



Forslag til Nasjonalt veileder for legevakt

INNHold

1	Innledning.....	4
2	Organisering av legevakt.....	4
2.1	Kommunal eller interkommunal organisering	4
2.2	Økonomi	6
2.3	Bemanning.....	8
2.4	Pasienter uten fast opphold i Norge.....	10
2.5	Tolketjenester.....	11
2.6	Samtykkekompetanse	13
2.7	Legevakt og media.....	14
3	Legevaktsentralen	15
3.1	Legevaktsentralens funksjon og drift.....	15
3.2	Utforming av legevaktsentralen.....	17
3.3	Bemanning av legevaktsentralen.....	17
3.4	Responstidskrav.....	19
3.5	Lydlogg	19
4	Telefon og IKT-utstyr.....	20
5	Legevaktlokale	22
5.2	Profilering	23
5.3	Utforming av legevaktlokale.....	24
5.4	Venterom	26
5.5	Undersøkelles- og konsultasjonsrom	27
5.6	Utstyr.....	28
5.7	Laborarieutstyr.....	30
5.8	Legemidler	31
5.9	Arbeidstøy og personlig verneutstyr.....	31
6	Dokumentasjon og kommunikasjon	34
6.1	Pasientjournalssystem	34
6.2	Journalføring	35
6.3	Nødnett	37
7	Ledelse og kvalitetsforbedring	39
7.1	Ansaret for styringssystemet.....	39
7.2	Styringssystem.....	40

7.3	Pasientsikkerhet.....	42
8	Avvikshåndtering og forbedringsarbeid.....	43
8.2	Klager på helsepersonell i legevakten.....	45
8.3	Medisinsk utstyr og laboratoriebruk.....	46
8.4	Legemiddelhåndtering.....	49
8.5	Smittevern	51
8.6	Pasientprioritering, rådgivning og beslutningsstøtte	54
8.7	ROS-analyser	56
9	Kompetanse og opplæring.....	58
9.1	Krav til lege som skal ha selvstendig vakt	58
9.2	Krav til bakvaktlege.....	60
9.3	Krav til annet helsepersonell i legevakt.....	61
9.4	Krav til operatør i legevaktsentral.....	64
9.5	Etikk.....	66
9.6	Utvikling og vedlikehold av kompetanse og fagkunnskap.....	67
9.7	Trening i akuttmedisin	68
9.8	Bruk av sjekklister	71
10	Opplæringsplaner	71
11	Utrykning og sykebesøk.....	72
11.1	Utrykning fra legevakt.....	72
11.2	Legevaktbil	74
11.3	Legevaktbil: Medikamenter og medisinsk utstyr.....	75
11.4	Legevaktbil: Utforming og godkjenning	75
11.5	Sykebesøk	77
11.6	Følge av lege til sykehus.....	78
11.7	Verneutstyr for utrykning og sykebesøk.....	79
11.8	Dødsfall.....	80
12	Vold og overgrep.....	81
13	Ansattes sikkerhet.....	83
14	Samarbeidsparter.....	86
14.1	Samarbeid med fastlegene	86
14.2	Samarbeid med akuttmedisinske tjenester	87
14.3	Samarbeid med Politiet	88

14.4	Samarbeid med fengselshelsetjenesten.....	90
14.5	Samarbeid med brann- og redningstjenesten.....	91
14.6	Samarbeid med akutthjelpere	92
14.7	Samhandling med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	93
14.8	Samhandling med pleie- og omsorgstjenesten.....	93
14.9	Samhandling med rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen	94
14.10	Samhandling med kommunalt psykososialt kriseteam.....	95
14.11	Samhandling med kommunalt barnevern	96
14.12	Samarbeid med overgrepsmottak	97

1 Innledning

Veilederen skal være til hjelp for kommunen ved organisering, drift, ledelse og kvalitetsarbeid i legevaktjenesten. Målgruppe for veilederen er alle ledelsesnivåer ved legevakter og kommuner som har ansvar for planlegging, organisering og drift av legevaktjenesten.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten, og tilsvarende for nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter.

Dette innebærer at denne veilederen skal baseres på kunnskap om god praksis og således bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men normerende og retningsgivende ved at de beskriver ønskede og anbefalte handlingsvalg.

2 Organisering av legevakt

2.1 Kommunal eller interkommunal organisering

Kommunen kan velge å organisere legevakten gjennom interkommunalt samarbeid.

2.1.a Begrunnelse

Som en del av kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, skal kommunen tilby legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a og akuttmedisinforskriften § 6.

Legevaktordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap.

Det er opp til kommunen å avgjøre organiseringen av legevakt, herunder eventuelt interkommunalt samarbeid. I sistnevnte tilfeller skal det opprettes samarbeidsavtaler.

2.1.b Praktisk

Organisering av kommunens legevaktjeneste må baseres på prinsippet om en faglig forsvarlig helse- og omsorgstjeneste.

- **Medisinsk forsvarlighet**
- Befolkningsgrunnlag og hvordan befolkningen er fordelt geografisk
- Antall henvendelser basert på tilgjengelig statistikk
- Utstyr og lokaler, både eksisterende og eventuelt nye investeringer

- Antall tilgjengelige fastleger og andre leger i legevaktordningen for å sikre en levedyktig vaktordning
- Opplæring og kompetanse
- Lokal kunnskap som bør påvirke organisering og beredskap
- Ambulansedekning, akuttgjelpere og plassering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)
- Avstand til nærmeste sykehus
- Behov for en eller flere legevaktstasjoner i legevaktområdet

Ressursbruk

- Personalressurser, inkludert ressurser til ledelse, fagutvikling og administrasjon
- Vaktordninger og bakvakt
- Transport og transporttype

Lokaler og husleie

- Tilgjengelighet
- Legevaktsentral og legevaktstasjon
- Reiseavstand
- Geografiske forhold, ferger, vinterstengte veier, bompenger etc.
- Behov for flere legevaktstasjoner i området
- Fastlegekontorenes plassering
- Behov for daglegevakt
- Sesong- og døgnvariasjon i bruk
- Transport
- Ambulansedekning

2.1.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Rundskriv til Akuttmedisinforskriften. (Nr: I-5/15). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/> Nasjonal kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). *er hjelpa nærmast!* Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. (Rapport nr. 1-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/6251> .
- Morken T, Myhr K, Raknes G, Hunskaar S. (2016) *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016*. (Rapport nr. 4-2016). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research. <http://bora.uib.no/handle/1956/12957>

- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 1.4 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. (2013). Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Serv Res 13(1): 222.
- Helsebiblioteket. (2010). Ros analyse.
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>

2.2 Økonomi

Kostnader til drift av legevakten, herunder forsvarlig bemanning, medisinsk utstyr, lokaler og transport av eget personell, skal dekkes av kommunen.

2.2.a Begrunnelse

Kommunen skal dekke alle utgifter til nødvendige helse- og omsorgstjenester for personer som oppholder seg i kommunen, så langt noe annet ikke følger av lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 og § 11-2.

Målet om likeverdige tjenester for alle innbyggere gjør at noen kommuner får en dyrere ordning per innbygger enn andre. Ved samarbeid om interkommunale legevaktordninger må fordeling av kostnader avklares før sammenslåingen.

2.2.b Praktisk

Utgifter knyttet til drift av legevakt består blant annet av:

- Lønn (ledelse, helsepersonell, annet)
- Kjøp eller leie av lokaler, renhold, strøm og vedlikehold
- Kjøp eller leie av medisinsk utstyr
- Kostnader til kvalitetskontroll, drift og serviceavtaler
- Opplæring og kompetanseutvikling
- Innkjøp, drift og vedlikehold av IKT, kommunikasjonsutstyr og Nødnett
- Innkjøp/leie og drift av framkomstmiddel, arbeidstøy og utstyr ved utrykning
- HMS-tiltak

Ledelsen må utarbeide budsjett i samsvar med kommunelovens bestemmelser og kommunens regler samt ha regnskapsrutine og økonomiforvaltning i tråd med krav til offentlig virksomhet.

Lønnskostnader

Lønnskostnader er den største utgiftsposten i en legevakt.

Kommunen er arbeidsgiver og ansetter helsepersonell som jobber i legevakt og legevaktsentral.

Det vises til avtaler mellom de sentrale avtaleparter for utdyping av lønns- og arbeidsvilkår.

Legevaktens inntekter

Legevaktens inntekter består av følgende:

- Egenandeler fra pasienter
- Refusjon fra Helfo for pasientbehandling (herunder telefonkonsultasjon)
- Betaling for kostnader til brukt materiell, f. eks. bandasjemateriell, medikamenter, vaksiner
- Betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand

Dersom legen har fastlønn, vil alle inntekter, også forbruksmateriell, tilfalle kommunen. Dette innebærer at takster som gjelder forbruksmateriell skal tilfalle kommunen uavhengig av om legen får beredskapsgodtgjørelse eller timelønn.

Når inntektene tilfaller kommunen, er det viktig å understreke at legen fortsatt er ansvarlig for å føre regningskort med aktuelle takster for utført behandling. Kommunen (legevakttjenesten) er ansvarlig for innkreving av egenandeler og innsending av regningskort til Helfo.

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.

Leger som arbeider på legevakt organisert etter SFS 2305 er å anse som arbeidstakere. Dette innebærer at legen som utgangspunkt skal ha beredskapsgodtgjørelse og beholder takster og egenandeler ved utrykning, jf. SFS 2305 § 8. Ved vakt på interkommunale legevaktstasjoner i tiden kl. 23-08 skal legen ha timelønn, jf. SFS 2305 § 9. I legevaktordning med tilstedeværelse kan imidlertid partene lokalt avtale at lønnsfastsetting foretas etter hovedtariffavtalen i KS-området kapittel 5, jf. SFS 2305 § 8 punkt 8.4. HT

Betalingssystem

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.

Fordeling av kostnader ved interkommunale legevaktordninger

Det finnes flere alternative måter å fordele kostnader på i et interkommunalt samarbeid. Hvilken fordelingsnøkkel som skal benyttes, må avklares før sammenslåing og reforhandles ved budsjettvedtak og ved endringer i organiseringen. I fordelingsnøkkelen kan det også skilles mellom investering og drift.

Eksempler på modeller for fordeling av utgifter er:

- Lik fordeling på hver kommune uavhengig av størrelse
- Fordeling etter innbyggertall

- Fordeling etter kostnadsnivå i enkeltkommunene før samarbeidet
- Fordeling etter uttak av tjenester
- Fordeling etter kommuneøkonomi
- Fordeling etter kombinasjoner av alternativene ovenfor, for eksempel en del fordelt fast per kommune, en del fordelt etter innbyggertall og en del etter uttak av tjenester

En tilleggsfaktor som kan påvirke fordelingen, er turisme eller et stort antall studenter som gir økt antall personer i legevaktdistriktet i hele eller deler av året.

Kommunene bør belastes nokså likt for den enkelte kontakten eller konsultasjonen utført ved legevakten. Før sammenslåingen bør man regne etter ulike modeller basert på lokale forhold, for å finne hvilken modell som gir likest kostnadsbelastning per kontakt. For de aller fleste distrikter vil en fordeling av kostnader til drift og investering per innbygger uten et fast grunnbeløp gi best avspeiling av de reelle kostnadene for kommunens bruk av legevakt, gitt likt forbruk av legevakt per innbygger. Det vil vanligvis være uheldig å pålegge enkeltkommuner ansvar for spesifikke utgifter eller utgifter som er lokalisert til den enkelte kommune, for eksempel bakvakt, vikarbruk, akutthjelpere eller reiseutgifter.

2.2.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege <https://lovdata.no/forskrift/2018-06-29-1153>
- Den norske legeforening. Sentral forbundsvis særavtale SFS-2305. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305>
- Norsk sykepleierforbund. Hovedtariffavtalen. <https://www.nsf.no/ks/artikkelliste/664090>
- Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskaar S. (2015). Fastlønn ved legevaktarbeid. (Rapport nr. 4-2015). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/10762?show=full>

2.3 Bemanning

Legevakten skal være forsvarlig bemannet med personell som har kompetanse til å utføre de oppgaver som det forventes at de skal kunne mestre.

2.3.a Begrunnelse

Legevakten skal drives forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. En sentral del av å drive en forsvarlig tjeneste er å sikre at tjenesten har tilstrekkelig bemanning og fagkompetanse til å ivareta sine oppgaver.

Forsvarlig bemanningen bør beregnes ut fra befolkningsgrunnlaget i kommunen, registrert aktivitetsnivå og geografiske forhold. Kravet til forsvarlig virksomhet kan føre til at legevakten

må bemannes med flere leger og annet helsepersonell. Det er kommunens ansvar å sikre at det til enhver tid er tilstrekkelig bemanning både til behandling og til å svare på publikumshenvendelser til legevaktsentralen.

Det følger av fastlegeforskriften § 13 at fastlegen plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor åpningstid, samt delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder være tilgjengelig i nødnettet og ivareta utrykningsplikten.

Det bemerkes at fastlegene har plikt, men ikke rett til å delta i legevakt. Dette er det opp til kommunen å avgjøre. Det bør vises til at forhold som gir rett til fritakelse fra legevakt er regulert i fastlegeforskriften § 13 og SFS 2305 § 7 punkt 7.2.

Det kan være vanskelig å få på plass forsvarlig bemanning i vakt-distrikter med svært mange fastleger og andre med plikt til legevakt. Det er mulig å gjøre avtaler om at ikke alle fastleger deltar i vakt. Da kan man prioritere deltakelse av leger med interesse og egnethet for legevaktarbeid. Slike avtaler vil også kunne bidra til at legene som deltar, får tilstrekkelig praktisk erfaring og får vedlikeholdt ferdighetene sine. Men alle leger i spesialitetsløp for allmennmedisin må ha minst 40 legevakter.

Av kvalitets- og sikkerhetshensyn bør ikke lege i vakt arbeide alene, verken på legevaktstasjonen, under utrykning eller ved sykebesøk. Legevaktstasjoner bør derfor ha en minimumsbemanning på to personer, lege og annet helsepersonell.

2.3.b Praktisk

Annet helsepersonell i legevakt

Legevakten bør bemannes med helsepersonell som er faglig kompetente til å utføre de varierte arbeidsoppgavene i legevakt. Det er forskriftsfestet at operatører i legevaktsentral skal ha relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå.

I praksis er likevel annet helsepersonell oftest sykepleiere. Sykepleierutdanningen gir et bredt faggrunnlag for å kunne vurdere pasienters helsetilstand og se sammenheng mellom symptomer, tegn og sykdom. Spesielt ved mindre legevakter er det behov for denne allsidigheten og brede fagkompetansen.

Leger

Akuttmedisinforskriften § 6 slår fast at det alltid skal være minst en lege tilgjengelig for legevakt hele døgnet, men det finnes ingen direkte styrende dokumenter eller instruksjoner om hvilken legebemanning i legevaktordninger skal ha bortsett fra et krav til faglig forsvarlig virksomhet.

Akuttmedisinforskriften og særavtalen mellom KS og Den norske legeforening, [SFS-2305](#), legger noen føringer i forhold til hvordan en legevakt skal bemannes.

2.3.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

- FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).
<https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Den norske legeforening. Sentral forbundsvis særavtale SFS-2305 for perioden 1.5.2018 - 31.12.2019. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
- Danielsen K, Holmboe O, Hansen SL, Førland O, Bjertnæs ØA. (2012). Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. Kunnskapssenteret, PasOpp-rapport nr. 01-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2477236>
- <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

2.4 Pasienter uten fast opphold i Norge

Alle som oppholder seg i Norge har rett til øyeblikkelig hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, uavhengig av oppholdets varighet eller lovlighet.

Dette gjelder også pasienter som mangler fødselsnummer eller D-nummer.

Personer som ikke har fast opphold i Norge, har i tillegg rett til helsehjelp som ikke kan vente.

2.4.a Begrunnelse

Personer som ikke har fast opphold i Norge har, i tillegg til øyeblikkelig hjelp, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 3, rett til følgende helsehjelp, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5:

- helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern
- nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- smittevern hjelp, jf. smittevernloven § 6-1

Personer uten fast opphold i riket skal selv dekke kostnadene ved helsehjelp. Dette gjelder som utgangspunkt også for øyeblikkelig hjelp.

Flere land har inngått avtale om utvidede rettigheter for sine borgere til helsehjelp eller rettigheter til å få dekket kostnadene ved deler av eller all behandling.

2.4.b Praktisk

Legevakten har ansvar for å sikre at alle medarbeiderne er kjent med denne retten.

2.4.c Referanser

- LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- FOR-2011-12-16-1255. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1255>
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. (IS-nummer: 1022). Oslo. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Helsedirektoratet. Helfo. <https://helfo.no/>
- <https://helsenorge.no/utlendinger-i-norge>

2.5 Tolketjenester

Helsepersonell på legevakten skal yte informasjon til pasienten i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven, og bør derfor ha en avtale om døgnkontinuerlig tolketjeneste

2.5.a Begrunnelse

Kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4-2 a. Det helsepersonell som yter helsehjelpen har plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. helsepersonelloven § 10 første ledd. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette medfører at legevakten må benytte tolk, for eksempel til minoritetsspråklige, døve, hørselshemmende og døvblinde.

Ved språkbarrierer har helse- og omsorgspersonell plikt til å vurdere behovet, og eventuelt skaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner. Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for bruk av kvalifisert tolk.

Kommunen skal dekke alle utgifter til tolk på legevakten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1.

Barn skal ikke brukes i stedet for kvalifisert tolk. Voksne og andre familiemedlemmer eller andre ikke-kvalifiserte personer bør heller ikke brukes i stedet for kvalifisert tolk.

2.5.b Praktisk

Plikt til å vurdere behovet for og bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner

- Ansvar for å informere pasienter og brukere om muligheten og plikten til å bruke tolk for å kunne gi forsvarlig helsehjelp
- Ansvar for å forklare pasient eller bruker som ikke selv ønsker å bruke tolk, men hvor det vurderes som nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, hvorfor tolk er nødvendig
- Ansvar for å informere pasient/bruker om klagemulighet når tolkingen ikke har vært tilfredsstillende

Flere forhold ved legevaktarbeid kan medføre underforbruk av tolk som f. eks. manglende planleggingstid, tidspress og kontakter til alle døgnets tider.

For de fleste legevakter og legevaktsentraler vil det være mest hensiktsmessig å ha en avtale om tolketjeneste basert på telefon- eller skjermtolking. I avtalen kan man sikre at det døgnkontinuerlige tilbudet betyr tilbud om rask tilgang til tolk og ikke bare mulighet for å gjennomføre bestilling av tolk til alle døgnets tider. Legevakten må sikre at de har nødvendig utstyr tilgjengelig for gjennomføring av tolkeoppdrag. I tillegg bør legevakten ha rutiner for å kvalitetssikre helsepersonells tolkebruk og deres vurdering av tolkebehovet. Det dreier seg om opplæring av ansatte i tolkebruk; fra vurdering av tolkebehov til bestilling av kvalifiserte tolker og gjennomføring av en tolket samtale. Gjennomgang av lokale rutiner bør inngå i opplæringsplaner for legevakt og legevaktsentral som en del av utfordringene med kommunikasjon med minoritetsspråklige.

Det finnes flere kilder som kan brukes til å utarbeide lokale rutiner og prosedyrer. Se for eksempel:

- Veileder for kjøp av tolketjenester til offentlige virksomheter: <https://www.imdi.no/tolk/>
- Nasjonalt tolkeregister. Tolkeportalen. <https://www.tolkeportalen.no/>
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjeneste. Oslo. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- E-læringsprogram for helsepersonell om bruk av tolk i helsetjenesten : <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/kd/tolking-i-offentlig-sektor/id2343474/>

2.5.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-8/id2001246/sec1>
- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (23.8.2018).
- Veileder om kommunikasjon via tolk: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20k>

[ommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/)

- Meld. St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken.
www.lvh.no
- TNS Gallup (2013). Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-tolkebruk-i-kommunehelsetjenesten>
- Linnestad H, Fiva Buzungu H. (2012). Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet, Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet, Oslo kommune og Helse Sør-Øst.
- Kale E, Ahlberg N, Duckert F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 47(9): 818-23.
- Le C, Kale E, Jareg K, Kumar B.N. (2013). Når pasienten snakker «litt norsk»: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 50(10): 999-1005.

2.6 Samtykkekompetanse

Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for håndtering av pasienter som vurderes ikke å være samtykkekompetente.

2.6.a Begrunnelse

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

Lov om pasient- og brukerrettigheter Kap.4 omhandler samtykkekompetanse for pasient og brukere.

I utgangspunktet forutsetter all helsehjelp et informert samtykke fra pasienten eller dennes verge. For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig og tilpasset informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og ha evne til å forholde seg til den informasjonen han eller hun har fått. Dersom det vurderes at pasienten ikke er samtykkekompetent, skal det begrunnes og dokumenteres i pasientens journal.

2.6.b Praktisk

Legevakten bør ha tilgjengelig standardskriv eller -skjema for utfylling dersom det fattes vedtak om tvangstiltak etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A eller psykisk helsevernloven.

Eksempler på maler for standardskriv finnes i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), Legevakthåndboken og på nettsidene til enkelte fylkesmenn.

- Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 omhandler samtykkekompetanse.
- Rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven (IS-8/2015) gir nærmere fortolkning og informasjon om samtykkekompetanse.

2.6.c Referanser

- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer (Rundskriv IS-8/2015) <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

2.7 Legevakt og media

Legevakten bør ha skriftlige rutiner for mediekontakt om hvem som skal uttale seg til media i ulike saker. Ved kontakt med media må det tas hensyn til taushetsplikten.

2.7.a Begrunnelse

Henvendelser fra media bør henvises til legevaktens ledelse eller til pressekontakt i kommunen der dette er avtalt. Taushetsplikten gjelder selvsagt overfor media, og det er viktig å huske at brudd på taushetsplikten i medias nærvær kan få spesielle store konsekvenser fordi fortrolige opplysninger kan bli distribuert til et stort antall personer.

Taushetsplikten skal hindre at personlige forhold blir kjent for uvedkommende. Man må ved ulykker være oppmerksom på at det tilflyter ulik type informasjon fra ulike nødetater og andre instanser. Dette kan medvirke til at ulik informasjon settes sammen og danner et samlet bilde som kan identifisere personer. Informasjon til media bør være meget enkel og beskrives i "romslig" form. Eksempel kan være: "middelaldrene mann moderat skadet, er under behandling på legevakten etter trafikkuhell i ettermiddag"

Dette gjelder også sosiale medier. Det er ingen prinsipiell forskjell mellom innlegg på egen facebookprofil eller andre sosiale medier, egen blogg, leserinnlegg eller intervju i avis. Oppmøte av media på legevakt avklares med ledelsen på forhånd og det må sikres at det ikke blir tatt bilde eller video av pasienter og pårørende, uten at dette er gitt tydelig samtykke til av de involverte.

2.7.b Referanser

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (23.8.2018).
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Den norske legeforening (2012). Legen i media - Gode råd om pressekontakt - Et hefte med tips og råd om hvordan leger bør forholde seg til mediene. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Hefter/Leger-i-media/>
- Helse-Bergen: Mediekontakt mellom tilsette og media. <https://helse-bergen.no/mediekontakt/mediekontakt-mellom-tilsette-og-media>

3 Legevaktsentralen

3.1 Legevaktsentralens funksjon og drift

Kommunen plikter å ha en legevaktsentral som skal motta og håndtere medisinske henvendelser fra publikum i legevaktdistriktet hele døgnet. Legevaktsentraloperatøren skal kartlegge og vurdere pasientens helsetilstand, fastsette hastegrad, gi veiledning og medisinske råd og iverksette andre nødvendige tiltak.

3.1.a Begrunnelse

I følge akuttmedisinforskriften § 12 har kommunen ansvar for å drifte og etablere døgnbemannet legevaktsentral og etablere et døgnbemannet telefonnummer. Det Nasjonale nummeret er 116117.

Kommunen kan drifte legevaktsentralen (LVS) alene eller inngå samarbeid med andre kommuner. Legevaktsentralen bør så sant det er mulig være samlokalisert med legevaktstasjonen. Dette vil øke kompetanseutvekslingen mellom legevakt og legevaktsentral, og bidra til at operatørene kan jobbe begge steder eller bytte på funksjoner og gi bedre tilrettelegging for samhandling med vaktlege.

Legevaktsentralens andre hovedoppgaver:

- Kommunisere direkte med AMK-sentralen
- Videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til riktig AMK-sentral
- Videreformidle øyeblikkelig hjelp til andre legevaktsentraler
- Motta digitale meldinger og kartposisjon fra AMK-sentralen (tilsvarende ambulansetjenesten)

Operatør i legevaktsentralen bør ha tilgang til folkeregisteret og fastlegedatabasen. Videre bør det være tilgang til elektronisk beslutningsstøtte- og rådgivningsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap. Eventuell mangel på dette må kompenseres med oppdaterte rutiner i legevakten Det bør tilstrebes at mindre erfarne operatører arbeider sammen med mer erfarne operatører. Det vil for alle operatører være behov for oppfølging/tilsyn tilpasset volum og

kompetanse. Operatør skal kunne rådføre seg med vaktlege ved behov. Leder av LVS må etablere og drifte system for kontroll av råd og beslutninger i legevaktsentralen.

3.1.b Praktisk

Legevaktsentralen har et stort potensiale for å kunne styre ressursene dit de trengs mest. Ved å gi råd og veiledning over telefon der dette er adekvate tiltak, frigjøres tid og kapasitet til sykere pasienter og mer akutte hendelser. Forskning viser at ca. 23 % av telefonkontaktene til norske legevakter blir løst med telefonråd, men at det er stor variasjon mellom legevaktentralene. Tilrettelegging for en høyere andel telefonråd kan bidra til mer rasjonell bruk av legevaktressursene.

En operatør i legevaktsentralen bør kunne konsentrere seg om arbeidet i sentralen og ikke samtidig ha oppgaver ute i legevakten. Ved samlokalisert legevaktsentral og legevakt, kan man lage systemer der de ansatte ruller mellom arbeid i LVS og pasientrettet arbeid i legevakten. Dette betyr at man bør ha minst to ansatte på vakt, slik at det alltid er en operatør som er dedikert til å betjene LVS.

Telefonkontakt bør være den foretrukne kontaktmåten til legevakt. Det gir mulighet til å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og deretter iverksette tiltak. Det er god service til befolkningen å gi råd og veiledning per telefon, da ikke alle trenger å møte opp på legevakten. Pasienter med lav hastegrad kan tildeles et tidspunkt for oppmøte, noe som kan bidra til redusert ventetid i legevaktlokalet.

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.

3.1.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Raknes G, Morken T, Hunskår S. (2017). Legevaktsentraler- bemanning og folketal. Tidsskrift Norsk Legeforening 137: 1785-9.
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. (Rapport nr. 1-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/6251>
- Eikeland OJ., Raknes G., Hunskår S. (2017). Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2016. (Rapport nr. 4-2017). Bergen: Nasjonalt

3.2 Utforming av legevaktsentralen

Legevaktsentralen bør ha nok operatørplasser til å håndtere både vanlig drift og perioder med stor pågang. Det bør være minimum to operatørplasser, og det bør tilrettelegges for avskjerming, arbeidsro og god arbeidsflyt for hver operatør.

3.2.a Begrunnelse

Antall operatørplasser bør beregnes ut fra den befolkningsmengde legevaktsentralen dekker, samt ta høyde for sesongvariasjoner og andre travle perioder. Dersom sentralen har tilleggsfunksjoner ut over å besvare 116 117 og annet legevaktnummer, må dette tas hensyn til.

Alternativt kan LV-sentraler samarbeide og ha felles telefonkø f.eks. etter at anropet ikke er besvart innen 1 minutt.

For mer informasjon om beregning av antall operatører, se emnet [«Bemanning»](#).

3.2.b Praktisk

Plassering og utforming av legevaktsentralen

Telefonvurdering er krevende. Legevaktsentralen bør plasseres i et egnet rom, skjermet fra resten av legevakten og best mulig beskyttet mot støy. Tilgang til nødstrøm må sikres. Ved etablering i nye lokaler bør det tas høyde for at legevaktsentralen kan utvides med flere operatørplasser i fremtiden.

Utforming av arbeidsstasjonene

Hver arbeidsstasjon trenger plass til både IKT-utstyr og annet elektronisk verktøy, flere dataskjermer og ulike oppslagsverk. Det bør være god avstand mellom arbeidsstasjonene, slik at man demper støy.

For å tilrettelegge for opplæring og kvalitetsforbedring bør minst en av arbeidsstasjonene ha mulighet for medlytt.

3.3 Bemanning av legevaktsentralen

Legevaktsentralen må ha tilstrekkelig antall personer med nødvendig kompetanse til å betjene telefonen slik at responstidskravene oppfylles. Lokale servicekrav kan være strengere enn responstidskravene.

3.3.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 13 angir krav til organisering og bemanning av legevaktsentralen.

Tilstrekkelig bemanning i legevaktsentralen bidrar til bedre kontroll over pasientflyten i legevakten. Når personellbehovet vurderes og vaktplaner skal lages, må følgende momenter tas inn i vurderingen:

- Behovet for telefonoperatører avhenger av om legevakten har krav om at alle henvendelser primært skal skje telefonisk, eller om det er åpning for uanmeldt oppmøte
- Dersom sykepleier har andre oppgaver i tillegg til å ta imot telefoner, vil bemanningsbehovet på legevaktsentralen bli større
- Bemanningsbehovet kan variere fra time til time og det kan være nødvendig å allokere personell til legevaktsentralen deler av vekten
- I legevaktdistrikter med variabel populasjon på grunn av for eksempel studenter og turister, kan det være behov for mer personell i legevaktsentralen enn det befolkningstallet tilsier
- Personellbehovet kan være endret i forbindelse med ferier, høytider og spesielle arrangementer
- Ved stor andel uerfarne operatører på legevaktsentralen, kan det være behov for økt bemanning på grunn av lengre tid for å håndtere hver hendelse

Leder har ansvar for ressursavsetting, opplæring, videreutdanning og verktøy.

I tillegg til de formelle kravene for en legevaktsentraloperatør bør personlige egenskaper og egnethet være hovedfokus ved rekrutteringen. Det anbefales at nyansatte har minst 2 års relevant erfaring og at man har jobbet i legevakt før man begynner i legevaktsentralen. Egnethet for arbeid i legevaktsentral er vanskelig å vurdere, og ofte må den ansatte gå gjennom opplæring og prøveperiode før man ser om vedkommende egner seg i rollen.

3.3.b Praktisk

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har utarbeidet en modell som kan brukes som redskap for å fastsette behov for bemanning av telefon i legevaktsentralen lørdager og søndager. Modellen er tilgjengelig på <http://modell.raknesresearch.net>. Ved å legge inn folketall, gjennomsnittlig samtaletid og krav til svartid, kan en få modellert antall henvendelser ved ulike hastegrader, sannsynlighet for ulike henvendelser og antall av de ulike hastegradene time for time gjennom døgnet. I tillegg vil en få beregnet oppnådd servicenivå, gjennomsnittlig svartid, andel innringere uten ventetid og andel av tiden operatørene må bruke på aktivt telefonarbeid (utnyttelse). Andel av tiden medisinske operatørene bruker på telefonkontakt med innringere (utnyttelse) bør av beredskapshensyn ikke være for høy, anslagsvis maksimalt 60 - 70 %.

3.3.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Raknes G, Morken T, Hunskår S. (2017). Legevaktsentral - Folkesetnad og bemanning. Tidsskr Nor Legefor 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0176. <http://tidsskriftet.no/2017/11/originalartikkel/legevaktsentralar-bemanning-og-folketal>

3.4 Responstidskrav

Legevaktsentralen skal normalt besvare telefonhenvendelser innen to minutter.

3.4.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 13 bokstav d setter krav til at legevaktsentralen skal svare telefonhenvendelser slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Kravet til svartid skal sikre god kvalitet og service i legevaktsentralen samt at befolkningen skal være trygge på at de får god hjelp i akutte situasjoner.

Alle legevaktsentraler må ha lagt inn beskjed om å ringe 113 ved akutte hendelser. I svartjenesten for 116 117 er dette allerede lagt inn.

3.4.b Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>

3.5 Lydlogg

Legevaktsentralen skal ha lydlogg av viktig trafikk til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten.

3.5.a Begrunnelse

Det følger av akuttmedisinforskriften § 13 bokstav e at legevaktsentralene skal ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, herunder lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten. Lydloggen skal inkludere både telefoni- og samtaler i nødnettet.

Lydopptak er å anse som en del av pasientens journal og de generelle reglene for pasientjournal gjelder, inkludert reglene for taushetsplikt og pasienters rett til innsyn, jf. helsepersonelloven kap. 4 og 8, samt pasientrettighetsloven kap. 5.

Lydloggen skal oppbevares i tre år etter opptaksdato og deretter slettes. Lydopptaket skal likevel ikke slettes der opptaket er brukt som del av beslutningsgrunnlag i tilsyns-, klage- eller erstatningssaker, inngår i annen saksbehandling eller når opptaket av andre årsaker har verdi som dokumentasjon, jf. akuttmedisinforskriften § 20. Legevakten må ha rutiner for regelmessig sletting. Datatilsynet har utarbeidet en egen veileder for lydopptak av samtaler.

3.5.b Praktisk

Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (mer merknader til enkelte bestemmelser) inneholder kommentarer til bestemmelsene om innsyn i lydloggen.

Lydlogg kan etter avtale leveres av Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO), eller LVS kan ha lokal lydlogg. Integrert i ICCS'en er det mulighet for å spille av samtalene innenfor siste timen, men dette er ikke en del av lydloggen.

Lydlogg er et nyttig hjelpemiddel i opplæring, evaluering og kvalitetsforbedring av tjenesten. Gjennomgang av spesifikke lydlogger er et godt utgangspunkt for å diskutere og reflektere over kommunikasjon, medisinsk kunnskap og holdninger. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har utarbeidet en metodebeskrivelse for lydloggevaluering. Se [Bruk av lydlogg til kompetanseheving i legevaktsentralen - en metodebeskrivelse for lydloggevaluering](#).

For at lydlogg skal anvendes på legevakt kreves det at operatør ved LV-sentralen deltar i samtalen.

3.5.c Referanser

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (23.8.2018).
- LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- FOR-2019-03-01-168 Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse (2011). Bruk av lydlogg til kompetanseheving i legevaktsentral, en metodebeskrivelse for lydloggevaluering. https://uni.no/media/manual_upload/Nklm_Metodebeskrivelse_for_lydloggevaluering.pdf
- <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/lydopptak/>

4 Telefon og IKT-utstyr

Kommunene skal sikre og dokumentere at kommunikasjonsteknikk utstyr som inngår i deres kommunikasjonsberedskap, til enhver tid tilfredsstillende krav fastsatt av Helsedirektoratet om organisering, bruk, drift, vedlikehold og opplæring i bruk. Dette gjelder både nødnett og telefonsystemet til legevakten.

4.1.a Begrunnelse

Kommunens ansvar for nødmeldetjenesten innebærer at legevaktsentralen alltid skal være tilgjengelig og ha muligheter for viderekobling med AMK-sentralen og andre legevaktsentraler, jf. akuttmedisinforskriften § 13 b.

Legevaktsentralen skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp via det sekssifrede nasjonale legevaktnummeret 116 117 og et fast og offentlig kjent 8-sifret direktnummer til legevaktsentralen. Sentralen må være utstyrt med tilstrekkelig IKT-utstyr til å understøtte arbeidsflyten og ha tilgang til standard rapporter som måler svartid, varighet og antall tapte anrop på telefon.

Tiltak må iverksettes hvis en ikke når målene. For å sikre god tilgjengelighet skal det foreligge avtaler og rutiner for omruting av legevaktsentralen til andre legevaktsentraler ved strømrubd, problemer med å besvare innen anbefalt responstid eller andre problemer som hindrer legevaktsentralen i å fungere. Ubesvarte anrop skal logges og det skal være rutiner for å ringe innringer tilbake.

I følge akuttmedisinforskriften § 12 bokstav d, skal legevakten også ha et system for sporing og posisjonering av samtaler i legevaktsentralen. Dette er definert til å hente inn navn og telefonnummer til abonnement. Driftstall (2017) fra 116 117 viser at i overkant av 80 % av anropene kommer fra mobiltelefon.

Det er ønskelig at programvare brukt i legevakt gjøre det mulig å etablere kommunikasjon med andre ledd i den akuttmedisinske kjeden, samt mot kommunale tjenester inkludert fastlegetjenester.

4.1.b Praktisk

Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (mer merknader til enkelte bestemmelser) inneholder kommentarer til bestemmelsene om innsyn i lydloggen.

Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (mer merknader til enkelte bestemmelser) inneholder kommentarer til bestemmelsene om innsyn i lydloggen.

4.1.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- EU komminsjonsbeslutning 2007/116/EF. <https://europolov.no/rettsakt/utvidelse-av-telefonnummerserien-116-til-legevakt-telefonradgivning-for-ofre-for-forbrytelser/id-3386>
- Retningslinjer for nødnett: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nodnett-i-helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2015). Etablering og drift av nasjonalt legevaktnummer 116 117 - Informasjon til legevaktsentralens ledelse og operatører. Oslo. <https://helsedirektoratet.no/>

5 Legevaktlokale

Lokalisering og utformingen av legevaktlokalet må ta hensyn til legevaktdistriktets størrelse og befolkningsgrunnlag, antall medarbeidere på jobb, og om legevakten er tillagt andre oppgaver enn de som er forskriftsfestet. Lokalene må utformes slik at alle pasienter kan ankomme legevakten og få tilgang til undersøkelsesrom.

5.1.a Begrunnelse

Verken lov eller forskrifter fastsetter nasjonale krav til plassering av legevakten eller maksimale avstander eller responstider når det gjelder utrykning eller reisetid for pasientene.

Anbefalingene er et forsøk på å balansere nærhet til akuttmedisinske tjenester mot en viss grad av sentralisering for å få robuste og effektive tjenester. Geografisk avstand er en viktig forklaringsfaktor både for underforbruk av akuttmedisinske tjenester blant befolkningen som bor langt unna legevakten og for overforbruk i nærområdet. Bruken av legevakt faller med økende avstand til legevaktlokalet, noe som også gjelder tilstander med mest hast.

5.1.b Praktisk

Her er eksempler på forhold som bør tas hensyn til ved planlegging av hvor legevakten skal lokaliseres:

- Geografisk fordeling av befolkningen
- Gjennomsnittlig avstand til sykehus for innbyggerne i legevaktdistriktet
- Avstand mellom legevaktlokale og sykehus
- Ambulansedekning
- Avstand til brannstasjon og politi
- Fastlegedekning
- Spesielle geografiske forhold: Ferge, bompenger, fare for kø, fare for stengte fjelloverganger, rasfare, nærhet til storby, hovedveier/gjennomfartsårer
- Tilgjengelighet av relevante kommunale etater og andre tjenester
 - Hjemmetjeneste
 - Psykiatritjeneste
 - Jordmor
 - Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)
 - Akutthjelpere
 - Apotek
- Kommunegrenser og potensielle fremtidige endringer i lokal kommunestruktur
- Tilgang til offentlig transport, bussterminal
- Parkeringsmuligheter

Referanser

- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra akuttutvalget. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
<http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Raknes G, Morken T, Hunskaar S. (2014). Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskrift Nor legeforen 34: 2145-50.
- Raknes G, Morken T, Hunskaar S. (2014). Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskrift Nor Legeforen 134: 2151-5.
- Raknes, G. and S. Hunskaar. (2014). Method Paper - Distance and Travel Time to Casualty Clinics in Norway Based on Crowdsourced Postcode Coordinates: A Comparison with Other Methods. (Research Article). PLoS One 9: e89287.
- Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. (2013). Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Services Research 13(1): 222.
- Raknes, G. (2015). Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.

5.2 Profilering

Legevaktlokalet bør tydelig merkes Legevakt og legevaktens navn. Det anbefales at den offisielle logoen med legevaktens telefonnummer brukes i tillegg, se figur. Skilt med rødt kors på hvit bakgrunn skal ikke benyttes.

5.2.a Begrunnelse

Legevaktstasjonen bør ha skilting fra hovedvei til lokalet, tilgjengelige parkeringsplasser nær inngangen, skilting av inngang og merking av eventuelt dørklokke dersom inngangsdør er låst i deler av døgnet.

5.2.b Praktisk

Kommunale legevakter har ikke hjemmel til å bruke det røde korset på hvit bakgrunn ut fra bestemmelser i Genevekonvensjonen. Statens vegvesen bruker rødt kors på hvit bakgrunn ved skilting til legevakt og sykehus basert på FN-konvensjonen om veitrafikk av 1968.

Det er laget et forslag til nasjonalt symbol for legevakt i tillegg til offisiell 116 117 logo.



Figur. Offisiell logo med legevaktens telefonnummer

5.2.c Referanser

- FOR-2009-08-21-1148. Anerkjennelse av Norges Røde Kors' rett til bruk av navn og emblem som Norges nasjonale forening i samsvar med Genève-konvensjonene.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-08-21-1148?q=geneve>
- Bestemmelser i Genèvekonvensjonen.
<https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/INTRO/365?OpenDocument>

5.3 Utforming av legevaktlokale

Legevakten bør ha en eller flere faste, godt utstyrte legevaktstasjoner. Lokalene må være egnet for legevakt og bør minimum ha venterom, undersøkelsesrom, akuttrom eller skadestue, laboratorium og personalfasiliteter.

Lokalene skal være universelt utformet og skal ivareta pasienters og ansattes sikkerhet.

5.3.a Begrunnelse

Legevaktbygget må tilfredsstillende gjeldende lover og regler for offentlige bygg og prinsippet om universell utforming, jf. byggt teknisk forskrift (TEK17). Arbeidsmiljølovens forskrifter og veiledninger skal ivaretas. I tillegg må legevaktlokalet utformes slik at legevakt tjenestene som ytes er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Samlokalisering eller nært naboskap mellom legevakt, ambulansetjenesten og brann- og redningstjenesten har mange steder ført til mer samarbeid og samvirke og bedre kjennskap til hverandres tjenester.

NOU 2015: 17 har vurdert temaet og kommet med anbefalinger. Anbefalingene er et forsøk på å balansere nærhet til akuttmedisinske tjenester mot en viss grad av sentralisering for å få robuste og effektive tjenester, se henvisning. Geografisk avstand er en viktig forklaringsfaktor både for underforbruk av akuttmedisinske tjenester blant befolkningen som bor langt unna legevakten og for overforbruk i nærområdet. Bruken av legevakt faller med økende avstand til legevaktlokalet, noe som også gjelder tilstander med mest hast.

Når det gjelder anbefaling om maksimal reisetid og avstand til legevakten, er dette først og fremst et servicekrav for befolkningen.. I 2014 var median reisetid til legevakt for landet som helhet 22 minutter og 97 kommuner hadde en gjennomsnittlig reisetid på mer enn 40 minutter og det bor 260 000 innbyggere i disse kommunene som utgjør 5,4 pst. av befolkningen.

Kompenserende tiltak kan være aktuelle i distrikter hvor en stor andel av befolkningen får en reisetid som er lengre enn anbefalt.

5.3.b Praktisk

Det anbefales at legevaktens behov for følgende rom eller funksjoner vurderes:

- konsultasjonsrom for medisinsk undersøkelse og behandling, og skadestue for kirurgiske prosedyrer
- akuttrom med mer avanserte akuttmedisinske funksjoner
- eget smitterom, alternativt tilrettelegging slik at mistenkte smittepasienter ikke sitter på samme venterom som andre pasienter eller pårørende
- observasjonsrom
- rom for gynekologisk undersøkelse
- laboratoriet
- pasienttoalett med "prøveluke" og observasjonsmulighet
- egnet rom for utagerende pasienter eller som trenger skjerming
- røntgenlokaler
- egnede lokaler for mottak av voldsutsatte pasienter
- alternative innganger som personalinngang, "nattinngang", ambulanseinngang eller inngang for pasienter som trenger skjerming eller som andre bør skjermes fra
- overbygg eller garasje for ambulanse og legevaktbil
- eget personalrom, spiserom eller kantine
- hvilerom eller soverom

Man bør kontinuerlig vurdere behovet for forebyggende tiltak som kan øke sikkerheten og redusere alvorlige konsekvenser av trusler og vold for ansatte og pasienter.

Eksempler på slike tiltak er:

- resepsjonen plasseres slik at den har god oversikt over venterom
- fysisk skille mellom resepsjon og venterom – evt. sluse for å komme til venterom eller resepsjon
- skjermet rom for pasienter med særlige behov
- god tilgjengelighet mellom rommene slik at lege og annet personell kan bistå hverandre ved behov
- inndeling i soner med adgangsbegrensning og et hensiktsmessig låssystem
- tilstrekkelig størrelse på rommene slik at pasientens intimsone kan respekteres
- innredning av konsultasjonsrom slik at helsearbeider sitter mellom pasienten og døren, og at helsearbeider kan komme seg ut av rommet ved en truende situasjon
- rømningsveier slik at det går an å fjerne seg fra en truende situasjon

- skuffer eller skap der farlige gjenstander (kniver, sakser etc) kan plasseres slik at de er tilgjengelige, men ikke synlige
- ett eller flere rom med mulighet for innsyn slik at kolleger kan følge med på hva som skjer uten at det blottlegger pasienten unødige
- mulighet for videoovervåkning der det tillates. Regler om informasjon og skilting må følges
- system for sikkerhetsalarm på tastatur/arbeidsbord/vegg, trådløs alarm eller sikkerhetsalarm på nødnett terminal. Alarmknapp må alltid være lett tilgjengelig eller bæres på kroppen.

Referanser:

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (23.8.2018).
- FOR-2017-06-19-840. Forskrift om tekniske krav til byggverk (byggteknisk forskrift) <https://lovdata.no/forskrift/2017-06-19-840>
- LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>

5.4 Venterom

Legevaktlokalet skal ha et universelt utformet venterom av tilstrekkelig størrelse.

Venterommet må utformes slik at taushetsplikt, nødvendig skjerming, observasjon, sikkerhet og oversikt ivaretas.

5.4.a Begrunnelse

Legevakten skal drives forsvarlig, og en del av å yte forsvarlige tjenester er å sikre at de ansatte kan overholde sine lovpålagte plikter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette innebærer blant annet at legevaktens lokaler, herunder venterommet, må utformes slik at taushetsplikten kan overholdes, og slik at andre krav til eksempelvis smittevern og sikkerhet kan overholdes.

5.4.b Praktisk

Venterommet bør være utformet slik at resepsjonen har god oversikt over alle som venter. Det bør være tilstrekkelig kapasitet med sitteplasser til forventet variasjon i besøkstall og ventetid, også i travle perioder. Det bør finnes egne pasienttoaletter og stellerom. Prinsippet om universell utforming skal ivaretas og det bør derfor være god plass til rullestoler og minst ett toalett tilrettelagt for funksjonshemmede. Barn bør ha egen lekekrok.

Pasientmottak eller resepsjon tilrettelegges slik at pasienter kan kommunisere uten fare for at uvedkommende får tilgang på taushetsbelagt informasjon. Pasientmottaket bør være adskilt fra selve venteområdet med glassluke eller vindu med lukefunksjon, og det bør være lydtett sluse mellom denne og venteområdet. Dersom førstevurdering er gjort over telefon bør pasientmottaket eller resepsjonen være tilrettelagt slik at pasienten kan vurderes på nytt etter

ankomst til legevaktlokalet. På den måten kan det fanges opp om pasientens tilstand har endret seg på en måte som får betydning for videre tiltak.

Det bør være alternativ inngang og tilgang på pårønderom eller annet rom for pasienter som bør skjermes for egen del eller som de andre ventende bør skjermes fra på grunn av smitterisiko eller utagerende atferd.

Sikkerhet for pasienter i venterommet må også håndteres tilsvarende som sikkerhet for personalet.

5.4.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid - En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919> (27.8.2018).

5.5 Undersøkelles- og konsultasjonsrom

Legevaktlokalet må ha et tilstrekkelig antall egnete undersøkelses- eller konsultasjonsrom med tilstrekkelig utstyr.

5.5.a Begrunnelse

I henhold til krav i arbeidsmiljøloven skal det være god belysning, tilgang til dagslys og hensiktsmessig luft- og temperaturregulering i rommet. Det bør være en funksjonell plassering av pasientstol, undersøkelsesbenk og tilgang til nødvendig utstyr innenfor arbeidsområdet. Sikkerheten bør ivaretas med hensiktsmessig møblering, alarm og egnet rømningsvei.

5.5.b Praktisk

Det bør være minst to vanlige undersøkelsesrom ved en legevakt. De bør plasseres slik at det sikrer best mulig pasientflyt. Rommene bør minimum være 18-20 m². De bør også være likt utformet for å lette arbeidet for leger og medarbeidere

Flere av rommene i legevaktlokalet kan vekselvis ha ulike funksjoner som akuttstue/skadestue; observasjonsrom/skjermingsrom/ekstra undersøkelsesrom.

5.5.c Referanser

- FOR-2017-06-19-840. Forskrift om tekniske krav til byggverk (byggteknisk forskrift) <https://lovdata.no/forskrift/2017-06-19-840>
- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid - En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Arbeidstilsynet. Vold og trusler. <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>
- Joa TS, Morken T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. Scand J Prim Health Care 30: 55-60.
- Morken T, Johansen IJ. (2013). Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres - a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 13: 384.
- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>

5.6 Utstyr

5.6.a Medisinsk utstyr

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.

5.6.b Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 9 setter krav til at kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner. Dette omfatter også utstyr som sikrer at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

Med utstyr menes her alle typer diagnostisk utstyr for legeundersøkelse, overvåkning av vitale parametre, laboratorieutstyr, elektromedisinsk utstyr. Tilgjengelig medisinsk utstyr må inneholde det man trenger for å oppfylle grunnleggende krav til forsvarlig helsehjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Legevakten skal sikre at lokalbefolkningen får nødvendig legehjelp utenom fastlegens vanlige åpningstid. Med nødvendig legehjelp menes hjelp ved akutte livstruende sykdommer/skader eller mistanker om det, sykdommer/skader der det kan medføre fare for varig helseskader eller vesentlig forverring/forlengelse om man venter til neste dag med å konsultere lege og ved sykdommer som medfører vesentlige smerter og/eller andre plager. Et basisrepertoar av utstyr er derfor nødvendig for å diagnostisere, overvåke og behandle disse.

5.6.c Praktisk

Som en del av planleggingen av legevakttjenesten, må kommunen gjøre en kartlegging og beskrive lokale forhold i legevaktdistriktet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

Følgende forhold kan være av betydning for resultatet av analysene:

- Avstand og reisetid til/for ambulansetjeneste med dertil tilgjengelig transport og utstyr, som 12 avlednings-EKG med digital overføring av EKG og/eller beholdning av nødvendige medikamenter
- Avstand og reisetid til sykehus med akuttmedisinsk beredskap hele døgnet
- Avstand og reisetid til nærmeste sykehus/poliklinikk med røntgen for diagnose og behandling av bruddskader
- Avstand til traumesenter
- Avstand til nærmeste apotek og åpningstidene til apoteket
- Spesielle forhold ved legevaktdistriktet, som sesongvariasjon i antall besøkende, turisme med spesielt særpreg som skiturisme med mange bruddskader, andre behov for akuttmedisinsk beredskap hele døgnet

Laboratorieutstyr og medikamenter er omtalt under emnene «[Laboratorieutstyr](#)» og «[Legemidler](#)».

Det finnes ingen rundskriv eller merknader til akuttmedisinforskriften med en detaljert liste over nødvendig utstyr for legevakten. Legevakten må derfor selv være ansvarlig for utvalget.

5.6.d Referanser

- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>.
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.2 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rebnord I, Thue G, Hunskår S. (2009). Utstyr, laboratorieanalyser og medikamenter ved kommunale legevakter. Tidsskr Nor Legeforen; 129: 987–90.
- Myhr K, Sandvik H, Morken T, Hunskaar S. (2017). Point-of-care ultrasonography in Norwegian out-of-hours Point-of-care ultrasonography in Norwegian out-of-hours primary health care. J Prim Health Care 2017; Volum 35 (2): 120-5.
- TrinnVis. Kvalitetssystem for leger. <http://www.trinnvis.no>

5.7 Laborieutstyr

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.

5.7.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 9 setter krav til at kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.

Laborietester er hjelpemidler i den diagnostiske prosessen, og et viktig supplement til anamnese og klinisk undersøkelse. Sykehistorie, klinisk undersøkelse og laborieprøver skal virke sammen for å gi størst mulig sikkerhet for at det tiltaket som iverksettes er hensiktsmessig.

På legevakten er den akutte diagnostikken i sentrum. Pasientnær testing med hurtigtester, der svaret er klart i løpet av minutter, er derfor sentralt i legevaktarbeidet. Prøver til eksternt laboratorium brukes kun unntaksvis, og bare dersom det er nødvendig for å sikre materiale før oppstart av behandling (dyrkningsprøver, blodkultur eller serologiske prøver).

Hvilke tester som bør være tilgjengelige, må vurderes ut fra lokale forhold, som for eksempel avstand til sykehuslaboratorium og eventuelt samhandling med andre avdelinger som øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), sykehjem eller samarbeid med sykehus. Ved vurdering av om en spesifikk analyse skal inngå i repertoaret, må man ta stilling til:

- Ved hvilke indikasjoner er det tenkt at analysen skal brukes?
- Hva er forventet volum av analysen på legevakten?
- Hva er antatt nytteverdi og diagnostisk avkastning av analysen?
- Er analysekvaliteten god nok, og kan den dokumenteres?

Kvalitetssikring av laborieprøver og drift av laboriet omtales i kapittelet [«Kvalitetsarbeid»](#)

5.7.b Praktisk

Noklus har, i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, utarbeidet anbefaling for laborietilbud ved legevakt.

Realistisk utprøving av instrumenter og testsett gjøres av Skandinavisk senter for utprøving av laborieutstyr for primærhelsetjenesten (SKUP), som er tilknyttet Noklus. Senteret kommer jevnlig med grundige rapporter om brukervennlighet og analysekvalitet, og gir råd om valg av utstyr. SKUP. (2018). <http://www.skup.nu/>

Rapportene kan danne grunnlag for de vurderingene man gjør lokalt i den enkelte legevakten når det gjelder nyanskaffelser.

5.7.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.3 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Rebnord IK, Thue G, Hunskår S. (2009). Utstyr, laboratorieanalyser og medikamenter ved kommunale legevakter. Tidsskr nor legeforen 129(10): 987-90.
- Noklus. (2018). Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser. <http://noklus.no/>

5.8 Legemidler

Legevakten skal ha tilgjengelig nødvendige legemidler til behandling av akuttmedisinske tilstander. Legevakten bør ha et legemiddellager for behandling av utvalgte symptomer, tilstander og sykdommer. Legevakten kan videreselge minstepakning av legemidler.

5.8.a Begrunnelse

For å yte forsvarlig helsehjelp, må legevakten ha nødvendige legemidler tilgjengelig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Utover de akuttmedisinske tilstandene, som krever et basissortement, vil utvalget av legemidler bestemmes av faktorer som avstand til apotek, åpningstider på apotek, nærhet til ambulansetjenesten og transporttid til sykehus.

Leder må sørge for at legemiddelhåndteringen i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Internkontrollsystem, og oppbevaring og håndtering av legemidler er nærmere beskrevet i kapittelet «[Kvalitetsarbeid](#)» og [legemiddelhåndtering](#)

<https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>

5.8.b Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

5.9 Arbeidstøy og personlig verneutstyr

Legevakten skal sørge for arbeidsklær og verneutstyr til alt helsepersonell i legevakten. Legevakten anbefales å følge råd og standarder for uniformering i legevakt.

5.9.a Begrunnelse

Arbeidsmiljøet skal etter arbeidsmiljøloven § 4-1 være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd.

Man skiller mellom arbeidsklær og personlig verneutstyr.

Arbeidsgiver er ikke pålagt i loven å sørge for arbeidsklær – i den grad arbeidsgiver plikter å stille med dette, er det hjemlet i lokale avtaler, tariffavtaler mv.

Arbeidsgiver er pålagt å stille med personlig verneutstyr, som blant annet er utstyr som verner arbeidstaker mot å bli utsatt for biologiske faktorer.

Arbeidsklær

Arbeidsklær er vanlige klær og uniformer som ikke har som formål å beskytte arbeidstakernes sikkerhet og helse. Dette i motsetning til personlig verneutstyr, som skal verne arbeidstakerne mot farer som kan true deres sikkerhet og helse.

SGS 1002: Arbeidstaker får som hovedregel utlevert arbeidstøy etter behov. Behovet avgjøres av partene lokalt gjennom særavtale. Ved uenighet om behovet gjelder hovedavtalen del A § 4-5, jf. § 6-2.

Arbeidstilsynet: Arbeidstakere som kan bli utsatt for biologiske faktorer – for eksempel bakterier, virus og sopp – må få utlevert arbeidsklær og få pålegg om å bruke det. Dette kommer i tillegg til nødvendig personlig verneutstyr. Arbeidsgiver har ansvar for å vurdere hvilke arbeidstakere dette gjelder. Dette vil kunne omfatte arbeidstakere i mange bransjer, som for eksempel ved legevakten.

Informasjon om arbeidsklær finner du på Arbeidstilsynets temaside om arbeidsklær, der finner du også henvisninger til relevant lovverket og lenke til temaside om personlig verneutstyr.

Personlig verneutstyr

Når det ikke på annen måte kan tas forholdsregler for å oppnå tilstrekkelig vern om liv eller helse, skal arbeidsgiver sørge for at tilfredsstillende personlig verneutstyr stilles til arbeidstakers rådighet, at arbeidstaker gis opplæring i bruken av utstyret og at det tas i bruk, jf. arbeidsmiljøloven § 3-2.

Det vises forskrift om utførelse av arbeid § 1-4 nr. 40 og definisjonen av personlig verneutstyr.

Arbeidsgiver skal sørge for at bestemmelsene i forskrift om utførelse av arbeid blir fulgt og foreta en risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer, jf. §§ 6-1 til 6-2.

Arbeidsgiver må sørge for at personlig verneutstyr som brukes på arbeidsplassen gir fullt forsvarlig vern. Arbeidsgiver har et spesielt ansvar for å påse at personlig verneutstyr;

- ikke medfører økt risiko ved bruk
- passer eller kan tilpasses arbeidstaker
- er tilpasset de aktuelle arbeidsforhold
- ikke lett antennes eller smelter der det foreligger slik risiko

HMS – og arbeidsklær

Ut over personlig verneutstyr og arbeidsklær er det viktig for helsepersonell ute i tjenesten at de til enhver tid vurderer behovet for refleksevest m.m. – med tanke på synlighet i trafikkbildet. Det vises til punkt 10.7.

5.9.b Praktisk

Det anbefales å følge rådene om standarder gitt i Legevakt - Nasjonal uniformering (NKLM 2014). En uniform skaper ensartethet og samhörighet. Uniform forplikter, skaper trygghet og identifisering, og bidrar til nødvendig autoritet. Uniform kan også lette samarbeidet med andre aktører og bidra til at legevaktstjenesten oppfattes som en profesjonell aktør i akuttmedisinsk kjede.

[Legevakt - Nasjonal uniformering](#)



5.9.c Referanser

- SGS 1002: Arbeidstøy og musikkinstrumenter (<https://www.kf-infoserie.no/a/h/931fe8f5-8cdf-47ab-a8fb-9e8dba6f8e66/75800?ticketId=aafdba47-9dc9-4ea0-afca-5bdc53be45e8&showExact=true>)
- www.kf.no/kvalitet-og-internkontroll/infoserie/
- Arbeidstilsynet, arbeidsklær. www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsklaer/
- LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62> (27.8.2018).
- Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357>

6 Dokumentasjon og kommunikasjon

6.1 Pasientjournalssystem

Legevakt og legevaktsentral skal ha pasientjournalssystem. Dette følger av pasientjournalloven § 8. Journalsystemet skal være elektronisk.

6.1.a Begrunnelse

Hvorfor journalsystemet skal være elektronisk:

- Kunne støtte sending og mottak av elektroniske meldinger
- Være tilknyttet Norsk Helsenett
- Kunne gjøre systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger
- Ha digitale sertifikater for kryptering og signering av meldinger
- Oppfylle Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren (Normen)
- Gi tilgang til kjernejournal
- Gi tilgang til og oppdatering av Reseptformidleren
- Gi tilgang til fastlegedatabasen

Ved valg av journalsystem bør man blant annet vektlegge 24 timers kontinuerlig lagring av journal, samt muligheter for tilgangsnivåer for helsepersonell og loggføring av brukere og aktivitet.

Virksomheter som yter helsehjelp skal i utgangspunktet ha sitt eget pasientjournalssystem. Legevakten kan inngå samarbeid om felles journalssystem med andre virksomheter, som for eksempel felles journalssystem med samlokaliserte legekontor, sykehjem eller øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Virksomhetene må da inngå skriftlig avtale om hva samarbeidet omfatter, hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas, hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres underveis og ved endringer i eller opphør av samarbeidet, og databehandlingsansvar, jf. pasientjournalloven § 9.

6.1.b Referanser

- LOV-2014-06-20-42. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>
- FOR-2019-03-01-168 Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- Norsk helsenett. Veileder for elektronisk meldingsutveksling. <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/>
- Direktoratet for E-helse. (2016). Norm for informasjonssikkerhet helse og omsorgstjenesten (Normen). <https://ehelse.no/personvern-og-informasjonssikkerhet/norm-for-informasjonssikkerhet>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. (Rapport nr. 1-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/6251>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 6.5 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.

6.2 Journalføring

Helsepersonell på legevakten skal journalføre relevante og nødvendige opplysninger om pasientene og helsehjelpen som ytes.

6.2.a Begrunnelse

Helsepersonelloven § 39 og § 40 krever at den som yter helsehjelp skal journalføre relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt.

De nærmere krav til hva som skal inn i pasientjournalen, fremgår av forskrift om pasientjournal §§ 5- 8.

Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal journalføres i det samme journalsystemet. Journalføringen skal inkludere legevaktsentralens dokumentasjon av helsehjelp og medisinske råd og legevaktlegens notater etter alle typer pasientkontakt, også der man velger å ikke rykke ut ved varsling om rød respons. Vurderinger, undersøkelser og

behandlinger gjort av annet helsepersonell enn lege og resultater av prøver og triagering, skal også journalføres.

6.2.b Praktisk

Generelt om journalføring

Det skal som hovedregel føres en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Dette gjelder også når legevaktssentralen er fysisk adskilt fra selve legevaktlokalet.

Journalføring ved utrykning og sykebesøk

Etter utrykning eller sykebesøk bør journalføring i legevaktens journalsystem skje så raskt som mulig. Tilgang til elektronisk pasientjournal i legevaktbil anbefales. Legevaktlegen skal dokumentere sine vurderinger i journal dersom man ikke rykker ut på rød respons.

Bakvakt og journalføring

Den som har bakvakt bør ha tilgang til elektronisk pasientjournal for tilgang til helseopplysninger, støtte i beslutninger og øke pasientsikkerheten. Behandlende helsepersonell (forvakt) skal journalføre kontakter og rådgiving mottatt i forbindelse med helsehjelpen.

Skadedokumentasjon ved volds- og overgrepssaker

Ved dokumentasjon av vold og overgrep er rutinene mer omfattende enn ved vanlig journalføring. Nettkurset "Volds- og overgrepshåndtering" utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin beskriver sporsikring og skadedokumentasjon i en egen modul. Se mer på www.oppvakt.no.

Rutiner

Virksomheten skal tilrettelegge for at helsepersonell kan utføre sin plikt til å dokumentere, jf. helsepersonelloven § 16. Det bør foreligge klare rutiner for hva legevaktssentralen skal dokumentere fra telefonsamtalene.

Innsyn i pasientjournal

Pasienter har som hovedregel rett til innsyn i egen journal. Før utlevering må det avklares om journalen inneholder opplysninger som pasienten bør nektes innsyn i. Pasienter kan nektes innsyn i opplysninger dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv og alvorlig helseskade for pasienten selv eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

Foreldre eller andre med foreldreansvar sin rett til innsyn i barnets pasientjournal

Foreldre eller andre med foreldreansvar har som hovedregel rett til innsyn i barnets journal når barnet er under 16 år. Innsyn skal imidlertid ikke gis dersom barn mellom 12 og 16 år av grunner som skal respekteres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd, ikke ønsker at

foreldrene skal få innsyn. Innsyn skal heller ikke gis dersom tungtveiende hensyn til pasienten taler mot å gi informasjon til foreldre eller andre som har foreldreansvaret, jf. § 3-4 tredje ledd.

6.2.c Epikrise/legevaksnotat

Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Denne plikten gjelder i utgangspunktet ikke for legevakt med mindre det har vært døgnopphold for akutthjelp.

Ved legevaktsbesøk 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.

6.3 Nødnett

Alle legevaktsentraler og leger i vakt skal være tilgjengelige i nødnett og brukere skal være opplært i bruken av utstyret.

6.3.a Begrunnelse

I følge akuttmedisinforskriften § 12 f skal lege i vakt og legevaktsentral ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen (nødnett). Kommunen skal sikre og dokumentere at kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i deres beredskap, opplæring i bruken av utstyret, organisering, bruk, drift og vedlikehold av utstyret til enhver tid tilfredsstillende krav fastsatt av Helsedirektoratet.

Vaktleger og operatører på legevaktsentralen skal kunne kommunisere i nødnett, internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser, samt med andre nødetater.

6.3.b Praktisk

Opplæring

Alle brukere av nødnett skal ha nødvendig kompetanse før utstyr tas i bruk. Dette innebærer at alle skal ha godkjent opplæring i henhold til Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten. Opplæring kan enten skje lokalt av godkjente instruktører eller i regi av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO).

<https://www.hdo.no/opplæring>

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nodnett-i-helsetjenesten>

Trening

For at man skal mestre bruken av nødnett på en god måte, bør utstyret brukes regelmessig. Helsepersonell som sjelden deltar i legevakt bør trene på bruken av nødnettutstyret og søke veiledning hos erfarne nødnettbrukere i legevaktsentralen eller ambulansetjenesten.

Sikkerhetsalarm

Sikkerhetsalarmen i radioterminalene er en viktig funksjon for å ivareta egensikkerhet for nødnettbrukeren. Utløst sikkerhetsalarm åpner mikrofonen slik at alt som blir sagt mottas hos AMK-sentralen i eget distrikt. AMK-sentralen vil dermed ha mulighet til å følge med og eventuelt utløse nødvendig bistand. Prosedyren for sikkerhetsalarm er nasjonal og må være kjent for vaktpersonellet.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nodnett-i-helsetjenesten>

Eierskap, drift og vedlikehold

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) eier og drifter infrastrukturen for nødnett gjennom avtale med driftsoperatør. Dette innebærer kontraktsfestet oppetid, dekning, funksjonalitet mv. nødnettutstyret som brukes av helse- og omsorgstjenesten, eies av de regionale helseforetakene gjennom det felleseide (HDO). Dette gjelder utstyr i kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler) og radioterminaler. Helsetjenestens driftsorganisasjon har ansvar for drift, vedlikehold og brukerstøtte for utstyr knyttet til nødnett. Abonnementskostnadene som faktureres fra DSB og drifts- og vedlikeholdskostnadene som faktureres fra HDO, belastes spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mer informasjon om nødnett finnes på:

- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (Nakos) sin portal
- [Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF \(HDO\)](#)

6.3.c Referanser

- Pasient- og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- LOV-2014-06-20-42. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42> (27.8.2018) med tilhørende forskrift.
- FOR-2019-03-01-168 Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>

- Direktoratet for E-helse. (2016). Norm for informasjonssikkerhet helse og omsorgstjenesten (Normen). <https://ehelse.no/personvern-og-informasjonssikkerhet/norm-for-informasjonssikkerhet>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. (Rapport nr. 1-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/6251>
- Norsk helsenet. Veileder for elektronisk meldingsutveksling. <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid - kapittel 6.5 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.

6.3.d Referanser

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Temahefte: "Nødnett i bruk: En oversikt over tekniske løsninger og funksjoner i nødnett, samt retningslinjer for bruk". <http://www.xn--ndnett-bya.no/Documents/N%C3%B8dnett%20i%20bruk.pdf>
- Politidirektoratet. Felles sambandsreglement for nødnett (Nivå 1) - <http://www.xn--ndnett-bya.no/Documents/Felles%20sambandsreglement%20for%20Nodnett.pdf>
- Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for nødnett i helsetjenesten (Nivå 2).IS 2754 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-for-nodnett-i-helsetjenesten>

7 Ledelse og kvalitetsforbedring

7.1 Ansvar for styringssystemet

Det er øverste leders ansvar at alle pasienter mottar trygge og forsvarlige tjenester.

7.1.a Begrunnelse

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Det er øverste leder for legevaktvirksomheten som har ansvaret for styringssystemet. Øverste leder skal derfor sørge for at legevaktens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det vises til veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten om ansvaret for styringssystemet.

Ved planlegging av helsetjenester tilligger det øverste leder i legevakten et ansvar for blant annet å klargjøre oppgaver og ansvar, vurdere helsepersonellens kompetanse, skaffe oversikt over relevant regelverk, nasjonale behandlingsretningslinjer og veiledere m.v., samt å identifisere eventuelle risikoområder. Det vises til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6. Selv om det er øverste leder som har det overordnede ansvaret, vil ofte oppgavene være delegert. Hvem som skal gjøre hva, vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

7.1. b Praktisk

Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har. I tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger. Øverste leder beholder full instruksjonsmyndighet for oppgavene som er delegert. Delegeringen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake. Øverste leder har alltid ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene. Det vises til veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten om ansvaret for styringssystemet.

Referanser

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

7.2 Styringssystem

Øverste leder skal etablere et styringssystem for legevakten og legevaktsentralen.

7.2.a Begrunnelse

Helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4 innebærer at legevakten skal ha et styringssystem.

Dette innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6, 7, 8 og 9.

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Med styringssystem for helse- og omsorgstjenesten menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Leder har ansvar for å rekruttere helsepersonell. Ved rekrutteringsvansker eller hyppig utskiftning av kvalifisert personell, har leder ansvar for å analysere årsaker og iverksette tiltak.

Kommunen vurderer behovet for deltidsstillinger og eventuelle muligheter for at ansatte på legevakta kan gis oppgaver på andre områder.

Det bemerkes at KS, Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund har inngått en Heltidserklæring for perioden 2018-2020. Videre er det laget en veileder som lokale parter kan ta i bruk for å utvikle gode lokale retningslinjer. Det ligger for øvrig informasjon om arbeid for heltidskultur på Heltid.no. Se samlet informasjon om heltid på ks.no.

Systematisk opplæring og kompetanseheving

Det er øverste leders ansvar å ansette personale som har nødvendig utdanning og erfaring til å arbeide på legevakt og sørge for at de får den opplæring de trenger for å utføre arbeidsoppgavene forsvarlig. Dette gjøres ved bl.a. å oppfylle forskrift om ledelse og kvalitetforbedring i helse- og omsorgstjenesten og akuttmedisinforskriftens kompetansekrav samt å tilby systematiske opplæringsplaner, se under «Kompetanse og opplæring».

Ytelse av helsehjelp er basert på helsepersonellens faglige kompetanse, interne prosedyrer, kunnskapsinnhenting og noen ganger også konsultasjon og samarbeid med annet helsepersonell. Tidsfaktoren ofte være begrensende for muligheten til å innhente kunnskap og å få etablert samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. I tillegg vil sykepleiere og annet helsepersonell kunne måtte foreta vurderinger og iverksette behandlingstiltak som i utgangspunktet tilligger leger. Dette er faktorer som øker risikoen for svikt, og som gjør det særlig viktig å sikre at det utarbeides og implementeres nødvendige rutiner og prosedyrer. Omfang av og innhold i virksomhetenes rutiner må tilpasses de ulike tjenestene, og ta utgangspunkt i de arbeidsoppgaver som inngår i tjenesten og den kompetanse personellet til enhver tid har.

7.2.b Praktisk

Det er også et lederansvar å utvikle prosedyrer og rutiner for hvordan arbeidet skal utføres. Eksempler er:

- Arbeidsbeskrivelser
- Lokale prosedyrer, rutiner og sjekklister
- Rutiner for samhandling med eksterne samarbeidsparter
- Opplæringsplaner

Pasient- og brukersikkerhet

Pasient- og brukersikkerhet er også et ansvar for lederen. Se nærmere omtale under emnet [Pasientsikkerhet](#)

HMS

Leder skal sikre et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø i tråd med arbeidsmiljøloven.

Styring og strategi

Strategiske planer og økonomistyring er et lederansvar. Leder skal være forberedt på eventuelle endringer i befolkningsgrunnlag, økonomi, organisering og personellsituasjon. Brukerundersøkelser og innhenting av aktivitetstall vil være sentrale i dette arbeidet. Strategiske planer og økonomistyring må skje i samarbeid med kommunens øvrige helse- og beredskapstjeneste. Det er et lederansvar å holde de ansatte informert om kommunens helsetjenester og aktuelle planer i kommunen.

7.2.c Referanser

- LOV-1984-03-30-15. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). <https://lovdata.no/lov/1984-03-30-15>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 6.1 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Morken, T. Myhr K, Raknes G, Hunskår S. (2016). Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. (Rapport nr. 4-2016). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- <http://bora.uib.no/handle/1956/12957>
- <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/partssamarbeid-om-heltid/sentrale-dokumenter/>

7.3 Pasientsikkerhet

Ledelsen ved legevakten ved øverste leder må legge til rette for å skape en god pasientsikkerhetskultur og det bør gjennomføres regelmessige målinger av den i legevakten.

7.3.a Begrunnelse

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 at legevakten skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Helsepersonell er pålagt etter helsepersonelloven § 7 å opplyse tilsynsmyndigheten informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser på legevakten og legevaktsentralen.

Legevakten er sårbar når det gjelder risiko for feilbehandling. En prioritering av legevaktens generelle kvalitetsarbeid vil bidra til at risikoen for uheldige hendelser blir redusert. En studie av syv representative legevakter i Norge viste stor variasjon i pasientsikkerhetskultur mellom legevaktene, mellom sykepleiere og leger, samt mellom ulike aldersgrupper blant de ansatte. Tilsvarende resultater er funnet i studier om pasientsikkerhetskultur på legevakter i andre europeiske land. Pasientsikkerhetskulturen blir av ansatte på legevakt vurdert som dårligere enn av ansatte på sykehjem og fastlegekontor.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7" har som mål å bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i helsetjenesten.

7.3.b Praktisk

På nettsiden <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/> og www.uni.no/sikkerhetskultur finnes råd og tips til bygging av pasientsikkerhetskultur og til arbeidet med forbedring av pasientsikkerhet.

7.3.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Bondevik GT, Hofoss D, Holm Hansen E et al. (2014). The Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. BMC Health Serv Res 29; 14(1):139.
- Bondevik GT, Hofoss D, Holm Hansen E et al. (2014). Patient Safety Culture in Norwegian primary care – a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. Scandinavian Journal of Primary Health Care 32: 132-8.
- Safety Attitudes Questionnaire for legevakt www.uni.no/sikkerhetskultur
- Pasientsikkerhetsprogrammet

8 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid

Legevakten skal iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt og må ha et system for å oppdage og håndtere uønskede hendelser. Legevakten bør jevnlig gjennomføre undersøkelser av kvaliteten i tjenesten.

8.1.a Begrunnelse

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste ved legevakten skal jobbe systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det er krav om å ha skriftlige rutiner for systematisk avviksregistrering og –oppfølging. Rutinene bør omfatte saksbehandling ved klager, feil, nesten-hendelser og mangler.

Ledelsen bør systematisk gjennomgå og drøfte avvikssaker, resultatene av faste evalueringer, som brukerundersøkelser, klager og andre tilbakemeldinger. Funn og konklusjoner bør brukes til å forbedre relevante rutiner og prosedyrer.

For mer informasjon om forhold ved legevakten som gjør at feil kan reduseres, se emnet «[Pasientsikkerhet](#)».

8.1.b Praktisk

Områder med særlig risiko for svikt

Forskning og erfaring viser at noen områder peker seg ut som særlig sårbare for svikt. Eksempler er:

- Informasjon til befolkningen og pasienter om hvilke tilbud legevakten har og hva som ikke tilbys ved legevakten
- Videreformidling av opplysninger om pasient
- Manglende eller utilstrekkelig opplæring av medarbeiderne om utstyr på legevakten, kunnskap om når man bør rykke ut, samhandling og beredskap
- Medarbeideres språkferdigheter
- Tilgang til støttelitteratur og beslutningsstøttesystemer

På flere av disse områdene er det lett å forebygge eller iverksette tiltak. Dette er beskrevet i emnene om kompetansekrav til forskjellige grupper av ansatte og pasientprioritering, rådgivning og beslutningsstøtte.

Faktorer som øker faren for medisinske feil og uønskede hendelser

På samme måte som noen områder har særlig risiko for svikt, er det identifisert faktorer som øker risikoen for at det skjer medisinske feil og uønskede hendelser. Eksempler er:

- Manglende rutiner for videreformidling av pasientopplysninger
- Manglende innhenting av tilgjengelige pasientopplysninger
- Arbeidet går fort eller pasientstrømmen er stor
- Medarbeideren kjenner ikke pasienten, familien eller lokalmiljøet
- Medarbeideren kjenner ikke systemet og rutiner
- Medarbeideren har lite erfaring eller har fått mangelfull opplæring
- Medarbeideren har ikke tilgang til nødvendig diagnostisk utstyr
- Medarbeideren arbeider alene, uten faglig støtte fra kollega eller bakvakt

Mange av disse faktorene kan motvirkes med gode rutiner og prosedyrer, tilstrekkelig opplæring, at ingen arbeider alene og ved å bygge arbeidsmiljø og –betingelser som bidrar til stabil bemanning.

Brukerundersøkelser

Det gjennomføres flere typer brukerundersøkelser for offentlige tjenester, herunder kommunale helsetjenester og legevakt. Disse gir nasjonale indikasjoner på brukernes meninger om og tilfredshet med tjenesten. Resultatene kan brukes til å planlegge lokalt kvalitetsarbeid og gi gode tips om hvilke forhold man skal være opptatt av å måle i lokale undersøkelser. Lokale brukererfaringer og konkrete erfaringer med virksomheten er nyttig å innhente.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten laget et skjema som kan brukes til brukerundersøkelser for legevakt. Se mer informasjon på www.legevaktmedisin.no.

Meldeskjema for avvik

Avvik skal meldes skriftlig, og helst på et enkelt og lett tilgjengelig elektronisk eller manuelt avviksskjema.

Referanser

- LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- LOV-1984-03-30-15. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). <https://lovdata.no/lov/1984-03-30-15>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/risiko-og-hendelsesanalyse-handbok-for-helsetjenesten>

8.2 Klager på helsepersonell i legevakten

Legevakten bør ha skriftlige rutiner for klagesaksbehandling og oppfølging av klager.

8.2.a Begrunnelse

Pasient- og brukerrettighetslovens kap 7 regulerer pasientenes rett til å klage og klagebehandling. Pasienter har mulighet til å klage på behandling på legevakt og legevaktsentral og bør oppfordres til å fremsette klagen skriftlig, men dette er ikke et krav.

Klagesaker kan være belastende for alle involverte. Legevaktens ledelse anbefales å ta direkte kontakt med den som klager, slik at man har mulighet til å oppklare eventuelle misforståelser. Legevakten bør også ha rutiner for oppfølging av personell som blir påklagd.

Klager som går på for eksempel service og kommunikasjon kan tenkes løses i minnelighet lokalt.

Hvis det ikke oppnås enighet med klager, skal saken oversendes fylkesmannen for videre behandling.

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.

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 rettsak. Straffeloven har kun forbud mot hemmelig opptak av samtale eller «forhandlinger i lukket møte» som man ikke selv deltar i.

Foreligger det påstand om pasientskade, skal pasienten informeres om rett til å sende krav til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) på eget skjema, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd. Norsk Pasientskadeerstatning innhenter nødvendige opplysninger fra involvert virksomhet/personell i saken.

Etter rettighetslovgivningen er det pasienten eller fullmektig (f.eks. familie eller nære venner) som må fremme klagen. Skal noen fremme klage på vegne av pasienten, kreves det pasientens samtykke i form av fullmakt. Fullmektig kan skrive under på søknadsskjemaet.

8.2.b Referanser

- LOV-1999-07-02-63 [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#) (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer (Rundskriv IS-8/2015) <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2009). *Læring av feil og klagesaker. Kap 8: Klagesaker fra legevakt – hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil?* (7/2009). https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport7_2009.pdf

8.3 Medisinsk utstyr og laboratoriebruk

Alt medisinsk utstyr ved legevakten skal være godkjent for bruk på mennesker, herunder instrumenter, apparater, programvare, materialer og gjenstander. Alt utstyr skal kontrolleres jevnlig etter skriftlige prosedyrer. Avvik ved bruken av utstyret skal meldes.

8.3.a Begrunnelse

Medisinsk utstyr skal til enhver tid være sikkert, vedlikeholdes korrekt og brukes forsvarlig i samsvar med sitt formål, jf. forskrift om håndtering av medisinsk utstyr § 1.

Legevakten må ha rutiner og prosedyrer for innkjøp, drift og vedlikehold av utstyr. Hovedansvar for dette kan med fordel delegeres til en person. Det bør også være rutiner for opplæring slik at man sikrer riktig bruk. Opplæring og gjennomgang av medisinsk utstyr og laborietester kan gjerne inngå i opplæringen av nye medarbeidere.

8.3.b Praktisk

Kvalitetssystem for utstyr

Det er en lang rekke oppgaver knyttet til medisinsk utstyr ved legevakten, fra planlegging av innkjøp, til opplæring, drift, bruk og avviksregistrering. Her kan ulike ansatte ha ulike roller. Ledelsen har hovedansvar for hvilket utstyr enheten skal ha tilgjengelig, og avgjørelsen bør baseres på ROS-analyse. Det etableres dokumentasjon av alt utstyr i kvalitetssystemet, nødvendig vedlikehold, kartlegging og dokumentering av hvilken opplæring personalet har behov for. Det må gjennomføres nødvendig opplæring og eventuelt regelmessig trening. Alle har ansvar for å melde avvik som må følges opp. Medarbeidere har personlig ansvar for å kjenne til faglig nytteverdi av utstyret, samt indikasjoner for bruk. Gjennomføring av jevnlig vedlikehold og kvalitetskontroll utføres av kompetent personell.

For hvert apparat, utstyr eller gjenstand som defineres som medisinsk utstyr, må følgende dokumenteres i kvalitetssystemet:

- Navn og ID nummer. Hvis dette ikke finnes fra produsenten, må det merkes med et eget som gjenfinnes i kvalitetssystemet
- Fabrikant, modellbetegnelse, leverandør, og anskaffelsesdato og -år
- Hvilke tilleggsdeler eller tilbehør som finnes
- Endringer, reparasjoner
- Plassering i lokalet og plassering av bruksanvisning
- Krav til kompetanse eller opplæring
- Bruk av strøm. Ved bruk av strøm er apparatet per definisjon elektromedisinsk utstyr (EMU) og underlagt egne lovkrav. Virksomheten er pliktig til å kunne vise til egen dokumentasjon av alt EMU ved eventuelt tilsyn fra det lokale elektrisitetstilsynet
- Lagring av personopplysninger. Hvis apparatet lagrer personopplysninger er det egne krav til datasikkerhet
- Vedlikehold. Hyppighet og på hvilken måte.
- Avvikssystem

Bruk, drift og kvalitetskontroll av laborietstyr

Ledelsen av legevakten har et overordnet ansvar for valg av analyserepertoar, tilrettelegging av arbeidssituasjonen, nødvendig opplæring i bruk av utstyret og kvalitetskontrollrutiner. Arbeidet må organiseres slik at alle får nødvendig øvelse og rutine. Omfattende repertoar og avansert utstyr stiller store krav til opplæring og kompetanse. Det anbefales at en utpekt medarbeider har

et særlig ansvar for laboratoriedriften, inkludert ansvar for vedlikehold av utstyr, innkjøp og sjekk av holdbarhet på reagenser og strimler.

<http://www.noklus.no/Hjem.aspx>

Noklus anbefaler følgende momenter for et godt laboratorietilbud:

- Det må foreligge skriftlige rutiner for laboratorievirksomheten, som omfatter prøvetaking, prøvebehandling, transport, analysering og en skriftlig opplæringsplan i laboratoriearbeid
- Ansatte som utfører laboratoriearbeidet må få jevnlig opplæring i teoretisk og praktisk laboratoriearbeid. Opplæringen bør dokumenteres
- God analysekvalitet dokumenteres ved deltagelse i kvalitetskontrollprogram
- Det må etableres skriftlige rutiner for godkjenning av laboratoriesvar i legevaktens elektroniske journal, også for prøver tatt i sykebesøk, og for formidling av laboratoriesvar til fastlegen eller annen behandlingsansvarlig lege
- Det må etableres skriftlige rutiner for når helsepersonell kan rekvirere CRP, urinstrimmel og ev. andre analyser før legekonsultasjonen. Det må gis skriftlig eller muntlig informasjon til pasient om korrekt urinprøvetaking. Avtale om at laboratorieprøver skal kontrolleres senere (CRP, ny urinprøve etc.) krever individuell vurdering ved lege
- Det bør etableres et samarbeid nedfelt i en skriftlig avtale med aktuelle hjemmetjenesteenheter, om indikasjon for bruk, rekvirering og håndtering av prøveresultater fra legevakten
- Det må etableres et mål for svartid for laboratorieprøver som tilbys i samarbeid med annet eller større laboratorium

Laboratorieanalyser er testet ut etter svært rigide prosedyrer. Når nøyaktigheten til testen oppgis av produsenten, er resultatet helt avhengig av forholdene analysen skjer under. For at testen skal holde samme kvalitetsmål på en legevakt, må anbefalt metode for oppbevaring, vedlikehold, testprosedyrer og prøvetaking følges. God opplæring og trening er nøkkelord for alt personale som skal utføre testene og bruke laboratoriestyret. Det må også gjelde personer som bruker utstyret sjelden, bare om natten osv. For å dokumentere at testresultatene er nøyaktig nok til klinisk bruk, skal alle tester kontrolleres med både intern og ekstern kvalitetskontroll.

Intern kvalitetskontroll er den kontrollen som skjer lokalt på legevakten med kontrollreagenser som følger med analyseapparatet. Regelmessige kontroller må utføres slik som anført i bruksanvisningen. Hensikten er å sikre reproduerbare målinger, slik at ikke svarene varierer for mye fra dag til dag som følge av tilfeldige eller systematiske målefeil. Ved intern kvalitetskontroll vil en ikke vite om svarverdien er riktig, eller om resultatene egentlig er systematisk for lave eller for høye i forhold til en referansemåling, men man sikrer at variasjonen er så liten som mulig på det lokale laboratoriet.

Ekstern kvalitetskontroll skal sikre at pasienten får den samme svarverdien uansett om prøven tas ved et sykehuslaboratorium, i allmennpraksis eller ved legevakt. [Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser \(Noklus\)](#) tilbyr ekstern kvalitetskontroll, som er gratis for alle legevakter. Man får da regelmessig tilsendt kontrollprøver som analyseres, og svarene returneres for kontroll. Alle legevakter med eget laboratorium bør være tilknyttet Noklus sitt

kvalitetskontrollprogram. Det drives utstrakt kursvirksomhet, og det er utarbeidet skriftlig informasjon om mange praktiske forhold knyttet til laboratoriedriften (www.noklus.no).

Dersom legevakten er samlokalisert med et legekantor, og det er legekantorets personell som står for kvalitetskontrollen av utstyret, må det lages rutiner for at legevaktens personell også deltar i denne kontrollen og får nødvendig opplæring i prosedyrer rundt prøvetaking, analyse, oppbevaring og vedlikehold. Der legen selv gjør laboratorieanalysene, må vaktlegene ha grunnleggende kjennskap til kvalitetskontrollen og rutinene rundt dette.

Ved hurtigtester av blodkomponenter brukes i økende grad lukkede testsystemer, som gir enklere bruk og reduksjon av feilkilder.

Laboratoriet må ha nødvendig utstyr for å ta og sende blodprøver. For annet prøvemateriale enn blod; som urin, sårprøver, halsprøver og vaginalprøver, må det finnes rutiner for hvor det finnes utstyr, hvem som tar prøvene, og hvor og hvem som analyserer og eventuelt pakker og sender prøvene til eksternt laboratorium. Det er alltid prøvetakerens ansvar å forvise seg om pasientens identitet.

Svar på sendeprøver overføres vanligvis elektronisk. Ideelt bør rekvirerende lege sjekke sine egne prøvesvar, men i legevakt er dette vanligvis vanskelig å få til. Legevakten må derfor ha rutiner for å sjekke alle innkommende prøvesvar slik at avvikende prøvesvar kan følges opp raskt og eventuelt videresendes til fastlegen. Rutiner for dette bør utarbeides i samråd med legevaktlegene og allmennlegeutvalget.

8.3.c Referanser

- Lov om medisinsk utstyr
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6?q=lov om medisinsk](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6?q=lov%20om%20medisinsk)
- Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-11-29-1373>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.2 og 2.3 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.

8.4 Legemiddelhåndtering

Legevakten skal ha et system for legemiddelhåndtering.

8.4.a Begrunnelse

Legemiddelhåndteringsforskriften § 4 setter krav til dokumentasjon av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet ved legemiddelhåndtering er fordelt, og hvem som er virksomhetsleder. Dersom virksomhetsleder ikke er lege eller farmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik kompetanse.

Anbefalinger om legemidler finnes i kapittelet «Utstyr», under emnet «[Legemidler](#)».

8.4.b Praktisk

Legemiddelhåndteringsforskriften legger føringer for rutiner ved håndtering av legemidler. Helsedirektoratets rundskriv IS-7/2015 inneholder kommentarer til bestemmelsene i legemiddelhåndteringsforskriften.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>

Legevakten skal ha rutiner for alle deler av legemiddelhåndteringsprosessen. I internkontrollrutinene bør følgende inngå:

- Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten
- Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten
- Sørg for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanse i legemiddelhåndtering
- Ha ansvar for å utarbeide rutiner for forsvarlig oppbevaring, jevnlig kontroll av holdbarhetsdato og forbruk
- Utarbeide rutiner for hvem som skal håndtere legemidler og hvordan man rekvirerer legemidler til lokalt legemiddellager i samsvar med liste godkjent av medisinsk ansvarlige lege

Eksempler på anbefalte rutiner for å følge opp forskriftskravene er:

- **Oppbevaring.** Legemidler skal oppbevares sikkert i låsbart skap, men lett tilgjengelig i legevaktlokalet og i akuttsekk til bruk ved utrykning.
- **Kontroll av legemiddelbeholdning.** Innkjøp og uttak av legemidler skal dokumenteres. Det må sikres rutiner for kontroll av at legevakten til enhver tid har de legemidlene som er nødvendig for forsvarlig drift.
- **Narkotikaregnskap.** For legemidler i reseptgruppe A og B må det føres narkotikaregnskap. Virksomheten skal dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hvilken pasient som har mottatt slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 3 år. For legemidler i gruppe B skal det føres oversikt over innkjøpte legemidler. Mottatt mengde skal kunne sammenholdes med faktisk bruk på legevakten. Regnskapene skal kontrolleres jevnlig for å avdekke eventuelle avvik. Kontrollen skal foretas av andre enn de som til daglig håndterer legemidler, fortrinnsvis av en leder eller annen med utvidet ansvar.
- **Istandgjøring og utdeling av legemidler.** Rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler skal beskrive hvem som skal håndtere legemidler. Helsepersonelloven forutsetter at oppgavetildelingen er personlig, og den som har fått tildelt legemiddelhåndteringsoppgaver ikke kan overføre oppgaven videre. Rutinene skal videre beskrive hvordan istandgjøringen og utdelingen skal skje, herunder kontroll og dokumentasjon av istandgjøring og utdeling.

- **Utlevering av vanedannende legemidler.** Av faglige og sikkerhetsmessige hensyn bør ny forskrivning og reseptfornyelse av vanedannende legemidler unngås på legevakt. Unntaksvis kan legevaktlege dele ut eller rekvirere minste nødvendige antall tabletter. Forskrivning bør bare skje for kortvarig nødvendig behandling inntil pasienten får kontakt med fastlegen. For mer informasjon, se IS-2014 Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet.
- **Kontroll av oppfølging av rutiner.** Det skal utarbeides rutiner for hvordan virksomheten skal kontrollere at rutinene følges, og for hvordan kontrollene skal dokumenteres.

Evaluering av rutinene bør utføres jevnlig og minst en gang i året. Farmasøytisk tilsyn kan være en måte å ivareta dette på. Leder har ansvar for at rutinene er kjent, forstått og fulgt av alle i virksomheten. Leder har også ansvar for at helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse, formelle og reelle kvalifikasjoner, utfører oppgaver innen legemiddelhåndtering. Det skal sørges for at personellet får nødvendig opplæring ved ansettelse og også senere ved behov.

8.4.c Referanser

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- FOR-2008-04-03-320. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Helsedirektoratet (2015). Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/vanedannende-legemidler>
- Rundskriv I-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer-rev>

8.5 Smittevern

Alle legevakter skal ha rutiner for hygiene og smittevern.

Legevakten må ha et infeksjonskontrollsystem for hygiene som gir oversikt over områder hvor det er fare for svikt, for dermed å kunne iverksette tiltak mot infeksjonsspredning.

8.5.a Begrunnelse

For å ivareta faglig forsvarlighet, må legevakten ha et infeksjonskontrollprogram, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Programmet bør bestå av både infeksjonsforebygging og -overvåking. I infeksjonskontrollprogrammet inngår skriftlige retningslinjer for blant annet håndhygiene, bruk av arbeidstøy, bruk av beskyttelsesutstyr som hansker, munnbind og beskyttelsesfrakk, sterilisering og pakking av utstyr, alminnelig renhold med mer.

Hensikten med hygienetiltakene er å begrense og helst eliminere spredning av smittestoff til pasient fra helsepersonellet, fra utstyr som brukes, fra pasient til pasient eller fra pasient til helsepersonell, og på den måten forhindre at pasientene eller de ansatte blir smittet med

infeksjoner under oppholdet på legevakten. En annen hensikt er å forhindre at smittestoff bringes med fra legevakten og forårsaker infeksjonssykdommer i samfunnet.

Både håndvasker og spritdispensere til alkoholbasert håndhygiene bør være lett tilgjengelige mange steder i legevaktens lokaler og på alle konsultasjonsrom.

Legevakten bør vurdere å ha eget smitterom. Alternativt bør man kunne styre pasientflyten slik at mistenkte smittepasienter ikke sitter på samme venterom som andre pasienter eller pårørende.

Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten med tilhørende veileder gir en nøyere beskrivelse av de ulike elementene i et godt hygiene- og smittevernprogram, men er ikke direkte gjeldende for legevakt.

Folkehelseinstituttet. (2006). Veileder til forskrift om smittevern i helsetjenesten. Oslo.
<https://www.fhi.no/publ/eldre/rettleiar-til-forskrift-om-smitteve/>

8.5.b Praktisk

Generelt inndeles smitteverntiltak i basale og spesifikke smitteverntiltak. Basale smitteverntiltak er tiltak som skal gjennomføres rutinemessig og overfor alle pasienter, uavhengig av pasientens smittevernstatus, og baserer seg på at alle kroppsvæsker kan være smitteførende. Spesifikke smitteverntiltak er tiltak som retter seg mot et spesifikt smittestoff, for eksempel MRSA. Under gis eksempler på viktige basale smitteverntiltak, samt spesifikke tiltak ved mistanke om rota- eller norovirusinfeksjon.

Isolering av pasienter der det er mistanke om alvorlig smittefare

I den grad det er mulig bør legevakten ha et eget venterom for pasienter der det er mistanke om sykdommer som innebærer smittefare over en viss alvorlighetsgrad. Alternativt bør slike pasienter komme til avtalt time og tas imot direkte på et undersøkelsesrom.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en isoleringsveileder som det anbefales å følge.

<https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/>

Håndhygiene

Det absolutt viktigste tiltaket er god håndhygiene. Som førstevalg anbefaler Folkehelseinstituttet alkoholbasert hånddesinfeksjon, helst med 20 - 30 sekunders varighet. Alkoholbasert desinfeksjon har dårlig evne til å trenge inn i organisk materiale. Ved synlig tilsmussing av hendene med organisk materiale (kroppsvæsker o. l.) skal man derfor benytte håndvask med såpe og vann med 40 - 60 sekunders varighet.

My 5 moments (WHO)

WHO anbefaler at håndhygiene alltid utføres ved følgende fem situasjoner:

- Før man berører en pasient eller gjenstander i pasientens nære omgivelser
- Umiddelbart før en ren/aseptisk oppgave
- Umiddelbart etter risiko for å ha vært i kontakt med kroppsvæsker

- Når man forlater en pasient etter å ha berørt ham eller henne
- Etter å ha berørt gjenstander i pasientens nære omgivelser

My 5 moments beskriver indikasjonene for håndhygiene i forbindelse med undersøkelse, behandling og pleie av en pasient. I tillegg bør helsepersonell utføre håndhygiene i følgende situasjoner:

- Ved medikamenthåndtering
- Før og etter bruk av hansker
- Før håndtering av rent utstyr
- Etter håndtering av urent utstyr
- Etter kontakt med forurensede gjenstander
- Når man ankommer eller forlater legevakten

Klokker, ringer, negler og hansker

Helsepersonell bør ta av seg klokker og ringer mens de er på vakt. Negler bør være kortklipt. Hansker bør være lett tilgjengelige. Det bør også være sterile hansker i legevakten.

Arbeidsklær

Helsepersonell skal bruke arbeidstøy som skiftes etter hver vakt.

Mistenkt rota- og norovirusinfeksjon

Rota- og norovirus er vanskelig å fjerne, både ved alkoholbasert håndhygiene og ved håndvask med såpe og vann. Ved mistenkt norovirusinfeksjon anbefales bruk av hansker i tillegg til grundig håndvask eller eventuelt mer langvarig alkoholbasert håndhygiene.

8.5.c Referanser

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (23.8.2018).
- FOR-2005-06-17-610. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2005-06-17-610> (24.8.2018).
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (23.8.2018). Folkehelseinstituttet. (2016). Nasjonal veileder for håndhygiene. Oslo. <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/>
- Folkehelseinstituttet. (2004). Isoleringsveilederen. Oslo. <https://www.fhi.no/publ/eldre/isoleringsveilederen/>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.5 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Steen K, Morken T, Hunskår S. Hygiene på legevakt. (2018). *Utposten* 47(2): 7-10.
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

8.6 Pasientprioritering, rådgivning og beslutningsstøtte

Legevakt og legevaktsentral bør ha et system for prioritering og triagering av pasienter som bidrar til at pasientene får riktig helsehjelp.

Det bør være tilgang på beslutningsstøtte og -rådgivningsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap og er tilpasset norsk behandlingstradisjon.

8.6.a Begrunnelse

Det følger av akuttmedisinforskriften § 13 bokstav c at legevaktsentralen blant annet skal veilede og gi råd, samt prioritere og registrere henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp.

Alle som mottar henvendelser til legevaktsentralen eller i mottaket på legevaktstasjonen må være i stand til å vurdere og prioritere henvendelsen med tanke på riktig tiltak og tidsperspektiv for tiltaket, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Formålet med hastegradsvurdering og triage er å skille mellom pasienter som trenger rask hjelp og de det ikke haster med. Det er helsepersonellet som er ansvarlig for å innhente nødvendig informasjon for å kunne gjøre vurderingen.

Pasienter, som blir prioritert til time ved legevakten, enten på telefon eller ved direkte oppmøte, bør alltid gis en hastegrad uavhengig av hvor stor pasientpågangen til legevakten er. Dersom første vurdering er gjort over telefon og pasienten ikke mottar hjelp umiddelbart, bør pasienten triageres på nytt etter ankomst til legevaktlokalet. Det er viktig å ha et system for å revurdere hastegrad hos ventende pasienter.

Rådgivning er en viktig del av legevaktsentralens oppgaver og operatøren skal kunne gi medisinske råd i de tilfeller der legekonsultasjon ikke er nødvendig. Bruk av beslutningsstøtteverktøy og god opplæring bidrar til at kvaliteten på tjenesten blir bedre og at vurdering, prioritering og tiltak blir mer ensartet. Det kan være en fordel å bruke samme beslutningsstøtteverktøy som de instansene man samarbeider med. Dette forebygger misforståelser i kommunikasjon med samarbeidspartnere.

Kompetansekrav, opplæring, utsjekk og bruk av sjekklister omtales i kapittelet «[Kompetanse og opplæring](#)».

8.6.b Praktisk

Det finnes ulike systemer for triagering og vurdering av pasienter. Noen er utviklet spesielt for telefonvurdering, mens andre er utviklet for å brukes når pasienten er fysisk tilstede.

Eksisterende systemer kan grovt sett deles i to basert på hvilke underliggende prinsipp de bruker for beslutningsstøtte.

- a) Algoritmebaserte protokoller følger et sett med spørsmål, der ja eller nei som svar på konkrete spørsmål definerer neste steg fram mot en avgjørelse.
- b) Støtteverktøy er mer fleksible og kan best beskrives som retningslinjer med spørsmål som operatøren kan velge å benytte seg av, og råd om videre tiltak. Støtteverktøy krever at personellet som bruker det har medisinsk kunnskap og evne til selv å vurdere

situasjonen med støtte fra verktøyet. Støtteverktøy kan dermed ikke erstatte kunnskap og kompetanse, men er en viktig tilleggsressurs.

Det finnes to norskutviklede verktøy til bruk ved prioritering og hastegradsvurdering: Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og Telefonråd.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks) brukes til å fastsette hastegrad og beslutte tiltak ved de mest tidskritiske henvendelsene. Indeks er ikke tilpasset legevaktens epidemiologi, men er likevel det mest brukte beslutningsstøtteverktøyet ved norske legevakter. Indeks er også i bruk ved alle AMK-sentralene i Norge. Responsene i indeks er delt inn i tre forskjellige hastegrader: Rød (akutt), gul (haster), grønn (vanlig). Ved hendelser som vurderes til rød respons (akutt) skal legevaktssentralen overføre koordineringen av hendelser til AMK, som har oversikt over tilgjengelige ressurser. Indeks finnes per mars 2019 kun i papirformat og som del av Telefonråd i elektronisk interaktiv PDF-format.

Telefonråd er utviklet spesielt for bruk i legevaktssentralen og er tilgjengelig på internett www.telefonraad.no. Verktøyet støtter håndtering av den første kontakten med pasientene ved å strukturere samtalen ved hjelp av viktige spørsmål som bør stilles, råd om når pasienten bør tilses av lege og konkrete medisinske råd i tilfeller der pasienten ikke trenger legetilsyn. Telefonråd består av to ulike oppslagsverk:

- a) Medarbeiderråd, som gir standardiserte og kvalitetssikrede råd ved generelle allmennt medisinske problemstillinger og
- b) Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks) til bruk ved tidskritiske hendelser. Telefonråd

Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og Legevakthåndboken (lvh.no) er andre oppslagsverk som tar hensyn til norsk behandlingstradisjon og som personellet i legevakten kan ha nytte av.

Det finnes også forskjellige triageverktøy som benyttes i legevakter i dag. De mest kjente er:

Manchester triage. Det består av drøyt 50 skjemaer for ulike tilstander – infeksjoner, magesmerter, psykiske lidelser og så videre – som pasienter kan oppsøke legevakten for. Hvert skjema beskriver en rekke symptomer og tegn, som kvalifiserer pasientene til ulike prioriteringsgrader, fra rød (høyeste) til blå (laveste).

SATS er et annet triageverktøy – South African Triage Scale utviklet av leger, sykepleiere og paramedics i Sør-Afrika i 2006. Et standardisert akuttmedisinsk vurderings- og prioriteringsverktøy tilpasset for norske forhold av sykepleiere, leger og ambulansesarbeidere i Helse Vest.

8.6.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 3.2 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks)
- Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og Legevakthåndboken (lvh.no)

8.7 ROS-analyser

Legevakten skal utarbeide ROS-analyser som en del av styringssystemet.

8.7.a Begrunnelse

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om kartlegging av risikoforhold og behov for forbedring, jf. §§ 5 og 6.

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- identifisere områder der svikt kan inntre ofte
- identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre
- forebygge svikt og uønskede hendelser

Øverste leder må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges.

Legevakten bør organiseres på bakgrunn av oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) av blant annet sykdoms- og skadeforekomst, bemanning og rekruttering og tilgang til ambulansetjeneste og spesialisthelsetjenester. ROS-analyser bør også danne grunnlag for

kommunens helseberedskapsplan. Dette skal gjøres i samarbeid med Helseforetak for å se på hele den akuttmedisinsk kjede i sammenheng, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11 (tjenesteavtale 11).

I en ROS-analyse kartlegger man sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser, og beskriver tiltak for å begrense sannsynlighet og risiko. Eksempler på uønskede hendelser kan være feilmedisinering, personellmangel, ulykker, pandemier og en rekke andre forhold.

8.7.b Praktisk

Faktorer som bør inngå i legevaktens ROS-analyse

Nedenfor er listet viktige faktorer som bør inngå i legevaktens ROS-analyse. Listen er ikke uttømmende:

- Sykdoms- og skadeforekomst
- Legeberedskap
- Legebemanning
- Bemanning av annet helsepersonell
- Tilgang til medisinsk utstyr
- Avstand og reisetid til ambulansetjeneste med tilgjengelig transport og utstyr, som medikamenter og 12 avlednings-EKG med digital overføring av EKG
- Avstand og reisetid til sykehus med akuttmedisinsk beredskap hele døgnet
- Mulige samtidskonflikter
- Avstand og reisetid for akutthjelpere
- Avstand og reisetid til nærmeste sykehus eller poliklinikk med røntgen for diagnose og behandling av bruddskader
- Avstand til nærmeste apotek og åpningstidene til apoteket
- Spesielle forhold ved legevaktdistriktet, som sesongvariasjon i antall besøkende, turisme med spesielt særpreg som for eksempel skiturisme med mange bruddskader med behov for akuttmedisinsk beredskap hele døgnet
- Kompetanse
- Sikkerhet for ansatte
- Sikkerhet for pasienter
- Kvalitet på legevaktilbudet
- Vakt-distriktets størrelse og responstid
- Rekruttering og vikarbruk
- Samarbeid med øvrige kommunale tjenester, som øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), sykehjem m.v.
- Samarbeid med fastlegene
- Kommunikasjons- og meldingsrutiner
- Informasjonssikkerhet
- Forhold som forhindrer legevakten å tilby helsetjenester, for eksempel ekstremvær, ras, strømrubd, brann og evakuering

Gjennomføring av ROS-analyser

Det vises generelt til Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes flere beskrivelser av hvordan ROS-analyser kan gjennomføres. Beskrivelser kan for eksempel finnes på <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>. Det finnes også enkle digitale verktøy for ROS-analyse i kvalitetssystemet TrinnVis, som en del fastlegekontor bruker. <http://trinnvis.no/>

Analysen består av fire deler:

- Kartlegging av mulige uønskede hendelser i legevaktens virksomhet
- Vurdere årsaker og konsekvenser av de uønskede hendelsene
- Vurdere sannsynlighet for at hendelsene inntreffer og risiko hvis det skjer
- Planlegge eventuelle tiltak for å begrense sannsynlighet og risiko.

8.7.c Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (23.8.2018).
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250> (23.8.2018).
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsebiblioteket. (2010). Ros analyse. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>

9 Kompetanse og opplæring

9.1 Krav til lege som skal ha selvstendig vakt

Legevaktens ledelse må sørge for at lege som skal ha selvstendig vakt, fyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften og har gode nok språkkunnskaper til forsvarlig yrkesutøvelse.

9.1.a Begrunnelse

Fra 1.1.2020 stilles krav i akuttmedisinforskriften § 7 at leger som har legevakt alene skal være spesialist i allmenntidmedisin, ha godkjenning som allmennlege eller ha gjennomført 30 måneders

klinisk tjeneste etter fullført cand. med. grad etter mottatt norsk autorisasjon. Leger som ikke er spesialister i allmennmedisin, må i tillegg, eller som en del av tjenesten, ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale allmennlegetjenesten eller ha gjennomført 40 legevakter.

Fra 1.5.2021 må legen også ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Alt vaktpersonell i legevakt skal ha gjennomført opplæring i bruk av nødnett.

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd i akuttmedisinforskriften. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4, eller har gjennomført spesialistutdanningens første del/LIS1 (et og et halvt år). Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.

9.1.b Spesialistutdanning

Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens.

Utdanningens første del består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningens andre del omfatter læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene. Utdanningens tredje del omfatter spesialitetsspesifikke læringsaktiviteter for hver enkelt spesialitet, enten direkte etter første del eller etter andre del.

9.1.c Praktisk

Obligatorisk kurs i akuttmedisin for legevaktpersonell består av en teoridel og en praktisk del. Teorikurset er et nettkurs som er tilgjengelig på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) sin læringsportal www.oppvakt.no.

På Helsedirektoratets nettside www.helsedirektoratet.no/akuttmedisin/akuttmedisinforskriften/kurs-i-akuttmedisin, finnes en oversikt over kurstilbydere for praktiske akuttmedisinkurs

Nettkurs i volds- og overgrepshåndtering er også tilgjengelig på www.oppvakt.no.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har laget en "vaktomat" som kan brukes til å finne ut om en gitt lege har selvstendig vaktkompetanse, se <http://kurs.h.uib.no/vaktomat/>.

9.1.d Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231> (23.8.2018).
- Helsedirektoratet. (2016). Nye krav til autorisasjon for helsepersonell med utdanning fra utenfor EØS. <https://helsedirektoratet.no/nyheter/nye-krav-til-autorisasjon-for-helsepersonell-med-utdanning-fra-utenfor-eueos>
- Forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-19-1653?q=veiledet tjeneste](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-19-1653?q=veiledet%20tjeneste)
- FOR-2016-12-08-1482 Spesialistforskriften <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=spesialistforskriften>
- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919> (27.8.2018).
- Gedde, TG. (2017). Lave språkkrav til leger fra utlandet. Tidsskrift nor legeforen 137(12-13): 923-4. <https://tidsskriftet.no/2017/05/sprakspalten/lave-sprakkrav-til-leger-fra-utlandet>

9.2 Krav til bakvaktlege

Kommunen skal etablere bakvaktordning for leger i vakt som ikke oppfyller kravene til selvstendig vaktkompetanse. Bakvaktlegen må fylle kravene til lege som skal ha selvstendig vakt.

9.2.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 7 stiller krav til kompetanse for leger i bakvakt.

Leger i spesialisering del 1 (LIS1) eller nyutdannede leger med autorisasjon skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn. Alle andre leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften må også ha bakvakt. Bakvakt skal gi råd og veiledning ved å:

- Være tilgjengelig på telefon
- Være tilgjengelig på nødnett
- Rykke ut for faglig bistand når det er nødvendig

Bakvakt bør ha tilgang til legevaktens journalsystem og journalføre egne vurderinger.

9.2.b Praktisk

Det er flere måter å organisere bakvakt på. På legevakter med flere leger på vakt, må leder sørge for at minst en lege på hvert vaktskift er selvstendig vaktkompetent og har avsatt tid til å veilede de andre. På legevakter med en lege på vakt, kan det organiseres felles bakvakt for flere legevaktdistrikter dersom dette vurderes hensiktsmessig og faglig forsvarlig.

Kravet om bakvakt for de som ikke fyller kompetansekravene, gjelder fra 1.1.2020.

9.2.c Referanser:

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231> (23.8.2018).

9.3 Krav til annet helsepersonell i legevakt

Kommunen må sørge for at annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, fyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften og har faglige forutsetninger og gode nok språkkunnskaper til forsvarlig helsehjelp.

9.3.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 8 stiller krav om at alt helsepersonell, som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering innen 1.5.2021. Dette gjelder også helsepersonell som jobber sammen med fastlege der fastlegekontoret er en del av kommunens legevakt på dagtid. Ut over dette stiller ikke akuttmedisinforskriften spesifikke krav til bakgrunn for annet helsepersonell.

Ved legevakter bør helsepersonell ha kompetanse til å undersøke og gjøre medisinske vurderinger, prioritere, ta raske og riktige avgjørelser, iverksette tiltak, gi råd og veiledning og håndtere teknologiske, diagnostiske og terapeutiske verktøy. Ved legevakter der en eller få personer skal ivareta alle støttefunksjoner, er det viktig at denne har en utdannings- og erfaringsbakgrunn som gjør at vedkommende kan utføre arbeidet sitt forsvarlig og selvstendig. Legevaktens størrelse, egenart, aktivitet og risikoforhold vil være avgjørende for hvilke minstekrav til utdanning og erfaring man bør stille lokalt ved ansettelse.

Se også fanen «Praktisk» under emnet [«Bemanning»](#) i kapittelet «Organisering av legevakt» for vurderinger rundt ansettelse av annet helsepersonell.

9.3.b Praktisk

Obligatorisk kurs i akuttmedisin for legevaktpersonell består av et teorikurs og et praktisk kurs. Teorikurset er et nettkurs som er tilgjengelig på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin sin læringsportal www.oppvakt.no. Helsedirektoratet har en nettside med en oversikt over kurstilbydere for praktiske akuttmedisinkurs.

www.helsedirektoratet.no/akuttmedisin/akuttmedisinforskriften/kurs-i-akuttmedisin

Kurs i volds- og overgrepshåndtering er også et nettkurs som er tilgjengelig på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin sin læringsportal www.oppvakt.no.

Det er ut over dette ikke utviklet nasjonale allmenne eller spesifikke kompetansekrav for arbeid i legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nasjonalt

kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) anbefaler følgende kompetansekrav:

Vurderingskompetanse

Kunnskaper:

- Ha god faglig kunnskap om relevante medisinske problemstillinger i legevakt, medisinsk fagterminologi og kjennskap til bruk av oppslagsverk

Ferdigheter:

- Kunne jobbe systematisk
- Kunne vurdere, prioritere og iverksette. Dette innebærer problemløsning, konsekvensanalyse, kritisk tenkning, klinisk vurdering og å ta beslutninger
- Evne til å utnytte beslutningsstøtteverktøy
- Evne til kontinuerlig å tilegne seg ny kunnskap

Holdninger:

- Vilje til å holde et faglig høyt nivå ved kontinuerlig å tilegne seg ny kunnskap

Operativ kompetanse

Kunnskaper:

- Kunnskap om gjeldende lover og regler for helsepersonell
- Kunnskap om den akuttmedisinske kjeden og systemoppbygging
- Kjennskap til teori om organisasjon og ledelse

Ferdigheter:

- Akuttmedisinsk kompetanse
- Kunne jobbe selvstendig
- Kunne jobbe sammen i team og samhandle med andre yrkesgrupper
- God forståelse av system, medisinsk logistikk og pasientflyt
- Mestre medisinsk fagterminologi
- Jobbe systematisk og holde hodet kaldt
- Lederegenskaper

Holdninger:

- Respekt for pasienter, kollegaer og samarbeidspartnere
- Vise lojalitet overfor lover, regler, rutiner og avtaler
- Vise vilje til å samarbeide og å være løsningsorientert

Relasjonell kompetanse

Kunnskaper:

- Teori knyttet til kommunikasjon
- Teori knyttet til relasjonell påvirkning mellom helsepersonell og pasient/pårørende
- Kunnskap om hvordan kommunisere med fremmedspråklige

Ferdigheter:

- Gode språkkunnskaper i norsk, både skriftlig og muntlig
- Beherske engelsk muntlig
- Gode kommunikasjonsferdigheter ved å kunne lytte og å være oppmerksom på hvordan man kommuniserer verbalt og nonverbalt
- Kunne ta beslutninger, styre og lede samtaler med innringere
- Kunne gi og ta imot tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk

Holdninger:

- Vilje til å sette seg inn i pasientens perspektiv og å ha forståelse for problemet/hendelsen
- Være ydmyk, ansvarsbevisst og løsningsorientert
- Vilje til å møte alle individ med en åpen holdning
- Omsorgsfull

Etisk kompetanse

Kunnskaper:

- Kunnskap om etikk og etiske dilemma som kan oppstå i legevakt

Ferdigheter:

- Evne til å lytte aktivt, reflektere over og forstå hvordan andre blir berørt
- Kunne anvende yrkesetiske retningslinjer
- Kunne kontrollere egne følelser og måten disse uttrykkes på

Holdninger:

- Respekt for andre mennesker uavhengig av bakgrunn, problemstilling og personlig situasjon
- Respekt for kollegaer og samarbeidspartnere
- Kunne sette seg inn i pasientens perspektiv
- Beholde profesjonell avstand og samtidig vise medfølelse
- Serviceinnstilt
- Respekt for taushetsplikten

IKT-kompetanse

Kunnskaper:

- Generell datakunnskap

Ferdigheter:

- Være datakyndig og kunne tilegne seg praktisk håndtering av teknisk utstyr i samsvar med gjeldende lover, regler, rutiner og avtaler

Holdninger:

- Være lærevillig
- Vise vilje til å overholde de lover, regler, rutiner og avtaler som foreligger på den aktuelle arbeidsplassen

9.3.c Referanser:

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231> (23.8.2018).

9.4 Krav til operatør i legevaktsentral

Personell i legevaktsentralen må ha helsefaglig utdanning på bachelornivå, fylle kompetansekravene i akuttmedisinforskriften, ha faglige forutsetninger og gode nok språkkunnskaper til forsvarlig helsehjelp.

9.4.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften §§ 8 og 13 f stiller følgende kompetansekrav til operatør i legevaktsentral:

1. helsefaglig utdanning på bachelornivå
2. tilstrekkelig klinisk praksis
3. gjennomført tilleggsopplæring
4. gjennomført kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering

Operatører i legevaktsentral må kunne foreta medisinskfaglige vurderinger, prioritere og iverksette tiltak, som å gi råd og veiledning til innringer. Medisinsk kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, kjennskap til legevaktdistriktet, etisk kompetanse, datakyndighet og evne til samarbeid og samhandling er andre viktige kompetanser for operatørene. De fleste legevaktsentraler bruker utelukkende sykepleiere som operatører. Paramedisinere og legestudenter med studentlisens er andre grupper som fyller kravene om relevant utdanning på

bachelornivå. Det anbefales at nødvendig klinisk praksis bør være 2 års erfaring fra relevant tjeneste, og at man bør ha 3 måneders praksis i legevakt før man jobber som operatør i legevaktsentral.

Operatør må ha gode ferdigheter i norsk og engelsk, og bør kunne snakke samisk i områder hvor deler av befolkningen primært bruker dette. I områder med mange minoritetsspråklige pasienter kan det være fordel med kjennskap til ett av de fire vanligste minoritetsspråkene (arabisk, polsk, somali, urdu/punjabi), alternativt det minoritetsspråket som er vanligst i aktuelt legevaktdistrikt. Se også «Tolketjenester».

Legevaktledelsen må vurdere konkret hva som utgjør tilstrekkelig klinisk praksis. Med tilleggsopplæring forstås lokalt opplæringsprogram. Krav om kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering trer i kraft 1.5.2021. Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra kravene i forhold til de obligatoriske kravene dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstillt kravene.

Henvendelser til legevaktsentralen kan være komplekse og utfordrende. Kvalifikasjoner og egnethet vil derfor være viktig. Egnethet for arbeid i legevaktsentral er vanskelig å vurdere og ofte må den ansatte gjennomgå opplæring og prøveperiode før man ser om vedkommende passer til rollen.

9.4.b Praktisk

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

Legestudenter som operatør i legevaktsentral

Legestudent med studentlisens kan defineres som helsearbeider med utdanning på bachelornivå. Slike studenter kan jobbe som operatører i legevaktsentral, men må ha tett oppfølging. Basale kompetansekrav (punkt 1-4 i hovedteksten) er også gjeldende for dem.

Studentlisens (stud.med.) kan oppnås for legestudenter som har fullført minst 4 1/2 år av studiet med normal progresjon. Studenten søker om dette via Altinn og ved innvilgelse blir studenten oppført i Helsepersonellregisteret.

Rammer rundt studentlisens:

- Legevirkosomhet kan bare utføres ved sykehus eller annen helseinstitusjon og/eller som assistent hos praktiserende lege, under faglig veiledning og tilsyn av overordnet lege
- Lisensen gir ikke adgang til å utøve legevirkosomhet av selvstendig karakter eller være bakvakt
- Lisensen gir rett til å forskrive legemidler i gruppe B og C i sammenheng med arbeid som angitt i disse vilkår, på ansvarlig/overordnet leges eller sykehusets reseptblanketter, underlagt tilsyn og oppfølging, jf. forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 2-1 og § 4-1
- Lisensen gir ikke innehaveren rett til å kalle seg lege. Kun stud. med. kan benyttes som tittel

Lisensen står ytterligere beskrevet på: <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/lege#s%C3%B8k-om-autorisasjon>

9.4.c Referanser:

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- FOR-1998-04-27-455 Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>

9.5 Etikk

Leder har ansvar for å tilrettelegge for utvikling av medarbeiderens etiske kompetanse.

9.5.a Begrunnelse

Etisk kompetanse er en sentral del av helsepersonells plikt til å utføre sitt arbeid i tråd med kravene til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4. Ledelsen i legevakten skal, etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, sørge for at de ansatte kan oppfylle sine lovpålagte plikter, og må dermed sørge for at de ansatte har tilstrekkelig etisk kompetanse.

Legevaktarbeid er krevende fordi medarbeiderne møter mange pasienter og pårørende som er i en eller annen form for krisetilstand når de oppsøker legevakten. Med ujevne mellomrom vil medarbeiderne møte krevende etiske utfordringer.

Etisk kompetanse handler om å støtte opp under pasienters, pårørendes og helsepersonellens integritet og likeverd gjennom kommunikasjon og samhandling. Personell ved legevakter må kunne forstå når etiske hensyn står på spill. Lederne har ansvar for å tilrettelegge for en kontinuerlig utvikling av medarbeidernes etiske kompetanse. Dette forutsetter en samarbeidskultur der man jobber bevisst og systematisk med etiske problemstillinger. Etikk bør være et tilbakevendende tema på interne seminarer og i internundervisningen.

9.5.b Referanser

- Etiske regler for leger: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Bærøe K, Norheim OF. (2010). Etikk i legevaktarbeid: et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (Rapport nr. 6-2010). Bergen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/16350>
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, NSF
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 7.3 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

9.6 Utvikling og vedlikehold av kompetanse og fagkunnskap

Legevakten bør ha en plan for fagutvikling, og det bør være avsatt tid for både fagutviklere og andre ansatte til å oppdatere seg.

9.6.a Begrunnelse

Ledelsen på legevakten skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 at ledelsen skal ha oversikt over de ansattes kompetanse.

Utvikling og vedlikehold av kompetanse og fagkunnskap er både et lederansvar og et ansvar for den enkelte medarbeider. Faglig- og administrativ ledelse ved legevakten bør ha oversikt over den enkeltes kompetanse og på hvilke områder det er behov for oppdatering og økt kompetanse. Program, tema og en årlig plan for aktiviteter bør lages sammen med de tillitsvalgte. De obligatoriske kursene i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering bør repeteres med for eksempel fem års mellomrom, selv om det ikke er krav om repetisjon i forskriften.

Alt helsepersonell må få nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver. De skal også ha regelmessig trening i samhandling og samarbeid med alle leddene i den akuttmedisinske kjeden..

Det kan være en eller flere ansatte med en fast stillingsbrøk avsatt til fagutviklingsarbeid. Eksempler på arbeidsoppgaver kan være opplæring av nyansatte, å identifisere områder der det trengs mer kompetanse, å organisere fagdager, samt å oppdatere prosedyrer og faglige rutiner.

9.6.b Praktisk

Kompetanseutvikling kan oppnås på flere måter. Det er viktig å skape gode rammer for kompetanseutvikling, og en kultur for refleksjon. Kollektiv refleksjon og kollegial erfaringsutveksling kan skape ny kompetanse.

Det finnes også andre tiltak som kan iverksettes ved selve legevakten. Eksempler er:

- Fagdager
- Temakvelder
- Gjennomgang av e-læringskurs
- Tilrettelagt tid til egenlæring eller -oppdatering med jevnlig studiedager integrert i arbeidstiden til hver enkelt arbeidstager
- Trening på akuttmedisinske prosedyrer i team ved legevakten og sammen med andre samarbeidsaktører som AMK, ambulansetjenesten, politi og brannvesen
- Møter med samarbeidende parter hvor man gjennomgår prosedyrer, håndtering av spesifikke scenarier, reelle eller teoretiske case og lignende
- Kurs og fagdager som formidler tilbakemeldinger og erfaringer fra brukere, pårørende og etterlatte kan gi viktig læring i videre kvalitetsarbeid.

Andre aktiviteter det kan tilrettelegges for er:

- Kurs innen forskjellige emner
- Formelle utdanningsløp, som for eksempel videreutdanning
- Seminarer
- Konferanser
- Hospitering ved andre legevakter og hos samarbeidspartnere

9.6.c Referanser:

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

9.7 Trening i akuttmedisin

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

9.7.a Begrunnelse

I henhold til akuttmedisinforskriften § 4 skal kommunene og de regionale helseforetakene sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.

Trening i akuttmedisin kan bidra til forbedring av generell pasientsikkerhet, kvalitet og trygghet blant ansatte. Det er forskriftsfestet krav om samtrening med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Det kan være småskalaøvelser sammen med nære samarbeidspartnere. Øvelser på håndtering av akutt alvorlig sykdom eller skade med bare én pasient kan ha stor verdi for samarbeid og teamfølelse på tvers i den akuttmedisinske kjeden. Det er også viktig å arrangere større beredskapsøvelser sammen med AMK, akuttgjeldere, politi, brann, ambulanse og andre deler av den akuttmedisinske kjeden i tillegg til aktuelle kommunale tjenester og frivillige organisasjoner. Også beredskapsledelse i kommuner og helseforetak bør være delaktig i større øvelser. Evaluering og læring må vektlegges og ev. medføre nødvendige tilpasninger av etablerte rutiner og prosedyrer.

9.7.b Praktisk

For å få et godt utbytte bør treningen inkludere refleksjoner over praksis (debrief).

Her er et eksempel på hvordan samtrening kan organiseres:

- Organiser trening hver måned for små, tilfeldig sammensatte team, slik at sammensetningen er ulik for hver gang. Selv om hver ansatt ikke får være med hver gang, kan samtaler mellom kollegaer gi læringseffekt til flere gjennom året
- Gjennomfør praktisk simuleringsøvelse, enkelte ganger innendørs, andre ganger utendørs. Øvelsene bør være så realistiske som mulig
- Legg vekt på refleksjon over praksis rett etter simulering, i trygge omgivelser og med vekt på at deltagerne får reflektere over hvordan det opplevdes, hva som gikk bra og hva som kunne vært gjort annerledes
- Ta utgangspunkt i utstyret og lokalene, og velg lokale problemstillinger
- Ha en fasilitator som leder treningen, har tenkt litt på forhånd og kan observere fra sidelinjen
- Ha klare læringsmål
- Fasilitator leder debriefen. Sikre at alle forstår hvordan man trener og føler seg trygge. Skap kultur der det er lov å feile og stille "dumme spørsmål". Vær varsom og trygg under debriefen
- Øk læringseffekten og mestringsfølelsen til deltagerne ved å la dem gjennomgå to scenario med debrief
- Sørg for at pasientbehandlingen er i fokus
- Start enkelt og gjør det vanskeligere etter hvert
- Skap linker mellom det som oppstår på trening og utvikling av systemene
- En initial teorigjennomgang er nyttig for å etablere felles tankemodeller og språk.

Innhold i trening og opplæring

Under følger forslag til akuttmedisinske prosedyrer det kan øves på som en del av den akuttmedisinske treningen. Listen er ikke uttømmende:

- Akuttundersøkelse (ABCDE og sekundærundersøkelse)
- Luftveishåndtering
- Frie luftveier
- Munn til munn ventilering, bruk av pocketmaske og svelgtube
- Supraglottisk luftveishåndtering (larynkstube eller tilsvarende)
- O₂-behandling
- AHLR-algoritme
- Brystkompresjoner
- Defibrillering
- Stanse store blødninger
- Venepunksjon
- Bruk av nødnett
- Arbeids- og rollefordeling i akuttmedisinsk team
- Farevurdering og trygghetsplanlegging ved vold
- Assistert ventilasjon
- Intraossøs nål
- Pleurapunksjon
- CPAP
- Praktisk hypotermiprofylakse
- Immobilisering av traumepasient
- Fødselshjelp
- Trombolyse
- Grovreponering av brudd, inkludert smertebehandling

Andre tema som er aktuelle å ha mer eller mindre praktiske eller teoretiske gjennomganger av, kan være bryst smerter, vurdering av mulig hjerneslag, krampeanfallet hos voksne eller barn, akutte allergiske reaksjoner og så videre.

9.7.c Referanser:

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).
<https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>

9.8 Bruk av sjekklister

Helsepersonell ved legevakten bør gjennom opplæringsprogram og veiledning gjennomgå utsjekk på bruk av relevant medisinsk utstyr, akuttmedisinske prosedyrer, triage, bruk av beslutningsstøtteverktøy og annet verktøy som det forventes at man kan benytte. Slik utsjekk bør gjentas regelmessig.

9.8.a Begrunnelse

Ansatte skal ha nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver. Ledelsen skal ha oversikt over hvilken kompetanse hver enkelt medarbeider har, og tilrettelegge for at medarbeiderne skal kunne utføre de oppgavene det stilles krav om, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6. Å bruke strukturerte sjekklister og utsjekker gir god oversikt og kan samtidig gjøre det enklere for individuelt helsepersonell å vite hva de forventes å kunne.

9.8.b Praktisk

Utsjekk kan utformes som en sjekkliste med bakgrunn i opplærings- og kompetanseplaner. Sjekklisten kan med fordel deles inn i feltene *kan*, *usikker* og *kan ikke*. En oversikt over behovet for kompetanseheving blant medarbeiderne kan være et godt utgangspunkt for hvilke tema man skal velge på fagdager eller ved trening. Det kan være en fordel at oversikten er elektronisk.

Det bør legges til rette for trening i arbeidstiden. Trening på de kritiske prosedyrene man sjelden utfører, bør prioriteres.

9.8.c Referanse:

- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

10 Opplæringsplaner

Forslag til opplæringsplaner for leger og annet helsepersonell finnes på oppvakt.no.

11 Utrykning og sykebesøk

11.1 Utrykning fra legevakt

Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart. Kommunen må tilrettelegge for at lege og eventuelt annet helsepersonell kan rykke ut når det er medisinsk nødvendig. Lege må ha tilgang til nødvendig akuttmedisinsk utstyr.

11.1.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften § 6 c slår fast at legevakten skal "yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig".

Legevakten skal ha et system for internkontroll (styringssystem) for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, jf. helsetilsynsloven § 3 første ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

Internkontroll er systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5

Legen må kunne rykke ut umiddelbart ved varsling om røde responser. Ved andre akuttmedisinske hendelser er det legevaktlegen som skal vurdere om det er nødvendig å rykke ut. Vurderingen skal først og fremst gjøres på grunnlag av opplysningene om pasientens medisinske tilstand. Det kan være vanskelig å avgjøre om man bør rykke ut og legevakten må lage rutiner som sikrer at vaktlegen får nødvendig støtte i disse avgjørelsene. Slike rutiner kan være lokale retningslinjer, mulighet for å konferere med en kollega eller informasjon om muligheten til å be AMK-sentralen om utfyllende informasjon.

Umiddelbar utrykning forutsetter at kommunen har lagt til rette for det, med egnet fremkomstmiddel og nødvendig utstyr til diagnostikk, behandling og overvåkning. Bruk av helseforetakets ambulanse er ikke tilstrekkelig sikring av at plikten er oppfylt, blant annet på grunn av fare for samtidighetskonflikter.

Vaktlegen må også være informert om at vedkommende skal være tilgjengelig, selv om man ikke rykker ut. Så lenge hendelsen pågår, skal legen ha sin radioterminal i aktuell talegruppe, både for å kunne bli informert om utviklingen og å bidra med medisinske råd og andre råd til ambulansepersonell og AMK. Vurdering om at utrykning ikke er nødvendig, skal dokumenteres i pasientens journal.

Utrykning ved legevaktlege ved akuttmedisinske tilstander kan bedre kvaliteten på pasientbehandlingen på flere måter:

- Diagnostiske vurderinger og beslutninger om tiltak kan tas på et høyere kompetansenivå
- Innleggelsesvurderinger vil i mange tilfeller kunne gjøres med større sikkerhet på stedet. Hvis legens vurdering er at pasienten ikke trenger å transporteres videre, vil unødvendige kostnader til syketransport og sykehusutredning unngås. Dette er særlig relevant for sykehjemspasienter
- Hindring av unødvendig ambulansebruk vil bedre den totale beredskapen.

11.1.b Praktisk

Legevaktens personell bør på bakgrunn av lokale forhold, geografi, avstander og ressurstilgang i legevaktdistriktet utarbeide prosedyrer for utrykning. Prosedyren bør også omtale bruken av annet helsepersonell enn legen: Hvem skal vanligvis kjøre legevaktbilen, når skal annet legevaktpersonell være med, skal legen rykke ut alene? Journalføring når man ikke rykker ut bør omtales.

Det henvises til egne emner om legevaktbil, utstyr for utrykning og sykebesøk.

Faktorer som kan påvirke beslutningen om å rykke ut

Beslutningen om å rykke ut skal først og fremst gjøres på grunnlag av opplysningene om pasientens medisinske tilstand. Alvorlighetsgrad og hastegrad, slik den blir vurdert av AMK-sentralen og legen selv, er retningsførende.

En rekke faktorer påvirker beslutningen om å rykke ut umiddelbart eller eventuelt å avvente inntil videre før ny vurdering tas. Eksempler kan være:

- **Ressurser.** Selv om ambulanspersonell kan ha nødvendig kompetanse, kan det være behov for lokal lege på hendelsessted, for eksempel ved hjertestans og ulykker med flere skadde.
- **Mulig tilstand der pasienten skal eller kan fraktes til sykehus uten nærmere involvering av legevakten («fast track»).** Når AMK sender rød respons skal rask transport til relevant sykehusavdeling ha høyeste prioritet.
- **Andre og alternative ressurser er tilgjengelige for rask utrykning og rask tilbakemelding om den medisinske alvorlighetsgraden.**
- **Samtidighetskonflikt.** Legen er allerede opptatt med annen nødvendig aktivitet, for eksempel annen rød respons.
- **Avstanden til pasienten og andre ressurser, og andre geografiske faktorer.** Dette kan være reiserute eller plassering med tanke på enkleste transportrute til sykehus.
- **Mulighet til å styrke legebemanningen.** Hvis det er lange avstander i distriktet og legevaktlegen rykker ut til de mest perifere områdene, kan det svekke beredskapen ved legevakten. Dette kan sikres enten ved beredskapsbakvakt for utrykning i perifere deler av legevaktdistriktet, eller ved at annen lege kan ta over arbeidet ved legevaktstasjonen. Samarbeid med nabolegevakter spiller også inn ved vurderingen. Utrykningsplikten gjelder hele legevaktdistriktet, og det er pasientens medisinske tilstand som er avgjørende. Behov for rutiner for å styrke legebemanningen må derfor vurderes ut fra ROS-analyser.

- **Den potensielle nytteeffekten ved at det er lege tilstede.** Dette kan gjelde behovet for diagnostikk eller hastegradsvurdering på stedet, behandling og monitorering på stedet og underveis til sykehus eller legevakt, usikker diagnose der det kan være risiko for forverring i tilstand eller prognose, ledelsesaspekter på skadested, og en rekke andre forhold. Nyttebegrepet omfatter mye mer enn prognose i medisinsk betydning, som for eksempel betydningen av å ha lege tilstede for andre formål enn akuttmedisinsk innsats for den ene aktuelle pasienten.
- Selv om luftambulansse er på vei til skadested eller pasient, bør legen oftest rykke ut. Luftambulansse kan bli forhindret på grunn av vær, samtidighetskonflikt og flytidsbestemmelser.

11.1.c Referanser:

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- LOV-1984-03-30-15. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). <https://lovdata.no/lov/1984-03-30-15>

11.2 Legevaktbil

For at helsepersonell i legevakten skal kunne rykke ut umiddelbart når det er nødvendig, bør det organiseres med egen legevaktbil med nødvendig utstyr.

11.2.a Begrunnelse

Etter akuttmedisinforskriften § 9 skal kommunen sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner både på legevakten og ved utrykning.

Selv der hvor det ellers er lagt til rette for, eller er vanlig å rykke ut i følge med ambulansse, må kommunen legge til rette for at lege i vakt og legevaktpersonell kan rykke ut umiddelbart, i praksis ved hjelp av legevaktens kjøretøy. Dette begrunnes i forskriftsteksten og at helseforetaket ikke har noen plikt til å tilrettelegge sin virksomhet for å transportere legevaktlegen. Det kan også være samtidskonflikter der ambulansse ikke er tilgjengelig, eller at det kan være behov for flere personer fra legevakten enn legen alene.

Legevaktbilen må ha utstyr for kommunikasjon med ambulansse, AMK og legevaktsentral, som mobiltelefon og nødnettsamband. Det anbefales at bilen utstyres med kart/GPS, statusoppdatering og mulighet for mottak av informasjon som tekst fra AMK /legevaktsentral.

11.2.b Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv: Krav til godkjenning og bruk av ambulanser og andre helserelevante kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene. (IS-nummer: IS-12/2015). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/krav-til-godkjenning-og-bruk-av-ambulanser-og-andre-helserelevante-koeretoy-i-de-akuttmedisinske-tjenestene>
- Aksnes A, Mikaelsen PM, Valdernesnes G, Zachariassen S, Øen TO. (2014). Legevakt - Nasjonal uniformering. (Rapport Nr. 6-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <https://bora.uib.no/handle/1956/9647>

11.3 Legevaktbil: Medikamenter og medisinsk utstyr

Dersom legevakten har legevaktbil, skal den ha nødvendig og tilstrekkelig medisinsk utstyr til at vaktlege kan undersøke, diagnostisere, behandle og monitorere legevaktens pasienter – ved sykebesøk og på utrykning – døgnet rundt.

11.3.a Begrunnelse

Utstyret i legevaktbilen må oppfylle grunnleggende krav til forsvarlig medisinsk virksomhet og akuttmedisinforskriftens § 9 om krav til utstyr i kommunal legevakt. Legevaktbilen må kunne nyttes til både akuttutrykning og til sykebesøk. Den bør derfor utstyres som et mobilt legekontor, med alt nødvendig utstyr, inkludert laboratorieutstyr og medikamenter. Den bør også ha journaltilgang.

11.3.b Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no

11.4 Legevaktbil: Utforming og godkjenning

Uniformering og merking av legevaktbil bør følge retningslinjer i rundskriv og bruk av ambulanser og andre helserelevante kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene.

11.4.a Begrunnelse

Helsedirektoratets [rundskriv](#) setter krav til godkjenning og bruk av ambulanser og andre helserelevante kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene.

Bruk av legevaktbil som utrykningskjøretøy, er regulert i forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy § 2 nr. 3.

Det vises for øvrig til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisins [rapport Legevakt - Nasjonal uniformering \(2014\)](#).

11.4.b Praktisk

Skal legevaktbilen brukes som utrykningskjøretøy, må den godkjennes som utrykningskjøretøy av Statens vegvesen, jf. [forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy](#) § 2 nr. 3. Før slik godkjenning kan søkes, må det foreligge anbefaling fra politimesteren og vedtak om utrykningsstatus fra det regionale helseforetaket. Disse skal legges ved søknaden.

Søknad til politimesteren om anbefaling må inneholde en begrunnelse for behovet, opplysninger om hvor kjøretøyet skal benyttes, grunnleggende opplysninger om kjøretøyet, eier og lignende. Det anbefales å kontakte helseforetaket man tilhører for veiledning når søknaden skal skrives.

Når anbefaling fra politimester foreligger, kan man søke om utrykningsstatus hos det regionale helseforetaket. Eventuelt avslag kan påklages til Vegdirektoratet, jf. forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy § 6.

Legevakten kan utstyre legevaktbilen med blålys og sirene når den er godkjent som utrykningskjøretøy.

Profilering av legevaktbil

Legevaktbil bør være merket i samsvar med anbefalinger i Helsedirektoratets rundskriv om krav til godkjenning og bruk av ambulanser og andre helserelaterte kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene) og IS 12/2015.. Figuren under viser anbefalt profilering fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2014).



Figur. Profilering av legevaktbil

11.4.c Referanser

- Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv: Krav til godkjenning og bruk av ambulanser og andre helserelevante kjøretøyer i de akuttmedisinske tjenestene. (IS-nummer: IS-12\2015). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/krav-til-godkjenning-og-bruk-av-ambulanser-og-andre-helserelevante-kjoretoyer-i-de-akuttmedisinske-tjenestene>
- Aksnes A, Mikaelson PM, Valdernesnes G, Zachariassen S, Øen TO. (2014). Legevakt - Nasjonal uniformering. (Rapport Nr. 6-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <https://bora.uib.no/handle/1956/9647>
- FOR-2002-01-18-55 Forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-01-18-55>
- Rundskriv IS-12/2015

11.5 Sykebesøk

Legevakten skal til enhver tid ha tilbud om sykebesøk for å vurdere, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander. Legevakten må ha rutiner og prosedyrer for dette, basert på lokale forhold.

11.5.a Begrunnelse

Det følger av akuttmedisinforskriften § 6 bokstav b at legevakten skal ha tilbud om å utføre sykebesøk. Sykebesøk defineres her som at vaktlegen reiser til pasienten etter en henvendelse om helsehjelp som ikke kan eller bør vente, men der det ikke kreves utrykning. Sykebesøk er primært et tilbud om diagnostikk, behandling og vurdering av pasienter som på bakgrunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke bør eller bare med stort besvær og belastning kan møte frem i legevaktlokalet, eller når legen vurderer at sykebesøk er nødvendig eller best for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

11.5.b Praktisk

Legevakten må ha nødvendig transportmiddel og utstyr for å utføre sykebesøk på en god måte. Aktiviteten på legevakten bør tilpasses muligheten og behovet for sykebesøk, både når det gjelder antall leger på vakt og hvor mange medarbeidere som trengs, blant annet slik at legen i minst mulig grad reiser alene i sykebesøk.

Beslutning om sykebesøk må skje etter en samlet vurdering av den medisinske problemstillingen, pasientens funksjonsnivå og omsorgssituasjon, samt alternative transportmåter. En hovedregel kan være at dersom pasienten trenger ambulansetransport for å komme til legevakten, men det ikke er sannsynlig at pasienten skal legges inn i sykehus, bør det vurderes om sykebesøk er mer hensiktsmessig.

Ved noen tilfeller av psykisk sykdom bør legevaktens vurdering og oppfølging skje ved sykebesøk. Vurdering i pasientens vante omgivelser og med pårørende eller omsorgspersonell til stede, kan ha mange fordeler. Spesielt må sykebesøk vurderes som beste handlingsvalg hvis alternativet er transport mot pasientens vilje, ved vurdering av tvungen legeundersøkelse, fengsel og arrest eller der vurdering av hjemme- eller omsorgssituasjonen anses som viktig.

11.5.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- NOU 2015:17. (2015). Først og fremst. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Den norske legeforening. (2015). En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspills rapport for en bedre legevakt. <https://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf>
- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.6 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Kongsvik LT. (2017). Suksesslegevakt på fire hjul. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2017/05/aktuelt-i-foreningen/suksesslegevakt-pa-fire-hjul>
- Hallgren IL, Mikaelson PM. (2009). Legebemannet utrykningsbil i legevakt. (Rapport nr.-6-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/6253>

11.6 Følge av lege til sykehus

Legevakten ledelse skal legge til rette for at vaktlege kan følge med i ambulansen dersom det er behov for legekompetanse for å undersøke, behandle eller overvåke pasienten.

Legevakten bør utarbeide rutiner og prosedyrer for dette basert på lokale forhold.

11.6.a Begrunnelse

Noen ganger tilsier pasientens medisinske tilstand at lege bør følge i transport til sykehus. Det kan også være at legen vurderer følge som viktig av hensyn til behandling med medikamenter eller for å vurdere slik behandling underveis.

Ledelsen på legevakten skal organisere tjenesten slik at de ansatte blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder kravet til forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Ledelsen på legevakten må derfor planlegge tjenesten slik at lege kan følge pasient når det anses nødvendig.

I slike tilfeller kan det ofte være aktuelt å tilkalle luftambulansse med anestesilege. Legevaktlegen trenger da ikke alltid følge pasienten inn til sykehuset.

Ved svært lange avstander med lengre legefravær i distriktet, må det foretas vurderinger som balanserer nytteverdien ved følge med ulempen ved å være borte fra distriktet. Hvis det er stor fare for samtidighetskonflikter når legen følger i ambulansse til sykehus, må legevakten organisere vaktordningen slik at dette unngås. Ordninger med bakvakt eller flere leger på vakt bør da vurderes. Lang avstand til sykehus og dermed langvarig fravær fra legevaktstasjonen for legen, er i seg selv ikke en god grunn for å la være å følge en kritisk syk eller skadet pasient til sykehuset.

11.6.b Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (23.8.2018).

11.7 Verneutstyr for utrykning og sykebesøk

Legevakten skal sørge for personlig verneutstyr til leger og annet helsepersonell ved utrykning og sykebesøk.

11.7.a Begrunnelse

Det følger av arbeidsmiljøloven § 3-2 andre ledd og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 15-1, jf. § 15-2, at arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakere bruker personlig verneutstyr, blant annet når arbeidstakeren er i risiko for å bli utsatt for biologiske faktorer. Arbeidsgiver skal videre sørge for at personlig verneutstyr stilles til rådighet for de ansatte.

Personlig verneutstyr skal verne arbeidstakerne mot farer som kan true deres sikkerhet og helse. Hva slags type verneutstyr som er egnet til forskjellig type arbeid, vil være basert på arbeidsgivers risikovurdering.

Informasjon om verneutstyr finnes på Arbeidstilsynets temasider om personlig verneutstyr.

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/personlig-verneutstyr/>

11.7.b Praktisk

Relevante linker:

Verneutstyr ved utrykning og sykebesøk bør være egnet til å bruke i friluft uavhengig av værforhold. Med verneutstyr menes bekledning med synlige farger, refleksmerking, hjelm, briller,

lommelykt, støvler/skotøy, regntøy etc. Arbeidstøy og verneutstyr som brukes på arbeidsplassen, skal til enhver tid gi fullt forsvarlig vern av personellet.

En uniform skaper ensartethet og samhörighet. Uniform forplikter, skaper trygghet og identifisering, og gir nødvendig autoritet. Uniformen kan bidra til at legevakttjenesten oppfattes som en profesjonell akuttmedisinsk aktør. Det anbefales derfor å bruke ensartet uniformering av legevakttjenesten. Uniform bør tydelig merkes med yrkestittel som «lege» eller «sykepleier». Legevakttjenesten i Norge bør benytte ytterbekledning (jakker) med EN 471-godkjenning for verneklasse 2. Bukser klassifiseres som arbeidstøy, og det må benyttes vernevest (verneklasse 2) i tillegg for å oppnå tilstrekkelig refleksmerking jf. EN 471. Det anbefales å følge rådene om standarder gitt i rapporten Legevakt - Nasjonal uniformering (2014).

Arbeidstøy for bruk inne i legevakt er omtalt under emnet «Arbeidstøy og personlig verneutstyr» i kapittelet «Utstyr». Under samme emne finnes utdypende informasjon om bakgrunnen for bruk av arbeidstøy og personlig verneutstyr, og krav til disse.

11.7.c Referanse

- LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>)
- FOR-2011-12-06-1355. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. (2011). <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-06-1355>
- Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>

11.8 Dødsfall

Legevakten skal sørge for at vaktlege kan gi erklæring om dødsfall som legevakten kontaktes om eller som skjer under behandling i legevakt.

11.8.a Begrunnelse

I følge helsepersonelloven § 36 har lege plikt til å gi erklæring om dødsfall de blir kjent med i sin virksomhet. Bestemmelsen forutsetter at leger, som blir tilkalt til en død person, vil ha plikt til å vurdere den døde for deretter å utferdige melding om dødsfall. Dette gjelder når legen har vært tilstede under dødsfallet, når legen har vært tilkalt for å konstatere at døden har inntrådt og når legen har vært tilkalt til en syk eller skadet, men har kommet frem etter at døden har inntrådt.

Helsedirektoratet har konkludert med at det også ved forventede dødsfall skal en lege konstatere døden. Legen kan være fastlege, legevaktlege, bakvakslege, sykehjemslege eller annen lege.

Legens hovedoppgave er å fastslå at døden har inntrådt og vurdere om dødsfallet skal meldes til politiet. Ved mistanke om unaturlig dødsfall skal politiet kontaktes umiddelbart. Dersom

dødsfallet skyldtes skade, skal i tillegg legen sende eget skjema til Dødsårsaksregisteret om skadetyper og omstendighetene.

Ved forventede dødsfall kan stadfestelse av døden gjennomføres ved elektronisk overføring av lyd og bilde og ved at annet helsepersonell bistår legen i nødvendige fysiske undersøkelser. Bakgrunnen for et ønske om en slik mulighet er at det ligger store utfordringer i å sikre tilstrekkelig legeressurser for å sikre at syning av lik (stadfestelse av døden) skjer i tråd lovens krav. Særlig vil dette være utfordrende for kommuner (og legevaktdistrikt) med store avstander. Video, lydopptak og bruk av stillbilder brukes i økende grad både i pasientbehandling og andre tjenestetilbud i helse- og omsorgssektoren, og kan også være egnet her ved at sykepleier dokumenterer dødsfall i kommunikasjon med legen. Helselovgivningens alminnelige regler for behandling av helse- og personopplysninger vil gjelde ved bruk av video-, lyd- og bildeopptak.

Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for vurdering og håndtering av henvendelser om dødsfall, og for håndtering av dødsfall som skjer under behandling på legevakt. Prosedyrene bør blant annet omtale lokale rutiner ved forventet dødsfall i institusjon eller i hjemmet, og mulighet for oppfølging av etterlatte. Hastegrad for stadfestelse av døden må vurderes ut fra omstendighetene til dødsfallet.

Ut i fra kravet til forsvarlig virksomhet må det forventes at kommunen organiserer og ressurssetter tjenesten slik at det er en lege som stadfester døden, også ved ventede dødsfall. Fortrinnsvis bør dette være en sykehjemslege eller fastlege som kjenner pasienten. Om for eksempel en legevaktlege eller bakvaktlege skal prioritere å rykke ut i forbindelse med et ventet dødsfall, må bero på en medisinskfaglig vurdering og kravet til faglig forsvarlig virksomhet. Situasjonen kan i enkelte tilfeller være slik at denne oppgaven må prioriteres lavere enn andre øyeblikkelig hjelp oppgaver og pårørende må da vente. Å rykke ut i forbindelse med et ventet dødsfall kan bety at legens tilgjengelighet blir redusert. Kommunen kan derfor organisere seg slik at dette bare unntaksvis utføres av legevaktlege.

Pårørende er bestiller av dødsmeldingen. Begravelsesbyrå opptre som regel på pårørendes vegne, og legeerklæringer kan derved utleveres byrået. Døds erklæring sendes skifteretten/lensmannskontor.

11.8.b Referanser

- LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Veiledning for leger: Slik skal dødsmeldingen fylles ut. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/slik-skal-dodsmeldingen-fylles-ut/>Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no

12 Vold og overgrep

Legevakten bør utarbeide retningslinjer og prosedyrer for hvordan de skal ivareta og håndtere henvendelser om vold og overgrep.

12.1.a Begrunnelse

Akuttmedisinforskriften §§ 7 og 8 slår fast at alt helsepersonell på legevakt skal ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Retningslinjene bør omhandle personellressurser, kompetanse, medisinsk faglige prosedyrer og samhandling med resten av helse- og omsorgstjenesten. Dette inkluderer å kunne gi råd til den utsatte om hva som er hensiktsmessig å gjøre for ikke å forspille bevis. I tillegg bør medarbeiderne kjenne til nærmeste overgrepsmottak.

- Pasienter utsatt for vold i nære relasjoner skal håndteres i den kommunale helse- og omsorgshelsetjenesten. Andre henvendelser om vold omfatter blant annet «utelivsvold» eller «gatevold». Alle disse skadene bør dokumenteres rettsmedisinsk.
- Spesialisthelsetjenesten har ansvar for overgrepsmottakene og skal behandle pasienter utsatt for seksuelle overgrep. Omfatter relasjonsvolden også seksualvold, bør pasienten henvises overgrepsmottak.
- Utredning og behandling av barn utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner er en spesialistoppgave og skal henvises til barneavdeling med spesialkompetanse eller til Statens barnehus.

12.1.b Praktisk

Legevaktspersonell har ansvar for å avdekke om barn, voksne og eldre utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er et krav om at alle medarbeidere i legevakt skal ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering innen 1.5.2021.

Kurset finnes her:

<https://kurs.uni.no/>

Legevakten bør ha brosjyrer, hjemmesider eller monitorer som viser at vold i nære relasjoner er noe legevakten er opptatt av og har kunnskap om.

Flere verktøy og annen støtte:

[Veileder om helse- og omsorgspersonells arbeid mot vold i nære relasjoner](#)
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (NKVTS)

Veilederen er delt inn i 4 deler, vold mot barn, personer som utøver vold og overgrep, negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse og vold og overgrep mot voksne og eldre.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at henvendelser om vold og overgrep kan behandles forsvarlig.

Akuttbehandling omfatter vanligvis følgende:

- **Medisinske forhold.** Behandle skader og sykdom, iverksette oppfølging og eventuelt gi sykmelding

- **Rettsmedisinske forhold.** Skadedokumentasjon og sporsikring, informere om tema som bistandsadvokat, politiets arbeid og roller mht. forebygging og etterforskning, rettsapparatet
- **Psykisk helse.** Krisestabilisering og eventuell intervensjon og henvisning. Informere om mulig oppfølging i form av nettverksarbeid, psykoedukasjon og terapi. Informere om oppfølgingsmuligheter ved for eksempel krisesenter, familievernkantor, kommunale eller spesialiserte helse- og omsorgstjenester
- **Sosiale forhold.** Vurdering av sikkerhet og barnevern og trygt oppholdssted. Eventuelt gi informasjon om senere mulige rammer for rehabilitering, inkludert bolig, arbeid, utdanning og økonomi

Se også oppslag under «[Samarbeid: Overgrepsmottak](#)».

12.1.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Helsedirektoratet. (2007). Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. (IS-1457). Oslo. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-helsetjenesten-ved-overgrepsmottak> .
- Nettkurs i volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell. (2017). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. www.oppvakt.no
- Meld. St. 15 (2012-2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/> .
- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 5.4 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017. Oslo. <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/vold-i-nare-relasjoner/innsikt/handlingsplan-mot-vold-i-nare-relasjoner/id2340080/>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Nasjonalt kompetansesenter for legevakt. Faggruppe - overgrepsmottak. www.overgrepsmottak.net

13 Ansattes sikkerhet

Kommunen/legevakten skal kartlegge og vurdere risikoen for skade på eller fare for arbeidstakernes helse og sikkerhet. Kartlegging skal omfatte de faktorer som kan påvirke arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og sikkerhet. Legevakten skal også sette i verk nødvendige tiltak for å ivareta sikkerheten og gi oppfølging etter hendelser.

13.1.a Begrunnelse

Arbeidsmiljøet skal etter arbeidsmiljøloven § 4-1 være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd.

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler som hendelser hvor arbeidstakere blir utskjelt, utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet fra tredjepart eller angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære. Vold og trusler kan komme til uttrykk på telefon, ansikt til ansikt, skriftlig eller gjennom elektroniske medier som e-post, internett og sosiale medier.

Opplevelser med vold og trusler kan føre til problemer i ettertid for den som blir utsatt for det. Dette kan dreie seg om nedsatt konsentrasjon, redusert evne til å lytte til pasientene, grubling og påtrengende tanker hvis man kommer opp i lignende situasjoner, lav jobbtrivsel og redusert livskvalitet. Frykt for vold kan også føre til at man unngår eller begrenser deltakelse i legevaktarbeid, økt gjennomtrekk av ansatte og dermed også til økt behov for å rekruttere og lære opp nye ansatte.

Voldelig adferd kan skje som følge av kommunikasjonssvikt, interessekonflikter eller lang ventetid.

13.1.b Praktisk

Gode og tilpassede sikkerhetstiltak krever at det utføres risikovurdering og systematisk kartlegging. En kartlegging kan avdekke i hvilke situasjoner legevaktpersonell har blitt utsatt for vold og trusler og kan gjerne skje på arenaer der legevaktpersonalet møtes, som på personalmøter eller fagmøter. Systematisk registrering og kartlegging av omfanget av vold og trusler, kan gi legevakten en god oversikt over problemets omfang. God lokalkunnskap og erfaring gir et godt grunnlag for å forutsi hva slags situasjoner legevaktpersonell kan tenkes å havne i. Risikovurderingen bør inkludere forhold utenfor legevakten som avstand til eksterne samarbeidspartnere (politi, ambulanse), befolkning (kultur, sosiodemografiske forhold), forhold på legevakten (fysisk utforming, ventetider, bemanning, alarmsystemer, sikkerhetskultur) og individuelle forhold (opplæring, bevissthet om egne grenser).

Risikovurdering skal gjentas regelmessig og foretas i samarbeid med arbeidstakerne (verneombud) og dokumenteres. Episoder med vold eller trusler skal meldes til arbeidsgiver, og ved alvorlige tilfeller skal episoden også meldes til politiet.

Registrerte hendelser kan brukes som grunnlag for risikovurdering. Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE) er et skjema som er utviklet spesielt for å registrere aggressive hendelser på legevakt og for å fange opp hendelser som er så alvorlige at de bør følges opp. Skjemaet kartlegger forhold som alvorlighetsgrad av hendelsen, tidspunkt og sted, hvem som var involvert, utløsende faktorer og tiltak for å stoppe aggresjon. Skjemaet kan lastes ned gratis fra: https://uni.no/media/manual_upload/Nklm_SOAS-RE_norsk.pdf

Det er viktig med lokal kartlegging og tilpassede sikkerhetstiltak. Sikkerhetshensyn i utformingen av legevaktlokalet er omtalt under emnet «Utforming av legevaktlokalet» i kapittelet «Lokaler».

Organisatoriske tiltak for å øke sikkerheten

Organisatoriske tiltak for å øke sikkerheten er:

- Ha mer enn én person på vakt
- Tilstrekkelig bemanning og mulighet for å være to personer ved antatt truende situasjoner
- Begrensning av arbeids- og tidspress
- Gi ansatte informasjon om kjente risikoforhold
- Tilrettelegging for et godt psykososialt arbeidsmiljø preget av samarbeid, sosial støtte og trivsel
- Begrens ventetiden, antall personer og frustrasjonen på legevaktens venterom ved å:
 - Ha rutine for at pasienter skal ringe legevaktsentralen før oppmøte
 - Bruk telefontriage med henvisning til fastlege for tilstander som kan vente
 - Avtal oppmøtetider for pasienter som ringer til legevaktsentralen
 - Gi informasjon til pasienter om forventet ventetid på legevakten
- Sørg for opplæring i sikkerhet ved å gjennomgå lokale sikkerhetsrutiner og å øve på potensielle situasjoner – gjennomgå PLIVO (pågående livstruende vold) kurs sammen med samarbeidende nødetater
- Skape en sikkerhetskultur i legevakten
- Vurdere tilgang til politi og evt. vokterassistanse men henblikk på tid fra hendelse til hjelp kan påregnes
- Oppfordre ansatte til å melde avvik om hendelser

Rutiner for oppfølging av hendelser

Legevakten bør også ha rutiner for oppfølging av episoder med vold eller trusler. Anbefalte rutiner er:

- Tilbud om noen å snakke med etter hendelsen (ev. kollegastøtte) – ev. oppfølging med formell debriefing av involvert personell
- Dokumentasjon i journalsystemet
- Utfylling av avviksskjema til arbeidsgiver
- Utfylling av yrkesskadeskjema ved fysisk skade eller psykisk belastning
- Arbeidsgiver ved nærmeste leder skal vurdere videre behov for oppfølging av utsatte, for eksempel oppfølgende samtale, profesjonell helsehjelp og evt politianmeldelse
- Hjelp den ansatte til å komme raskt tilbake i legevakt

Anmeldelse av hendelser

Legevakten bør utarbeide rutiner for å sikre at straffbare handlinger som vold, grove trusler, eller truende atferd som gir reell grunn til frykt, samt tyveri og forfalskning av resepter blir anmeldt til politiet. Arbeidsgiver bør anmelde vold på vegne av den ansatte da dette ikke er en privatsak,

men et angrep mot legevakten som arbeidsplass. Når arbeidsgiver anmelder, bidrar dette til å redusere den betydelige merbelastningen det er for arbeidstaker når vedkommende selv må stå som anmelder og eventuelt ta saken til rettssystemet

Ved tvil om hendelsen bør anmeldes, kan man konferere med politiet. Ved alvorlig skade skal leder for legevakten melde fra til Arbeidstilsynet og nærmeste politimyndighet.

13.1.c Referanser

- LOV-2005-06-17-62. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. Vold og trusler. Forebygging, håndtering og oppfølging. <https://www.arbeidstilsynet.no/voldogtrusler>
- HelseDirektoratet. (2017). Kartlegging av vold mot helsepersonell. Oslo. <https://helseDirektoratet.no/nyheter/forebygging-av-vold-mot-helsepersonell>
- Hansen EH, Hunskaar S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.8 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Joa T, Morken T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. Scand J Prim Health Care 30: 55-60.
- Morken T, Johansen IH. (2013). Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres - a cross-sectional study BMC Health Services Research 13: 384 doi:10.1186/1472-6963-13-384.
- Morken T, Johansen IH, Alsaker K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: A focus group study. BMC Fam Pract 16: 51. doi: 10.1186/s12875-015-0276-z.
- Morken T, Alsaker K, Johansen IH. (2016). Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study. BMC Fam Pract 17: 54. DOI 10.1186/s12875-016-0454-7.

14 Samarbeidsparter

14.1 Samarbeid med fastlegene

Legevakten skal samarbeide med fastlegene i legevaktsdistriktet for å sørge for nødvendig oppfølging av pasienter.

14.1.a Begrunnelse

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 at legevakten skal samhandle med andre deltjenester i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene, jf.

fastlegeforskriften § 8 første ledd.

14.1.b Praktisk

Det anbefales å lage lokale avtaler slik at legevaktens personell kan sette opp pasienter i fastlegens timebok neste virkedag innenfor rammen av reglene om taushetsplikt. For å sikre at fastlegen kan gi god oppfølging til pasienten, bør legevakten sende kopi av journalnotatet til pasientens fastlege med mindre pasienten motsetter seg det.

Se også kapittel 6.2 om journalføring.

14.1.c Referanser

- FOR-2012.08-29-842. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (23.8.2018).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Rundskriv til Akuttmedisinforskriften.(I-5/15). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/>
- Hansen EH, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 1.4 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>

14.2 Samarbeid med akuttmedisinske tjenester

Kommuner og helseforetak skal ha en aktiv felles arena for planlegging, dimensjonering og lokalisering av de akuttmedisinske tjenestene.

Partene skal samarbeide om felles akuttmedisinsk trening.

14.2.a Begrunnelse

Avtale om samhandling og samarbeid mellom kommunene og helseforetakene er forankret i akuttmedisinforskriften § 4, helse- og omsorgstjenestelovens §§ 6-1 og 6-2 og spesialisthelse-tjenesteloven § 2-1 e. Avtalen er like forpliktende for begge parter. Kommunene og de regionale helseforetakene skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11 (tjenesteavtale 11) sikre hensiktsmessige og omforente beredskapsplaner for den akuttmedisinske kjeden. Partene skal sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene.

Lokalisering og dimensjonering av legevaktstjenesten og ambulansetjenesten må til sammen sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. De bør også inneholde

samarbeid med akuttmottak i sykehus og en beskrivelse av lokal tverrfaglig akuttmedisinsk trening.

Kommuner og helseforetak må i samarbeid jevnlig gjennomføre ROS-analyser for å sikre at det akuttmedisinske tilbudet er dimensjonert ut fra reelle behov. Fordi de har et felles ansvar for total beredskap, kan ingen av partene endre dimensjoneringen av sin akuttmedisinske beredskap uten at det skjer i samarbeid og dialog med de andre samarbeidspartnerne.

For mer informasjon om samtrenting, se emnet «Trening i akuttmedisin» i kapittelet «Kompetanse og opplæring». Se også emnet «Lokalisering» i kapittelet «Legevaktlokalet»

Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- LOV-1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Rundskriv til Akuttmedisinforskriften. (Nr: I-5/15). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/>
- NOU 2015:17. (2015). Først og fremst. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak - Nasjonal veileder **Veilederen kan lastes ned her.** (pdf)

14.3 Samarbeid med Politiet

Legevakten skal ha rutiner for samarbeid med politiet og bør sikre at samarbeid med politiet gjennomgås som en del av opplæringsplanen for alt helsepersonell.

14.3.a Begrunnelse

Det følger av akuttmedisinforskriften § 4 at kommunene skal sikre at legevaktens tjenester er samordnet med de andre tjenestene i den akuttmedisinske kjeden og de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Dette innebærer at legevakten må ha rutiner for samarbeid med politiet.

Legevakten samarbeider med politiet i felles oppdrag, situasjoner der politiet trenger medisinsk bistand og situasjoner der legevakten trenger hjelp for å ivareta pasienter eller helsepersonellens sikkerhet.

Det bør etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi, som bør omfatte:

- regelmessige møter for utveksling av informasjon

- avtale om hvem som bør kontaktes i ulike situasjoner
- rutiner for samarbeid med media ved ulike hendelser

I tillegg bør legevakten sikre at alt helsepersonell kjenner de lover, rundskriv og rutiner som regulerer samarbeid og kontakt med politiet. Det bør foreligge skriftlige rutiner for sakkyndighetsoppdrag. Alt helsepersonell må også ha kunnskap om den nasjonale prosedyren for pågående livstruende vold (PLIVO). Legevaktlegen og annet helsepersonell bør ta PLIVO-kurs og delta i PLIVO-øvelser.

14.3.b Praktisk

Situasjoner der legevaktpersonell kan ha behov for bistand fra politiet

- Ved voldelige eller truende pasienter, der politiet kan sørge for helsepersonellens sikkerhet under konsultasjon, hjemmebesøk og transport av pasient
- Ved behov for hjelp til å sikre adgang til undersøkelse og sikkerhet under transport ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Politiet kan ta pasienten i midlertidig forvaring dersom vedkommende er til fare for seg selv eller andre
- Ved behov for å ta seg inn i hus eller lokaler for at syke skal få hjelp, der dette er dekket av lovverket om hva som er nødvendig hjelp
- Ved trippelvarsling, dvs. varsling av de to andre nødetatene ved behov for alle tre

Situasjoner der politiet kan trenge hjelp fra legevakten

- Ved rekvisisjon av sakkyndighetstjenester, for eksempel undersøkelse og prøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand. Leger, sykepleiere, bioingeniører og helsesekretærer kan pålegges å ta disse prøvene
- Undersøkelse av pasient før arrest
- Beredskap ved skarpe oppdrag – varsles via AMK
- Sikring av spor etter voldshendelser

Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt og plikt til å varsle står nærmere beskrevet i:

Helsedirektoratet. (2015). Helsepersonellens taushetsplikt – Rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. (Rundskriv IS-9-2015). Oslo.

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonellens-taushetsplikt-rett-og-plikt-til-a-utlevere-pasientopplysninger-til-politiet>

14.3.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Helsedirektoratet. (2012). Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. (Rundskriv IS-5-2012). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no
- Tvetter I. (2011). Ikke bare svart og hvitt - Når politi og sykepleier skal samarbeide på en legevakt. Masteroppgave, UIO. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28223>

14.4 Samarbeid med fengselshelsetjenesten

Legevakten bør utarbeide samarbeidsrutiner med fengselshelsetjenesten for å avklare legevaktens rolle i øyeblikkelig hjelp til innsatte.

14.4.a Begrunnelse

Kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter også tjenester til innsatte i fengsler i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler organiseres i en egen fengselshelsetjeneste.

Dersom det oppstår behov for akuttmedisinske tjenester når fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig, skal innsatte sikres nødvendig helsehjelp. Legevakten bør avklare med fengselshelsetjenesten når det kan være behov for at legevakten yter helsehjelp til de innsatte, og hvordan det skal organiseres.

14.4.b Praktisk

Det er viktig at kriminalomsorgens personell videreformidler innsattes anmodning om helsehjelp slik at vurderinger foretas av helsepersonell. Det anbefales at den innsatte selv får anledning til å snakke direkte med helsepersonell ved legevakten. Det kan være hensiktsmessig med et tett samarbeid og felles kompetanseutvikling mellom legevaktstjenesten og fengselshelsetjenesten.

Innsatte i fengsel er sykere enn befolkningen for øvrig, spesielt psykisk helse og rusproblematikk kan være aktuelt. Innsatte kan overføres mellom fengsel eller innsettes på tidspunkt hvor den ordinære helse- og omsorgstjenesten ikke er tilgjengelig. Det kan da være behov for avrusning eller den innsatte har behov for legemidler.

14.4.c Referanse

- Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel>

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

14.5 Samarbeid med brann- og redningstjenesten

Legevakten skal samarbeide med kommunal brann- og redningstjeneste ved brann, ulykker og katastrofer.

14.5.a Begrunnelse

Det følger av akuttmedisinforskriften § 4 at kommunene skal sikre at legevaktens tjenester er samordnet med de andre tjenestene i den akuttmedisinske kjeden og de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Dette innebærer at legevakten må ha rutiner for samarbeid med brann- og redningstjenesten.

Ved brann, ulykker og katastrofer kan brannvesenets innsats være avgjørende for helsepersonellens mulighet til å gi god helsehjelp, for eksempel ved effektiv frigjøring av pasient, sikring, flytting eller transport av pasient og ved å utgjøre ekstra hender når det behøves. Brannvesenet har ordensmyndighet inntil politiet ankommer stedet.

Brann- og redningstjenesten er ulikt organisert i landet. I større kommuner kan det være tilstedevakt hele døgnet, mens det i mindre kommuner oftest er deltidsansatte med beredskapsvakt. Organiseringen påvirker responstidene. Varsling av brannvesenet skjer normalt sett via AMK-sentralen.

Mange steder samarbeider legevakten tett med brannvesenet, basert på lokale avtaler. Brannmannskap på vakt fungerer flere steder som sjåfør på legevaktbil og det forutsetter at sjåfør fra brannvesenet har underskrevet taushetsklæring. Brannvesenet kan også utføre mer tekniske tjenester for legevakten, som å ha teknisk ansvar for legevaktbil, ansvar for kommunikasjonsutstyr og lignende. Legevaktpersonell bør ha øvelser sammen med brann- og redningstjenesten.

Noen steder er brannmannskap også akuttgjelpere, se eget oppslag «Akuttgjelpere».

For mer informasjon, se emnet «Trening i akuttmedisin» i kapitlet «Kompetanse og opplæring».

14.5.b Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Helsedirektoratet. (2015). Helsepersonellens taushetsplikt – Rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. (Rundskriv IS-9-2015). Oslo. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonellens-taushetsplikt-rett-og-plikt-til-a-utlevere-pasientopplysninger-til-politiet>

- Politidirektoratet. (2011). Retningslinjer for politiets beredskap. <https://www.politiet.no/globalassets/05-om-oss/03-strategier-og-planer/pbsi.pdf>4-20
- Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>

14.6 Samarbeid med akutthjelpere

Legevakten bør ha oversikt over om kommunen eller det regionale helseforetaket har avtale om bistand fra akutthjelpere. Dersom slik avtale foreligger bør legevakten kjenne til innholdet i denne.

14.6.a Begrunnelse

Kommunen eller helseforetaket kan bruke akutthjelpere som en del av den akuttmedisinske beredskapen ved å inngå avtale om bistand fra akutthjelpere, jf. akuttmedisinforskriften § 5.

14.6.b Praktisk

Akutthjelpere er personer som er opplært i førstehjelp og som deltar i akuttmedisinsk beredskap. Det kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen som kan iverksette enkle, men livreddende, tiltak i akutte situasjoner, i påvente av eller i tillegg til det som ytes av andre akuttmedisinske tjenester. Akutthjelperne har opplæring i livreddende førstehjelp og kan medbringe enkelt medisinsk behandlingsutstyr som f.eks. hjertestarter. Ofte kan akutthjelpere også være behjelpelig med transport i vanskelig terreng eller å frakte pasienten i møte med ambulansen. Akutthjelpere er helsepersonell etter helsepersonelloven når de utkalles av AMK, eventuelt legevaktsentral.

Spesielt i legevaktdistrikt med store avstander kan akutthjelpere brukes aktivt for å styrke den akuttmedisinske beredskapen. Plassering kan gjøre at akutthjelperne kan være nærmere pasienten enn legevaktlegen og ambulansen, og at de dermed raskt vil kunne yte livreddende førstehjelp i akutte situasjoner. Dersom akutthjelperne inngår i kommunens akuttmedisinske beredskap, må kommunen sikre nødvendig opplæring og trening.

Helsedirektoratet utarbeider en nasjonal faglig veileder for akutthjelpere, og det vil etableres en lenke til denne når den er ferdig.

14.6.c Referanser

- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>

14.7 Samhandling med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)

Legevakten bør utarbeide samarbeidsrutiner med ØHD for å avklare legevaktens rolle i øyeblikkelig hjelp til innlagte.

14.7.a Begrunnelse

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) er et kommunalt tilbud for pasienter som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke behøver innleggelse i sykehus. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Den største andelen av akuttinnleggelser skjer via legevakt. Alt legevaktpersonell, spesielt vaktlegene, bør ha god kjennskap til kommunens ØHD og hvilke muligheter de har for diagnostikk og behandling.

I mange kommuner gis legevakten det medisinske ansvaret for pasientene i ØHD på kveld, natt, og i helg- og høytider. Hvis legevakten påtar seg ansvar for ØHD, vil det kunne være behov for en styrking av legevakten for å sikre eksisterende beredskap og for å øke kompetansenivået for å kunne ivareta økt volum av mer alvorlig syke pasienter. Samarbeidsrutiner og eventuell samdrift må være avklart og nedfelt i skriftlige avtaler og rutiner. Alt legevaktpersonell må få nødvendig informasjon om tjenesten som en del av opplæringen.

14.7.b Referanser

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016). Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold-veiledningsmaterieil. (IS-nummer: IS-0440). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieil>
- E.H.Hansen, Hunskår S. (2016). Legevaktarbeid – kapittel 2.7 En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. (Rapport nr. 7-2014). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>

14.8 Samhandling med pleie- og omsorgstjenesten

Legevakten bør ha kjennskap til ulike tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet og ha rutiner for samhandling.

14.8.a Begrunnelse

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter en rekke pleie- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, institusjonsplass, herunder i sykehjem, praktisk bistand og avlastningstiltak og andre type tiltak til pårørende, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 og § 3-6.

Pleie- og omsorgstjenesten har døgkontinuerlig drift og kan være viktige støttespillere for helsepersonell i legevakten. Dette gjelder spesielt i forhold til pasienter som allerede ivaretas av pleie- og omsorgstjenesten. Noen steder har legevaktlege anledning til å be om akutte tiltak for pasienter som vanligvis klarer seg selv, men som for en periode vil trenge ekstra hjelp for å kunne bo hjemme.

Pleie- og omsorgstjenesten kan ha definerte oppgaver i akuttmedisin og formalisert samarbeid med legevakten. Eksempler kan være:

- Som lokalt trente og definerte akutthjelpere
- Utrykning for førstevurdering etter anrop på trygghetsalarm
- Vurdering av om pasienter trenger sykebesøk eller transport til legevakten
- Observasjon i hjemmet av pasienter som har vært vurdert av lege og som kan behandles hjemme, eventuelt observeres med tanke på forverring og behov for innleggelse
- Oppfølging fra spesialiserte sykepleiere, for eksempel diabetessykepleiere, avansert klinisk sykepleier eller kreftsykepleiere

I kommunal beredskapsplan og legevaktens ROS-analyse bør det beskrives hvilke oppgaver hjemmetjenestene har innenfor det akuttmedisinske tilbudet. Dersom pleie- og omsorgstjenesten skal inngå i den akuttmedisinske beredskapen, må det vurderes om bilpatruljer skal være utstyrt med nødnett terminal for enkel kommunikasjon og alarmering.

14.8.b Referanser:

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

14.9 Samhandling med rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen

Legevakten bør ha kjennskap til hvilke tilbud som finnes i kommunens rus- og psykiske helsetjeneste og ha rutiner for bruk av og samhandling med disse.

14.9.a Begrunnelse

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Tilgjengelighet og organisering av kommunale tjenester varierer mellom kommunene. Samhandling mellom legevakt, kommunal psykisk helse - og rustjeneste må derfor tilpasses lokale forhold. Der det er tilgjengelig døgnkontinuerlig tilbud, eller tilbud på kveld eller helg- og helligdager, kan disse være gode støttespillere, for eksempel ved behov for komparentopplysninger eller behov for å skreddersy oppfølging til enkeltpasienter.

Legevakten bør ha oppdatert oversikt over deltakende kommuners tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste inkludert hva de kan kontaktes om, når de er tilgjengelige, og hvordan de kan kontaktes. Denne oversikten bør ligge sammen med informasjon om tilsvarende samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og prosedyre for beslutning om og gjennomføring av tvungen legeundersøkelse og tvungen innleggelse i sykehus. Dersom kommunen har lavterskeltjenester der pasienter og pårørende kan ta direkte kontakt ved behov, bør legevakten ha skriftlig informasjon om tjenesten som kan deles ut til pasienter og pårørende.

Noen pasienter med psykisk helse- og/ eller rusmiddelproblemer har hyppig kontakt med legevakten. Da kan det være nyttig med tett samarbeid med andre kommunale instanser slik at man avklarer rollene innbyrdes og til sammen gir pasienten det mest hensiktsmessige helse- og omsorgstilbudet. Slik avklaring og samarbeid er en lederoppgave. Hvis pasienten har kriseplan eller skriftlige ønsker for behandling ved forverring, bør kopi av disse finnes ved legevakten.

14.9.b Referanser:

- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

14.10 Samhandling med kommunalt psykososialt kriseteam

Legevakten bør ha rutiner for samhandling arbeid med kommunens psykososiale kriseteam.

14.10.a Begrunnelse

Kommunen skal blant annet tilby psykososial beredskap og oppfølging i forbindelse med ulykker og andre akutte situasjoner, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav d.

Legevakten er involvert i ekstraordinære hendelser som ulykker og katastrofer og vil i tillegg møte mange mennesker som av ulike årsaker er i akutt krise. Tilbud om nødvendig psykososial støtte er en del av forsvarlige helsetjenester. Legevakten må ha rutiner for akutt psykososial oppfølging av pasienter og pårørende, og også av eget personell som har fått utløst krisereaksjoner av hendelser de er involvert i under vaktarbeid.

Alle kommuner skal ha en beredskapsplan knyttet til helsemessig og sosial beredskap, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2. Det er naturlig at legevakt inngår i denne planen. Mange kommuner har egne psykososiale kriseteam med faste medlemmer som kan innkalles ved behov. Legevakten må ha klare rutiner for samarbeid med og varsling av de psykososiale kriseteamene. Legevakten må også ha rutiner for hvordan de kan ivareta pasienter og pårørende frem til kommunalt psykososialt kriseteam kan overta. Mer informasjon kan finnes i Helsedirektoratets Veileder om psykososialt tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (2016).

14.10.b Referanser

- Helsedirektoratet. (2016) Mestring, samhörighet og håp – veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. (IS-2428). Oslo.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mestring-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

14.11 Samhandling med kommunalt barnevern

Legevakten bør ha rutiner for hvordan barneverntjenesten kan kontaktes.

Legevaktens helsepersonell skal kjenne til bestemmelsene om opplysningsplikt til barnevernet.

14.11.a Begrunnelse

Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for når og hvordan barneverntjenesten kan kontaktes akutt. Rutinene må være tilgjengelige og gjennomgås som ledd i helsepersonellens opplæring. I opplæringen bør legevakten også sikre at alt legevaktpersonell er klar over at i akutte situasjoner hvor foreldre innlegges eller på annen måte tas hånd om, skal helsepersonellet forsikre seg om at barn har tilsyn av en voksen og at barnets aktuelle omsorgssituasjon er tilfredsstillende. Legevaktpersonell skal også bidra til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres psykiske sykdom, rusmiddelavhengighet, skade eller alvorlige somatisk sykdom. Det finnes opplysning om opplysningsplikten i rundskriv til helsepersonelloven:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-6-opplysningsplikt-mv-11473#§-33.-opplysningsplikt-til-barnevernet>

14.11.b Referanser

- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§33>
- <http://bora.uib.no/handle/1956/8919>
- Johansen IH, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. (2015). Legevakthåndboken. www.lvh.no <https://www.lvh.no/>

14.12 Samarbeid med overgrepsmottak

Legevakten bør ha rutiner for hvordan personer utsatt for overgrep skal håndteres og hvordan nærmeste overgrepsmottak skal kontaktes.

14.12.a Begrunnelse

Akuttmedisinsforskriften § 8 setter krav til at legevaktens helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt om kurs i vold og overgrep. Legevakten bør ha rutiner for avdekking og håndtering av seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner.

Pasienter utsatt for seksuelle overgrep skal henvises til (nærmeste) overgrepsmottak. Overgrepsmottak anses som en del av spesialisthelsetjenesten, men flere steder er overgrepsmottakene fremdeles organisert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter avtale med det regionale helseforetaket.. Legevaktens personell bør kjenne til hva overgrepsmottaket tilbyr og gi råd til den utsatte vedrørende hva som er hensiktsmessig å gjøre for ikke å forspille bevis.

14.12.b Praktisk

Pasienter utsatt for seksuelle overgrep som henvender seg innen første døgn, bør få informasjon om at de ikke bør dusje og skifte klær, og gjerne unngå å spise og drikke og gå på toalettet for ikke å fjerne viktige bevis. Ved senere henvendelser, anbefales at de tar med uvasket tøy de hadde på seg ved hendelsen.

Legevakten bør avklare og forsikre seg om at pasienten, som henvender seg i forbindelse med seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner, er i trygghet.

Legevakten bør inngå samhandlingsavtaler og ha jevnlig samhandlingsmøter med overgrepsmottaket. Gjennom samhandling kan en få felles avklaring om hvilke saker som skal henvises, gode rutiner og hvordan mottaket kan bidra i legevaktens etter- og videreutdanning.

Helsedirektoratet arbeider med ny nasjonal faglig retningslinje om kompetanse og kvalitet i overgrepsmottak. Det legges inn lenke til denne når den foreligger.