



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

**Rundskriv I-5/15**

**30. april. 2015**

**AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN**  
(med merknader til enkelte bestemmelser)



## Innhold

1.	INNLEDNING .....	4
2.	Forskrift.....	4
	Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften).....	4
3.	Merknader til enkelte bestemmelser i akuttmedisinforskriften.....	12
3.1	§ 4 Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester .....	12
3.2	§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning.....	13
3.3	§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv. ....	14
3.4	§ 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell .....	18
3.5	§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten.....	18
3.6	§ 12 Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten.....	19
3.7	§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene.....	21
3.8	§ 19 Krav til teknisk organisering, kravspesifikasjoner og kommunikasjonsprotokoller/grensesnitt og funksjonsgodkjenning.....	22
3.9	§ 20 Oppbevaring av lydopptak.....	23

## 1. INNLEDNING

Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (heretter akuttmedisinforskriften), ble fastsatt 20. mars 2015. Forskriften trer i kraft 1. mai 2015 med unntak av § 13 bokstav a som trer i kraft 1. september 2015.

Rundskrivet inneholder merknader til enkelte av forskriftens bestemmelser.

## 2. FORSKRIFT

### **Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)**

Fastsatt ved kgl.res. 20. mars 2015 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §§ 3-1, 3-2 og 11-1, lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) §§ 2-2 og 6-2, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §§ 4 og 39 og lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) § 7. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Kapittel 1 Generelle bestemmelser**

##### **§ 1 Formål**

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

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

##### **§ 2 Virkeområde**

Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.

##### **§ 3 Definisjoner**

- a) Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking 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.
- b) Med akuttmedisinsk beredskap menes i denne forskriften planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.
- c) Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.

- d) 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 medisinsk nødtelefon (113) inngår.
- e) Med ambulansetjeneste menes i denne forskriften bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikoptre og ambulansfly) som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking.
- f) Med personell i akuttmedisinsk beredskap menes personell ved AMK- og legevaktsentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig- hjelp-funksjon innen somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt.
- g) Med kommunikasjonsteknisk utstyr menes i denne forskriften teknisk utstyr og programvare som inngår i helse- og omsorgstjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap.
- h) Med utstyr for lydopptak menes et system for opptak, avspilling og lagring av muntlig kommunikasjon mellom innringer og AMK- og legevaktsentral.

#### **§ 4 Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester**

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

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

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

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

### **Kapittel 2 Kommunal legevaktordning**

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

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

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

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

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

- a) Legen har godkjenning som spesialist i allmenntilleggsmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- b) Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4. Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.

#### **§ 8** *Kompetansekrav til annet helsepersonell*

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

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstiller kravene i første ledd.

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

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

Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

### **Kapittel 3 Ambulansetjenesten**

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

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter

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

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

#### **§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten**

Ambulansebiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Der det er bare én ambulansarbeider, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

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

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

Ambulansefly skal være bemannet med sykepleier med nødvendig kompetanse. Ambulanse- og redningshelikoptre skal være bemannet med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse.

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

For vikariater av inntil to måneders varighet kan det gjøres unntak fra kravet i første ledd om at begge personene på ambulans bilen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy, dersom det ikke er mulig å skaffe personell som oppfyller disse kravene.

## **Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste**

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

Kommunen har ansvar for

- a) å etablere et døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer
- b) å etablere et fast og offentlig kjent 8-sifret direktenummer til legevaktsentralen
- c) å etablere og drifte døgnbemannet legevaktsentral
- d) å legge til rette for sikker drift av nasjonalt legevaktnummer, blant annet å sørge for alternative svarsteder
- e) å ha et system for sporing/posisjonering av samtaler
- f) å ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen og
- g) å samarbeide med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom legevaktsentralen, den kommunale legevaktordningen, AMK-sentralene og øvrige akuttmedisinske tjenester.

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

Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal

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



#### § 14 *Det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten*

Det regionale helseforetaket har ansvar for

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

#### § 15 *Krav til AMK-sentralene*

AMK-sentralene skal

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

- p) ha reserveløsninger for AMK-sentralenes funksjoner ved svikt.

### **§ 16** *Nærmere om sykehus med akutfunksjoner*

Sykehus med akutfunksjoner er en del av medisinsk nødmeldetjeneste og skal kunne

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

### **§ 17** *Kommunikasjonsberedskap*

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

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

### **§ 18** *Ansvar*

De regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene skal sikre og kunne dokumentere at kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i deres kommunikasjonsberedskap, opplæring i bruken av utstyret, organisering, bruk, drift og vedlikehold av utstyret til enhver tid tilfredsstillende krav fastsatt av Helsedirektoratet.

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

For å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere på en forsvarlig og sikker måte i et landsdekkende nett, jf. § 17, kan Helsedirektoratet fastsette nødvendige krav til teknisk organisering, bruk og vedlikehold av det kommunikasjonstekniske utstyret, kravspesifikasjoner, kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt for slikt utstyr og krav til opplæring i bruk av utstyret.

Dersom det foreligger tvil om kommunikasjonsteknisk utstyr er i samsvar med kravspesifikasjoner eller kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt, kan Helsedirektoratet kreve at utstyret skal funksjonsgodkjennes. Helsedirektoratet gir funksjonsgodkjenning og kan fastsette nærmere prosedyrer for slik godkjenning.

## **Kapittel 6 Krav om oppbevaring av lydopptak**

### **§ 20** *Oppbevaring av lydopptak*

AMK- og legevaktsentralers lydopptak er å anse som en del av pasientens journal. Opptaket skal oppbevares i tre år etter opptaksdato og deretter slettes. Lydopptaket skal likevel ikke slettes der opptaket er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyns-, klage- eller

erstatningssaker, inngår i annen saksbehandling eller opptaket av andre årsaker har verdi som dokumentasjon. Arkivforskriften § 3-18 gjelder tilsvarende.

## **Kapittel 7 Overgangsordninger. Ikrafttredelse**

### **§ 21 *Overgangsordninger***

Krav til grunnkompetanse for lege etter § 7 første ledd skal være oppfylt innen tre år fra forskriften trer i kraft.

Krav til kurs for lege etter § 7 første ledd og til annet helsepersonell etter § 8 første ledd skal være oppfylt innen fem år fra forskriften trer i kraft.

Kompetansekrav til bemanning i ambulanserbiler etter § 11 første ledd skal være oppfylt innen tre år fra forskriften trer i kraft.

### **§ 22 *Ikrafttredelse***

Forskriften, med unntak av § 13 bokstav a, trer i kraft 1. mai 2015.

Forskriften § 13 bokstav a trer i kraft 1. september 2015.

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

### 3. MERKNADER TIL ENKELTE BESTEMMELSER I AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN

#### 3.1 § 4 Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester

##### *§ 4 Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester*

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

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

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 stiller krav om at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Tilsvarende krav stilles også til de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til avtalenes innhold. Et av punktene er at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevakttjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet.

Virksomhetsledelsen skal påse at personellet får nødvendig opplæring og trening i egne arbeidsoppgaver, og skal sikre at det gjennomføres regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater.

Forskriften § 6 bokstav c stiller også krav til legevaktordningen om å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

### 3.2 § 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

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

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

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

Kommunal legevaktordning består av legevaktsentral, ett fast/nasjonalt legevaktnummer og lege(r) i vaktberedskap. Disse funksjonene skal ivaretas gjennom hele døgnet. Kommunen må sikre at det til enhver tid er tilstrekkelig legebemanning. Kommunen kan organisere legevaktordningen på flere måter, men må sørge for at minst én lege er tilgjengelig på vakt hele døgnet. Kravet til forsvarlig virksomhet kan i noen situasjoner innebære at det må være mer enn én lege på vakt, og generelt må legebemanningen vurderes slik at beredskapen til enhver tid blir ivaretatt.

Med hele døgnet menes 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Det oppstår ofte uklarhet om ansvaret på dagtid, fordi fastlegene har ansvar for øyeblikkelig hjelptilbudet til sine egne listeinnbyggere i kontortiden (jf. merknad til bokstav b under).

Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. Disse vil da utgjøre et legevaktdistrikt. Et legevaktdistrikt kan ha én eller flere legevaktstasjoner. Hvert legevaktdistrikt skal være tilknyttet en legevaktsentral (LV-sentral). Den kommunale legevaktordningen skal kunne yte akuttmedisinsk hjelp ved så vel somatiske som psykiske og rusrelaterte sykdommer/lidelser.

Kommunens organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehus. LV-sentralen har ansvar for å håndtere henvendelser og sikre kontakt med lege om nødvendig.

Det vises også til § 4 Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester med merknader.

#### *Bokstav b*

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

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

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

#### *Bokstav c*

Kommunens ansvar innebærer blant annet å sørge for at lege og/eller annet helsepersonell umiddelbart er i stand til å rykke ut når det er nødvendig for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp. Kommunen må sørge for en forsvarlig transportordning.

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

### **3.3 § 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.**

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

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

- a) Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- b) Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som

allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4. Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.

#### *Første ledd*

Legevaktmedisin er primært allmennmedisin og bør i hovedsak utøves av kvalifisert allmennlege/fastlege. Kommunen må påse at legen har nødvendig erfaring fra og kunnskap om legevaktområdet.

Kompetansekrav til lege som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, består av krav til grunnkompetanse (godkjenning som allmennlege), inkludert relevant praksis, og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. For å få godkjenning som allmennlege i Norge må en lege oppfylle ett av disse alternativene:

- være spesialist i allmennmedisin
- ha gjennomført tre år med veiledet tjeneste
- ha allmennlegebevis fra et annet EØS-land

Legevakt er en beredskapstjeneste og krever spesifikk kompetanse utover generell grunnkompetanse. Lege i vakt skal derfor i tillegg til grunnkompetanse ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

#### *Bokstav a*

Spesialist i allmennmedisin kan ha selvstendig legevakt. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Spesialist i allmennmedisin utdannet og/eller resertifisert etter 1. januar 2012 har gjennomgått obligatorisk emnekurs i akuttmedisin som del av utdanningen.

#### *Bokstav b*

Følgende leger kan også ha selvstendig legevakt:

- Leger som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav a jf. § 8 (se under for hvordan veiledet tjeneste kan gjennomføres, dvs. hvilke leger som omfattes).

- Leger som praktiserte selvstendig som allmennleger med rett til trygderefusjon da kravet om tre års veiledet tjeneste fra 1. januar 2006 ble innført, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 11 fjerde ledd.
- Leger som er godkjente allmennleger i andre EØS-land, jf. forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits) § 10, jf. § 3.

Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) som godkjenner allmennleger etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger og etter forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits.

Veiledet tjeneste skal sikre at leger gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig praktisk erfaring til å kunne utføre selvstendig allmennlegevirksomhet på en forsvarlig måte. Tjenesten skal være pasientnær og praktisk rettet.

Veiledet tjeneste kan gjennomføres på ulike måter – i turnus, i stilling i den kommunale allmennlegetjenesten (dvs. i stilling som fastlege eller ved legevakt), i stilling i helseforetak hvor legen er under spesialisering (LiS) eller som vernepliktig militærlege, jf. § 4 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. For å få godkjent veiledet tjeneste, må alle leger gjennomføre obligatorisk opplæring i ”utvalgte emner”, jf. § 5 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Kursene omhandler emner som er relevante for arbeidet som allmennlege og inneholder for øvrig pasientbehandling, legevaktarbeid, trygdemedisin, takstbruk, forskrivning av legemidler, drift av praksis og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Den obligatoriske opplæringen må være dokumentert av henholdsvis kommunen, for tjeneste som er gjennomført der, eller av helseforetaket for tjeneste som er gjennomført mens legen er under spesialisering i sykehus (jf. §§ 6 og 8 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger). Se nærmere i rundskriv I-3/2015 ”Veiledet tjeneste for allmennleger”.

Leger med godkjent veiledet tjeneste må i tillegg enten ha arbeidet minimum ett år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller ha gjennomført minimum 40 legevakter. Denne praksisen kan de ha gjennomført som del av den veiledelede tjenesten og/eller etter at de har fått godkjenning som allmennlege. En stor del av legene vil ha gjennomført slik praksis når de får godkjenning som allmennlege. Dette betyr blant annet at en lege som arbeider som fastlege og har godkjenning som allmennlege basert på tre års veiledet tjeneste, kan ha selvstendig legevakt.

Med godkjent legevakt i denne sammenheng menes både der legen er til stede i aktiv vakt, og der vaktlegen har beredskapsvakt i eget hjem med eventuell utrykning til legekontor, sykebesøk eller annen utrykning. Det kan kun telles én legevakt per døgn. Vakten skal ha en varighet på minst seks timer. Vaktlegen må føre oversikt over vakter og få disse dokumentert av kommunen/leder av legevakten.



Spesialister i andre medisinske fag enn allmenntmedisin med godkjenning som allmennlege og leger som er godkjente som allmennlege på bakgrunn av gjensidighetsavtale, må ofte ha noe mer praksis fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten før de oppfyller tilleggskravet.

Norsk turnustjeneste inneholder seks måneders praksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt. For eksempel kan spesialister i andre fag enn allmenntmedisin med godkjenning som allmennlege, som har gjennomført norsk turnustjeneste med seks måneders veiledet tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, arbeide ytterligere seks måneder i kommunen som et alternativ til 40 legevakter for å oppfylle tilleggskravet.

Leger som ikke har gjennomført norsk turnustjeneste, må kunne dokumentere at de har annen praksis fra legevakt eller kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Et annet tilleggskrav er at legen må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Helsedirektoratet vil gi nærmere informasjon til kommunene om dette tilleggskravet.

#### *Andre ledd*

Med bakvakt menes lege som er tilgjengelig på nødnettradio for råd og veiledning, og som kan rykke ut om nødvendig.

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

Turnusleger/nyutdannete leger med autorisasjon skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn. Det er ikke tilstrekkelig ut fra forsvarlighetskravet at en bakvakt for turnuslege bare er tilgjengelig på telefon eller helseradio/nødnett. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig. Dette betyr at turnuslegene fortsatt skal kunne være med blant dem som har faste vakter, men med bakvakt i beredskap.

Vikarleger som ikke oppfyller kompetansekravene i § 7 første ledd, må ha bakvakt som må kunne rykke ut når det er nødvendig.

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

#### *Tredje ledd*

På bakgrunn av henvendelse fra kommunen kan fylkesmannen gjøre unntak fra kompetansekrav etter første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som skal vikariere inntil to måneder i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt i kommuner der det

ikke er mulig å skaffe nok kvalifiserte leger. Legen må ha gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Dette innebærer at leger utdannet i Norge som har gjennomført norsk turnustjeneste kan ha legevakt uten bakvakt i kortvarige vikariater. Begrunnelsen for å åpne for unntak er hensynet til rekruttering av leger til små- og utkantkommuner. Det vises i denne sammenheng til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 tredje ledd og rundskriv I-3/2015 ”Veiledet tjeneste for allmennleger”.

Det kan ikke gjøres unntak fra kompetansekravene for lege som har bakvakt. Kommunen må, eventuelt i samarbeid med annen kommune, som et minimum sørge for at det er tilgjengelig kvalifisert lege i bakvakt i legevaktsentral. Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 Samarbeid mellom kommuner, som åpner for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

### 3.4 § 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

#### *§ 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell*

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

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstillende kravene i første ledd.

#### *Første ledd*

Helsedirektoratet vil gi nærmere informasjon til kommunene om kravet til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

### 3.5 § 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten

#### *§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten*

Ambulansebiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Der det er bare én ambulansarbeider, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

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

Ambulansebåter som yter ambulansetjenester skal i tillegg til båtfører være bemannet

med minst én person med autorisasjon som ambulansearbeider.

Ambulansefly skal være bemannet med sykepleier med nødvendig kompetanse. Ambulanse- og redningshelikoptre skal være bemannet med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse.

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

For vikariater av inntil to måneders varighet kan det gjøres unntak fra kravet i første ledd om at begge personene på ambulansebilen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy, dersom det ikke er mulig å skaffe personell som oppfyller disse kravene.

#### *Første ledd*

Kravet om at det skal være minst to personer som bemanner ambulanserbiler, og at minst én må være ambulansearbeider, eventuelt at det er én ambulansearbeider og én person med autorisasjon eller lisens som helsepersonell, innebærer at lærlinger ikke lengre kan være den andre personen på ambulansebilen. Når lærlinger skal bemanne ambulanserbiler må det være som den tredje personen.

Det er i § 21 tredje ledd om overgangsordninger gitt en overgangsordning på tre år for kravet i dette leddet.

#### *Sjette ledd*

Når det ikke er mulig for en virksomhet å skaffe kompetent personell etter første ledd, må vurderingen av om det skal gjøres unntak fra kravet om at begge personene på ambulansebilen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy avgjøres av virksomhetsledelsen.

### **3.6 § 12 Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten**

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

Kommunen har ansvar for

- a) å etablere et døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer
- b) å etablere et fast og offentlig kjent 8-sifret direktenummer til legevaktssentralen
- c) å etablere og drifte døgnbemannet legevaktssentral
- d) å legge til rette for sikker drift av nasjonalt legevaktnummer, blant annet å sørge for

alternative svarsteder

- e) å ha et system for sporing/posisjonering av samtaler
- f) å ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen og
- g) å samarbeide med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom legevaktsentralen, den kommunale legevaktordningen, AMK-sentralene og øvrige akuttmedisinske tjenester.

#### *Bokstav a*

Kommunen skal etablere et 8-sifret telefonnummer med et tilstrekkelig antall telefonlinjer (minimum to) som skal utgjøre basis for funksjonaliteten til nasjonalt legevaktnummer 116117. Kommunen må ut fra lokale forhold vurdere hvor stor telefonkapasitet det er behov for. Det skal søkes å unngå opptatt eller sperr på telefonlinjer til LV-sentral. Alternativt må flere LV-sentraler samarbeide ved behov.

Kravet omfatter alle kommuner, også kommuner som i dag har interkommunalt samarbeid om LV-sentral med felles telefonnummer til sentralen. Hver enkelt kommune må ha et underliggende, 8-sifret telefonnummer for kobling til 116117.

#### *Bokstav b*

Kommunen skal ha et fast, lokalt og offentlig kjent 8-sifret telefonnummer til LV-sentralen som supplement til 116117. Dette gir både innbyggere, fastleger, annet helsepersonell, sykehus med flere mulighet for å ringe direkte til en bestemt LV-sentral, selv om de befinner seg utenfor dennes dekningsområde. Kontakt med en bestemt LV-sentral kan for eksempel være aktuelt dersom en person/pårørende ønsker å kontakte legevakten på vegne av barn, eldre og andre som befinner seg i det aktuelle legevaktdistriktet, eller der helsepersonell har behov for å gi/få informasjon om enkeltpasienter fra en bestemt LV-sentral.

Automatisk ruting til LV-sentral vil kun skje når innringer benytter 116117 og da til den LV-sentralen som er nærmest innringer. Teknisk sett kan ikke det 8-sifrete nummeret som ligger til grunn for kobling til 116117 være det samme som benyttes for å komme direkte til en bestemt LV-sentral. Av hensyn til forsvarlighet i tjenesten må derfor kommunen opprette et ekstra 8-sifret direktenummer til LV-sentralen.

#### *Bokstav c*

Kommunen kan drifte LV-sentralen alene eller inngå samarbeid med andre kommuner om felles drift av denne. LV-sentralen skal primært ha døgnkontinuerlig drift på samme lokalisasjon/svarsted, men kan unntaksvis samarbeide med annen LV-sentral deler av døgnet. Den enkelte kommune er likevel ansvarlig for sin del av legevaktsentraldriften.

#### *Bokstav d*

Kommunen skal legge til rette for at LV-sentralen kan håndtere henvendelser hele døgnet via et nasjonalt legevaktnummer (jf. § 12 a) og et eget 8-sifret direktenummer (jf. § 12 b).

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

Som det fremgår av § 22, vil ikke plikten til å håndtere henvendelser via nasjonalt legevaktnummer 116 117 tre i kraft før 1. september 2015. Nasjonalt legevaktnummer skal innføres samtidig i alle kommuner. Helsedirektoratet vil i god tid før innføringen gi nødvendig informasjon til alle kommuner og legevaktsentraler.

#### *Bokstav 12 e*

Posisjonering av innringer og sporing av samtaler bygger på abonnementsopplysninger som gis av aktuell telefonleverandør. Ved innføring av nødnettutstyr i LV-sentralene, vil dette komme frem i skjermbildet hos LV-sentraloperatør. Helsedirektoratet vil gjennom informasjon til kommunene spesifisere nærmere hva kravet om system for sporing/posisjonering av samtaler må innebære.

### **3.7 § 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene**

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

Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal

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

#### *Bokstav b*

LV-sentralen må kunne sette over innringer som blir rutet til feil svarsted/LV-sentral, til riktig LV-sentral.

LV-sentral som mottar feilrutet oppringning til 116117, har plikt til å orientere seg om problemstilling og gjøre en vurdering av pasientens behov for helsehjelp inkludert hastegrad. Dersom det er særlig hast, eller innringer er i en tilstand der vedkommende har spesielt behov for hjelp, skal en LV-sentraloperatør fortsette/delta i samtalen frem til ny operatør overtar.

Ved øyeblikkelige hjelphenvendelser skal innringer overføres til den LV-sentralen som betjener det området som innringer befinner seg i. Ved akuttmedisinske situasjoner skal LV-sentralen kunne konferansekoble innringer til AMK-sentral. En LV-sentraloperatør skal delta i samtalen frem til AMK-sentraloperatøren overtar.

#### *Bokstav c*

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

#### *Bokstav d*

Kravet til svartid er det samme som til fastlegekontorene, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21.

#### *Bokstav f*

Det er lagt til grunn at operatører av legevaktsentraler som i dag ikke har utdanning på bachelornivå, men som ellers oppfyller krav til erfaring, gradvis vil erstattes av personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå. Departementet vil vurdere behovet for en nærmere spesifisert overgangsperiode på dette området, og eventuelt komme tilbake til dette gjennom en endring i forskriften.

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

Kapittel 5 om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr er i all hovedsak en videreføring og forenkling av bestemmelsene i forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap.

### **3.8 § 19 Krav til teknisk organisering, kravspesifikasjoner og kommunikasjonsprotokoller/grensesnitt og funksjonsgodkjenning**

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

For å sikre at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den

akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisere på en forsvarlig og sikker måte i et landsdekkende nett, jf. § 17, kan Helsedirektoratet fastsette nødvendige krav til teknisk organisering, bruk og vedlikehold av det kommunikasjonstekniske utstyret, kravspesifikasjoner, kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt for slikt utstyr og krav til opplæring i bruk av utstyret.

Dersom det foreligger tvil om kommunikasjonsteknisk utstyr er i samsvar med kravspesifikasjoner eller kommunikasjonsprotokoller og grensesnitt, kan Helsedirektoratet kreve at utstyret skal funksjonsgodkjennes. Helsedirektoratet gir funksjonsgodkjenning og kan fastsette nærmere prosedyrer for slik godkjenning.

Krav som fastsettes med hjemmel i § 19 vil som regel være forskrifter etter forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav c. Bestemmelsene i forvaltningsloven kapittel VII kommer til anvendelse for fastsettelse av slike forskrifter. Forslag til tekniske regler skal etter EØS-høringsloven § 4 meldes til EFTAs overvåkningsorgan.

### 3.9 § 20 Oppbevaring av lydopptak

#### § 20 *Oppbevaring av lydopptak*

AMK- og legevaktsentralers lydopptak er å anse som en del av pasientens journal. Opptaket skal oppbevares i tre år etter opptaksdato og deretter slettes. Lydopptaket skal likevel ikke slettes der opptaket er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyns-, klage- eller erstatningssaker, inngår i annen saksbehandling eller opptaket av andre årsaker har verdi som dokumentasjon. Arkivforskriften § 3-18 gjelder tilsvarende.

Første setning fastslår at AMK- og legevaktsentralers lydopptak er å anse som pasientens journal. Det medfører at de generelle regler om pasientjournal vil komme til anvendelse.

Innsynsrett i pasientjournal fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1, jf. helsepersonelloven § 41. Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 fastslår at pasienten og brukeren har rett til innsyn i journalen sin med bilag og etter særlig forespørsel rett til kopi. Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasient eller brukers død, om ikke særlige grunner taler imot det.

Relevant og nødvendig informasjon om pasienten vil som oftest være registrert i "hovedjournalen" på samme måte som informasjon fra andre fagspesifikke systemer. En generell henvendelse om innsyn i egen pasientjournal kan derfor ivaretas ved at det gis innsyn i "hovedjournalen" og informasjon til pasienten om at nødvendig informasjon fra lydopptaket er nedtegnet i journalen. Dersom pasienten ber om det, har han eller hun også rett til innsyn i /avspilling av lydopptaket.

I merknaden til pasientjournalforskriften § 11 fremgår at når en pasient ber om innsyn, kan det i en del tilfeller være naturlig at helsepersonell tilbyr seg å gå gjennom journalen sammen med pasienten. Lydopptaket gir ikke nødvendigvis et fullstendig bilde av hendelsesforløpet. Innsyn bør derfor som hovedregel gis i form av adgang til å lytte til lydopptaket i AMK- eller legevaktsentralen. Dette for å supplere lydopptaket, eksempelvis for å forklare ord og uttrykk som er benyttet eller for å gi annen utfyllende og relevant informasjon som ikke fremgår av lydopptaket. Innsyn kan også gis som utskrift av lydopptaket.