

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Bergen, 15. september 2014.

## **Hørings svar fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) – Forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal**

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), Uni Research Helse, viser til departementets høringsbrev datert 28. mai 2014 med forslag til ny akuttmedisinforskrift og endringer i forskrift om pasientjournal.

Nklm har ventet på departementets forslag til ny akuttmedisinforskrift med spenning og forventning. På oppdrag fra Helsedirektoratet overleverte som kjent Nklm i 2009 et forslag til handlingsplan for legevaktordningen; "...er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt". I Handlingsplanen ble det foreslått mer enn 120 tiltak for å styrke tjenesten. En hovedtilnærming var at økte krav og utvikling av legevakttjenesten måtte skje gjennom forskrift, spesielt gjaldt dette kompetansekrav til vaktleger, men også annet helsepersonell som arbeider i legevaktsentralene og ved legevaktstasjonene. Dessuten måtte systemkrav til kommunene forskriftsfestes sterkere enn i dag.

I behandlingen av St. meld. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009-2010), ble regjeringen bedt om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt. Dette skulle fortrinnsvis skje gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eller eventuelt en egen forskrift om kommunal legevakt.

Vi synes at løsningen med en felles forskrift og samlingen av flere forskrifter til én felles forskrift fungerer bra. Vi er glade for den vekt kommunal legevakt har fått i forslaget. Vi synes også at den prinsipielle oppbyggingen av forskriften fungerer godt. Forslaget fremstår som et klart framskritt når det gjelder forståelse og utvikling av og krav til kommunal legevakt. Vi synes kommunal legevakt har fått relevant, innsiktsfull og likeverdig omtale i høringsnotatet, og at dette gjenspeiler seg i forskriftsforslaget. Departementet henviser til Helsedirektoratets råd om først å satse på kompetansebygging. Det er vi enige i, men vi vil nedenfor komme tilbake til en drøfting av de konkrete forslagene.

Generelt vil vi anføre at systemkravene til kommunene er svakere enn vi hadde ønsket, men vi mener at man med små og enkle grep i forskriftsforslaget kan styrke dette området, i tråd med det departementet selv skriver i høringsnotatet.

---

Vi har også tatt hensyn til at det på dette stadiet i prosessen ikke bør foreslås endringer som medfører betydelige kostnader som ikke er beregnet.

I høringsnotatet savner vi en analyse av de ulike styringssystemene for henholdsvis foretakene og kommunene, og hvilke konsekvenser dette bør/kan ha for forskrift som styringsinstrument. De 428 kommunene har akuttmedisin og legevakt som en svært liten del av virksomheten, det er små eller ingen fagstaber, det er liten kompetanse innen området som kan følge opp den medisinske, teknologiske og organisatoriske utvikling, og ingen felles arenaer som kan sikre nasjonal tilpassing og samordning. I foretakene er det få, store og sterke fagmiljøer som med sterkt fokus på endring, kompetanse og kvalitet sikrer at de akuttmedisinske tjenestene får den ønskede utvikling.

Denne ulikevekten betyr at detaljer i forskriften får større betydning for kommunene enn for foretakene. Kommunene er mer avhengige av «hjelp» fra forskriftsteksten når de skal utforme legevakttjenesten i tråd med nasjonale krav. Kommunene har også et sterkt fokus på hva som er «lovpålagt» og hva som er minimumskrav, mens foretakene i mye sterkere grad er fagstyrt og driver kontinuerlig utviklingsarbeid innad i tjenesten. Det er på bakgrunn av en slik forståelse at Nklm foreslår en del tillegg i noen paragrafer, enten som sterkere krav direkte i forskriftsteksten eller som en direkte hjemmel for at Helsedirektoratet kan gi nærmere regler eller kravspesifikasjoner.

Departementets skriver at det vil være naturlig å utarbeide en veileder til ny akuttmedisinforskrift. En slik veileder vil kunne inneholde nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte deler av tjenesten. Det er et tiltak Nklm støtter helhert og som vi gjerne bidrar til, enten i samarbeid med eller på oppdrag fra departementet eller Helsedirektoratet. Men i tråd med avsnittet ovenfor, ser vi det som avgjørende viktig at noen flere systemkrav enten skrives direkte inn i forskriften, eller i det minste hjemles spesifikt i forskriftsteksten.

Nedenfor følger en systematisk gjennomgang av de ulike bestemmelsene i forskriften, med våre kommentarer og våre endringsforslag til forskriftsteksten.

## **Kapittel 1 Generelle bestemmelser**

### **§1 Formål**

Formålsformuleringen gjør tydelig at forskriften skal ha befolkningen/pasienten som trenger øyeblikkelig hjelp utenfor sykehus i fokus. Forskriften skal bidra til at nødvendig akuttmedisinske tjenester blir forsvarlige og koordinerte, og at kommunikasjonsutstyret fungerer landsdekkende og sikrer prioritert informasjonsflyt mellom involverte aktører og til samarbeidende etater.

Samarbeid med brann, politi og hovedredningssentralene er ikke videreført fra den tidligere formålsbestemmelsen. Større hendelser de senere årene har vist behovet for nødvendig samarbeid og samhandling mellom helsetjenesten og øvrige nødetater.

Nklm foreslår derfor følgende setning som nytt ledd mellom de to eksisterende:

*Forskriften skal bidra til godt samarbeid mellom den akuttmedisinske tjenesten og med øvrige nødetater, hovedredningsentralene og andre relevante aktører.*

## **§2 Virkeområde**

Med foreslått presisering i § 1 bør det også tydeliggjøres at virkeområdet ikke kun omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste, men også samarbeid med andre etater og akutthjelpere. Nklm foreslår å bytte ut begrepet “myndigheter” med “aktører”. Begrepet “aktører” rommer også de som utfører tjenestene, mens «myndighetene» er et snevrere begrep. Denne begrepsbruken bør gjenspeiles i resten av forskriften.

Nklm foreslår å tilføye følgende bisetning til den eksisterende formuleringen:

*«..., og deres samarbeid med brann, politi, hovedredningsentralene og andre aktører.»*

## **§3 Definisjoner**

Helsedirektoratet har i et eget vedlegg til sitt høringsnotat spesifisert hva som bør dekkes av begrepene akuttmedisin, tjenester og beredskap. Nklm er enig i presiseringene og støtter Helsedirektoratets forslag til omformuleringer. De konkrete forslagene gjentas derfor ikke her.

Nklm har i tillegg et redigeringsforslag til § 3 punkt b). Departementets forslag lyder:

Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold- og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.

Nklm foreslår følgende ordlyd for dette punktet:

*Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og overvåkning ved skader og akutt oppstått eller forverring av sykdom, herunder akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold- og overgrep, der rask medisinsk hjelp er nødvendig.*

## **§4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene**

### § 4 første ledd

Akuttmedisinske tjenester utføres av flere aktører. Den kommunale legevakttjenesten og helseforetakenes ambulansetjeneste er bærebjelkene. Disse virksomhetene har svært ulik organisering, ulike ressurser, ulike administrative og faglige linjer. I helsepersonellovens § 4 tredje ledd heter det at ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte

pasient. Ambulansepersonellet har sin faglige forankring i helseforetaket, med sine prosedyrer utarbeidet av fagmiljøet der. Dette krever at helseforetaket og kommunene har gode rutiner for å avklare ansvarsforhold, for eksempel ved innføring av nye prosedyrer og rutiner, som for eksempel "fast tracks" for innleggelse. Derfor støtter vi Helsedirektoratets forslag om 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 må det etableres gjensidig forpliktende samarbeidsfora mellom de ulike aktørene.*

I tillegg bør det i merknaden presiseres at:

*Dersom en aktør endrer rutiner som påvirker områder der kommunen og helseforetaket har felles ansvar, har den ansvarlige for endringen plikt til å informere den andre part.*

I de akuttmedisinske tjenestene ser vi i dag at ambulansetjenesten mange steder i økende grad arbeider på egen hånd uten involvering av legevaktleger. Nklm mener at dette noen ganger kan være en ønsket utvikling av tjenesten med "fast tracks" for spesielle tilstander, f. eks. hjerneslag. Men i de fleste tilfeller er dette ikke en faglig ønsket utvikling. Utviklingen kan skyldes manglende samarbeidsrutiner med legevaktleger eller økende styring fra helseforetaket slik at ambulansetjenesten ikke føler noen samarbeidsforpliktelse med legevaktlege. Mange steder gjør store legevaktdistrikter avstandene store, og legevakten «gir opp» å dekke hele distriktet. For få leger på vakt i forhold til oppgavene gjør beredskapen sårbar, og man velger de «nesten friske» framfor de «mulig akutt syke». Dette er en svært uheldig utvikling, og vi mener det vil være riktig og viktig å ta inn et nytt ledd om samarbeid, samt i forskriften ellers understreke legevaktens akuttmedisinske forpliktelser. Nklm støtter derfor sterkt Helsedirektoratets forslag om å ta inn et nytt ledd i § 4 med ordlyden:

*Legevaktordningen og ambulansetjenesten skal samarbeide om håndtering av pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever dette.*

Med følgende merknad:

*Ambulansepersonell skal aktivt innhente bistand fra lege i vakt når pasientens tilstand krever det. Lege i vakt har tilsvarende plikt til å vurdere og besvare henvendelser fra ambulansepersonell, delta i behandlingen og/eller gi medisinskfaglige råd.*

#### § 4 andre ledd

I forslagetets andre ledd videreføres bestemmelsen om samhandling og trening. Denne er viktig og har gode intensjoner, men det er velkjent at den er en sovende paragraf i store deler av legevakttjenesten. En av hovedårsakene til dette er etter Nklms mening at det mangler nærmere spesifikasjoner og krav til innhold og hyppighet av treningen. Etter vår mening er det helt nødvendig å

spesifisere hvilke krav som må oppfylles for at denne paragrafen skal virke etter intensjonen og få den ønskede effekt. Det kan være noe ulike behov i ulike kommuner, og vi mener derfor at det ikke er ønskelig å binde alle kommuner til de samme krav gjennom spesifikke formuleringer om timetall etc. i forskriften. Løsningen på dette er etter vår mening å gi en spesifikk hjemmel til Helsedirektoratet om å gi nærmere regler. Detaljer kan videre gis i veileder.

Det er derfor behov for en styrket formulering i forskriftsteksten som plasserer ansvaret for opplæring og trening. Vi støtter derfor Helsedirektoratets forslag om å omformulere § 4 annet ledd, med et tillegg som hjemler mer spesifikke krav, på linje med departementets formuleringer i § 19:

*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. Helsedirektoratet kan stille nærmere krav til innhold og hyppighet av slik opplæring og trening.*

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

Paragrafen beskriver muligheten for kommunene eller de regionale helseforetakene til å inngå avtale om bistand fra frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen, i tillegg til, eller i påvente av den akuttmedisinske tjenesten. Helsedirektoratet presiserer i sitt høringsinnspill at akuttgjelpere ikke trenger å være personell fra frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvern, men kan også være privatpersoner som har blitt rekruttert og lært opp. Videre framheves det at akuttgjelpere ikke skal erstatte, men være et supplement eller en ressurs inntil profesjonell helsehjelp ankommer og kan overta. Akuttgjelpere som er del av det planlagte akuttberedskapet og som yter helsehjelp må oppfattes som helsepersonell. De vil således omfattes av bestemmelsene i helsepersonelloven, bl.a. krav til taushetsplikt. En nasjonal veileder/faglige retningslinjer bør konkretisere bruken av akuttgjelpere i beredskap, og definere krav til opplæring og oppfølging.

Nklm støtter derfor Helsedirektoratets forslag til følgende ordlyd av § 5:

*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. Slik bistand skal komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk helsehjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.*

*Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer om krav til akuttgjelpere som skal yte livreddende førstehjelp.*

Helsedirektoratet anbefaler også en merknad til bestemmelsen som tydeliggjør at RHF/helseforetak og kommuner må avklare seg imellom hvordan slike ordninger skal organiseres og finansieres, og at dette bør kunne ivaretas

gjennom utforming av tjenesteavtaler jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt 11.

Nklm støtter Helsedirektoratets forslag til en merknad som lyder:

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

## **Kapittel 2 Kommunal legevaktordning**

### **§ 6 Kommunenes ansvar for kommunal legevaktordning**

Paragrafen tydeliggjør kommunens ansvar for å dekke befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen skal omfatte vurdering/råd/veiledning, diagnostisering/behandling/henvisning og akuttgjeld/umiddelbar utrykning. Helsedirektoratet mener at forskriftsteksten må tydeliggjøre at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet og foreslår følgende ordlyd for § 6 første ledd:

*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 blant annet:*

Nklm støtter denne presiseringen av legevaktordningen for å gjøre tydelig at kommuner ikke kan legge opp til legevakt uten lege tilstede ved å overdra legefunksjoner til annet helsepersonell.

Videre foreslår Helsedirektoratet en klargjøring av at diagnostiseringen og behandlingen av akutte medisinske tilstander også inkluderer akutte psykiske- og rusrelaterte kriser. Nklm mener at den foreslåtte presiseringen ikke er nødvendig ettersom akuttmedisin er tydelig definert i § 3 bokstav b.

Det er vedtatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Bestemmelsen skal tre i kraft 1. januar 2016. Et slikt tilbud vil være ett av flere alternativer legevakten kan henvise til dersom pasienten/brukeren har et slikt behov. Nklm mener også at punkt b) bør samordnes med § 3 pkt b) samt at det bør spesifiseres at aktiviteten ved legevakten kan skje både gjennom legekonsultasjoner på legevaktstasjonen og gjennom sykebesøk. Det blir da en mer logisk oppbygning av leddene, der a) gjelder legevaktsentralen, b) gjelder den «alminnelige» kliniske aktiviteten ved legevaktstasjonen og c) gjelder akuttmedisinske situasjoner (røde responser) med utrykningsplikt. Vi foreslår derfor følgende endring i § 6 b):

*diagnostisere, behandle og overvåke akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk, og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og eventuelt til spesialisthelsetjenesten.*

Helsedirektoratet ønsker også at begrepsbruken tydeliggjøres i merknaden til § 6, og foreslår konsekvent bruk av begrepet «legevaktstasjon» om legevaktens lokaler. Nklm støtter dette.

## **§7 Kompetansekrav til leger i vakt mv.**

### § 7 første ledd

Nklm støtter forslaget om å øke kompetansen til leger i vakt ved kommunal legevaktordning. Legevaktleger håndterer i stor grad de samme tilstander som fastleger og andre allmennleger. Legevakt bør derfor i første rekke bemannes av erfarne allmennleger, helst spesialister i allmenmedisin.

Nklm foreslår først å endre den innledende setningen i første ledd. Den lyder nå:

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

For å unngå misforståelser og bringe meningen i samsvar med departementets kommentarer til tredje ledd (side 72 i høringsnotatet), foreslås setningen endret til:

*Lege som skal ha legevakt, må være enten*

Krav om kvalifisert bakvakt blir dermed en unntaksbestemmelse som beskrives detaljert i tredje ledd. Endringsforslaget gir ingen endring i forhold til realitetene i departementets forslag, men ordet «alene» har medført tolkninger i form av at man kan oppfylle kompetansekravet ved at man er to eller flere leger på vakt, men der ingen oppfyller kravene i punkt a) til d)!

Nklm har imidlertid klare synspunkter på departementets forslag om at andre spesialister enn allmennleger har full vaktkompetanse i kraft av å inneha spesialiteten i seg selv. Spesialister i indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anesthesiologi (sykehusspesialister) har relevant kompetanse for deler av legevaktfeltet, men kun innenfor sitt fagfelt. For eksempel kan pediateren (barnelegen) mye om sykdom hos barn, men ikke like mye om de andre delene av legevaktmedisin, som for eksempel sårbehandling, vurdering av akutte psykiske lidelser og behandling av eldre med sammensatte lidelser og forverrelse av kronisk sykdom. Sykehusspesialistene har mye kompetanse på snevre felt, mens legevakt er et bredt fagfelt. Sykehusspesialistene har sin kliniske erfaring fra pasienter på sykehus der sykdomspanoramaet og pasientgruppen er forskjellig fra legevakt.

Sykehusspesialister har lite kjennskap til og erfaring i samhandling med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, og med andre aktører i den prehospitale akuttmedisinske kjeden, som for eksempel utrykning med lokalt akuttmedisinsk team (legevaktlege og ambulanse).

Det har vært argumentert for at sykehusspesialister må kunne delta i legevakt for å bedre tilgangen til leger i vakt og for å redusere vaktbelastningen. Over halvparten av alle konsultasjoner ved legevaktene gjøres av leger som ikke er

fastleger, noe som tyder på et betydelig bidrag av andre leger i legevakt. Men det er størst tilgang til sykehusspesialister i de større byene, som også har god tilgang til fastleger og spesialister i allmennmedisin. Sykehusspesialistenes bidrag til å sikre legedekningen i små og perifere kommuner som sliter med legedekningen er derfor liten. Å gi sykehusspesialister full vaktkompetanse vil derfor ikke være et egnet virkemiddel for å sikre leger på vakt i små utkantkommuner.

Det er en annen viktig og prinsipiell forskjell på spesialister i allmennmedisin og andre fagområder, nemlig kravet om resertifisering og en betydelig mengde utdanning og erfaring fra allmennmedisin i selve spesialistutdanningsløpet. Slik forslaget nå er, vil en annen spesialist være vaktkompetent (gitt oppfylte kurskrav) uansett hvor lenge siden det er spesialistgodkjenningen trådte i kraft, mens spesialitet i allmennmedisin maksimalt kan være 5 år gammel. Det betyr at de andre spesialistene kan ha arbeidet innen snevre felt av sitt fag, ja endog helt utenfor klinisk tjeneste i mange år, og likevel gjennom forskriften bli erklært vaktkompetent.

I tillegg vil mange «ferske» spesialister i de andre fagene få sin spesialistgodkjenning overført fra andre EØS/EU-land, uten noen krav til tjeneste i primærhelsetjenesten, som allmennlege eller som legevaktlege. Det er heller ikke krav om gjennomført turnustjeneste. Disse legenes mulige manglende obligatoriske erfaring fra Norge og norsk allmennmedisin kan etter vår mening representere en alvorlig kompetansebrist og pasientsikkerhetsutfordring som vi anser som potensielt uforsvarlig.

Nklm støtter derfor bestemmelsene i forslag til forskrift § 7 første ledd bokstav a) og b), men fraråder bestemt at spesialister i indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anesthesiologi, og utdanningskandidater i disse fagene uten videre skal ha selvstendig vaktkompetanse slik det er beskrevet i § 7 bokstav c) og d).

Vårt prinsipielle standpunkt er derfor at punkt c) og d) utgår.

Samtidig er det slik at det opplagt finnes leger med slik bakgrunn som både har gjort og vil gjøre en utmerket innsats i norsk legevakt. Nklm er derfor opptatt av å lage forskriften fleksibel og operativ, eventuelt lage overgangsordninger, men samtidig ikke gi automatisk vaktkompetanse til leger vi mener ikke har nødvendig erfaring og kompetanse.

Det må for det første sikres et minimum av tjeneste fra allmennmedisinsk klinisk virksomhet. For allmennlegene i punkt b) kreves det minimum ett års erfaring innen allmennmedisin, inkludert turnustjenesten, altså minimum et halvt år utover norsk turnustjeneste. Det er ingen grunn til at kravet skal være svakere for andre leger, som faktisk ikke arbeider i legevaktdistriktet, ikke kjenner de lokale forhold eller ikke har kontinuerlig erfaringsoppbygging gjennom arbeid som allmennlege. Som et absolutt minimum må det dokumenteres et halvt års allmennmedisinsk tjeneste, enten som gjennomført turnustjeneste eller ved arbeid som allmennlege. Arbeid i fast stilling som legevaktlege bør defineres som allmennlegevirksomhet i denne forstand.



En liten gruppe leger med annen spesialistbakgrunn har arbeidet som legevaktleger i lengre tid, og er akseptert som vaktleger av kommunen, og har opparbeidet seg faktisk lokal og faglig kompetanse som legevaktleger. Allmennlegene har krav om 40 legevakter i sin spesialistutdanning. Man kunne tenke seg en tilsvarende type krav som en overgangsordning for legene med annen bakgrunn, der det er behov for bakvaktordning i en periode før vaktkompetanse oppnås.

Som alternativ til departementets forslag og vårt prinsipielle syn ovenfor, foreslår vi derfor nytt innhold i punkt c) og d).

**Departementets forslag:**

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

Nklms forslag, alternativ 1:  
Punkt c) og d) utgår.

Nklms forslag, alternativ 2:

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

Nklms forslag, alternativ 3:

- c) leger med spesialistgodkjenning i fagene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi eller anesthesiologi, og med minst et halvt års erfaring innen allmennmedisin og minst 40 legevakter, eller*
- d) leger i utdanningsstilling som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon § 3 første ledd bokstav a), i fag som nevnt under c), og med minst et halvt års erfaring innen allmennmedisin og minst 40 legevakter.*

§ 7 andre ledd

Nklm støtter forslaget om å sikre at leger i vakt har kompetanse i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, og at dette gjøres gjennom plikt til å gjennomgå kurs. Det er ønskelig at denne kompetansen sikres så tidlig som mulig, og helst før legen starter i legevakt. Dette gjelder også for leger uten full

vaktkompetanse. Imidlertid er også annen kompetanse avgjørende for funksjonen som legevaktlege, f. eks. kompetanse innen innleggelsesvurderinger, vurdering av pasienter med akutte psykiske lidelser, ruslidelser og overdoser m.m. Forskriften bør i like stor grad sikre slik kompetanse. Det gjøres sannsynligvis best ved at legevaktleger er spesialister i allmenntilleggsmedisin og at kompetansekravene inngår i allmenntilleggsmedisintilleggsutdanningen.

Helsedirektoratet har i sitt høringssvar forslag til merknad til § 7 andre ledd. Vi ønsker at *“faglig forsvarlige innleggelsesvurderinger i akutte situasjoner”* ikke skal begrenses til psykosesyntomer, selvmords- og voldsrisko. Forsvarlige innleggelsesvurderinger i akutte situasjoner er avgjørende for alle fagfelt i legevakt. Vi mener at det også er best å skrive inn kurskravene i selve forskriftsteksten i dette tilfellet, og slik at det dekker alle legene.

#### Departementets forslag:

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

#### Nklms forslag:

*Lege som skal ha legevakt skal ha gjennomført emnekurs innen akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Lege i vakt må kunne dokumentere nødvendig kompetanse og ferdigheter til å gjøre faglig forsvarlige innleggelsesvurderinger i akutte situasjoner. Kurskravene må deretter oppfylles på nytt minst hvert 5. år. Helsedirektoratet kan stille nærmere krav til faglig innhold og omfang av kursvirksomheten.*

#### § 7 tredje ledd

Det er prinsipielt tre situasjoner der det er behov for bakvakt i legevakt.

- A. Bakvaktordning når lege i vakt ikke har full vaktkompetanse. Bakvakten skal kunne gi råd og faglig støtte. Ofte vil det ikke være tilstrekkelig med råd per telefon, og bakvakt må da reise legevaktstasjonen eller der primærvakten er for å bistå. Dette kan kalles *veiledningsbakvakt*.
- B. Bakvakt som kan rykke ut til akuttmedisinske hendelser der det haster og der det er store avstander fra legevaktstasjon med lege i aktiv vakt. Dette kan kalles *akuttberedskapsbakvakt*.
- C. Bakvakt som tilkalles av kapasitetshensyn når det er stor pågang til legevakten. Dette kan kalles *ekstralegebakvakt* eller *ressursbakvakt*.

De tre bakvaktrollene kan delvis kombineres.

Nklm har erfart at det både generelt og i tilknytning til forskriftsforslaget foreligger en del forvirring omkring disse ulike bakvaktrollene. Vi mener det er nødvendig å synliggjøre rollene spesifikt i forskriften, og det beste hadde vært å ha en egen paragraf som omfatter bakvaktordninger. Alternativt kunne omtalen av dette være nytt tredje ledd i § 6 eller så kan det være en utvidelse av tredje ledd i § 7 som foreslått nå.

Nklm mener det alltid må være en lege med full vaktkompetanse tilstede ved legevakten. Ved bakvakttype A og B må bakvakt ha full vaktkompetanse. Dersom bakvakt kun skal være en ekstra ressurs ved stor pågang (type C), kan dette være en lege uten full vaktkompetanse dersom det er annen lege med full vaktkompetanse på jobb som kan fungere som bakvakt (type A) for lege uten full vaktkompetanse. Nklm mener det vanligvis bør være minst to leger på vakt i en legevaktordning.

Nklm anser det som helt uakseptabelt og medisinsk uforsvarlig å gi bakvaktkompetanse til leger etter det nåværende forslaget i andre ledd punkt c) og d). Med endring i tråd med et av våre forslag ovenfor, kan vi akseptere at vaktkompetanse også gir bakvaktkompetanse. Dersom departementet mot formodning skulle ønske å beholde nåværende forslag til generell vaktkompetanse, *må* det innføres skjerpede krav til bakvakt i tråd med ett av våre forslag 1-3 ovenfor.

Vi ønsker altså en sterkere definering av bakvaktrollene, og også funksjonskrav knyttet til rollene. Alt dette har vi forsøkt å samle i forslaget nedenfor.

Departementets forslag til § 7 tredje ledd:

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

Nklms forslag til forskriftstekst om bakvaktordninger:

*Kommunen plikter å ha et tilstrekkelig antall vaktkompetente leger på vakt for å håndtere omfanget av legevaktens oppgaver. Om nødvendig må det finnes lege(r) i bakvakt som kan tilkalles ved stor arbeidsmengde.*

*Kommunen plikter å vurdere om det må etableres ordninger med lege i beredskapsbakvakt som ved behov skal sikre rask utrykning av vaktlege til hele legevaktdistriktet. Slik lege må ha tilgang til transport og nødvendig medisinsk og kommunikasjonsteknisk utstyr, jf. §§ 9 og 17.*

*For leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i første og andre ledd må det etableres bakvaktordninger (veiledningsbakvakt). Kompetansekravene i første og andre ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha slik bakvakt. Slik bakvaktlege må ha tilgang til legevaktens journal og skal journalføre sine vurderinger. Ved behov skal bakvakten bidra med kliniske vurderinger, eventuelt i form av oppmøte ved legevaktstasjonen, og skal kunne nå denne innen en reisetid på 60 minutter.*

#### § 7 fjerde ledd

Dersom fylkesmannen skal gjøre unntak fra kompetansekravene for lege på vakt i en legevaktordning må det stilles som krav at bakvakt med full vaktkompetanse fra annen legevakt er tilgjengelig for vaktlege. Telemedisinske løsninger kan kompensere for store avstander.

## §8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

### §8 første ledd:

Nklm støtter at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha opplæring i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Dette er imidlertid bare en mindre del av arbeidet ved legevakten, og bør være en del av en bredere kompetansesikring for å ivareta forsvarlighetskravet og kompetanseløftet i legevakttjenesten. Som beskrevet i departementets vurdering i del I kapittel 4.2.3.2 (s. 25 i høringsnotatet) tas henvendelser til legevakt "oftest i mot av annet helsepersonell enn lege, og faglige vurderinger, som blant annet kan innebære sluttbehandling av pasienter, skjer også uten involvering av lege. Det er derfor viktig at dette personellet har tilstrekkelig kompetanse".

Nklm finner det på denne bakgrunn betenkelig at det i forskriftsforslaget kun er nedfelt krav om nødvendig helsefaglig kompetanse og tilleggsoplæring for arbeid som operatør i legevaktsentral (jf. § 13 f), og ikke også for annet personell som jobber selvstendig sammen med lege i vakt, ut over nevnte kurs. Uten spesifikke kompetansekrav til alle som skal jobbe med selvstendige helsefaglige funksjoner i legevakttjenesten har det vist seg vanskelig å sikre en felles standard for de kommunale legevaktene, og befolkningen vil dermed ikke ha lik tilgang på en faglig forsvarlig legevakttjeneste.

Nklm mener at relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, minst to års relevant klinisk erfaring, samt spesifikk opplæring der innføring i arbeidsoppgaver, lokale rutiner og opplæring i akuttmedisin, volds- og overgrepshåndtering, er et nødvendig minstekrav for personell som skal arbeide selvstendig sammen med lege i vakt. Faglige retningslinjer, veiledere og standarder kan brukes til ytterligere å spesifisere hva som bør være nødvendig innhold i kompetansen under nevnte punkter.

Behovet for overgangsordninger og unntaksbestemmelser (for å ivareta f.eks. arbeidstakere med realkompetanse som tilsvarer rimelig minstekrav, og teamarbeid med komplementær kompetansesikring) kan likevel ivaretas gjennom utsettelse av frist for gjennomføringskrav, og hjemmel for dispensasjon fra krav på særskilt grunnlag der forsvarligheten er ivaretatt, heller enn å utgjøre årsaken til at ikke en kvalitetsmessig forsvarlig minimumsstandard for legevakttjenesten sikres.

Nklm foreslår følgende nye ordlyd for § 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell:

*Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha nødvendig helsefaglig kompetanse.*

*Dette skal minimum inkludere:*

- a) relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå*
- b) minst to års relevant klinisk praksis*
- c) gjennomgått opplæringsprogram. Helsedirektoratet kan stille nærmere krav til opplæringsprogram.*

§8 annet ledd:

Satt på spissen kan unntak fra første ledd misbrukes ved at kommunen ber Fylkesmannen unnta alle fra kravet, i stedet for at kravet blir brukt til å hjemle behovet for å sørge for å skaffe tilgang på tilfredsstillende kompetanse i kommunen. Det må spesifiseres at godkjenning fra Fylkesmannen kun skal skje unntaksvis, på særskilt vurdering, der forsvarligheten sikres. Nærmere anbefalinger om vilkårene kan spesifiseres i veileder.

Nklm foreslår følgende tekst for annet ledd:

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

**§9 Krav til utstyr i kommunal legevakt**

Første ledd omhandler utstyr for diagnostikk, behandling og overvåkning. Nklm mener at det må spesifiseres nærmere for kommunene hvilket utstyr som bør være tilgjengelig. Dette bør inkludere tilgang til elektronisk journal/kjernejournal og beslutningsstøtteverktøy, elektronisk overvåkingsutstyr og generelt et utstyrsnivå for akutte hendelser på linje med ambulansetjenesten. Slike spesifikasjoner egner seg dårlig for forskriftstekst eller merknad til forskrift. Det bør heller utarbeides krav til tjenesten av Helsedirektoratet, og ytterligere detaljer kan gis i veileder. Det er imidlertid viktig at Helsedirektoratet gis en hjemmel for å utvikle slike krav. Erfaring tilsier at både kommunene og tilsynsmyndighetene trenger en tydelig hjemmel for henholdsvis å forstå hva forskriftsteksten faktisk innebærer og å kunne føre tilsyn basert på noen spesifikasjoner det går an å forholde seg til helt konkret.

Andre ledd omhandler organisering og utstyr til at «helsepersonell i vakt» kan rykke ut umiddelbart. Nklm mener det må presiseres at det er lege som rykker ut umiddelbart. I mange tilfeller kan det være svært gunstig å ha hjelpepersonell med, men annet helsepersonell i kommunal legevakt bør ikke rykke ut uten lege. Organiseringen kan med fordel være slik at legen kan rykke ut sammen med ambulanse. Dette vil imidlertid ikke være mulig å få til på alle legevaktstasjoner, da ambulansen ofte er borte fra stasjonen eller er stasjonert annet steds.

Dersom lege i vakt skal ha mulighet til å rykke ut umiddelbart, må en transportordning (bil eller båt) med utstyr og evt. sjåfør være tilgjengelig. I tillegg er uniformering viktig av flere hensyn. Enhetlig bekledning av helsepersonell gir enklere tilgang til hendelsessted, det gir legitimitet, autoritet og er nødvendig som vernebekledning. Forslag til endring av tekst andre ledd:

*Kommunen skal sørge for at lege og eventuelt annet helsepersonell som bistår legen har nødvendig ensartet egnet vernebekledning til utrykning. Videre må kommunen organisere transport med tilgjengelig merket bil (evt. båt), med akuttmedisinsk utstyr og fastmontert kommunikasjonsutstyr til bruk når felles utrykning med ambulanse ikke er formålstjenlig.*

Alternativt kan endringen erstattes av en merknad med spesifisering av dette leddet, slik Helsedirektoratet foreslår i sin høringsuttalelse. Det er imidlertid helt nødvendig å sikre at legevakttjenesten og ambulansetjenesten har en felles «utstyrforståelse». Man må ikke risikere at bruk av overvåkningsutstyr og overføring av kliniske data (til og fra legevakt, ambulans og AMK) blir hindret ved at f.eks. kommunene ikke skifter ut sitt utstyr i takt med resten av den akuttmedisinske kjeden. Dette må sikres gjennom en hjemmel i forskriften slik at Helsedirektoratet om nødvendig kan stille krav til slik samordning av utstyr.

For å sikre hjemmel for videre spesifisering av utstyrparagrafen, foreslår Nklm derfor et nytt tredje ledd med følgende tekst (jf. ordlyden i § 19 d) og e):

*Helsedirektoratet kan stille krav til nødvendig utstyr i legevaktordningen, herunder nødvendig utstyr og transportordning for utrykning og sykebesøk, inkludert opplæring.*

### **Kapittel 3 Ambulansetjenesten**

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

I gjeldende forskrift § 15 står følgende:

Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært: a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander

I forslaget til ny forskrift § 10 punkt b) skal helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatte

å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten.

Nklm mener dette innebærer reduserte av krav til kompetansebehov ved undersøkelse av pasient og oppstart av behandling. Den kommunale legevaktordningen blir heller ikke i tekstens utforming direkte knyttet til ambulansetjenesten som en del av det lokale akuttmedisinske beredskap. Dagens formalkrav til autorisasjon som ambulansarbeider gir ikke medisinsk faglig kompetanse til å utføre undersøkelse og starte behandling (ut over klare prosedyrebestemte tilstander). Nklm foreslår derfor å spesifisere nærmere behovet for legekompentanse for de angitte oppgavene, ved å utvide den eksisterende formuleringen til følgende:

*b) å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking i samråd med legevaktlege eller lege fra spesialisthelsetjenesten.*

### **Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste**

#### **§ 12 Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten**

Denne paragrafen har sin parallell i § 14 og tilsvarende er §§ 13 og 15 parallelle. Paragrafenes innhold bør samordnes med tanke på ordbruk og rekkefølge.

Helsedirektoratet påpeker at er nødvendig å definere også nasjonalt legevaktnummer 116 117 som et nasjonalt nødnummer gjennom forskrift. Forskriften må sikre at nødvendige tiltak som opprinnelsesmarkering, posisjonering og oppslag i NRDB-basen. Vi støtter derfor Helsedirektoratets forslag om endring i § 12 bokstav a):

*å etablere .... nasjonalt legevaktnummer, definert som legevaktens nødnummer.*

Departementet skriver i høringsnotatet (side 37) at det er flere hensyn som taler for at kommunen oppretter/beholder et 8-sifret telefonnummer som tillegg til det nasjonale legevaktnummeret. Ved bruk av et lokalt 8-sifret telefonnummer vil innbyggeren kunne komme direkte til én bestemt legevaktsentral. Det kan være situasjoner der pårørende til for eksempel barn og hjelpetrengende eldre har behov for å bistå disse i å kontakte legevakten. Dersom pårørende befinner seg i en annen kommune enn pasienten, vil de ved hjelp av et lokalt 8-sifret telefonnummer kunne nå den LV-sentralen som er nærmest stedet der pasienten befinner seg. Dette kan gi økt trygghet for befolkningen.

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

Nklm mener bestemt at kommunen må tilpliktes et slikt nummer, og at viktige begrunnelser for dette ikke er tatt med i høringsnotatet. Kostnaden med tiltaket er minimal, men det har stor nytteverdi.

Vi er enige at hensynet til pårørende som befinner seg utenfor legevaktdistriktet, er et godt argument. Men viktigere er det at et fast, kjent 8-sifret telefonnummer er et viktig kvalitetssikrende tiltak for helsetjenesten og andre aktører ellers. Det må sikres at man kan komme direkte til operatøren hele døgnet, ikke bare gjennom et administrativt telefonnummer i vanlig kontortid. Mange vil ha stor nytte av å kunne kontakte en spesifikk legevakt direkte. Noen eksempler:

- Fastleger både i og utenfor legevaktdistriktet kan ha behov for å ringe inn opplysninger om enkeltpasienter eller få informasjon om kontakter, diagnoser og behandling gitt ved legevakten.
- Fastleger og leger som deltar i vaktssystemet kan ha behov å ringe til legevakten direkte på sikker måte hvis de befinner seg i randsonen av dekningsområdet og der blir rutet til nabolegevakt ved bruk av 116 117, eller de befinner seg andre steder som på vei til eller fra sykehus, og der bruk av nødnett ikke er nødvendig eller formålstjenlig. Det kan også gjelde en rekke situasjoner der vedkommende ikke har nødnettradio.

- Sykehus og andre helseinstitusjoner kan ha behov for både å gi og få informasjon om pasienter fra legevakter over hele landet. Det kan gjelde helt nødvendige opplysninger av stor helsemessig betydning, medikamentbruk, oppfølging av INR-svar med stor blødningsfare, unormale laboratoriesvar som trenger umiddelbar oppfølging der mange laboratorier bruker legevakten som varslingsenhet utenom vanlig arbeidstid.
- Offentlige etater, som Fylkesmannen, Folkehelseinstituttet (smittevern), Politiet og andre kan ha helt nødvendige behov for å kunne nå en spesifikk legevakt hele døgnet på et telefonnummer som er enkelt tilgjengelig.
- Presse og media kan ha et legitimt behov for å kontakte en spesifikk legevakt hvor som helst og hele døgnet.

Samlet sett mener vi dette uten tvil rettferdiggjør at legevaktsentralen skal ha et kjent og tilgjengelig vanlig 8-sifret telefonnummer. Kravet kan komme som nytt punkt g) til § 12, men kanskje best og mest logisk som punkt b) eller c):

*x) å etablere et fast og offentlig kjent 8-sifret direktenummer til legevaktsentralen*

Vi støtter også Helsedirektoratets forslag om legevaktsentralen skal ha et system for opprinnelsesmarkering:

*x) ha et system for opprinnelsesmarkering*

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

Først synes vi at punkt b) og c) mer logisk kunne bytte plass.

Det er ikke tatt spesifikt med i forskriften at legevakten skal sende epikrise til pasientens fastlege etter henvendelse og/eller behandling ved legevakten. Dette er et svært viktig samhandlingstiltak. Mange akutte tilstander som håndteres av legevakten skal følges opp av fastlegen, enten som avtalt kontroll eller ved forverring eller manglende bedring. Det er derfor avgjørende at nødvendige helseopplysninger fra legevakten oversendes fastlegen, dersom ikke pasienten motsetter seg dette. Selv om det kan utledes fra annet lovverk at legevakten bør holde fastlegen informert via epikrise, trenger man etter Nklms oppfatning både et spesifikt krav om dette og en tidsfrist. Mange legevakter har ordninger for dette i dag, men det bør være et nasjonalt krav til legevakten som må innføres nå. Kostnadene er minimale, da journalsystemene er tilpasset dette allerede.

En slik bestemmelse har ingen helt logisk plassering i forskriftens paragrafer om kommunal legevakt. Men det er ikke problematisk om et slikt punkt legges til § 13 om krav til legevaktsentralene. Vi foreslår derfor nytt punkt f):

*Etter henvendelse, vurdering eller behandling ved legevakten skal det sendes elektronisk epikrise til fastlegen med det samme og senest første virkedag, dersom pasienten ikke motsetter seg det.*



I § 13 fremgår at legevaktsentralene skal

f) bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Sammenlignet med eksisterende forskrift oppfatter Nklm dette som en bevisst svekkelse av krav om kompetanse. «Nødvendig helsefaglig kompetanse» er en beskrivelse av kompetanse som åpner for en svært bred fortolkning av relevant innhold. Her åpnes det opp for at helseforetak og kommuner selv kan bestemme hva som er «nødvendig helsefaglig kompetanse», mens man i ny forskrift burde styrke nasjonale føringer og krav. Både AMK-sentraler og legevaktsentraler benytter Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks) som beslutningsstøtteverktøy ved samtaler på nødtelefonen. Det presiseres derfor at indeks fungerer som støtte til den faglige beslutning om tiltak. Indeks er ikke et algoritmebasert system hvor operatørene blindt følger et JA – NEI system som ender i et forhåndsdefinert tiltak. Fagkyndighet er derfor et bærende prinsipp i nødmeldetjenesten (både LV-sentraler og AMK-sentraler).

§ 15 bokstav g) i forslaget til ny forskrift vil også medføre en betydelig økning i mer kompliserte problemstillinger som operatørene på LV-sentralen må ta stilling til. Allmennt medisinske problemstillinger med hastegradene gul eller grønn vil ofte ha mer kompliserte medisinskfaglige utfordringer ved vurdering av videre behandlingsløp, sammenlignet med klare røde responser.

Nklm er enig med Helsedirektoratets kommentarer på dette punktet. Nklm har i § 8 første ledd spesifisert hva vi mener er nødvendig kompetansegrunnlag for annet helsepersonell enn lege som skal jobbe selvstendig med helsefaglige oppgaver. Dette mener vi også bør gjelde for helsepersonell i legevaktsentralen, med tillegg av minst 3 måneders praksis fra legevakt før alenevakt i legevaktsentral.

Nklm foreslår følgende ny formulering av § 13 f):

*f) bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, minst to års relevant klinisk praksis, samt tre måneders praksis fra legevakt før alenevakt i legevaktsentralen, og gjennomgått opplæringsprogram. Helsedirektoratet kan utarbeide nærmere regler for opplæringens innhold og omfang.*

### **§ 15 Krav til AMK-sentralene**

Vi ber departementet gjennomgå ordlyd og begreper med tanke på samordning, jf. vår kommentar til § 12. For eksempel bør punkt a) i §§ 13 og 15 starte med «*motta og håndtere*».

I følge § 15 bokstav b) skal AMK-sentralene besvare 90 prosent av henvendelsene fra publikum innen 10 sekunder. Nklm mener at «10-sekundersregelen» kan være et mål på kvalitet som er lett å måle, men som samtidig sier lite om kvalitet på nødmeldetjenestens responsevne totalt sett. Nklm mener det er et akuttmedisinsk paradoks at AMK skal ha som krav å

besvare nødtelefoner innen 10 sekunder, mens det samtidig ikke foreligger noe krav om utrykningstider for ambulanser eller legevaktleger.

Nklm ville ideelt sett ønsket responstidskrav i forskriften både for ambulanse og legevaktlege. Men vi erkjenner at det ikke foreligger nødvendige og grundige utredninger og vurderinger av spørsmålet per i dag, med hertil begrunnede forslag til slike responstider. Det blir derfor prematurt å foreslå spesifikke krav i forskriften i denne omgang. Nklm ber likevel departementet vurdere å ta inn en hjemmel i forskriften for slike responstidskrav.

## **Kapittel 5 Funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr**

### **§18 Ansvar**

Vi har ingen kommentarer til innholdet, men paragrafen er formulert på en tung og vanskelig lesbar måte. Det kan løses ved å omformulere og å bruke kortere hele setninger, eller å stryke strekpunktene og la all teksten inngå i en enkelt lang setning.

### **§ 21 Overgangsordninger**

Det er rimelig med en overgangsordning på 5 år før bestemmelsene i § 7 trer i kraft. Betydelige ressurser må mobiliseres for å få etablert kursopplegg for volds- og overgrepshåndtering. I tråd med nytt krav må også legene som verken er i spesialisering i allmenntmedisin eller ferdige spesialister i allmenntmedisin ha akuttmedisinkurs for å ha legevakt. Derfor trengs økte ressurser til dette kurset. I tillegg vil det ta tid å utvikle eget opplegg for akuttmedisinkurs tilpasset annet personale i legevakten, herunder personell i legevaktsentralen. I slike kurs er det avgjørende med mye praktisk trening, jf. kursmal for akuttmedisin for allmenntleger utarbeidet av Nklm. Kursene vil derfor kreve mye utstyr og instruktører.

Som departementet er kjent med, er Helsedirektoratet gitt et oppdrag om å forberede utvikling og gjennomføring av nødvendige kurs etter den nye forskriften, i samarbeid med Nklm. Vi er nå involvert i dette arbeidet, og er interessert i å ta et betydelig ansvar som operativ ansvarlig enhet for å planlegge, pilotere og administrere den nødvendige kursvirksomheten, dersom departementet ønsker det. Nklm mener at det er nødvendig med elementer av e-læringskurs og lokal trening i et optimalt kursopplegg.

### **§ 22 Ikrafttredelse**

Ingen kommentarer.

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

### ***Innsyn etter offentlighetsloven (punkt 5.4.3)***

Forslaget innebærer at lydopptak blir en del av pasientjournalen. Nklm støtter dette, samt Helsedirektoratets kommentarer om at lydlogger er å anse som

interne dokumenter. Nklm mener altså at det må være klare retningslinjer for bruk av lydlogger. Lydlogger bør for eksempel ikke kunne offentliggjøres i media.

Avslutningsvis vil vi igjen berømme departementet for forslaget til ny forskrift, som vi bestemt mener vil gjøre legevakttjenesten kvalitativt bedre, i tråd med det en samlet akuttmedisinsk helsetjeneste har ønsket i mange år. Vi håper departementet vil lese våre kommentarer og forslag til endringer som konstruktive forbedringsforslag, og at de i størst mulig grad kan bli tatt hensyn til i den endelige forskriften.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår  
forskningsleder, professor