

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

14/5671-21

Bjørn Jamtli

15.07.2014

Høringssvar - Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev datert 28. mai 2014 med forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal.

Helsedirektoratets høringssvar er to-delt. Innledningsvis presenterer vi en oppsummering av våre synspunkter. Deretter følger en nærmere gjennomgang av de ulike bestemmelsene i forskriften med våre kommentarer og våre forslag til endringer i forskriftsforslaget og merknader.

Del 1 - oppsummering

- Helsedirektoratet støtter forslaget til presisering av kommunenes plikt til å tilby legevaktordning, herunder utrykningsplikt, jf. § 6. Vi mener samtidig at forskriftsteksten må tydeliggjøre at minst en lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet.
- Helsedirektoratet støtter forslaget til kompetansekrav til lege i vakt jf. forskriften § 7. Vi støtter også forslaget om kompetanseheving innenfor fagområdene akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Vi mener i tillegg at det er behov for økt kompetanse i forhold til håndtering av pasienter med alvorlig psykiske lidelser og rusmiddel-/overdoseproblematikk.
- Helsedirektoratet vurderer at det bør fremgå av selve forskriftsteksten til § 7 at bakvakten skal kunne rykke ut ved behov.
- Helsedirektoratet foreslår at det inntas en ny bestemmelse om at legevaktordningen og ambulansetjenesten skal samarbeide om pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever dette.
- Helsedirektoratet støtter forslaget om å regulere bruk av såkalte akutthjelpere for å styrke innsatsen for tidlig iverksetting av livreddende førstehjelpstiltak.

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste

Bjørn Jamtli, tf.: 24163394

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Helsedirektoratet foreslår at det inntas en ny bestemmelse om at ambulansetjenesten bør organiseres og lokaliseres slik at utrykningstiden minimaliseres.
- Helsedirektoratet støtter forslaget til skjerping av kompetansekravene til ambulansepersonell, jf. forskriften § 11. Vi mener samtidig at det er behov for å presisere at kompetansekravene er minimumskrav og at virksomhetsledelsen fortløpende må sikre at helsepersonellet har nødvendig kompetanse.
- Helsedirektoratet mener at det er behov for å videreføre krav til at ambulansefly skal være bemannet med kvalifisert sykepleier og at ambulanshelikopter/redningshelikopter skal være bemannet med kvalifisert lege og redningsmann.
- Helsedirektoratet mener at det bør stilles krav om at operatører i legevakt-sentraler skal være sykepleier som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.
- Helsedirektoratet mener at det bør stilles krav om at operatører i AMK-sentraler skal være sykepleier eller ambulansearbeider som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.
- Helsedirektoratet foreslår at det inntas en ny bestemmelse om virksomhetsrapportering fra virksomheter i den akuttmedisinske kjeden. Vi mener at dette er viktig for pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling.
- Helsedirektoratet støtter at plikten til å ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk ved AMK-sentraler videreføres, at den utvides til også å omfatte radio-kommunikasjon, og at en slik plikt også innføres for legevaktsentralene. Samtidig har vi kommentarer til departementets forslag til endringer i journalforskriften.
- I tråd med departementets vurderinger planlegger Helsedirektoratet å utarbeide nasjonale veiledere/faglige retningslinjer med nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte deler av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Del 2 - kommentarer til de ulike bestemmelsene

Innledning

Helsedirektoratet vurderer at det er viktig at departementet fastsetter nye krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, jf. foreliggende utkast til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal. Dette er bl.a. viktig for å iverksette nytt nasjonalt nødnummer til legevakt 116117. Vi vil samtidig bemerke at det for tiden pågår flere omfattende utredningsprosesser som kan få innvirkning på akuttområdet. Dette gjelder blant annet akuttutvalgets innstilling, ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten og Nasjonal helse og sykehusplan.

Forslaget til ny akuttmedisinforskrift har detaljerte regler på noen områder og mindre spesifikke regler på andre områder. Denne asymmetrien blir særlig tydelig når det gjelder kompetansekravene til helsepersonell som tjenestegjør i de ulike akuttmedisinske tjenestene. På den ene siden stilles det spesifikke kompetansekrav til leger i vakt i kommunene, mens gjeldende kompetansekrav til helsepersonell i luftambulansetjenesten foreslås opphevet. Asymmetrien begrunnes dels med behovet for et økt fokus på de tjenesteområdene som nå løftes frem og dels med at dette kan bli – eller allerede er, ivaretatt gjennom faglige standarder, nasjonale retningslinjer osv.

Opprinnelig var kravene i akuttmedisinforskriften ment å kompensere for manglende krav fra fagmiljøene. Det er derfor et argument for å avvikle forskriftskravene at fagmiljøene etter hvert utvikler egne faglige standarder. Helsedirektoratet mener at flere momenter likevel taler mot en slik tilnærming. Akuttmedisinforskriften gjelder for hele den akuttmedisinske kjeden. Detaljerte krav for ett område og fravær av krav på et annet område gir et misvisende inntrykk. Hvis man opphever krav kan det gi inntrykk av en oppmyking, selv om det ikke er hensikten. Man kan ikke forvente at alle som skal forholde seg til forskriften kjenner historikken, og forstår hvorfor det er krav til noen deler kjeden og ikke til andre. Det kan igjen føre til at standarder som i sin tid ble utviklet med utgangspunkt i forskriftskrav, blir tillagt mindre vekt. Vi mener derfor at grunnleggende krav må være forankret i forskriften, så lenge man har en forskrift som stiller denne typen krav. Disse kravene vil være utgangspunkt for fagmiljøenes og Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standarder og nasjonale veiledere/faglige retningslinjer.

I tillegg til å definere akutte psykiske lidelser og rusmiddelproblemer som akuttmedisin og derved tydeliggjøre at dette fagområdet omfattes av akuttmedisinforskriften, mener vi at det er behov for en konkretisering av hvordan det akuttmedisinske behandlingstilbudet for disse pasientgruppene i praksis kan styrkes. Vi viser til våre kommentarer til de enkelte bestemmelsene nedenfor.

Bemerkninger til de enkelte paragrafene

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§1 Formål

I gjeldende formålsbestemmelse er samarbeid med brann, politi og hovedredningsentralene uttrykkelig nevnt. Dette er ikke videreført i forslaget til ny formålsbestemmelse.

I lys av flere større hendelser de senere år med behov for samarbeid og samhandling mellom helsetjenesten og øvrige nødetater, anser Helsedirektoratet at den tidligere formålsbestemmelsen om samarbeid med brann, politi og hovedredningsentralene bør videreføres.

§2 Virkeområde.

Ingen kommentarer

§ 3 Definisjoner

Helsedirektoratet har gjennomgått forskriftsforslaget med tanke på enhetlig begrepsbruk og forenkling av språk, og har kommentarer og forslag til endringer i denne bestemmelsen. Disse endringene vil medføre at også andre bestemmelser eventuelt må endres. For å gjøre vårt høringssvar mer leservennlig har vi valgt å samle kommentarene/forslagene vedrørende begrepsbruk i eget vedlegg til høringssvaret – se: *Vedlegg 1 – Helsedirektoratets innspill til blant annet § 3 Definisjoner.*

Av samme grunn er forslagene vedrørende begrepsbruk heller ikke innarbeidet i våre forslag her i hoveddokumentet. I hoveddokumentet tar vi utgangspunkt i forskriftsforslaget slik departementet har utformet det.

§ 4 Samhandling og samarbeide mellom de akuttmedisinske tjenestene.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 benyttes begrepet «*samhandling*» mellom de ulike deltjenestene innad i kommunen, og «*samarbeid*» i forhold til fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat. Dersom denne systematikken skal følges opp bør «*samhandling*» i utkastet til § 4 annet ledd endres til «*samarbeid*».

For øvrig har vi følgende kommentarer og forslag til endringer/tilføyelser:

Bestemmelsen regulerer både samarbeid og samhandling mellom akuttmedisinske tjenester, men omhandler også samarbeid og samvirke med øvrige nødetater, hovedredningsentralene og andre myndigheter. Vi foreslår derfor at bestemmelsens overskrift endres til:

§ 4 Samhandling og samarbeid.

Til § 4 første ledd vil vi bemerke at akuttmedisinsk beredskap ivaretas av et stort antall aktører med forskjellige oppgaver og organisatorisk tilhørighet. For å sikre at alle tjenestene samhandler operativt, er det viktig å avklare ansvarsforholdene både mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og mellom disse og øvrige nødetater som politi og brannvesen. Vi mener dessuten at det er viktig å etablere

gjensidig forpliktene samarbeidsfora mellom de ulike aktørene. Vi foreslår derfor at det bør inntas en merknad til § 4 første ledd med følgende ordlyd:

Ansvarsforhold både mellom ulike aktører i den akuttmedisinske kjeden og mellom disse og øvrige nødetater må avklares. For å sikre nødvendig operativ samhandling og samvirke bør det etableres gjensidig forpliktene samarbeidsfora mellom de ulike aktørene.

For å sikre forsvarlig pasientbehandling og god ressursutnyttelse anser vi det som viktig å sikre et tett og godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevaktordningen. Dette gjelder særlig ved håndtering av pasienter med uavklarte akuttmedisinske tilstander. Mangelfull involvering av lege vil kunne resultere i unødvendige innleggelses i sykehus. Den pågående etableringen kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil etter vår oppfatning også øke behovet for tett samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevaktordningen.

Helsedirektoratet er kjent med at samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevaktordningene fungerer ulikt. På tross av at det i helsepersonelloven § 4 annet ledd er oppstilt krav til at helsepersonell skal samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell når pasientens tilstand krever det, mener vi at det er behov for å konkretisere og presisere behov for samarbeid i forslaget til akuttmedisinforskrift. Vi foreslår derfor at det inntas et nytt annet ledd i § 4 med følgende ordlyd:

«Legevaktordningen og ambulansetjeneste skal samarbeide om håndtering av pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever dette».

Til samme bestemmelse foreslås en merknad med følgende ordlyd:

I tråd med kravet til forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven § 4 forventes det at ambulanspersonell aktivt innhenter bistand fra lege i vakt når pasientens tilstand krever det. Tilsvarende at lege i vakt prioriterer å besvare henvendelser fra ambulanspersonell og gi medisinskfaglige råd.

Til forslaget § 4 annet ledd vil vi bemerke at bestemmelsens ordlyd i liten grad plasserer ansvaret for at personellet får nødvendig opplæring og trening. I tråd med internkontrollforskriften § 4 bokstav c anser vi at dette er virksomhetsledelsens ansvar. Vi mener også at det bør presiseres at personell må trene på samhandling med andre nødetater. Eksempelvis vil dette være avgjørende for operasjonalisering av *Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)*. Vi foreslår derfor en omformulering av nåværende § 4 annet ledd:

Virksomhetsledelsen har ansvar for å sikre at personellet får nødvendig opplæring og trening i egne arbeidsoppgaver, og regelmessig trening og øvelse i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater.

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

Helsedirektoratet støtter forslaget om å regulere bruk av såkalte akutthjelpere (tidligere «first responder») for å styrke innsatsen for tidlig iverksetting av livreddende første-hjelpstiltak ved livstruende akuttmedisinske tilstander som f.eks. hjertestans. Denne

typen ordninger er særlig aktuelt i områder av landet hvor det til tider av døgnet kan være lang avstand til lege/ambulanse,

Erfaringer fra Danmark med «112-Akuthjælper, Borger hjælper Borger» tilsier at man også har gode erfaringer med å rekruttere privatpersoner til å fungere som akutt-hjelpere. Vi anser det derfor ikke som hensiktsmessig at man i forskriften innskrenker ordningen til å omfatte personell fra frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen. Vi foreslår derfor at ordlyden i § forslag til 5 første setning endres til:

«Kommunene og de regionale helseforetakene kan som del av sin akuttmedisinske beredskap inngå avtale om bistand fra akuttgjelpere som er gitt opplæring i å yte livreddende førstehjelp»

Helsedirektoratet mener at det i bestemmelsens andre setning bør presiseres at akuttgjelpere bare skal benyttes som ressurs inntil legevaktslege, ambulanse eller annet kvalifisert helsepersonell ankommer pasienten og kan yte profesjonell akuttmedisinsk hjelp. Ordningen skal med andre ord ikke være et alternativ, men et supplement til profesjonell helsehjelp. Vi mener derfor at bestemmelsens andre setning bør endres til å lyde:

Slik bistand skal komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk helsehjelp.

Basert på de erfaringer man så langt har nasjonalt med etablering av akuttgjelperordninger anser Helsedirektoratet det som viktig at RHF/helseforetak og kommuner avklarer seg imellom hvordan slike ordninger skal organiseres og finansieres. Vi mener i utgangspunktet at dette bør kunne ivaretas gjennom utforming av tjenesteaftaler jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt 11. Vi foreslår derfor at det inntas en merknad til bestemmelsen som lyder:

Hvordan ordningen med akuttgjelpere skal organiseres og finansieres bør ivaretas gjennom utforming av tjenesteaftaler mellom kommuner og regionale helseforetak jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt 11.

Basert på de samme erfaringer mener vi også at det er nødvendig å regulere det faglige innholdet i tjenesten, herunder krav til opplæring og kontroll med utøvelsen av akuttgjelperfunksjonen. Helsedirektoratet legger til grunn at personell som inngår i helse- og omsorgstjenestens planlagte akuttberedskap er å anse som helsepersonell når de yter helsehjelp og således omfattes av bestemmelsene i helsepersonelloven, bl.a. krav til taushetsplikt. Vi mener at en konkretisering av de generelle reglene som vil gjelde for RHF/HF/kommuners bruk av akuttgjelpere i beredskap, og nærmere krav til opplæring og oppfølging av akuttgjelperne bør ivaretas gjennom en nasjonal veileder/faglige retningslinjer. Vi foreslår derfor at det i forskriften inntas et nytt ledd med følgende ordlyd:

«Helsedirektoratet gir nærmere retningslinjer om krav til akuttgjelpere som skal yte livreddende førstehjelp»

Kapittel 2 Kommunal legevaktordning

§ 6 Kommunenes ansvar for kommunal legevaktordning

Helsedirektoratet støtter forslaget til presisering av kommunenes plikt til å tilby legevaktordning hele døgnet herunder utrykningsplikt, jf. forslaget § 6 bokstav c.

Mange kommuner har på dagtid organisert sin legevakt gjennom fastleger, ved at disse tar ansvar for øyeblikkelig hjelp i forhold til sine egne listepasienter i vanlig kontortid. Kommunene har ikke alltid definert hvilke leger som har «legevakt-ansvaret» i kommunen eller interkommunal legevaktordning, med tanke på de som tilfeldig oppholder seg i kommunen. I andre kommuner er det organisert legevakt med definerte fastleger, som har legevaktsoppgaven på dagtid, eller ved egen legevaktstasjon med legevaktslege. Situasjonen er ulik i kommunene, og Helsedirektoratet mener at vaktansvaret må tydeliggjøres. Vi viser her til forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 bokstav f, som oppstiller krav til at virksomhetsledelsen skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Videre vises det til helsepersonelloven § 16 – første ledd, som fastslår at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Til sist til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. § 3, som oppstiller krav om at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for å skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstra-ordinære belastninger for virksomheten.

Helsedirektoratet legger til grunn at kommunenes ansvar for å organisere legevakt innebærer at de må etablere ordninger som sikrer at alle pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og som ikke har tilgang til fastlege får nødvendig legehjelp, uavhengig av tid på døgnet. Dette innebærer at kommunen må vurdere behov for antall leger tilgjengelig for legevakt til ulike tider av døgnet, og at man sikrer at antall vaktleger og evt. bakvaktleger også er tilpasset kjente variasjoner som f.eks. befolkningsgrunnet i turistkommuner.

Basert på diskusjonen over, mener vi at forskriftsteksten må tydeliggjøre at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Vi foreslår derfor at § 6 første ledd får følgende ordlyd:

«Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal bla.:»

Helsedirektoratet støtter også forslaget til merknader til § 6. Vi har imidlertid to endringsforslag for å tydeliggjøre merknadene til bestemmelsen:

Merknad § 6 generell del – tredje avsnitt

Med hensyn til bruk av begrep, mener vi at man bør bruke «legevaktstasjon» om legevaktens lokaler, da dette begrepet søkes innført som et tydelig og ensartet nasjonalt begrep om det fysiske oppmøtestedet for pasienter som søker hjelp ved legevaktordningen. Ensartet begrepsforståelse blir meget viktig med tanke på

innhenting av registreringer fra tjenesten og presis statistikk. Vi foreslår da denne endringen i Merknad § 6 generell del – tredje avsnitt – 3.setning:

«Hvis en kommune ikke har åpen eller bemannet legevaktstasjon, må LV-sentralen ha»

Merknad til § 6 bokstav b

Legevaktslegene har en svært viktig funksjon i forhold til å vurdere behovet for helsehjelp hos pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og vi mener at deres rolle på dette området bør presiseres. På denne bakgrunn foreslår vi et nytt tillegg til eksisterende merknader til bokstav b)

«Å diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander inkluderer også akutte psykiske- og rusrelaterte kriser.»

§ 7 Kompetansekrav til leger i vakt mv

§ 7 første ledd

Helsedirektoratet støtter forslaget til kompetansekrav til leger som går i vakt, jf. forslaget § 7 første ledd.

§ 7 annet ledd

Vi støtter også forslaget om kompetanseheving innen fagområdene akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering jf. annet ledd. Med utgangspunkt i foreslåtte kompetansekrav anser Helsedirektoratet at den medisinsk- faglige kompetansen i legevaktordningen er ivaretatt på en god måte. Vi vil imidlertid bemerke følgende:

Departementet har etter stortingsmeldingen om «Vold i nære relasjoner» fra mars 2013 ønsket å få inn krav om kurs i volds- og overgrepshåndtering og dette gjenspeiles i forslagets annet ledd. Det henvises til det obligatoriske kurset i akuttmedisin som spesialister i allmenntilleggsmedisin må ha både for å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin og for å fornye spesialiteten hvert femte år, men uten at det verken i høringsnotatet eller merknader er gjort gjeldende at et slikt kurs bør gjentas for alle de forpliktete.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at dette kurset bør gjentas på minimum samme nivå som for spesialiteten i allmenntilleggsmedisin – dvs. hvert femte år. Det vil etter vår vurdering være en god løsning å la alle i turnuslegestillinger gjennomgå dette kurset så tidlig som mulig i turnustjenesten for å stille best mulig rustet til legevaktstjeneste.

Kurset i akuttmedisin må primært gjennomføres før legen starter med legevaktsarbeid, under enhver omstendighet innen kort tid etter oppstart med legevaktfunksjon. Tilsvarende gjelder for kursene i volds- og overgrepshåndtering.

Det er viktig at legevaktsleger har nødvendig kompetanse og ferdigheter til å gjøre faglig forsvarlige innleggelsesvurderinger i akutte situasjoner (psykosesymptomer-, selvmords- og voldsrisiko), samt håndtering rusrelaterte akutte kriser og overdoseproblematikk.

Med tanke på legevaktens funksjon og samhandling med øvrig helsepersonell og helsevirksomheter, vil det imidlertid også være behov for kompetanse på andre områder som f.eks. systemforståelse for akuttmedisinske ressurser i eget legevaktområde, herunder kunnskap om AMK- og legevaktsentralenes rutiner, lokale og regionale ambulanseressurser (både bil, båt, helikopter og fly), samt øvrige helsetjenesteressurser, kunnskap og øvelse i skadesteds- og katastrofearbeid mv.

Vi foreslår at dette ivaretas gjennom følgende tillegg til merknadene til § 7 – andre ledd:

Lege i vakt skal gjennomføre resertifisering hvert 5. år med emnekurs innen akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering. Lege i vakt må nødvendig kompetanse og ferdigheter til å gjøre faglig forsvarlige innleggelsesvurderinger i akutte situasjoner (psykosesymptomer-, selvmords- og voldsrisiko), samt håndtering rusrelaterte akutte kriser og overdoseproblematikk.

Lege i vakt skal også ha nødvendig kompetanse til å kunne samarbeide og samhandle med øvrige akuttmedisinske ressurser, samt ivareta egen funksjon ved større hendelser.

§ 7 tredje ledd

Av forslag til § 7 tredje ledd fremgår det at kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første og annet ledd. I merknadene til bestemmelsen er det presisert at det ikke er tilstrekkelig at bakvakt for turnuslege bare er tilgjengelig på telefon eller helseradio/nødnett, men at denne også skal ha en «*reell plikt til å rykke ut ved behov*».

Helsedirektoratet er av den oppfatning at det i selve forskriftsteksten hadde vært ønskelig at det fremgikk at kommunene pliktet å etablere bakvaksordninger for lege i vakt generelt. Bakgrunnen for dette er en vurdering om at det både kan være behov for faglig støtte til primærvakten og at det skal være en reell mulighet for legeutrykning enten av primærvakt eller bakvakt – avhengig av organisering og geografi. Denne vurderingen er i tråd med NKLMs forslag til handlingsplan for legevakt hvor det fremgår at to leger på vakt er nødvendig for å dekke opp for både bakvakter og andre vaktordninger i kommunene (jf kommunale øyeblikkelig hjelp døgn-institusjoner).

Vi ser at dette per i dag vil være krevende i forhold til ressursituasjonen i mange kommuner, men vurderer at dette kan la seg løse gjennom et nærmere samarbeid mellom legevaktsdistriktene, jf. merknadene til § 7 tredje ledd siste avsnitt. Vi mener imidlertid at formuleringene i merknadene om at «*bakvakten skal kunne rykke ut ved behov*», må komme til uttrykk i selve forskriftsteksten for å ha en reell betydning og virkning. Det vurderes slik at dette må gjelde ved utrykning til legevaktstasjon, men også ved akutte situasjoner der kommunen planlegger for at også bakvakt kan være uttrykkende lege, når dette er mest hensiktsmessig ut fra responstid og/eller kompetanse. Vi foreslår derfor følgende

Forslag til nytt tredje ledd siste setning:

«Bakvaktlege skal også kunne rykke ut ved behov.»

Forslag til endret merknadstekst til § 7 tredje ledd annet avsnitt.

«Bakvaktlege må i disse tilfellene ha en reell plikt til å rykke ut ved behov, eller der det er hensiktsmessig, kompensere utrykning ved bruk av telemedisinske løsninger».

§ 7, fjerde ledd

Når det gjelder § 7 første ledd punkt b) og tilsvarende om unntak i fjerde ledd, har vi følgende kommentar:

Endringene som er gjort i forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennleger med rett til trygderefusjon, har åpnet opp for at leger kan ha mindre enn to års veiledet tjeneste for å kunne tiltre et vikariat på inntil to måneders varighet.

Dette medfører etter Helsedirektorat sin vurdering at kravet til legevaktlege med minimum 2 års veiledet tjeneste er strengere enn minimumskravet til å fungere som allmennlege. Vi mener også at dette er riktig som et faglig krav, da erfaringer fra Statens Helsetilsyn viser at legevaktområde pådrar seg langt flere klager enn fastlegeordningen. Det er imidlertid viktig at kommunen er klar over at det stilles strengere krav til legevaktleger enn allmennleger, slik at de ikke risikerer å engasjere allmennlegevikarer som da evt. ikke dekker minimumskrav til legevakts-legefunksjon.

Felles for tredje og fjerde ledd:

Kompetansekravene til bakvakt inkluderer ulike spesialister. En av disse gruppene vil være spesialister i allmennmedisin. Dette er en legeggruppe som har god kompetanse på legevaktmedisin. Som den eneste spesialistordningen krever allmennmedisin resertifisering på en rekke områder hvert 5. år.

Med hensyn til bakvaktkompetanse er Helsedirektoratet kjent med at en del allmennleger ikke gjennomfører nødvendige kurs for å opprettholde sin spesialistgodkjenning etter flere år i fagfeltet. Dette vil da i realiteten ekskludere disse legene fra å ha bakvakt i et fagfelt hvor de har god kompetanse.

Helsedirektoratet vurderer at erfarne seniorleger (tidligere spesialister i allmennmedisin) som har gjennomført resertifisering minst tre ganger, bør kunne fungere som bakvakt i legevakt selv om de ikke har gjennomført resertifisering i siste periode. Kravet til resertifisering innen akuttmedisin står likevel fast. Vi foreslår derfor en endring i bestemmelsens ordlyd.

Forslag til nytt tillegg til § 7 fjerde ledd siste setning:

«Dette gjelder ikke bakvakt som er tidligere spesialist i allmennmedisin og som har gjennomført resertifisering tre ganger. Det er likevel krav til gjennomført obligatorisk emnekurs innen akuttmedisin siste 5 år.»

Helsedirektoratet foreslår følgende til merknader til § 7 fjerde ledd:

«Det åpnes i utgangspunktet 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 legevaktordningen som primærvakten kan rådføre seg med.

Unntak kan gjøres av Fylkesmannen for tidligere spesialist i allmennmedisin som har gjennomført resertifisering tre ganger og som fremdeles jobber som fastlege eller legevaktslege. Unntaksbestemmelsen er ment å kunne gjøre unntak fra unntaket om bakvakt i § 7 fjerde ledd siste setning, ved at Fylkesmannen har en mulighet til å innlemme og ikke ekskludere erfarne seniorleger til å kunne være bakvakt. Tidligere spesialister i allmennmedisin som har gjennomført resertifisering tre ganger, kan fungere som bakvakt i legevakt selv om vedkommende ikke har gjennomført resertifisering siste periode. Imidlertid stilles det krav til at legen må ha gjennomført resertifisering innen obligatorisk emnekurs i akuttmedisin i løpet av de siste 5 år.

Det vises for øvrig 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.»

§ 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Helsedirektoratet støtter departementets vurdering av behovet for kompetanseheving innen akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for annet helsepersonell i legevakt, herunder for operatører ved legevaktsentraler.

§ 9 Krav til utstyr i kommunal legevakt

Helsedirektoratet forstår bestemmelsen slik at lege i vakt skal ha tilgang til nødvendig utstyr for håndtering av akuttmedisinske problemstillinger. Dette innebærer også mulighet for elektronisk pasientovervåkning i tråd med moderne akuttmedisinske prinsipper. Nødvendig akuttmedisinsk utstyr skal kunne brukes i legevaktstasjon og ved utrykning.

§ 9 annet ledd sier at kommunen skal sørge for at legevaktordningen er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt ved behov kan rykke ut umiddelbart og yte akuttmedisinske tjenester til befolkningen.

Slik bestemmelsen er formulert kan det fremstå som om det er tilstrekkelig at annet helsepersonell som f.eks. akuttgjelder eller hjemmesykepleier, og ikke lege, kan rykke ut. Helsedirektoratet vurderer derfor at det er behov for en presisering av at både lege i vakt jf. § 6 bokstav c, og annet helsepersonell skal kunne rykke ut. Vi foreslår derfor at ny ordlyd i § 9 annet ledd:

«Kommunen skal sørge for at legevaktordningen er organisert og utstyrt slik at lege og/eller eventuelt annet helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart og yte akuttmedisinske tjenester til befolkningen»

For å kunne ivareta utrykningsplikten jf. § 6 bokstav c) og § 9 annet ledd er det avgjørende at legevakten er utstyrt på en slik måte at dette er gjennomførbart. Bl.a. må det sikres at lege og eventuelt annet helsepersonell har nødvendig mobilt medisinsk utstyr, egnet bekledning osv. Med hensyn til bekledning vises det til Nasjonalt

kompetansesenter for legevaktmedisin og Norsk legevaktforums forslag til nasjonal legevaktuniform. Erfaringer tilsier at riktig bekledning og uniformering verner personellet og gir enklere tilgang til hendelsessted i ulike situasjoner. Uniform gir også helsepersonell nødvendig legitimitet og autoritet når behovet oppstår. Legevaktlege/ legevaktpersonell blir også synlig som en del av innsatsteamet. Vi viser i den sammenheng også til arbeidsmiljølovens regler om verneutstyr, og kravet til nødvendig vernebekledning jf. forskrift om krav til beredskapsplanlegging § 7.

Personellet må også ha tilgjengelig transportmiddel for å kunne rykke ut. Helse- direktoratet er kjent med at det er ulike oppfatninger om hvorvidt legevakten rutine- messig skal kunne benytte ambulanse som transportmiddel ved utrykning. Vår vurdering er at kommunene må etablere selvstendige transportordninger som ikke er avhengige av ambulansetjenesten. Dette er bl.a. viktig ut fra beredskapshensyn. Vi foreslår derfor at det tas inn en merknad til § 9 annet ledd som lyder:

Kommunen må sikre at lege og eventuelt annet helsepersonell har nødvendig utstyr, herunder ensartet vernebekledning for utrykning, for å kunne rykke ut og yte helsehjelp utenfor legevaktstasjon. Videre må kommunen etablere transport- ordninger som muliggjør hurtig utrykning for lege, uavhengig av ambulanse- tjenesten. Det skal imidlertid ikke hindre felles utrykning når dette er formåls- tjenlig for håndtering av hendelsen.

Helsedirektoratet foreslår at utdypende krav til organisering og utstyr i legevakt beskrives i egen nasjonal veileder/nasjonale faglige retningslinjer for lege- vaktordningen.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

Helsedirektoratet støtter forslaget til presisering av de regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester, jf. § 10, men mener det er behov for enkelte tilføyelser og presiseringer:

I gjeldende forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, heter det i merknadene til § 17 femte ledd at «*Ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres*».

Prehospital responstid dvs. tiden fra publikum kontakter medisinsk nødmeldetjeneste til aktuelle helseressurser er fremme hos pasienten har betydning for utfallet ved tidskritiske sykdoms- og skadetilstander. I NOU 1998:9 *Hvis det haster* ble det foreslått 90 prosent av akutte hendelsene skal nåes av ambulanse innen 12 minutter i tettbygde områder og 25 minutter i grisgrendte områder. Nylig publiserte data fra Norsk pasient- register (NPR) viser at vi enda har en vei å gå for at disse responstidsanbefalingene er oppfylt.

Å forskriftsfeste nasjonale krav til prehospital responstid er komplisert. Som det fremgår av våre kommentarer til § 15 støtter vi forslaget til krav om AMK-svartid, bl.a. ut fra en vurdering av at dette kan bidra til redusert prehospital responstid. Ambulanseresponstid, dvs tiden fra utkalling av ambulanse til denne er fremme hos

pasienten, utgjør en vesentlig del av den totale responstiden. Lokalisering av ambulanser utgjør sammen med tilgjengelige ambulanseressurser de viktigste variablene i forhold til ambulanseresponstid. Den senere tids tendens til sentralisering av ambulanser/større ambulansestasjoner og samtidig økninger i antallet ambulanseoppdrag kan påvirke ambulanseresponstiden negativt.

Vi vurderer det derfor som viktig at ambulansetjenesten lokaliseres og organiseres på en slik måte at utrykningstiden minimaliseres. Dette kan etter vår vurdering ivaretas gjennom at det under § 10 inntas en ny bestemmelse med følgende ordlyd:

g) Ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at utrykningstiden minimaliseres.

Til samme bestemmelse foreslår vi å innta følgende merknad:

Ved planlegging og organisering av ambulansetjenester bør hensynet til å begrense utrykningstiden frem til pasienter tillegges stor vekt. Dette gjelder særlig vurdering av behovet for ambulanseressurser og lokaliseringen av ambulanser i forhold til geografisk og befolkningsmessig dekningsområde.

Helsedirektoratet finner videre at det er behov for utdyping av § 10 annet ledd om nasjonal samordning av bil båt og luftambulansetjenester. Vi foreslår at dette ivaretas gjennom en merknad til bestemmelsen med følgende ordlyd:

Bil, båt og luftambulansetjenesten skal være samordnet slik at tjenesten kan operere på tvers av regions- og foretaksgrenser med en forutsigbar tjenesteutøvelse og kvalitet. Dette innebærer at de regionale helseforetakene må sørge for at tjenestenes utstyr, prosedyrer, bemanning og operasjonsmønster gjør at bil, båt og luftambulansetjenesten kan yte forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester uavhengig av regions- og foretaksgrenser.

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler- og båter

Vi gjør oppmerksom på at forslaget § 11 gjelder for bil- og båtambulanser, jf. overskriften til bestemmelsen. Bestemmelsens siste ledd gjelder imidlertid ambulansetjenesten som helhet. Vi foreslår derfor at bestemmelsens overskrift endres til:

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten

Helsedirektoratet støtter forslaget til kompetansekrav til ambulansepersonell, jf. § 11 første ledd. Samtidig vil vi vise til at Helsedirektoratet den 6. juni 2014 oversendte en utredning om kompetansebehov i ambulansefag til Helse- og omsorgsdepartementet. Her fremgår det at ambulansetjenesten har et kompetansebehov som ikke fullt ut ivaretas gjennom nåværende utdanning av ambulansesarbeidere og at det derfor er behov for «(...) et formalisert utdanningsløp innen høyere utdanning med nasjonal overbygning.»

På denne bakgrunn finner Helsedirektoratet at det vil være viktig å understreke at de kompetansekravsom er formulert i § 11 første ledd må anses som minimumskrav. I tillegg må virksomhetsledelsen vurdere og sikre at helsepersonellet til enhver tid har nødvendig kompetanse. Eksempelvis vil ambulansesarbeidere gjennom sin

utdanning ha svært begrenset kompetanse i forhold til håndtering av pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer, samt volds- og overgrepshåndtering. Mangel på denne typen kompetanse må da ivaretas gjennom kurs/videreutdanning. Vi foreslår derfor følgende merknad til bestemmelsen:

Kravene til bestemmelsens første ledd må anses som minimumskrav. Virksomhetsledelsen skal i tillegg sikre at helsepersonellet til enhver tid har nødvendig kompetanse til å utøve forsvarlig virksomhet. Dette vil ofte forutsette kurs og videreutdanning utover nevnte minimumskrav.

Vi mener videre at det er behov for å utdype hva som ligger i kravet til ambulanspersonell nummer to, som i tillegg til autorisasjon/lisens som helsepersonell også skal ha «nødvendig ambulansfaglig kompetanse».

Helsedirektoratet anser det som hensiktsmessig at dette utdypes i en nasjonal veileder/faglig retningslinjer for ambulansetjenesten. Vi foreslår derfor en ny annen setning til § 11 som lyder:

Helsedirektoratet gir nærmere retningslinjer om hva som er å anse som nødvendig ambulansfaglig kompetanse

Som nevnt innledningsvis merker vi oss at gjeldende kompetansekrav til personell i luftambulansetjenesten ikke er videreført. Slik Helsedirektoratet oppfatter det har departementet ikke vurdert det som nødvendig å videreføre disse kravene ut fra et ønske om en mest mulig profesjonsnøytral forskrift og at man mener at kompetansekravene er ivaretatt gjennom virksomhetens egne normative dokumenter (Nasjonal standard for luftambulanseleger (helikopter), Nasjonal standard for flysykepleiere og Nasjonal standard for redningsmenn innen luftambulansetjenesten, redningshelikoptertjenesten og SAR offshore)

Vi ser det som svært uheldig dersom en slik forskriftsendring skulle medvirke til en uthuling av gjeldende kompetansekrav til helsepersonell i luftambulansetjenesten. Vi mener derfor at man i forskriften bør videreføre krav til at ambulansfly skal være bemannet med kvalifisert sykepleier og at ambulanshelikopter/redningshelikopter skal være bemannet med kvalifisert lege og redningsmann. Krav til spesialistkompetanse, kurs, fysiske krav, alder mv. bør etter vår oppfatning fremgå av en nasjonal veileder/faglige retningslinjer for luftambulansetjenesten, utformet av Helsedirektoratet i samarbeid med luftambulansetjenesten. Vi foreslår derfor at det inntas ett nytt ledd i § 11:

Ambulansfly skal bemannes med sykepleier med nødvendig kompetanse. Ambulanshelikopter/redningshelikopter skal bemannes med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse. Helsedirektoratet gir nærmere retningslinjer om hva som er å anse som nødvendig kompetanse.

Kapittel 4 medisinsk nødmeldetjeneste

§§ 12 og 13 Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten og krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

Helsedirektoratet støtter forslaget til forskriftstekst når det gjelder kommunens ansvar for nødmeldetjenesten, jf. § 12 og kravene til organisering og bemanning av legevaktsentralene, jf. § 13. Vi har imidlertid enkelte forslag til endringer:

I § 12 bokstav a) og 13 bokstav a) fremgår det at legevaktsentralene (heretter kalt LV-sentralene) skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer.

En viktig forutsetning for å kunne stille krav om opprinnelsesmarkering og eventuelt posisjonering, jf. ekom-forskriften, og for å kunne gjøre opplag i Nasjonal Referanse DataBase (NRDB) for nasjonalt legevaktnummer 116117, er at dette telefon-nummeret er definert som et nødnummer enten i lov eller forskrift. Vi foreslår derfor at § 12 bokstav a skal ha følgende ordlyd:

«å etablere ett døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer, definert som legevaktens nødnummer »

Helsedirektoratet anbefaler at en bør tilstrebe at opplistingen av sammenfallende krav i §§ 12 og 14 kommer i samme rekkefølge. Tilsvarende gjelder for §§ 13 og 15.

Ordlyden i merknaden til § 13 bokstav b kan gi inntrykk av at en forutsetning for å bli rutet om til annen LV-sentral, er at innringer må ha kjent telefonnummer. Dette medfører ikke riktighet og vi foreslår derfor at ordlyden endres til:

Legevaktsentralen må kunne sette innringer som blir rutet til feil svarsted/sentral, over til riktig legevaktsentral

Helsedirektoratet vurderer at man på samme måte som i AMK-sentralene (ref. § 15 bokstav k) må oppstille krav om å ha et system for opprinnelsesmarkering i LV-sentraler. Dette anses som viktig både i forhold til å fastsette riktig adresse/hendelsessted og at det skal være mulig å skille ut henvendelser fra ulike kommuner ved interkommunalt samarbeid om legevakt. Vi foreslår derfor at det tas inn en ny bestemmelse i § 13 som lyder:

g) ha et system for opprinnelsesmarkering

I § 13 bokstav f) fremgår det at LV-sentralen skal bemannes med *«personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør»*. Helsedirektoratet anser ikke at forslagets utforming er tilstrekkelig for å sikre forsvarlig virksomhet i legevaktsentraler. Dette begrunnes ut fra følgende:

Medisinsk nødmeldetjeneste i Norge er basert på det såkalte fagkyndighets-prinsippet, dvs. at man i tillegg til beslutningsstøtteverktøy som *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* og *Telefonråd* baserer seg på at operatørene har nødvendig helsefaglig kompetanse. AMK- og LV-operatører er det første og ofte det viktigste leddet i den

akuttmedisinske kjede ved at det er her publikum henvender seg og det er her man må vurdere og identifisere pasientens behov for akuttmedisinsk helsehjelp, og i særdeleshet tidskritiske akuttmedisinske tilstander. Operatørene har også en viktig funksjon i å gi publikum medisinske råd. Med medisinske råd menes her både akuttmedisinske råd som f.eks. veiledning i HLR, holde fri luftvei hos bevisstløse pasienter, nedkjøling av barn med feberkramper, stoppe blødninger osv., men også mer allmennmedisinske råd knyttet til mindre alvorlig sykdom eller skade. Viktigheten av at disse funksjonene kan ivaretas på en god måte vil etter vår øke med innfasingen av samhandlingsreformen.

AMK- og LV-operatører utøver selvstendig virksomhet som det er knyttet betydelig risiko til ved svikt. Statens helsetilsyn har de senere år behandlet flere alvorlige tilsynssaker mot AMK- og LV-operatører som viser betydningen av å kunne gi administrative reaksjoner, herunder begrense helsepersonells muligheter for å arbeide i AMK- og LV-sentraler.

For at nødmeldetjenesten skal kunne levere forsvarlige tjenester er det derfor Helsedirektoratets oppfatning at AMK- og legevaktsentraloperatører må ha kompetanse på nivå med sykepleiere og ambulansesarbeidere, relevant klinisk arbeidserfaring med akutt og kritisk syke pasienter, samt nødvendig tilleggsopplæring. Videre mener vi at det må stilles krav om at operatørene er autorisert helsepersonell.

Når vi argumenterer for at AMK- og legevaktsentralene bør bemannes med autoriserte sykepleiere (AMK- og LV-sentral) og ambulansesarbeidere (AMK), er dette dels ut fra en vurdering av at disse helsefagutdanningene fyller de kompetansekrav som stilles til medisinske basalfag, og dels at yrkesgruppenes funksjon i klinisk yrkesutøvelse gir relevante erfaringer med akutt- og kritisk syke pasienter. Uavhengig av utdanning og klinisk erfaring, vil personell som skal arbeide som AMK- og legevaktsentraloperatører også ha behov for særskilt opplæring på flere andre fagområder. Sistnevnte foreslås inntatt i en nasjonal veileder/faglige retningslinjer for hhv. AMK- og legevaktsentraler. På denne bakgrunn vil vi foreslå at § 13 bokstav f) skal ha følgende ordlyd:

f) bemannes med sykepleier med nødvendig klinisk erfaring, som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

I tråd med utgangspunktet om at krav til AMK- og LV-sentraler bør være mest mulig sammenfallende, vurderer vi at kravet om at operatøren skal kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste (jf. forslaget til § 15 bokstav n) også bør gjøres gjeldende for LV-sentraler. Vi foreslår derfor en ny bestemmelse § 13 bokstav h:

«kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk»

Helsedirektoratet støtter forslaget om krav til svartid i legevaktsentraler jf. § 13 bokstav d. Vi støtter også forslaget om krav til lydopptak i LV-sentraler, men vil samtidig peke på behovet for en tydeliggjøring om hva og når det skal gjøres lydopptak. Da dette anses å være for omfattende til at det kan inngå i forskriften foreslår vi at dette bør inngå i en nasjonal veileder for AMK- og legevaktsentraler.

§ 14 Det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten

Ingen kommentarer

§ 15 Krav til AMK-sentralene

Under henvisning til diskusjonen under § 13 mener vi at departementets forslag om at AMK-sentralene skal *«bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør»* ikke kan anses som tilstrekkelig for å sikre forsvarlig virksomhet i AMK-sentralene. Vi mener derfor at det er behov for en endring av ordlyden i § 15 I. Vi foreslår følgende ordlyd:

«bemannes med sykepleier eller ambulansesarbeider med nødvendig klinisk erfaring, som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.»

AMK-sentralene har en samfunnskritisk funksjon i forhold til å ivareta befolkningens behov for akuttmedisinske tjenester. Det må derfor stilles strenge krav til funksjonalitet og driftssikkerhet. Per i dag foreligger det betydelig risiko for svikt som følge av mangelfull beredskap for å håndtere større hendelser og ha backup/reserve-løsninger ved svikt. Vi mener også at nåværende tekniske løsninger for mottak og informasjonsdeling knyttet til håndtering av medisinske nødmeldinger ikke er tilfredsstillende. Helsedirektoratet vil derfor foreslå flere tilføyelser i § 15:

I tråd med kravene til ambulansetjenesten (ref. forslaget til § 10 bokstav d) bør det stilles krav om at også AMK-sentralene skal ha beredskap for å håndtere større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene. Vi foreslår derfor at det tas inn en ny bestemmelse om dette som lyder:

o) ha beredskap for å kunne dekke behovet for kapasitet ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene.

Det bør dessuten stilles krav til reserveløsninger i AMK-sentraler ved svikt. Dette gjelder både teknisk svikt og andre situasjoner hvor man f.eks. som følge av brann eller bombetrussel mot bygninger må evakuere AMK-sentralen. Vi foreslår derfor at det tas inn en ny bestemmelse om dette som lyder:

p) ha reserveløsninger for AMK-sentralens funksjoner ved svikt

Vi mener det vil være av stor betydning at AMK-sentralene kan kommunisere digitalt med politiets- og ev brannvesenets nødsentraler. Dette gjelder spesielt ved større redningsaksjoner og skarpe oppdrag (f.eks. pågående livstruende vold), hvor det vil være svært viktig med gjensidig oppdatering av situasjonsbildet på skadestedet. Eksempler på slike situasjoner kan være hendelsene den 22. juli 2011 og drapene på Valdresekspressen hvor et slikt verktøy åpenbart ville vært av betydning for samarbeidet mellom de tre nødetatenes nødsentraler. Problemstillingen er tidligere drøftet i vårt brev til departementet om manglende robusthet i AMK-sentralene av 13. desember 2013. Vi foreslår derfor at det tas inn en ny bestemmelse om dette som lyder:

q) ha utstyr for digital kommunikasjon med andre AMK-sentraler og øvrige nødsentraler.

AMK-sentralene må kunne kommunisere digitalt med innringere. Med dette menes at AMK-sentralene må ha utstyr for mottak av nødmelding via SMS/MMS fra hørsels- hemmede eller andre pasientgrupper. Det vises i den sammenheng til prosjektet «*Digital kommunikasjon med nødstilte*» i regi av DSB. Vi foreslår at det tas inn en ny bestemmelse om dette som lyder:

r) ha utstyr for mottak og håndtering av nødmelding fra publikum via SMS/MMS og andre relevante digitale kommunikasjonsformer

§ 16 Nærmere om foretak med akutfunksjoner

Helsedirektoratet støtter forslaget til forskriftstekst når det gjelder helseforetak med akutfunksjoner jf. § 16.

For å fremheve at helsepersonell utenfor sykehus også skal kunne kommunisere med kvalifisert helsepersonell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, foreslår vi at det i merknadene til bestemmelsen inntas følgende:

Helseforetak med akutfunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha tilgjengelig lege eller psykolog i vakt som AMK- og legevaktsentraler, ambulansesepersonell og legevaktslege kan konsultere ved behov.

§ 17 Kommunikasjonsberedskap

Helsedirektoratet støtter forslaget til forskriftstekst, men vurderer at det er behov for en presisering av at alle vaktlegefunksjoner knyttet til legevaktdistriktet skal være tilgjengelig i nødnett/helseradionettet. I tråd med våre kommentarer til § 16 mener vi videre at det er behov for å presisere at også personell ved sykehusavdelinger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med øyeblikkelig-hjelp-funksjon omfattes av bestemmelsen. Vi foreslår derfor at § 17 annet ledd skal ha følgende ordlyd:

«Med personell vaktberedskap menes personell ved AMK- og legevaktsentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved sykehusavdelinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med øyeblikkelig-hjelp-funksjon og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert leger i vakt.»

Kapittel 5 Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr

§ 18 Ansvar:

I forslag til § 18 er det redegjort nærmere for ansvarsforhold. I omtalen av bestemmelsen er det forklart at ansvaret bør plasseres hos de som anskaffer, eier og bruker kommunikasjonsteknisk utstyr. Foreløpig er det DNK som anskaffer og eier utstyr mens HF og kommuner er brukere. Fremtidig modell for eierskap er ikke bestemt. Hvis det skal skrives merknad til bestemmelsen bør det stå at ansvaret ligger hos den "som bruker" utstyret.

For øvrig mener vi språket i bestemmelsen kan forenkles fordi begrepet kommunikasjonsteknisk utstyr er definert i § 3. Vi foreslår følgende ordlyd:

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

- det kommunikasjontekniske utstyret,*
- driften og vedlikeholdet av utstyret og*
- organiseringen av og opplæringen i bruk av utstyret, til enhver tid tilfredsstillende krav gitt av Helsedirektoratet.*

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

I § 19 bokstav b foreslås det at leddsetningen «*som medfører innpassing av nye tjenester,*» tas ut da det er uklart hva som ligger i begrepet tjenester og en slik avgrensning uansett kan være u hensiktsmessig. I tillegg kan endringer også komme som følge av tekniske forhold.

§ 20 Dokumentasjon

Departementet skriver i høringsnotatet til at fastsettelse av funksjonskrav etter § 19 må skje i samsvar med reglene i forvaltningsloven kapittel VII. Videre at eventuelle tekniske krav i henhold til direktiv 98/34/EF må meldes til EFTAS overvåkningsorgan. Videre skriver departementet at direktoratet ut fra beredskapshensyn må vurdere hvor langt en skal gå i å gjøre teknisk detaljering mv. offentlig tilgjengelig, jf. forslag til § 20 andre ledd. EØS-høringsloven gjennomfører direktiv 98/34/EF i norsk rett.

Etter det vi kan se har ikke EØS-høringsloven noe tilsvarende unntak. Etter § 5 skal meldingen inneholde "forslaget til tekniske regler på norsk og engelsk". Vi stiller derfor spørsmål om forholdet mellom disse regelverkene og legger til grunn at departementet avklarer dette forholdet før akuttmedisinforskriftens ikrafttredelse.

Kapittel 6 Overgangsordninger. Ikrafttredelse

§ 21 Overgangsordninger

Ingen kommentarer

§ 22 Ikrafttredelse

Ingen kommentarer

Til høringsnotatets del 2 om lydopptak og forslag til endringer i pasientjournalforskriften

Tjenestene har henvendt seg til direktoratet med mange spørsmål knyttet til hvilket regelverk som gjelder for lydlogger. Det viser behovet for et regelverk som tydeliggjør statusen til disse lydopptakene og hvordan de skal håndteres. Det gjelder både med tanke på krav fra ulike interessenter om innsyn i opptakene og med tanke på bruk av slike opptak i virksomhetenes kvalitetsarbeid.

AMK-sentralenes lydlogger inneholder informasjon om håndtering av hendelser og hendelsesforløp som har stor offentlig interesse. De blir til i akutt-situasjoner der tidsbruk kan være en helt avgjørende faktor for utfallet for den enkelte pasienten. Situasjonen skiller seg vesentlig fra andre situasjoner der informasjon om helsehjelp og pasienters helsetilstand blir registrert og journalført. Forslaget i høringsnotatet innebærer i hovedsak en presisering av at lydopptak er en del av pasientjournalen, slik at de generelle reglene for pasientjournaler vil komme til anvendelse.

Helsedirektoratet mener at utviklingen den senere tiden viser at lydopptak fra disse tjenestene har så mange særtrekk at de bør reguleres særskilt for å kunne ivareta de kryssende hensynene i større grad enn det generelle regelverket kan gjøre. Erfaringen er at det er stort trykk på tjenestene i saker der lydloggene har offentlig interesse. Et regelverk bør derfor gi dem klare retningslinjer å støtte seg til. Det vil også bidra til lik praksis nasjonalt.

Nedenfor gjennomgår vi departementets forslag til forskriftsregulering, og kommenterer det ut fra våre erfaringer med dagens regelverk.

Vi mener det er positivt at plikten til å ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk ved AMK-sentraler utvides til også å omfatte radiokommunikasjon, og at en plikt til å ha utstyr for lydopptak også innføres for legevaktsentralene.

I forskriftsforslaget har departementet foreslått å erstatte betegnelsen lydlogg med lydopptak. Vi gjør oppmerksom på at etter gjeldende forskrift er det en generell plikt til å ha utstyr for "logging av viktig trafikk", eksemplifisert med telefonlinjer. Viktig trafikk kan også være ikke-muntlig, jf. eksempelvis det omtalte forslaget om mulighet for publikum til å kontakte nødsentralene med SMS. Vi foreslår derfor å omformulere § 13 bokstav e og § 15 bokstav j slik:

"ha utstyr for logging av viktig trafikk, inkludert utstyr for lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring(...)"

Vi gjør også oppmerksom på at det kan være grunn til å utdype i merknaden hva som anses som "viktig trafikk". Helsedirektoratet har nylig lagt til grunn i en fortolkningsuttalelse at "viktig trafikk" er AMK-sentralens virksomhet som er beskrevet i gjeldende forskrift § 9 bokstav a, b og c.

Departementet foreslår at retten og plikten til å lagre AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak presiseres ved endringer i pasientjournalforskriften § 8 andre ledd: "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." Departementet foreslår i tillegg en bestemmelse i journalforskriften § 14 om at lydopptakene skal oppbevares i tre år og "deretter slettes forutsatt at nødvendige og relevante opplysninger er nedtegnet i pasientens journal." Departementet skriver videre på side 59 i høringsnotatet at lydopptakene vil være en del av journalen så lenge de oppbevares med hjemmel i helsepersonelloven § 40 jf. § 46, Etter ordlyden i forslaget til § 8 vil lydopptak ikke lenger være en del av journalen når nødvendig informasjon er nedtegnet. Da vil ikke virksomheten ha hjemmel til å oppbevare opptakene. Slik vi leser høringsnotatet har det vært meningen at opptakene skal oppbevares i 3 år uansett. I så fall foreslår vi at § 8 andre ledd får følgende ordlyd:

"Arbeidsdokumenter og pasientens egendokumentasjon mv. er å anse som en del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte. AMK-sentralers og legevaktsentralers lydopptak er å anse som en del av journalen inntil de (eventuelt) blir slettet jf. § 14 andre ledd andre punktum."

Innsyn i lydopptak (punkt 5.4.1)

Helsedirektoratet har fått mange spørsmål om regler for innsyn i lydlogger og hvordan slikt innsyn skal gjennomføres. Pasienten har rett til innsyn i sin journal, og etter særskilt forespørsel rett til kopi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn, jf. bestemmelsens siste ledd. I høringsnotatet foreslår ikke departementet særbestemmelser for innsyn i lydopptak, men redegjør for ulike problemstillinger i den forbindelse. Vi er enig i departementets vurderinger med hensyn til gjennomføring av innsyn – AMK må vurdere hvordan det er hensiktsmessig at innsyn gjennomføres, og i hvilken form pasienten får kopi. Vi er imidlertid i tvil om journal-forskriften § 11 med merknader gir tilstrekkelig grunnlag for den praksis som beskrives i høringsnotatet.

Tjenestene har behov for et regelverk som gir klare retningslinjer. Dette er en av grunnene til at vi mener at en særbestemmelse i akuttmedisinforordningen om lydopptak og innsyn ville ha vært en bedre løsning enn å gjøre tilpasninger i journalforskriften. Alternativt kan det tas inn en særbestemmelse i journalforskriften, for eksempel slik:

"Ved krav om innsyn i lydopptak fra AMK-sentral eller legevaktsentral vurderer virksomheten hvordan innsyn skal gjennomføres. Virksomheten vurderer også i hvilken form pasienten skal få kopi av opptaket. Pasienten kan alltid kreve å få kopi i form av utskrift."

Departementet redegjør ikke for hvilken praksis som skal følges når det gjelder pårørendes rett til innsyn. Vi går ut fra at virksomheten også her skal vurdere hvordan innsyn skal gjennomføres og at også de pårørende alltid skal kunne velge å få kopi i form av utskrift.

Vi deler vurderingene til departementet når det gjelder innsyn for den som er innringer. Vi nevner imidlertid at i situasjoner der innringer frykter at pasienten skal vite hvem som har ringt, har innringer ingen beskyttelse dersom vedkommende ikke hører inn under kategorien "*person som står pasienten nær*".

Innsyn etter offentlighetsloven (punkt 5.4.3)

Forslaget innebærer at lydopptak blir en del av pasientjournalen. Pasientjournaler er ikke unntatt fra offentlighetsloven, og er etter det vi forstår dokumenter i lovens forstand. Pasientjournalen inneholder opplysninger som er underlagt taushetsplikt og strenge krav til oppbevaring. Fordi det er forbudt å gi innsyn i opplysninger som er underlagt taushetsplikt jf. offl § 13, kan utenforstående ikke få innsyn etter offentlighetsloven med mindre pasienten fritar helsepersonell fra taushetsplikten gjennom å samtykke til at journalen eller deler av den kan utleveres.

Justisdepartementets lovavdeling har i flere uttalelser konkludert med at lydlogger som kan sammenlignes med helsetjenestens lydlogger må anses som interne dokumenter jf. offentlighetsloven § 14. Det innebærer at offentlighetsloven ikke gir en rett til innsyn i lydopptak. Hvis noen likevel ber om innsyn må virksomheten vurdere meroffentlighet, jf. offentlighetsloven § 11. Det innebærer at AMK-sentralen eller legevaktsentralen som får et innsynskrav må vurdere om hensynet til offentlig innsyn veier tyngre enn behovet for at lydloggen holdes intern. Et lydopptak av en hendelse der flere nødsentraler/ nødetaer er involvert vil imidlertid ikke være et internt dokument. Da vil det være taushetspliktbestemmelsene som avgjør om lydloggen fra AMK-sentral eller legevaktsentral skal utleveres.

Helsedirektoratet har erfart at det ofte er et stort trykk på tjenestene i saker der særlig mediene krever innsyn i lydlogger. Vi mener det er viktig at tjenestene har klare retningslinjer å følge i sine vurderinger i disse sakene. I denne forbindelse ber vi om departementets vurdering av om offentleglova § 13 siste ledd skal tolkes slik at virksomheter som mottar et krav om innsyn i lydopptak som involverer flere etater (og ikke er et internt dokument), er forpliktet til å kontakte pasienten for å be om samtykke til fritak fra taushetsplikten. Vi mener generelt det er uheldig dersom pasienter/ pårørende aktivt blir oppsøkt for å avgi samtykke til fritak fra helsepersonellovens taushetsplikt. Videre savner vi en omtale fra departementet om hvilke momenter som skal vektlegges i en meroffentlighetsvurdering etter § 11. Det vil være aktuelt i situasjoner der pasienten har fritatt helsetjenesten fra taushetsplikten etter helsepersonelloven, slik at § 13 ikke kommer til anvendelse, mens lydloggen fortsatt er et internt dokument jf. § 14.

Bruk for kvalitetssikringsformål og opplæring (punkt 5.4.1 og 5.4.2)

Bruk av lydlogg for kvalitetssikringsformål og opplæring henger sammen med helsepersonells mulighet for å få innsyn i lydlogger. Departementet foreslår at det presiseres i forskriften § 13 bokstav e og § 15 bokstav j at legevaktsentraler og AMK-sentraler skal ha utstyr for lydopptak *"til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten/egen virksomhet."* Departementet viser i høringsnotatet til helsepersonelloven §§ 29 b og 29 c som regulerer bruk av helseopplysninger til kvalitetssikringsformål, og uttaler at det ikke er behov for regulering ut over dette.

Tjenestene ønsker å bruke lydloggene til opplæring og kvalitetssikringsformål. For å sikre at dette skjer innenfor rammene av reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven mener direktoratet det er behov for en samlet fremstilling av reglene som er relevante for bruk av lydlogger/lydopptak til kvalitetssikringsformål.

En operatør på legevakt eller AMK-sentral vil ha tilgang til lydlogg av samtaler vedkommende deltok i uten hinder av taushetsplikt, fordi vedkommende kjenner

innholdet i samtalen. Videre åpner helsepersonelloven § 29 c for at operatøren kan få opplysninger om hva som skjer videre i pasientforløpet. Departementet viser også til § 29 b, men vi kan vanskelig se hvordan den bestemmelsen vil få praktisk betydning i det daglige systematiske kvalitetssikringsarbeidet.

Et annet spørsmål er i hvilken grad og hvordan virksomheten kan bruke en enkelt samtale i sitt kvalitetssikringsarbeid. Vi er kjent med at noen virksomheter systematisk bruker disse opptakene i refleksjonssamtaler i grupper for kvalitetsutvikling av hele virksomheten. Det er ofte ikke mulig å fjerne personidentifiserende opplysninger fra loggen før avspilling.

Det unntaket fra taushetsplikten som vil være aktuelt i denne situasjonen er helsepersonelloven § 26 som åpner for at helsepersonell kan gi opplysninger "*til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten*". Formålet med å gi de taushetsbelagte opplysningene skal være at det er et ledd i ledelsens arbeid med internkontroll og kvalitetssikring. Loven sier ikke noe om hvem som kan være til stede i en slik gjennomgang av samtaler, men vi har lagt til grunn at det kan være andre til stede enn operatøren og nærmeste leder. Forutsetningen er at ledelsen må ha en plan for hvordan disse samtaler skal bidra til kvalitetssikring av tjenesten. I tillegg må ledelsen lage klare og spesifikke rutiner for hvem som skal være med, hvor ofte samtaler skal gjennomføres og objektive kriterier for hvilke samtaler som velges ut. Hvor mange personer som skal delta i samtaler vil avhenge av innholdet i virksomhetens rutiner og hva ledelsen har bestemt. Ledelsen må kunne redegjøre for at forholdet til taushetsplikten er vurdert, og for hvordan rammene/systemet de har laget gjør at unntaket fra taushetsplikten er begrenset til de opplysninger og den personkrets som er nødvendig for å arbeide med kvalitetssikring av legevakt-/AMK-sentralens svar på telefon.

Unntaket fra taushetsplikten gjelder bare innenfor en virksomhet. Det innebærer at det ikke vil være adgang til å arrangere refleksjonssamtaler der det deles taushetsbelagt informasjon mellom ansatte i ulike virksomheter.

Forholdet til arkivloven (punkt 5.4.4)

Helsedirektoratet legger til grunn at departementet vil avklare med Riksarkivaren om reglene om sletting av lydlogg kan godkjennes, jf. omtalen på side 62 i høringsnotatet.

Andre merknader

Helsedirektoratets innspill om krav til krav om virksomhetsrapportering

Gjeldende forskrift § 5 som omhandler virksomhetsrapportering er ikke videreført i forslaget til ny akuttmedisinforskrift, uten at dette er nærmere kommentert i høringsnotatet. Helsedirektoratet har følgende merknader til dette:

Bakgrunn

Det er behov for nasjonale rapporteringsløsninger for å kunne se hele den akuttmedisinske tjenesten i sammenheng. I tråd med Norsk pasientregisterforskriften § 1-5 mottar Norsk pasientregister (NPR) data fra AMK-sentralene. I tillegg foregår det et utviklingsarbeid for å tilrettelegge NPR for å motta data også fra ambulansetjenesten. Innrapportering av data fra AMK og ambulansetjenesten vil imidlertid ikke gi fullstendige nasjonale data fra den akuttmedisinske kjeden. Helhetlig nasjonal innrapportering av data fra de kommunale akuttmedisinske tjenester er ikke etablert, selv om det naturligvis er behov for å følge aktiviteten og kvaliteten også når kommunene yter øyeblikkelig hjelp. Helsedirektoratet foreslår at NPR forskriftsfestes som mottaker av virksomhetsdata fra hele den akuttmedisinske kjeden.

Den nasjonale utbyggingen av nødmeldetjenesten og innføringen av en løsning for ett nasjonalt nødnummer til legevakt (116117) vil gi ny og bedre mulighet for innsamling av entydige statistiske data, for eksempel om døgn- og sesongbelastning og opplysninger om svartid ved landets legevaktsentraler. Ingen nasjonale enheter har forskriftsmessig grunnlag for å motta og rapportere disse dataene per i dag. Dette er en type virksomhetsrapportering som det vil være behov for. Rapportering av statistiske virksomhetsdata er viktig for pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling, og er en forutsetning for å kunne evaluere hvorvidt tjenesten oppnår krav og anbefalinger gitt i ny akutforskrift, herunder tjenestenes tilgjengelighet for publikum, kapasitet i forhold til behov, variasjoner i denne kvaliteten over og indikasjoner på hvorledes organisatoriske grep som f.eks. samhandlingsreformen virker over tid.

Gjeldende rett

I § 5 i gjeldende akutforskrift gis departementet hjemmel til ved enkeltvedtak å bestemme at kommunene skal rapportere bestemte data om helsehjelp ved øyeblikkelig hjelp. Helseregisterloven § 10 gir departementet myndighet til å pålegge, enten i forskrift eller ved enkeltvedtak, kommuner og regionale helseforetak å innrapportere aidentifiserte eller anonyme opplysninger til bruk i statistikk. Spesialisthelsetjenesten plikter etter NPR-forskriften § 2-1 å innrapportere virksomhetsdata til NPR. I tillegg sier den samme paragrafen at Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer hvilke kommunale legevakter som skal rapportere til NPR.

Vurderinger og forslag

Helsedirektoratet foreslår at forskriftsbestemmelsen opprettholdes, men endres slik at den gir pålegg om innrapportering av data i stedet for innhenting ved enkeltvedtak. Det vil i hovedsak være aktuelt å pålegge kommuner og regionale helseforetak innrapportering av virksomhetsdata som i utgangspunktet allerede registreres elektronisk i henhold til forskrift om pasientjournal. Helsedirektoratet legger derfor ikke opp til at sentral rapportering skal bety økt registreringsbyrde for tjenesten. Å gi pålegg

om innsamling av data i form av enkeltvedtak vil kun være aktuelt i enkelt-stående tilfeller, og er derfor lite praktisk i denne sammenheng.

For legevaktsentralene vil aktuelle data være tilgjengelige etter hvert som nytt nasjonalt nummer til legevakt innføres, og høstes fra utstyr knyttet til det nye nødnettet (legevakter, legevaktsentraler og AMK-sentraler) samt teleleverandører. Vi foreslår derfor at det inntas en ny bestemmelse om virksomhetsrapportering

§ XX Virksomhetsrapportering

Departementet kan pålegge kommunene og spesialisthelsetjenesten å rapportere bestemte statistiske data om de akuttmedisinske tjenestene.

Vi foreslår videre en merknad til denne bestemmelsen med følgende ordlyd:

Bestemmelsen gir departementet myndighet til å gi pålegg om innsamling av statistiske data om helsehjelp ved øyeblikkelig hjelp fra kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Den nasjonale utbyggingen av nødmeldetjenesten vil gi ny og bedre mulighet for innsamling av virksomhetsdata som for eksempel skal gi informasjon om døgn- og sesongbelastning og opplysninger om svartid ved landets legevaktsentraler og AMK-sentraler. Rapporteringsform og rapporteringsinnhold er spesifisert i NPR-forskriften.

Avslutningsvis vil vi bemerke at vi gjerne bidrar til å utdype vår argumentasjon dersom departementet finner dette nødvendig for å kunne ta stilling til våre forslag til endringer eller tilføyelser.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.
assisterende direktør

Steinar Olsen
fung. divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg 1 – Helsedirektoratets innspill til blant annet § 3 Definisjoner

§ 3 Definisjoner

Forskriften er for en stor del videreføring av gjeldende forskriftsbestemmelser, som i sin tur videreførte bestemmelser fra en tidligere forskrift. Det har blant annet medført at enkelte begreper har ulikt innhold ulike steder i forskriftsforslaget, og at forholdet mellom bestemmelsene blir uklart fordi de går over i hverandre. Vi har derfor gjennomgått forslaget med tanke på om det er mulig å få til en mer enhetlig og gjennomført begrepsbruk. Vi har tatt utgangspunkt i definisjonsbestemmelsen i § 3.

Vi gjør oppmerksom på at endringene som er foreslått her ikke er innarbeidet i våre forslag i hoveddokumentet. Hoveddokumentet tar utgangspunkt i forskriftsforslaget slik departementet har utformet det. Endringene som foreslås i vedlegget er av mer språklig/teknisk karakter.

Akuttmedisinske tjenester

"Akuttmedisinske tjenester" er definert i § 3 bokstav a definert som:

"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."

Begrepet er brukt 7 steder i forskriften; i formålsbestemmelsen, virkeområdebestemmelsen, definisjonsbestemmelsen og i §§ 9 og 12.

"Tjenester" er en tvetydig betegnelse. Den brukes både om virksomheter som yter tjenestene, og om selve tjenesten som blir ytt. I forskriftsforslaget defineres akuttmedisinske tjenester som visse virksomheter, men begrepet brukes også om en type tjenester. Selve definisjonen er et eksempel på denne dobbeltheten

Samtidig er «akuttmedisin» definert i § 3 bokstav b gjennom å beskrive handlinger, f.eks medisinsk diagnostikk. "Akuttmedisinske tjenester" vil intuitivt være tjenester som er beskrevet i opplistingen i bokstav b, og slik er begrepet også brukt i § 1, § 3 bokstav a og c og i § 9. Direktoratet mener at hensynet til at forskriften skal være enklest mulig å forstå tilsier at akuttmedisinske tjenester brukes utelukkende i denne betydningen. Vi mener at en definisjon vil være overflødig og foreslår at § 3 bokstav a utgår.

"De akuttmedisinske tjenestene" er i tillegg brukt som samlebetegnelse i betydningen virksomhetene som tilbyr akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i §§ 2, 4, 5 og 12 bokstav e. Hvis begrepet ikke lenger er definert er det spørsmål om det er nødvendig/ønskelig med en annen samlebetegnelse.

"Den akuttmedisinske kjeden" er et begrep som er mye brukt i helsetjenestene, og som understreker behovet for sammenheng og samhandling. Denne betegnelsen er brukt i forslagens § 4 som omhandler samhandling. Det kunne være et alternativ å bruke dette som en samlebetegnelse, eventuelt med en definisjon av hvilke virksomheter som inngår i den akuttmedisinske kjeden (utenfor sykehus).

Et annet alternativ kunne være å kalle det "*regionale helseforetak og kommuners akuttmedisinske virksomhet(utenfor sykehus)*" eller "*virksomheter som inngår i den*

akuttmedisinske beredskapen." Virkeområdebestemmelsen vil uansett bestemme hvilke tjenester forskriften gjelder for.

Hvis man velger å følge forslaget om å bruke "*akuttmedisinske tjenester*" om tjenestene som ytes og ikke om virksomhetene, må det gjøres endringer i §§ 2, 4, 5 og 12:

Virkeområdebestemmelsen i § 2 lyder:

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

Man kunne her vurdere å erstatte "*tjenester*" med "*beredskap*". I tillegg bør den siste setningen fra definisjonen i forslaget § 3 bokstav a flyttes til § 2 da den egentlig er en virkeområdebestemmelse. § 2 ville da lyde slik:

"Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus, som omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og andre som yter akuttmedisinske tjenester etter avtale med kommune eller regionalt helseforetak "

I § 4 andre ledd, som gjelder opplæring og trening i samhandling, foreslår vi at formuleringen "*Akuttmedisinske tjenester skal tilrettelegges slik at(...)*" skrives om til:

"Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at (...)".

Overskriften til § 4 må også endres.

I § 5 kan man vurdere å erstatte "*... at personell fra de akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp*" med:

"... at personell fra den kommunale legevaktordningen eller ambulansetjenesten kan yte akuttmedisinsk hjelp".

(I forslaget er for øvrig akutthjelpere definert som en del av den akuttmedisinske tjenesten, og hvis man beholder definisjonen må uansett § 5 endres til "*personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene*".)

I § 12 bokstav e kan man for eksempel erstatte "*øvrige akuttmedisinske tjenester*" med:

"øvrige virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester".

Akuttmedisin

Direktoratet støtter presiseringene.

Akuttmedisinsk beredskap

Akuttmedisinsk beredskap er definert i § 3 bokstav c

"Med akuttmedisinsk beredskap menes i denne forskriften planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester."

Definisjonen av akuttmedisinsk beredskap er endret sammenlignet med gjeldende forskrift ved at "...forberedte tiltak som iverksettes for å sikre..." er erstattet med "planer, utstyr og personell som skal sikre...".

Begrepet akuttmedisinsk beredskap er benyttet i 8 bestemmelser i tillegg til i definisjonen. I noen av bestemmelsene brukes akuttmedisinsk beredskap for å avgrense personkrets eller ansvarsområde, for eksempel hvem som skal kunne kommunisere med hverandre, hvem/hvilke deler av tjenesten kommune/RHF har ansvar for å skaffe utstyr til, og hvilke personer som skal være umiddelbart tilgjengelig. § 17 andre ledd lister opp hvem som er personell i akuttmedisinsk beredskap.

Når man leser disse bestemmelsene tilfører definisjonen i § 3 bokstav c lite. Fordi definisjonen nevner personell spesielt, blir forholdet til alle bestemmelsene som omhandler "personell i akuttmedisinsk beredskap" uklart. I gjeldende forskrift er betegnelsen "personell i vaktberedskap" brukt. Vi mener det ville bedre lesbarheten og forståelsen av forskriften hvis det står "personell i vaktberedskap" i §§ 12 bokstav d, 16 bokstav c og § 17 andre ledd(alle i kapittel 4).

§§ 7-9 om den kommunale legevaktordningen og § 17 omtaler "lege i vakt". Det kunne ev vært endret til "lege som har legevakt" hvis man mener det er nødvendig å tydeliggjøre et skille mellom personell i vaktberedskap og personell i/på vakt.)

De øvrige bestemmelsene som viser til "akuttmedisinsk beredskap"(§§ 3 bokstav f, 4, 5, 12 bokstav i, § 14 bokstav c og § 19) henger godt sammen med definisjonen i § 3 bokstav c som bidrar til utdyping/forklaring. Når det gjelder forslag til § 12 bokstav i, foreslår vi at det fremgår hvilken del av den akuttmedisinske beredskapen AMK-sentralen skal ha et system for å ha oversikt over. Vi antar AMK-sentralen skal ha systemer for oversikt over de til enhver tid tilgjengelige ressursene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Medisinsk nødmeldetjeneste/ kommunikasjonsberedskap

Medisinsk nødmeldetjeneste

Medisinsk nødmeldetjeneste er i § 3 bokstav e definert som:

"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."

Innledningsvis vil vi bemerke at «spesialisthelsetjenestens nødnummer (113)» må endres til:

«medisinsk nødnummer (113).

Definisjonen er i hovedsak uendret fra gjeldende forskrift, men departementet foreslår en presisering av at de nasjonale nødnumrene til AMK (113) og legevaktsentraler (116117) inngår i medisinsk nødmeldetjeneste.

Medisinsk nødmeldetjeneste har flere elementer. Døgnbemannede sentraler slik at pasienter kan komme i kontakt med helsetjenesten ved behov for akuttmedisinsk hjelp, et system for kommunikasjonsberedskap der helsepersonell i vaktberedskap skal være tilgjengelige og et lukket kommunikasjonssystem der helsetjenesten kan kommunisere internt og med andre nødetater. Forskriftsforslaget kapittel 4 om medisinsk nødmeldetjeneste utdyper ansvaret til regionale helseforetak/kommuner og kravene til AMK- og legevaktsentralene. I tillegg inneholder kapitlet en generell bestemmelse i § 17 om kommunikasjonsberedskap for personell. I § 4 siste ledd er det en samhandlingsbestemmelse som også gjelder kommunikasjonsberedskap, men da på virksomhetsnivå.

Forskriftsforslaget viderefører gjeldende forskrift med formuleringer som er nesten, men ikke helt, like jf. formuleringene "*et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system*" og "*felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett*". I tillegg defineres kommunikasjonsteknisk utstyr som utstyr og programvare som inngår i "*helse- og omsorgstjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap*". Det gjør etter vår mening teksten vanskelig tilgjengelig.

Vi mener det kunne være en fordel å forenkle definisjonen av medisinsk nødmeldetjeneste, for eksempel slik:

"det landsdekkende (og samordnete) systemet for å ta imot og håndtere henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og for kommunikasjon innen de delene av helse- og omsorgstjenesten som inngår i den akuttmedisinske beredskapen".

Dersom det står "*ta imot henvendelser*" mener vi det ikke er nødvendig å ta inn de ulike nødnumrene i definisjonen. Plikten til å legge til rette for disse telefonnumrene fremgår uansett av forslag til §§ 12 og 14.

Kommunikasjonsberedskap

Kommunikasjonsberedskap er ikke definert i forslag til § 3. Hva som menes med kommunikasjonsberedskap er omtalt og utdypet i forslag til § 17. Plikten til å ha slik beredskap står i forslaget § 12 bokstav d og § 14 bokstav c. I forslag til § 4 tredje ledd står det at alle virksomheter i akuttmedisinsk beredskap skal kunne kommunisere i ett kommunikasjonsnett. Dessuten står det i definisjonen av kommunikasjonsteknisk utstyr i forslaget § 3 bokstav g, at dette er utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens "*landsdekkende kommunikasjonsberedskap*".

Forslag til § 4 er en samhandlingsbestemmelse, men samtidig er det en grunnleggende forutsetning for kommunikasjonsberedskapen at alle virksomheter som er en del av den akuttmedisinske beredskapen faktisk kan kommunisere med hverandre. § 4 tredje ledd handler nettopp om tilknytning til medisinsk nødmeldetjeneste/helsetjenestens kommunikasjonsnett og om kommunikasjonsberedskap. Vi mener derfor bestemmelsen hører sammen med § 17. Vi foreslår at § 4 tredje ledd

utgår, og at § 17 får et nytt første ledd. Med de øvrige endringene i begrepsbruk som vi har foreslått, vil bestemmelsen lyde slik:

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

Kommuner og regionale helseforetak skal sørge for at personell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelige i kommunikasjonsnettet, og kan kommunisere med hverandre og med andre nødetater. Dette gjelder personell ved AMK-sentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved somatiske og psykiatriske sykehus med øyeblikkelig-hjelp-funksjon, personell ved legevaktsentraler og øvrig personell i akuttmedisinsk vaktberedskap i kommunen, herunder lege i vakt/som har legevakt.

Med en slik samlebestemmelse om kommunikasjonsberedskap, gir også definisjonen av kommunikasjonsteknisk utstyr mer mening. Det kan også vurderes om § 17 bør flyttes slik at den står først i kapittel 4, eventuelt om den bør stå i det innledende kapitlet sammen med samhandlingsbestemmelsen i § 4. Vi foreslår også at ordene "*knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett*" tas ut i § 12 bokstav d.

Til slutt vil Helsedirektoratet bemerke at ordet *rusproblemer* i § 3 bokstav b bør byttes ut med *rusmiddelproblemer*. Det vises i den sammenheng til at det er bred enighet om at begrepet «rusmiddelproblemer» skal brukes når det ikke er en diagnostisert rusmiddelavhengighet.