

HELSEDIREKTORATET  
Postboks 220 Skøyen  
0213  
OSLO

Deres ref.: 17/28410-7

Vår ref: HSAK201900451

Dato: 25092019

## **Høring - forslag til nasjonal veileder for legevakt og nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt**

Det vises til brev av 18.6.19. Legeforeningen takker for muligheten til å kommentere på utkastene, som har vært til høring hos relevante organisasjonsledd.

### **Generelle kommentarer**

Legeforeningen mener at veilederen kan bli en viktig og nyttig hjelp for kommunene til organisering, drift, ledelse og kvalitetsarbeid i legevaktstjenesten.

Veilederen er omfattende (ca. 100 sider), men Legeforeningen mener dette oppveies av en ryddig innholdsfortegnelse og utforming av digitalt format.

Oppbygningen bidrar også til at veilederen er lettlest. Det er nyttig at referanselisten fremgår under hvert kapittel.

Legevaktene i landet har stor variasjon i rammebetingelser, som folketetthet, legedekning, avstand til spesialisthelsetjenester, og geografiske forhold. Dette gjør det urimelig og uhensiktsmessig å sette samme krav til alle legevaktsdistrikt. Det er samtidig for stor variasjon i legevakttilbudet. Variasjonen kan begrenses ved å sette krav gjennom lov, forskrift og tilhørende veileder samt lokalt kvalitetsarbeid.

Legeforeningen regner med at veilederen vil bli utviklet videre. Vi oppfordrer Helsedirektoratet til å inkludere legevaktsmiljøene i det fremtidige arbeidet med revisjon og vedlikehold av de nasjonale faglige retningslinjer, slik at de operative miljøene får et eierskap til utvikling av dette fagfeltet/veilederen fremover.

### **Gjengivelse av regelverk nedfelt i lover, forskrifter og tariffavtaler**

Flere steder i veilederen omtales lover, forskrifter og tariffavtaletekst. Dette er nødvendig enkelte steder, for å sikre at veilederen gir tilstrekkelig oversikt over regelverket innenfor de ulike områdene som presenteres i veilederen.

Legeforeningen vil likevel påpeke at omtale av en lovtekst, forskrift eller tariffavtale ofte innebærer en tolkning av regelverket. Legeforeningen mener derfor at veilederen bør utformes slik at den først og fremst gir leseren en oversikt over relevant regelverk med linker slik at regelverket er enkelt tilgjengelig.

Det vil bidra til at de som bruker veilederen oppfordres til å slå opp i, og gjøre seg kjent med selve regelverket, fremfor å basere seg på informasjonen i veilederen alene. En slik utforming vil også kunne bidra til at veilederen forblir oppdatert ved endringer i regelverket, noe som erfaringsmessig skjer hyppig, for eksempel ved årlige tariffforhandlinger.

Det bør også presiseres i innledningen at informasjon om lover, forskrifter og tariffavtaler er tatt inn for å gi brukerne en oversikt over hvordan regelverket setter rammer for kommunenes legevaktstjeneste, slik at veilederen ikke oppfattes som et selvstendig regelverk i seg selv. Dette vil ikke nødvendigvis være åpenbart for de som benytter veilederen til daglig.

Legeforeningen er kritisk til at tekst som innebærer en fortolkning av avtaleverk tas inn i et utkast til en nasjonal veileder, uten at Legeforeningen som avtalepart har fått anledning til å uttale seg om teksten før den sendes på høring (se neste avsnitt).

### **Særlig om Legeforeningens særavtale - SFS 2305**

Legeforeningens særavtale med KS (SFS 2305) er omtalt to steder i utkastet til veileder. Side 7 under "Legevaktens inntekter" og side 9 under "Bemanning".

På side 7 under "Legevaktens inntekter" er det opplyst at "*alle inntekter*" vil tilfalle kommunen dersom "*legen har fastlønn*", og at egenandeler og refusjoner tilfaller legen "*ved næringsdrift*". Måten avsnittene er formulert på er egnet til å skape forvirring rundt tariffavtalens virkeområde og hvilke rettigheter som gjelder for de ulike legene. Turnusleger har for eksempel "fastlønn", men beholder egenandeler og refusjoner på samme måte som legene som er selvstendig næringsdrivende, når de går legevakt organisert etter SFS 2305.

Legeforeningen mener det er tilstrekkelig med en henvisning til avtaleverket, fremfor at innholdet i gjengis. Avtaleverket, med kommentarer, er tilgjengelig blant annet på Legeforeningens nettsider og oppdateres årlig.

Siden veilederen er ment for alle landets kommuner, inkludert Oslo kommune, bør det også inntas en henvisning til eget avtaleverk som gjelder for Oslo kommune.

Under overskrift "Legevaktens inntekter" i nest siste avsnitt står følgende: "*Ved næringsdrift der legen mottar beredskapsgodtgjørelse fra kommunen, vil egenandeler og refusjon tilfalle legen. Benytter legen legevaktens forbruksmateriell i sitt arbeid vil betaling for dette tilfalle legevakten.*" Legeforeningen vil påpeke at bruk av forbruksmateriell og betaling for dette, ikke er direkte regulert. Etter vårt syn er det derfor hensiktsmessig at det avtales lokalt hvordan dette konkret skal løses. Det er en fordel om det i veilederen ligger en oppfordring til å ha en dialog om dette. Vi foreslår at avsnittet formuleres til: "*Ved næringsdrift mottar legen beredskapsgodtgjørelse fra kommunen, og egenandeler og refusjon tilfaller legen. Det kan avtales at legen benytter legevaktens forbruksmateriell i sitt arbeid og at betaling for medgått materiell skal tilfalle legevakten.*"

### **Fortløpende kommentarer til de enkelte punkter i veilederen**

#### **Kapittel 2 - organisering**

Mange legevakter har leger med annen hovedarbeidsgiver enn selve legevakten. Muligheten for

uforsvarlig stor arbeidsmengde kan være tilstede. Veilederen bør ta opp legevaktens medansvar for å sikre at personellet er tilstrekkelig uthvilt.

### **Punkt 2.2 Økonomi**

Under overskriften "betalingssystem" står følgende: *«Pasientene skal ha enkel tilgang til en gebyrfri betalingsmåte. Det må også være tilrettelagt for at pasienter som ikke har mulighet til å betale for seg på stedet.»*

Den siste setningen er ufullstendig og derfor vanskelig å forstå. Det bør gis informasjon om hva det skal tilrettelegges for, eller hvem som har ansvaret for at tilrettelegging gjennomføres.

Slik avsnittet er formulert, kan det gi inntrykk av at også pasienter som ikke gjør opp for seg på stedet skal ha tilgang til gebyrfri betalingsmåte. Mange av landets legevaksleger er næringsdrivende, også på vakt. Disse legene har allerede i dag et betydelig merarbeid ved innkreving av ubetalte fordringer fra legevakt, og kan måtte ende opp med å måtte tapsføre fordringen.

Skal det legges til rette for gebyrfrie betalingsalternativer for pasienter som ikke betaler på stedet, må det være en forutsetning at utestående beløp umiddelbart utbetales til legen og at fordringen overtas av kommunen for inndrivning.

### **Punkt 2.3 Bemanning**

I veilederen fastslås det at: *«Det kan være vanskelig å få på plass forsvarlig bemanning i vaktdistrikter med svært mange fastleger og andre med plikt til legevakt.»* Legeforeningen har vanskelig for å forstå at rikelig tilgang til kompetent personell skulle være til hinder for forsvarligheten, og mener veilederen heller bør peke på at kommunen skal sørge for at alle som deltar i vakt får tilstrekkelig opplæring og mulighet for kontinuerlig etterutdanning for å opprettholde nødvendige kunnskaper og ferdigheter for vaktarbeid.

Veilederen beskriver muligheten til å avtale at ikke alle fastleger deltar i legevakt, for å prioritere *"leger med interesse og egnethet for legearbeid"*. Veilederen fremhever at slike avtaler kan *"bidra til at legene som deltar får tilstrekkelig erfaring og får vedlikeholdt ferdighetene sine"*. Avslutningsvis i avsnittet presiseres at leger i spesialitetsløp for allmenntilleggsmedisin må gjennomføre minst 40 legevakter. Legeforeningen mener det i tillegg bør presiseres at LIS1 må delta i legevakt, og ikke kan omfattes av avtaler om fritak fra legevakt. Det vil sikre at leger i spesialisering del 1 får den nødvendige erfaringen med legevaksarbeid.

Det vises også til SFS 2305 pkt 12.5 om at turnuslege/LIS1 skal ikke arbeide uten veiledning og tilsyn.

#### **Punkt 2.3.b Praktisk - Annet helsepersonell i legevakt**

Veilederen fremhever kvaliteten på sykepleierutdanningen, og at det er behov for sykepleiernes brede fagkompetanse og allsidighet spesielt ved mindre legevakter. Legeforeningen er enig i at det er viktig å ha godt kvalifisert helsepersonell på legevakten, men mener at det ikke er noen faglig begrunnelse for at dette er et særskilt behov kun for mindre legevakter. Legeforeningen mener for øvrig at utdanningen /kompetansen hos øvrige helsepersonellgrupper, som hjelpepleiere,

helsesekretærer, ambulansepersonell, bør beskrives fremfor at en utdanning fremheves. Det gjelder også leger som omtales i et eget punkt i samme kapittel.

#### **Punkt 2.4 Pasienter uten fast opphold i Norge**

I punkt 2.4 a omtales helsehjelp til personer uten fast opphold i Norge. Det opplyses at disse i utgangspunktet skal dekke kostnadene ved helsehjelp selv, også øyeblikkelig hjelp. Samtidig vises det til at enkelte land har inngått avtaler om utvidede rettigheter til helsehjelp for sine borgere eller rettigheter til å få dekket kostnadene helt eller delvis. Legeforeningen etterlyser konkrete eksempler som kan belyse hvorfor informasjonen er relevant for legevakten og hvilke tiltak som eventuelt må innføres ved legevakten for å følge opp dette.

#### **Punkt 2.5 Tolketjenester**

Legeforeningen støtter at det benyttes kvalifisert tolk når pasienten har behov for dette. Legeforeningen anbefaler at informasjonen suppleres med konkret forslag til rutine for hvem som har ansvar for å bestille tolk.

#### **Punkt 2.7 Legevakt og media**

Informasjonen under underpunkt 2.7.a oppleves som noe tungt formulert. Legeforeningen mener at det ville være nyttig om veilederen, i tillegg til å gi generell informasjon, gav tilgang til konkrete eksempler på gode pressemeldinger/informasjon til media.

I veilederen legges det til grunn at oppmøte fra media må avklares med ledelsen på forhånd. Legeforeningen mener det ville være en fordel om veilederen også gir en anbefaling om hvorledes å møte situasjoner der journalister uanmeldt dukker opp på legevakten, og det ikke er mulighet til å avklare med ledelsen på forhånd.

Det gis konkrete eksempler på anonymisering ved informasjon til media. Dette kan være gode råd i befolkningsrike legevaktsdistrikt, men i tynt befolkede områder skal det få opplysninger til for i praksis å identifisere pasienten.

### **Kapittel 3- legevaktsentralen**

#### **Punkt 3.1b Legevaktsentralens funksjon og drift**

Her foreslås følgende tekst i veilederen: *"Telefonkonsultasjoner bør være en naturlig del av legevaktarbeidet, både for leger og legevaktsentraloperatør. Tema bør inngå i opplæringsdelen i legevaktsentralen og være en del av legevaktens rutiner. Det bør legges til rette for at operatør i legevaktsentral kan konferere med vaktlege."*

Legeforeningen støtter ikke denne anbefalingen. Fra et faglig perspektiv er alle former for e-konsultasjoner, inkludert telefonkonsultasjon, en utfordrende oppgave når pasienten er ukjent og problemstillingen er akutt sykdom.

I praksis er det heller ikke lagt til rette for at legevaktsleger skal drive med telefonkonsultasjoner. Normaltariffen er kun tilrettelagt for enkel pasientkontakt med tilhørende rådgivning/veiledning via telefon, og e-konsultasjoner honoreres kun hos fastlege.

Etter Legeforeningens syn bør veilederen ikke gi en anbefaling om telefonkonsultasjoner før det er innhentet faglige betenkninger som har belyst spørsmålet tilstrekkelig og det er etablert en takst for telefonkonsultasjon på legevakt. Veilederen bør i stedet påpeke at operatør i legevaktssentralen, med faglig støtte fra vaktlege, bør gi råd eller veiledning over telefon ved enkle medisinske problemstillinger der det ikke vurderes å være behov for akutt legehjelp.

Legeforeningen mener det mangler et punkt om **overvåkning av venterom**. Det står i pkt 5.3 b at overvåkning av venterom er viktig for sikkerhet og for å redusere konsekvenser av vold og trusler, men det er i tillegg et viktig medisinskbehov for at pasienter som venter på legevakt skal ha tilsyn.

#### **Kapittel 4 Telefon og IKT utstyr**

Legeforeningen ønsker en presisering av at legevaktleger må ha tilgang på LOCUS (transmobile nettbrett) eller tilsvarende kommunikasjon med AMK for å motta supplerende informasjon om pasientens medisinske tilstand. Ambulansene har dette utstyret. Tilgang på data fra Locus vil erstatte behovet for å be AMK om utfyllende informasjon om pasienten.

#### **Kapittel 5 Legevaktslokale**

##### **Punkt 5.3 Utforming av legevaktslokale**

Legeforeningen mener at det bør presiseres at det skal være soverom tilgjengelig for vakthavende leger. Legene går ofte lange vakter og deltar som hovedregel i legevakt i tillegg til full jobb. Legene har derfor et særskilt behov for å kunne hvile når det er mulig. Å redusere unødig belastning for legene, kan gi bedre pasientbehandling.

Legeforeningen mener at det også må være tilfredsstillende hvile/oppholdsrom for ansatte på legevakten for forsvarlig hvile underveis i vekten og med mulighet for dusj/klesvask- og tørk.

Legevakten bør i tillegg ha skjermede arbeidsrom med adekvate IKT løsninger for legenes journalarbeid. Tilsvarende bør legevaktsleger ha lesetilgang til relevant informasjon fra spesialisthelsetjenestens journal-, røntgen- og laboratoriesystemer for å sikre diagnostikk og pasientsikkerhet.

##### **Punkt 5.9 Arbeidstøy og personlig verneutstyr**

Legeforeningen mener at legevakten må sørge for hensiktsmessig arbeidstøy til helsepersonellet, i tillegg til personlig verneutstyr, av hygiene- og smittehensyn. Legevaktslege må ha uniform på linje med annet akuttpersonell. Dette er særlig viktig under samhandling med annet personell under utrykning, for eksempel under PLIVO - oppdrag.

Rutiner for vask/bytte må være på plass. Det må også være mulig å skifte arbeidstøy underveis i vekten ved eksponering for smitte og kroppsvæsker, ikke minst av hensyn til neste pasient.

Legeforeningen savner en drøfting av **daglegevakt**. Ordet forekommer bare en gang og da i kapitlet om lokaler. Hvem rykker ut på dagtid? Hvordan har kommunen organisert sin plikt til 24/7 – øyeblikkelig hjelp for legetjenester? Dette løses forskjellig i forskjellige kommuner og legevaktdistrikt. Noen steder kan hvert kontor kan ha en helseradio på og rykke ut til egne pasienter, andre steder er

det en daglegevakt fordeling med en lege som rykker ut for alle, og det finnes organiserte daglegevakter. Veilederen burde drøfte dette i et eget kapittel.

Kap. 5.3 a beskriver i nest siste avsnitt at maksimal reisetid og avstand til legevakten først og fremst er et servicekrav for befolkningen. Legeforeningen er kritisk til denne formuleringen og påpeker at legevakten håndterer akuttmedisinske tilstander hvor tid kan utgjøre forskjell på liv og død.

## **Kapittel 6 Dokumentasjon og kommunikasjon**

### **Punkt 6.2b Praktisk**

I kapittel 6 pkt 6.2 Journalføring presiseres det at legevaktlegen skal dokumentere sine vurderinger i journalen dersom man velger å ikke rykke ut på rød respons. Legeforeningen er enig i at det er hensiktsmessig å journalføre slike vurderinger, særlig av hensyn til pasientsikkerheten. Legeforeningen ønsker likevel å påpeke at dette ikke nødvendigvis er en etablert praksis ved legevakten i dag.

Om en slik anbefaling tas inn i veilederen bør den derfor følges opp med praktiske råd for hvordan legevaktene skal etablere rutiner for dette. Særlig i en del større byer er det ikke uvanlig at ambulanse rykker ut alene på rød respons, og vaktlege involveres i begrenset grad.

Veilederen stiller krav til at **bakvakt skal ha tilgang til journal**. Legeforeningen mener at det vil gi relativt liten gevinst å kreve en kostbar hjemmekontorløsning for alle bakvaktleger, fordi legevaktjournalen ofte inneholder lite relevant historikk for vurdering av saken. Det ville være viktigere å sikre at legevaktlegen har tilgang til sentrale dokumenter om pasienten fra andre kilder enn legevaktjournalen. Hvis kjernejournal hadde dokumentdeling av epikriser og eventuelle fremtidige delte dokumenter fra fastlege ville dette dekke et stort behov.

Legeforeningen vil peke på at i mange i mindre kommuner og legevakt-distrikt hvor det finnes ett fastlegekontor, benytter legevakt og fastlegekontor **felles journalløsning**. Veilederen kunne med fordel vært mer konkret på dette punktet og vist til støttedokumentene som er utarbeidet under Norm for informasjonssikkerhet: [Samarbeid mellom virksomheter om felles journal - En veileder med avtale-eksempler \(PDF\)](#) og [Generell avtalemal - Avtale-eksempel felles databehandlingsansvar \(Word\)](#)

Veilederen omtaler journalføring ved sykebesøk. Det heter at legevaktlege bør ha tilgang til EPJ i legevaktbilen. Behovet her må være at vaktlegen kan disponere en bærbar PC med hjemmekontorløsning og nett- tilgang.

Ambulansepersonell skriver egen **ambulansjournal** som fjernarkiveres sentralt i helseforetaket. Mange legevaktleger anser at dette er en del av deres egen journalføring når de har deltatt ved utrykning sammen med ambulansen. Det er i etterkant juridisk vanskelig å få tilgang på denne dokumentasjonen og legevaksleger bør oppfordres til å skanne inn ambulansjournalen i eget journalsystem dersom denne skal være del av legevaktdokumentasjon.

### **Punkt 6.2 c Epikrise /legevaksnotat**

I punkt 6.2 c Epikrise /legevaksnotat står det: «Ved legevaksbesøk uten døgnopphold er det vanlig at pasienten får med seg kopi av journalnotatet. For å sikre god oppfølging av pasienten bør

*legevaktslegen sende kopi av journalnotatet til pasientens fastlege med mindre pasienten motsetter seg dette.»*

Legevakten bør ha plikt til å sende epikrise/notat til fastlege på lik linje med spesialisttjenesten, inntil epikriser kan publiseres i kjernejournal og fastlege varsles med melding om at en ny epikrise er publisert. Det er like viktig for fastlege å vite om legevaktbehandling som all annen behandling. For å få til dette må legevakten ha tilgang til fastlegeregisteret

Det er viktig at ansvarsforhold vedrørende oppfølging avklares. Det dreier seg om epikriser, røntgenvar eller laboratorieprøver hvor en fraviker prinsippet om at rekvirent følger opp, eller hovedmottaker av epikrise følger opp. Dette må beskrives i detalj i veilederen, som også må peke på behovet for å lage lokale rutiner.

Legeforeningen er usikre på om det er vanlig praksis ved legevakten at pasienten får med seg en kopi av journalnotatet, og mener at en slik praksis bør være tilstrekkelig i de tilfeller der legevakten ikke sender epikrise til fastlegen, eller dersom pasienten ber om det.

Veilederen bør slå fast at legevakter må kunne sende PLO-meldinger til hjemmesykepleietjenesten, sykehjem og andre kommunale helsetjenester. Dette er helt nødvendig for å tilby tilstrekkelig sikkerhet og kvalitet i tjenestene til pasienter som også mottar pleie- og omsorgstjenester og innføring. Dette kan ikke vente på ny felles kommunal journalløsning, som ikke vil være ferdig breddet før i 2030 - hvis tidsplanen overholdes.

### **Punkt 6.3 Nødnett**

Veilederen sier at alle legevaktsleger skal ha godkjent opplæring i henhold til Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten. Legeforeningen mener her at det er nok at radioterminalbrukere får lokal praktisk opplæring etter minimumslisten fra Helsetjenestens driftsorganisasjon., og at det ikke er behov for obligatorisk kurs ved HDO for å kunne håndtere radioterminal. Det er svært begrenset hva man trenger å kunne for daglig bruk, og her må man gjøre undervisningen praktisk og målrettet mot daglig bruk av enkle funksjoner.

Foruten opplæring i bruk av nødnett og radioterminaler, er det viktig at leger, annet legevaktpersonell og ambulansetjeneste trenes i bruk av nødnett i samarbeid med politi og brannvesen. Dette bør inngå som ledd i annen samtrening.

### **Kapittel 7 Ledelse og kvalitetsforbedring**

Legeforeningen savner en sterk anbefaling av at leder har helsefaglig bakgrunn, fortrinnsvis lege som er spesialist i allmenntidmedisin og har erfaring med legevakt. Om sykepleier med erfaring fra legevakt blir administrativ leder må den faglige ledelsen ligge hos lege som er spesialist i allmenntidmedisin. Bred medisinsk faglig kompetanse er nødvendig for å fatte riktige beslutninger i legevaktens ledelse. I spørsmål som angår daglig drift, planlegging av tjenesten, håndtering av klagesaker, forbedringsarbeid og vurderinger av behov for utstyr og legemidler bør legefaglig kompetanse vektlegges sterkt.

Veilederen gir ikke råd om stillingsstørrelse før ledelse. Nærmest uansett størrelse av legevakten vil det ligge et betydelig arbeid i lederoppgavene, både faglig og administrativt. En stillingsstørrelse



mindre enn 40 % er urealistisk hvis faglig leder skal nå over alle oppgavene som tydeliggjøres gjennom veilederen. I store legevakter bør stillingen være større enn 40%. Norsk forening for allmenntmedisins faggruppe for legevakt rapporterer at legevaktsledere fra hele landet uttrykker tydelig behov for større stillinger for å drive godt kvalitetsarbeid og god helsefaglig ledelse.

## **Punkt 7.2 Styringssystem**

### **Systematisk opplæring og kompetanseheving**

Veilederen opplyser at det kan oppstå situasjoner der sykepleiere og annet helsepersonell må foreta vurderinger og iverksette behandlingstiltak som i utgangspunktet tilligger lege, noe som øker risikoen for svikt. Veilederen understreker at det er særlig viktig å sørge for rutiner og prosedyrer for slike situasjoner. Legeforeningen er enig i at det er vanskelig alltid å unngå at slike situasjoner oppstår, men mener det bør presiseres i veilederen at det er viktig å sikre god nok legebemannning på legevakten slik at hendelser av denne art reduseres til et minimum.

Legeforeningen mener at kapittel 7.2 b bør ha med et punkt om **årsrapport**. Alle legevakter bør avfatte en årsrapport som beskriver aktivitet, økonomi, hvordan bruken er fordelt mellom deltakende kommuner. Videre bør rapporten gi opplysninger til vurdering av kvalitet, både når det gjelder administrative oppgaver og kliniske arbeid. Årsrapporten bør beskrive lokale utfordringer. Legeforeningen mener at årsrapporten bør være et nyttig dokument for kommunen/e, for samarbeidspartnere og for legevaktens ledelse og personell, for å følge utviklingen og identifisere behov for tiltak.

### **Punkt 7.3 Pasientsikkerhet**

Veilederen anbefaler regelmessige målinger av pasientsikkerhetskultur, uten at det presiseres nøyaktig hva som skal måles, og med hvilke verktøy. Legeforeningen anbefaler at det vises til konkrete verktøy som er validert for formålet, som legevaktene kan bruke til å se endring over tid, og som gjør det mulig å sammenligne ulike legevaktsdistrikter.

## **Kapittel 8 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid**

Legeforeningen mener at dette er et viktig punkt og at det er viktig at legevakten har egnede avvikssystemer og oppmerksomhet på å sikre god pasientsikkerhetskultur.

### **Punkt 8.2 Klager på helsepersonell**

Legeforeningen mener at beskrivelsen av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 i kapittel 8, punkt 8.2 om klager på helsepersonell, kan oppfattes som en skjerpelse av lovbestemmelsen.

Følgende tekst er foreslått i utkastet: *"Klager som omhandler om helsepersonell/legevakten har gitt forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4, skal sendes direkte til fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Pasienten kan få hjelp til å fremme en skriftlig klage hos det lokale pasient- og brukerombudet."*

Legeforeningen mener at legevakten må gis anledning til å løse klager som rettes direkte til dem lokalt. Det gjelder selv om klagen omhandler forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Om partene kan komme til enighet lokalt, kan saksbehandling hos fylkesmannen i noen tilfeller unngås. Å gi rom for at en klagesak kan løses lokalt, er etter vårt syn ikke til hinder for at klager i tillegg kan benytte seg av retten til å klage inn helsepersonellet til fylkesmannen. Det fritar heller ikke legevakten fra selv å melde videre saker hvor det er mistanke om brudd på helsepersonelloven.



I veilederen er lyd- og bildeopptak av helsepersonell også omtalt. I veilederen står følgende: «I de senere år har det blitt mer vanlig at pårørende og pasient tar opp lyd eller filmer av helsepersonell i sitt virke. Det er ikke straffbart å foreta hemmelige opptak av samtaler, så lenge man selv deltar i samtalen. Som hovedregel kan slike opptak benyttes som bevis i en retts sak. Straffeloven har kun forbud mot hemmelig opptak av samtale eller «forhandlinger i lukket møte» som man ikke selv deltar i.»

Legeforeningen mener det er prisverdig at veilederen forsøker å gi veiledning i et slikt vanskelig tema. Etter vårt syn gir den knappe omtalen av temaet lite veiledning, og innholdet bør nyanseres. Veilederen er tilgjengelig for allmennheten og teksten er egnet til å gi et inntrykk av at det er fritt frem for å gjøre lyd og bildeopptak på legevakten. Det er fortvilende for helsepersonell ved legevakten at Helsedirektoratet i en veileder tilgjengelig for allmennheten presiserer at det ikke er straffbart å gjennomføre hemmelige lyd- og bildeopptak, uten å samtidig problematisere slik framferd.

NOU 2019:10 Åpenhet i grenseland gir en omfattende vurdering av problemstillingen, inkludert utfordringer rundt å aktivt hindre brudd på taushetsplikten for eventuelt andre tilstedeværende pasienter og betraktninger rundt det at å bli utsatt for lyd- og bildeopptak påvirker menneskers oppførsel og kommunikasjon og ufrivillig kan påvirke helsehjelpen som gis.

#### **Kvalitetsforbedring av det kliniske arbeidet**

Legeforeningen peker på at veilederen ikke omtaler kvalitetsforbedringstiltak for det kliniske arbeidet. Vi viser til forslag til kvalitetsindikatorer i Legeforeningens rapport om legevakt 2015. Indikatorsettet vedlegges og gir eksempler på aktuelle temaer. Forskrivning, spesielt av B preparater og antibiotika, laboratoriebruk og henvisninger er områder hvor *Senter for kvalitet i legeskontor* har utviklet rapporter med kliniske data som gjør sammenligning mellom legevakter og mellom enkeltleger mulig. Slike målinger gir et godt utgangspunkt for evaluering, læringsaktivitet og oppfølging over tid.

### **Kapittel 9 Kompetanse og opplæring**

#### **Punkt 9.1. Krav til lege som skal ha selvstendig vakt**

Legeforeningen foreslår at overskriften i punkt 9.1.b endres til «*Spesialistutdanning for leger*», siden det kun er denne spesialistutdanningen som omtales.

Legeforeningen vil også påpeke at omtalen av spesialistutdanningen i annet avsnitt kan misforstås, siden den i hovedsak beskriver spesialistutdanningen på sykehus, ikke i allmennmedisin.

Legeforeningen påpeker at spesialiseringsløpene er svært ulike. Legeforeningen mener det kan være hensiktsmessig om veilederen kun omtaler del 1 av spesialistutdanningen (LIS1), og spesialistkravene i allmennmedisin. I tillegg bør det vises til Legeforeningens eller Helsedirektoratets nettsider for mer detaljert omtale av spesialistutdanningen i allmennmedisin.

#### **Punkt 9.2 Krav til bakvaktlege**

Veilederen beskriver kompetansekrav til leger på følgende måte: «*Leger i spesialisering del 1 (LIS1) eller nyutdannede leger med autorisasjon skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn*».

Legeforeningen påpeker at alle nyutdannede leger i Norge får autorisasjon etter avlagt embetseksamen. Legeforeningen foreslår derfor at setningen endres til «*Leger i spesialisering del 1 (LIS1) eller leger uten godkjent LIS1-tjeneste eller tilsvarende annen tjeneste*».

### **Punkt 9.3 Krav til annet helsepersonell i legevakt**

Legeforeningen mener punkt 9.3.b. om kompetansekrav vil bli mer leservennlig om det linkes til nettsiden der kompetansekravene som er anbefalt av NKLM er omtalt fremfor at alle kompetansekravene listes opp i veilederen.

### **Punkt 9.6 Utvikling og vedlikehold av kompetanse og fagkunnskap**

Legeforeningen mener alle ansatte må ha en personlig kompetanseplan, og tid avsatt i tjenesten til å holde seg faglig oppdatert, herunder kurs og selvstudie.

Veilederen bør nevne at det i tillegg til formell kompetanse er viktig å kjenne sitt legevaktsdistrikt geografisk, logistisk og ressursmessig. Dette gjelder særlig i distriktskommuner. Erfaring fra store legevakter gir ikke denne kompetansen. Dette kan kreve ekstra ressursbruk ved opplæringsvakter.

## **Kapittel 10 Opplæringsplaner**

Legeforeningen har undersøkt nettsiden [www.oppvakt.no](http://www.oppvakt.no) uten å klare å finne de opplæringsplanene som det refereres til.

Opplæringsplaner må tilpasses avhengig av hvilke behov som finnes i legevaktdistriktet. Legevaktene i Norge har svært varierte behov. Små legevaktene i eksempelvis Finnmark har behov for distriktsleger som kan håndtere det meste. Ved de store legevaktene andre steder i landet blir akutte pasienter fraktet rett til sykehus uten at legevakten involveres.

## **Kapittel 11 Utrykning og sykebesøk**

Legeforeningen støtter veilederens redegjørelse om vurderinger vedrørende utrykning. Her legges det vekt på verdien av at legevaktlege rykker ut for å gjøre vurderinger og delta i akuttbehandlingen, og avgjørelsen om utrykning må gjøres etter en totalvurdering av relevante faktorer. Avgjørelsen kan være vanskelig og den enkelte legevakt bør lage rutiner som sikrer at vaktlegen får nødvendig støtte i disse avgjørelsene.

**Punkt 11.4 b Legevaktbil** mangler en beskrivelse av hvem som skal kjøre en uniformert legevaktbil med blålysfunksjon. De færreste leger og sykepleiere/hjelpespersonell på legevakt har utrykningskompetanse. Legevaktbil godkjent som utrykningskjøretøy vil derfor være mest aktuelt for større legevaktsenheter med personell som kan kjøre legevaktpersonellet.

### **Punkt 11.8 Dødsfall**

I veilederens kapittel 11 – punkt 8 opplyses det at Helsedirektoratet har konkludert med at en lege skal konstatere døden også ved forventede dødsfall. Legeforeningen bemerker at det i utkastet vises til Helsedirektoratets «konklusjon», altså en lovforklaring, uten at det i referanselisten er vist til noe dokument som underbygger forklaringen.

Det fremgår for øvrig verken av Helsepersonellovens § 36, eller veilederen, noen føringer omkring tidsaspektet for når «Melding om dødsfall» skal fylles ut. Legeforeningen kjenner til at dette er

omtalt i Helsedirektoratets brev til Molde kommune datert 09.02.18 hvor direktoratet skriver: «*Hvor dødsfall skjer hjemme eller på sykehjem og f.eks. er forventet, kan det etter omstendighetene være forsvarlig med ordnet plassering på egnet sted, i kjølerom e.l. slik at fastlegen eller sykehjemslegen unntaksvis kan syne liket dagen etter på dagtid. Pasientens fastlege eller sykehjemslege, som best kjenner pasienten, kan da skrive døds melding påfølgende arbeidsdag.*» Legeforeningen antar at brevet er offentlig kjent og gir uttrykk for Helsedirektoratets synspunkt på tidsaspektet. Legeforeningen foreslår derfor at tekstutdraget fra brevet innlemmes i veilederen.

Veilederen beskriver mulighet for videokonsultasjon ved syning av lik. Legeforeningen mener at dette er prematurt og trenger nærmere vurdering før det kan anbefales.

### **Kapittel 12 Vold og overgrep**

Se under om PLIVO-samarbeid.

### **Kapittel 13 Ansattes sikkerhet**

Veilederen omtaler en rekke organisatoriske tiltak for å øke sikkerheten. Det er viktig at disse omtales som *mulige* tiltak. Hvis dette blir stående som foreslått vil det kunne stille u hensiktsmessig store krav til de aller minste legevaktene hvor risiko- og sårbarhetsanalysene ikke tilsier såpass omfattende organisatoriske tiltak. Se også kommentar til kvalitetsindikator ROS-analyser under.

### **Kapittel 14 Samarbeidsparter**

#### **Samarbeid med fastlegene**

Legeforeningen savner en bredere omtale av samhandlingen og sammenhengen mellom fastlege / fastlegekontor og legevakt. Dette samarbeidet er lite vektlagt i veilederen. Viktigheten varierer etter størrelse på legevakten og hvor i landet legevakten ligger. Uansett må tjenestene stå i forhold til hverandre. Begge skal løse øyeblikkelig hjelp oppgaver og oppgaveløsningen hos den ene parten påvirker arbeidet til den andre. I veilederen nevnes som eksempel legevaktens behov for å kunne bestille timer i legekontoets timebøker. Det er mange forhold som kan omtales og gis råd om; som daglegevakt, rød respons i kontortid, fordeling av pasienter, faglig utviklingsarbeid, tilpasning av lokale løsninger, journalsamarbeid, ansvar for oppfølging av pasienter etter legevaktskontakt.

Legeforeningen viser til at Legeforeningens innspillsrapport om legevakt 2015<sup>1</sup> omtaler tema. Avsatt kapasitet for slike pasienter i kontorarbeidstiden forebygger avlastning av legevakten og er ofte gunstig for pasientforløpet. Det er behov for rutiner for dette samarbeidet. Det er mulig å lage statistikk over legevaktsforbruk pr. fastlege og pr. kontor for å evaluere og monitorere kapasiteten for øyeblikkelig hjelp i legevaktsdistriktet. Dette gir nyttig informasjon både for kommunen og legekantorene<sup>2</sup>.

**Samarbeid med kommuneoverlegene** bør omtales i eget avsnitt. Det må konkret beskrives hvordan følgende myndighetskrav skal imøtekommes; idet samarbeid mellom legevaktlege og kommuneoverlege må sikres:

- Varslingsbestemmelsene i hht. MSIS-forskriften § 3.1 -3.10

<sup>1</sup> <https://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf>

<sup>2</sup> <https://tidsskriftet.no/2004/02/tema-fastlegeordningen/legevaktsokning-og-fastlegeordning>

- Vedtak om tvungen legeundersøkelse i hht. psykisk helsevernloven § 3.1.

Begge disse bestemmelsene krever regelmessig samarbeid mellom faglig leder på legevakt og kommuneoverlege med formell og faglig kompetanse i slike saker. Veilederen må stille krav til legevaktene og kommunene om å sikre dette samarbeidet.

Samarbeid mellom kommuneoverlegene og legevakt på systemnivå er vesentlig, jfr. kommentarer over om samarbeid med fastlegene. Legevaktene besitter sjelden egen samfunnsmedisinsk kompetanse og har regelmessig behov for faglig støtte fra kommuneoverlegene i en eller flere av samarbeidskommunene i forbindelse med driften av legevakten.

Legeforeningen mener at omtale av **PLIVO -samarbeid** (pågående livstruende vold) hører hjemme her. Legevaktlegene er en viktig del av PLIVO hendelser i store deler av landet,

Kap. 14.4 omhandler samarbeid med **fengselshelsetjenesten**. Veileder om helsetjenester til arrestanter i politiarrest er p.t. på høring, og anbefaler strukturert samarbeid mellom legevakt og politi. Det er naturlig at legevaktsveilederen viser til denne.

## **Kvalitetsindikatorer**

Indikatorene slik de er presentert kan gi nyttig informasjon på nasjonalt nivå, i lavere grad på legevaktsnivå og overfor befolkningen. Ut fra varierende lokale forhold vil det være behov for lokal tilpasning av indikatorene.

Legeforeningen mener at svartid, tilgjengelig legevaktslege og triagering kan være fornuftige indikatorer, likedan tall for samtrening med ambulanse og opplysning om tilrettelegging avtolketjenester.

Det sentrale ved risiko og sårbarhets undersøkelser er at ledelsen ved legevakten sammen med leger ansatte og i kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester reflekterer over og diskuterer hva som er risikoområder for å komme frem til gjennomførbare tiltak. En alternativ prosessindikator ville være: Legevakten driver et lokalt tilpasset systematisk kvalitets- og risikoanalysearbeid i dialog med samarbeidspartnere, leger og ansatte.

Kvalitetsindikatorer for legevakt bør i tillegg til å beskrive systemkvalitet også reflektere kvaliteten av fagutøvelsen. Det siste mangler helt.



Legeforeningen viser til vedlegg fra innspillsrapporten om Legevakt 2015, som inneholder forslag til målinger både av struktur, prosess og resultat.

Legeforeningen mener at arbeidet med kvalitetsindikatorer ikke er modent for publisering. Legeforeningen bidrar gjerne i arbeid med videreutvikling.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning  
fagdirektør

Tor Carlsen  
Saksbehandler  
Spesialrådgiver/lege

Elektronisk signert



### Kvalitetsindikatorer for allmennmedisinsk legevakt

#### Praksisområde 1 – Praksisorganisering

Indikator 1	Legevakten driver årlig systematisk evaluering av data som belyser kvalitet i tjenesten, både servicekvalitet og klinisk kvalitet	Det produseres rapport som både har en samlet og en individuell del til hver enkelt lege.
Indikator 2	Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin	Antall spesialister eller kandidater/antall leger
Indikator 3	Det holdes fagmater for alle som arbeider ved legevakten minst to ganger i året og det skrives referater fra møtene	Ja/nei
Indikator 4	Gjennomsnittlig ventetid på legevakten	
Indikator 5	Fastlege får rutinemessig elektronisk epikrise/journalutskrift fra konsultasjoner/sykebesøk på legevakten	
Indikator 6	Legevakten rapporterer regelmessig til fastlegene oversikt over antall kontakter med legevakten fra pasienter på deres liste	
Indikator 7	Legevakten oppfylder minimumskrav til medisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr	
Indikator 8	Legevakten har tilgjengelig spesialist i allmennmedisin for ikke-spesialister på vakt	

#### Praksisområde 2 – pasientikkerhet

Indikator 9	Legevakten kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i behandlingen	NEL Prosedyrehandbok Medisinsk indeks
Indikator 10	Legevakten har rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger	Ja/nei Fritekst: beskriv
Indikator 11	Legevakten har rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene	Ja/nei

#### Praksisområde 3 – rettferdige tjenester

Indikator 12	Generell utforming a) Atkomstvei er trinnfri og holdes fri for snø og is b) Automatiske døråpnerer tilgjengelig for person i rullestol c) Ledelinje for synshemmede d) Informasjonsskilter er tilgjengelige og har god belysning og minst 5 cm store bokstaver e) Handicap-toalett med trinnfri adgang f) HC-parkering, minst én merket plass nær hovedinngang g) Teleslynge (minislynge/skrankeslynge/hamtaleforsterker/Høre-apparat)	Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Skår 0–7 (antall ja)
Indikator 13	Legevakten har rutiner for bruk av tolk	
Indikator 14	Fordeling av legevaktbruk vs. avstand til sentralen	

#### Praksisområde 4 – dialog med pasienten

Indikator 15	Legevakten har siste år aktivt innhentet brukererfaringer fra pasientene/befolkningen	Ja/nei Fritekst: hvordan?
Indikator 16	Legevakten gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer	Ja/nei Fritekst: hvordan?

#### Praksisområde 5: Kliniske indikatorer

Indikator 17	Sykebesøk	Antall sykebesøk/befolkning over 65 år
Indikator 18	Alle på legevakten fikk opplæring og trening i basal førstehjelp siste år	Ja – antall Nei – antall
Indikator 19	Andel av pasienter med luftveisinfeksjoner med diagnosekodene R72, R75, R76 og R81 som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V	Antall pas med luftveisinfeksjoner R75 R76 R81 medhandlet med pcV/ antall pasienter med samme diagnoser
Indikator 20	Utskrevne døgndoser B-preparater/år pr. 1000 kontakter	
Indikator 21	Antall innleggelser i sykehus/100 kontakter	
Indikator 22	Antall innleggelser i KAD/100 kontakter	



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Dokumentet er godkjent elektronisk