

Vedrørende samtykke står det i § 4-4: «Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dersom barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernsloven § 4-8 eller § 4-12, har barnevernstjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.» Det er med andre ord foreldreansvaret som er det avgjørende i pasientrettighetsloven, enten dette ligger hos foreldrene eller er overført til barnevernstjenesten eller til andre, for eksempel til fosterforeldre.

At det er foreldreansvaret som styrer informasjonsplikten, innebærer ikke at legen eller annet helsepersonell må informere begge foreldrene. Det holder *vanligvis* med at den som tar barnet til behandling, mottar informasjon.

Ved delt foreldreansvar forutsettes det et samarbeid mellom foreldrene, noe som bl.a. innebærer informasjonsutveksling om helse, skole og andre forhold av betydning for barnet. I barneloven er forholdet mellom foreldre og barn nærmere regulert. Det er en egen bestemmelse om informasjonsplikt når foreldreansvaret er plassert hos én av foreldrene i § 50. Der står det: «Har den eine av foreldra foreldreansvaret aleine, skal denne gje den andre opplysningar om barnet når det blir bede om det. Den andre har også rett til å få opplysningar om barnet frå barnehage, skule, helse- og sosialvesen og politi, om ikkje teieplikta gjeld andsynes foreldra. Slike opplysningar kan nektast gjeve dersom det kan vere til skade for barnet.»

Jeg regner med at Klem sikter til en regel i barneloven § 35 b om beslutningsmyndighet for den av foreldrene som har daglig omsorg. Der står det: «Har foreldra sams foreldreansvar, men barnet bur fast saman med berre den eine, kan den andre ikkje setje seg mot at den barnet bur saman med, tek avgjerder som gjeld vesentlege sider av omsuta for barnet, m.a. spørsmålet om barnet skal vere i barnehage, kor i landet barnet skal bu og andre større avgjerder om dagleglivet.» Denne bestemmelsen regulerer ikke legens informasjonsansvar direkte, men vil få betydning for samtykke til helsehjelp.

Anne Kjersti Befring

anne.kjersti.befring@legeforeningen.no
Den norske lægeforening

Responstider i ambulansetjenesten

I Tidsskriftet nr. 3/2004 beskriver Folkestad og medarbeidere hvordan prehospital responstider varierer i ulike kommuner (1). Dette er en viktig kvalitetsindikator. Datagrunnlaget for undersøkelsen er alle 113 oppringninger i 28 kommuner i Vestfold og Troms i 2001, inklusive henvendelser fra

legekontorer og sykehjem. Men hva var eksklusjonskriteriene? Er hendelser som databasen AMIS identifiserer som «tid ikke OK» forkastet? Telles alle utrykkende enheter eller bare den som først ankommer hentestedet? Mange 113-samtaler resulterer ikke i utrykninger, og oppdrag med annen hastegrad kan bli «akutte». Akuttoppdrag rekvireres også via annen sambandsvei. Tabell 2 i artikkelen (1) viser antall komplette registreringer, men hvor mange var inkomplette?

AMK-sentralen i Bergen dekker 338 485 innbyggere og hadde i 2003 5 531 akuttoppdrag via 113-samtaler (egne, upubliserte data). Responstiden er ikke registrert i 30 % av tilfellene. Etter eksklusjon av oppdrag med «tid ikke OK» (hastegrad endret, feil etc.) gjenstår 62 % av oppdragene for analyse av responstid. Dette sier litt om datakvaliteten.

I undersøkelsen til Folkestad og medarbeidere ble responstiden beregnet kommunevist (1). Dette er ikke en optimal analyseenhet, for det gir inntrykk av kommunalt eierskap til en ambulans, som jo er en ressurs som bør benyttes uavhengig av kommunegrensene. Det er også svært vanskelig å beregne størrelsen på befolkningen som skal utgjøre *n* i regnestykket om hvor mange som nås innen tidsgrensene. Er det antall innbyggere i kommunen, bygden, tettstedet, byen, fylket eller regionen? Valgkretsen er den enheten som gir mest detaljerte tall, men er langt fra enkel å regne på.

Selv i en by som Bergen er det umulig å oppnå responstid < 12 minutter for 90 % av akuttoppdragene (egne, upubliserte data). Det tyder på at de mål helsemyndighetene har satt, er urealistiske.

Måling av reaksjonstiden ved AMK-sentralene ved hjelp av databasen AMIS er tviolsom. Klokkeslett for «varselet» settes når ressurskoordinator tildeler oppdraget til ambulansen. For ambulanser med kartterminal skjer dette samtidig med varsling over radio (eller telefon), mens det ellers kan gå opptil et par minutter fra varsling faktisk utføres til det registreres i databasen. Årsakene er flere, men konsekvensen er at flere tidsregistreringer må forkastes fordi det i databasen vil se ut som om ambulansen rykket ut før den var blitt varslet!

Helse Vest har satt i gang et arbeid med å standardisere måten kvalitetsindikatorene skal overvåkes på. Vi håper andre gjør det samme, slik at man kan se hvordan forholdene er rundt om i landet.

Guttorm Brattebø

Lars Myrmed

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospital responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.

E.H. Folkestad og medarbeidere svarer:

Vi takker for innlegg fra Brattebø & Myrmed, som reiser flere viktige spørsmål til artikkelen om prehospital responstider (1). Studien var langt mer omfattende enn det vi kunne presentere på trykk. Detaljer om datakvalitet for undersøkte kategorier og kommuner ble betraktet som for spesialisert for Tidsskriftets gjennomsnittsläser. For interesserte presenterer vi her noen presiseringer og tilføyelser.

Studien baserer seg på alle prehospital, primære responser i hastegrad AKUTT med bil- eller båtambulans, legebil eller ambulanshelikopter. Materialet er ikke begrenset til 113-oppringninger, det omfatter også AKUTT-oppdrag rekvirert via andre sambandsveier. 113-samtaler uten påfølgende utrykning er ikke medregnet, men oppgraderte responser teller. Kun enheten som først ankom hentestedet, er med. Som nevnt i artikkelen er ambulansetransportbestillinger fra legekontorer og sykehjem inkludert, mens overflyttinger mellom sykehus, kuvøsetransporter, internt transporter, hjemkjøringer, øvelsesutrykninger og utrykninger til beredskapssituasjoner er utelatt.

«Enhets reaksjonstid» var i noen tilfeller negativ. Dette skyldes AMK-sentralens forsinkede registrering av tid for varsling av enhet. Tidspunktet ble da strøket, og andelen inkomplette data økte. Dette belyser en sannsynlig systematisk feil – for lang «AMK-reaksjonstid» og for kort «enhets reaksjonstid». «Prehospital responstid» påvirkes ikke.

Mange registreringer manglet én eller flere tidspunkter, resterende tilgjengelige variabler ble regnet ut. Andelen mangelfulle registreringer for prehospital responstid var i Vestfold 12 % (spredning mellom enkeltkommunene 4,6–49 %) og i Troms 27 % (24–57 %), for AMK-reaksjonstid 6,3 % (2,6–11 %) og 9,7 % (5,4–19 %), for enhets reaksjonstid 19 % (12–52 %) og 46 % (22–62 %) og for utrykningstid 21 % (11–54 %) og 50 % (45–71 %).

Vi er enig med Brattebø & Myrmed i at kommunevis beregning ikke er optimalt. Kommuner har ofte både tettbygde og grise-grendte strøk. Den mer detaljerte inndelingen i valgkretser var for oss praktisk umulig, men kan kanskje egne seg.

De foreslåtte anbefalingene til prehospital responstid i stortingsmeldingen om akuttberedskap (2) kan være urealistiske. Vår studie belyser nytten av korte responstider. Vi ønsker ingen nedjustering av målene. Vi tror *ikke* at kravet om at 90 % av befolkningen i byer og tettsteder skal nås innen 12 minutter er urealistisk. Definisjonen tettbygd/tynt befolket må imidlertid avklares. For Tønsberg kommune nås 85,9 % av befolkningen innen 12 minutter. Siden deler av kommunen er tynt befolket,