



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:
10/2675

VÅR REF: / OUR REF:
2014/807 3 LAB

DATO: / DATE:
23. september 2014

Hørings svar - forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Statens helsetilsyn ser positivt på forslaget til ny akuttmedisinforskrift. Dette er et område der det er viktig å heve kvaliteten og øke sikkerheten.

Statens helsetilsyn behandler hvert år flere saker som er knyttet til AMK-sentraler og LV-sentraler og helsepersonell i den prehospitalt akuttmedisinske kjede. I disse sakene har vi sett at tjenestene har følgende utfordringer:

- aksestid i AMK-sentraler
- opplæring av operatører i både LV-sentral og AMK-sentral i bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp
- opplæring i akuttmedisinsk forståelse av LV- og AMK- operatører og legevaktsleger
- helsepersonellens forståelse av hverandres roller i den akuttmedisinske kjede
- sikker kommunikasjon og dokumentasjon ved overføring av ansvar for pasienter mellom AMK-sentraler og LV-sentraler
- manglende samarbeid om prosedyrer og samøving mellom LV-sentral, AMK-sentral, legevaktsleger ambulansepersonellet og AMK-leger.

Etter vår vurdering ivaretar forskriften mange av de utfordringene vi ser i disse sakene. Vi har funnet at den gir flere presise definisjoner, krav til kompetanse og utstyr og til samhandling i den akuttmedisinske kjede. Forskriften er berettiget, særlig fordi den stiller tydeligere krav til helsefaglig utførelse av akuttmedisinske tjenester og samarbeid mellom forvaltningsnivåer.

Før vi kommenterer noen av de enkelte bestemmelsene i forskriften, har vi noen betraktninger knyttet til høringsnotatets drøftinger og begrunnelser for forslaget.

I pkt. 4.4.4 om elektronisk registrerings-, dokumentasjons og beslutningsstøttesystem for pasienthenvelser, fremgår det at departementet ikke finner at spørsmålet om beslutningsstøttesystem er tilstrekkelig utredet. Helsetilsynet vil understreke at

elektronisk (faglig) beslutningsstøtteverktøy og ressursstyringsverktøy er nødvendig for å sikre kvalitet og effektivitet i AMK-sentralene. Beslutninger må fattes på minimal tid og ofte på bakgrunn av ufullstendig informasjon. Et elektronisk faglig beslutningsstøtteverktøy vil forenkle og effektivisere operatørens oppgave betydelig, samtidig som det øker sporbarheten mht de resonnementer og valg som gjøres. Dagens praksis med bruk av papirbasert Norsk indeks for medisinsk nødhjelp i en situasjon der operatøren jobber elektronisk samtidig som det kommuniseres med innringer er krevende.

Helsetilsynet deler departementets vurdering av at det er nødvendig å tydeliggjøre og spisse AMK-sentralenes funksjoner som nødsentraler og deres rolle ved kriser og ulykker. Samtidig vil vi påpeke at det forutsetter gode og effektive arbeidsverktøy som beslutningsstøtte- og ressursstyringsverktøy.

Statens helsetilsyn har følgende kommentarer til de enkelte bestemmelsene:

Ad § 3

I forslaget til bestemmelsen gis det en god oversikt over begrepene som er brukt i forskriften. Det finnes også definisjoner andre steder i forskriften, som etter vår mening burde flyttes hit for oversiktens skyld.

I § 16 omtales ”Helseforetak med akutfunksjoner” som del av den medisinske nødmeldetjeneste. Definisjonen er ikke tatt med i § 3 bokstav e). I § 17 defineres hvilket personell som omfattes av personell i ”akuttmedisinsk beredskap”. Denne definisjonen er heller ikke tatt med i § 3 som egen bokstav.

Ad kompetansekravene, §§ 4, 7 og 8

Statens helsetilsyn viser til at flere over tid har ønsket formelle kompetansekrav til allmennleger i vakt. Vår erfaring fra tilsynssaker er at det ofte kan stilles spørsmål ved legevaktlegens kompetanse til å vurdere akuttmedisinske tilstander og hastegrad for undersøkelse og behandling av pasientene. Våre erfaringer fra tilsynssaker viser at det er nødvendig å forskriftsfeste krav. Vi støtter departementets krav til kompetanse hos legevaktlegene slik de er formulert i forslaget.

Som det fremgår av forslaget, er akutte psykiske lidelser og rusproblemer samt akutte tilstander etter vold og overgrep omfattet av skade- og sykdomsbegrepet i definisjonen av akuttmedisin. Vår erfaring er at helsepersonell i den prehospitalle akuttmedisinske kjeden noen ganger har hatt for lav kompetanse til å vurdere pasienter som har vært påvirket av rusmidler eller har akutte psykiske lidelser. Tilsvarende har vi sett svikt i vurderingene i situasjoner med vold og overgrep. Dersom situasjonen innebærer at pasienter som er påvirket av rus eller psykisk lidelse samtidig har vært utsatt for vold med påfølgende risiko for svikt i vitale organer, så er vurderingen enda mer krevende. Vi har behandlet flere tilsynssaker med slik tematikk der sviktende kompetanse har ført til feilaktige vurderinger og mangelfull hjelp. Vi støtter kravet om kurs i volds- og overgrepshåndtering for å sikre tilstrekkelig kompetanse for å ivareta denne gruppen pasienter.

Hvordan bakvaktordninger skal organiseres vil være en utfordring for både bykommuner og landkommuner. Forskriftens krav til kompetanse vil være en utfordring da mange leger som i dag har legevakt, ikke har slik kompetanse. Det vil

kunne medføre større felleskommunale legevaktsordninger. I byene vil sannsynligvis flere leger være på vakt samtidig, hvorav minst den ene vil ha nødvendig kompetanse og være bakvakt for den andre. I mindre kommuner vil hvilende bakvaktsordninger måtte organiseres, som også vil føre til dyrere ordninger. Når det gjelder bakvakt for turnuslege, bør det bare være unntaksvis at kyndig bakvakt ikke samtidig har tilstedevakt. Bakvakt må uansett ha en reell utrykningsplikt, noe som fremgår av høringsnotatet side 72. Statens helsetilsyn mener at denne presiseringen bør fremgå av ordlyden i en av forskriftens bestemmelser.

Statens helsetilsyn deler departementets syn om at det er spesialister i allmenntillegger som er best rustet til å arbeide som legevaktleger. Leger som har arbeidet i en åpen og uselektert pasientpopulasjon, vil være bedre rustet til å fungere i en legevaktsituasjon enn en lege som hovedsakelig har jobbet med en smal og selektert pasientgruppe.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om inkludering av nærmere bestemte legespesialiteter i gruppen av leger med oppfylt krav til grunnkompetanse skal kunne representere en overgangsordning inntil situasjonen blir slik at alle legevakter kan ivaretas av allmennleger, jf. § 7 første ledd. I denne sammenheng vises det til at en ulempe for å åpne for eller formalisere at mange utenom det allmenntilleggeriske fagfeltet kan ta del i legevaktarbeid, er at fastleger i sentrale områder med stor tilgang på sykehusleger, blir fristet til å bytte bort vaktene sine.

Helsetilsynet ser at en ordning som innebærer at utvalgte spesialister kan være legevaktleger vil kunne få en uheldig vridningseffekt og stride mot prinsippet om at fastlegene selv skal ta vaktene. Etter vår vurdering vil det imidlertid være behov for flere legevaktleger enn det fastlegene/spesialistene i allmenntillegger kan dekke i lang tid fremover. Forskriften skal ivareta hva som er forsvarlig, og etter vår vurdering kan andre enn fastleger ha legevakt hvis de er kvalifisert. Kommunene må styre fastlegene med det utgangspunktet som ligger i fastlegeavtalen, og på den måten sørge for at fastlegene selv tar vaktene.

Når det gjelder de utvalgte spesialitetene viser vi til at det fremgår av høringsnotatet at utvelgelsen er gjort etter en vurdering fra Helsedirektoratet. Statens helsetilsyn legger til grunn at denne utvelgelsen er gjort på bakgrunn av gode faglige vurderinger, og har i utgangspunktet ingen innvendinger til dette som en overgangsordning. Vi vil likevel påpeke at etter vår vurdering bør også leger med andre kliniske spesialistutdanninger enn de som er nevnt i forslaget, kunne få kvalifisere seg til å arbeide selvstendig på legevakt. Leger med andre spesialistutdanninger enn allmenntillegger, bør imidlertid gjennomgå et opplæringsprogram og regelmessig tjeneste under veiledning på legevakt før de får selvstendige vakter.

Unntaksbestemmelsen hvor fylkesmannen kan gjøre unntak for kompetansekravet for leger har en nødvendig begrensning i forslaget, jf. § 7, men for annet helsepersonell er det ikke satt tidsmessig begrensning for varigheten, jf. § 8. Tidsavgrensning av unntak bør etter vår mening vurderes tatt inn.

Statens helsetilsyn vil også påpeke viktigheten av at de foreslåtte krav til kompetanse ikke settes strengere enn at kommunene faktisk har en reell mulighet til overholde disse. Dersom kravene blir for strenge, kan Fylkesmannen få stor pågang av dispensasjonssøknader, og settes under press for å innvilge dispensasjoner. Det er

viktig at dispensasjonsordningen forblir en sikkerhetsventil, og ikke en mer eller mindre permanent ordning.

Departementet ber om høringsinstansenes synspunkter på gjennomføringen av kurs, både for leger og annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, og behovet for unntaksbestemmelser og overgangsordninger.

Statens helsetilsyn viser til at en svakhet som har fremkommet i aktuelle tilsynssaker, er manglende akuttmedisinsk trening og øvelser i samhandling. Tydeligere krav til trening, øvelser og kompetanse vil etter vår vurdering være en hensiktsmessig konkretisering av kravet til internkontroll. For allmenntilleggs spesialister er kurs i akuttmedisin obligatorisk, slik det vil bli for alle ved den nye forskriften. Dette er et forslag vi støtter.

Akuttmedisinsk kompetanse oppnås gjennom opplæring og vedlikehold av kunnskap og ferdigheter. Kravene som er stilt samsvarer med kravene for å oppnå og vedlikeholde spesialiteten allmenntilleggs, som krever slikt kurs hvert 5. år. Dette er, slik vi ser det, for sjeldent for å opprettholde praktiske ferdigheter.

I tillegg til krav om gjennomført kurs for leger og andre, bør det stilles krav om gjennomføring av lokal opplæring og øvelser i samhandling med en gitt regularitet. Når det skal fastsettes hvor hyppig slik trening og øvelser skal gjennomføres må det tas hensyn til at det er mange aktører med ulike skiftordninger og en vis gjennomtrekk i stillinger, slik at for sjeldne øvelser kan medføre at det går mange år mellom hver gang den enkelte medarbeider deltar. Etter forslaget § 4 skal tjenestene tilrettelegges med trening i samhandling. Felles øvelser på tvers av forvaltningsnivåene er ikke nærmere beskrevet, og kostnadene for øvelser i samhandling er ikke vurdert i dokumentet. Flere tilsynssaker har vist at helsepersonell i den prehospitale akuttmedisinske kjede kan mangle forståelse for hverandres kompetanse og ansvar. Uklar kommunikasjon og manglende felles forståelse av begreper har medført risiko for pasienters helse. Statens helsetilsyn ber departementet vurdere å stille krav til gjennomføring av øvelser der legevaktsleger, annet legevaktspersonell og ambulanspersonell trener i fellesskap med slik regularitet som den lokale risiko og sårbarhetsvurdering tilsier. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin har redegjort for slike faglige utfordringer og krav til forsvarlig drift i sin Rapport nr 1-2009 ... er hjelpe nærmast!

Ad § 5

I forslaget gis kommunene og de regionale helseforetakene hjemmel til å inngå avtale med frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen om bistand som del av sin akuttmedisinske beredskap. Det åpnes for at bistanden kan komme i påvente av at personell fra den akuttmedisinske tjeneste kan yte akuttmedisinsk hjelp.

Statens helsetilsyn ønsker en presisering av at denne bistanden ikke må medføre at det planlegges med utvidelse av den prehospitale responstid. Avtale om slik bistand må uansett, etter vår vurdering, begrenses til å gjelde inntil autorisert helsepersonell kan overta.

Statens helsetilsyn mener også at i situasjoner hvor for eksempel et regionalt helseforetak inngår avtale med privat aktør eller kommunalt brannvesen om

bemanning av lokalt utrykningskjøretøy (ambulanse) hvor det er lang vei til sykehus, og hvor vanlig ambulanseberedskap er kostnadskreven, bør det sikres at faglig forsvarlig drift blir ivaretatt ved å stille krav til opplæring.

Ad § 9

Utstyr for nødvendig medisinsk behandling i legevakt er ikke nærmere omtalt utover kravet til kommunikasjonsutstyr, jf. § 14.

Statens helsetilsyn viser til at utstyrets omfang og kvalitet varierer fra sted til sted. I mange kommuner baserer kommunene og legevaktslegene seg på at nødvendig utstyr finnes i ambulansene. Det betyr at legevaktslege ofte kan få gjort lite før ambulanse er tilstede, selv ved en bemannet legevakt.

Behovet for kommunal legevaktbil er heller ikke drøftet i dokumentet. Det kan ha sammenheng med at sykebesøk i legevakt ikke er tatt med i forskriften. Helsetilsynet mener at det ville styrket forslaget dersom sykebesøk i legevakt var drøftet og regulert i forskriften. Manglende presisering av utrykning, samt oppgavefordeling knyttet til disponering av utstyr på skadested svekker noe av forskriftens intensjon om en styrking av kommunal legevaktstjeneste.

Beskrivelse av krav til utstyr ville også styrke fastlegenes ivaretagelse av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og utrykning på dagtid når de har legevakt og skal yte tjenester til pasienter som ikke står på deres liste. De færreste fastlegekontorene har i dag akuttmedisinsk utstyr beregnet på infusjon, oksygenbehandling, inhalasjonsbehandling og annet kostnadskreven utstyr som krever utskifting og vedlikehold, og som sjelden er i bruk. Manglende eller for dårlig utstyr vil kunne føre til at kvaliteten på den akuttbehandling som fastlegen er tilpliktet til og yter på dagtid, vil kunne være lavere enn det legevakten har ressurser til.

Ad §§ 10 og 11

Ambulansetjenesten er ikke bare en faglig kvalifisert transporttjeneste, men står for en viktig del av akuttmedisinsk behandling på skadested. I store deler av landet foregår dette i nært samarbeid med legevaktstjeneste og kommunal helsetjeneste forøvrig. Statens helsetilsyn mener det bør stilles krav til utvikling og trening i lokalt samarbeid, jf. ønske om krav til regelmessige felles øvelser under kommentarene til kompetansekravet.

I forslaget til § 11 stilles det krav om at *”når ambulansetjenesten skal transportere pasienter som har behov for behandling eller overvåkning mellom ulike behandlingssteder i helsetjenesten, skal ambulansetjenesten i samråd med den som rekvirerer transporten vurdere behovet for ytterligere personell med nødvendig kompetanse ut i fra oppdragets art”*.

Statens helsetilsyn mener at kravet er tilstrekkelig tydelig så fremt kravet primært er rettet til ambulansetjenesten, og at ambulansetjenesten har ansvar for å dokumentere at vurderingen er utført i henhold til kravet.

Ad § 12

Statens helsetilsyn mener etablering av ett kommunalt legevaktnr (116 117) er et svært godt tiltak for å sikre at befolkningen «på reise» vil kunne komme i kontakt med lege i

vakt i områder hvor de selv ikke er kjent. Det er også et telefonnummer som den stedlige befolkningen lettere vil kunne memorere enn et 8-sifret telefonnummer.

Folk flest synes i dag å ringe fra en mobiltelefon. utfordringene rundt ruting til nærmeste legevaktsentral samt mulighet for omruting og opprinnelsesmarkering vil måtte løses for å få dette til.

Ad § 13

Statens helsetilsyn støtter forslaget om at det bør stilles samme krav til lydlogg/lydopptak i legevaktsentraler som ved AMK-sentraler. Vi viser også til forslagets bokstav e), hvor stilles det krav om lydopptak av "viktig trafikk". Vi forutsetter at kravet gjelder trafikk over helseradio/nødnett, nasjonalt legevaktnummer og alternative svarsteder. Se for øvrig kommentaren om sletting av arbeidslogg nedenfor.

Vi deler departementets vurdering av at det er hensiktsmessig å forskriftsfeste et krav til aksesstid for telefonhenvendelser til legevakt. Slik vi ser det, vil et tydelig formulert krav bli en god rettesnor for kommunene. Det foreslås at 80% av henvendelsene skal besvares innen 90 sekunder, og at 95% skal besvares innen to minutter. Høringsnotatet begrunner i liten grad hvorfor kravet til aksesstid fastsettes akkurat slik. Kravet er naturlig nok langt lavere enn kravet til AMK-sentralene der at 90% av henvendelsene skal besvares innen 10 sekunder, men vi savner en mer inngående drøfting av normeringen i forhold til legevakten. Dersom aksesstiden til legevakten blir for lang, er det grunn til å tro at innringere vil legge på og kanskje heller henvende seg til 113 uten at alvorligheten i situasjonen egentlig tilsier det. Dersom legevakten klarer å håndtere henvendelsene sine rimelig kjapt, vil det sannsynligvis bidra til å redusere andelen allmenntilleggs henvendelser til AMK.

Ad § 15

Statens helsetilsyn er fornøyd med at kravet om at AMK-sentralene skal besvare 90 % av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder. Dette kravet er i samsvar med vårt pålegg i tilsynssak mot AMK Oslo og Akershus. Vi mener videre at det bør stilles krav om at øvrige henvendelser skal besvares innen 20 sekunder. Vår erfaring fra tilsynssaker viser at det er risiko for at publikum som må vente lenge på svar, legger på. Noen av disse ringer opp 113 på nytt, noe som forlenger svartiden ytterligere. I flere tilfeller har vi sett at lang aksesstid ved AMK-sentralen har gitt økt risiko for pasientens helse. Et slikt krav vil medføre at AMK-sentralene vil måtte overvåke aksesstiden, og derved ha mulighet til å fange opp for lang aksesstid og uønsket variasjon i aksesstid. I enkelte spesielle situasjoner kan ikke AMK-sentralen unngå å overskride et slikt krav, men det forutsettes da at virksomheten gjør en vurdering av om årsakene til overskridelsen er akseptable.

Umiddelbar varsling av flere nødteater (trippelvarsling) foreslås forskriftsfestet i § 15 bokstav d) fordi det i noen situasjoner er varslet for sent. Helsetilsynet antar at en av årsakene til at trippelvarsling iverksettes for seint, er at operatørene er usikre på når/i hvilke situasjoner slik varsling skal iverksettes. Vi er i tvil om en presisering av at slik varsling skal iverksettes umiddelbart vil ha effekt dersom det ikke blir tydeliggjort når eller i hvilke situasjoner det skal gjøres. Det bør vurderes om forskriften skal utdype det.

I § 15 bokstav g) foreslås det forskriftsfestet at AMK-sentralen skal sette over til LV-sentral når henvendelsen gjelder allmennmedisinske problemstillinger. I notatet pkt 4.4.5 omtales dette som et bidrag til effektivisering av AMK som skal medføre at henvendelser til AMK kan besvares raskere. Helsetilsynet stiller seg tvilende til at denne effektiviseringsgevinsten blir stor. Ut ifra vår erfaring synes det som om 113-henvendelser som skulle vært hos legevakten, allerede i dag settes over til LV-sentralen så snart som mulig. Hvis det vurderes som nødvendig, koples innringer ofte direkte til legevakten/legevaktsentralen, og AMK-operatøren forblir i medlytt til telefonen er besvart. AMK-operatøren må uansett besvare de henvendelsene som kommer til 113, og hver henvendelse må håndteres i henhold til kravene i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Det betyr at AMK-operatøren må gå gjennom startkortet med de innledende spørsmålene og forhøre seg om hva henvendelsen gjelder, vurdere alvorlighetsgrad og om akutt hjelp er nødvendig før han/hun evt. kan sette telefonen over til legevakten. Slik sett oppfatter Helsetilsynet at notatet og forslaget beskriver dagens gjengse praksis, og at det ikke vil føre til noen tidsbesparelse som potensielt kunne nyttes til å redusere aksestiden på AMK.

Systemer for samordning mellom AMK-sentralene, jf. forslaget § 15 bokstav i), er etter Helsetilsynets vurdering viktig. Full utnyttelse av slik samordning vil imidlertid oppnås først når man har et elektronisk ressursstyringssystem der en sentral har mulighet til å gå inn og se på eller overta styringen av nabo-sentralens område.

Helsetilsynet støtter forslaget om krav til utstyr for lydopptak osv som beskrevet i § 15 bokstav j). I notatet pkt 5.1 fremkommer det at arbeidsloggen slettes etter en time og når operatøren logger seg av systemet etter endt vakt. Etter vår mening bør arbeidsloggen være tilgjengelig for operatøren gjennom hele vekten og ikke slettes etter en time. Mange steder i landet kan oppdrag ta lang tid, og operatøren kan få behov for å gå tilbake til tidligere lydlogg ved gjentatte henvendelser. En times varighet på arbeidsloggen vil da ofte være for kort.

I forslaget § 15 bokstav l), stilles det krav om tilleggsopplæring for arbeid som operatør ved AMK-sentralene. Statens helsetilsyn deler departementets syn om at det er nødvendig med krav til kompetanse utover ambulansesarbeider eller sykepleierutdanning. Det bør vurderes om det er behov for en presisering eller nærmere beskrivelse av hva denne tilleggskompetansen skal bestå i. Vi mener at opplæringen av operatører i AMK-sentralene burde ha en form for standardisering av basiskunnskap. Hittil er det opplæringshjelpemidler fra KOKOM, utgitt i 2010 som er benyttet i noen tilfeller, i tillegg til innføring i bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Akuttmedisinsk kunnskap og erfaring som gir grunnlag for situasjonsforståelse og presis kommunikasjon med øvrige helsepersonell i den akuttmedisinske kjede, er avgjørende og må vektlegges. Vår erfaring fra tilsynssaker er at det er varierende kvalitet på opplæringen av AMK-operatører i akuttmedisinsk forståelse, forståelse av hverandres ansvarsområder, tydelig kommunikasjon med samarbeidende helsepersonell, tydelig dokumentasjon og riktig bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Operatørenes mulighet for å få tilbakemeldinger på det de gjør er ofte liten. Dette er en viktig del av kompetanseoppbygging og –vedlikehold, og system for slike tilbakemeldinger bør etableres.

Vi mener derfor at det burde være en tilføyelse om at Helsedirektoratet kan gi retningslinjer for omfang og innhold i opplæring av operatører ved AMK-sentralene.

I § 15 bokstav m), stilles det krav om ”tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis”. Vi er helt enige i at tilgjengelighet på døgnbasis må være et absolutt krav. Denne legen, som tidligere har hatt betegnelse ”AMK-legen”, har i liten grad fått definert sitt ansvarsområde.

Statens helsetilsyn har erfaring fra tilsynssaker som viser at det kan være risiko for sammenblanding av rollen til AMK-legen og legevaktlegen, slik at det kan skape usikkerhet om ansvarsforhold. Det er etter vår mening behov for en tydelig avgrensning av AMK-legens ansvarsområde i forhold til legevaktlegens ansvarsområde.

Statens helsetilsyn støtter kravet om tolketjeneste og om etablert beredskap med tolketjeneste. Det å kunne kommunisere forståelig med de som henvender seg til AMK er grunnleggende for å kunne yte dem forsvarlig hjelp. Befolkningssammensetningen med stort mangfold av kulturer og språk vil gjøre det krevende å innfri dette kravet, og Helsetilsynet vi i den sammenheng påpeke at det vil måtte få både økonomiske og administrative konsekvenser for tjenesten.

Øvrige bemerkninger

Statens helsetilsyn savner en formulering i selve forskriften av legevaktens rolle når det gjelder behov for sykebesøk, og fortsatt beredskap når legen over tid oppholder seg i avstand fra legevakt. Vi viser til at departementet ikke foreslår å regulere sykebesøk relatert til legevakt i denne forskriften, under henvisning til at kompetanseheving vil bidra til mer kvalifiserte vurderinger. Samtidig stiller fastlegeforskriften krav om hjemmebesøk, jf. § 23. Slik Statens helsetilsyn forstår dette, skal hjemmebesøk også foretas av legevakten, og vi ber om at dette vurderes spesifisert i forskriften.

Statens helsetilsyn viser videre til at kommunene plikter å legge til rette for at det ytes nødvendig legehjelp døgnet rundt. Dette løses på, til dels, svært ulike måter i kommunene. Noen kommuner har en ordning hvor fastlegene i sitt ordinære kontor har ”vakt” frem til organisert ”ren” legevakt overtar. Andre kommuner har ”hvilende” vakt, ved at utvalgte leger ikke fysisk er til sted på et kontor, men skal være tilgjengelig ved behov for øyeblikkelig hjelp. Disse ordningene har utfordringer, med tanke på behov for kompetanse og forsvarlig organisering av øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Statens helsetilsyn ber departementet om å vurdere om det skal stilles spesifikke krav til den praktiske gjennomføringen av legevakt, for å sikre tilstrekkelig kompetanse og forsvarlige ordninger.

Fastlegeforskriften ivaretar ikke fullt ut de samme faglige krav til akuttmedisinske tiltak som nærværende forskrift. Som eksempel kan nevnes kompetansekrav som kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og kompetansekrav til annet helsepersonell, jf. forslaget § 7 andre ledd og § 8. I tillegg til krav til utstyr, jf. forslaget § 9.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Mange av kravene i forskriften kan medføre ytterligere behov for samordning og kostnadskrevende tekniske løsninger som går utover det de enkelte ansvarlige kan håndtere innen sine eksisterende rammer. Enkelte krav i forskriften kan som konsekvens medføre behov for tilleggsressurser som for eksempel nasjonale

