



KoKom,
Nasjonalt kompetansesenter for helse-
tjenestens kommunikasjonsberedskap

KoKoms hovedoppgave er å
monitorere og videreutvikle medisinsk
nødmeldetjeneste i Norge

DOKUMENT / RAPPORT

TITTEL

FENN-rapporten
og helsetjenesten

En utredning om helsetjenestens faglige og organisatoriske
behov sett i relasjon til FENN-rapportens anbefalinger

Postadresse: Det hvite hus
Haukelandsbakken 9
5009 Bergen

Besøksadresse: Haukelandsbakken 9

Telefon: 55 38 99 30
55 38 99 31
Web: www.kokom.no
E-post: post@kokom.no

FORFATTAR (AR): (alfabetisk)

Egil Bovim og Bente Ohnstad (del 2)

Layout/red.
KoKom

OPPDRAGSGJVEVAR(AR):
Sosial- og helsedirektoratet

DELRAPPORT

RAPPORTNR.

ISBN 978-82-996335-7-4

ISBN 82-996335-7-5

OPPDRAGSGJVEVAR SIN REF.

PROSJEKTLEIAR
Egil Bovim

PROSJEKTNR.
250053

GRADERING
Open

DATO:
18.12.2006

SIDETAL OG BILAG
36 sider

FORSIDEILLUSTRASJON
Helse-Bergen

SAMANDRAG:

Denne rapporten gir ei oversikt over dei helsefagleg/ organisatoriske og juridiske konsekvensane dersom FENN-rapporten sine tilrådingar vert følgde. Første del av rapporten handsamar dei helsefagleg/ organisatoriske konsekvensane, andre del tek føre seg dei juridiske konsekvensane.

DEL 1 FENN-rapporten og helsetjenesten.....	2
1. Innledning.....	2
2. Rapportens bakgrunn og mandat.....	2
2.1. Medisinsk nødmeldetjeneste	3
2.2. Respons, hastegrad og fagkyndighet.....	5
2.3. Nødnettprosjektet	6
2.4. Fenn-rapporten	7
2.4.1. Fenn-rapportens modeller	8
2.4.2. Fenn-rapportens anbefaling.....	10
3. Helsefaglig og organisatoriske vurderinger av FENN-rapportens anbefalinger.....	11
3.1. Innføring av 112 som eneste nødnummer i Norge.....	11
3.2. Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.....	12
3.3. Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.....	14
3.4. Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.....	14
3.5. Andre tiltak.....	15
DEL 2 Valg av løsninger med hensyn til forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten sett i lys av bestemmelsene om helsepersonells taushetsplikt.....	17
1. Mandat og sammendrag	17
2. Lovgrunnlag	18
2.1. Generelt om taushetsplikten	19
2.2. Taushetsplikten og dens begrunnelse	19
2.3. Lovbestemte unntak fra taushetsplikten.....	22
2.4. Særskilt om opplysninger fra helsepersonell til politi.....	24
2.5. Straffeloven § 139	25
2.6. Andre lovbestemte unntak for så vidt gjelder legers og annet helsepersonells opplysningsplikt til politiet.....	26
2.7. Nærmere om nødssituasjoner	26
3. Andre lovbestemmelser.....	29
3.1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	29
3.2. Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap	30
4. Oppsummering taushetsplikt.....	31
5. Alternative løsninger	31
5.1. Alternativ 0 Dagens modell.....	31
5.2. Alternativ 1 Felles formidlingstjeneste	31
5.3. Alternativ 2 Felles håndtering av nødanrop	32
5.4. Alternativ 3 Felles nødmeldesentral.....	32
5.5. Sammenfatning og konklusjon.....	33
6. Anbefalinger.....	35

DEL 1 FENN-rapporten og helsetjenesten.

1. Innledning

Akutt sykdom, skade eller akutt forverring av sykdom kan oppstå når som helst og hvor som helst og gir helsetjenesten store utfordringer. Meldinger til nødnummer 113 om slike hendelser må håndteres raskt og adekvat i forhold til hvordan situasjonen oppfattes av helsepersonellet på AMK-sentralen (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral). Rådgivning skal gis, nødvendige ressurser varsles og situasjonen skal følges og overvåkes, helt til den skadelidende har kommet under betryggende behandling.

Helsetjenesten har grunn til å være stolt av arbeide med medisinsk nødmeldetjeneste. Det er snart 30 år siden overlege Paul F. Forstrønen lanserte Hordalandsmodellen og etablerte landets første AMK-sentral ved Haukeland sykehus. Hordalandsmodellen er et system for mottak av nødmeldinger som er integrert i helsetjenesten. Ideen er at publikum skal ha direkte tilgang til helsefaglig ekspertise når det er behov for det. Videre inkluderer modellen et system for intern kommunikasjon med de deler av helsetjenesten som til enhver tid trenger å være involvert. Med bakgrunn i de erfaringer og ideer Paul Forstrønen utviklet ved Haukeland sykehus ble ”et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp” forskriftsfestet i 1990. Medisinsk nødmeldetjeneste har siden pionerarbeidet på Haukeland sykehus blitt videreutviklet og forbedret, men grunnprinsippet om at medisinsk nødmeldetjeneste skal være en integrert del av helsetjenesten har festet seg sterkt både hos befolkning og de som arbeider innenfor akuttmedisinen.

En tilsvarende utvikling av den vi har hatt i helsetjenesten med Hordalandsmodellen har også funnet sted i de andre nødetatene (Brann og Politi). Dette har ført til at vi i hadde fått tre ulike nødnumre og et forholdsvis høyt antall nødmeldesentraler. Separate nødmeldesentraler og organisering av tjenestene forøvrig har ført til utfordringer i samarbeidet mellom etatene i hendelser som krever felles innsats. Dette var bakgrunnen for at det ble satt ned et utvalg og utarbeidet en rapport om Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten i Norge (FENN-rapporten). For nærmere omtale vises til kapittel 2.4.

I utgangspunktet kan det synes logisk at det er enklere å ha ett felles nødnummer enn separate numre til hver etat. Det viser seg imidlertid når man går mer nøye inn i materien at dagens system med direkte tilgang til den nødetat som er ønsket, uten innblanding fra andre, både kan være tidsbesparende, og i noen tilfeller kan oppleves som nødvendig av innringer. I denne rapporten forsøker vi å vise hvordan og i hvilken grad disse fordelene med dagens system kan videreføres dersom FENN-rapportens forslag blir vedtatt.

2. Rapportens bakgrunn og mandat

FENN-rapportens forslag om innføring av ett nødnummer i Norge og en felles nødmeldesentral for brann, politi og helse er en dramatisk endring av ideologi og systemtenkning innenfor dagens nødmeldetjeneste. Med bakgrunn i faktabeskrivelse av etablerte systemer for håndtering av nødmeldinger i Danmark, Finland og Storbritannia

kommer FENN-rapporten med klare anbefalinger, men få utredninger av konsekvenser dersom forslaget blir vedtatt. Dette prosjektet skal vurdere behovet for eventuelle tiltak som bør iverksettes dersom det foretas endringer i tråd med anbefalingen i FENN-rapporten.

Utredning vil i særlig grad være rettet mot:

- ✓ i hvilken grad helsefaglig og organisatoriske behov er ivaretatt.
- ✓ utarbeide forslag til eventuelle korrigerende tiltak, opplæringsbehov etc. som må på plass for at forslagene skal fylle helsefaglige og organisatoriske behov.

Utredningen skal også drøfte FENN-rapportens anbefalinger i forhold til de føringer og beslutninger som er fattet gjennom Nødnettprosjektet.

2.1. Medisinsk nødmeldetjeneste

De formelle kravene til medisinsk nødmeldetjeneste er nedfelt i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars 2005. Medisinsk nødmeldetjeneste skal være et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten

Gjennom den medisinske nødmeldetjenesten skal befolkningen sikres direkte kontakt med helsetjenesten og at helsetjenesten har et nødvendig kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av nødmeldinger internt i helsetjenesten.

De bærende elementene i systemer er:

- Medisinsk nødnummer, 113
- Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler, AMK-sentraler
- Kommunale legevaktsentraler, LV-sentraler
- Felles kommunikasjonstjenester

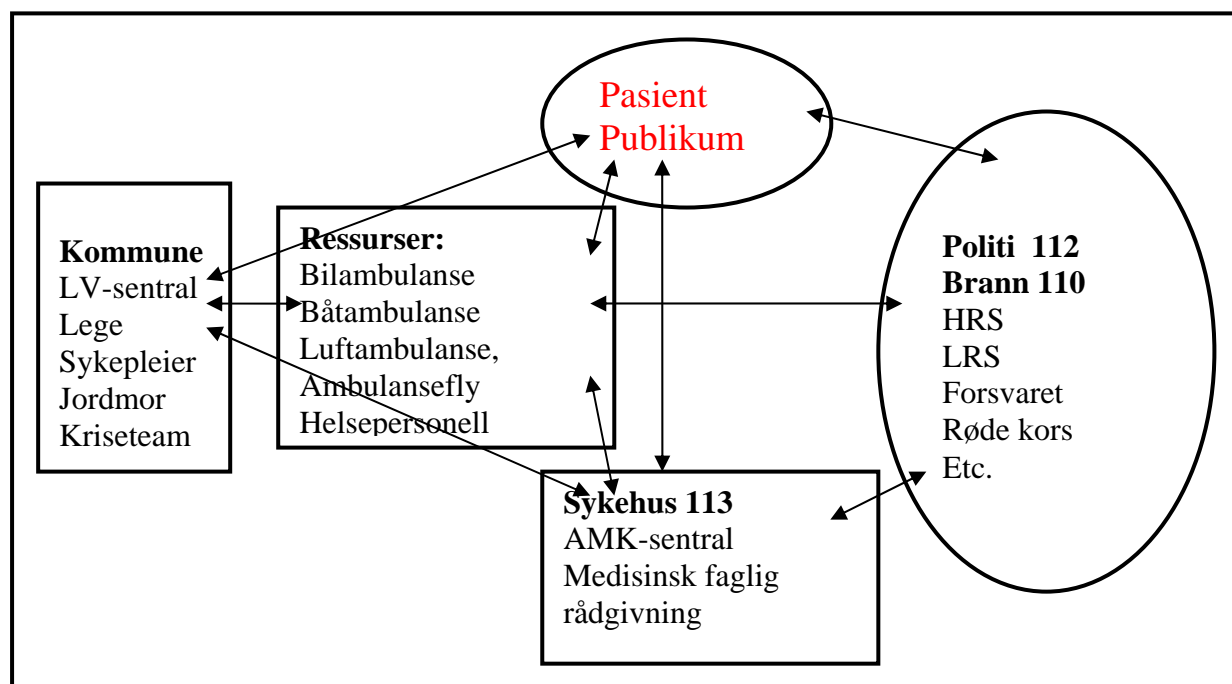
I henhold til forskriften skal AMK-sentralene motta og håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand gjennom det til enhver tid gjeldende medisinske nødnummer (113). ”AMK-sentralene skal prioritere, iverksette, gi medisinsk faglig råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningsentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørte.” (§9) AMK-sentralene skal styre og koordinere bil, båt og luftambulansse.

De kommunale legevaktsentralene (LV-sentralene) skal motta og håndtere henvendelser via et fast legevaktsnummer innenfor et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser. LV-sentralene skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen og ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjonen.

Den medisinske nødmeldetjenesten er en integrert del av i helsetjenesten, og basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at befolkningen i akuttmedisinske situasjoner skal sikres direkte kontakt med medisinsk personell.

Den medisinske nødmeldetjeneste finansieres primært gjennom de generelle rammeoverføringene til kommunene og de regionale helseforetakene. Et mindre kronebeløp knyttet til radiofrekvensavgifter dekkes direkte av statlige helsemyndigheter.

Medisinsk nødmeldetjeneste er skjematisk vist i figuren.



Publikums vei inn i dette systemer er primært gjennom nødnummer 113 til AMK-sentralen eller via den kommunale LV-sentralen. Den medisinske nødmeldetjenestens (AMK og LV-sentraler) funksjon som integrert i den helhetlige helsetjenesten illustreres ved de to følgende tilfellene

Case 1

Kvinne gravid i 7 måned på hyttetur som får steke magesmerter. Hun finner ikke telefonnummeret til den kommunale legevakten og ringer tilslutt til AMK-sentralen. AMK setter over samtalen til riktig LV-sentral som varsler vakthavende lege. Etter å ha snakket med kvinnen beslutter vakthavende lege å ta turen opp til kvinnen. LV-sentralen varsles om dette og siden legen er alene i distriktet og kjøretiden til pasienten ca. 50 minutter, til dels uten radiodekning, blir LV-sentralen bedt om å varsle tilliggende LV-sentral og kommunens hjemmesykepleier om situasjonen. Etter å ha undersøkt kvinnen og konsultert vakthavende lege på nærmeste fødeavdeling, blir det bestemt at pasienten skal legges inn på sykehus. Legen kontakter AMK for å rekvirere ambulanse og bestemmer seg for å være med under transporten til sykehuset. Mens pasienten og legen venter på ambulansen blir kvinnen dårligere og det tages ny kontakt med AMK for å rekvirere ambulanshelikopter. Helikoptret

er ute i et annet oppdrag og vakthavende lege på AMK må foreta en prioritering. De blir enig om at helikoptre skal gjøre ferdig det andre oppdraget, men det planlegges for en eventuell helikoptertransport etter at det første oppdraget er fullført. Ambulansen ankommer og transporten som vil ta ca 90 minutter starter. Etter kort tid i ambulansen må bilen redusere farten fordi kvinnen blir dårligere og veien er elendig. Ambulansepersonellet/legen kontakter på nytt AMK og ber om at luftambulansen møter bilambulansen og at de tar med seg en kuvøse. Etter 12 minutter lander helikoptret, pasienten får først ytterligere behandling i bilen før helikoptertransporten til sykehuset starter. Fra helikoptret blir AMK bedt om å varsle nødvendig ressurs på sykehuset. Ambulansen kjører legen tilbake til den kommunale legevakten, og LV-sentralen varsler hjemmesykepleien og tilleggende LV-sentral om at legen nå er tilbake i sitt distrikt

Case 2

To unge gutter er ute og sykler. Den en velter i en utforkjøring, slår hodet i en mur og blir funnet av den andre syklisten med et kutt i hodet og i bevisstløs tilstand. Det ringes til 113 som umiddelbart varsler ambulanse. Siden kjøretiden for ambulansen er kort og hendelsen skjer i en by varsles ikke den kommunale legevakten. AMK holder kontakt med innringer, overvåker situasjonen og veileder i prosedyrer med hensyn til frie luftveier. Når ambulansen ankommer er pasienten bevisst men omtåket. Etter konferering mellom ambulanse og AMK blir det besluttet å transportere pasienten til den kommunale legevakten for nærmere undersøkelse. AMK varsler den kommunale legevakten om pasienten.

2.2. Respons, hastegrad og fagkyndighet

Akuttmedisinens viktigste oppgave er å hindre en for tidlig død og begrense helseskade. Helsetjenestens reaksjon på akutt sykdom eller skade er en funksjon av alvorlighet og hastegrad. Responsen eller aksjonen som igangsettes ved akutte oppståtte situasjoner vil avhenge av hendelsens eller sykdommens alvorlighetsgrad i øyeblikket, sykdommens eller hendelsens utvikling over tid og omliggende faktorer som for eksempel hvor sykdommen eller hendelsen har oppstått.

Akuttmedisinske hendelser kan virke skremmende og truende for de som er oppe i situasjonen, men medisinsk sett behøver ikke hastegraden å være av avgjørende betydning i forhold til det å redusere skade eller hindre død. Et benbrudd kan, avhengig av pasientens allmenntilstand, tid og sted, godt vente noen timer før behandling iverksettes, mens hendelser som truer kroppens oksygentilførsel ofte må behandles i løpet av noen få minutter for å hindre alvorlige skader eller død. Med begrensede ressurser til rådighet er en helsefaglig vurdering, prioritering, iverksetting tiltak og medisinsk faglig råd og veiledning til innringer av stor betydning for pasienten. Mens det kan være enkelt å identifisere og prioritere åpenbart akutte tilstander som hjertestans og omfattende skadetilfeller, er det mer krevende å skulle prioritere diffuse symptombeskrivelser som både kan være tegn på tilstander som krever øyeblikkelig innsats, og tilstander som kan vente til neste dag. Et eksempel vil være magesmerter, som det er krevende å tolke, ikke minst over telefon.

Innenfor den medisinske nødmeldetjenesten opereres det med mange faktorer som hver for seg eller til sammen er viktige for resultatet. Tidligvarsling er et av disse kriteriene slik at

tiden det tar fra en sykdom eller skade oppstår til pasienter er under profesjonell behandling blir kortest mulig. Mange som rammes av sykdom eller skade undervurderer selv symptomene og tar ofte for sent kontakt med helsetjenesten (pasientforsinkelse). På den andre siden kan leger eller annet helsepersonell overse symptomer eller feilbedømme sykdomsbilde slik at pasienten kommer for sent under behandling (legeforsinkelse).

I enkelte akuttmedisinske situasjoner må det handles umiddelbart. Det å lykkes i slike situasjoner er ofte helt avhengig av pårørendes eller tilfeldig publikums reaksjon og handlingsmåte. Mange har noe kunnskap om førstehjelp, men vegrer seg for å handle. Det å kunne få kontakt med en AMK-sentral, som kan gi trygghet og veiledning i en stresset situasjon, kan være avgjørende for liv eller død.

2.3. Nødnettprosjektet

Stortinget besluttet i desember 2004 at det skal etableres et nytt, digitalt radiosambandssystem for landets brannvesen, for politiet og for helsetjenesten. Effektiv og livreddende innsats i alle situasjoner krever et forutsigbart og moderne kommunikasjonssystem med hensiktsmessig funksjonalitet, dekning og tilstrekkelig kapasitet. Deler av dagens analoge sambandssystem er over 30 år gammelt og har store mangler i forhold til hva etatene trenger. I tillegg har Datatilsynet pålagt nødetatene å sørge for tilfredsstillende sikring av radiosambandet for å hindre avlytting. For å høyne både publikums og brukernes sikkerhet, skal dagens analoge sambandssystemer erstattes med et nytt digitalt felles nødnett for de tre etatene.

Den digitale teknologien som benyttes muliggjør at etatene kan kommunisere på tvers samtidig som de kan kommunisere internt som om de hadde sitt eget separate nett. Første nødetat på et oppdrag kan opplyse de andre om hva som er i vente, noe som vil lette arbeidet for skadestedsledelsen og bedre muligheten for effektiv koordinering. Dette er viktig på oppdrag som krever samhandling mellom brukere fra ulike etater og distrikt. I det nye digitalt nødnettet kan helsetjenesten selv definere grupper og kommunisere i ”eget” lukket nett.

Det nye digitale nødnettet vil bli avlyttingssikkert. Helsetjenesten i oppdrag utenfor sykehus kan utveksle sensitiv informasjon uten at uvedkommende får tak i opplysningene.

En annen gevinst med det nye digitale nødnetter er at nødetatene alltid har prioritet. I dag er etatene ofte avhengige av mobiltelefon ved et skadested og de konkurrerer med publikum og pressen om kapasitet. Som en ekstra sikkerhet for personellet i nødetatene kan de med et digitalt nødnett i en truende situasjon utløse en sikkerhetsalarm som bryter gjennom all annen trafikk og setter brukeren i direkte kontakt med sin operasjonssentral.

I de styrende dokumentene for Nødnettprosjektet og i anbudsdokumentene er det lagt opp til at det digitale nødnettet skal styres og betjenes fra nødetatenes alarmsentraler. Det er bl.a. kalkulert med nødvendig utskifting av alt utstyr på kommunikasjonsentralene til brannvesenets 24 fagsentraler, politiets 27 operasjonssentraler og til helsetjenesten med 21 AMK-sentraler, 89 akuttmottak og 165 legevaktsentraler.

Nødnettprosjektet har ikke tatt inn forslagene fra FENN i sine planer.

2.4. Fenn-rapporten

Utredningsprosjektet "Forenkling og Effektivisering av Nødmeldetjenesten" (FENN-prosjektet) ble startet opp i begynnelsen av 2001, med opprinnelig frist for ferdigstilling til utgangen av samme år. Arbeidet ble organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe med representanter fra departementene og etatene, og med prosjektledelse og sekretariat tilknyttet Justisdepartementets Rednings- og beredskapsavdeling.

Utvalget klarte ikke å komme frem til en omforent rapport.

I september 2003 ble det oppnådd enighet mellom Helsedepartementet, Justisdepartementet og Samferdselsdepartementet om at Justisdepartementet skulle få ansvaret for at utredningen ble fullført og deretter sende den på alminnelig høring. Mandatet ble revidert for å begrense arbeidet til det som ble antatt å være de mest sentrale problemstillingene innenfor den norske nødmeldetjenesten.

Det reviderte mandatet var at utredningen skulle dokumentere dagens organisering av nødmeldetjenesten og vurdere mulige modeller for forenkling og effektivisering, herunder mulighet for overgang til ett nødnummer. Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller og antall sentraler skulle også utredes.

Prosjektrapporten ("FENN-rapporten") ble utgitt 29.april 2004.

I rapportens kapittel 7 vises det til to undersøkelser vedrørende publikums kunnskap og holdning til de nasjonale nødnumrene. Disse utgjør en så vidt vesentlig del av beslutningsgrunnlaget at vi finner det riktig å omtale dem her.

Kort oppsummert viser undersøkelsene at nødnumrene er godt innarbeidet i den norske befolkningen. Over 70 % av de spurte viste at de måtte ringe 113 for å hjelp fra helsetjenesten i en nødssituasjon (ACNilsen for Justisdepartementet i mai 2002).

På spørsmål om,

"Dersom det var en nødsituasjon og du skulle ha tak i politiet, ambulanse eller brannvesenet, hva er din holdning til at disse får ett nødnummer, slik at du bare trenger å huske ett nødnummer i en nødsituasjon? Er du svært positiv, ganske positiv, ganske negativ, eller svært negativ til å ha kun ett nødnummer i Norge?"

svarte 88 % at de var svært positive eller positive til å ha kun ett nødnummer i Norge.

Det ble ikke stilt kontrollspørsmål.

FENN-rapportens anbefalinger er primært basert på studier av løsninger i andre land primært Danmark, Finland og Storbritannia.

Utredningen vurderte spesielt følgende endringer i forhold til nødmeldetjenesten:

- reduksjon av antall nødnummer
- ulike modeller for organisering av felles tjenester
- organisatorisk tilknytningspunkt
- reduksjon i antall sentraler

Utredningens anbefalinger for den fremtidige norske nødmeldetjenesten er kort oppsummert:

- 112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge.
- Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.
- Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.
- Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.

En rekke tiltak anbefales også gjennomført uavhengig av anbefalingene over:

- Det bør gjennomføres tiltak for å minske feilansrop.
- Det bør stilles krav til språkkunnskaper (samisk, engelsk, m.fl.) hos operatørene.
- Det bør defineres kvalitetskrav og måleparametre for tjenesten.
- Tiltak for økt teknisk sikkerhet gjennom dobbel tilknytning til offentlige telefonitjenester bør gjennomføres.

I brev datert 27. mai 2004 sendte Justisdepartementet rapporten ut på høring. Høringsfristen ble satt til 1. oktober 2004. I desember 2006 ligger utredningen og høringsbrevet på Justisdepartementet hjemmeside under "Høringer" i undergruppe "Saker til behandling".

I et møte i regjering den 23.09.05 ble det bestemt at det skulle settes i gang et pilotprosjekt i Namsos for å prøve ut en felles nødmeldesentral og felles nødnummer for politi, brann og helse i Nord-Trøndelag. Pilotprosjektet skulle iverksettes en gang i løpet av 2006 og evalueres etter to års drift. Regjeringens beslutning er i månedsskifte november/desember 2006 ikke blitt iverksatt.

I tillegg pågår det et prosjekt for samlokalisering av nødetatene i Drammensområdet.

2.4.1. Fenn-rapportens modeller

FENN-rapportens anbefalinger er primært basert på beskrivelser og drøftinger av tre ulike modeller pluss det såkalte alternativ 0 som er den eksisterende norske modellen for håndtering av nødmeldinger.

KoKom er også kjent med andre modeller men har ikke klart å finne fram til sammenlignende studier av disse. Lite eller ingen forskning er gjort på dette område.

Modellbeskrivelsen nedenfor er tatt fra FENN-rapporten og er ikke sjekket i forhold til faktiske forhold i Danmark, Storbritannia og Finland. (Se for øvrig KoKom`s kommentarutgave til FENN-rapporten datert 9.3.2005.)

Modellene er som følger:

Alternativ 0: Dagens norske modell:

Dagens norske modell er basert på fagkyndighetsprinsippet, som innebærer at publikum i en nødssituasjon skal kunne kommunisere direkte med fagkyndig personell i den etaten man ringer til. Publikum kan velge mellom tre nødnummer, 110 til brannvesenet, 112 til politi og 113 til helsetjenesten. Nødmeldesentralene som mottar meldinger over 110,112, eller 113 varsler egne ressurser. Kommunikasjon og samordning mellom sentralene skal skje etter fastsatte prosedyrer. Meldinger som trenger håndtering fra en etat, for eksempel helse men som blir ringt inn til 112, overføres til AMK-sentralen.

Alternativ 1: Felles bemannet formidlingstjeneste (Storbritanniamodellen)

Bemannet formidlingstjeneste som kun har ansvar å videreformidle 112 anropet til rette instans. Storbritannia har valgt en modell hvor etatene har separate nødmeldesentraler som i Norge, men alle nødanropene går igjennom en felles formidlingstjeneste som videresender anropet til rette nødmeldesentral. Operatørene på formidlingstjenesten forventes ikke å ha fagkompetanse utover evnen til å analysere nødmeldingen for å avgjøre om det dreier seg om en reell nødmelding, og hvilken etat meldingen skal formidles til. Informasjon overføres som regel ikke fra formidlingstjenesten til de ulike fagsentralene, slik at den nødstilte vil måtte gjenta beskrivelse og nøkkelinformasjon knyttet til hendelsen. I Storbritannia ligger formidlingstjenesten hos en privat aktør.

Alternativ 2: Felles håndtering av nødanrop (Danmarksmodellen)

I Danmark har man valgt å skille ut noen bestemte oppgaver fra nødmeldesentralene og organisere disse som en felles tjeneste, mens andre oppgaver fremdeles løses etatsvis. Det er typiske oppgaver knyttet til håndtering av nødanrop og kommunikasjon med innringeren som er samlet i felles alarmsentraler. I denne modellen har alarmsentralene ansvaret for å gi veiledning til den nødstilte og vurdere behovet for iverksettelse av tiltak, mens nødetatene opprettholder lokale sentraler lokalt for direkte kommunikasjon med innsatspersonell og flåtestyring.

Alternativ 3: Fullstendig integrert nødmeldesentral (Finnlandsmodellen)

Finland har man valgt å gå helt bort i fra separate sentraler og i stedet opprette nye felles nødmeldesentraler for brann, politi, helse og sosialvesen. I denne modellen er nødmeldetjenesten definert som en egen etat som har ansvaret for både håndtering av nødanrop og styring av ressursene til nødsituasjoner. I likhet med Danmarksmodellen vil en innringer kun forholde seg til en operatør. Operatøren vil gi innringeren nødvendig veiledning og har ansvaret for å ta beslutninger knyttet til hvilke tiltak som skal iverksettes, for eksempel å involvere mer spesialisert fagpersonell innen en spesifikk etat, eller å varsle innsatspersonell for utrykning. Dersom operatøren vurderer at det er behov for en utrykning, har sentralen myndighet til å styre ressurser til den aktuelle hendelsen. Nødmeldesentralen har oversikt over alle utrykningskjøretøyene for alle nødetatene, og kan kommunisere med disse gjennom et digitalt samband.

2.4.2. Fenn-rapportens anbefaling

Med bakgrunn i drøftinger av de ovennevnte modellbeskrivelser og påstander om at

- ✓ det er uheldig og unødvendig at befolkningen må velge mellom tre nødnummer
- ✓ samordning og samvirke mellom nødetatene er ikke godt nok ivaretatt og at dette kan utgjøre en risiko med hensyn til håndtering av større og sammensatte ulykker
- ✓ det foreligger et politisk og ”folkelig” ønske om kun ett nødnummer

fremmes det i FENN-rapporten følgende anbefalinger for den fremtidige norske nødmeldetjenesten:

112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge.

Dette skal sikre god tilgjengelighet for publikum og en større likhet med andre land. Det forutsettes at 112 kun skal gjelde nød/akutte situasjoner. Nødetatene bør i tillegg tilby publikum et annet nasjonalt telefonnummer for bruk ved andre henvendelser, i tråd med politiets servicenummer 02800.

Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.

Dette skal sikre en bedre samordning mellom etatene, økt fokus på nødmeldetjenesten og en bedre ressursutnyttelse på tvers av etatene. Praktisk løsning må utredes videre av nødetatene i fellesskap, og det anbefales å basere løsningen på modeller som allerede er implementert i Danmark og Finland. Valg av løsning bør reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på ulykker som krever koordinering mellom nødetatene eller hendelser som bare involverer én etat.

Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.

Dette skal sikre et felles grensesnitt mot andre aktører, for eksempel redningssentraler, tekniske leverandører og tilbydere, samt felles kvalitetskrav og styringsparametere. Nødmeldetjenesten kan tilknyttes en av nødetatene (som i Danmark) eller en ny enhet (som i Finland). Muligheten for å konkurransesette tjenesten bør også vurderes. Organiseringen bør sees i sammenheng med eventuell felles organisasjon for nytt digitalt nødnett. Praktisk løsning må utredes videre av nødetatene i fellesskap etter at modell for organisering av felles tjenester er valgt.

Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.

Dette forventes å sikre en bedre ressursutnyttelse og høyere kvalitet på tjenesten. Hver sentral bør betjene minimum 500 000 innbyggere. Endelig antall og deres plassering må baseres på en vurdering av hva som tjener publikum best, herunder optimal mengdetrening hos operatørene.

En rekke tiltak bør gjennomføres uavhengig av anbefalingene over:

- Det bør gjennomføres tiltak for å minske feilanrop
- Det bør stilles krav til språkkunnskaper (samisk, engelsk, mfl.) hos operatørene
- Det bør defineres kvalitetskrav og måleparametre for tjenesten
- Tiltak for økt teknisk sikkerhet gjennom dobbel tilknytning til offentlige telefonitjenester bør gjennomføres.

3. Helsefaglig og organisatoriske vurderinger av FENN-rapportens anbefalinger

FENN-rapportens anbefaling om innføring av 112 som eneste nødnummer i Norge og om at hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene vil medføre et paradigmeskifte av den norske nødmeldetjenesten. Rapporten anbefaler at den danske eller finske modellen legges til grunn for endringsarbeidet. For helsetjenesten er det vesentlig at det foretas en avklaring av ansvarsforholdene rundt de felles nødmeldesentralene.

I tillegg til mobilisering av ressurser er direkte tilgang til kompetanse for rådgivning etc. på ulike spesialitetsnivåer en viktig del av oppgaven til medisinsk nødmeldetjeneste. Dette må ivaretas også etter en eventuell endring i tjenesten.

For alle forandringsprosessene gjelder at de må medføre en totalt sett bedret helsetjeneste til befolkningen. I en situasjon med ressursknapphet er dette en pågående utfordring.

3.1. Innføring av 112 som eneste nødnummer i Norge

FENN-rapporten anbefaler:

- **112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge.** Dette skal sikre god tilgjengelighet for publikum og en større likhet med andre land. Det forutsettes at 112 kun skal gjelde nød/akutte situasjoner. Nødetatene bør i tillegg tilby publikum et annet nasjonalt telefonnummer for bruk ved andre henvendelser, i tråd med politiets servicenummer 02800.

Organisatoriske og helsefaglige vurderinger

I NOU 1998:9 "Hvis det haster.." ble det sannsynliggjort at det er ca 4,5 millioner øyeblikkelig hjelp henvendelser til kommunehelsetjenesten pr. år. I samme NOU blir det vist til at det i 1996 var ca. 410.000 øyeblikkelig hjelp innleggelse i norske sykehus. Antall medisinske akutsituasjoner hvor tidsfaktoren var kritisk ble anslått til å være 1 % av folketallet pr. år. Dette skulle utgjøre ca 44.000 akutsituasjoner pr. år eller i overkant av 10 % av øyeblikkelig hjelp innleggelsene i sykehus.

Tidligere i rapporten vises det at de faglige utfordringene ved å håndtere medisinske nødmeldinger ikke alltid er proporsjonale med situasjonens alvorlighetsgrad. Mens det kan være enklere å skulle huske et nummer heller enn tre, må systemet sikre at de tiltak som iverksettes er basert på kompetanse i å vurdere hendelsens helsefaglige implikasjoner, ikke bare dens alvorlighetsgrad. Dersom forslaget om felles nødnummer blir vedtatt, må det foretas en grundig vurdering i forhold til den modellen som velges, av hvordan de helsefaglige innholdet i tjenesten kan ivaretas på en sikker måte.

Medisinsk nødmeldetjeneste er i dag integrert både i spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom AMK og LV-sentralene. Et felles nødnummer vil bare overta AMK-funksjonen. Den i internasjonal sammenheng unike fordelene Norge har i den nære tilknytningen til primærhelsetjenesten må ivaretas i et system med felles nødnummer. Dermed unngår vi en vesentlig del av de problemene man har i så vel Finland som Storbritannia på dette området.

Dersom 112 innføres som eneste nødnummer vil det være behov for betydelig innsats på informasjonssiden. 110 og 113 må fortsatt bli besvart, og kan ikke kobles ned før det er vist gjennom monitorering at de ikke lenger benyttes av befolkningen.

Femsifret servicenummer

Det anbefales i FENN-rapporten at det innføres et femsifret landsdekkende telefonnummer som for helsetjenesten går til LV-sentralene. Dette er i tråd med de opprinnelige planen da ”Hordalandsmodellen” ble innført, men er aldri blitt iverksatt. For fastlinjetelefoner er forslaget teknisk ukomplisert. For mobiltelefoner vil det være mer teknisk krevende, men det pågår arbeid internasjonalt for en mer nøyaktig posisjonsangivelse av mobiltelefoner, noe som vil være nyttig her. Vi har ikke gått inn på de økonomiske konsekvensene av forslaget.

3.2. *Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.*

FENN-rapporten anbefaler:

- **Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste** for alle tre nødetatene. Dette skal sikre en bedre samordning mellom etatene, økt fokus på nødmeldetjenesten og en bedre ressursutnyttelse på tvers av etatene. Praktisk løsning må utredes videre av nødetatene i fellesskap, og det anbefales å basere løsningen på modeller som allerede er implementert i Danmark og Finland. Valg av løsning bør reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på ulykker som krever koordinering mellom nødetatene eller hendelser som bare involverer én etat.

Organisatoriske og helsefaglige vurderinger

Dersom man velger å opprettholde separate kontrollrom for håndtering av den enkelte etats ressurser, bør det være mulig for publikum å nå disse via separate telefonnumre.

Om funksjoner fra den medisinske nødmeldetjenesten som helt eller delvis må integreres i en felles nødmeldesentral

En felles nødmeldesentral skal håndtere hendelser innen områdene til alle tre nødetater. Den må kunne gjøre dette i forhold til de ulike behovene i situasjonene. Innledningsvis er prosessen lik og felles, nemlig å skaffe oversikt over hendelsens art, posisjon og bistandsbehov. I senere faser vil behovene være ulike. Ved brann fokuseres på skadestedet så langt selve brannen angår. Ved sykdom og skade fokuseres på umiddelbare tiltak på stedet. Det vil imidlertid også på et tidlig tidspunkt være nødvendig å forberede aktiviteter videre i kjeden, det være seg i ambulanse under transport, og i mottakende enhet (sykehus/ legevakt) som må forberedes. Dette stiller betydelige krav til både personell, utstyr og organisering.

I FENN-rapporten sies det at valg av løsning må reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på ulykker som krever koordinering eller hendelser som bare involvere en etat. Dersom man velger bare å fokusere på hendelser som krever koordinering mellom nødetatene vil helsetjenesten måtte beholde sin medisinske nødmeldetjeneste i en form som gjør den i stand til å ivareta det betydelige antall hendelser som håndteres separat innen tjenesten. Anekdotiske data tilsier at hendelser som håndteres av helsetjenesten alene utgjør i størrelsesorden minimum 70-80 % av henvendelsene, sannsynligvis mer.

Organisering av nye sentraler

FENN-rapporten kommer ikke med noen spesifikk anbefaling av hvordan en felles nødmeldesentral bør organiseres. En fullstendig integrert sentral hvor alt ansvar vedrørende håndtering av meldinger, rådgivning til publikum og innsatspersonell, varsling og styring av alle ressurser, og hvor det medisinske faglige ansvaret er lagt i en felles nødmeldesentral vil representere det ene ytterpunktet. Det andre ytterpunktet kan være en felles sentral som kun har ansvar for å ta i mot nødmeldinger, vurdere denne og eventuelt videreformidle til ansvarlig nødetat.

Hvor man legger seg på linjen mellom de to ytterpunktene vil være avgjørende for den faglige ansvarsfordelingen mellom nødmeldesentralen og nødetaten for øvrig. Dersom fagkyndigheten på sentralen tones ned, må dette kompenseres for. Til en viss grad kan dette gjøres gjennom prosedyrer og hjelpemidler, men helsetjenestens øvrige funksjoner vil måtte stå for en svært vesentlig del av den helsefaglige virksomheten som i dag utøves fra sentralen. Dette kan enten gjøres ved at det opprettes kontakt fra sentralen til annen instans, for eksempel sykehusets akuttmottak, der helsefaglig kompetanse er tilgjengelig. Alternativt må man akseptere at den egentlige helsehjelpen først trer i kraft når ressurs er fremme hos pasienten. For å beholde dagens faglige nivå vil man da måtte kompensere med økt beredskap på ambulanse/ legevaktsiden.

Uansett hvilken modell som velges må sykehus med akuttfunksjon inngå i et felles kommunikasjonsverk. Av hensyn til rådgivning til den utøvende helsetjenesten og de forberedelser og disponeringer på sykehuset må sykehuset være en aktiv part i systemet og være godt forberedt på å håndtere de pasienter som til enhver tid måtte ankomme.

3.3. Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.

FENN-rapporten anbefaler:

Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt. Dette skal sikre et felles grensesnitt mot andre aktører, for eksempel redningsentraler, tekniske leverandører og tilbydere, samt felles kvalitetskrav og styringsparametere. Nødmeldetjenesten kan tilknyttes en av nødetatene (som i Danmark) eller en ny enhet (som i Finland). Muligheten for å konkurransesette tjenesten bør også vurderes. Organiseringen bør sees i sammenheng med eventuell felles organisasjon for nytt digitalt nødnett. Praktisk løsning må utredes videre av nødetatene i fellesskap etter at modell for organisering av felles tjenester er valgt.

Organisatoriske og helsefaglige vurderinger

Deler av denne anbefalingen er preget av at rapporten er skrevet før politisk beslutning var fattet om gjennomføring av felles nødnett.

Nødnettprosjektet er et godt eksempel på at nødetatene kan ha ett felles organisatorisk tilknytningspunkt som sikrer et ensartet grensesnitt både med hensyn til tekniske løsninger og drift av svært kompliserte kommunikasjonssystemer, uten at nødmeldesentralene slås sammen. Gjennom Nødnettprosjektet blir også den største investeringen som noen gang er gjennomført innenfor nødmeldetjenesten konkurransesatt

Politiets samordningsansvar er dypt forankret innenfor helsetjenesten både på et skadested og i forhold til for eksempel informasjon til publikum og presse om en hendelse. Det er også utarbeidet retningslinjer for helsepersonellet som inngår i politimestrenes redningsledelse på Hovedredningsentralene (HRS) og på de Lokale redningsentralene (LRS).

Intensjonene som ligger i denne anbefalingen er dermed i stor grad implementert allerede, og får begrenset tilleggsbetydning. .

Som en del av felles organisatorisk tilknytningspunkt anbefales det i FENN-rapportens kapittel 12.1.4. heter det bl.a., ” Det vil være en stor fordel om nødmeldetjenesten har ett organisatorisk tilknytningspunkt for å få gjennomført felles informasjonskampanjer. Ett organisatorisk tilknytningspunkt vil gi mulighet for en samlet styring av kampanjene og sikre at et enhetlig budskap om nødmeldetjenesten når ut til publikum.”

3.4. Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.

FENN-rapporten anbefaler:

Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall. Dette skal sikre en bedre ressursutnyttelse og høyere kvalitet på tjenesten. Hver sentral bør betjene minimum 500 000 innbyggere. Endelig antall og deres plassering må baseres på en vurdering av hva som tjener publikum best, herunder optimal mengdetrening hos operatørene.

Organisatoriske og helsefaglige vurderinger

I løpet av de siste årene har vi sett en betydelig reduksjon i antall AMK og LV-sentraler. Denne har dels vært betinget i organisatoriske, dels i økonomiske vurderinger. Det foreligger svært lite vitenskapelig materiell på sammenhengen mellom størrelse og kvalitet på sentraler. Sentralisering av nødmeldesentraler må vurderes i forhold til risiko for driftsavbrudd av tekniske årsaker, og det må sikres sikre løsninger for alternative driftsformer i krisesituasjoner som rammer nødmeldetjenesten og dens infrastruktur.

Uansett hvordan man organiserer tjenesten, og hvor mange sentraler man beholder, må forholdene legges til rette for at den samlede relevante kunnskap som finnes i helsevesenet må kunne gjøres tilgjengelig i en aktuell situasjon.

3.5. Andre tiltak

FENN-rapporten anbefaler at en rekke tiltak bør gjennomføres uavhengig av anbefalingene over, disse er:

- Det bør gjennomføres tiltak for å minske feilansrop
- Det bør stilles krav til språkkunnskaper (samisk, engelsk, mfl.) hos operatørene
- Det bør defineres kvalitetskrav og måleparametre for tjenesten
- Tiltak for økt teknisk sikkerhet gjennom dobbel tilknytning til offentlige telefonitjenester bør gjennomføres.

Vurderinger

Alle tre nødetater er i dag plaget med misbruk og feilansrop til nødmeldesentralene. Med begrensede ressurser til rådighet er ethvert feilansrop en fare for at reelle oppdrag kan bli forsinket. Arbeidet med å redusere antall feilansrop og misbruk av nødnumrene er en viktig prosess må drøftes både internt i nødetatene og i felles møteplasser.

Med den betydelige mobiliteten det i dag er i verden må nødmeldesentralen være forbered på å kunne håndtere nødansrop på ulike språk. En felles tolketjeneste for alle tre nødetatene bør utvikles.

Både felles og etatsvis nasjonal statistikk bør utvikles. Brannetaten er kanskje den etat som i dag har kommet lengst i dette arbeidet men det er et generelt fravær av sammenlignbar statistikk som viser aktivitetsstall for nødmeldesentralene generelt og for hver etat spesielt. Utvikling av bedre og sammenlignbare fellesdata fra alle nødmeldesentralene bør være et prioritert samarbeidsprosjekt. I henhold § 5 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kan Helse- og omsorgsdepartementet ved enkeltvedtak bestemme at de regionale helseforetakene og kommunene skal rapportere bestemt data om de akuttmedisinske tjenestene.

Referansedokumenter:

Utredning 2004: Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten Ett trygt system
Justis og politidirektoratet

NOU 1998:9 Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap
Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 2. juni 1998

St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap
Sosial- og helsedepartementet

FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
Helse- og omsorgsdepartementet

KoKom`s kommentarutgave til FENN-rapporten datert 9.3.2005.

DEL 2 Valg av løsninger med hensyn til forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten sett i lys av bestemmelsene om helsepersonells taushetsplikt

Av førsteamanuensis Bente Ohnstad

1. Mandat og sammendrag

Denne utredningen inneholder en gjennomgang av aktuelle bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt som kan komme til anvendelse i forhold til nødmeldetjenesten. Utredningen viser hvordan taushetspliktbestemmelsene får betydning - eventuelt som begrensende faktor - ved etablering av et felles nødmeldesystem.

Dagens ordning og mulige alternativer er beskrevet i Justisdepartementets utredning 2004 ”Forenkling og effektivisering av nødmeldetjeneste. Et trygt system” (heretter omtalt som FENN-rapporten). Denne utredningen danner grunnlag for herværende utredning.

Mitt oppdrag i henhold til kontrakt med KoKom er å:

- Utrede juridiske konsekvenser av de ulike forslagene til organisering av nødmeldetjenesten som ligger i FENN-rapporten, og foreslå tiltak som sikrer et faglig forsvarlig system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.
- Utarbeide en oversikt over forhold som må ivaretas ved endringer i organiseringen av den medisinske nødmeldetjenesten i Norge for at denne fortsatt skal kunne fungere i forhold til beslutningstakernes forventninger.

Ved gjennomføringen av prosjektet skal det vurderes hvorvidt juridiske behov er ivaretatt. Det forutsettes utarbeidd korrigerende tiltak i form av endringer i relevant regelverk. I utredningen har jeg ikke foreslått endringer i regelverket, siden jeg mener de organisatoriske og helsefaglige behov kan ivaretas innen rammen av gjeldende regelverk.

Av juridiske konsekvenser er det først og fremst taushetsplikten for helsepersonell som er relevant, og det er problemstillinger i tilknytning til dette jeg har konsentrert denne utredningen omkring. Forhold som må ivaretas er at den organisatoriske løsningen som velges må være tilrettelagt slik at helsepersonell kan etterleve sin lovpålagte plikt til å hindre spredning av pasientopplysninger samtidig som pasienter sikres nødvendig bistand fra andre etater der dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade. Plikten til konfidensialitet motsvares av en rett for pasienten til vern mot urettmessig kommunikasjon.

Sammendrag

Organiseringen av nødmeldetjenesten skal bidra til at nødstilte mottar riktig bistand raskest mulig gjennom effektiv håndtering av nødanrop, se FENN-rapporten side 2.

Samtidig kan taushetsplikten representere en rettslig hindring for at helsetjenesten samarbeider med andre etater hvis samarbeidet forutsetter utveksling av pasientopplysninger.

Dette gjelder i situasjoner der helsetjenesten mottar opplysninger som kun har relevans i forhold til å yte helsehjelp. I slike tilfeller må det tas utgangspunkt i at pasienten har forventninger om at helsepersonell opptrer som dennes representant og ikke involverer andre. Det ville bryte med grunnleggende krav til tillit og personvern hvis pasientopplysninger som ble gitt til helsetjenesten under forutsetning om konfidensialitet, ble benyttet som til andre formål, for eksempel straffeforfølgning.

Dersom imidlertid samarbeid med politi og brannvesen er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom, er helsepersonell i dagens lovgivning pålagt en varslingsplikt som opphever taushetsplikten. Forutsatt at en felles nødmeldetjeneste kun benyttes ved ulykker der samhandling på tvers er nødvendig for begrense/avverge alvorlig skade, vil dette ikke være betenkelig ut fra et taushetspliktsynspunkt. Et eget nødnummer for helse bør i tilfelle opprettholdes som instans for henvendelser som kun krever medisinsk bistand.

Andre alternativ er en nøytral mottakerinstans der henvendelsen deretter kanaliseres til rette etat.

Det kan også være et alternativ å opprette en felles organisatorisk enhet med krav om at det sørges for at helseopplysninger kun formidles politi og brannvesen i nødstilfeller der dette er nødvendig for å avverge/begrense alvorlig skade på person eller eiendom.

Under forutsetning av at en felles nødmeldesentral skal erstatte dagens nødnummer for helse, bør denne betjenes av helsepersonell som er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven.

2. Lovgrunnlag

Plikten til å sørge for akuttmedisinsk nødmeldetjeneste er fastsatt i lov om spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og i kommunehelsetjenesteloven § 1-3.¹ Bestemmelsene om taushetsplikt følger først og fremst av helsepersonelloven (heretter hpl) og pasientrettighetsloven.²

¹ Lov 2. juli 1999 nr 61 og lov 19. november 1982 nr. 66.

² Lov 2. juli 1999 nr 64 og lov 2. juli 1999 nr 63. Det er også andre lover som kan få direkte eller indirekte betydning for håndtering av taushetsbelagte opplysninger, bl.a. lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Mens taushetsplikten regulerer adgangen til å utlevere opplysninger - for eksempel fra helsepersonell - regulerer personopplysningsloven og helseregisterloven adgangen til å benytte opplysninger som er mottatt. Denne utredningen handler først og fremst om adgangen til kommunikasjon mellom helsepersonell og andre etater, slik at problemstillinger knyttet til håndtering av opplysninger *etter* at de er kommunisert fra helsepersonell antas å falle på siden av dette oppdraget.

2.1. Generelt om taushetsplikten

Taushetsplikt i helsetjenesten innebærer en plikt til å bevare taushet om bestemte forhold, og den retter seg mot den som i sin yrkesutøvelse har mottatt, eller på andre måter blitt kjent med, opplysninger om noens legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Helsepersonells taushetsplikt må ses i lys av helsepersonellens oppgaver som først og fremst er å bistå pasienten og yte helsehjelp etter anmodning fra pasienten eller fra andre som opptrer på vegne av pasienten. Pasienten gir helsepersonell opplysninger om legems- og sykdomsforhold med forventning om, og i tillit til, at opplysningene skal tjene helsehjelpen. Det ville representere et tillitsbrud dersom opplysningene ble brukt til andre formål. Taushetsplikten er gitt til vern om pasientens personlige integritet og skal beskytte pasienten mot uønsket kommunikasjon.

2.2. Taushetsplikten og dens begrunnelse

Hovedregler i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten gjelder opplysninger om legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Helsepersonellet må ha mottatt opplysningene i egenskap av å være helsepersonell. Hvorvidt det forhold at en pasient kontakter helsetjenester er taushetsbelagt, beror på en vurdering om det er grunn til å tro at pasienten ønsker dette hemmeligholdt.³ Hvis legevakten blir oppringt med anmodning om å yte helsehjelp på et nærmere angitt skadested, oppstår spørsmålet om legevakten står fritt til å videreformidle dette til politiet. Vurdert ut fra hensynene bak taushetspliktbestemmelsene, trekker det i retning av at også informasjon som sikkert leder andre til taushetsbelagt informasjon, kan anses underlagt taushetsplikt.⁴ Annerledes stiller dette seg dersom det er snakk om nødvendig bistand fra politiet for å avverge alvorlig skade på personen, se nedfor under pkt. 2.7.

³ Se Bente Ohnstad: *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren*, 3. utgave Oslo 2003, s. 41. Det er for øvrig delte meninger om dette i teorien. Ørnulf Rasmussen uttaler i *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet* Ålesund 1997, s.398 at opplysningen om pasientstatus gir grunnlag for sannsynlige slutninger om personlige forhold. Han er mer kategorisk med hensyn til å slå fast at opplysninger om pasientstatus er underlagt taushetsplikt. Etter min mening er det her som ellers pasientens forventninger som må legges til grunn. Det er således grunn til å utvise varsomhet med å opplyse om pasientforholdet dersom dette kan føre til at for eksempel politiet ved denne opplysningen kan gå til pågrep av en person som er under helsevesenets behandling. Formålet med taushetspliktbestemmelsene tilsier at man må vurdere både opplysningenes karakter, herunder hvilke slutninger som kan trekkes ved å oppgi pasientstatus, hvem som skal få opplysningene og pasientens eget ønske.

⁴ Se Anne Kjersti C. Befring, Nils Grytten og Bente Ohnstad: *Jus for leger*, Oslo 2002 s. 200.

Følgende hensyn utgjør hovedbegrunnelsen for taushetspliktbestemmelsene:

- hensynet til pasientens personvern
- hensynet til tillitsforholdet mellom behandler og pasient/klient

Personvern innebærer vern om den personlige integritet og har sitt utgangspunkt i et ønske om å beskytte privatlivets fred.⁵ Opplysninger om helseforhold anses å tilhøre den private sfære, og den som opplysningene angår skal ha rett til å bestemme hvilke opplysninger om seg selv og sine personlige anliggender han eller hun skal gi fra seg og hvordan disse skal brukes, herunder hvem som skal få tilgang til opplysningene. Pasienter som oppsøker eller tar kontakt med helsetjenesten gir normalt opplysninger i tillit til at disse skal benyttes som grunnlag for helsehjelp. Hensynet til at pasienten skal få best mulig behandling er et viktig argument for taushetsplikten i helsetjenesten. Hvis pasienten ikke hadde tiltro til at opplysninger ble behandlet konfidensielt, ville hun eller han kunne holde tilbake viktige opplysninger hvilket kunne gjøre beslutningsgrunnlaget utilstrekkelig. Dette ville igjen kunne ha til følge at pasienten ikke fikk adekvat behandling. Særlig aktuelt vil dette kunne være dersom pasienten har vært involvert i straffbare handlinger eller søker å unndra seg kontroll fra andre offentlige myndigheter. Et formål er nettopp at mennesker med behov for helsehjelp til seg selv eller pårørende, skal kunne oppsøke helsevesenet uavhengig av atferd eller livssituasjonen for øvrig. I utgangspunktet gjelder taushetsplikten overfor alle, med mindre det foreligger grunnlag for å fravike dette. Normalt vil dette være i situasjoner hvor det tjener pasientens interesser at informasjon utveksles, for eksempel i en behandler situasjon og i en akutt nødsituasjon der flere enn helsepersonell må bidra for å avverge eller redusere skaderisiko og skadeomfang.

I andre tilfeller er det ikke åpenbart at utveksling av opplysninger er tjenlig for pasienten og derved heller ikke forenlig med pasientens ønsker.

Helsepersonells plikt til å iaktta taushet motsvares av en rett for pasienten til konfidensialitet. Denne retten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 3-6 som lyder:

§ 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

⁵ Se NOU 1993:22 *Pseudonyme helseregistre* s. 42.

Vernet mot spredning av opplysninger går til enhver tid like langt som helsepersonellens taushetsplikt rekker, og det svekkes i samme takt som nye opplysningsplikter, meldeplikter og opplysningsretter innføres.⁶

Helsepersonells taushetsplikt og pasienters krav på konfidensialitet innebærer at opplysninger om helseforhold som kommer inn til nødmeldetjenesten, som hovedregel skal bevares hos det helsepersonellet som mottar opplysningene og i utgangspunktet ikke gis videre til andre, verken politi eller brannvesen.

Taushetsplikten er likevel ikke et absolutt og ufravikelig prinsipp. Det finnes mange andre hensyn enn kravet på konfidensialitet som må ivaretas ved praktisering av bestemmelsene. Det derfor er gjort en rekke unntak fra taushetsplikten, bl.a. i helsepersonelloven og i straffeloven. Unntakene kan oppheve taushetsplikten helt eller delvis. Unntak fra taushetsplikten innebærer som regel at helsepersonell får en opplysningsrett, d v s en rett uten forpliktelse til å gi opplysninger. Det kan også foreligge en opplysnings- eller meldeplikt, d v s en forpliktelse til å gi opplysninger. Utgangspunktet er at fritakelse fra taushetsplikt gir helsepersonell en opplysningsrett, men ikke en opplysningsplikt (med mindre andre bestemmelser kommer inn og pålegger en plikt til å gi opplysninger). Opplysningsrett kan følge av pasientens samtykke, mens en opplysningsplikt forutsetter særskilt hjemmel i lov.

Opplysningsrett - eller taushetsrett - innebærer at helsepersonell selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Loven gir i slike tilfeller anvisning på to handlingsalternativer, rett til å tie og rett til å tale. Hvilket alternativ man velger, vil bero på en faglig, skjønnsmessig vurdering. Retten til å gi opplysninger kan inntre når det dreier seg om opplysninger som ikke er taushetsbelagte, eller i tilfeller der det er gjort unntak fra taushetsplikten, for eksempel ved at pasienten samtykker til at opplysninger gis. Opphevelse av taushetsplikten fører altså ikke til at det automatisk inntreier en opplysningsplikt. For at det skal foreligge opplysningsplikt må plikten være hjemlet i lov

De hensyn som begrunner taushetsplikten gjør seg også gjeldende i de tilfeller hvor lovgiver har gjort unntak fra taushetsplikten. Men når loven i gitte situasjoner fritar helsepersonell fra deres taushetsplikt, skyldes det at andre hensyn i disse tilfeller må veie tyngre enn de hensyn som danner grunnlag for taushetsplikten.

Både private og offentlige interesse kan med andre ord tilsi at opplysninger gis andre personer og/eller instanser, og undertiden vil dette også være i overensstemmelse med pasientens egne interesser og behov.

⁶ Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2. utgave, Oslo 2004 s. 232.

2.3. Lovbestemte unntak fra taushetsplikten

For det første opphever samtykke fra pasienten taushetsplikten. Dette følger av helsepersonelloven § 22. For at samtykke skal være gyldig, forutsettes det at vedkommende har fått informasjon om hvilke opplysninger det gjelder, hvordan disse skal anvendes og eventuelle konsekvenser av dette. Samtykket må m a o være informert. Helsepersonell kan likevel nekte å gi opplysninger uten nærmere begrunnelse for dette. Samtykket behøver ikke å være skriftlig. Også indirekte og underforstått samtykke vil kunne være tilstrekkelig. Det er viktig at samtykket er gitt under omstendigheter som sikrer at det er skjedd frivillig, etter moden overveielse og med full oversikt over konsekvensene. Dersom stilltiende samtykke skal likestilles med uttrykkelig samtykke, må det fremgå klart av pasientens uttalelse og/eller atferd at opplysningene kan bringes videre.⁷

Hvis det åpenbart er i pasientens interesse, men vedkommende av en eller annen grunn ikke er i stand til å gi samtykke, kan slikt samtykke presumeres (antas). Med åpenbart menes utvilsomt. Det må vurderes utfra opplysningenes art og vedkommendes formodede vilje. Den mest aktuelle situasjonen er hvor en pasient er bevisstløs og hvor opplysningene er nødvendig for en adekvat medisinsk behandling av vedkommende. Det kan dessuten være opplysninger som er nødvendige utfra etterforskning av en alvorlig forbrytelse der pasienten er offer for forbrytelsen.

Bestemmelsen om samtykke må sees i sammenheng med begrunnelsen for taushetsplikten, som bl a er hensynet til personens vern om egen integritet. Det følger derfor som en naturlig fortolkning at pasienten har adgang til å oppheve taushetsplikten. Bestemmelsen regulerer en adgang til å bygge på hypotetisk samtykke, hvis dette åpenbart må være pasientens vilje, men hvor pasienten ikke er i stand til å gi samtykke. Det vil normalt være hvis pasienten er bevisstløs eller ute av stand til å formidle et sitt syn.

Nødsituasjoner vil kunne være eksempel på dette; pasientens interesse av å få hjelp antas være større enn interessen av konfidensialitet. I slike tilfeller vil også en henvendelse til en felles nødmeldesentral kunne tilsi at pasienten er innforstått med at andre enn helsepersonell får opplysninger og godtar at det skjer en utveksling av opplysninger mellom helsepersonell, politi og brannvesen (samtykke). Slike situasjoner vil også kunne falle inn under begrensninger i taushetsplikten som er regulert i hpl. § 23, pkt. 2, jf. neste punkt.

Andre lovbestemte begrensninger i taushetsplikten

Hpl. § 23 gir en oppregning av de situasjoner taushetsplikten ikke gjelder. I slike tilfeller inntreer en opplysningsrett men ikke en opplysningsplikt. Oppregningen er ikke uttømmende, idet loven inneholder ytterligere unntak fra taushetsplikt, f eks ved samarbeid med annet personell.

⁷ Asbjørn Kjønstad: *Helserett*, Oslo 2005 s. 282.

§ 23. Begrensninger i taushetsplikten.

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

- 1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,*
- 2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,*
- 3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,*
- 4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesse gjør det rettmessig å gi opplysningene videre, eller*
- 5. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.*

Pkt 1 Taushetsplikten gjelder ikke i forhold til den som fra før av er kjent med opplysningene. På den annen side er det ikke helsepersonells oppgave å bekrefte andres kunnskaper om pasienten med mindre det foreligger skjellig grunn til det. Men hvis flere nødetater er kjent med skaden og de involverte, vil dette kunne tilsi at kommunikasjon kan skje mellom helsepersonellet og de andre aktuelle etatene.

Pkt 2 Ett moment her er hvorledes vedkommende pasient selv anser opplysningene og hvorvidt opplysningene etter sin art er å betrakte som sensitive. En pasient som selv tar kontakt med en felles nødmeldesentral – med kjenneskap om at denne betjener tre fagområder – antas å være innforstått med at opplysninger han gir tilflyter de som er involvert i nødmeldingen.

Pkt 3 Unntaket gjelder bare der behovet for beskyttelse er betryggende ivaretatt ved den foretatte anonymisering.

Pkt 4 Dette punktet angir hvilken interesseavveining som skal foretas. Hensynene som taler for å bryte taushetsplikten, må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, i alminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger.⁸ Det vil være tilfeller hvor videreformidling av informasjon er egnet til å motvirke skader av et visst omfang, for eksempel hvis en helsearbeider får kunnskap om at pasienten er en kriminell som er til fare for sine omgivelser. Derimot vil ikke ethvert brudd på straffelovgivningen tilsi at taushetsplikten må vike. Det står fremdeles fast at syke må kunne kontakte helsevesenet uten frykt for politietterforskning. Ved spørsmål om mishandling, har det i praksis blitt vektlagt hvorvidt fornærmede selv ”ønsker” saken anmeldt, samt overtredelsens omfang. Det er antatt at taushetsplikten først kan vike hvis det dreide seg om grov legemsbeskadigelse etter straffeloven.

⁸ Se Ot. prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell mv* s. 228.

Hvis pasienten er påvirket av alkohol, narkotika eller legemidler med bedøvende virkning, men likevel har tenkt å kjøre bil eller andre motorfartøyer, vil helsepersonell ha et ansvar for å forsøke å stanse vedkommende. Dersom en person som besitter våpen er i psykisk ubalanse og helsepersonellet blir kjent med dette, vil tilsvarende gjelde. Det kan skje ved konkrete råd, men hvor pasienten ikke er lydhør om dette, bør politi varsles. I disse situasjoner settes taushetsplikten til side av hensyn til å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker. Denne risiko må anses som en mer tungtveiende interesse enn taushetsplikten. Det er et moment i denne sammenhengen at pasienten står overfor en reell valgmulighet med hensyn til innrettelse. Hvis det er mulig, bør helsepersonell varsle pasienten om at politi kontaktes hvis f.eks. vedkommende setter seg bak rattet for å kjøre.

Pkt 5 For at taushetsplikten skal vike, må det i vedkommende lov eller bestemmelse gitt i medhold av lov være uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde. En rekke bestemmelser gjør innskrenkninger i helsepersonells taushetsplikt, bl.a. meldepliktbestemmelser, opplysning til nødetater og til andre offentlige formål.⁹ De lovbestemmelser som gjør innskrenkning i taushetsplikten har forskjellig rekkevidde. Det er sjelden nødvendig å gi alle opplysninger helsepersonell sitter inne med, og taushetsplikten blir regelmessig bare opphevet i relasjon til bestemte grupper eller organer, f.eks. politi og brannvesen. Og det skal regelmessig ikke gis andre opplysninger enn det som er nødvendig for at disse kan utføre sine plikter. Bestemmelser i helsepersonelloven eller andre lover kan innebære en opplysningsrett eller et pålegg om å fravike taushetsplikten under visse forutsetninger.

Så langt det er mulig, må det tas hensyn til pasienten også når taushetsplikten fravikes.

2.4. Særskilt om opplysninger fra helsepersonell til politi

Politiet har andre oppgaver enn helsepersonell. Politiets oppgaver – som fremgår av politiloven § 2¹⁰ – er som følger:

1. beskytte person, eiendom og fellesgoder og verne om all lovlig virksomhet
2. opprettholde den offentlige orden og sikkerhet og enten alene eller sammen med andre myndigheter
3. verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet forebygge kriminalitet og andre krenkelser av den offentlige orden og sikkerhet
4. avdekke og stanse kriminell virksomhet og forfølge straffbare forhold i samsvar med regler gitt i eller i medhold av lov
5. yte borgerne hjelp og tjenester i faresituasjoner, i lovbestemte tilfeller og ellers når forholdene tilsier at bistand er påkrevet og naturlig
6. på anmodning yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane samarbeide med andre myndigheter og organisasjoner tillagt oppgaver som berører politiets virkefelt så langt regler gitt i eller i medhold av lov ikke er til hinder for dette
7. utføre andre oppgaver som er fastsatt i lov eller som følger av sedvane, herunder oppgaver som i lov er lagt til lensmannen, namsfogden eller politistasjonssjef med sivile rettspleieoppgaver.

⁹ En bestemmelse som opphever taushetsplikten og pålegger leger meldeplikt til politiet er hpl § 36. Paragraf 36 tredje ledd fastslår plikt til å melde et dødsfall til politiet hvis det er grunn til å tro at et dødsfall er unaturlig.

¹⁰ Lov 4. august 1995 nr. 53.

Mens helsepersonells oppgaver først og fremst er å opptre på vegne av pasienten, er politiets oppgaver å opptre på vegne av samfunnet. Politiet skal forhindre kriminelle handlinger, etterforske lovbrudd, forberede straffesaker, finne saknede, holde orden og beskytte samfunnsborgerne mot overgrep fra andre, bistå offentlige myndigheter ved gjennomføring av en del beslutninger etc.

Spørsmålet om politiets adgang til helseopplysninger impliserer spørsmål om borgernes integritet og personvern, men knytter seg også til spørsmålet om hva slags samfunn vi skal ha.¹¹ Medisinsk hjelp skal ikke kobles til betraktninger over den sykes ”verdighet”. Også lovbrutere skal få medisinsk hjelp når de trenger det. Risikerer lovbruteren at han identifiseres overfor politiet, eller at politiet kan nyttiggjøre seg av de opplysninger som er ment for helsetjenesten, kan dette gjøre retten til helsehjelp illusorisk. Lovbruteren vil avveie effekten av hjelpen mot effekten av kommunikasjonen. Det vil kunne føre til at vedkommende vil avstå fra å kontakte helsetjenesten i frykt for straffeforfølgning. Befolkningen skal ha tillit til at helsetjenesten er der for å hjelpe og ikke opptrer som redskap i konflikter mellom dem selv og de andre i samfunnet.¹² Lovgivningen når det gjelder helsepersonells kommunikasjon med politiet overlater i stor grad dette til en vurdering av hvorvidt kommunikasjonen er tilbørlig eller ikke.¹³ Noen situasjoner er spesielt lovregulert, og jeg skal i det følgende kort komme inn på lovbestemmelser som eksplisitt setter taushetsplikten til side i relasjon til politiet.

2.5. *Straffeloven § 139*

Straffeloven § 139 statuerer straffeansvar for den som ”*unnlater gjennom betimelig anmeldelse for vedkommende myndighet eller annen måte søke avverge*” nærmere bestemte angitt forbrytelser; bl.a. voldtekt, grov legemsbeskadigelse eller drap.

Avvergeplikten forutsetter at vedkommende har ”*pålitelig kunnskap*” om at forbrytelsen er begått eller ”*i gjære*”. For så vidt gjelder selve forbrytelsen, må vedkommende ha fått denne kunnskapen så tidlig at det var mulig å avverge den. Ved fortsatt forbrytelse kan også kunnskap etter at handlingen er innledet være relevant dersom forbrytelsen ikke er avsluttet. I relasjon til følgene av forbrytelsen kan plikten oppstå helt til de har opphørt.¹⁴

”Anvendt på leger får straffeloven § 139 den betydning at hvis legen får pålitelig kunnskap om at en pasient planlegger en av de forbrytelser som er nevnt i § 139, har legen en ubetinget plikt til å gripe inn for å hindre at forbrytelsen blir utført. Det samme gjelder hvis legen får pålitelig kunnskap om at en pasient alt har begått en forbrytelse hvis følger ennå ikke er inntrådt. Legen har derimot ikke plikt til å gripe inn hvis det gjelder en forbrytelse som er utført og hvis følger allerede er inntrådt.”¹⁵

¹¹ Se Ørnulf Rasmussen: *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet*, Ålesund 1997 s.558..

¹² Op.cit. s. 559.

¹³ Den interesseavveining som må foretas i henhold til hpl § 23 impliserer en vurdering av hvorvidt kommunikasjonen er tilbørlig eller ikke: Bruddet på taushetsplikten må være *utilbørlig* for å være straffbart hvilket innebærer at taushetsplikten er brutt uten at det foreligger skjellig grunn. Se Ot. prp. nr. 1 1979-80 s. 143. Ved vurderingen av om taushetsplikten er brutt på en måte som medfører straffeansvar, vil motivet for å gi opplysningene kunne være et sentralt moment.

¹⁴ Se Magnus Matningsdal: *Norsk lovkommentar 2006*, kommentar til straffeloven § 139.

¹⁵ Lundekomiteen s. 35.

Bestemmelsen pålegger bl.a. helsepersonell en straffesanksjonert opplysningsplikt i de tilfeller det gjennom anmeldelse er mulig å forhindre de omtalte forbrytelser. I slike tilfeller vil for eksempel nødmeldetjenesten for helse ha plikt til å kontakte nødmeldetjenesten for politiet uten hinder av taushetsplikt.

2.6. Andre lovbestemte unntak for så vidt gjelder legers og annet helsepersonells opplysningsplikt til politiet.

Som nevnt i pkt. 2.3 har leger en plikt til å gi opplysninger til politiet ved unaturlig dødsfall. Etter legeloven § 12 har en lege, sykepleier og bioingeniør plikt til å bistå politiet ved blodprøvetaking og en lege har etter samme bestemmelse plikt til å foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når slik undersøkelse er besluttet etter straffeprosessloven § 157.

Etter legemiddeloven § 25 kan Helsetilsynet gi opplysninger til politiet om narkotikamisbruk, hvis det er mistanke om "lovstridig handling".¹⁶

Etter helsepersonelloven § 34 skal lege, psykolog eller optiker gi melding til offentlige myndigheter dersom en pasient ikke oppfyller de helsemessige krav til å inneha førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy. Politiet kan være mottakerinstans av slike meldinger.

2.7. Nærmere om nødssituasjoner

Normalt er det pasienter som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om hjelp. I nødssituasjoner er det like gjerne andre, som på vegne av en såret eller skadet, som kontakter nødmeldetjenesten med anmodning om hjelp. De hensyn som begrunner taushetsplikten må normalt stå tilbake for både pasientens og samfunnets interesse av å begrense skadeomfang og komme nødstedte til unnsetning. Det antas heller ikke berøre tillitsforholdet mellom pasienten og helsepersonell at man i slike tilfeller kommuniserer med andre for å gi pasienten nødvendig bistand.

Nødsituasjoner suspenderer generelt de bestemmelser som ellers gjelder, og helsepersonelloven inneholder i § 31 en bestemmelse som fanger opp dette. Taushetsplikten kan tilsidesettes på bakgrunn av nødrett. Regelen om nødrett finnes også i straffelovens § 47, og i helsepersonelloven § 23 pkt. 4. hvoretter opplysninger kan gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre eller. Nødrett kan altså innebære at en handling som ellers ville være å anse som lovbrudd, for eksempel i forhold til taushetsplikt, utfra en konkret interesseavveining blir ansett som lovlig og berettiget.

Helsepersonelloven inneholder i § 31 en bestemmelse som statuerer opplysningsplikt i slike tilfeller:

¹⁶ Lov 4. desember 1992 nr 132 om legemidler mv.

§ 31 Opplysning til nødetater

Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Denne bestemmelsen innebærer en presisering av nødrett i disse situasjoner. Den gjelder helsepersonell generelt. Taushetsplikten skal tilsidesettes ved fare for personers sikkerhet, eller hvis det foreligger fare for øket skadeomfang hvis bistand fra andre nødetater ikke innhentes.

Den vil således kunne tilsidesettes ved behov for sikring av skadested - f eks ved utrykning for å hjelpe en person som er utsatt for vold, uten visshet om gjerningspersonen fortsatt utøver vold - eller ved utrykning til trafikkulykke på trafikkert vei. Ved kombinerte ulykker/katastrofer forutsettes dessuten bistand fra ulike nødetater, brann, politi og helsepersonell. Et fellestrekk i disse situasjoner er at det vil være behov for informasjonsformidling for å ivareta andre mer tungtveiende interesser enn taushetsplikten. Det vil være å verne om liv, helse eller å hindre store materielle skader. Et annet fellestrekk er at det ofte er liten tid til rådighet, men at denne tiden kan være avgjørende for mulighetene til å begrense skadeomfanget. På denne bakgrunn kan det ikke alltid kreves visshet om at det foreligger en situasjon hvor taushetsplikten rettmessig kan fravikes. Det vil være tilstrekkelig at det utfra situasjonen er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen. Hvis det på denne bakgrunnen kan synes nødvendig med bistand fra andre nødetater, skal disse varsles.

I bestemmelsen åpnes det for at helsepersonell kan gi opplysninger for å avverge alvorlige skader på mennesker. Denne opplysningsretten vil normalt ikke gå lenger enn det som følger av det generelle unntaket i § 23 nr 4, se kommentarer til denne. Den innebærer imidlertid at helsepersonell kan gi opplysninger utover det som følger av opplysningsplikten i straffelovens

§ 139.¹⁷ Dette kan f eks være aktuelt for å avverge forbrytelser som ikke er oppregnet i denne bestemmelsen, eller hvor øvrige vilkår ikke er oppfylt. Det kan f eks være for å hindre at en person som verbalt eller fysisk gir uttrykk for å ville utøve vold - får utfolde seg. Kommunikasjon kan skje både av hensyn til helsepersonellet, av hensyn til pasienten, av hensyn til tredjemann og av hensyn til allmenne interesser.¹⁸

¹⁷ Se Ot. prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell mv* s. 232. Se også Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad: *Helsepersonelloven med kommentarer*, 2. utgave 2001, Bergen s.162.

¹⁸ Eksemplene er hentet fra Anne Kjersti C. Befring, Nils Grytten og Bente Ohnstad: *Jus for leger*, Oslo 2002 s. 230

Eksempel 1: Bistand for å beskytte leger og annet helsepersonell

Dersom AMK-sentralen mottar en anmodning om helsehjelp til en adresse som legen antar kan representere en risiko å oppsøke, eventuelt fordi det foreligger en tilspisset situasjon, kan legen be om bistand fra politiet. Det bør rutinemessig opplyses fra AMK-sentralen om slik bistand blir innhentet.

Eksempel 2: Bistand for å hjelpe pasienten

Leger eller ambulanspersonell må kontakte brannvesenet for å få skåret løs en pasient som ligger fastklemt i en bil, eller for å slå inn en dør i en leilighet når en pasient er i bevisstløs tilstand.

Eksempel 3: Bistand for å sikre skadested

Ved trafikkulykker er leger og ambulanspersonell normalt avhengige av politiets bistand for å sikre skadestedet. Det kan imidlertid være situasjoner der AMK-sentralen mottar informasjon som tilsier at det ikke er nødvendig med bistand, før etter at pasienten er avhentet.

Bestemmelsen åpner også for at helsepersonell kan kontakte politiet for å hindre at en person som er påvirket av legemidler, narkotiske stoffer eller alkohol kjører bil.

I bestemmelsen er det dessuten åpnet for at helsepersonell også ellers kan gi opplysninger for å avverge alvorlige skader på eiendom.

Denne opplysningsplikten vil normalt ikke gå lenger enn det som følger av det generelle unntaket. Den innebærer imidlertid at helsepersonell kan gi opplysninger utover det som følger av opplysningsplikten i straffeloven § 139, for å f.eks. avverge forbrytelser som ikke er oppregnet i denne bestemmelsen eller hvor øvrige vilkår ikke er oppfylt. Det kan f.eks. være for å hindre at en person i psykisk ubalanse som besitter våpen verbalt eller på annen måte, gir uttrykk for at han vil kunne skade andre. Også i andre tilfeller der det er nødvendig for å hindre voldsutøvelse, vil det kunne foreligge en opplysningsrett etter denne bestemmelsen. Bestemmelsen åpner også for at helsepersonell kan kontakte politiet for å hindre at en person som er påvirket av legemidler eller alkohol kjører bil.

Leger og annet helsepersonell må for øvrig være bevisst sin rolle ved kontakt med politiet. På den ene siden kan det tjene pasientens og samfunnets interesser at informasjon gis til politiet. Samtidig vil det kunne svekke tillitsforholdet mellom befolkning og helsepersonell dersom politiet fritt kunne benytte leger og annet helsepersonell til systematisk å innhente opplysninger om pasienter i forbindelse med etterforskning av staffbare forhold.¹⁹

¹⁹ Se Anne Kjersti C. Befring, Nils Grytten og Bente Ohnstad: *Jus for leger*, Oslo 2002 s. 224.

Når den akutte fare er avverget, foreligger få muligheter for å gi politiet informasjon med mindre det nødvendig med opplysninger fra helsepersonell for å avverge nye situasjoner. Enkelte ganger kan det imidlertid være vedvarende fare knyttet til enkeltpersoner. Når helsepersonell varsler politiet på forhånd, er det vanligvis tilstrekkelig å gi opplysninger om skadesituasjonen og skadestedet. Utenom akuttsituasjoner kan det stilles større krav til vurdering og visshet før andre nødetater varsles. Dette må ses på bakgrunn av at man da normalt har mer tid til å undersøke om det foreligger en situasjon hvor andre nødetater skal varsles, med andre ord til å få klarhet i den faktiske og rettslige situasjonen.

Helsepersonell kan ikke gi informasjon dersom samarbeid mellom nødetater har en annen begrunnelse enn å avverge alvorlige skader, for eksempel har helsepersonell ikke plikt til å bistå politiet med etterforskningen (utover de tilfeller som er nevnt i strl. § 139).²⁰

3. Andre lovbestemmelser

3.1. *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*²¹

Forskriften skal etter bestemmelsen i § 1 bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningsentralene. Medisinsk nødmeldetjeneste er definert som et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten, jf forskriften § 3.

I henhold til forskriften § 8 skal de regionale helseforetakene og kommunene ”sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4. Det gjelder helsepersonell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akutfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i et kommunikasjonsnett. AMK-sentraler og LV-sentraler skal bemannes med helsepersonell.”

²⁰ Op.cit s. 234.

²¹ Forskrift 2005-03-18 nr 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. mars 2005 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a, lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3, § 1-3a, § 1-4 og § 6-9, lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 og § 6-2, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 4 og § 16 og lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 10.

AMK-sentralene skal i henhold til forskriften § 9:

- håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- prioritere, iverksette, gi medisinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt
- styre og koordinere ambulanse oppdrag
- ha utstyr for logging av viktig trafikk, herunder på alle telefonlinjer ha et system for opprinnelsesmarkering

LV-sentralene skal i henhold til forskriften § 10:

- motta og håndtere henvendelser via et fast legevaktsnummer innenfor et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser
- kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen
- ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk.

Forskriften legger altså til grunn at det skal skje et samarbeid mellom AMK sentralene og brann, politi og hovedredningssentralene. Det er fastslått en plikt til å varsle og videreformidle anrop til andre nødetater.

3.2. Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap

Det er også gitt forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.²² Forskriften oppstiller tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens landsdekkende kommunikasjonssystem.

Anvendelse av slikt utstyr skal sikre prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobilenheter og til samarbeidende etater, i et landsdekkende informasjonsnett. Sosial- og helsedirektoratet gir i henhold til forskriften § 6-1 funksjonsgodkjenning av kommunikasjonsteknisk utstyr hvor det er gitt kravspesifikasjon etter § 4-1 og/eller hvor anvendelse er avhengig av kommunikasjonsprotokoll/grensesnitt etter § 5-2.

²² Forskriften er av 20. desember 2000 og er fastsatt av Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd, jf. lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) § 53 nr. 12 og lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 jf. § 1-3 annet ledd nr. 7.

4. Oppsummering taushetsplikt

Foranstående gjennomgang viser at det i akutte nødssituasjoner er et lovmessig grunnlag i dag for kommunikasjon av helseopplysninger mellom helsepersonell på den ene side og politi- og brannvesen på den andre siden der koordinert innsats er nødvendig. Det foreligger med andre ord en unntakssituasjon dersom andres bistand er nødvendig for å avverge eller begrense fare eller skade. I slike tilfeller tilsier en interesseavveining at taushetsplikten må vike til fordel for samfunnets og privates interesser av at nødstilte får hjelp i tide.

Men bestemmelsene gir neppe lovmessig adgang til å etablere en *varig* ordning der helseopplysninger generelt - utenfor akuttsituasjoner - blir gjort tilgjengelige for etater utenfor helsetjenesten. Her vil taushetsplikten kunne representere et rettslig hinder for en felles nødmeldesentral, såfremt ikke nødmeldesentralens oppgaver avgrenses til rene akutt-situasjoner som krever samarbeid mellom nødetatene, se pkt. 5.4 nedenfor

I det følgende vil jeg gå gjennom de skisserte alternativene for organisering av nødmeldetjenesten.

5. Alternative løsninger

5.1. *Alternativ 0 Dagens modell*

I denne modellen har hver nødetat etablert en egen nødmeldesentral med eget nødnummer for direkte kontakt med publikum. Denne modellen ivaretar hensynet til taushetsplikten, men kanskje ikke godt nok hensynet til samarbeid på tvers av nødetater. Jeg går ikke nærmere inn på denne modellen siden den altså ikke reiser spesielle problemer i forhold til det som er denne utredningens hovedanliggende; å se på juridiske konsekvenser i forhold til helsepersonells taushetsplikt ved valg av andre løsninger enn den eksisterende.

5.2. *Alternativ 1 Felles formidlingstjeneste*

Denne modellen – som i Justisdepartementets utredning omtales som Storbritanniamodellen – har etatene separate nødmeldesentraler, men alle nødansrop går gjennom en felles formidlingstjeneste som videresender anropet til rette nødmeldesentral. Operatørene forventes ikke å ha fagkompetanse utover evnen til å analysere nødmeldingen og formidle meldingen videre.

Denne modellen ivaretar også hensynet til taushetsplikt, siden den som mottar meldingen antas ikke å motta informasjon utover den aktuelle nødsituasjonen, dvs. det gis ikke personopplysninger av mer sensitiv karakter.²³ Ulempen med ordningen er at innringer vil måtte gjenta beskrivelser og informasjon knyttet til hendelsen noe som kan medføre tap av verdifull tid.

²³ Jeg forutsetter da at dette kun er en formidlingstjeneste og at innringer er innforstått med at mottakerinstansen ikke er underlagt den strengeste taushetsplikten.

5.3. Alternativ 2 Felles håndtering av nødnummer

Denne modellen omtales som Danmarksmodellen i Justisdepartementets utredning. I Danmark er noen bestemte oppgaver skilt ut fra nødmeldesentralene og organisert som felles tjeneste. Dette er oppgaver knyttet til nødnummer og kommunikasjon med innringeren, og alarmsentralene har ansvaret for å gi veiledning til den nødstilte samt vurdere behovet for iverksettelse av tiltak. Andre oppgaver løses etatsvis og all direkte kommunikasjon med utrykningskjøretøy foregår fra de lokale etatsvise sentralene. Ved mottak av et nødnummer vil operatøren på alarmsentralen normalt ha all kommunikasjon med innringer. Informasjon om hendelsen og den nødstilte blir lagt inn i et datasystem, og operatøren gir nødvendig veiledning basert på opplæring, egen erfaring og/eller støttesystemer som er gjort tilgjengelig. De felles alarmsentralene har ikke direkte kommunikasjon med utrykningskjøretøyene, med unntak av oversendelse av informasjon om hendelsen og mottak av kvitteringer gjennom datasystemet.

En slik modell vil kunne innebære at etatene får tilgang til en del "overskuddsinformasjon"²⁴ og dette krever særskilt oppmerksomhet på sikkerhet ved kommunikasjon av opplysninger. Denne modellen vil kreve etablering av rutiner som sikrer at helseopplysninger kun formidles politi og brannvesen i *nødstilfeller der dette er nødvendig for å avverge/begrense alvorlig skade på person eller eiendom*.

Sosial- og helsedirektoratet må i tilfelle i sin funksjonsgodkjenning gi kravspesifikasjoner i henhold til forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr, jf. pkt 3.3.

5.4. Alternativ 3 Felles nødmeldesentral

Denne modellen innebærer felles nødmeldesentral for brann, politi og helse og nødmeldetjenesten er definert som egen etat med ansvaret for både håndtering av nødnummer og styring av ressursene til nødssituasjoner. I Justisdepartementets utredning omtales denne modellen som Finlandsmodellen. Operatøren vil gi innringeren nødvendig veiledning og har ansvaret for beslutninger knyttet til hvilket tiltak som skal iverksettes, for eksempel involvere mer spesialisert fagpersonell innen en spesifikk etat eller varsle innsatspersonell for utrykning. Operatøren har muligheter for å styre ressurser til den aktuelle hendelsen. Nødmeldesentralen har oversikt over alle utrykningskjøretøyene for alle nødnummerene, og kan kommunisere med disse gjennom et digitalt samband.

Denne modellen vil kunne medføre at akutte hendelser som bare krever innsats fra helsepersonell tilflyter andre etaters kunnskap, slik at også opplysninger som kun er tiltenkt helsetjenesten blir tilgjengelig andre etater. Dersom nummeret kun benyttes i nødsituasjoner som krever samarbeid på tvers av etatene, og eget nødnummer for helse opprettholdes, er det derimot neppe betenkelig ut fra hensynet til taushetsplikt. Det forutsettes at den som kontakter nødmeldetjenesten er klar over at det felles nødnummeret involverer flere etater.

Hvorvidt et felles nødnummer representerer betenkeligheter i taushetspliktsammenheng, er altså avhengig av om dette nødnummeret skal erstatte dagens nødnummer for helse (113) eller om det opprettholdes et eget nummer der henvendelser som kun gjelder helsehjelp skal kanaliseres.

²⁴ FENN-rapporten side 71.

Hvis det etableres en felles nødmeldesentral for brann, politi og helse som erstatte dagens nødnummer for helse, bør denne være betjent av helsepersonell med nødvendig kompetanse til å kanalisere henvendelsen videre til rette instans.

5.5. Sammenfatning og konklusjon

Hvis nødmeldesentralen kun benyttes til det formål den er tiltenkt, nemlig akutte nødssituasjoner som krever koordinert innsats, vil det ikke være vesentlige betenkeligheter med en felles nødmeldesentral. I nødsituasjoner der skadeavverging forutsetter innsats fra både helsepersonell, politi og brannvesen er det også i dag både rett og plikt for helsepersonell til å samhandle med politi og brannvesen. Dette skjer med hjemmel i nødrett og i bestemmelsen i helsepersonelloven § 31, jf. § 23 nr. 4 og § 32 (uttrykkelig eller antatt samtykke).²⁵

Imidlertid mottar dagens AMK-sentraler i dag også et betydelig antall henvendelser fra publikum om sykdoms- og skadetilstander som ikke fordrer akutt- eller hasteoppdrag med ambulanse- og/eller lege. I disse tilfelle må AMK-sentralene gi råd og bistå pasienter som henvender seg med råd og eventuelt kanalisere henvendelsen til lokal legevakt til videre oppfølging.²⁶ I slike tilfeller er bistand fra politi og brannvesen ikke nødvendig, og utveksling til disse etatene fra helsepersonell skal regelmessig ikke skje av hensyn til taushetsplikten. Det må legges til grunn at pasienter i slike tilfeller henvender seg til en helseetat og gir opplysninger i tillit til at disse ikke skal viderebringes.

Hvis en person henvender seg til en felles nødmeldesentral i andre tilfeller enn i en akutt nødsituasjon, som ikke krever bistand fra andre nødetater, og gir opplysninger om helseforhold i tillit til at dette skal behandles av helsepersonell med profesjonsbestemt taushetsplikt, vil det ikke være adgang til å videreformidle disse opplysningene til brann og politi. Dersom opplysningene kun er relatert til helse, skal med andre ord ikke øvrige etater få tilgang til opplysningene.

Helsepersonell er underlagt profesjonsbestemt taushetsplikt og bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven er ansett som de strengeste av alle taushetspliktebestemmelser. Sentralt står hensynet til tillitsforholdet mellom pasienten og helsepersonellet. Ansatte i politiet har taushetsplikt etter politiloven § 24, mens ansatte i brannvesenet har forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 flg. Det er flere unntak fra politiloven og den forvaltningsmessige taushetsplikten enn fra den profesjonsbestemte taushetsplikten i helsepersonelloven.

²⁵ Det kan likevel tenkes at det ikke alltid er like opplagt for den som kontakter nødmeldetjenesten om flere etater må inn i bildet, og at dette først er på det rene når situasjonen er avklart. Men siden brann og politi bare forutsettes koplet inn der det er snakk om nødvendig bistand for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom (forbrytelser mot liv og legeme, ulykker, brann og lignende), antas at dette i de fleste situasjoner fremstår som rimelig klart.

²⁶ Se høringsuttalelse fra Helsetilsynet, ref. 2004/562 I BJA/-.

Forvaltningsloven²⁷ §§ 13 til 13 f inneholder regler om taushetsplikt som i prinsippet gjelder for alle som arbeider i offentlig forvaltning. Loven inneholder mange unntak fra taushetsplikten, og bestemmelsene er ofte vagt utformet. Den forvaltningsmessige taushetsplikt tar i større utstrekning enn den profesjonsbestemte taushetsplikt høyde for at offentlige organer skal samarbeide og i den forbindelse utveksle opplysninger.

Det skjer allerede i dag en utveksling av opplysninger fra medisinsk nødmeldetjeneste til politi og brannvesen. Lovgivningen er ikke til hinder for at det i enkeltstående *akutte nødstilfeller* etableres et samarbeid mellom de tre etatene for å komme skadede raskest mulig til unnsetning, jf pkt. 2.7. Derimot vil det være større betenkeligheter knyttet til en varig ordning som forutsetter at helseopplysninger tilflyter f.eks. politi. Helsevesen og politi har forskjellige oppgaver og tillitsforholdet står sterkt når det gjelder helsepersonells taushetsplikt. En lege - eller annet helsepersonell - kan ikke gi informasjon dersom samarbeidet med nødetater har en annen begrunnelse enn å avverge alvorlige skader. Således kan ikke informasjon fra helsepersonell gis politiet hvis for eksempel hensikten er å bistå politiet med å oppklare straffbare forhold.²⁸

Hvis felles nødmeldesentral etableres, må det for det første være klart for publikum at dette er ment som en akutt-instans som tar seg av alle henvendelser *der koordinert innsats er nødvendig* (ved ulykker, forbrytelser mot liv og legeme og andre hendelser som tilsier at hjelpen er viktigere enn tillitsforholdet mellom pasienten og helsepersonell). Den som kun trenger akutt hjelp i forbindelse med en medisinsk øyeblikkelig-hjelp situasjon, bør ha muligheter for å kanalisere henvendelsen til egen instans som kun tar seg av akuttmedisinske tjenester.

Dette synes også å være forutsatt i FENN-rapporten: "*Det forutsettes at 112 kun skal gjelde nød/akutte situasjoner. Nødetatene bør i tillegg tilby publikum et annet nasjonalt telefonnummer for bruk ved andre henvendelser, i tråd med politiets servicenummer 02800.*"²⁹ Tilsvarende nummer forutsettes tilbydd ved medisinske akutsituasjoner.

Dersom felles nødmeldesentral skal erstatte dagens nødnummer for helse, vil det by på utfordringer i taushetspliktsammenheng. En løsning som i så tilfelle antakelig vil være akseptabel, er at den som betjener en eventuell felles nødmeldesentral har helsefaglig bakgrunn og kommer inn under definisjonen helsepersonell i henhold til helsepersonelloven § 3. Vedkommende vil ha en profesjonsbestemt taushetsplikt i tillegg til eventuelt forvaltningsmessig taushetsplikt, men ansatte innenfor politi- og brannvesen ikke vil kunne få en profesjonsbestemt taushetsplikt. En operatør med helseprofesjonsutdanning som kommer inn under helsepersonelloven vil heller ikke kunne instrueres til å gi fra seg taushetsbelagte opplysninger i strid med pasientens ønske (med mindre det foreligger særskilt lovgrunnlag).³⁰

²⁷ Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker.

²⁸ Se Anne Kjersti C. Befring, Nils Grytten og Bente Ohnstad: *Jus for leger*, Oslo 2002 s.234.

²⁹ FENN-rapporten s. 2

³⁰ Når plikter er pålagt i lov med et individuelt ansvar for oppfyllelse av plikter, slik helsepersonellovens system er, kan ikke plikten oppheves gjennom arbeidsgivers styringsrett: Lov går etter alminnelige rettskildemessige prioriteringsprinsipper foran organisatorisk instruksjonsmyndighet.

6. anbefalinger

Hvis det etableres en felles nødmeldesentral, ser jeg for meg følgende alternativer som alle vil være i tråd med gjeldende lovbestemmelser om helsepersonells taushetsplikt:

1. En felles nødmeldesentral opprettes med tanke på situasjoner som krever koordinert innsats, og *kun for dette formål*. I slike tilfeller vil ikke taushetsplikten representere et rettslig skranke for kommunikasjon mellom helsepersonell og andre etater, jf. pkt.2.7 og 5.5. Akutte hendelser som kun krever medisinsk bistand, kanaliseres til egen etat for dette (tilsvarende tilbys et eget nasjonalt telefonnummer for politi og brannvesen). I tilfelle det etableres et felles nødnummer, er det kanskje mest nærliggende å benytte det nummeret som er best kjent, nemlig 113.³¹
Det forutsettes at publikum er gjort kjent med hvilken funksjon de respektive etatene/nødnumrene har.
2. Det opprettes en felles nødmeldesentral, der første instans er nøytral. Henvendelsen kanaliseres deretter til rette etat.
3. Det opprettes en felles organisatorisk enhet med krav om at det sørges for at helseopplysninger kun formidles politi og brannvesen i nødtilfeller der dette er nødvendig for å avverge/begrense alvorlig skade på person eller eiendom.³²
4. Under forutsetning av at en felles nødmeldesentral skal erstatte dagens nødnummer for helse, bør denne betjenes av helsepersonell som er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven. Vedkommende vil da eventuelt også kunne få kunnskap om forhold som er underlagt politiets ansvarsområde. Siden helsepersonell har lovens strengeste taushetsplikt, vil det være færre betenkeligheter knyttet til at helsepersonell får tilgang til slike opplysninger enn at politiet får tilgang til helseopplysninger.

³¹ Jf. FENN-rapporten side 2 der det fremgår at publikumsundersøkelser viser at 113 er det nødnummeret som er best kjent.

³² Lov 18. mai 2001 nr 24 om helseregistre (helseregisterloven) antas også å komme til anvendelse her. Lovens § 13 fastslår at bare den dataansvarlige, databehandlere og den som jobber under instruksjon av disse kan gis tilgang til helseopplysninger. Det er naturlig at kravspesifikasjon som eventuelt stilles i medhold av forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, jf pkt 3.2, ses i sammenheng med helseregisterloven § 13 jf. § 10.