskaar 24.11. 2011, i BMJ Quality & Safety Online). Når det gjelder nødvendig tilleggskompetanse, har imidlertid ikke departementet noen oversikt over systemene for virksomhetsintern opplæring i kommunene. LV-sentralen vil i fremtiden også kunne få en sentral rolle i kommunenes organisering av øyeblikkelig hjelp døgndriftssenger, jf. samhandlingsreformen.

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 operatøropplæring.

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

4.4.4 De regionale helseforetakenes ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste

Dagens 19 AMK-sentraler er en sterk reduksjon i forhold til situasjonen for 10-15 år siden. Trenden mot færre og større sentraler er begrunnet med at større sentraler antas å gi mer robusthet og bedre kvalitet. Helse Midt-Norge har vedtatt å legge ned AMK-sentralen i Molde, og flere av de regionale helseforetakene har pågående prosesser for å gjennomgå AMK strukturen. AMK-sentralene er i all hovedsak lokalisert i sykehus eller i umiddelbar nærhet innenfor sykehusområdet. I Drammen er det etablert et samarbeid mellom brann, politi og helse (SAMLOK) som innebærer at etatenes nødsentraler er samlokalisert i lokaler på politihuset.

Gjeldende forskrift pålegger de regionale helseforetakene ansvar for "kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets akuttmedisinske beredskap."

I forbindelse med innføringen av nødnett har departementet sett behovet for å tydeliggjøre hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap og dermed skal være tilknyttet nødnettet. Departementet foreslår at det presiseres i forskriften at dette også omfatter helseforetak med akuttfunksjon, men uten AMK sentral. Det vises ellers til at departementet i § 16 i forskriftsforslaget stiller nærmere krav til helseforetak med akuttfunksjon, men uten AMK sentral.

Samordning med andre aktører

Gjeldende forskrift pålegger de regionale helseforetakene ansvar for "samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med LV-sentraler, brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere".

Departementet mener forskriften bør presisere at samarbeid med kommunal legevaktjeneste må omfatte både legevaktssentral og kommunal legevaktordning og har foreslått dette i forskriftsforslaget.

Elektronisk registrerings- dokumentasjons- og beslutningsstøttesystem for pasienthenvelser.

Det har vært foreslått å stille krav om å etablere elektronisk registrerings-, dokumentasjons- og beslutningsstøttesystem for pasienthenvelser i AMK-sentralene. Etter departementets vurdering vil kravet om elektronisk registrerings- og dokumentasjonssystem dekkes av forslag til forskrift om IKT- standarder i helse- og omsorgssektoren som er på høring og som foreslår plikt til elektronisk føring av behandlingsrettet helseregister for alle virksomheter som fører pasientjournal. Alle AMK sentraler tilfredsstiller i dag dette kravet. Når det gjelder krav om elektronisk beslutningsstøttesystem i AMK sentralene, er dette etter departementets vurdering ikke tilstrekkelig utredet. Departementet vil derfor måtte komme tilbake til dette ved en eventuell senere revisjon av forskriften.

Mottak av medisinsk nødnummer

Gjeldende forskrift pålegger de regionale helseforetakene å fastsette hvilke AMK sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen. Dette kravet foreslås fjernet da begrepet AMK sentral i dag kun omfatter sentraler som mottar nødnummeret.

4.4.5 Nærmere om krav til AMK sentralene

Hovedinntrykket av AMK sentralenes virksomhet er at de fungerer godt og bidrar til å sikre befolkningen rask og kompetent hjelp ved akutt sykdom og skade. Hendelsene den 22. juli 2011, enkelte andre alvorlige hendelser og tilsyn har imidlertid avdekket svikt i flere funksjoner som har utfordret faglig forsvarlig drift. For å sikre kvalitet og effektivitet i AMK-sentralene er det etter departementets vurdering nødvendig å tydeliggjøre og spisse deres funksjoner som nødsentraler og deres rolle i beredskap ved kriser og ulykker.

Krav til svartid i AMK sentralene

I en nødsituasjon er det av stor betydning at de som er berørt får rask hjelp. Det betyr også mye for publikums trygghet at telefoner til nødnummeret besvares raskt. Departementet foreslår derfor å stille krav til svartid. Det bør etter departementets vurdering være et krav at 90 prosent av henvendelsene skal besvares av operatør innen 10 sekunder. Grensen på 10 sekunder samsvarer med anbefalingene i rapporten *"En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten"* fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2009. Helse Vest RHF har i sin *"Plan for prehospitaltjenester i Helse Vest - Sammendrag og prioriteringer"* datert 31. desember 2007 definert følgende krav til AMK-svartid: *"Det bør under normale forhold være en "AMK-aksess-tid" på mindre enn 10 sekund (dvs. den tiden det tar fra en ringer 113 til man får svar)."* Helse Midt-Norge RHF har i sin *"Revisjon Prehospital plan 2010 - Arbeidsgruppe nødmeldetjenesten"* datert 9. desember 2010, definert følgende krav til AMK svartid: *"Kort svartid er viktig når nødsituasjon har oppstått. Krav til AMK aksesstid for 113 og andre nødlinjer må defineres til maksimum 10 sekunder også i Midt-Norge."*

Med bakgrunn i tilsynssak mot AMK sentralen i Oslo og Akershus, skrev Statens Helsetilsyn i brev til Oslo universitetssykehus datert 4. juli 2013: *Statens helsetilsyn finner etter dette at kravet til forsvarlig virksomhet ved AMK-sentraler tilsier at AMK-aksessstid som hovedregel bør være 10 sekunder, og at 90 prosent av henvendelser til 113 skal besvares innen 10 sekunder. Vesentlige avvik fra dette må anses som uforsvarlig.*

I henhold til Helsedirektoratets nøkkeltall for 2013 besvares på landsbasis 82 prosent av henvendelsene til AMK innen 10 sekunder, selv om det er regionale forskjeller. Dette viser at kravet om at 90 prosent av henvendelsene skal besvares innen 10 sekunder bør være oppnåelig uten vesentlig behov for økte ressurser. I tillegg vil innføring av nasjonalt legevaktnummer og gjennomføring av forskriftens forslag om at AMK som hovedregel skal sette henvendelser om allmennt medisinske problemstillinger over til legevaktsentral, bidra til å øke effektiviteten i AMK sentralene slik at henvendelser kan besvares raskere. I 2012 var 36.5 prosent av henvendelsene fra publikum til AMK sentralene av hastegrad rød (akutt), noe

som indikerer et stort potensial for effektivisering ved at henvendelser om allmennmedisinske problemstillinger viderefremidles til legevaktsentral.

Råd og veiledning til innringer

Gjeldende forskrift stiller krav om at AMK sentralene skal gi medisinsk faglige råd og veiledning. Etter departementets vurdering er dette en innsnevring av operatørens ansvarsområde. Det vil i mange tilfelle være behov for å gi råd og veiledning også om ikke-medisinske forhold for at innringer skal kunne være i stand til å håndtere en nødsituasjon inntil innsatspersonell er på stedet. Departementet foreslår derfor å endre kravet til at AMK sentralene skal gi nødvendig råd og veiledning slik at innringer kan håndtere situasjonen inntil innsatspersonell er på stedet.

Varsling av andre nødetater

Ved hendelser som krever samtidig innsats fra flere nødetater, er det etablert et system for varsling (trippelvarsling). Ved enkelte hendelser er det imidlertid holdepunkter for at slik varsling har blitt iverksatt for sent. Departementet vil derfor presisere i forskriften at slik varsling skal iverksettes umiddelbart.

Varsling av LV-sentral

Departementet foreslår at forskriften tydeliggjør at AMK-sentralene skal varsle LV-sentralen i kommunen ved behov for øyeblikkelig hjelp i kommunen, slik at legevaktlege kan rykke ut ved behov.

Viderefremidling av henvendelser om allmennmedisinske problemstillinger

Som beskrevet ovenfor, gjelder mange av henvendelsene til AMK sentralene allmennmedisinske problemstillinger. Når operatørene må bruke mye tid på å besvare slike henvendelser, går det ut over sentralenes effektivitet og mulighet til å opprettholde kort svartid. Departementet foreslår derfor at ved henvendelser til AMK sentralen der operatørene har avklart at det ikke er behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten, skal AMK som hovedregel sette samtalen over til legevaktsentral på forhåndsdefinerte linjer.

Det er estimert at dagens legevaktsystem håndterer 1.88 millioner pasientkontakter årlig, mot 430.000 til AMK på medisinsk nødnummer 113. Det er derfor departementets vurdering at dette forslaget bør kunne håndteres innenfor dagens kapasitet ved legevaktsentralene.

Systemer for samordning mellom AMK sentraler

Gjørø-kommisjonens rapport påpekte at det i liten grad er etablert systemer som kan håndtere bortfall eller for stor belastning av en AMK sentral. Det ble også påpekt at AMK sentralene ikke kunne utnytte hverandres kompetanse og kapasitet, blant annet fordi sentralene ikke kunne se hverandres oppdragsbilder. Forskriftsforslaget presiserer derfor kravene til AMK sentralene om å ha systemer for å håndtere stor belastning, og til å ha etablert systemer og utstyr for å kunne holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen både i og utenfor eget ansvarsområde. Dette er spesielt viktig for luftambulansetjenesten, som ofte beveger seg over helseforetaks- og regionsgrenser. De regionale helseforetakene arbeider nå med å utvikle ”flight following” systemer for å håndtere dette. Departementet foreslår derfor at forskriften

stiller krav om at AMK sentralene har etablert løsninger for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde, og at det er etablert løsninger for å ivareta bortfall eller for stor belastning av en AMK sentral.

Krav til kompetanse og bemanning ved AMK sentraler

Operatørene i AMK sentralene skal hastegradsvurdere, gi råd til innringer, utalarmere ambulansetjenesten ved behov, følge opp oppdraget, og koordinere og varsle andre aktører som nødetater, kommunal legevakt og hovedredningssentralen. Operatørene må ha helsefaglig kompetanse, men de må også ha kompetanse i å kommunisere med innringere i en krisesituasjon, de må ha evne til raskt å skaffe seg oversikt over en kompleks nødsituasjon, og de må kunne samhandle med flere aktører samtidig. Det kreves også kompetanse i å bruke avansert IKT og kommunikasjonsverktøy samt beslutningstøtteverktøy.

Gjeldende forskrift stiller krav om at AMK sentraler bemannes med helsepersonell. Dette er et lite spesifikt krav, siden alt personell som er ansatt i helsetjenesten og yter helsetjenester per definisjon er helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3. I dag bemannes AMK sentralene med sykepleiere og ambulansesarbeidere. Departementets vurdering er at dagens AMK sentraler gjennomgående er bemannet med personell med relevant helsefaglig utdanning. Departementet har imidlertid ikke oversikt over hvordan helseforetakene sørger for at personellet har nødvendig tilleggskompetanse.

Det følger av kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at ansatt personell må ha nødvendig kompetanse til å utføre de arbeidsoppgaver vedkommende er satt til å gjøre på forsvarlig vis. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 er det videre presisert at virksomheten har plikt til å sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Det følger således av nevnte bestemmelser at helseforetakene må sørge for at personellet i AMK sentralene har fått nødvendig opplæring slik at de kan ivareta sine oppgaver på forsvarlig måte.

Departementets vurdering er likevel at det bør presiseres i forskriften at operatørene, i tillegg til kravet om helsefaglig kompetanse, skal ha gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Et alternativ for å sikre nødvendig kompetanse i AMK sentralene er å innføre en sertifiseringsordning. Departementet ber om høringsinstansenes syn på dette.

For å sikre tilstrekkelig akuttmedisinsk kompetanse i AMK sentralene, foreslår departementet å forskriftsfeste at sentralene skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis. Med tilgjengelighet menes i denne sammenheng at lege er til stede i sentralen eller umiddelbart tilgjengelig på telefon eller i nødnett.

Mottak av nødanrop fra hørselshemmede

Døve og hørselshemmede som ønsker kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste, kan i dag kontakte Telenors sentral for døve (149) i Mosjøen ved hjelp av spesielt utstyr. Disse håndterer nødsamtaler via teksttelefon på et eget nummer (1412) og kan melde videre til

nødmeldesentralene. Telenors sentral kan også nåes via SMS, men det omfatter ikke nødsamtaler, og er belagt med en avgift.

Justis- og beredskapsdepartementet har mottatt en rapport fra en arbeidsgruppe som har utredet ulike alternativer for å sende SMS direkte til nødmeldesentralene. Arbeidsgruppen har også vurdert om en slik ordning bør tilrettelegge for ytterligere digital varsling ved f.eks MMS, e-post, video og GPS for døve og hørselshemmede, samt hele befolkningen på sikt.

Helsedirektoratet og Kokom har deltatt i arbeidsgruppen, sammen med representanter fra DSB, DNK, POD, PDMT, Hørselshemmedes landsforbund og Norges døveforbund.

Arbeidsgruppens rapport er nå til vurdering i berørte etater. Departementets vurdering er at det ikke kan stilles krav om SMS varsling av AMK før dette arbeidet er avsluttet og de økonomisk/administrative konsekvensene av eventuelle forslag er vurdert.

Mottak av nødmeldinger fra den samiske befolkningen og fra personer med mangelfulle norskkunnskaper

AMK sentralene som betjener kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk, må etter departementets vurdering ha tilgjengelig samisk tolketjeneste. Alle AMK sentraler må kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for aktuelle fremmedspråk.

Helseforetak med akuttfunksjon, men uten AMK sentral

Akuttmottak i sykehus utgjør overgangen mellom kommunehelsestjenesten, ambulansetjenesten og videre behandling i sykehus, og er et viktig kommunikasjonsknutepunkt.

Departementet vurderer det som hensiktsmessig å beskrive ansvar og funksjon for helseforetak med akuttfunksjon i en egen bestemmelse i forskriften. Dette for å tydeliggjøre deres rolle som kommunikasjonsknutepunkt i den akuttmedisinske kjeden. Forslaget innebærer ingen utvidelse sammenliknet med gjeldende forskrift, men er en presisering av ansvar for helseforetak med akuttfunksjon.

4.4.6 Nødnett

Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har over lengre tid samarbeidet om utbygging av et felles, landsomfattende, lukket og avlyttingssikkert nødnett for beredskapsstatene helsetjeneste, politi og brannvesen. Stortinget vedtok 18. desember 2006 at et første utbyggingstrinn – trinn 1 – for nytt digitalt radiosamband i Norge skulle igangsettes, jf. St.prp. nr. 30 (2006-2007) og Innst. S. nr. 104 (2006-2007), og at kontrakt for en landsdekkende utbygging kunne inngås. Trinn 1 skulle omfatte Oslo, Akershus, Østfold og Søndre Buskerud politidistrikt. En utbygging i resten av landet kunne ikke igangsettes før evaluering av trinn 1 var gjennomført og Stortinget hadde vedtatt videre utbygging.

Første utbyggingstrinn er nå i hovedsak gjennomført og evaluert. Evalueringen avdekket at nødnettprosjektet fortsatt står overfor noen utfordringer i forhold til de krav til funksjonalitet m.v. som er stilt til nødnettet i kravspesifikasjonen. Hovedkonklusjonen var likevel at nettet

fungerer så tilfredsstillende at det bør utbygges på landsbasis. Manglene forutsettes rettet opp i den videre utbygging av systemet. I prop. 100 S (2010-2011) fremmet Justisdepartementet forslag om landsomfattende utbygging av det felles digitale nødnettet for beredskapsstatene. Stortinget vedtok en landsomfattende utbygging den 9. juni 2011, jf. Innst. 371 S (2010-2011).

Den videre utbyggingen startet høsten 2013 og skal etter planen være ferdig ved utgangen av 2015. Det bygges nå ut etter en enhetlig nasjonal plan og opplæringen av personellet i bruken av nødnett vil skje etter en felles opplæringsplan. Driften av nettet vil bli ivaretatt gjennom en sentral nasjonal driftsorganisasjon. Finansieringen av utstyr og installasjon skjer gjennom den sentrale bevilgningen fra Stortinget. Gjennom samhandlingsavtalene vil kommune- og spesialisthelsetjenesten på en bedre måte kunne systematisere sitt arbeid med akuttmedisin og øyeblikkelig hjelp. Kombinert med ny forskrift der kravet om tilknytning til nytt nødnett vil bli ytterligere tydeliggjort bør dette bli et sentralt kommunikasjonsverktøy for helsetjenestens beredskapstjenester.

Departementet foreslår i ny § 17 to mindre presiseringer sammenliknet med gjeldende forskrift § 8, ved at helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, og helsepersonell i ambulansetjenesten også tas inn i bestemmelsens ordlyd. Presiseringen innebærer en tydeliggjøring av hvilke personellgrupper som inngår i den akuttmedisinske beredskap sammenliknet med ansvarsforhold gitt i gjeldende forskrift der uttrykket ”helsepersonell i ekstern vaktberedskap” er benyttet.

I kommunen er det helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap, spesielt lovbestemt legevaktordning, og eventuelt annet helsepersonell som inngår i kommunens akuttberedskap som skal være tilgjengelige i nødnettet. Kommunene kan også ha annet helsepersonell i vakt internt på sykehjem, for planlagte besøk i hjemmesykepleien m.v. Også for disse kan det være en stor fordel at de er tilknyttet nødnettet og kan kommunisere med annet personell i akuttmedisinsk beredskap i helsetjenesten eller i de andre nødnettene, men det er ikke obligatorisk at de skal knyttes til det lukkede landsomfattende nødnettet.

4.5 Funksjonskrav til kommunikasjons teknisk utstyr

Når kommunene og de regionale helseforetakene skal sørge for at personell i akuttmedisinsk beredskap er tilgjengelig i et lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, er det viktig at det er forutberegnelig for aktørene hvilke funksjonskrav staten stiller til det kommunikasjons tekniske utstyret, organiseringen av virksomheten m.v. Slik vil det være enklere å vurdere i forkant hvilke faglige, administrative og økonomiske konsekvenser eventuelle endringer i funksjonskravene vil ha for de ulike aktørene. Videre gir det staten mulighet til å hindre at det koples opp utstyr og systemer til nødnettet som kan svekke informasjonsflyten i et system der kommunene og foretakene er ansvarlige for anskaffelse, drift og vedlikehold av kommunikasjonsutstyr.

For å gjøre denne forskriften om akuttmedisinsk kommunikasjonsberedskap lettere tilgjengelig for brukerne foreslår departementet at forskriften innarbeides i ny

akuttmedisinforskrift som et eget kapittel. Det er lagt vekt på å forenkle forskriftsbestemmelsene sammenlignet med gjeldende forskrift.

Ansvar

Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus pålegger de regionale helseforetakene og kommunene plikter gjennom å utdype ”sørge for ansvaret” når det gjelder akuttmedisinske tjenester og stiller konkrete krav til tjenestene. Forskriften har flere bestemmelser som stiller krav om at utstyret skal tilfredsstillende visse krav, men uten å spesifisere hvem som har ansvaret for dette. Departementet mener derfor at forskriften bør tydeliggjøre hvem som er ansvarssubjekt. Etter departementets oppfatning er det de som anskaffer, eier og bruker utstyr i sin beredskap som har ansvar for at utstyret oppfyller forskriftskravene. Disse har også ansvar for å sørge for at utstyr er tilgjengelig for personellet og at personellet er tilgjengelig i medisinsk nødmeldetjeneste. Ansvaret for de regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene fremgår av forskriftsforslaget § 18. Det følger av forslaget at de regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene skal sikre at det kommunikasjonstekniske utstyret som inngår i deres kommunikasjonsberedskap til enhver tid tilfredsstillende krav gitt av Helsedirektoratet. Videre skal de sikre at driften og vedlikeholdet av det kommunikasjonstekniske utstyret og organiseringen av og opplæringen i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret tilfredsstillende krav som er stilt av Helsedirektoratet

Dokumentasjon og tilsyn

Plikten for regionale helseforetak og kommuner til å kunne dokumentere at funksjonskrav gitt i medhold av forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr er overholdt, er regulert i gjeldende forskrift § 7-2.

Det er etter departementets vurdering behov for kunne kontrollere at de ansvarlige for det kommunikasjonstekniske utstyret har ivarettat kravene som er stilt av Helsedirektoratet. I forbindelse med innføring av felles legevaktnummer er det for eksempel aktuelt å stille krav til antall linjer. For å kunne kontrollere om kommunene har fulgt opp krav om dette, kan det være nødvendig å innhente dokumentasjon.

Etter departementets vurdering er det nødvendig å kunne pålegge helseforetakene en dokumentasjonsplikt, hvilket fremgår av forskriftsforslaget § 18.

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.

Etter gjeldende § 7-1 andre ledd skal dokumentasjon av at visse krav er oppfylt skje ved skriftlig redegjørelse fra leverandør/installatør. Departementet foreslår at bestemmelsen utgår. Det bør være opp til RHF/HF/kommune å velge hvordan de skal dokumentere samsvar.

Krav til teknisk organisering, kravspesifikasjoner, kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt og funksjonsgodkjenning

Det følger av forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr § 4-1 at

kommunikasjonsteknisk utstyr til enhver tid skal tilfredsstillende Helsedirektoratets kravspesifikasjoner. Helsedirektoratet har også hjemmel til å gi bestemmelser om teknisk organisering (§ 3) og til å fastsette kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt (§ 5).

Forskriftsforslagets § 19 er en videreføring av fullmaktsbestemmelser i gjeldende forskrift der formålet med eventuelle krav skal være å sikre at tjenestene skal kunne kommunisere i et landsdekkende nett.

I gjeldende bestemmelse står det at Helsedirektoratet "gir/fastsetter" ulike typer krav. For å tydeliggjøre at direktoratet må vurdere om det er nødvendig å fastsette krav for å sikre kommunikasjon i det landsdekkende nettet, foreslår departementet at direktoratet *kan* stille nærmere krav mv. Bakgrunnen er at det ikke alltid vil være nødvendig å oppstille slike krav, og at direktoratet må vurdere dette behovet. Der det eventuelt stilles bindende krav, må disse forankres i forskriften ved at Helsedirektoratet utarbeider oversikter som kan offentliggjøres, jf. forskriftsforslagets § 20.

Forslaget i § 19d om at Helsedirektoratet kan stille krav til drift og vedlikehold av utstyr og infrastruktur som er omfattet av forskriften, er en ny bestemmelse. Departementets vurdering er at det er behov for at Helsedirektoratet kan stille krav til drift og vedlikehold av utstyr som er kritisk for å sikre nødvendig beredskap. Manglende oppfølging hos enkelte brukere kan få store konsekvenser for andre. Det dreier seg om utstyr og infrastruktur som kan være svært kompleks.

Bokstav e i § 19 er også en ny bestemmelse som gir Helsedirektoratet adgang til å stille krav til opplæring i bruk av kommunikasjonsteknisk utstyr. Bakgrunnen for forslaget er at det er helt nødvendig at personell som skal bruke utstyret i vakt og i beredskapssituasjoner vet hvordan det er innstilt og hvordan det skal brukes, for eksempel slik at man kobler seg på riktig talegruppe i Nødnett, mestrer kommunikasjon på tvers av etater og i spesielt krevende situasjoner m.v. Feil bruk av utstyret kan få alvorlige konsekvenser for mange.

Funksjonsgodkjenning

Nødnett er et system som skal fungere på tvers av nødetatene. Feil i integrasjoner eller tekniske grensesnitt mot nødnettutstyr kan få alvorlige konsekvenser for systemets stabilitet og robusthet. Deler av nødnettleveransen er ikke standardutstyr. Det er derfor viktig å sikre en godkjenningsordning for slikt utstyr, dersom det foreligger tvil om utstyret er i samsvar med kravspesifikasjonene m.v. Departementet foreslår at Helsedirektoratet kan kreve at utstyret skal funksjonsgodkjennes. Helsedirektoratet vil, som i dag, ha ansvaret for å gi slik funksjonsgodkjenning.

Det foreslås ikke å gi like detaljerte bestemmelser om gjennomføringen av funksjonsgodkjenning som følger av dagens forskrift i forskriftsforslagets § 19 andre ledd. Etter gjeldende § 6 skal Helsedirektoratet gi godkjenning på grunnlag av en nærmere beskrevet prosedyre. Denne fremgangsmåten vil ikke være aktuell i alle tilfeller i dag. Videre kan det være aktuelt å sette ut deler av prosessen til andre, for eksempel Helsetjenestens

driftsorganisasjon for nødnett (HDO). For å ivareta forutberegneligheten for leverandører og andre foreslås det at Helsedirektoratet kan fastsettes nærmere prosedyrer.

Oversikt over kravspesifikasjoner mv.

Fastsettelse av funksjonskrav etter § 19 må det skje i samsvar med reglene i forvaltningslovens kapittel VII. Videre må eventuelle tekniske krav i henhold til direktiv 98/34/EF meldes til EFTAs overvåkingsorgan, ESA, med en høringsperiode på tre måneder. Formålet med nevnte direktiv er å hindre at nasjonale tekniske regler skaper handelshindre i strid med EØS-avtalen.

Forslaget til § 20 i høringsnotatet om at Helsedirektoratet skal utgi oversikter over kravspesifikasjoner m.v. er ny. For at leverandører, kommuner og regionale helseforetak som har ansvar for utbygging og drift av helsetjenesten og helsepersonell som arbeider innenfor akuttberedskapen til enhver tid skal kjenne hvilke funksjonskrav m.v. som gjelder er det nødvendig at Helsedirektoratet utarbeider en slik oversikt.

Begrenset tilgjengelighet

Hvor langt en skal gå i å gjøre offentlig tilgjengelig bl.a. teknisk detaljering m.v. i kravspesifikasjoner må vurderes nærmere av Helsedirektoratet ut fra beredskapshensyn for å vanskeliggjøre sabotasje og avlytting og hensynet til å skjerme taushetsbelagte personopplysninger. Det er derfor foreslått å videreføre dagens bestemmelse om at Helsedirektoratet kan begrense tilgjengeligheten for deler av kravsspesifikasjoner m.v. dersom dette er nødvendig for å sikre korrekt behandling av taushetsbelagt informasjon. I tillegg fremgår det av den foreslåtte bestemmelsen av tilgjengelighet også kan begrenses av hensyn til nasjonal sikkerhet og beredskap.

Del II

5 Lydopptak

Informasjonen i lydopptak i AMK-sentraler og legevaktsentraler er i dag regulert på samme måte som annet lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, jf. pasientjournalforskriften § 8 andre ledd. Det er imidlertid uklart hvordan bestemmelsen skal forstås. I arbeidet med dette høringsnotatet har departementet vurdert om det er behov for at reglene for lydopptak bør presiseres/endres, og om pasienter og pårørendes rett til innsyn i lydfilene.

Departementet foreslår at AMK- sentralers og legevaktsentralers lydopptak skal oppbevares i tre år etter opptaksdato og deretter slettes, forutsatt at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen er nedtegnet på forsvarlig måte i pasientens journal.

Departementet foreslår at bestemmelsen om video- og lydopptak i § 8 andre ledd avgrenses til å gjelde for AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak. Hvorvidt andre video- og lydopptak som gjøres i helse- og omsorgstjenesten omfattes av pasientjournalen og hvor lenge opptaket bør oppbevares må vurderes konkret i lys av formålet med og rettsgrunnlaget for opptaket, på samme måte som for andre journalopplysninger.

5.1 Om kommunikasjons- og dokumentasjonssystemer i den akuttmedisinske tjenesten

Lydopptak er et verktøy for helsepersonellet i AMK-sentralene når de yter helsehjelp. Utstyr til lydopptak er normalt koblet til betjeningsutstyret ved AMK-sentralen slik at utvalgte eller alle telefonlinjer til AMK- sentralene, samt hos noen LV-sentraler. Utstyr til lydopptak er også koblet til helse-radionettet ved AMK-sentralen, og samtaler mellom AMK og andre radiobrukere blir tatt opp. Trafikk direkte mellom eksterne enheter, for eksempel mellom lege i vakt og ambulanse, vil normalt ikke bli gjort opptak av. Lydopptakene skjer ved AMK-, ev. også ved LV-sentralen. Lydopptaket kan konfigureres på ulike måter.

Alle samtaler i AMK som går gjennom nødnetts svarsenter blir tatt opp, både telefoni og radiokommunikasjon. Operatøren kan spille av opptak av sine samtaler i inntil en time etter at samtalen er gjennomført (uavhengig av lydopptaket). Når det nye Nødnettet er ferdig utbygget, vil alle radio- og telefonsamtaler til og fra AMK-sentraler bli tatt opp på to måter samtidig, et løpende opptak som bare systemansvarlig kan få tilgang til og en ”arbeidslogg” for operatøren som denne kan bruke for å gå tilbake til en samtale dersom noe er uklart. ”Arbeidsloggen” slettes automatisk etter en time og når operatøren logger seg av systemet etter endt vakt.

5.2 Gjeldende rett

5.2.1 Helseregisterloven

Det følger av helseregisterloven § 3 at loven gjelder for behandling av helseopplysninger i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten for blant annet å bidra til at helse- og omsorgstjenester kan gis på forsvarlig og effektiv måte.

Helseopplysninger er i § 2 definert som taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold eller av betydning for helseforhold, som kan knyttes til en enkeltperson. Behandling av helseopplysninger er definert som enhver formålsbestemt bruk av helseopplysninger, som for eksempel innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter. Opplysninger i et lydopptak/lydlogg vil være helseopplysninger dersom de kan knyttes til en enkeltperson og behandlingen av helseopplysninger i lydopptaket/lydloggen reguleres av helseregisterloven.

Det følger av loven § 5 at behandling av helseopplysninger krever hjemmel i lov. Helseregisterloven § 6 gir hjemmelsgrunnlag for behandlingsrettede helseregistre. Et behandlingsrettet helseregister er i § 2 nr. 7 definert som journal- og informasjonssystem eller annet helseregister som har til formål å gi grunnlag for handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål i forhold til den enkelte pasient og som utføres av helsepersonell, samt administrasjon av slike handlinger.

Enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål. Formålet vil gi rammene for behandlingen av opplysningene, lydopptaket eller lydloggen. Helseopplysninger kan ikke anvendes til formål som er uforenelig med det opprinnelige formålet med innsamlingen. Dette følger av lovens § 11.

Etter helseregisterloven § 27 skal helseopplysninger ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre formålet med behandlingen av helseopplysningene. Hvis ikke helseopplysningene deretter skal oppbevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes.

Rett til informasjon og innsyn

Helseregisterloven § 22 regulerer *den registrertes* rett til innsyn i helseregisteret.

Innsynsretten i pasientjournal som er et behandlingsrettet helseregister, reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven, jf. § 22 første ledd.

Informasjon og innsyn i annet helseregister enn pasientjournal reguleres av helseregisterloven §§ 20 til 25.

5.2.2 Helsepersonelloven

Dokumentasjonsplikt

Helsepersonells dokumentasjonsplikt følger av helsepersonelloven §§ 39 og 40. Den som yter helsehjelp har plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte

pasient. Det følger av loven § 40 at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Pasientopplysninger i lydopptak, inkludert lydlogg, som opptas i helsehjelpsøyemed, er undergitt de samme i reglene om informasjonssikkerhet, taushetsplikt etc. som andre pasientopplysninger, og omfattes av definisjonen av et behandlingsrettet helseregister. Det gjelder selv om lydopptaket eller lydloggen ikke er koblet til pasientens øvrige journalopplysninger.

Helsepersonelloven § 40 tredje gir departementet myndighet til å gi nærmere regler om pasientjournalens innhold, ansvar for journalen, oppbevaring etc. i forskrift.

Sletting av journalopplysninger

Regler om sletting av journalopplysninger er inntatt i helsepersonelloven § 43. Det følger av første ledd at helsepersonell skal slette opplysninger eller utsagn i journalen dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven §§ 9 og 18 og opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den det gjelder eller opplysningene åpenbart ikke er nødvendig for å gi pasienten helsehjelp.

Helsepersonelloven § 43 fjerde ledd gir departementet myndighet til å gi nærmere bestemmelser om sletting etter denne bestemmelsen i forskrift.

Utvexling av journalopplysninger

Helsepersonelloven §§ 25 og 45 regulerer utveksling av helseopplysninger mellom personell i helsehjelpsøyemed, og helsepersonelloven § 31 regulerer utveksling av opplysninger til nødetater (brann og politi.)

Plikt til å gi pasienter innsyn

Helsepersonelloven § 41 regulerer innsynsretten i pasientjournaler. Bestemmelsen fastslår at den som yter helsehjelp skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. I helseinstitusjoner plikter den som har det overordnede ansvaret for journalen å sørge for at innsynsretten oppfylles.

5.2.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 fastslår at pasienten og brukeren har rett til innsyn i journalen sin med bilag og etter særlig forespørsel rett til kopi. Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients eller brukers død, om ikke særlige grunner taler imot det.

Lovens § 5-1 sjette ledd gir departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal. Pårørendes rett til innsyn er nærmere regulert i §§ 3-3 og 3-4.

5.2.4 Spesialisthelsetjenesteloven

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 fastslår at helseinstitusjon som omfattes av loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer, jf. § 3-2 andre ledd. Videre følger det av tredje ledd at Kongen i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og herunder kan oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen .

5.2.5 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 fastslår at kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Bestemmelsen svarer til spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd. Helse- og omsorgstjenesten har imidlertid ikke tilsvarende forskriftshjemler som spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 andre og tredje ledd, jf. ovenfor.

5.2.6 Arkivloven

Formålet med arkivloven er ifølge § 1 ”å tryggja arkiv som har monaleg kulturelt eller forskingsmessig verdi eller som inneheld rettsleg eller viktig forvaltningsmessig dokumentasjon, slik at desse kan verta tekne vare på og gjorde tilgjengelege for ettertida.” Offentlige organer plikter å ha arkiver, jf. arkivlova § 5. I brev av 2. april 2012 skriver Riksarkivaren til Helse- og omsorgsdepartementet:

«...AMK-sentraler som er del av, eller drives av, helseforetak, kommer inn under arkivlovens bestemmelser om offentlige arkiver. Dette innebærer at alle dokumenter som skapes som ledd i sentralenes virksomhet, må håndteres i samsvar med disse reglene i arkivloven med forskrifter.

Arkivlovens definisjon av begrepet dokument, jf arkivloven § 2 bokstav a, er den samme som i offentlighetsloven og forvaltningsloven. Definisjonen er vid og medieuavhengig. Lyd som er festet til et medium er et dokument og er da også et arkivdokument når det blir til som ledd i organets virksomhet, jf arkivloven § 2 bokstav b. (...) En henvendelse til en AMK-sentral resulterer altså i at det skapes et arkivdokument. Vi (...)vil nøye oss med å kommentere om det foreligger en arkiveringsplikt eller ikke. Veiledning om dette må søkes i arkivforskriften §§ 3-18 og 3-19. Det går fram av § 3-18 første ledd at dokumenter som hverken er gjenstand for saksbehandling eller har verdi som dokumentasjon, blir gjort til gjenstand for arkivbegrensning. For slike dokumenter foreligger det altså ingen arkiveringsplikt. Motsatt innebærer dette at alle dokumenter som resulterer i saksbehandling eller ellers har verdi som

dokumentasjon, skal bevares — det foreligger med andre ord en arkiveringsplikt for slike dokumenter.

Det ligger altså et element av skjønn i grensedragningen mellom arkiveringspliktige og ikke arkiveringspliktige dokumenter. Men det kan bemerkes at det ikke skal særlig mye av aktivitet til før det i denne sammenhengen kan kalles saksbehandling. En vurdering som innebærer at man konkluderer med at utrykning ikke er nødvendig, vil for eksempel etter vår oppfatning kunne være saksbehandling.

Tilsvarende lite skal det til før man kan si at innholdet i et dokument har dokumentasjonsverdi i seg selv.

Det faktum at det foreligger en arkiveringsplikt, vil likevel ikke alltid og i alle sammenhenger bety at dokumentet skal tas vare på for all framtid. Det går fram av arkivforskriften § 3-21 første ledd at det skal utarbeides kassasjonsregler for det materialet som det i utgangspunktet gjelder arkiveringsplikt for. Slike regler må enten være hjemlet i arkivloven § 12, dvs, gitt av Kongen, eller fastsatt av Riksarkivaren, jf arkivloven § 9 bokstav c.

Pr. dags dato foreligger det ikke slike særskilte bevarings- og kassasjonsregler for dokumenter ved helseforetakene, herunder AMK-sentralene.»

5.2.7 Offentlighetsloven

Offentlighetsloven gir regler om *allmennhetens innsyn* i offentlige organers dokumenter.

Utgangspunktet er at alle kan kreve innsyn. Som nevnt over anses lydopptak som et dokument i arkivlovens forstand. Arkivlov og offentlighetslov bygger på samme dokumentbegrep, og hovedregelen er at saksdokumenter og postjournaler er åpne for innsyn hvis ikke annet følger av lov eller forskrift med hjemmel i lov. Offentlighetsloven § 10 pålegger offentlige organer å føre journal etter reglene i arkivloven og arkivforskriften. Arkivforskriften § 2-6 pålegger organene å registrere alle inn- og utgående dokumenter som er gjenstand for saksbehandling, i journalen. Organinterne dokumenter registrerer organet i journalen "så langt organet finn det teneleg".

Lydopptak er en usortert og uredigert samling lydopptak som lagres fortløpende. Formålet med oppbevaring av lydopptaket vil dels være dokumentasjon av helsehjelp inntil opplysningene er nedtegnet i journal, dels dokumentasjon for internt kvalitetssikringsarbeid og dels dokumentasjon ved tilsyn mv. Offentlighetsloven unntar opplysninger som er underlagt taushetsplikt fra innsyn, jf. § 13.

Helsepersonelloven § 21 pålegger helsepersonell taushetsplikt om pasientenes legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1, kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 12-1 og helseregisterloven § 12 pålegger taushetsplikt om pasientens fødested, fødselsdato, personnummer mv. og viser i tillegg til offentlig ansattes taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e.

5.2.8 Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus

Forskriften pålegger i § 9 bokstav d) alle AMK-sentraler å ha utstyr for logging av viktig trafikk på alle telefonlinjer. Forskriftens merknader gir utfyllende kommentarer til innholdet i kravet. Her fremgår det at kravet om logging innebærer en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter og at loggingen bør benyttes på alle telefonlinjer og også omfatte radiosamband og eventuelt andre kommunikasjonslinjer.

Det fremgår av merknadene til forskriften at lydopptak skal være et supplement til nødmeldetjenestens skriftlige dokumentasjon og at lydopptaket er å anse som en del av pasientens journal inntil nødvendige pasientopplysninger er skriftlig dokumentert. For legevaktsentraler stiller ikke forskriften samme krav om lydlogg. Etter forskriftens § 10 bokstav c) er det et krav at legevaktsentraler har et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og at de *bør* ha utstyr for logging av viktig trafikk.

5.2.9 Pasientjournalforskriften

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (pasientjournalforskriften) § 8 andre ledd fastslår at arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

Det fremgår av merknadene til bestemmelsen at i tillegg til journalnedtegnelser og annen skriftlig dokumentasjon, kan det foreligge andre typer pasientdokumentasjon, slik som røntgenbilder, fotografier, video- eller lydopptak, modeller av kroppsdelene osv. Videre fremgår at slik dokumentasjon kan inngå i journalen i sin opprinnelige form, eller den nødvendige informasjon som kan utledes fra slike medier kan nedtegnes i journalen. Inntil nedtegnelser eventuelt er gjort på en måte som gjør det forsvarlig å utelate originalmaterialet, er mediene å anse som en del av journalen.

Videre fremgår det at ved bruk av elektronisk journal kan det være aktuelt å skanne inn fotografier mv. eller å benytte digitale bilder. Bestemmelsen omfatter også helsepersonells arbeidsdokumenter, for eksempel kardex. Videre omfattes pasientens egendokumentasjon der dette er aktuelt, for eksempel i form av skriftlig registrering av matinntak, mosjon, symptomer og egenmålt blodsukkernivå.

5.3 Vurderinger og forslag

5.3.1 Viderefører plikt for AMK til lydopptak

Akuttmedisinske oppdrag preges av raske vurderinger basert på informasjon helsepersonellet mottar. Bakgrunnen for kravet om lydopptak er behovet for et verktøy som gjør det mulig å høre samtaler på nytt for å verifisere og kvalitetssikre informasjonen. Korrekt informasjon er avgjørende for en forsvarlig håndtering av akuttmedisinske oppdrag, i form av varsling og videreformidling, koordinering, styring og prioritering av ressurser.

I tillegg til å være et verktøy for håndteringen av akutte oppdrag, er lydopptaket viktig som dokumentasjon av helsehjelp. AMK-personell yter helsehjelp, og dokumentasjon av helsefaglige vurderinger, råd og veiledning er viktig informasjon for den videre behandlingen av pasienten.

Lydopptaket er derfor et verdifullt supplement til den skriftlige dokumentasjonen, bidrar til etterprøvbarehet av tjenesten, og kan ha stor betydning i vurderingen av avvikshendelser, klage- og tilsynssaker.

Lydopptaket har på tilsvarende måte som annen pasientdokumentasjon en viktig funksjon i virksomhetenes kvalitetssikring og kvalitetsforbedringsarbeid. Kravet til forsvarlige tjenester krever fokus på kvalitetssikring og internkontroll av det akuttmedisinske tilbudet. I samhandlingen mellom tjenestenivåer og andre nødetater er lydopptaket blitt et viktig verktøy, både i forbindelse med evaluering og gjennomgang av virksomheten og i opplæring og faglig utvikling av helsepersonell.

Departementet foreslår derfor å videreføre plikten til lydopptak for AMK -sentralene. Departementet foreslår at plikten utvides sammenlignet med det som følger av gjeldende forskrift, ved at plikten også gjøres gjeldende for AMKs samtaletrafikk over radiosamband. Begrunnelsen er at mye kritisk kommunikasjon vil foregå over det nye nødnettet, ikke over telefon som i dag.

Fordi nødvendige og relevante opplysninger om den medisinske behandlingen om pasienten overføres fra lydopptaket til pasientens journal, og lagres på betryggende måte der, finner departementet det naturlig å vurdere en tidsbegrensning for lagringsplikten og lagringsretten av lydopptaket. Slike lydopptak vil ofte inneholde informasjon som går ut over de medisinske forhold og hva som er nødvendig å oppbevare i helsehjelpsøyemed. For å sikre et helhetlig bilde av situasjonen/hendelsen må lydopptaket likevel lagres i sin helhet.

Departementet har kommet til at lydopptaket bør oppbevares i 3 år, regnet fra innspillingstidspunktet.

Departementet har i sin vurdering lagt vekt på at lydopptaket kan røpe personidentifiserbar informasjon om flere personer enn de som er involvert i hendelsen lydopptaket refererer, og at hensynet til personvernet tilsier at lydopptaket ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet med lagringen, inkludert helsehjelp til pasienten og kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av helsetjenesten.

I avvikshendelser og i saker der spørsmål om svikt i den akuttmedisinske kjede kommer opp vil det sjelden gå lang tid fra svikt og skade oppstår til tilsyn kobles inn. Behovet for bruk av lydopptak til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring vil også ha tidsbegrenset aktualitet.

Departementet ser at det i enkelttilfeller kan oppstå behov for å lagre lydopptaket ut over 3 år, det kan gjelde tilfeller der opptakene er brukt i tilsyn, klagesaker eller pasientskade-erstatningssaker. Opptaket vil da være en del av beslutningsgrunnlaget for organet som har fattet et vedtak.

Departementet legger til grunn at lydopptaket etter tre år, forutsatt at den ikke utgjør et beslutningsgrunnlag for et konkret vedtak, jf. avsnittet ovenfor, ikke lenger vil være gjenstand for saksbehandling og heller ikke ha verdi som dokumentasjon.

Departementet foreslår at retten og plikten til å lagre AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak presiseres ved endringer i pasientjournalforskriften § 8 andre ledd.

Departementet foreslår at video- og lydopptak i § 8 andre ledd avgrenses til å gjelde for AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak. Hvorvidt andre video- og lydopptak som gjøres i helse- og omsorgstjenesten omfattes av pasientjournalen og hvor lenge opptaket ev. bør oppbevares må vurderes konkret i lys av formålet med og rettsgrunnlaget for opptaket.

Departementet foreslår at bestemmelsen i § 8 andre ledd som gjelder røntgenbilder utgår fra bestemmelsen. Pasientens røntgenbilder vil være en del av pasientens journal (behandlingsrettet helseregister) selv om nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte i pasientens journal. De samme opplysninger om pasienten kan både finnes i PACS – systemet og EPJ – systemet. Det er ikke nødvendig å slette røntgenbildene fra PACS-systemet selv om nødvendig informasjon fra bildene er nedtegnet på forsvarlig måte i for eksempel EPJ.

Helsepersonells arbeidsdokumenter vil være en del av pasientens journal (behandlingsrettet helseregister) så lenge de oppbevares. Pasientjournalforskriften § 8 andre ledd om arbeidsdokumenter må forstås slik at arbeidsdokumentene kan slettes etter at nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak vil på samme måte være en del av pasientens journal (behandlingsrettet helseregister) så lenge de oppbevares med rettsgrunnlag i helsepersonelloven § 40, jf. § 46 og helseregisterloven § 6. Oppbevaring av AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak ut over dette krever eget hjemmelsgrunnlag.

5.4 Foreslår tilsvarende plikt for legevaktsentraler til lydopptak

Alle AMK-sentraler har utstyr for lydopptak i dag. En kartlegging fra 2009 viste at 38 prosent av de kommunale legevaktssentralene også hadde slikt utstyr.

Legevaktsarbeid er i likhet med arbeidet i AMK ekstraordinært og preges av akutte situasjoner som nødvendiggjør raske vurderinger hvor en i stor grad er alene om å ta avgjørelsene. Departementet vurderer at de samme behovene for dokumentasjon og kvalitetssikring gjør seg gjeldende ved legevaktsentraler som ved AMK-sentraler. Det foreslås derfor at kravet om lydopptak utvides også til å gjelde landets legevaktsentraler, se nærmere under pkt. 4.4.3.2.

5.4.1 Innsynsrett i lydopptak

Lagring av lydopptak fra akuttmedisinske tjenester, inkludert henvendelser til tjenesten, aktualiserer spørsmål om tilgang til og innsyn i de lagrede lydopptakene. Begrunnelsen for oppbevaring av lydopptak er nettopp behovet for tilgang til opplysningene i etterkant. Det er imidlertid spørsmål om hvordan dagens regelverk for innsyn i lydopptak skal forstås.

En generell henvendelse om innsyn i egen pasientjournal bør etter departementets mening ikke automatisk omfatte lydopptak. Relevant og nødvendig informasjon om pasienten vil som oftest være registrert i journalen, på samme måte som informasjon fra andre fagspesifikke systemer. Det er bare når pasienten konkret ber om innsyn i et fagspesifikt system at det gis innsyn i systemet. Departementet mener derfor at innsyn i lydopptak bør kunne begrenses til de tilfeller pasienten særskilt ber om det.

Departementet mener at helseregisterloven og pasient- og brukerrettighetsloven må forstås slik at pasienten i utgangspunktet bare har krav på innsyn i opplysninger i lydopptaket som kan knyttes til pasienten. Formålet med innsynsretten er at pasienten skal få informasjon og innsikt i hva som har skjedd blant annet for å kunne ivareta sine rettigheter. Ønske om innsyn i lydopptak vil ofte være begrunnet i behov for klarhet rundt hendelsesforløp, for å vurdere en eventuell klage eller for å fremme et krav om pasientskadeerstatning.

Det er naturlig å tenke seg at pasienter i de fleste tilfeller ønsker innsyn i form av å høre på lydopptaket. Det vil også kunne tenkes situasjoner hvor pasienten ber om innsyn i form av utskrift av lydopptaket. I mange tilfeller vil det være mer ressurskrevende for virksomheten å utarbeide en utskrift, enn om pasienten får avspilt lydopptaket. Pasienten kan imidlertid ikke nektes utskrift, hvis det er utskrift pasienten ønsker å få.

Om gjennomføring av innsyn

Selv om innsynsrett gir pasienter mulighet til å få informasjon og innsikt i helsehjelpen som er gitt, gir ikke lydopptaket nødvendigvis et fullstendig bilde av hendelsesforløpet. Eksempelvis vil det ofte foregå flere hendelser samtidig som får betydning for AMK-sentralens vurderinger av helseressurser til de enkelte oppdrag.

Departementet mener at helsepersonell derfor fortrinnsvis bør være sammen med pasienten for å supplere lydopptakene i forbindelse med avspilling av lydopptaket, eksempelvis for å forklare ord og uttrykk som er brukt eller for å gi annen utfyllende og relevant informasjon som ikke fremgår av lydopptaket. Det bidrar til at pasienten kan danne seg et riktigst mulig bilde av håndteringen av hendelsen.

Dette er også uttrykt i merknadene til journalforskriftens § 11 hvor det heter; *«Når en pasient ber om innsyn kan det i en del tilfelle være naturlig at helsepersonellet tilbyr seg å gå gjennom journalens innhold sammen med pasienten, men pasienten må kunne avslå et slikt tilbud.»* Departementet mener imidlertid ikke det er nødvendig å presisere i regelverket at avspilling av lydopptaket bør foregå i nærvær av helsepersonell ved virksomheten eller på annen måte virksomheten finner hensiktsmessig.

Det er videre et spørsmål om innsynsretten også gir pasienten rett til kopi av selve lydfilen. Departementet mener pasientens rettigheter i utgangspunktet kan ivaretas tilstrekkelig gjennom utskrift av lydopptaket etter avspillingen. Dersom pasienten spesielt ønsker det bør hun/han også kunne gis kopi av selve lydfilen, hvis det ikke er grunner som taler imot det.

Departementet mener i utgangspunktet at muligheten for uredigert gjengivelse av hendelsesforløpet oppveier de personvernmessige konsekvensene det har å oppbevare denne typen samtaler. Operatørene på AMK er klar over at samtalene blir tatt opp, og som nevnt

tidligere gir lydopptaket trygghet både for operatør og innringer. Departementet mener at AMK er nærmest til å vurdere om lydfilen skal utleveres, eller kun avspilles for pasienten, ev. pårørende. Dersom AMK finner at innsyn skal gis ved avspilling, kan pasienten kreve å få utskrift av lydopptaket.

Innsyn for pårørende/innringere

Pårørendes innsyn reguleres av reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Departementet ser ikke at det er behov for endringer i regelverket.

En person som ringer inn til AMK kan være en utenforstående, det vil vi verken pasient eller pårørende til pasienten. Personopplysningsloven § 18 regulerer innsynsrett i personregistre. Normalt vil innringer ha selvstendig rett til innsyn i et lydopptak av seg selv, jf. Datatilsynets veileder «Lydopptak og personopplysningsloven». Taushetsplikten vil ikke være til hinder for innsyn i disse opptakene, fordi innringer kjenner innholdet i samtalen fra før.

Pasientens innsynsrett vil også omfatte samtaler som omhandler pasienten, men hvor innringer er utenforstående. Dette må vurderes som annet innsyn i journal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. Unntak er gitt hvor slikt innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, jf. andre ledd i samme bestemmelse.

5.4.2 Innsyn for helsepersonell

Helsepersonells tilgang til lydopptak vil være begrenset av reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven. Virksomheten har ansvar for å legge til rette for at tilgang til taushetsbelagte opplysninger gis i samsvar med regelverket. Forbudet om urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger i helsepersonelloven § 21a (snokebestemmelsen) vil gjelde for personell i den akuttmedisinske kjeden. Det er likevel viktig å kunne benytte lydopptak i opplæringsammenheng. I flere andre land har personalet rutine på at de etter en hendelse avspiller lydopptak for læring og kvalitetssikring. Helsepersonelloven § 29 c regulerer bruk av opplysninger i læringsarbeid og kvalitetssikring og § 29 b gir departementet hjemmel til å kunne bestemme at helseopplysninger kan benyttes til blant annet kvalitetssikring. Departementet mener det ikke er nødvendig med særlig regulering av helsepersonells tilgang til lydopptak ut over dette.

5.4.3 Innsyn for offentligheten

En eventuell innsynsbegjæring etter offentlighetsloven må vurderes på ordinær måte etter offentlighetslovens bestemmelser. Deler av lydopptaket vil ofte være unntatt offentlighet da dette er taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven § 21 flg. og forvaltningsloven § 13. Offentlighetsloven § 13 gir hjemmel for å unnta taushetsbelagte opplysninger. Lovavdelingen har i tre avgjørelser (JD LOV-2010-6849, JD LOV 2011-8508, JD LOV-2012-6583) kommet til at lydlogger er interne dokumenter etter offentlighetslovens § 14.

5.4.4 Forholdet til arkivloven

Det følger av arkivloven § 9 at offentlig arkivmateriale kun kan kasseres etter bestemmelsene i arkivloven § 12 eller etter særlig samtykke fra Riksarkivaren. Det betyr at all kassasjon av

arkivmateriale i den offentlige helsetjenesten må ha uttrykkelig hjemmel i arkivloven § 12. Det vises i den forbindelse til pasientjournalforskriften § 14 som viser til bestemmelsene i arkivloven.

I forskrift om utfyllende tekniske og arkivfaglige bestemmelser om behandling av offentlige arkiver, gitt med hjemmel i arkivloven § 12, har Riksarkivaren fastsatt nærmere regler om kassasjon for statlige, fylkeskommunale og kommunale organ. Dette regelverket dekker deler av sakarkivet for statlige organer, men for pasientjournalarkivene i den statlige helsetjenesten er det ikke her gitt regler for kassasjon.

Samme forskrift gir egne regler for arkivbegrensning og kassasjon i kommunale arkiv i forskriftens del V. Utover dette plikter statlige organ etter arkivforskriften § 3-12 å utarbeide kassasjonsregler for arkivpliktige dokumenter i sine fagsaker. Reglene skal godkjennes av Riksarkivaren. Pasientjournalforskriften gir nærmere regler om journalen blant annet krav til innhold, retting, sletting og oppbevaring. For pasientjournaler i offentlig virksomhet vises det til bestemmelsene i arkivloven.

Det kreves samtykke fra Riksarkivaren i hver enkelt sak før kassasjon av dokumenter i pasientjournalarkiv og sakarkiv i den statlige helsetjenesten kan gjennomføres.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

6.1 Vedrørende kommunal legevaktordning

Når det gjelder den kommunale legevaktjenesten, går det frem av Prop. 1 S (2013-2014) at det er avsatt 50 mill. kroner til å styrke kvalitet og kompetanse i legevaktjenesten for 2014. Det er i tillegg videreført 17 mill. kroner fra tidligere år. I 2012 ble det bevilget midler til å dekke ekstra kostnader til bakvakt for enkelte kommuner. Bevilgningen skulle dekke merkostnader som følge av at det skulle stilles krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene uten kvalifisert bakvakt. Hvilke minimumskrav som skulle stilles, skulle beskrives i revidert akuttmedisinforskrift.

Noen av forslagene til forskriftsbestemmelse er beregnet å medføre ekstra kostnader for kommunene. Dette er kompetansekrav til leger som skal ha legevakt alene, uten bakvakt (grunnkompetanse og kurs, jf. forslag til ny § 7 hhv. første og andre ledd), kompetansekrav til annet helsepersonell (kurs, jf. forslag til ny § 8 første ledd) og krav til utstyr for lydopptak i LV-sentral (jf. forslag til ny § 13 e). Kostnader forbundet med etablering og drift av et nasjonalt legevaktnummer dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ordinære budsjettamme.

Den største kostnaden er knyttet til bruk av bakvakt der vaktlegen ikke oppfyller kravene til minimumskompetanse for å ha selvstendig legevakt. Som det går frem foran, er det kun én lege på vakt i rundt 80 prosent av legevaktdistriktene. En undersøkelse fra 2012 viste at rundt 55 prosent av legevaktene dekkes av fastleger, rundt 5 prosent av sykehusleger/godkjente spesialister (som i denne sammenheng forutsettes å tilfredsstille kravet til grunnkompetanse),

rundt 20 prosent dekkes av forskjellige typer vikarer og rundt 20 prosent dekkes av turnusleger.

Blant vikarene er det lagt til grunn at rundt halvparten (dvs. 10 pst av vaktene) ikke oppfyller kravet til grunnkompetanse som forskriften stiller. Når det gjelder turnuslegene, skal disse, i henhold til aktuelt regelverk, arbeide under veiledning og tilsyn, og er derfor ikke kvalifiserte til å ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Det er følgelig rundt 30 prosent av dagens legevakter som dekkes av leger som ikke oppfyller kompetansekravene som foreslås i ny forskrift, og som derfor vil trenge bakvakt. Dette er beregnet å koste rundt 41 mill. kroner (helårsvirkning).

Når det gjelder kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering er det i beregningene tatt høyde for behov for tredagers kurs a 22,5 timer. Det holdes noen kurs i disse temaene i dag (bl.a. i regi av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin), som hver består av 15 timer fordelt over to dager. Kursene har til dels overlappende temaer, og det legges derfor til grunn at kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering til sammen går over tre dager. Emnekurs i akuttmedisin har fra 1.1. 2012 vært obligatorisk som del av spesialistutdanningen i allmennmedisin, og er også et krav i resertifiseringen av spesialiteten. Spesialister i allmennmedisin er derfor holdt utenfor beregningene av kostnader til kurs i akuttmedisin. Det antas at rundt 3 300 annet helsepersonell bør ha kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det er tatt høyde for en kostnad på rundt 32 mill. kroner årlig over fem år til kurs for leger og annet helsepersonell. Det tar tid å bygge opp og gjennomføre et så stort antall kurs, og det foreslås en overgangsordning på fem år. Uavhengig av utforming av enkeltbestemmelser i forskriften, er det behov for å styrke kompetansen i legevakttjenesten både på akuttberedskap generelt og på volds- og overgrepssområdet. Departementet vurderer derfor å be Helsedirektoratet initiere forberedelser til gjennomføring allerede våren 2014. Etter hvert som leger tar kurs, vil bakvaktbehovet, og følgelig årlige kostnader, reduseres.

6.2 Vedrørende ambulansetjenesten

Funksjonskrav knyttet til fartøytype.

Den medisinske utviklingen i helsetjenesten, med funksjonsfordeling og spesialisering, har medført et økende behov for å overføre pasienter mellom behandlingssteder. I dag er det ikke bare luftambulansen som bringer pasienter til et nytt behandlingssted under pågående overvåking og behandling. Etter departementets vurdering bør ambulansetjenesten, uavhengig av type fartøy, ha systemer, utstyr og kompetanse for å gjøre denne type kvalifiserte transporter. Det er heller ikke slik at det bare er ambulanshelikoptre som brukes til å bringe akuttmedisinsk utstyr og særlig kompetent helsepersonell raskt fram til alvorlig syke pasienter, slik det fremgår av dagens forskrift. Departementet mener derfor det vil være mer hensiktsmessig å knytte funksjonskrav til ambulansetjenesten som sådan, og foreslår derfor felles bestemmelser om funksjonskrav.

Forslagene er en tydeliggjøring av dagens praksis og de alminnelige funksjoner de ulike delene av tjenestene har, og vurderes ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Særlig om beredskap for større ulykker og kriser

Det er departementets vurdering at en tydeliggjøring i forskriften er ett av flere virkemidler som vil kunne bidra til å sikre oppmerksomhet på området over tid, og foreslår derfor en egen bestemmelse som stiller krav om at de regionale helseforetakene skal ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene.

De regionale helseforetakene er allerede gjennom oppdragsbrevene for 2012 og 2013 gitt i oppdrag å følge opp helsetjenestens evalueringsrapporter etter alvorlige hendelser. Forskriftsforslaget vurderes slik sett ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Særlig om følgetjeneste for gravide

Den foreslåtte bestemmelsen i høringsnotatet presiserer at de regionale helseforetakenes ansvar for beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide skal sikre at organiseringen av ambulansetjenesten i helseregionen ses i sammenheng med organiseringen av fødselsomsorgen, jordmortjenesten i kommunen og følgetjenesten. Forslaget er en tydeliggjøring av dagens praksis og vurderes ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Særlig om bistand til søk- og redningsaksjoner

Presiseringen i forskriften om at ambulansetjenester også skal kunne tilbys når personer befinner seg utenfor vei der det er vanskelig tilkomst er en forskriftsfesting av vanlig praksis, som også følger av kongelig resolusjon av 1980 om redningstjenesten.

Forslagene er en forskriftsfesting av gjeldende praksis og vurderes ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Om nasjonal samordning

Forslaget om at de regionale helseforetakene skal samordne sine ambulansetjenester slik at de fremstår enhetlig og som en nasjonal tjeneste, vurderes ikke å ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser da eventuelle merkostnader vil kompenseres gjennom større fleksibilitet og forenkling.

Særlig om krav til tilstedevakt

Etter gjeldende forskrift skal ambulanser som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner som enten har et lavt antall akuttoppdrag pr. år, eller hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.

Departementet har vurdert eksisterende regulering hvor unntak kan gjøres dersom ett av kravene er oppfylt. Etter departementets oppfatning er ikke det generelle kravet til forsvarlige tjenester tilstrekkelig ivaretatt dersom bare ett av alternativene er oppfylt. Departementet er derfor av den oppfatning av forskriften bør være tydelig på at begge krav skal være oppfylt for at unntak fra hovedregelen om tilstedevakt kan gjøres. Departementet vurderer at dette ikke vil ha noen administrative eller økonomiske konsekvenser da dette er i tråd med dagens praksis.

Om bemanningskrav for ambulanserbiler

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 ambulansearbeider, 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.

6.3 Vedrørende legevaktsentralene

Oppgradering av lydopptaksutstyr ved LV-sentraler forventes å ha en engangskostnad på rundt 4 mill. kroner.

At legevaktsentraler slås sammen i forbindelse med forberedelser til innføringen av et nasjonalt legevaktnummer, forventes å redusere kostnadene til oppgradering av utstyr til lydopptak noe.

Det er ikke tatt høyde for særskilte kostnader knyttet til krav til svartid i LV-sentral, jf. forslag til ny forskrift § 13 d). Det kan argumenteres at krav til svartid krever en sentralisering/sammenslåing av LV-sentraler og at dette vil ha kostnader. Det pågår imidlertid en utvikling der antallet LV-sentraler gradvis reduseres uavhengig av et slikt krav i forskriften. I arbeidet med å bistå kommunene i forberedelsene til innføring av nødnett og nasjonalt legevaktnummer 116 117, erfarer Helsedirektoratet at mange kommuner ønsker å redusere antallet LV-sentraler. Dette har flere årsaker. Ikke alle kommuner har opprettet ett fast døgnbemannet telefonnummer til LV-sentralen i tråd med gjeldende forskrift. Noen kommuner har mange LV-sentraler med forskjellige telefonnumre, og ofte skyldes dette at LV-sentralen går på omgang mellom flere fastlegekontorer. Mange fastlegekontorer som fungerer som LV-sentral på dagtid, er ikke knyttet til helseradionettet, og oppfyller derfor heller ikke dette kravet i gjeldende forskrift. Slik organisering er ikke hensiktsmessig når det skal innføres et nasjonalt telefonnummer til LV-sentralen som må kunne kobles på et lokalt telefonnummer. Det er også slik at når nødnett etableres, vil alle LV-sentraler bli pålagt å ha et såkalt ”kontrollrom” (avansert datamaskin). ”Kontrollrommet” har en relativt høy kostnad (flere hundre tusen kr). Fordi LV-sentralen i prinsippet kan være en telefonsentral som formidler henvendelser til vaktlegene rundt i legevaktdistriktet, ligger det trolig en stor rasjonaliseringsgevinst i å slå sammen LV-sentraler, særlig i områder av landet med spredt

bosetting. Svartid vil påvirkes av antall LV-sentraloperatører i forhold til befolkningsgrunnlaget. Kostnadene kan derfor tenkes å øke noe i store kommuner, men det forventes ikke økte kostnader i flertallet av kommunene.

Staten vil bære kostnadene til etablering og drift av nasjonalt legevaktnummer 116 117. Kommunene vil få dekket eventuelle merkostnader forbundet med driften, og telefonnummeret vil være gratis å ringe for brukerne. Den totale kostnaden er vurdert til mellom 4 og 5 mill. kroner årlig med en gradvis reduksjon som skyldes billigere telefonkostnader.

6.4 Vedrørende AMK-sentralene

Krav til svartid i AMK sentralene

I henhold til Helsedirektoratets nøkkeltall for 2013 besvares på landsbasis 82 prosent av henvendelsene til AMK innen 10 sekunder, selv om det er regionale forskjeller. Dette vises at kravet om at 90 prosent av henvendelsene skal besvares innen 10 sekunder bør være oppnåelig uten vesentlig behov for økte ressurser. I tillegg vil innføring av nasjonalt legevaktnummer og gjennomføring av forskriftens forslag om at AMK som hovedregel skal sette henvendelser om allmennt medisinske problemstillinger over til legevaktsentral, bidra til å øke effektiviteten i AMK sentralene slik at henvendelser kan besvares raskere. Forslaget om å forskriftsfeste at 90 prosent av henvendelsene besvares innen 10 sekunder anses derfor ikke å ha vesentlige økonomisk/administrative konsekvenser.

Systemer for samordning mellom AMK sentraler

Gjørsv-kommisjonens rapport påpekte at det i liten grad er etablert systemer som kan håndtere bortfall eller for stor belastning av en AMK sentral. Det ble også påpekt at AMK sentralene ikke kunne utnytte hverandres kompetanse og kapasitet, blant annet fordi sentralene ikke kunne se hverandres oppdragsbilder. Forskriftsforslaget presiserer derfor kravene til AMK sentralene om å ha systemer for å håndtere stor belastning, og til å ha etablert systemer og utstyr for å kunne holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen både i og utenfor eget ansvarsområde. Dette er spesielt viktig for luftambulansetjenesten, som ofte beveger seg over helseforetaks- og regionsgrenser. De regionale helseforetakene arbeider nå med å utvikle "flight following" systemer for å håndtere dette. Departementets forslag om at AMK sentralene skal ha etablert løsninger for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde, og at det er etablert løsninger for å ivareta bortfall eller for stor belastning av en AMK sentral, bør etter departementets vurdering kunne håndteres innenfor de regionale helseforetakenes økonomiske rammer.

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.

Mottak av nødmeldinger fra den samiske befolkningen og fra personer med mangelfulle norskkunnskaper

AMK sentralene som betjener kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk, må etter departementets vurdering ha tilgjengelig samisk tolketjeneste. Alle AMK sentraler må kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for aktuelle fremmedspråk.

Kravet om beredskap for tolketjeneste følger av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelse om pasienters rett til tilpasset informasjon, og bør etter departementets vurdering kunne håndteres innenfor de regionale helseforetakenes økonomiske rammer.

6.5 Vedrørende nødnett og funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr

Nødnett

Kostnadene ved anskaffelse og installasjon av utstyr til nødnettsystemet skjer over den sentrale bevilgning på Justis- og beredskapsdepartementets budsjett og over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett når det gjelder helsetjenestens egne innføringskostnader. Forslagene til presisering i forskriften når det gjelder hvilke personellgrupper som skal være tilgjengelige i nødnett innebærer ingen utvidelse og vil derfor ikke medføre nye økonomisk-administrative krav utover det som tidligere er klargjort i forbindelse med Stortingets vedtak om utbygging av et landsomfattende nødnett.

Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr: Forslaget om innarbeiding og forenkling av gjeldende forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr medfører ikke nye kostnader for kommunene og helseforetakene. Forslagene i § 19 d og e om at Helsedirektoratet kan stille krav til drift og vedlikehold av utstyret og til opplæring av personell går ikke ut over det som i dag må vurderes som krav til ordinær forsvarlig drift i gjeldende system og vil derfor ikke medføre nye kostnader og administrative konsekvenser.

6.6 Vedrørende lydopptak

Utvidelse av plikten til lydopptak for AMK-sentraler

Departementet foreslår å utvide plikten til lydopptak i AMK-sentraler til å omfatte sentralenes samtaletrafikk over radiosamband. Forslaget innebærer ingen investeringer i utstyr og vil derfor ikke ha noen økonomiske konsekvenser.

Utvidelse av plikt til lydopptak til å omfatte legevaktsentraler

Krav til utstyr for å kunne ta lydopptak vil innebære at legevaktsentraler som ikke har utstyr til opptak av lyd må anskaffe slikt utstyr. Utstyret har forskjellig omfang og funksjonalitet, prisnivået varierer fra 30 000 til opp mot 100 000 kr for de større og mer avanserte løsningene. De største legevaktsentralene har vanligvis utstyr til opptak av lyd. Kravet vil følgelig få størst konsekvenser for de mindre sentralene, som vil ha investeringsbehov i nedre prisleie. Tiltaket vil etter departementets vurdering omfatte ca. 100 legevaktsentraler med et

kostnadssnitt på kr. 50.000 pr. enhet og ha en samlet kostnadsramme i størrelsesorden 5 mill. kr. Utgifter til drift og vedlikehold vil komme i tillegg.

Forslag om plikt til oppbevaring av lydopptak i tre år

I dag er det ulik praksis blant AMK-sentralene for når lydopptak slettes. Departementet har inntrykk av at de fleste sentraler oppbevarer lydopptakene en viss tid etter innspilling, og at mange sentraler oppbevarer opptakene over flere år. Det er derfor vanskelig å anslå hvilke økonomiske konsekvenser plikten til å oppbevare lydopptakene i tre år vil få. For LV-sentraler som ikke tidligere har hatt utstyr for lydopptak, vil forslaget innebære økt behov for lagringskapasitet. Dette vil som nevnt gjelde for rundt 100 av landets legevaktsentraler som i hovedsak vil være de mindre legevaktsentralene.

For virksomheter som har rutiner for sletting etter tre år eller tidligere, vil forslaget ikke få konsekvenser. For virksomheter som har lydopptak og som ikke sletter den, samt for de som ikke har lydopptak fra før, vil plikten medføre kostnader. Lagrings- og slettekostnader vil også ha sammenheng med lagringsmedium.

Del III

7 Forslag til oppheving av pasientjournalforskriften § 9

Ved lov 14. juni 2013 nr. 39 ble det vedtatt en ny § 45a om epikrise i helsepersonelloven som lyder:

”Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.”

Bestemmelsen trådte i kraft 1. juli 2013.

Forslag til ny § 45a ble fremmet i Prop. 87 L (2012-2013) Endringer i helsepersonellova m.m. (utsending av epikriser og utlevering av teiepliktige opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.). Av proposisjonen fremgår at den nye bestemmelsen i all hovedsak viderefører den regulering av epikriser som følger av pasientjournalforskriften § 9, jf. proposisjonens punkt 3.4. Sammenlignet med pasientjournalforskriften § 9 innebærer imidlertid den nye bestemmelsen i helsepersonelloven enkelte språklige og redigeringsmessige endringer. I tillegg innebærer lovbestemmelsen en tydeliggjøring av når det skal sendes epikrise og til hvem det skal sendes epikrise.

Reguleringen i pasientjournalforskriften § 9 om epikrise er etter dette overflødig og departementet foreslår å oppheve denne.

8 Spesielle merknader til forskriftsutkastet

Til § 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunal legevaktordning består av legevaktsentral, ett fast/nasjonalt legevaktnummer og lege(r) i vaktberedskap. Dette skal ivaretas gjennom hele døgnet. Kommunen kan organisere legevaktordningen på flere måter, men må sørge for at minst én lege er tilgjengelig på legevakt hele døgnet.

Med hele døgnet menes 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. Disse vil da utgjøre et legevaktdistrikt. Hvert legevaktdistrikt skal

være tilknyttet en legevaktsentral (LV-sentral). Den kommunale legevaktordningen har ansvar for å yte akuttmedisinsk hjelp ved så vel somatiske som psykiske og rusrelaterte sykdommer/lidelser (For nærmere omtale av LV-sentral, se kapittel 4.4.).

Kommunenes organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehus. LV-sentralen har ansvar for å håndtere henvendelser og sikre kontakt med lege om nødvendig. Hvis en kommune ikke har åpent eller bemannet legevaktlokale, må LV-sentralen ha tilstrekkelig kapasitet til å håndtere publikums henvendelser på en forsvarlig måte, blant annet ved å orientere om hvor pasienten kan henvende seg.

bokstav a)

Ved henvendelse fra publikum skal lege eller annet helsepersonell i vaktberedskap yte medisinsk hjelp, råd og veiledning.

bokstav b)

Det presiseres at det er henvendelser som ikke kan vente for ordinær behandling hos fastlege i kontortiden som skal behandles. I tilfeller der det vurderes at en henvendelse klart kan vente, vil legevakten kunne gi råd om hvor pasienten bør henvende seg.

Ved behov for videre oppfølging skal legevakten henvise til andre kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten. Andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan blant annet være pasientens fastlege, kommunalt akutt døgntilbud som det tas sikte på at skal tre i kraft fra 1. januar 2016, rusomsorgen, psykisk helsetjeneste og andre kommunale omsorgstjenester.

Fastlegen har ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere i legekantorets åpningstid, jf. forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene § 22. Fastlegene ivaretar en viktig del av det akuttmedisinske arbeidet som skjer på kommunalt nivå. En velorganisert fastlegepraksis med god tilgjengelighet på dagtid, både for ordinær legetime og øyeblikkelig hjelp for listeinnbyggerne, vil kunne avlaste legevakten. Fastlegen har også plikt etter helsepersonelloven § 7 til å yte øyeblikkelig hjelp når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Denne plikten er ikke begrenset til fastlegens egne listeinnbyggere.

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.

I henhold til fastlegeforskriften kan kommunen ved behov stille krav om at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid, og i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelptjeneste i kontortid, herunder å være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

Til § 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

Legevaktmedisin er primært allmennmedisin og bør i hovedsak utøves av kvalifisert allmennlege/fastlege.

første ledd bokstav b)

I medisinerstudiet i Norge inngår seks mnd. veiledet tjeneste, og med atten måneders turnustjeneste utgjør dette totalt to år. Dette innebærer at leger som har studert i Norge og har gjennomført norsk turnustjeneste allerede har gjennomført to år av den tre års veiledete tjenesten. Med tillegg av ett års veiledet tjeneste som fastlege eller allmennlege vil en kunne oppfylle EU-kravet og ha selvstendige vakter.

Leger som per 31. desember 2005 innehadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt, som ved iverksettingen av forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger 1. januar 2006 opprettholdt sin rett til trygderefusjon, vil også oppfylle kravet til grunnkompetanse (jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 11 fjerde ledd).

første ledd bokstav c)

Kommunen som arbeidsgiver må påse at legen har nødvendig erfaring fra legevaktområdet. Norsk turnustjeneste inneholder seks måneders praksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt. Leger som ikke har gjennomført norsk turnustjeneste, må kunne dokumentere tilsvarende kompetanse.

første ledd bokstav d)

Innholdet i den veiledete tjenesten, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav a), omfatter blant annet obligatorisk opplæring i ”utvalgte emner”, jf. forskriften § 5. I henhold 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 som er gjennomført mens legen er under spesialisering, må gjennomført obligatorisk opplæring m.m. være dokumentert av helseforetaket (jf. §§ 6 og 8).

Kommunen som arbeidsgiver må påse at legen har nødvendig erfaring fra legevaktområdet. Norsk turnustjeneste inneholder seks måneders praksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt. Leger som ikke har gjennomført norsk turnustjeneste, må kunne dokumentere tilsvarende kompetanse.

Andre ledd

Legevakt er en beredskapstjeneste og krever spesifikk kompetanse utover generell grunnkompetanse. Lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Lege i vakt som nevnt i første ledd bokstav a) til d) skal ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering. Lege i vakt som nevnt i første ledd bokstav b) til d) skal ha gjennomført emnekurs i akuttmedisin. Spesialist i allmennmedisin utdannet og/eller resertifisert etter 1. januar 2012 har gjennomgått obligatorisk emnekurs i akuttmedisin som del av utdanningen.

Tredje ledd

Leger som tilfredsstillter krav angitt i forskriften § 7 første og andre ledd har kompetanse til å ha selvstendig legevakt uten bakvakt og til å ha bakvakt. For andre leger gjelder følgende: Vakt skal ikke utføres alene, men i samarbeid med lege som oppfyller krav angitt i første og andre ledd. Samarbeidet kan foregå ved at lege som oppfyller kompetansekravene er til stede i aktiv vakt, eller ved at bakvakt kan kontaktes/rykke ut ved behov.

Turnusleger/nyutdannede leger med autorisasjon skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn. Det er ikke tilstrekkelig ut fra forsvarlighetskrav at en bakvakt for turnuslege bare er tilgjengelig på telefon eller helseradio/nødnett. Bakvakt må i disse tilfellene ha en reell plikt til å rykke ut ved behov.

Kommuner kan organisere felles bakvakt for flere legevaktdistrikter, dersom dette er faglig forsvarlig og hensiktsmessig.

Fjerde ledd

På bakgrunn av henvendelse fra kommunen kan fylkesmannen gjøre unntak fra kompetansekrav etter første og andre ledd forutsatt at det ikke vil stride mot Norges internasjonale forpliktelser etter EØS-avtalen. Begrunnelsen for å åpne for unntak er hensynet til rekruttering av leger til små- og utkantkommuner. Det vises til forskrift om veiledet tjeneste for allmennlege § 3 tredje ledd med merknad.

Det åpnes ikke for å gjøre unntak fra krav om kvalifisert bakvakt i kommuner som har fått innvilget unntak fra kompetansekravene i første og andre ledd. Kommunen må, eventuelt i samarbeid med annen kommune, som et minimum sørge for at det er tilgjengelig kvalifisert bakvakt i legevaktsentral som primærvakten kan rådføre seg med. Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 Samarbeid mellom kommuner, som åpner for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Til § 12 Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten

Bokstav a)

Kommunen skal etablere ett 8-sifret telefonnummer med et tilstrekkelig antall telefonlinjer (minimum to) som skal utgjøre basis for funksjonaliteten nasjonalt legevaktnummer, 116 117. Kommunen må ut fra lokale forhold vurdere hvor mange telefonlinjer det er behov for.

Kravet omfatter alle kommuner, også kommuner som i dag har interkommunalt samarbeid om legevakt med felles telefonnummer til LV-sentralen. Hver enkelt kommune må ha ett underliggende, 8-sifret telefonnummer for kobling til 116 117.

Kommunen kan ha et lokalt 8-sifret telefonnummer som supplement til 116 117. Dette gir befolkningen mulighet for å ringe direkte til en bestemt LV-sentral, selv om man er utenfor dennes dekningsområde. Kontakt med én bestemt LV-sentral vil være aktuelt i tilfeller der en person/pårørende ønsker å kontakte legevakten på vegne av barn, eldre og andre som befinner

seg i det aktuelle legevaktdistriktet. Det er en forutsetning at det 8-sifrete nummeret besvares hele døgnet på samme lokalisasjon.

Automatisk ruting til LV-sentral vil kun skje når innringer benytter 116 117 og da til den LV-sentralen som er nærmest innringer. Teknisk sett kan ikke det 8-sifrete nummeret som ligger til grunn for kobling til 116 117 være det samme som benyttes for å komme direkte til en bestemt LV-sentral. Dersom kommunen ønsker å ha et fast, 8-sifret direktenummer til LV-sentralen som supplement til 116 117, må det opprettes et ekstra telefonnummer for dette formål.

Bokstav b)

Kommunen kan drifte LV-sentralen alene eller inngå samarbeid med andre kommuner om felles drift av denne. LV-sentralen skal ha døgkontinuerlig drift, fortrinnsvis på samme lokalisasjon. Samme lokalisasjon/svarsted hele døgnet er en forutsetning dersom kommunen velger å ha et supplerende 8-sifret telefonnummer til LV-sentralen for kommunens egne innbyggere, jf. merknad til § 12 bokstav a).

Bokstav c)

Kommunen skal legge til rette for at LV-sentralen kan håndtere henvendelser hele døgnet via et nasjonalt legevaktnummer.

Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO HF) har driftsansvar for nødnett helse, og vil få driftsansvar for ruting av nasjonalt legevaktnummer. Leveranser av driftstjenester fra HDO til de berørte offentlige aktørene vil kunne løses ved et genuint administrativt samarbeid om de praktiske sidene ved det å tilby en nødmeldetjeneste. Rettspraksis tilsier at anskaffelsesreglene ikke vil komme til anvendelse ved et slikt genuint samarbeid, slik at kommunene vil kunne velge å benytte seg av HDO uten en forutgående anskaffelsesprosess.

Kommunen må sørge for alternativt svarsted (legevaktsentral) med annen kommune, i tilfelle situasjoner der bortfall av evne til å betjene legevaktsentral oppstår.

Til § 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

Bokstav b)

LV-sentralen må kunne sette over til riktig LV-sentral innringere med kjent telefonnummer som blir rutet til feil svarsted/LV-sentral.

Ved øyeblikkelig hjelp-henvendelser skal innringer overføres til den LV-sentralen som betjener det området som innringer befinner seg i. Ved akuttmedisinske situasjoner skal LV-sentralen kunne konferansekobles til AMK, hvor en LV-sentraloperatør deltar i samtalen til AMK-sentraloperatøren tar over.

Bokstav c)

Med hensyn til videreformidling av melding til andre tjenester, vil det i denne sammenheng være tilstrekkelig å få kontakt med personell i disse tjenestene som vil ha ansvar for å følge opp henvendelsen på en forsvarlig måte.

Forslag til forskrift

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)

Fastsatt ved kgl. res. (dato, måned, år) med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §§ 3-1, 3-2 og 11-1, lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) §§ 2-2 og 6-2, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §§ 4, 6 og 46.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 1 Formål

Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.

§ 2 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste.

§ 3 Definisjoner

- a) Med akuttmedisinske tjenester menes i denne forskriften kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og akuttmedisinske tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.
- b) Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold- og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.
- c) Med akuttmedisinsk beredskap menes i denne forskriften planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.
- d) Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.
- e) Med medisinsk nødmeldetjeneste menes i denne forskriften et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og spesialisthelsetjenestens nødnummer (113) inngår.
- f) 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.

- g) Med kommunikasjonsteknisk utstyr menes i denne forskriften teknisk utstyr og programvare som inngår i helse- og omsorgstjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap.
- h) Med utstyr for lydopptak menes et system for opptak, avspilling og lagring av muntlig kommunikasjon over telefon, helseradionett og nødnett.

§ 4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene

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.

De akuttmedisinske tjenestene skal tilrettelegges slik at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

§ 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Kommunene og de regionale helseforetakene kan som del av sin akuttmedisinske beredskap inngå avtale om bistand fra frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.

Kapittel 2 Kommunal legevaktordning

§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, blant annet:

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt til spesialisthelsetjenesten og
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet å rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

Lege som skal ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, må være enten

- a) spesialist i allmennmedisin

- b) allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon § 3 første ledd bokstav a), hvorav minimum ett års erfaring innen allmennmedisin
- c) lege med spesialistgodkjenning i fagene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anesthesiologi, eller
- d) lege i utdanningsstilling som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon § 3 første ledd bokstav a), i fag som nevnt under c).

I tillegg skal lege i vakt etter bokstav a ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering og etter bokstavene b til d ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første og andre ledd. Kompetansekravene i første og andre ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt.

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre unntak fra kompetansekravene i første og andre ledd dersom det ikke er tilgang på leger som tilfredsstillende disse kravene. Slikt unntak kan kun gjøres for leger som tiltrer i et vikariat av inntil to måneders varighet i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt og har gjennomført minst to års veiledet tjeneste. Adgangen til å gjøre unntak gjelder ikke overfor leger som skal ha bakvakt.

§ 8 *Kompetansekrav til annet helsepersonell*

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, jf. § 13 bokstav f, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre unntak fra første ledd dersom det ikke er tilgang på helsepersonell som tilfredsstillende kravene i første ledd.

§ 9 *Krav til utstyr i kommunal legevakt*

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner.

Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart og yte akuttmedisinske tjenester til befolkningen.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§ 10 *De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester*

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter:

- a) å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter
- b) å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåkning, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- c) å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted
- d) å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- e) å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og
- f) å delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.

§ 11 *Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulansbiler- og båter*

Ambulansbiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider og minst én annen skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

Ambulansbiler som utfører oppgaver etter denne forskriften skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varsling.

Ambulansbåter som yter ambulansetjenester skal i tillegg til båtfører være bemannet med minst én person med autorisasjon som ambulansarbeider.

Når ambulansetjenesten skal transportere pasienter som har behov for behandling eller overvåkning mellom ulike behandlingssteder i helsetjenesten, skal ambulansetjenesten i samråd med den som rekvirerer transporten vurdere behovet for ytterligere personell med nødvendig kompetanse ut i fra oppdragets art.

Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste

§ 12 *Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten*

Kommunen har ansvar for:

- a) å etablere ett døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer

- b) å etablere og drifte døgnbemannet legevaktsentral
- c) å legge til rette for sikker drift av nasjonalt legevaktnummer, blant annet å sørge for alternative svarsteder
- d) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen og
- e) å samarbeide med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom legevaktsentralen, den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester.

§ 13 *Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene*

Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal:

- a) motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer
- b) kunne kommunisere direkte og videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentral, eller øyeblikkelig hjelp til annen legevaktsentral
- c) gi medisinskfaglige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser
- d) oppfylle krav til svar slik at systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder, og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter
- e) ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, herunder lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten og
- f) bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

§ 14 *Det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten*

Det regionale helseforetaket har ansvar for:

- a) å etablere og drifte det til en hver tid gjeldende telefonnummer for medisinsk nødhjelp i helseregionen
- b) å etablere og drifte AMK-sentraler
- c) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for AMK-sentraler, helseforetak med akuttfunksjon, ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets akuttmedisinske beredskap
- d) å samarbeide med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktordningen, LV-sentralene, brannvesen, politi, hovedredningssentralene og andre samarbeidspartnere og
- e) å fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen.

§ 15 *Krav til AMK-sentralene*

AMK-sentralene skal:

- a) håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- b) besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder
- c) gi nødvendige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag
- d) umiddelbart iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater
- e) ved behov varsle hovedredningsentralene samt AMK-sentraler som er berørt
- f) varsle den kommunale legevaktsentralen om behov for øyeblikkelig hjelp i kommunen
- g) som hovedregel sette samtalen over til LV sentral på forhåndsdefinerte linjer når henvendelsen gjelder allmennt medisinske problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten
- h) ha utstyr for å koordinere og følge opp ambulanseoppdrag
- i) ha et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde
- j) ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, inkludert lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av egen virksomhet
- k) ha et system for opprinnelsesmarkering
- l) bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør
- m) ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis og
- n) kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

§ 16 *Nærmere om helseforetak med akuttfunksjoner*

Helseforetak med akuttfunksjoner er en del av medisinsk nødmeldetjeneste og skal kunne:

- a) håndtere og koordinere henvendelser om øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i sykehuset
- b) håndtere, kommunisere direkte, videreformidle og konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentraler og legevaktsentraler og
- c) sette personell i akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus i kontakt med personell i sykehus.

§ 17 *Kommunikasjonsberedskap*

Kommunen og regionalt helseforetak skal sørge for at personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4, og kan kommunisere med hverandre og med andre nødetater.

Med personell i akuttmedisinsk beredskap menes personell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved somatiske og psykiatriske sykehus med øyeblikkelig-hjelp-funksjon og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt.

Kapittel 5 Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr

§ 18 Ansvar

De regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene skal sikre og kunne dokumentere at:

- det kommunikasjonstekniske utstyret som inngår i deres kommunikasjonsberedskap
- driften og vedlikeholdet av det kommunikasjonstekniske utstyret og
- organiseringen av og opplæringen i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret til enhver tid tilfredsstillende krav gitt av Helsedirektoratet.

§ 19 Krav til teknisk organisering, kravspesifikasjoner og kommunikasjonsprotokoller/grensesnitt og funksjonsgodkjenning

For å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere på en forsvarlig og sikker måte, i et landsdekkende nett jf. § 17, kan Helsedirektoratet:

- a) stille krav til organisering og bruk av kommunikasjonsteknisk utstyr, blant annet organisatorisk tilrettelegging av alternative sambandsveier, alternativ ruting av kabeltraseer, fysisk sikring av viktige installasjoner, teknisk sikring av viktige databaser og annen organisatorisk tilrettelegging for bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret og eventuell dimensjonering av viktige sambandsveier med sikte på ekstraordinære situasjoner
- b) fastsette kravspesifikasjoner for kommunikasjonsteknisk utstyr i tilfeller der utvikling av nytt utstyr, eller en funksjonstilpasning av standardutstyr som medfører innpassing av nye tjenester, er nødvendig for at utstyret kan brukes i nettet
- c) fastsette kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt som er spesifikke for kommunikasjonsteknisk utstyr i den utstrekning det er nødvendig for å sikre at det kan brukes på en enhetlig måte, blant annet for annet utstyr for prioritert formidling av biosignaler, statusinformasjon, fri tekstoverføring, kartsystemer og annet utstyr for prioritert formidling som er tilknyttet det kommunikasjonstekniske utstyret
- d) stille krav til drift og vedlikehold av utstyr og infrastruktur som er omfattet av forskriften her og
- e) stille nærmere krav til opplæring i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret.

Dersom det foreligger tvil om kommunikasjonsteknisk utstyr er i samsvar med kravspesifikasjon etter bokstav b eller kommunikasjonsprotokoll og grensesnitt etter bokstav c, kan Helsedirektoratet kreve at utstyret skal funksjonsgodkjennes. Helsedirektoratet gir funksjonsgodkjenning og kan fastsette nærmere prosedyrer for slik godkjenning.

§ 20 Dokumentasjon

Helsedirektoratet utgir en oversikt over kravspesifikasjoner m.v. som stilles til kommunikasjonsteknisk utstyr, drift og vedlikehold av dette som inngår i helsetjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap.

Helsedirektoratet kan begrense tilgjengeligheten for deler av kravspesifikasjoner m.v. dersom dette er nødvendig for å sikre korrekt behandling av taushetsbelagt informasjon eller av hensyn til nasjonal sikkerhet og beredskap.

Kapittel 6 Overgangsordninger. Ikrafttredelse

§ 21 Overgangsordninger

Krav til personell etter § 7 andre ledd og § 8 første ledd skal være oppfylt innen fem år fra forskriften trer i kraft.

Krav til bemanning i ambulanserbiler etter § 11 andre ledd skal være oppfylt innen tre år etter at forskriften trer i kraft.

§ 22 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft xx.xx.20xx.

Fra samme tid oppheves forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap.

Forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

§ 8 andre ledd skal lyde:

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

§ 9 oppheves.

§ 14 andre ledd andre punktum skal lyde:

AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak skal oppbevares i tre år etter opptaksdato, og skal deretter slettes forutsatt at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen er nedtegnet på forsvarlig måte i pasientens journal. Lydopptaket kan likevel ikke slettes der opptakene er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyn, klage- eller erstatningssaker, eller utgjør annen del av saksbehandling.

Nåværende forskrift § 14 tredje ledd flyttes til fjerde ledd.

Nåværende forskrift § 14 fjerde ledd flyttes til femte ledd.

