

Helsedirektoratet

Deres ref.: 17/28410-7

Vår ref.:2019/18433

Bergen, 15.september 2019

HØRINGSUTTALE – Nasjonal veileder for legevakt og nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) er i brev av 18. juni 2019 invitert av Helsedirektoratet til høring vedrørende nasjonal veileder for legevakt.

Generelt

Nasjonal veileder for legevakt er et omfattende dokument, som ivaretar alle aspekter ved legevakt og LV-sentralene. Veilederen omfatter anbefalinger i tretten kapitler.

En veileder bør være mest mulig konkret og samle tilgjengelig informasjon og krav i en oversiktlig fremstilling. Den foreliggende versjon henviser i for stor grad videre til mange ulike dokumenter underveis i teksten. Teksten bør kunne stå selvstendig med referansene til slutt.

Observerer en del repetisjon av tekst i utkastet.

Viktig at veilederen gir retningslinjer som kan etterleves i praksis. F.eks. kan det være riktig og naturlig å bruke en i nær relasjon som tolk, fremfor å vente på å at dette kan fremskaffes, noe som ifølge veilederen ikke bør forekomme (pkt. 2.5a s.11).

Kommentarer til ulike kapitler:

Kapittel 2 Organisering av legevakt

2.3a

Forsvarlig bemanning – bør konkretisere hvordan man skal regne seg frem til/vurdere forsvarlig bemanning. Minimumskrav til hvor raskt de skal kunne håndtere henvendelser pr. telefon og ved oppmøte bør defineres.

2.3b

Faglig forsvarlig virksomhet – minimum legebemanning bør defineres og hva som menes med faglig forsvarlig virksomhet bør konkretiseres.

2.4a (kulepunkt 1)

Vurdering av om noen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse – bør vurderes av psykiatrisk fagkyndig lege. Dette forutsetter tilgjengelig akuttpsykiatrisk bistand døgnet rundt.

I praksis faller initial vurdering ofte på sykepleier (legevaktslege ofte opptatt med andre oppgaver), med beskjed om at pasienten må vente på telefon fra/tilgjengelig lv-lege. Rask og riktig håndtering av disse pasientene vil trolig forebygge flere påfølgende henvendelser om samme problem, som er en belastning for legevakt og AMK-sentraler i dag. Fatale utfall kan kanskje også forebygges.

Kapittel 3 Legevaktsentralen

3.3

Hva menes med «nødvendig kompetanse til å betjene telefonen»? – kvalitetskrav og minimum opplæringstid bør defineres

3.4

Hvilke konsekvenser får det for legevakten hvis de ikke svarer innen 2 minutter?

Bør det være eget krav til responstid på telefoner fra AMK? Problem lokalt at operatører blir sittende og vente i flere minutter på at legevakt skal svare.

Kapittel 5 Legevaktlokale

5.6c

«Det finnes ingenliste over nødvendig utstyr ved legevakten. Legevakten må derfor selv være ansvarlig for utvalget»

I denne veilederen bør nødvendig utstyr være listet opp.

5.9 Mye detaljer. Kan dette kapittelet kortes ned?

Kapittel 6 Dokumentasjon og kommunikasjon, pkt. 6.3 Nødnett:

Under «Praktisk» og «Opplæring»: Ønsker en klar oppfordring til LV om å kontakte lokal AMK for å etablere dialog om lokale rutiner for bruk av nødnett, da dette varierer mye ved de forskjellige AMK-sentralene. Det kan dreie seg om alt fra talegrupper ved oppdrag, kommunikasjon med AMK og ambulanse, til mulighet for konferering med LV-lege for ambulansen. Dette er en forutsetning for at LV skal bli en relevant aktør i den prehospitale akuttmedisinske kjede.

Under «Praktisk» og «Sikkerhetsalarm»: Ønsker en tydeligere formulering av ansvaret til LVS for å sørge for kunnskap om bruk av sikkerhetsalarm. F.eks. kunne siste setning inneholdt noe om de enorme ressursene som utløses hos AMK, ambulanse og politi ved feilutløst, og ikke korrekt avstilt, sikkerhetsalarm, og at det derfor påhviler kommunen og den enkelte nødnettbruker et særlig ansvar for å ha gode kunnskaper om dette.

6.3b Trening

Det bør stilles krav til at helsepersonell **skal** trene på bruk av nødnett, for å sikre at dette blir gjennomført.

Kapittel 8 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid

8 og 8.1a

Gjennomgående bruk av «bør» gjør at det virker valgfritt å jobbe med kvalitetsforbedring. Ønskelig at dette erstattes med «skal» og at det konkretiseres hvordan kvalitetsforbedring skal utføres.

8.3a

Siste setn. i avsnittet; bytte ut «kan gjerne» med «må/skal».

8.4b

«Eksempler på anbefalte rutiner for å følge opp forskriftskravene er:» Dette er bra og konkret!

8.6 Pasientprioritering, rådgivning og beslutningsstøtte

Denne delen (8.6) kunne med fordel vært tydeligere delt inn i en del for telefonhenvendelser og triagering/råd for disse, og en del for ansikt til ansikt-triage (ved oppmøte). Da vil det bli tydelig hva Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp, Telefonråd, Manchester (Telephone Triage and Advice og Face to Face triage) er og ikke er.

Under «Begrunnelse» står det at «Det kan være en fordel å bruke samme beslutningsstøtteverktøy som de instansene man samarbeider med.» Dette betyr i praksis at man sier at alle LVS bør benytte Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp (NIMN), da det er det som benyttes av samtlige AMK i Norge. Det blir vel da et sterkt signal fra Helsedirektoratet til LVS om at det er NIMN som er anbefalt beslutningsstøtteverktøy, og spørsmålet er, i en tid der stadig flere større LV/LVS benytter f.eks. Telephone triage and advice (TTA) fra Manchester triage system (MTS), om det er ønskelig fra Helsedirektoratets side? Når man i tillegg, i avsnittet over, sier at pasientene som har fått en triage over telefon, bør triageres på nytt ved oppmøte, blir det hele komplisert, da NIMN (og Telefonråd) jo ikke kan brukes ved oppmøtebasert triage, kun på telefonen (som vel bør presiseres i første setning på side 55: «Det finnes to norskutviklede verktøy til bruk ved prioritering og hastegradsvurdering:(...)» og man bør her tilføye «ved telefonhenvendelser» før parentes). Skal ny triage ved oppmøte da gjøres med annet system, og i så fall hvilke muligheter foreligger (unntatt TTA/MTS) dersom man ønsker å bruke samme system på telefonen og ved oppmøte, hvis det i det

hele tatt er et mål? Det er ønskelig med en presisering og tydeligere formulering rundt dette viktige temaet.

Det bemerkes at KoKom er kjent med at noen AMK-sentraler opplever det som uproblematisk, heller en fordel, at deres LV/ LVS-samarbeidspartnere, bruker TTA fra Manchester, og ikke NIMN.

Vi anbefaler at det endres fra bør til skal i teksten to ganger. Det skal finnes system for triagering, beslutningsstøtte og rådgivning.

Kapittel 9 Kompetanse og opplæring

Generelt:

Veilederen er detaljert på svært mange ting – men vag når det gjelder kompetanse.

NKLM sin versjon av Nasjonal veileder for legevakt var betydelig mer konkret. KoKom deltok i utforming av dette arbeidet.

NKLM hadde forslag til en detaljert opplæringsplan for LV og LVS – dette er skåret ned til punkt 9.4. I kap. 9.4 står det bl.a.

«Det er ikke utviklet nasjonale allmenne eller spesifikke kompetansekrav for operatør i legevaktsentral. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) anbefaler følgende kompetanse:

- *Vurderingskompetanse*
- *Operativ kompetanse*
- *Relasjonell kompetanse*
- *Etisk kompetanse*
- *IKT-kompetanse»*

KoKom har i sin nære kontakt med både LVS og AMK miljøet mottatt tydelige signaler på at det er et stort behov for Nasjonale kompetansekrav for operatører.

Det er påfallende at ikke KoKom sin kompetanseplan ikke er omtalt:

Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger med vedlegg Moduler for personell i LVS og for AMK (2011) og kompetanseplan for faglig utvikling ved legevakt (og LVS) (2012). Disse er under revidering hos KoKom.

9.1, 9.3 og 9.4

Få med «gode holdninger» (evt. høflig og omsorgsfull), da dette er like vesentlig som gode nok språkkunnskaper.

9.3b

Behov for å utvikle nasjonale allmenne kompetansekrav for arbeid i legevakt – hvem har ansvar for dette? Må på plass for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Kompetansekrav listet opp på sidene 62, 63 og 64 bør også gjelde for leger.

9.6b

Savner kulepunkt med – gjennomgang av lydlogg og evaluering av samtaler med og uten veileder

Kapittel 11 Utrykning og sykebesøk

11.8a

Rutiner ved dødsfall må sikre at pårørende umiddelbart informeres om eventuelt ventetid på lege som skal syne og føler seg ivaretatt. Hvis mulig bør legen selv kontakte pårørende pr. telefon umiddelbart etter dødsfall.

Kapittel 12 Vold og overgrep

Vi anbefaler at det endres fra bør til må i første setning.

Viktig: Kapittelet bør inneholde noe om «Mistanke om vold/omsorgssvikt» og hvordan de ansatte skal forholde seg til dette. Opplysningsplikt til barnevernet m.m.

Kapittel 13 Ansattes sikkerhet

13.1b

Her bør Brøset Violence Checklist (BWC) også nevnes. Denne er implementert i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 4. utgave og brukes ved alle AMK sentraler. Etter min mening bør denne anbefales for å sikre felles språk og forståelse mellom AMK og legevakt ved situasjoner med fare for vold.

Kapittel 14 Samarbeidsparter

14.9a

Tilgang til kontakt med kommunale tjenester med spesialkompetanse på rus/psykiatri bør være tilgjengelig på døgnbasis for alle legevakter.

Nasjonalt traumeplan som ble innført i hele landet i 2017 deler anbefalingene inn i sterke anbefalinger (skal ikke fravikes) og anbefalinger (viktige tiltak som kan/bør innføres) – en tilsvarende fremstilling kan være hensiktsmessig i veilederen

(<https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=PA8pVGd>).

Med hilsen



Guttorm Brattebø
Seksjonsoverlege/leder KoKom
Kirurgisk Serviceklinikk
Haukeland universitetssykehus



Kristine Dreyer
Seniorrådgiver
KoKom