



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 12/4581

Dato: 16.09.2014

Høringsuttalelse - forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal

Legeforeningen viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal datert mai 2014.

Høringsdokumentet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og høringssvaret er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Etter vår vurdering gir forslaget til ny akuttmedisinforskrift en god beskrivelse av de fleste utfordringene i den akuttmedisinske kjeden. Forslagene går i riktig retning, men er langt fra tilstrekkelige. Legevaktarbeidet trenger et løft både organisatorisk og faglig betydelig utover hva denne forskriften gir anvisning på. Det er ikke foretatt analyser som gir et riktig bilde av personellressursene som er tilgjengelige for dagens legevakter. Flere av forslagene fremstår som urealistiske med dagens bemanningssituasjon. Det er ikke slik at det finnes en «fastlegereserve» som kan brukes til å fylle opp det behov kompetansekravene stiller. Det er grunn til å tenke nytt om bemanning av legevakt, nærmere om dette i våre merknader til forskriften § 7 nedenfor.

Det har lenge vært behov for å styrke virkemiddelbruken for å få til en ønsket utvikling. Legeforeningen har i den sammenheng etterlyst en egen legevaktforskrift som stiller krav til innholdet i legevakttjenesten. Foreliggende forslag ivaretar ikke dette behovet, men skyver på vurderingene av de virkemidler som virkelig vil føre til en utvikling. Pasienttilbud, tilgjengelighet og kvalitet ved landets legevakter er for variabel. Tiden er overmoden for et reelt løft av legevakttjenesten. Dette vil kreve nytenking og satsing på virkemiddelbruk og ressurser til tjenesten.

Det er grunn til å bemerke at befolkningen er svært godt fornøyd med fastlegene og at det er få klager. Tilfredsheten med legevakt er lavere, og antall klager er høyere. Det er fastleger og turnusleger som stort sett dekker både fastlegetilbudet på dagtid og legevaksarbeidet. Dette gir grunn til å se nærmere etter forklaringer og løsninger med utgangspunkt i de strukturelle forholdene ved legevaktorganisering og særtrekk ved legevaksarbeidet.

Forslag til løsning på legevaktutfordringene legger for ensidig vekt på legenes kompetanse for selvstendig vaktarbeid og for liten vekt på spesifikke krav rettet mot den ansvarlige myndigheten - kommunen. Systemperspektivet må styrkes. På grunn av erfaringene med mange kommuners

manglende utvikling av legevaktstjenesten har Legeforeningen tatt til orde for mer spesifikke krav; om standard på innføring i legevaktarbeid, faglig opplæring, utstyrsnivå, hjelpepersonell mv. Forslaget har videre ingen spesifikke krav til kommunen om at det skal drives kvalitetsarbeid ved legevakten.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i sin utredning påpekt at et nødvendig faglig løft for legevaktstjenesten vil være kostnadskrevende. Man anslår en milliard kroner. De økonomiske konsekvensene av forslag til ny akuttforskrift er anslått til 55 - 60 millioner kroner. Det er åpenbart at en slik beskjeden ressurstilgang ikke kan medføre et sårt tiltrengt løft for landets legevaktstjeneste.

Det er behov for at det også stilles tydeligere krav til faglig og administrativ ledelse av legevakten. Det er et ledelsesansvar at de legene som arbeider ved legevakten har tilstrekkelig kompetanse. Dette lokale ansvaret er like viktig som at det settes formelle krav til kompetanse siden legevaktsdistrikter er svært ulike.

Merknader til enkelte bestemmelser

§ 1 Formål

Formålet med forskriften er avgrenset til å ”bidra til ... forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester”.

Akuttmedisinske tjenester synes godt definert. Det er av stor betydning at legevaktstjenesten får et tydeligere krav om at det er akuttmedisin som er formålet, og at det er løsning av disse oppgavene som må forbedres. Vi savner i midlertid noen grad dette perspektivet når kompetansekravene beskrives.

§ 4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene

Departementet presiserer i høringsnotatet at som hovedregel er allmennleger best kvalifisert til å ha legevakt. Til dette vil vi bemerke at arbeid som fastlege ikke gir nok kompetanse. Legeforeningen støtter en styrking av kravene til bedre koordinering, og mener at det er nødvendig med opplæring og trening. Fastlegene får i varierende grad akuttmedisinsk erfaring i sitt arbeid på fastlegekontoret på dagtid. Akuttmedisinkurs er obligatorisk for resertifisering til spesialiteten i allmennmedisin. Under enhver omstendighet er det nødvendig at de som skal jobbe i legevakt får lokal opplæring og trening slik at legen har kompetanse som er spesifikk for den enkelte legevakt

Treningen kan ikke foregå samtidig med aktivt vaktarbeid. Kommunene må derfor sørge for at legene kan ta fri på dagtid for å delta i trening og kurs.

Vi mener at man må skille mellom fastlegenes utdanningsbehov, som spenner over et stort spekter, og legevaktlegenes utdanningsbehov, som må være spisset mot akuttmedisinske problemstillinger. Fastleger som også er legevaktleger har et utvidet kompetansebehov. Kommunene må ta ansvar for å finansiere og tilrettelegge både trening og kurs, inkludert nødvendig frikjøp fra dagtidsarbeid. En veileder til forskriften bør spesifisere og operasjonalisere hva som er å anse som nødvendig opplæring og trening.

§3 Definisjoner

Forskriften presiserer at akutte psykiske lidelser, rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep må omfattes av begrepet akuttmedisin. Dette er innenfor god praksis på legevakt i dag.

Det er også en presisering av transportoppdrag, der rene transportoppdrag anses utenfor definisjonen av akuttmedisin. I en situasjon med økende sentralisering både av sykehus og legevakt, vil utfordringene for transporttjenesten øke, og en gradering av oppdragene synes fornuftig for å kunne prioritere kompetansen.

§4 Samhandling

Vi støtter departementets forslag om å videreføre bestemmelsen om samhandling mellom kommunen og de regionale helseforetakene med tanke på koordinert innsats i den akuttmedisinske kjede. Forskning viser at økt fokus på samarbeid og trening skaper god læringskultur og økt trygghet på vakt. Dette kan være med på å motvirke sentralisering av tjenester. Ved en styrket samhandling mellom aktørene i den prehospitale akuttmedisinske kjede, vil pasientens sikkerhet økes, og man vil forhåpentligvis kunne redusere både behandlingsforsinkelser og nødvendige innleggelses.

Vi er likevel bekymret for at forståelsen av samhandling i praksis vil dreie seg om tekniske forhold rundt nødnett. Annet ledd er i mange tilfeller en sovende bestemmelse. Det er en utfordring når det er mange forvaltningsnivå som skal organiseres. Vi ville ønske at det enda tydeligere i bakgrunnsnotatet blir påpekt viktigheten av at det lages detaljerte planer for struktur og innhold i nevnte samhandling, inkludert planlagte møter, styringsgrupper og faglige veiledere. Det er i dag er knyttet betydelige utfordringer til samarbeid og samhandling mellom legevaktstjenesten og prehospitale tjenester, og det er derfor viktig at slikt samarbeid skjer etter en klart definert plan og struktur. En veileder bør gi konkrete råd om hvordan dette kan gjennomføres og ikke minst plassere ansvaret for finansiering. Denne aktiviteten må foregå innenfor arbeidstiden, men utenfor turnus og aktiv tjeneste.

§5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Legeforeningen støtter formaliseringen av avtaler om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten. Med en mer systematisk organisering og oversikt over andre akutthjelpere og hjertestartere, vil flere liv kunne reddes i fremtiden.

Kapittel 2 Kommunal legevaktordning

Kapittelet beskriver kjente utfordringer; kommunens oppfølging av sitt systemansvar, variabel kompetanse hos helsepersonellet, færre fastleger enn ønsket deltar i legevakt. Det gjøres dog ingen analyse av hvorfor færre fastleger enn ønsket, deltar i legevakt. Konsekvensen for fastlegenes arbeid på dagtid hvis flere av dagens fastleger deltar i legevakt vurderes ikke.

Kommunen skal utføre en risiko - og sårbarhetsanalyse for egen legevakt, og kommunen har en lovpålagt plikt til å gi helsepersonell rammebetingelser for å kunne handle forsvarlig; tilstrekkelig bemanning, nødvendig kompetanse og utstyr, samt at man skal kunne føle seg trygg på vakt og under utrykning. Dette er generelle krav som har vist seg å resultere i for stor variasjon av legevakttilbudet nasjonalt.

Departementet ønsker en større grad av akuttmedisinsk beredskap, men mener at det skal skje ved at antall grønne henvendelser går ned. Det er i seg selv et viktig mål, men kan ikke alene være virkemiddelet for å øke beredskapen. For å dreie virksomheten ved legevakt i større grad mot beredskap, må flere tiltak vurderes.

§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Vi er enig i høringsforslaget, og vil presisere viktigheten av at forskriften understreker at legevaktens formål er å sikre befolkningen øyeblikkelig hjelp. For alle andre henvendelser er det riktig å henvise til fastlegen. Fastlegenes forhåndskjennskap til pasientene og mulighet for oppfølging gir et langt bedre grunnlag for å opprettholde god kvalitet enn hva man kan få til i en legevaktssammenheng. Forskriften gir et godt grunnlag for kommunen til å kunne prioritere det som haster.

Underpunkt c) pålegger at man skal kunne «rykke ut umiddelbart». Håndtering av ulykker og andre akutte situasjoner er legevaktens viktigste oppgave, men dagens organisering gjør det vanskelig for vaktleger i store vaktstasjoner å kunne rykke ut umiddelbart, fordi man er opptatt med diagnostikk og behandling av pasienter som klarer å møte opp. En sterkere prioritering av ulykker og akutte situasjoner vil innebære at også store legevakter må ha leger i beredskapsvakt som er klare for umiddelbar utrykking. Finansieringsordningene er i dag til hinder for dette, men vil naturligvis kunne utvikles. En veileder til forskriften bør spesifisere hva som menes med «rykke ut umiddelbart».

§ 7 Kompetansekrav

Om krav til allmennlegekompetanse – fastlegenes rolle i legevakt

Det er behov for kompetansekrav for å bidra til økt kvalitet i legevaktstjenesten. Vi har likevel innvendinger til både premisene for de foreslåtte kompetansekrav og kriteriene i forslagene.

Høringsnotatet gjennomsys av en tankegang om at fastlegene skal «tvinges tilbake» til legevakt og at det finnes uutnyttede fastlegereserver som kan dekke opp det bemanningsbehov nye kompetansekrav skaper. Dette er etter Legeforeningens vurdering en urealistisk og forenklet tilnærming. Allmennlegene bør og skal ha en viktig rolle ved landets legevakter. Kvaliteten på arbeidet deres vil bli best om det tilrettelegges for at dette er en oppgave man frivillig ønsker å gå inn i. I tillegg må det tenkes nytt når det gjelder å rekruttere inn ytterligere legeressurser.

Helsedirektoratet har påpekt at det er viktig for oppnåelsen av faglige mål med fastlegeordningen og samhandlingsreformen at de mest erfarne fastlegene deltar i legevaktordningen. Etter vår vurdering vil det være riktig at fastlegene i større grad ivaretar sine pasienter slik at spesielt den eldre, multisyke pasienten i minst mulig grad trenger hjelp fra legevakt. De mest erfarne fastlegene trengs også der de er best, tilgjengelige på sitt eget kontor og i sykebesøk hos egen pasienter .

Det uttrykkes bekymring for at det på nasjonal basis kun er rundt 55 pst av fastlegene som deltar i legevakt. Vi finner grunn til å understreke at fastleger som ikke deltar i legevakt nedlegger et stort uketimetall i kurativt arbeid. Det er ikke kapasitet i fastlegeordningen til å ta fastleger som i dag ikke har legevakt ut av sin dagtidstjeneste til fordel for legevaktstjeneste. Det vil også medføre en redusert tilgjengelighet til fastlegene på dagtid som ikke er ønskelig for befolkningen.

I høringsnotatet står det videre at selv om det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmennleger/fastleger, vil det også være behov for at andre leger deltar i legevaktordningen. Det primære målet må være at kommunen har gode legevaktleger som ønsker å stå i tjenesten. Det er åpenbart stor slitasje knyttet til å delta i arbeidsintensive vaktordninger og bindingen av tid er omfattende i små vakt-distrikt. Det bør derfor vektlegges at man finner kriterier som både ivaretar hensynet til kvalitet og ikke ekskluderer kompetente leger på en utilsiktet måte.

Forslaget legger stor vekt på praktisk klinisk tjeneste i noen utvalgte kliniske fagfelt som faglig grunnlag for legevaktarbeid. Allmennlegene er antakelig best kvalifisert til å ivareta de delene av legevaktarbeidet som haster minst, men ikke nødvendigvis best kvalifisert til å ivareta legevaktens viktigste formål - akuttmedisin. Andre leger kan være kvalifisert til å håndtere akuttmedisinen, men ha svakere bakgrunn i de delene av legevaktarbeidet som haster minst. Det savnes en grundigere gjennomgang av hvordan leger faktisk tilegner seg de ferdighetene som er nødvendige i akuttmedisinen. Bakgrunn fra flere kliniske fagfelt kan være relevant, som ortopedi, ØNH, gynekologi og plastikk-kirurgi.

Kommuner av en viss størrelse har i en del tilfeller gode erfaringer med å bruke fast ansatte leger og sykehusleger i vakt. Forutsetningene for dette er at legene inngår i den normale vaktordningen, har

tilstrekkelig antall vakter og deltar i driftsmøter, trening og opplæring. Vaktlegenes dyktighet er like mye knyttet til personlig egnethet og erfaring fra legevaktarbeidet som til bakgrunn fra allmenntilleggsmedisin. En annen tilnærming til kompetansekravene i § 7 kan være å utvide mht fagbakgrunn, men stille mer spesifikke krav om gjennomført opplæring, trening og supervisjon og har bak seg et tilstrekkelig antall vakter før man kan ta selvstendig ansvar.

Legeforeningen har merket seg forslagene fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, hvor ett av alternativene er å supplere formalkrav (spesialitet/ oppfylt 3 års veiledet tjeneste) med krav til erfaring i allmenntilleggsmedisin (henholdsvis et halvt eller ett år) og antall gjennomførte vakter (40 vakter). Vi mener dette er en god tilnærming, men som nevnt ovenfor bør også andre kliniske spesialiteter enn de som er nevnt i forslagene fra HOD og Nklm kunne kvalifisere til selvstendig legevaktarbeid.

Supervisjon må uansett være tilgjengelig i den perioden legene opparbeider seg klinisk erfaring fra legevaktarbeid.

Om unntaksbestemmelsen

Det vil være behov for en unntaksbestemmelse. Fylkesmannen kan ved dårlig tilgang på vaktkompetent lege, gjøre unntak fra kompetansekravene for leger i vikariat av inntil to måneders varighet dersom legen har gjennomført to års veiledet tjeneste, det vil si etter gjennomført turnustjeneste. Dette innebærer at kommuner som har vansker med å få besatt fastlegestillinger/hjemler, ikke har mulighet for verken å ansette lege i fast stilling eller i vikariat med over to måneders varighet dersom legen skal ha legevakt og ikke har vaktkompetanse før ankomst. Slik tvungen "vikarstafett" er en dårlig løsning og alternativer bør utredes.

Bakvaktordning

Legeforeningen er kritisk til forslagene til bakvaktordning. I høringsnotatet defineres bakvakt som lege som er tilgjengelig på nødnettradio og som kan rykke ut om nødvendig. All erfaring med bakvakt som ikke er "på huset" tilsier at bakvakt ikke blir brukt tilstrekkelig. En reell kompetanseheving og trygghet på vakt vil være at det innføres to-sjiktet tilstedevaktsystem i stedet for bakvakt. Bakvakt bør med andre ord byttes ut med en supervisjonsordning for de legene som ikke er kompetente til å jobbe alene på vakt. Da vil en i tillegg øke den akuttmedisinske beredskap på legevaktene.

Der hvor dette ikke er mulig må man finne andre lokale løsninger som en unntaksordning, hvor kravene til bakvakt, og finansiering av dette er nøye definert.

Kompetanseutvikling

Legevaktmedisin har vært tilbudt som poenggivende kurs i en årrekke. Dette har så langt ikke gitt et tilstrekkelig faglig løft for landets legevaktstjeneste. Dette er bakgrunnen for at vi foreslår at kommunenes ansvar for "at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver" må få en videre tolkning enn kun akuttmedisinsk samhandlingstrening.

Kurs i volds og overgrepshåndtering

Det er opprettet voldtekts og overgrepsmottak i fylkene for å sikre fag- og systemkompetanse hos helsepersonell (jf. Overgrepsmottak- Veileder for helsetjenesten). Avgåtte regjering vedtok at mottaksfunksjon for voksne utsatt for seksuell vold skal forankres i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2015, mens mottak av ikke-seksuelt overgrepsumsatt skal foregå på legevakt. Vi frykter at dette i praksis vil medføre en splitting i håndteringen av overgrepsumsatt, med påfølgende svekkelse av kompetanse ved mottaksfunksjon av ikke-seksuelt overgrepsumsatt ved at denne funksjonen i praksis blir overført til den enkelte legevaktslege. Et obligatorisk kurs for alle landets

legevaktleger vil ikke kunne dekke kompetansebehovet og det vil jevnlig være umulig for legevaktlegene å bruke nok tid på store, alvorlige saker.

Alvorlige overgrepssaker med rettsmedisinske sider må håndteres av en egen vaktordning med spesielt opplært personell, etter modell fra dagens voldtekstmottak. Det vil være uheldig å skille seksuell vold fra annen vold, fordi kompetanse og kapasitet i mottaksfunksjonen vil være svært lik. Hvem som skal eie ansvaret for en slik vaktordning er av underordnet betydning.

§8 Betydningen av kompetanse for operatører

Like viktig som svartid er kompetansen til personellet som skal motta henvendelsene og støtter forslaget om at det bør presiseres i forskriften at operatørene, i tillegg til kravet om helsefaglig kompetanse, skal ha gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

§ 9 Krav til utstyr i kommunal legevakt

Vi støtter intensjonene i denne bestemmelsen, men paragrafen er lite diskutert i høringsnotatet. De senere årene har legevakter gradvis innført mer diagnostisk utstyr som krever økt kompetanse hos leger og sykepleiere for riktig bruk. En veileder til forskriften bør gi tydelige retningslinjer for hva slags utstyr som skal være tilgjengelig på legevakt og ved sykebesøk/utrykning fra legevakt.

Forslag om at kommunen skal ”sørge for at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart og yte akuttmedisinske tjenester” er svært viktig. Dersom legevaktens akutte utrykningsplikt skal overholdes på en faglig forsvarlig måte, må de økonomiske ordningene for legevakt i større grad prioritere beredskap for umiddelbar utrykning. Ved de store legevaktstasjonene er legene så å si alltid forhindret fra å kunne rykke ut umiddelbart.

Det må også vurderes om forskriften skal pålegge legevakter å ha egen legevaktbil bemannet med personell med utrykningskompetanse. Dette er etter Legeforeningens vurdering påkrevet for å ivareta trygge utrekninger, både av hensyn til pasientene og legens egen sikkerhet.

§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

Legeforeningen støtter en forsterkning av LV-sentralene som primært mottakssted for alle henvendelser. Det er en ønsket utvikling at befolkningen kan ringe til LV-sentral og få avklart sitt behov for om hjelp umiddelbart er nødvendig, eller om det er best å vente til neste dag

Det er faglig utfordrende å gi en riktig vurdering per telefon. Det tar tid å innhente nødvendig informasjon og sørge for riktig dokumentasjon. På dette punktet vil det være nødvendig med en sterk kobling mellom operatør og legetjeneste i den enkelte legevaktstasjon, og det må utvikles bedre hjelpeverktøy. Krav om 80 % svartid innen 90 sek og 95 % innen 2 minutter vil kreve et høyt antall operatører siden det ikke er mulig å skille ut de henvendelsene som haster på forhånd.

§ 17 Kommunikasjonsberedskap

Bestemmelsen viser til innføring av nødnett og opplæring av dette for helsepersonell. Ved større legevakter vil man ha et høyt antall leger, der hver lege relativt sjelden har vakttype med nødnettsamarbeidsansvar. Tilstrekkelig kompetanse i nødnetthåndtering krever derfor regelmessig trening, som vil gi økte kostnader for kommunen.

Kapittel 4 medisinsk nødmeldetjeneste

Legeforeningen støtter forslaget om strengere krav til svartid på legevaktsentralene.

Vi støtter helsemyndighetenes ønske om at legevaktene i fremtiden i større grad prioriterer behandling av de sykeste pasientene. Dette vil imidlertid også medføre at legevaktene i større grad enn i dag bør forsøke å avklare mange av pasientenes problemer i første omgang på telefon

gjennom faglig gode og forsvarlige råd fra sykepleiere og eventuelt lege per telefon. Dette vil ofte være råd om kontakt med fastlegen dagen etter hvis den medisinske tilstanden tillater det (såkalt «grønn respons»), som et alternativ til ordinær legekonsultasjon.

Det er nødvendig med lydopptakutstyr ved legevaktsentralene for dokumentasjon av kommunikasjon.

Betjening av LV-sentralen er en svært viktig funksjon, både når det gjelder hastegradsvurdering og rådgivning per telefon, jamfør kommentaren i punktet over om «svartid ved LV-sentral». Vi støtter kravet om nødvendig helsefaglig kompetanse og tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Ad utvidet plikt til lydopptak

Legeforeningen støtter forslagene til at kravet til lydopptak utvides til legevaktsentralene. Vi støtter videre departementets vurderinger mht ivaretagelse av innsynsretten.

Det synes unødvendig at alle opptak må spilles av rutinemessig for en sjekk av den skriftlige dokumentasjonens kvalitet før sletting. Det må vel gjelde bare de saker der lydopptak blir etterspurt eller tatt opp i stikkprøver for kvalitetsformål. En bør i utgangspunktet anta at den løpende skriftlige dokumentasjon er gjort forskriftsmessig. Teknisk kobling/lagring av opptaket knyttet til journal kan være hensiktsmessig som et supplement hvis teknisk løsning er enkel og sikkert integrert.

Særlig om dagberedskap

Det foreliggende forslaget viderefører en uklarhet omkring omfanget av kommunens ansvar for å sørge for at det er "minst en lege tilgjengelig på legevakt hele døgnet" (forslagets kap 8, kommentar til §6 i forskriften). Enkelte kommuner lener seg her på fastlegenes plikt til å sørge for ø-hjelpstilgang for egne listepasienter, evt beredskap i henhold til en særskilt beredskapsordning avtalt med KS.

Uten særskilt avtale rommer ikke fastlegeordningen en særskilt dagberedskap/ daglegevaktordning. Legeforeningens erfaring er at det i kommuner av en viss størrelse vil være nødvendig med egne daglegevaktordninger. Mange kommuner har selv sørget for dette, men det rettslige grunnlaget er uklart. Kapasiteten i fastlegeordningen er svært presset, og det er behov for rydding i fastlegens oppgaver. I den sammenheng burde daglegevaktregulering drøftes i et slikt forskriftsarbeid.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utredningen av økonomiske og administrative konsekvenser som følge av forslagene er mangelfulle. Kommunene vil her påføres til dels betydelig økte kostnader. Det er nødvendig å utrede dette slik at en gjennomføring av nye krav blir realistisk og at kommunene følger opp i henhold til intensjonene.

«Det antas at rundt 3 300 annet helsepersonell bør ha kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det er tatt høyde for en kostnad på rundt 32 mill. kroner årlig over fem år til kurs for leger og annet helsepersonell»

Det redegjøres i forslaget i liten grad for hvordan en tenker å gjennomføre kurs for annet hjelpepersonell i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det må utvikles egne kurs for denne gruppen. Det er i forslaget heller ikke redegjort for hvor ofte kursene skal gjennomføres. Med slike usikkerhetsmomenter er det vanskelig for kommunen å vurdere hvilke konsekvenser dette får i form av økte kostnader for kommunene.

Videre prosess

Det vil være behov for videre prosesser i forbindelse med implementering av nye forskriftskrav. Legeforeningen vil understreke viktigheten av videre dialog og samarbeid med både Legeforeningen og KS for å bidra til et rammeverk som i størst mulig grad legger til rette for en legevakt av høy kvalitet. Legeforeningen arbeider med en statusrapport om legevakt som er planlagt ferdig på nyåret 2015. I dette arbeidet involveres fagmiljøene, og det vil her komme ytterligere innspill mht utfordringsbildet og aktuelle løsninger.

Med vennlig hilsen

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Den norske legeforening
godkjent
Sekretariatet

Dokumentet er elektronisk