

# 11 Organisasjon

På mange legevakter er det stort gjennomtrekk av personell, spesielt leger og sykepleiere. Legene er ofte unge og relativt lite erfarne. Samtidig regnes denne typen arbeid som faglig krevende med stor fallhøyde. Det er derfor viktig at organisasjonsmodellen som velges også understøtter medarbeidernes muligheter til spesialisering og faglig utvikling. Dette både for at medarbeiderne skal bli lenger på Legevakten, samt for å tiltrekke mer erfarne leger. I forprosjektrapporten bes det om at man utreder om man kan inngå en avtale om at driftsansvaret for tjenestene samles i en felles linjeorganisasjon. Forprosjektet beskriver to organisasjonsmodeller. Hovedmålet er å finne frem til en eller flere modeller som på best mulig måte ivaretar alle behovene innenfor områder som faglig kvalitet, ressursutnyttelse/effektivitet, økonomi, jus og IKT.

Storbylegevakten befinner seg i gråsonen mellom forskjellige tjenester, organisasjoner og tjenestenivåer. Dette innebærer sårbarhet og utfordringer. Samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene må ifølge myndighetenes krav baseres på lokale avtaler. I det videre arbeidet bør man utrede forskjellige organisasjonsmodeller nærmere. Modellen som velges må ivareta følgende behov:

- Enhetlig ledelse med entydig styringslinje til hver enkelt medarbeider
- Forutsigbar økonomi
- Varig løsning
- Felles journalsystem (eventuelt ivaretagelse av informasjonsbehovet ved andre gode tekniske løsninger)
- Legge til rette for samhandling slik at gode samhandlingsprosjekter kan "eksporteres" fra et fagområde til et annet, og man kan utvikle en kultur som fokuserer på at egne beslutninger får konsekvenser for andre.
  - på tvers mellom akuttjenestene i begge forvaltningsnivåer
  - mellom Storbylegevakten og primærhelsetjenesten for øvrig
  - mellom primær- og spesialisthelsetjenesten generelt

## 11.1 Legevaktens organisering gjennom 108 år

Oslo Legevakt ble etablert i år 1900. Kroghstøtten sykehus i Storgata ønsket å gi industriarbeiderne langs Akerselva et helhetlig kirurgisk tilbud, og etablerte en sykehusdrevet legevakt med hovedfokus på skadebehandling. Allerede da var Legevakten et samarbeidsprosjekt med kommunen, ved at Kristiania kommune betalte vaktgodtgjørelse for legene som kjørte sykebesøk, garanterte for minstehonorar ved besøkene og sørget for gratis transport for legene. Legevaktens faste stab drev elektiv og akutt operativ virksomhet samt skadepoliklinikk. Dette tilbudet ble betydelig utvidet i 1959, da den nye legevaktsbygningen ble innviet. Legevakten var da et sykehus med kirurgiske og medisinske sengeposter. I 1980, mens man styrket allmenntjenesten som eget fag, ble det opprettet en egen allmenntjenesteseksjon underlagt Oslo Helseråd. Utover 1980-tallet ønsket man et mer desentralisert helsevesen, og det ble opprettet bydelslegevakter fra kl 08 til 20 i alle 25 bydeler. De privatpraktiserende legene med kommunal avtale delte på vaktene, som innbefattet både sykebesøk og kontorkonsultasjoner. Med fastlegereformen i år 2001 ble disse bydelslegevaktene omorganisert til kveldsåpne legevaktbaser og en sentralisert døgnåpen sykebesøksordning.

I perioden 1988-1994 var Legevakten organisert som en egen akuttetat, med radiolog Harald U. Sverdrup som sjef. Akuttetaten hadde ansvar for ambulansetjenesten, skadepoliklinikk, allmenntjenestelegevakt, elektiv og akutt kirurgisk virksomhet, voldtektsmottak, observasjonspost, sykebesøksformidling, sosial vaktjeneste, barnevernsvakt (kort periode) og avrusningsstasjonene. Staten gjorde selv en evaluering som konkluderte med at den hadde sin berettigelse, blant annet ble tverrfaglig samarbeid vektlagt. En ekstern rapport fra 1993 kom imidlertid til motsatt konklusjon og anbefalte nedleggelse. Denne rapporten vektla blant annet en del forhold innenfor organisasjon og funksjon, rekrutteringsvansker, kostnader ved døgn drift av serviceavdelinger, for små ressurser til

administrasjon, bygningsmessige forhold med mer. Gruppen anbefalte nedleggelse av Storgaten 40, og anbefalte i stedet etablering av akuttmottak på Ullevål og Aker. Man endte med en mellomløsning med nedleggelse av Akuttetaten i 1994, men opprettholdelse av Legevakten i Storgata 40. Ullevål sykehus overtok driftsansvaret. I 1996 ble alle ortopedhjemler lagt til Ullevål sykehus, i vel ett år var det ingen operativ virksomhet i Storgata. Etter et års pause startet igjen ortopedisk operativ virksomhet med Ullevåls dagnadsenhet, uten at Skadelegevakten var involvert i dette. Etter sykehusreformen i 2002 ble skadeavdelingen lagt under Ortopedisk Senter på Ullevål, legene der fikk sykehuset som arbeidsgiver mens øvrig helsepersonell fortsatt var ansatt i kommunen. Samme høst startet man et sømløst samhandlingsprosjekt der leger fra Skadelegevakten i samarbeid med håndkirurg/ortoped opererer akutte hånd- og fotskader. I 2004 ble også sykepleiertjenesten på Skadelegevakten overdratt til Ullevål sykehus.

I 2008 foreslo styret på Ullevål Universitetssykehus som ledd i budsjettinnsparinger å legge ned Skadelegevakten. Nedleggelse ble hindret ved at Oslo kommune og Helse Sør-Øst skjøt inn midler på kort varsel.

Legevaktsentralen og AMK-sentralen har vært en samlet enhet inntil 2002. Da lå AMK-sentralen på Ullevål sykehus, og man etablerte en separat legevaktsentral i Storgaten 40 og styrket ressursene på denne. De to sentralene har til nå delt tekniske løsninger for telefoni og journalføring.

## 11.2 Legevaktens organisering i dag

Fastlegene	Oslo kommune, Byrådsavdeling for Velferd og sosiale tjenester (VST)					Helse Sør-Øst RHF			
	Legevakten					Ullevål Universitetssykehus			
	Allmenn- legevakt	Legevakt -baser	Sosial vaktjeneste	Akutt- team	Obs- post	Bevegelses- divisjon	Psykiatrisk divisjon	Med. service divisjon	Pre- hospital divisjon
						Skade- poliklinikk	Psykiatrisk legevakt	Røntgen	Ambu- lanse

De kommunale tjenestene er i dag organisert som en egen etat underlagt Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (VST). Kommunalt ansatt personell bemanner avdelingene, bortsett fra at legene som utfører sykebesøk og konsultasjoner på legevaktbasene er privatpraktiserende (fastleger og deres vikarer).

Spesialisthelsetjenesten på Legevakten drives i dag av Ullevål Universitetssykehus, som har åtte kliniske divisjoner. På Legevakten er fem representert: Bevegelsesdivisjonen (Ortopedisk Senter), Akuttdivisjonen (Anestesi), Medisinsk servicedivisjon (radiologi- og laboratorietjenester), Psykiatrisk Divisjon (Psykiatrisk legevakt) og Prehospital divisjon (ambulansetjenesten).

Ortopedisk Senter har fire av sine sju seksjoner lokalisert til legevakten: håndkirurgisk seksjon, fotseksjonen, arthroskopiteam og skadelegevakten. Seksjonene deler bl.a. gipsteknikere, sekretærtjeneste, postoperativ, sengepost, operasjons- og anestesipersonale og håndterapeuter.

Røntgenavdelingen på Legevakten har 17 faste radiografer. Psykiatrisk legevakt bemannes av leger, psykologer og psykiatriske sykepleiere som alle har annen hovedstilling på forskjellige sykehus i Oslo-regionen, og leies inn på timelønnsbasis til Psykiatrisk Legevakt.

Mottaksassistenter (helsesekretærer) og sikkerhetstjeneste på legevaktspoliklinikkene drives av kommunen, og Ullevål betaler for sin bruk av disse tjenestene. Teknisk drift er delt mellom kommunen og sykehuset. Observasjonsposten drives av kommunen, men er ISF-finansiert på basis av en samarbeidsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Det foreligger en særskilt avtale om finansiering av Skadelegevakten i 2008.

Det er i dag ingen overordnet og samlende samarbeidsavtale om Legevakten mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Det er heller ingen slik avtale mellom Ullevål Universitetssykehus og Oslo kommune. Det gjennomføres imidlertid regelmessige kontaktmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester som omhandler blant annet Legevakten.

Det er i dag ikke etablert et internt samarbeidsorgan for de forskjellige enhetene på Legevakten. Ledelsen for henholdsvis Skadelegevakten og Allmennlegevakten har faste månedlige samarbeidsmøter.

Etter sykehusreformen i 2002 har samarbeidet innad i Legevakten vært mer krevende enn tidligere, i mangel av en felles ledelse. Det organisatoriske skillet utløste også en rekke uklare grensdragninger mellom kommune og helseforetak, og det har i tiden etter dette kontinuerlig pågått en prosesser for å fordele oppgaver og lage nye rutiner på en mengde områder. Ny IKT struktur har blitt etablert, personell har byttet arbeidsgiver, SLA-avtaler har blitt etablert og liknende.

#### Fordeler ved dagens organisering

- Skadelegevakten kan som del av Ullevål Universitetssykehus utvikle sømløse pasientforløp i samarbeid med andre deler av Ortopedisk senter.
- Deler av tjenesten på Skadelegevakten meritterer som sykehustjeneste i legers videreutdanning.
- Prinsippet om "En dør inn" er ivaretatt.
- Prinsippet om ferdigbehandling på ett sted fungerer godt for mange pasienter (men kan videreutvikles for flere pasientgrupper)
- Observasjonsposten fungerer som et samarbeidsprosjekt på tvers av forvaltningsnivåene.

#### Ulemper ved dagens organisering

Oppdeling i to forvaltningsnivåer medfører særskilte utfordringer i forhold til samhandling og effektiv ressursutnyttelse. Det forholdet at tjenestene drives av Oslo kommune sammen med UUS uten et overordnet organ med felles strategi medfører praktiske og ikke minst ledelsesmessige og finansielle utfordringer. Det siste kom tydelig til uttrykk ved at skadepoliklinikken ble foreslått nedlagt for å saldere 2008-budsjettet ved Ullevål Universitetssykehus.

- Man har ikke en felles ledelse som sikrer felles mål, strategier, identitet og utvikling
- Legevakten fremstår med to (eller flere) stemmer utad.
- Det kan være uklart for pasienter og publikum hvilket forvaltningsnivå som står ansvarlig for tjenestene
- Mindre fleksibel utnyttelse av enkelte personellressurser
- Ikke forutsigbar finansiering
- Vanskelig å etablere rotasjonsordninger og felles utdanningsløp
- To forskjellige journalsystemer

Der er ønskelig å organisere fremtidens Storbylegevakt på en slik måte at flest mulig av disse forholdene forbedres.

## 11.3 Finansiering

Fremtidens Storbylegevakt trenger en forutsigbar finansiering som er forankret i gjeldende regelverk og der tjenestene til befolkningen ikke utsettes for unørlige trusler på grunn av strukturelle forhold. En rekke forhold gjør legevaktens virksomhet sårbar for ønskeftninger som påvirker finansieringen.

### 11.3.1 *Finansiering av spesialisthelsetjenester ved Legevakten*

De regionale helseforetakene (RHF) finansierer spesialisthelsetjenester i helseregionen. Finansieringen er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning (ISF). All behandling som gir grunnlag for ISF, skal skje ved statlige eller andre offentlig godkjente institusjoner. Det stilles blant annet krav om godkjenning og identifisering av medisinsk faglig ansvar (spesialisthelsetjeneste), regulert i Lov om spesialisthelsetjenesten (ref. Helsedirektoratet IS-1520).

Ullevål universitetssykehus har i dag drifts- og finansieringsansvar for spesialisthelsetjenester som gis ved Legevakten. Tjenestene er finansiert gjennom basisrammebevilgninger og ved aktivitetsfinansiering, herunder ISF og NAV-refusjoner (radiologi), samt egenandeler fra pasienter (poliklinikktaakter). Skadelegevakten finansieres med et lavt basistilskudd i forhold til egenandeler/refusjoner (fordeling på ca 40/60) i forhold til annen somatisk behandling (60/40). Psykiatrisk Legevakt er spesialisthelsetjeneste drevet av UUS, men har grunnet den organiseringen man har valgt ikke blitt godkjent som psykiatrisk poliklinikk og utløser derfor verken egenandeler eller refusjon, men finansieres i sin helhet ved rammebevilgning. Observasjonsposten finansieres gjennom ISF-systemet gjennom en særskilt avtale godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet om at det faglige ansvaret for tjenesten ligger hos UUS, mens kommunen har det daglige driftsansvaret.

All ISF-refusjon beregnes med utgangspunkt i pasientens diagnose (DRG-koding). DRG er et grovkornet system som treffer best når anvendt på sykehus med store pasientvolum og bredde i pasientsammensetningen. Ordningen treffer dårligere på tjenester med et smalere utvalg funksjoner. Skadepoliklinikken har stort pasientvolum og et bredt utvalg polikliniske tjenester, men ingen døgnopphold. Tjenesten er derfor noe mindre robust i forhold til endringer i finansieringssystemet enn større sykehus/institusjoner.

Uforutsigbar finansiering av spesialisthelsetjenestetilbudet på Legevakten skyldes blant annet den tette økonomiske og organisatoriske koblingen mot ett helseforetak (UUS). Foretakets økonomiske bidrag påvirkes av de krav og utfordringer som pålegger helseforetaket for øvrig. Delt ledelse på Legevakten øker risikoen for at det tas avgjørelser på sykehuset som får negative effekter i forhold til øvrige enheter på Legevakten.

Uforutsigbarhet i finansieringen kan reduseres ved at Helse Sør-Øst RHF spesifiserer midlene til Storbylegevakten. Helse Sør-Øst RHF står fritt til å etablere egne finansieringsløsninger som understøtter det tjenestetilbudet som velges for Legevakten. Finansieringen kan enten være en totalramme for spesialisttjenestene ved Legevakten, eller et basistilskudd pluss videreføring av ISF-tilskudd som utløses ved Legevakten.

Helse Sør-Øst RHF kan finansiere Legevakten direkte eller via et helseforetak. Finansiering via et helseforetak kan skje ved et spesifisert tilskudd, eller ved et rammetillegg som helseforetaket kan bruke slik det selv anser best. Helseforetaket vil da kunne velge ulike måter å finansiere Legevakten: totalramme, basistilskudd pluss ISF-tilskudd, eventuelt ulike modeller for de ulike tjenestene (en for Skadelegevakten, en for Psykiatrisk legevakt osv). En annen variant er at Helse Sør-Øst RHF pålegger de helseforetakene som har pasienter ved Legevakten å bidra av sine rammer til å dekke kostnadene ved Legevakten.

Finansieringen vil muligens også kunne stabiliseres ved at man etablerer en samlet organisatorisk enhet for det tjenestetilbudet spesialisthelsetjenesten skal bidra med inn i Storbylegevakten, med ansvar for budsjett og koordinering av tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenestens side, samt

samhandling mot Oslo kommune/Legevakten. En slik enhet vil i noe større grad kunne ta hensyn til bl.a. budsjetttilpasninger som følger av endring i finansieringsordninger for spesialisthelsetjeneste, også dersom finansieringen av tjenestene ikke spesifiseres fra Helse Sør-Øst RHF.

### **11.3.2      *Finansiering av kommunehelsetjenester ved Legevakten***

Oslo kommunes budsjett blir vedtatt av Bystyret. Med den årlige budsjettrammen vil det være punkter som omhandler situasjonsbeskrivelse og målsettinger, samt strategier og tiltak. Her vil det fremkomme eventuelle nye tilførte midler til enkelte tiltak. Det vil også fremkomme eventuelle generelle rammekutt og effektiviseringskrav. Disse momentene vil kunne føre til variasjoner og skape en del usikkerhet omkring budsjettrammene fra år til år. I rammen er det innarbeidet lønns- og prisutvikling og kompensasjon for demografisk utvikling.

Omkring halvparten av den kommunale legevaktens inntekter kommer direkte fra staten via Normaltariffen, som fastsetter stykkprisfinansieringen for fastleger og kommunal legevakt. Normaltariffen er beregnet på å finansiere fastlegepraksis, og består av et basistilskudd pluss innsattsstyrt finansiering. Legevakten får ikke basistilskuddet som bestemmes i normaltariiffen, da dette baseres på antallet listepasienter hos fastlegene. Legevaktens takstbruk skiller seg fra vanlige legekontorers takstbruk, f.eks. ved at man utfører mange sykebesøk, benytter mye kveldstakster og utfører behandling som er særlig ressurs- og tidkrevende. Når endringer i normaltariiffen fremforhandles hvert år vektlegger forhandlerne totalbildet for fastlegene. Endringene har imidlertid forskjellig profil fra år til år, og slår forskjellig ut for Legevakten fra år til år.

Legevakten har en rekke praktiske utfordringer knyttet til at NAV i alle saker forholder seg til enkeltleger, og ikke til Legevakten som institusjon. Dette innebærer at alle refusjonskrav må innsendes med personalia til behandlende lege. Kravene samles per lege og korrespondanse fra NAV rettes til individuelle leger. Det har ikke lyktes å få aksept for at en del oppgaver kan delegeres på systemnivå til andre ansatte enn leger. Dette medfører blant annet at leger selv må legge inn laboratorierekvisisjoner og takster, fremfor at hjelpepersonell utfører dette. En slik praksis fra forvaltningens side er lite fleksibel i forhold til behovene man har i en organisasjon med over hundre ansatte. Dersom man ønsker å etablere en Storbylegevakt som er organisatorisk og IKT-messig nyskapende vil slike hindringer kunne medføre betydelig merarbeid.

Ca 15 legeårsverk utføres av privatpraktiserende leger. Honoraret for dette dekkes bare delvis av Normaltariiffen. Honoraret avgjøres i forhandlinger mellom Oslo kommune og Legeforeningen.

#### **Anbefalinger om finansiering**

- Finansieringen av Storbylegevakten forankres i den overordnede samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst. Avtalen må sikre forutsigbar finansiering.
- Samhandlingsreformen bør legge til rette for finansiering av samhandlingsprosjekter. En av hindringene i dag skyldes at finansieringen knyttes opp mot hvilket forvaltningsnivå som yter tjenesten, fremfor hvilken behandling som gis. Fremtidens Storbylegevakt vil ha elementer av både primær- og spesialisthelsetjeneste, og trenger en finansieringsordning som stimulerer til behandling etter prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

## 11.4 IKT-løsninger

Storbylegevaktens personell er fullstendig avhengig av å ha et effektivt og velfungerende pasientjournalssystem. Uten dette er det ikke mulig å drive en forsvarlig tjeneste. Fra 1992 til 2006 delte alle kommunale enheter, Psykiatrisk legevakt og Skadelegevakten ett felles journalssystem (Cinsoft). Dette ble erstattet med henholdsvis Profdoc Vision i 2006 (kommunale enheter og Psykiatrisk Legevakt) i 2006 og DLPasdoc i 2008 (Skadelegevakten).

Profdoc Vision er designet for vanlig allmennpraksis og kan derfor lett betjenes av byens fastleger. Allmennavdelingen er i hovedsak fornøyd med Profdoc Vision og de tilpasninger som er gjort, selv om det fortsatt er potensial for forbedringer på områder som tilkobling til EKG og betalingsterminal, bildelagring, tilgang til fastlegeregisteret og liknende. Systemet har over 400 brukere. Røntgensystemet som benyttes på Legevakten er ikke integrert, men tilgjengelig for de ansatte via egne terminaler.

Skadelegevakten deler DLPasdoc med UUS, noe som muliggjør en utstrakt samhandling med resten av Ortopedisk Senter, røntgenavdelingen på Ullevål og sykehuset forøvrig. Talegjenkjenning og røntgen er integrert i pasientens journal. Skadelegevakten er etter en innkjøringsperiode godt fornøyd med systemet, som har ca 100 brukere fra Skadelegevakten og 80 brukere ved Ortopedisk Senter og Anestesiavdelingen i legevaktbygget.

Legevaktsentralen var tidligere samorganisert med AMK-sentralen på UUS, og de to sentralene deler i dag journalsystemet AMIS. Det pågår arbeid for å skille de to sentralene fra hverandre teknisk.

Sosial vaktjeneste har dertil mulighet til å gjøre oppslag i Sokrates, som er Oslo kommunes register over sosialklienter og hvilket sosialkontor de er tilknyttet.

Foruten pasientjournalssystemer benyttes et felles køsystem i mottakelsen. Administrative IKT-løsninger (kontorarbeid, postjournal, intranett, e-mail, økonomistyring osv) er atskilt og ligger i hhv Oslo kommunes og UUS' datanettverk, som begge er lagt i bygningen.

### 11.4.1 *Utfordring 1: Elektroniske meldinger*

Tabellen nedenfor gir et grovt anslag over ønsket informasjonsflom mellom enheter og om dette fungerer elektronisk på Legevakten i dag. Tabellen gir et inntrykk av mulige gevinstområder.

Antall	Meldingstype	Fungerer i dag
200 000	Epikrise til fastlege	Under arbeid
90 000	Journaloverføringer fra legevaktsentralen til Profdoc	Under arbeid
	Laboratoriesvar	Ja/Under arbeid
30 000	Pasienter til røntgen fra Skadelegevakt og svar tilbake	Ja
7 000	Pasienter til røntgen fra Allmennlegevakt og svar tilbake	Nei
5 600	Innleggelse observasjonsposten fra Allmennlegevakten	Ja
1 400	Innleggelse observasjonsposten fra Skadelegevakten	Under arbeid
3 000	Innleggelse områdesykehus fra Skadelegevakten *)	Ja
1 500	Pasienter som opereres av Skadelegevakten/ortopedisk avd	Ja
6 000	Innleggelse områdesykehus fra Allmennlegevakten	Nei
12 000	Innleggelse andre sykehus enn områdesykehuset (estimert)	Nei
2 400	Henvisninger fra Skadelegevakt til Allmennlegevakt og motsatt	Under arbeid

\* (forutsetter at UUS blir områdesykehus og Skadelegevakten kan benytte DLPasdoc)

Infrastrukturen for elektronisk meldingsutveksling er gradvis i ferd med å komme på plass, men noen grep er ikke avklart. Legevakten trenger fullverdig tilgang til fastlegeregisteret for Oslo. I dag er man henvist til å slå opp på en internettside. Dette er lite hensiktsmessig, og bør erstattes av et maskinelt oppslag. Inntil dette er på plass må NAV sende fastlegedisketter til Legevakten. Legevakten har anmodet om dette, men NAV har ikke etterkommet ønsket.

Adresseregisteret HER må kompletteres, så det inneholder elektroniske adresser til samtlige aktører. Mange fastleger har registrert seg i HER, men det mangler bl.a. registrering av mange institusjoner og aktører i kommunehelsetjenesten. Det må tilrettelegges for maskinelt oppslag mot HER. Sykehusene må få bedre systemer for å rute elektroniske henvisninger til riktig avdeling. Oslo kommune må også etablere en slik sorteringsfunksjon for mottak av elektroniske meldinger. Dette blir svært viktig ettersom de kommunale pleie- og omsorgstjenester og andre kommunale virksomheter også tar meldingsfunksjoner i bruk, og dersom man etablerer pasientforløp som går fra observasjonsposten til sykehjem og hjemmetjenester.

Oslo kommune deltar i Samspillkommune-prosjektet som arbeider med kommunenes forberedelse til elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus. Samspillkommunene skal gjennomføre lokale forprosjekt som forbereder slik samhandling. Kommuner som deltar i prosjektet vil få stimuleringstilskudd og tilgang til erfaringsnettverk. Helsedirektoratet ønsker å stimulere til at flere kommuner kan implementere løsningene så snart de er klare.

Det må legges til rette for at røntgenbilder kan oversendes mellom enheter. Bildene burde ideelt sett følge med elektroniske henvisninger i samme forsendelse.

#### **11.4.2      *Utfordring 2: Innsyn og personvern***

Bruken av IKT systemer i helsesektoren er regulert i Lov om helseregister og behandling av helseopplysninger av 01.01.2002. Loven er under revisjon og endringene ble utsendt på høring 23/10-08. Det foreslås endringer som åpner for å dele opplysninger på tvers av virksomheter under gitte kriterier. Det er uvisst i hvilken grad de foreslåtte endringene kan bidra til å løse Storbylegevaktens utfordringer. Prosjektgruppen har ikke kunnet vurdere innholdet i høringsnotatet innenfor prosjektets tidsramme og omtaler derfor loven slik den foreligger i dag.

Lovgivningen fokuserer i dag på institusjonene fremfor pasientene som utgangspunkt for innsyn og innsyns kontroll. Dette medfører særskilte utfordringer når man ønsker å etablere en samhandlingsarena der flere virksomheter deltar inn i en felles Storbylegevakt. Regelverket bør støtte at opplysninger om enkeltpasienter følger pasientene på en slik måte at alle behandlere har nødvendig informasjon tilgjengelig. Innenfor akuttkjedene må det være mulig å innhente opplysninger der og da.

Dersom personellet kun kan ha tilgang til pasientopplysninger fra journalsystemer tilhørende den institusjon de er ansatt ved vil det ikke være mulig å etablere pasientforløp med høy grad av samhandling. Lovgivningen er basert på at pasienten sendes fra et behandlingsnivå til et annet. Etter prosjektgruppens oppfatning bør man i større grad la førstelinjetjenesten fullføre pasientbehandlingen, mens personell fra spesialisthelsetjenesten bidrar inn som konsulenter på en liknende måte som en overlege ofte gjør i forhold til en underordnet sykehuslege. Når spesialisten har utført sin avgrensede oppgave, følger primærhelsetjenesten opp videre og avslutter konsultasjonen. Slik arbeider man i dag på Skadelegevakten, fordi denne er organisert under spesialisthelsetjenesten. Det samme er vanskelig på Allmennlegevakten fordi den sykehusansatte ikke vil ha tilgang til førstelinjens opplysninger og omvendt. I fremtiden bør pasienter som kan ivaretas ved en slik samhandling ikke bli formelt overført til spesialisthelsetjenesten og måtte gjennomgå dobbel registrering, venting og brudd i informasjonsflyt. For å kunne utvikle en slik tjeneste må man legge til rette for at tilgangen til pasientjournalssystem styres av behandlerens rolle i behandlingen fremfor personelllets organisatoriske tilknytning.