

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

**Deres ref:**

**Vår ref:**

2014/499 - 4653/2014

**Saksbehandler:**

Ingvill Skogseth 51 96 38 12

**Dato:**

26.09.2014

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

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

Vår høringsuttalelse er basert på innspill vi har fått fra helseforetakene. Det akuttmedisinske miljøet har gått igjennom forslaget, og vurdert hvordan det nye regelverket vil påvirke den prehospitale tjenesten.

### Oppsummering

- Helse Vest er enig i at det er viktig at de som bemanner utrykningskjøretøy har høy akuttmedisinsk kompetanse. Vi mener at dette best oppnås gjennom høye krav til akuttmedisinsk kompetanse hos sidemann, ikke ved å stille krav om at minst to personer på ambulansen skal ha førerkort klasse C 1 med godkjenning for utrykningskjøring
- Kompetansekravene til leger som deltar i luftambulansetjeneste er fjernet, noe som kan bidra til kvalitetsreduksjon i denne delen av den akuttmedisinske kjeden

Nye krav til lege i kommunal legevakt vil styrke den akuttmedisinske kjede. Helseforetakene sin erfaring er imidlertid at leger i kommunal legevaktsordning i stadig minkende grad rykker ut/deltar ved ulike akuttmedisinske hendelser (f.eks. ulykker o.l.). Vi mener derfor at det er viktig at kommunal vaktleges utrykningsplikt tydeliggjøres ved at det også fremkommer krav om responstid, tilgjengelig kommunalt kjøretøy og annet akuttmedisinsk utstyr for denne delen av tjenesten.

- Det foreslåtte kravet om at henvendelser som gjelder allmennt medisinske spørsmål skal settes over til legevaktsentralen er bra og viktig, men vi ser ikke at

dette vil medføre tidsbesparelser for AMK-sentralene slik departementet forutsetter.

- Det foreslåtte kravet til etablert tolkeberedskap for aktuelle fremmedspråk i AMK-sentralene bør etter Helse Vest sitt syn utredes som nasjonale løsninger.
- Helse Vest mener at beskrivelsen av problemstillingene knyttet til utlevering av lydlogg til pasienter og til offentligheten, er for knapp. Vi foreslår at det foretas en grunnleggende vurdering av hvordan helsetjenesten skal håndtere det stadig økende antall krav om innsyn i lydlogg fra ulike instanser/personer, samt hvilke konsekvenser slik utlevering kan få.
- Slik vi oppfatter det har departementet lagt til grunn at de aller fleste endringene som foreslås i forskriften kan gjennomføres uten økte kostnader. Helse Vest kan ikke se at dette innebærer riktighet. Vi vil kommentere noen av de foreslåtte endringene vi mener vil føre til behov for økte ressurser og begrunnelsen for dette synet, under de ulike punktene i høringsuttalelsen.

## **Merknader til enkelte av paragrafene i forskriften**

### **Forskriftens kapittel 1; Generelle bestemmelser**

#### **§ 3 Definisjoner**

##### Bokstav h)

Det er positiv til at betegnelsen «lydlogg» i gammel forskrift er byttet ut med den mer dekkende betegnelsen «lydopptak». Men forskriften bør omfatte nye kommunikasjonsformer som moderne smarttelefoner kan utføre, dvs kommunikasjon med levende bilder og lyd (for eksempel «facetime», «Viber», videoløsninger og lignende), samt andre framtidige kommunikasjonsmåter som chattefunksjoner etc.

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

I Danmark er det etablert grupper av lekfolk, som har fått opplæring i bl.a. i bruk av hjertestartere og nødvendig førstehjelp. Det er også i Norge etablert slike ordninger flere steder i landet.

Det er viktig å avklar hvem som er ansvarlig for tjenesten. Skal dette være et tilbud der kommunen har ansvaret eller RHFet. Dette gjelder både faglig og økonomisk ansvar. Uten at dette defineres vil dette bli et tema som kan bli vanskelig å håndtere. Både sentralisering av legevaktstjenesten og strukturelle grep innen ambulansetjenesten vil påvirke behov for kompensierende tiltak som akutthjelperordningen er.

Man må se samlet på aktuelle ressurser som kan benyttes til dette, og Helse Vest peker både på frivillige organisasjoner, kommunale brannvesen og kommunal helsetjeneste, her også pleie og omsorgstjenesten, som mange steder er mobil.

I den grad det inngås avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten, bør det stilles krav til at varslings- og kommunikasjonsordninger tilsvare de ordninger som gjelder akuttmedisinsk samhandling forøvrig.

Helse Vest anser det som mest hensiktsmessig at det er kommunene som må vurdere hvilke krav som skal settes til kompetanse og opplæring for akutførstehjelpere. Dette henger tettere sammen med den øvrige kommunale akuttmedisinske beredskap, enn med spesialisthelsetjenestene.

Det må også avklares om akuttgjelder skal varsles fra AMK eller LV-sentral.

## **Forskriftens kapittel 2; Kommunal legevaktordning**

### Til § 6; Kommunal leges plikt til å rykke ut ved ulykker og andre akutte situasjoner

Vår erfaring er at utviklingen de senere år har gått i retning av at leger i kommunal vaktordning i stadig mindre grad deltar ved akuttmedisinske hendelser hjemme hos pasient eller på et skadested. Krav til kompetanse og etablering av nasjonalt legevaktnummer er ikke tilstrekkelige tiltak for å snu denne trenden. Med store legevaktdistrikter og manglende krav til tilgjengelig utrykningskjøretøy uthules denne plikten.

Av hensyn til den totale helseberedskap bør det tydeliggjøres i forskriften at det ikke er ambulansetjenestens ansvar å transportere kommunal vaktlege til pasient/skadested. Dette må også tas med som en merknad til §10 a med hensyn til at disse bestemmelsene ikke omfatter transport av kommunalt helsepersonell, grunnet mangel på eget kommunalt kjøretøy.

Helse Vest foreslår derfor at det stilles spesifikke krav i forskriften til for eksempel responstid og mobilt utstyr og kommunalt transportmiddel. Dette for å sikre at leger i kommunal vaktordning i større grad deltar aktivt ved akuttmedisinske situasjoner. Dette vil styrke arbeidet i den akuttmedisinske kjede.

### Bokstav c)

Formuleringen ansees som en forbedring i forhold til eksisterende forskrift. Den kan bidra til et økt samarbeid mellom ambulansetjenesten og vakthavende legevaktslege i akutte situasjoner.

### Til § 7; Kompetansekrav til lege i vakt m.v.

Helse Vest mener at kommunal legevakt som hovedregel bør bemannes av allmennleger og at hvis man velger å inkludere legespesialister som nevnt i forskriftens § 7 c bør dette kun gjøres i en overgangsfase.

Muligheten for å bruke legespesialister som legevaktsleger vil trolig kun avhjelpe behovet i sentrale strøk i nærheten av sykehus, og ikke i utkantstrøk. Sentrale strøk har et stort allmennlegekorps, det er distriktene som mangler tilgang til fastleger og legevaktsleger.

## **Forskriftens kapittel 3; Ambulansetjeneste**

### **§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester**

#### Bokstav b)

Slik dette punktet er formulert «å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåkning enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten» er det viktig å presisere at dette skal håndteres innenfor eget kompetanseområde.

Forslag til endring:

*Innenfor eget kompetanseområde, utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåkning, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten.*

Forskriften §6 peker ellers greitt på legevaktlegens ansvar, noe som støttes av Helse Vest.

#### Bokstav d)

Helse Vest er enig i at det er viktig å trene på beredskapssituasjoner. Derfor burde det settes et minstekrav til frekvens, selv om en hyppig øvelsesfrekvens vil medføre økte kostnader. Dette også med tanke på at samtrening med kommunehelsetjenesten krever at både helseforetak og kommuner bidrar.

#### Bokstav e)

I høringsnotatet fremgår det at denne presiseringen skal «sikre at organiseringen av ambulansetjenesten i helseregionen ses i sammenheng med organiseringen av fødselsomsorgen, jordmortjenesten i kommunen og følgetjenesten». Denne bestemmelsen representerer noe nytt i den forstand at vi nå skal vurdere akuttberedskapen i forhold til hvordan fødetilbudet er organisert og ikke ut fra forhold ved pasienten. Departementet legger til grunn at dette ikke vil medføre økte kostnader, men endringer i strukturen av fødetilbud vil etter vår vurdering kunne medføre økte kostnader for helseforetakene.

#### Bokstav f)

Her slås det fast at ambulansetjenester omfatter å delta i enkle søk og redningsoperasjoner. Dagens praksis i Helse Vest er at ambulansen deltar i redningsoppdrag i den forstand at de kjører frem mot skadestedet, så langt veien går og venter der, dersom pasient ikke befinner seg i umiddelbar nærhet. Ambulansepersonellet er ikke utstyrt eller trent til å delta i redning og søk utenfor vei i særlig grad.

Oppgaven med å delta i søk og redningsoperasjoner utenfor vei blir i dag organisert av politiet, eventuelt med bistand fra luftambulanse eller ambulansebåt, samt frivillige (f.eks. Røde Kors Hjelpekorps, Norsk Folkehjelp, Rovere). Slik vi oppfatter høringsnotatet er formuleringen i forskriften ment å være en modifisering av etablert praksis, men vi er bekymret for at den generelle utformingen i forskriftsutkastet kan føre til en forventning om at personellet i ambulansebilene i større grad skal delta i søk og redningsoperasjoner utenfor vei. Dette er ikke en ønsket utvikling sett fra helseforetakenes ståsted og vi ber derfor om at dette presiseres eller tydeliggjøres i selve forskriftsteksten eller i merknad.

## **§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler- og båter**

### § 11, 1. ledd:

#### Kravet om at minst to personer på ambulansen skal ha førerkort klasse C1 med godkjenning for utrykningskjøring

Dette kravet vil i praksis medføre at alt personell må ha slikt førerkort, inkludert vikarer. Dette fører til flere problemer for tjenesten.

For det første vil et slikt krav medføre betydelige ekstra kostnader for tjenesten og det vil ta tid før tjenestene kan etterkomme dette kravet. En overgangsordning på tre år synes kort. Hvert sertifikat koster mer enn kr 50.000 (inkl. vikarutgifter). Helse Vest mener at det problemet som er skissert i høringsbrevet, at det er den med best akuttmedisinsk kompetanse som ofte kjører ambulansen, løses bedre ved at det stilles krav til økt akuttmedisinsk kompetanse hos sidemannen (det ambulansespersonellet som ikke kjører bilen).

Tjenesten mener det vil være en mye bedre anvendelse av opplæringsbudsjettene å vedlikeholde og øke den akuttmedisinske kompetansen til ambulansespersonellet, fremfor å bruke pengene til kostbar kjøreopplæring.

Et annet problem er at et slikt krav vil utelukke 2. års lærlinger fra å betjene ambulansen som nummer to, da noen av disse vil være for unge til å fylle kravene til å få godkjenning for utrykningskjøring. Det vil på denne bakgrunn være behov for unntak for kravet om autorisasjon og kompetansebevis som utrykningsfører for 2. års lærlinger.

Utrykningskjøring er den delen av ambulansetjenesten som utsetter pasienter, personell og publikum for størst risiko. Helse Vest er på denne bakgrunn opptatt av at de som kjører ambulansen skal være kompetente og erfarne sjåførere som har interesse for utrykningskjøring. Vi mener at vi bør ha rom for at helsepersonell med god akuttmedisinsk kompetanse skal kunne bemanne ambulanser som 2. mann, selv om de ikke har kompetanse til å kjøre utrykningskjøretøy. Dette vil etter vårt syn være den beste løsningen både av hensyn til pasientens behov for kompetent akuttmedisinsk helsehjelp, sikkerhet for pasienten under kjøringen, de ansattes arbeidsmiljø og hensynet til den allmenne trafikksikkerheten.

### § 11, 1. ledd:

#### Kravet om at minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider og minst én annen skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell

Helse Vest mener at de foreslåtte kompetansekravene vil medføre en betydelig reduksjon i tilgangen på kvalifiserte vikarer. Vi har til nå blant annet benyttet sykepleie- og medisinstudenter som vikarer i ambulansetjenesten, og opplever at dette er personell som bidrar til at vi leverer stabilt gode prehospitaltjenester. Denne gruppen er en stor del av vikargrunnlaget i hele helseregionen. Vi mener at det er viktig å legge til rette for at det fortsatt skal være mulig å få erfaring fra akuttmedisin også for helsepersonell som ikke har tenkt å fortsette i tjenesten. Kravet om at begge som betjener ambulansen må ha autorisasjon som ambulansarbeider eller lisens som helsepersonell vil bety at vi må snu vikarrekrutteringen mer mot annet personell.

## Økonomiske konsekvenser

Dersom forslaget blir vedtatt mener foretakene at de vil få en markant kostnadsøkning som følge av kravene til kompetanse og bemanning på ambulansene. Det følger av forskriftens § 2 at rene transportoppdrag ikke omfattes av kravene i forskriften. Slik vi oppfatter dette er det bare i store byer det vil være aktuelt å sette av egne biler som er bemannet til å gjennomføre rene transportoppdrag. I mesteparten av landet vil det ikke være mulig å erstatte dagens akuttambulanser med lettere ambulansekjøretøy.

De øvrige ambulansene må bemannes og utstyres slik at de også kan ta vanlige ambulanseoppdrag, for å sikre tilfredsstillende beredskap. Det vil ikke være aktuelt å gjøre endringer ved distriktsstasjoner og mindre byer – der bør alle ambulansene kunne benyttes i akuttjenesten.

Således vil man ikke ha store muligheter til å omplassere personell fra akuttambulanse til transportambulanse. En enkel vurdering i Helse Vest tilsier at man kan omgjøre 4 akuttambulanser til transportambulanse ut fra beredskapshensyn.

Kompetansekravet vil medføre endringsbehov i organisering av ambulansetjenesten. Det vil også gi vesentlige merkostnader for RHFene, noe som må utredes mere.

Videre vil dette kravet medføre at personell som jobber i tjenesten, men som ikke har sertifikat for aktuelle kjøretøytyper må slutte, dersom de ikke har mulighet til å tilegne seg dette. Det er i dag personell som ikke ønsker eller ikke er egnet til å kjøre ambulanse, eller som har medisinske grunner til at de ikke blir godkjendt som utrykningssjåfører, men som gjør en utmerket jobb som autorisert helsepersonell i ambulansetjenesten. De må nå slutte i tjenesten.

Det vil også være en vesentlig endring at man ikke kan benytte lærlingene til produksjon siste året. Det medfører økte kostnader for RHFene. I tillegg må man for å innfri kravene øke den totale bemanningen pr ambulanse med 1,3 årsverk.

For Helse Vest medfører dette et øket behov utover dagens fast ansatte på ca 130 personer. I tillegg må man sørge for at alt annet personell har sertifikat C1 ( med tanke på å dekke hele ambulansebilparken) og 160 koden. Kostnaden for nødvendig sertifikat utgjør kr. 50.000 pr ansatt.

Man stipulerer behovet til ca 150 personer av dagens ansatte. Med hensyn til lærlinger i produksjon utgjør dette ca 70 samlet. De må også erstattes ut fra kravene i forskriften.

Videre ser man et alvorlig rekrutteringsproblem for denne typen personell. De fleste nyrekrutterte ambulansarbeiderne er kvinner, og flere går videre på andre typer utdanninger både inn helsetjeneste og annet. Det læres ikke opp nok personell, og dette skal også kompensere for naturlig avgang.

Vi henstiller departementet på å tydeliggjøre at lærlinger i annet praksis år fortsatt kan benyttes som 2.mann på ambulansen, selv uten nødvendig førerkort og utrykningsgodkjenning.

### § 11, 2. ledd:

Helse Vest mener at det bør stilles krav om maksimal reaksjonstid for både de kommunale ressurser og ambulansetjenesten. Vi merker oss at forskriften ikke foreslår

krav til responstid for ambulanse, og oppfatter dette slik at tidligere anbefalinger fortsatt er retningsgivende.

#### § 11 siste ledd:

I § 11 siste ledd står det at ambulansetjenesten skal i «*samråd med den som rekvirerer transporten vurdere behovet for ytterligere personell med nødvendig kompetanse ut i fra oppdragets art*».

Helse Vest er bekymret for at en slik formulering gjør ansvarsforholdet mellom rekvirent og den som skal gjennomføre oppdraget mer utydelig. Vi mener at den som rekvirerer transportoppdraget må vurdere om det er nødvendig med ytterligere personell ved overføringen og i så fall sende med eget helsepersonell for å sikre forsvarlig behandling av pasienten under transporten. Dersom det for eksempel er legevaktslege som rekvirerer og mener det er behov for at lege eller sykepleier fra sykehuset følger med i ambulansen, vil beredskapen ved sykehuset kunne svekkes. Alternativt må sykehusene ha en økt vaktberedskap for å kunne håndtere slike «bestillinger», noe som igjen vil medføre økte kostnader.

### **Forskriftens kapittel 4; Medisinsk nødmeldetjeneste**

#### **§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene**

Helse Vest støtter at kravet til LV-sentraler er blitt mer utfyllende, men mener at det bør være sykepleier som betjener LV-sentralen (bokstav f), gitt de oppgaver som skal løses.

#### **§ 15 Krav til AMK-sentralene**

##### Bokstav b)

Helse Vest støtter disse responstidskravene.

##### Bokstav d)

Trippelvarsling er definert som «Varsling av de to andre nødetatene ved behov for alle tre.» Det er anmerket i Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede at «Trippelvarsling kan foregå med eller uten innringer i konferanse». En konferanse hvor innringer er med styrker intervju og vurdering av innsatsbehov. Det bør innskjerpes at innringer skal delta i konferansen når dette er praktisk mulig.

En liten presisering til informasjonen i høringsnotatet; «Flight following systemer» har eksistert siden luftambulansetjenesten ble etablert. Arbeidet som nå pågår er en forbedring og standardisering av systemene, samt etablering av krav til operatør med ansvar for «flight following».

##### Bokstav f)

Det vises her til at det er legevaktsentralen som skal varsles og ikke legevaktlegen. Helse Vest mener at legevaktlege i aktuelt område skal varsles direkte fra AMK-sentralen, og at denne umiddelbart skal kunne delta i kommunikasjon knyttet til håndtering av hendelsen. Forskriften peker på at legevaktlegens rolle skal være 24/7 og det presiseres

utrykningsplikt. Da må legen delta i kommunikasjon direkte og ikke via et annet kontrollrom, som kan medføre forsinket utrykning.

#### Bokstav i)

Helse Vest mener det må tydeliggjøres hva som menes med dette punktet. Det synes som om AMK-sentralene får ansvar for å ha oversikt over beredskap som man ikke har driftsansvar for. Her bør det tydeliggjøres i forskriften hva som ligger i dette kravet.

#### Bokstav l)

Kompetansekrav med tilhørende sertifiseringsordning for AMK-operatører synes som en god måte til å bidra til kvalitetssikring av sentralenes virksomhet. Ordningen må være ens for alle sentraler, slik at man sikrer at alle sentraler holder tilfredsstillende faglig nivå. En felles sertifiseringsordning bør følges av en standardisering av hvilke oppgaver AMK-sentralene skal ha ansvar for, og bør samordnes av de regionale helseforetakene.

Det bør stadfestes kompetansekrav til AMK og LV-sentraler. Operatørkompetansen ved AMK bør være sykepleier/ambulansarbeider, og sykepleier ved LV-sentraler. Kravene i forskriften er svært generelle. Her er det viktig for kvaliteten i virksomheten at de regionale helseforetakene lager detaljerte kompetansekrav som sikrer fortsatt en kombinasjon av sykepleier og ambulansarbeider i AMK.

#### Bokstav n)

Helse Vest mener at kravet til beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk vil være kostnadskrevende og utfordrene å oppfylle.

Det foreslås at RHFene utreder en felles tolketjeneste for medisinsk nødmeldetjeneste, som aktiveres ved behov. Kostnadene deles etter et fastlagt prinsipp.

### **Forskriftens kapittel 5: Funksjonskrav til kommunikasjons teknisk utstyr**

Helse Vest mener dette kapittelet i forslaget til ny akuttmedisinforskrift, kommer for tidlig i forhold til beslutningen om forvaltningsmodell. Iverksetting av denne delen bør først skje når man har besluttet hvordan eierskap, forvaltning og finansiering skal organiseres.

Det pågår en drøfting om forvaltningsmodell som er harmonisert med de øvrige etatene som bruker Nødnett. Resultatet av denne bør avvantes.

Helsedirektoratet er i forslag til ny akuttmedisinforskrift foreslått tillagt flere oppgaver og ansvar enn de har pr i dag. Helse Vest mener at «sørge for»-ansvaret er tillagt kommunene og de regionale helseforetakene, og vil for nødnett kunne utøves gjennom Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett. Det må stilles krav til samordnet prosesser mellom RHFene og kommunene.

Helse Vest støtter at det skal være krav til kommunikasjonteknisk utstyr, vedlikehold av dette og at utstyret tilfredsstiller nødvendige funksjonelle og tekniske krav. Hvem sitt



ansvar dette skal bli, må departementet vurdere i forhold til de øvrige forhold knyttet til nødnett.

## Om lydopptak

Helse Vest oppfatter lydopptak som et viktig arbeidsredskap for AMK-sentralene og er enig i at dette også bør innføres for legevaktsentralene.

Vi finner grunn til å nevne at det i de senere årene har vært en økning i antall henvendelser med spørsmål om innsyn i lydlogg, og mener derfor at det er behov for en særskilt regulering av hvordan slike innsynsbegjæringer skal håndteres. På denne bakgrunn mener vi det bør gjøres en grundig gjennomgang av de kryssende hensynene som kommer til syne når man skal vurdere innsynsrett i lydloggen for pasienter, pårørende, innringere og etter offentlighetsloven.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 11. mai 2012 et brev til Helsedirektoratet med bestilling av utkast til høringsnotat vedrørende lydlogg ved AMK-sentraler. Vi stiller spørsmål ved om de problemstillingene som ble løftet frem av departementet i dette brevet er behandlet i høringsnotatet som nå er til vurdering. Det forslaget som foreligger vil føre til en rekke problemer i praksis og det vil med stor sannsynlighet bli svært tidkrevende både å håndtere innsynsforespørslene (mange vil trolig måtte vurderes av klageinstansen) og særlig den praktiske delen ved å gi innsyn i loggen.

Helse- og omsorgsdepartementet har den senere tid slått fast at lydlogg er å oppfatte som et dokument etter offentlighetsloven (tidligere var dette vurdert å være en del av pasientens journal og unntatt fra offentlighetsloven). Den nye tolkningen innebærer at dersom helsetjenesten skal kunne nekte utlevering av lydloggen til media må dette begrunnes i ett eller flere av unntakene i offentlighetsloven. Som oftest vil lydloggen inneholde taushetsbelagte opplysninger og må derfor sladdes dersom media skal ha innsyn i denne. En slik sladding er fullt mulig å gjøre dersom lydloggen transkriberes, men erfaringene er at media ønsker selve lydfilen. Denne er det en langt større jobb å redigere slik at taushetsplikten er ivaretatt, og foreløpig er det verken nødvendig programvare eller nødvendig kompetanse til å kunne redigere lydfilene på denne måten. Selv om det viser seg å være teknisk mulig å redigere lydfilene slik at taushetsbelagte opplysninger sladdes, mener vi at utlevering av lydfil likevel bør unngås fordi det i mange tilfeller vil være mulig å identifisere innringer på bakgrunn av stemmen.

Videre pekes det på at hensynet til innringer tilsier at de blir skånet fra at lydlogger gjøres tilgjengelig i media og via internett, til tross for at de har uttalt seg til media i etterkant av hendelsen. Vi mener at det er en vesentlig forskjell på å uttale seg til media i en kontrollert setting, og at utdrag fra en samtale som har vært ført under svært spesielle og stressende forhold, blir avspilt gjentatte ganger på radio eller tv. Vi er redd for at slike avspillinger kan føre til at personer unnlater å kontakte AMK-sentralen av frykt for at samtalen skal bli publisert.

Akkurat nå er spørsmålet om helseforetakene/klageinstansen er pliktig til å gjøre denne redigeringen og levere ut selve lydfilen til vurdering hos Sivilombudsmannen. For å unngå at vi får en hel rekke slike omfattende saker i fremtiden, hadde det vært ønskelig med et klarere regelverk på dette punktet.

Helse Førde har hatt gående flere saker om utlevering av lydlogg til media de siste årene.

## Viktige hensyn i vurderingen av om det skal gis innsyn i lydlogger

Hensynet til at pasienter og/eller innringere føler seg trygg for at opplysninger som gis til AMK-sentralen ikke brukes i andre sammenhenger enn til å yte helsehjelp, må etter vårt syn veie tyngre enn hensynene bak innsynsretten. Konsekvensen av at en person unnlater å ta kontakt med AMK-sentralen av frykt for at lydloggen kan utleveres til pasienten eller pressen, kan være at pasienter ikke får den akutte øyeblikkelige helsehjelp som er nødvendig.

Operatørene på en AMK-sentral må i stor grad ta beslutninger under tidspress, basert på opplysninger som gis fra en person, og med begrenset mulighet til å innhente ytterligere informasjon før beslutningen tas. Det å unnlate å ta en beslutning vil kunne være like fatalt som å ta feil beslutning. Våre medarbeidere er enige i at lydlogg er et viktig arbeidsredskap for å sikre at man får dokumentert de vurderingene som gjøres, og for opplærings- og kvalitetssikringsarbeidet i tjenesten. Helseforetakene frykter at en praksis der det jevnlig blir gitt innsyn i lydlogg, vil føre til at personellet vil kommunisere på en mindre effektiv måte av frykt for at lydloggen skal publiseres.

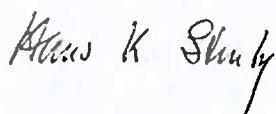
Det er viktig å være klar over at en lydlogg tas opp fortløpende, og at en operatør må ta hensyn til andre oppdrag i tillegg til det aktuelle oppdraget som det er gitt innsyn i. Videre er det slik at virkeligheten som regel ser annerledes ut i etterkant av en hendelse, enn når man står midt opp i den. Vår erfaring er at dette perspektivet kan tapes av syne når pasienter eller media får innsyn i en lydlogg.

Helse Vest mener på denne bakgrunn at en innsynsrett i lydlogg i form av utlevering av lydfil eller utskrift av transkriberingen, er lite egnet til å forstå hvordan AMK-sentralen har kommet frem til de ulike beslutningene. Innsyn i form av at pasienter eller nærmeste pårørende kan lytte igjennom lydfilen sammen med ansatte i AMK-sentralen, vil etter vårt syn være en måte å imøtekomme kravet/ønsket om innsyn, samtidig som helsepersonell kan forklare litt mer om hva som foregår og hvordan operatørene jobber på en slik sentral.

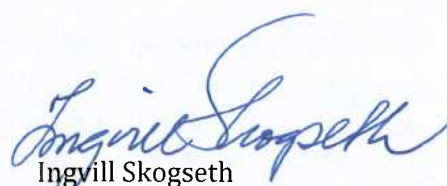
Videre mener Helse Vest at hensynet til administrative kostnader ved å praktisere innsynsretten, tilsier at dersom det skal åpnes for innsyn må dette kun gjelde i et fåtall av særlig alvorlige saker.

Det er i dag veldig ulik praksis for hvordan utleveringsbegjæring fra politi/påtalemyndighet håndteres. Slik utlevering bør derfor omtales spesielt i forskriften.

Med vennlig hilsen



Hans K. Stenby  
plansjef



Ingvill Skogseth  
seniorrådgjevar