

Pilot legevakt
Rammedokument for forsøket

Publikasjonens tittel: Pilot legevakt - rammedokument
Utgitt: 08.03.2018
Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.

Innhold

1. Innledning	5
2. Grunnleggende forutsetninger	6
2.1 Forventninger om bruk av ressurser	6
2.2 Krav til plansamarbeid om beredskap	6
3. Målstruktur for pilotprosjektet	7
3.1 Hovedmål.....	7
3.2 Effektmål.....	7
4. Modell for organisering av pilotprosjektet.....	7
4.1 Ulike former for interkommunalt samarbeid	7
5. Beskrivelse av pilotprosjekt	8
5.1 Nivå 1 – legevaktstasjon med legevaktsentral	8
5.1.1. Legevaktsentral.....	9
5.1.2. Kompetansekrav for operatør i legevaktsentral.....	10
5.1.3. Virtuell LV-sentral	10
5.1.4. Legevaktstasjon	10
5.1.5. Utstysrbehov	10
5.2. Nivå 2 – legevaktstasjoner	11
5.2.1. Kompetansekrav til helsepersonell i legevaktstasjon	11
5.2.2. Oppgaver og ansvar i legevaktstasjonen:.....	12
5.2.3. Utstysrbehov.....	12
5.3. Nivå 3 – legevaktsatellitter	12
5.3.1 Pasientmottak i legevaktsatellitten	13
5.3.2. Ved akutte tilfeller utenfor institusjon	13
5.3.3. Kompetansekrav for personell på nivå 3:.....	13
5.3.4. Utstysrbehov	14
6. Samarbeidsavtaler	14
7. Tilgang på journal	14
8. Førstevurdering og triagering på legevakt	15
9. Akutthjelpere.....	15
10. Ambulansetjenesten.....	15
11. Mulighet for innleggelse direkte i sykehus på natt	16
12. Økonomiske konsekvenser	16
12.1. Hva er bestemmende for behov for ekstra midler til etablering og drift av piloten?	17

13. Administrativ og faglig ledelse av modellen.....	17
13.1. Ansvar, ledelse og kompetansekrav	17
14. Forberedelse og drift av forsøket - Evaluering/følgeforskning	17
14.1 De aktuelle prosjektene.....	17
14.2 Om metodologisk tilnærming.....	18
15. Stedlig prosjektleder.....	18
15.1 Stedlig prosjektleders ansvar og oppgaver:	18
16. Rekruttering av kommuner som deltakere i prosjektet	18

1. Innledning

Helsedirektoratet beskriver i dette dokumentet en modell for hvordan det akuttmedisinske tilbudet i kommunen kan organiseres i fremtiden. Målet er å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i områder som har utfordringer i tjenesten i dag. Modellen bør prøves ut gjennom et pilotprosjekt fra 1.september 2018, og prøves ut i tre år.

Den foreslåtte modellen består av tre nivåer som kan tilpasses ut fra befolkningsgrunnlag og geografi. Modellen vil sikre et sterkt fagmiljø og klare ansvarslinjer samtidig som lokalt tjenestetilbud til befolkningen opprettholdes. En forutsetning for innføring av modellen er et utstrakt interkommunalt samarbeid og fungerende kommunikasjonstekniske løsninger mellom distriktene og en sentral enhet. Videre at det inngås samarbeid med helseforetaket knyttet til ambulansetjenesten og lokalsykehus.

Sentralt i modellen er en forsterket legevaktstasjon og legevaktsentral der lege med bakvaktkompetanse er tilgjengelig for raske avklaringer og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i kommunene som utfører oppdrag for legevakten. Legen kan ved behov være bakvakt for andre legevaktsleger i distriktet. For å redusere vaktbelastningen i distriktene kan hovedlegevaktsentralen betjene 116 117 for hele legevaktdistriktet i deler av døgnet.

Det vises til illustrasjon i figur 1 nedenfor.

Nivå 1 er en forutsetning for å kunne teste ut ulike organisering av legevakt i legevaktdistriktet på de øvrige nivåene 2 og 3. Den felles administrative enheten har på sin side ansvar for å oppfylle deltakerkommunenes ansvar for å organisere tjenester i tråd med akuttmedisinforskriften, og vil også ha ansvar for at legevaktvirksomheten i det aktuelle distriktet er faglig forsvarlig. Denne administrative enheten vil ha systemansvaret, og ha ansvar for styringssystemet i virksomheten, jf. forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse § 3. Se nærmere om dette i veileder til forskriften.

Den administrative enheten må fastlegge ansvars- og oppgavefordeling i egen virksomhet og i tillegg inngå avtaler med andre enheter som skal bidra i legevaktordningen. Avtalene som inngås skal sikre at virksomheter/personell på nivå 2 og/eller nivå 3 ivaretar nærmere bestemte oppgaver i tråd med kravene til en forsvarlig tjeneste. Fordi virksomhetslederen for legevaktordningen er ansvarlig for at tjenesten som ytes i enkeltkommunene er forsvarlig, må avtaler og instruksjoner sikre at ansvarslinjer og oppgavefordeling er tydelige. Med alle tre nivåer representerer modellen en kompleks organisasjon, og det vil være viktig å sikre at det til enhver tid er klart for alle hvem som har ansvar for hva. Ansvaret for helheten ligger hos den administrative enheten.

Nivå 2 i modellen består av leger i vakt og tilsvarer de legevaktene som er operasjonelle i dag enten som kommunale eller som interkommunale legevakter. Behovet for antall leger i vakt gjennom døgnet kan reduseres ved at henvendelser i større grad går via legevaktsentralen og ved at avklaring kan skje ved bruk av annet helsepersonell i vakt i kommunene på nivå 3. Det kan også inngås samarbeid med helseforetak om felles legetjeneste for deler av døgnet.

Nivå 3 i modellen er en ny funksjon som vi i pilotprosjektet har kalt legevaktsatellitt. Her er tanken at helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere, som dekker døgnavvakt i kommunen, eller ambulanspersonell kan gjøre legevaktsoppgaver i samråd med lege på nivå 1. Dette gir mulighet for avklaringer lokalt ved øyeblikkelig behov for helsehjelp, selv når lege ikke er fysisk til stede. For forsvarlig drift av legevaktsatellitter kreves blant annet kommunikasjonstekniske utstyr og opplæring.

I noen tilfeller kan det være nødvendig å etablere større legevaktdistrikter for å få en helhetlig og effektiv ressursutnyttelse. Dette vil kreve interkommunalt samarbeid. Men det er samtidig viktig å understreke at legevaktdistriktene ikke må bli for store jfr. Akuttutvalgets forslag om maksimal reisetid til legevakt. Et legevaktdistrikt vil omfatte flere legevaktstasjoner som kan være lokalisert i flere kommuner.

Det må være tydelig avklaring knyttet til ansvarslinjer og oppgavefordeling. En slik organisering vil gjøre det mulig å ha god oversikt over alle samarbeidende ressurser i distriktet, samt være en tydelig samarbeidsaktør for det lokale helseforetaket. Den felles administrative enheten har på sin side ansvar for å oppfylle deltakerkommunenes ansvar for å organisere tjenester i tråd med akuttmedisinforskriften, og vil også ha ansvar for at legevaktvirksomheten i det aktuelle distriktet er faglig forsvarlig. Denne administrative enheten vil ha systemansvaret, og ha ansvar for styringssystemet i virksomheten, jf. forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse § 3. Se nærmere om dette i veileder til forskriften.

Den administrative enheten må fastlegge ansvars- og oppgavefordeling i egen virksomhet og i tillegg inngå avtaler med andre enheter som skal bidra i legevaktordningen. Avtalene som inngås skal sikre at virksomheter/personell på nivå 2 og/eller nivå 3 ivaretar nærmere bestemte oppgaver i tråd med kravene til en forsvarlig tjeneste. Fordi virksomhetslederen for legevaktordningen er ansvarlig for at tjenesten som ytes i enkeltkommunene er forsvarlig, må avtaler og instruksjoner sikre at ansvarslinjer og oppgavefordeling er tydelige. Med alle tre nivåer representerer modellen en kompleks organisasjon, og det vil være viktig å sikre at det til enhver tid er klart for alle hvem som har ansvar for hva. Ansvar for helheten ligger hos den administrative enheten.

Det må tydelig fremkomme hvem som har systemansvar for tjenesten og hvilke retningslinjer som regulerer helsepersonellet sin innsats, og hvem de utfører helsehjelpen på vegne av.

2. Grunnleggende forutsetninger

2.1 Forventninger om bruk av ressurser

Kommunen har sammen med de regionale helseforetakene et ansvar for at innbyggerne får forsvarlige akuttmedisinske tjenester. Akuttmedisinforskriften av 1. mai 2015 regulerer krav til innholdet og kvaliteten på legevaktstjenesten i kommunene og ambulansetjenesten. Det står bl.a. at legevaktlege skal kunne rykke ut til syke og skadde og ha nødvendig utstyr til rådighet.

Ambulansetjenesten kan noen steder være med på å kompensere for geografisk avstand til legevakt, men kan ikke erstatte fullt og helt den medisinskfaglige kompetansen som legevaktlegen representerer.

En godt øyeblikkelig hjelp tilbud i små og mellomstore kommuner må de fleste steder løses gjennom samhandling med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Avtalefestet regional organisering på tvers av kommuner, helseforetak og legevaktdistrikter vil kunne gi bedre utnyttelse av de samlede akuttmedisinske ressursene, men dette vil kreve stor grad av koordinering, samarbeid og gjensidig forståelse.

2.2 Krav til plansamarbeid om beredskap

For interkommunale legevaktordninger er det viktig at planarbeidet er koordinert og ensartet for alle kommunene i legevaktdistriktet. Tjenesteavtale 11 omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven skal regulere samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene om beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede. Beredskapsplaner bør derfor utarbeides i samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Geografisk plassering av ressurser må planlegges slik at befolkningen sikres forsvarlige tjenester og at planene er omforente på tvers av forvaltningsnivåene.

3. Målstruktur for pilotprosjektet

3.1 Hovedmål

Sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i fremtiden i områder som har utfordringer med tjenesten i dag

3.2 Effektmål

- Befolkningen har tilgang til forsvarlige akuttmedisinske tjenester gjennom hele døgnet, innen rimelig tid
- Lege med bakvaktkompetanse er tilgjengelig for avklaring og rådgivning gjennom hele døgnet
- Flest mulig akutte hendelser skal håndteres lokalt. For å få til dette må annet helsepersonell enn lege, f.eks. ambulansepersonell og sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten være en del av beredskapspersonellet i legevakt
- Operatører på legevaktsentralene har nødvendig kompetanse og kapasitet til å håndtere akuttmedisinske tilstander på en forsvarlig måte
- Samlede vaktressurser i kommunen utnyttes bedre
- Ta i bruk telemedisinske løsninger og digital kommunikasjon for å understøtte diagnostikk og behandling
- Bedre rekruttering av fastleger, spesielt i kommuner med høy vakthypighet

4. Modell for organisering av pilotprosjektet

4.1 Ulike former for interkommunalt samarbeid

Dagens legevakter er svært forskjellige og har ulike utfordringer. Helsedirektoratet foreslår en pilotmodell bestående av tre nivåer som kan tilpasses lokale forhold, befolkningsgrunnlag og geografi. Den vil kunne sikre sterke fagmiljøer og klare ansvarslinjer, samtidig som lokalt tjenestetilbud til befolkningen opprettholdes. Akutthjelperordningen blir holdt utenfor modellen, men kan være en ressurs i enkelte områder.

En forutsetning for innføring av modellen er et forpliktende avtalefestet samarbeid mellom kommuner og helseforetak, fungerende kommunikasjons-tekniske løsninger og en sentral administrativ og operasjonell enhet.

Organisering har i dette dokumentet to betydninger:

1. Den praktiske og faglige måten å innrette legevaktarbeidet på, herunder funksjons- og arbeidsdeling mellom de ulike nivåene i legevaktsamarbeidet, jf. kap. 5.
2. Den formelle organiseringen av samarbeidet, også kalt selskapsorganisering.

Det må foreligge et juridisk forpliktende kommunesamarbeid. Den formelle organiseringen av samarbeidet mellom kommuner kan skje på ulike måter; enten gjennom interkommunalt selskap (lov om IKS), vertskommunesamarbeid (kommuneloven § 28), interkommunalt samarbeid (kommuneloven § 27) eller gjennom samkommune (kommuneloven § 28). Driftsavtalen for legevaktdistriktet må omfatte alle nivåene, der bl.a. den enkelte kommunes plikt til å stille helsepersonell til tjeneste på legevaktstasjoner og legevaktsatellitt er regulert.

Når det gjelder andre samarbeidsparter, må samarbeidet reguleres gjennom avtaler. Det gjøres avtale om bruk av helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten til legevakttjenesten, både i sykehus og ambulansetjeneste.

5. Beskrivelse av pilotprosjekt

Pilotmodellen angir en alternativ måte å organisere legevakttilbudet i små og mellomstore kommuner. For en mer detaljert beskrivelse, se Rapport Pilot legevakt 20.10.2017

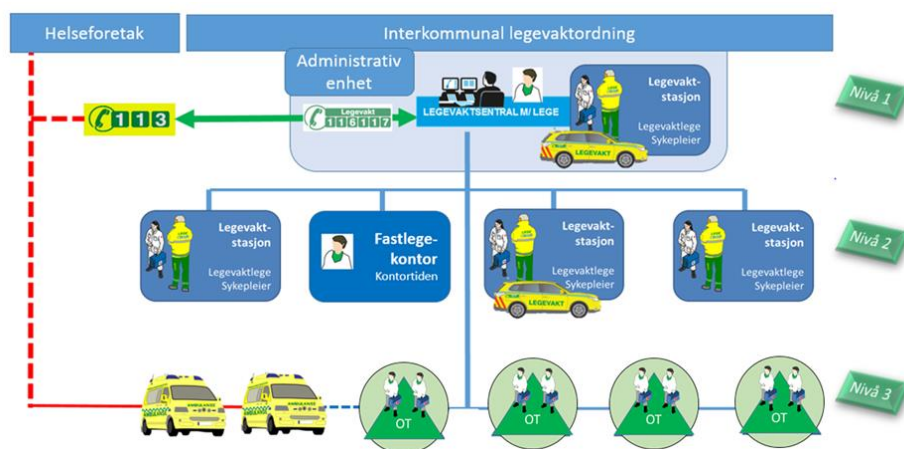
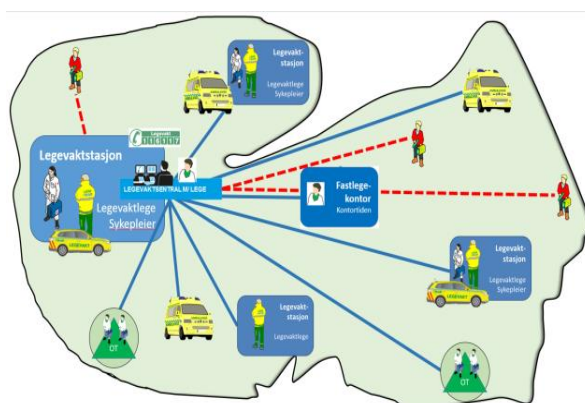


Fig. 1 viser de tre foreslåtte nivåene i legevaktordningen



Figur 2 viser et stort legevaktdistrikt med en sentral legevakt/legevaktssentral med flere mindre legevaktstasjoner og legevaktsatellitter samt akutthjelpere

5.1 Nivå 1 – legevaktstasjon med legevaktssentral

Nivå 1 er tenkt som navet i den nye modellen og består av en sentral legevaktstasjon med legevaktssentral. Legevaktstasjonen på nivå 1 er hovedbasen og navet for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhetsarbeid i vår modell. Ledelse, kvalitetsarbeid og fagutvikling er prioritert, og det benyttes leger som er spesialister i allmennmedisin. Det drives kontinuerlig kvalitetsutvikling av leger og sykepleiere. Legevaktstasjonen på nivå 1 har ansvaret for at det utarbeides felles rutiner og retningslinjer for samhandling og samarbeid med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Legevaktstasjonen på nivå 1 har også ansvaret for koordinering av opplæring og kompetanseheving for alle tre nivåene.

Lege med vaktkompetanse skal være tilgjengelig i legevaktssentralen for avklaringer og beslutningsstøtte for annet helsepersonell på alle nivåer. Til legevaktssentralen kan det være knyttet flere legevaktstasjoner og legevaktsatellitter. Legevaktssentralen kan være virtuelt organisert med flere «kontrollrom» koblet sammen i en svartjeneste på 116 117 eller 8-sifret legevaktnummer, eller det kan være en legevaktssentral for hele

legevaktdistriktet. Pilotmodellen tar utgangspunkt i et distrikt mellom 30-100 000 innb. hvor 90 pst. har en reisevei på mindre enn 40 minutter til legevakten.

Legen ved LV-sentralen, heretter kalt for LVS-legen, kan ved behov være bakvakt for andre leger i vaktområdet og annet fagpersonell gjennom hele døgnet. Nivå 1 er en forutsetning for å kunne teste ut ulike organiseringer av legevakt i legevaktdistriktene på nivå 2 og nivå 3.

Akuttmedisinforskriften § 7 sier: «Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.»

I Helsedepartementets høringsnotat til akuttmedisinforskriften foreslås det:

«- unntak fra kravet om at bakvakt må kunne rykke ut når det er nødvendig for bakvaktlege ansatt i hovedlegevaktsentral i forbindelse med planlagt pilotprosjekt på legevaktfeltet.»

5.1.1. Legevaktsentral

En legevaktsentral med forsterket legekompetanse vil ha nytte av å integrere telemedisin i sin virksomhet, noe som kan bidra til bedre medisinsk samhandling internt i legevaktdistriktet. Bruk av videobasert konsultasjon kan redusere behov for at leger reiser i sykebesøk eller unngå at pasienter kommer til en legevakstasjon. Dermed unngås unødig bruk av ambulanseressurser og pasienttransport for å transportere pasient til legevakt.

En forsterket legevaktsentral kan også motta oversending av ulike biometriske data som f. eks. EKG, oksygenmetning, puls og BT. Elektronisk auskultasjon har ingen stor utbredelse per i dag, men kan også være aktuelt i fremtiden. LVS-lege kan være den ressursen som vurderer de telemedisinske målingene. Dette fordrer et utstrakt samarbeid med andre tjenesteytere, herunder kunnskap om hverandres funksjons- og ansvarsområde og muligheter for utveksling av elektronisk pasientinformasjon.

Akuttmedisinforskriften setter krav om at 80 pst av telefonsamtalene til legevaktsentralen skal besvares innen 2 minutter. Legevaktsentralen skal videre bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Det er ikke utarbeidet normtall for bemanning av legevaktsentraler. Norsk kompetansesenter for legevaktsentral (Nklm) har gjort en utredning som estimerer et behov for en bemanning på to legevaktoperatører for å betjene en befolkning på ca. 100 000 innbyggere. I beregningene er det tatt hensyn til responstidskravet på 2 minutter og en gjennomsnittlig samtalelengde på 4 min.

Legevaktsentralen skal være samlokalisert med en legevakstasjon slik at det alltid skal være minst to leger til stede i distriktets hovedstasjon. En lege skal ha hovedoppgave knyttet til LVS, men kan også ta imot pasienter i legevakstasjonen når det er kapasitet til det. Det forventes at å styrke legevaktsentralen med LVS-lege vil bidra til at langt flere tar telefonisk kontakt med legevakten. LVS-lege i legevaktsentral vil kunne betjene et stort geografisk område og være tilgjengelig både for vaktleger på nivå 2 og for sykepleiere og ambulansesarbeidere i satellitter på nivå 3 for vurdering, triagering, veiledning og telemedisinsk konsultasjon. Legevakten og legevaktsentralen er døgnåpen og bemannet med kompetent helsepersonell hele døgnet.

Vi ser for oss minst en hovedlegevaktsentral i hvert fylke. Der hvor det allerede er flere LV-sentraler, kan disse være i operativ drift når pågangen er stor. Dette gjør at en kan etablere en fleksibel ordning med køordning som gjør at telefonene rutes til den sentralen som er ledig.

5.1.2. Kompetansekrav for operatør i legevaktsentral

Legevaktsentraler (LVS) bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør og skal ha kunnskap om:

- bruk av beslutningsstøtteverktøy
- distriktet og tilgjengelige ressurser
- legevaktdistriktets beredskapsplan
- bruk av nødnett og hvordan samhandle med andre aktører i den akuttmedisinske kjede
- øyeblikkelig hjelp tilbudene i kommunene som er med i samarbeidet

Oppgaver og ansvar for lege i LVS:

- LVS-lege skal ha bakvaktkompetanse og kan gi råd og foreslå behandling til pasienter på telefon
- være bakvakt for legene i distriktet
- ha konsultasjoner med pasienter ute i distriktet ved bruk av kommunikasjons tekniske utstyr og helsepersonell i legevaktsatelitten
- beslutningsstøtte til helsepersonellet i hele legevaktdistriktet
- tilgjengelig for legevaktoperatør ved behov

5.1.3. Virtuell LV-sentral

En virtuell LV-sentral består av flere kontrollrom der personell befinner seg fysisk på ulike lokalisasjoner, men arbeider i et felles virtuelt kontrollrom med forsvarlig organisering for mottak av nasjonalt sekssifret legevaktnummer 116 117.

Akuttmedisinforskriften peker på at LV-sentralen må ha et alternativt svarsted. Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) bør ligge bak de valg man gjør med hensyn til organisering av dette. Det vil praktisk være mulig at flere LVS jobber sammen, der man f.eks. har 20-30 sekunder å svare ett anrop ved primærsentralen før dette anropet blir rutet inn på en egen kø som gir fortrinn i sekundærsentralen. Man kan også vurdere å ha felles kø og den operatøren som er eller blir først ledig svarer første innringer i køen. Teknologien kan understøtte ulike løsninger og det må tas stilling til hvordan man best kan organisere virksomheten.

5.1.4. Legevaktstasjon

Legevaktsentralen (116 117) er samlokalisert med hovedstasjonen og er integrert i organisasjonen. Sykepleierne/helsepersonellet sirkulerer mellom legevaktsentralen og arbeid i legevaktstasjon. Sykepleier vil ha en rekke arbeidsoppgaver på ulike arbeidsstasjoner i legevakt, for eksempel laboratoriet, akuttrom, skiftestue og utføre prosedyrer alene eller i samarbeid med vaktlegen.

Legevakten oppnår viktig fleksibilitet ved at sykepleier har kompetanse til å bemanne flere arbeidsstasjoner på vakt. Dersom det er stor pågang på legevaktsentral, eller samtidskonflikt på grunn av flere akutte hendelser kan sykepleier med rett kompetanse på en fleksibel måte ivareta ulike funksjoner. I tillegg må det beregnes ressurser til medisinsk rådgivende lege sammen med annet helsepersonell til fagutvikling. Legevakten bemannes etter behovsvurdering hele døgnet, dagtid er det minimum drift av LV-sentral med operatører og LVS-lege, evt. supplert med legevaktsleger knyttet til fastlegevirksomhet eller tilstede på legevaktstasjon. LVS- legen har ansvar for å gjennomføre telefon/ telemedisinske konsultasjoner i tillegg til ordinære pasientkonsultasjoner. De andre legene i vakt har ansvaret for sykebesøk og utrykning i tillegg til ordinære konsultasjoner på legevaktstasjon.

5.1.5. Utstysbehov

Piloten vil kreve at en benytter en allerede eksisterende legevakt med legevaktsentral som nivå 1.

LVS-legen må ha mulighet til å ha kontakt med nivå 2 og nivå 3 via nødnett og telemedisin.

Helsepersonell i akuttmedisinsk arbeid skal etter akuttmedisinforskriften kunne kommunisere via nødnett. I forbindelse med legevaktpiloten vil Helsedirektoratet også anbefale at man er tilsluttet Norsk Helsennett for

bruk av video (f.eks. via mobiltelefon eller dedikerte videoløsninger) for å sikre beslutningsstøtte og gode og trygge pasientforløp. Operatørplass for lege i nødnett må også være tilgjengelig.

5.2. Nivå 2 – legevaktstasjoner

Piloten tar utgangspunkt i allerede eksisterende små og mellomstore legevaktdistrikter. Disse legevaktdistriktene blir i piloten koordinert av en større legevaktsentral – se omtale over.

I beregningene av antall legevaktstasjoner på nivå 2 og satellitter på nivå 3, er det gått ut fra en maksimal reiseavstand for 90 pst. av befolkningen på 40 minutter. Det anbefales i piloten å bemanne med minimum en lege og sykepleiere i vakt. Kommunene gjør en risiko- og sårbarhetsanalyse der det tas stilling til bemanningsnorm på bakgrunn av legevaktdistriktets geografi, demografi og hensyn til helse, miljø og sikkerhet for de ansatte i legevakt. Det må tas høyde for at legevaktstasjonens personell kan rykke ut.

Helsedirektoratet ber om at vurdering av åpningstiden gjøres på basis av en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til forsvarlig helsetjeneste. Det bør vurderes om legevakt på dagtid kan dekkes av fastlegekontorene og at legevaktstasjonene på nivå 2 kan ha åpningstid på kveldstid hverdager, og dag/kveld i helger og høytider. Det vurderes om det er nødvendig med nattdrift evt. om en har lege i bakvakt eller at funksjonen ivaretas av en legevaktsatelitt.

Det anbefales mulighet for observasjonssenger tilknyttet legevaktstasjonen. Dette forutsetter kontakt med lege hele døgnet. Helsedirektoratet vurderer imidlertid at det kan være mer faglig og økonomisk hensiktsmessig at ØHD og observasjonssenger lokaliseres til nivå 1 der det vil være forsvarlig bemanning med lege gjennom hele døgnet. Geografiske vurderinger må også legges til grunn.

Behovet for antall legevaktstasjoner vurderes redusert ved at henvendelser går gjennom den sentrale legevaktsentralen og at avklaring kan skje ved bruk av annet helsepersonell i vakt i kommunene på nivå 3. For at tjenesten skal være forsvarlig forutsettes tilgang til kommunikasjons tekniske utstyr og klare rutiner for når pasienten skal overflyttes for klinisk undersøkelse til nivå 2 eller 1.

Lege i vakt på nivå 2 må til enhver tid være tilgjengelig i nødnett og umiddelbart kunne rykke ut ved behov. Det er videre en forutsetning at legevakten på nivå 2 i tillegg til lege må være bemannet med eller ha tilgang til sykepleier. Vaktordningen må sikre god beredskap og bør disponere utrykningskjøretøy som er tilstrekkelig utstyrt med akuttmedisinsk utstyr. Sykebesøk vil være en viktig oppgave for legevakslege på nivå 2 og det bør på dette nivået legges til rette for at det utføres 20-40 sykebesøk/1000 innb. per år.

Legevaktstasjoner på nivå 2 skal ha godt utviklede samarbeidsrutiner med nivå 1 og nivå 3 og må ha muligheter for audiovisuell kommunikasjon med samhandlingspartnere.

Det må være en ansvarlig leder på hver legevaktstasjon som rapporterer til leder på nivå 1 og som har ansvar for den daglige driften.

5.2.1. Kompetansekrav til helsepersonell i legevaktstasjon

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, sykepleiere, operatører ved legevaktsentral, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Dette vil også gjelde helsepersonell på fastlegekontor som deltar i legevakt på dagtid.

Dette helsepersonellet må kunne:

- Prioritere pasienter i samråd med lege og til beslutningsstøtteverktøy
- Utføre akuttmedisinske/ medisinske prosedyrer
- Bruke medisinsk utstyr
- Utføre laboratorieanalyser og bruk av laboratorieutstyr der dette er nødvendig

- Observere pasienter

De må også:

- Delta på felles øvelser i den akuttmedisinske kjede
- Delta på felles fagutviklingstiltak i regi av legevaktordningen.

5.2.2. Oppgaver og ansvar i legevaktstasjonen:

- Pasientkonsultasjoner der medisinsk hastegrad tilsier at pasient blir vurdert i løpet av kort tid
- Sykebesøk
- Utrykning ved akutte hendelser – sammen med ambulanse og eventuelt akutthjelpere hvis ambulanse ikke er tilgjengelig

5.2.3. Utstysbehov

Nivå 2 – legevaktstasjon er tenkt i de eksisterende legevaktlokaler som er i distriktet i dag. Piloten forutsetter at det allerede finnes nødvendig utstyr på disse legevaktstasjonene. Ut over dette må det

- installeres video med mulighet for telemedisinsk kommunikasjon
- være tilgang til legevaktsbil/ båt med fast akuttutstyr

5.3. Nivå 3 – legevaktsatelitter

For nivå 3 har vi brukt begrepet legevaktsatelitter. Satellittene er lokalisert der hvor det er lang avstand både til legevaktstasjon og sykehus og hvor det anslås at det er forholdsvis få henvendelser til legevakt på kveld og natt. Mange av innbyggerne i distriktet har reisevei over maksimumkravet på 40 minutter. Sårbare veiforhold både til legevakt og sykehus som rasfare, stengte fjelloverganger og utfordrende fjorder, må tas med i en ROS analyse ved etablering av satellittstasjoner. Satellitten vil kunne dekke et befolkningsgrunnlag på opptil 6 000 innbyggere. Her er det tenkt at annet helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere, som går i annen vaktordning i kommunen (hjemmesykepleie /sykehjem) eller ambulansepersonell kan gjøre definerte legevaktsoppgaver i samråd med LVS-lege eller legevaktlege på nivå 2.

Ansatte i omsorgstjenesten kan være nyttige støttespillere for legevakten i akuttsituasjoner. Dette gir mulighet for avklaringer ved akutt behov for helsehjelp, selv når lege ikke er fysisk til stede.

I den beskrevne modell er legevaktsatellitt et nytt nivå i legevaktorganiseringen. Satellitter på kommunale omsorgsinstitusjoner i distriktet bemannes av sykepleier eller ambulansepersonell som har fått nødvendig opplæring, og som understøttes av en sterk legevaktsentral bemannet med lege, samt utstrakt bruk av velferdsteknologiske løsninger.

Et viktig tiltak for å sikre forsvarlig drift av legevaktsatelitter vil være gode kommunikasjonstekniske løsninger og utstyr, og at helsepersonellet har nødvendig medisinsk kompetanse med nødvendige rutiner og retningslinjer.

Den kommunale omsorgstjeneste har etter samhandlingsreformen fått flere og mer avanserte medisinske oppgaver med et økt behov for medisinsk fagkompetanse gjennom hele døgnet. I praksis betyr det behov for økning av sykepleierressurser i kommunale pleieinstitusjoner og hyppigere tilsyn av lege. I vår modell vil kommunene kunne utnytte den samlede kompetansen som sykepleier- og lege utgjør på en bedre måte. Muligheten for å gjennomføre videobasert akuttmedisinsk konferanse med LVS lege gjennom hele døgnet vil bidra til at mange medisinske problemstillinger kan avklares på laveste effektive omsorgsnivå og medføre mindre reisebelastning for pasientene

Viktige momenter i en legevaktsatellitt:

- Bruk av eksisterende vaktordninger for sykepleierne i kommunen
- Lokalt helsepersonell
- Opplæring i medisinske prosedyrer
- Regelmessige øvelser
- Plassering av nødvendig akuttutstyr på sykehjemmet/legevaktsatelitten.

5.3.1 Pasientmottak i legevaktsatelitten

Helsedirektoratet foreslår at satelitten utstyres med nødvendig lokale i en omsorgsinstitusjon og utstyres for å gjøre enkle medisinske avklaringer. Helsepersonellet på legevaktsatelitten blir gjort i stand til å kommunisere audiovisuelt med legevakslege på nivå 2 og nivå 1.

I Helsedirektoratets forslag til legevaktmodell vil LVS ta imot alle telefonhenvendelser i legevaktdistriktet. Vi ser for oss at flere oppgaver kan delegeres til institusjonssykepleieren etter en forsvarlighetsvurdering og viser til at flere prosedyrer og rutiner kan gjøres i henhold til standardiserte forløp etter rutinemessige utarbeidete skjemaer. Noen eksempler på tilstander som kan egne seg for slike forløp er ukomplisert urinveisinfeksjon, øyekatarr, vurdering av sår, barn med feber, enkle laboratorieanalyser, m.m.

Satelitten skal håndtere problemstillinger som ikke kan vente til fastlegenes kontortid, eller der hvor plagene er så store at man raskt trenger å komme i gang med behandling. Det må utarbeides en sjekkliste for å håndtere disse problemstillingene slik at man utelukker alvorlig tilstander.

5.3.2. Ved akutte tilfeller utenfor institusjon

Helsedirektoratet foreslår i sin modell at dedikert personell fra legevaktsatellitt og hjemmesykepleien kan rykke ut ved akutt sykdom eller skade og utføre akutt hjelp til ambulanse og lege er på stedet. Sykepleier kan sette i verk nødvendig undersøkelse og primærbehandling, forblir hos pasienten inntil ambulansen og/ eller lege ankommer, pasienten er ferdigbehandlet eller fraktet videre av ambulansen. Under utrykningen vil sykepleierne ha kontakt via nødnett med AMK-sentralen og/eller LVS-sentral.

Personellet i omsorgstjenesten kan også benyttes som mobile hjelpere for legevakt og legevaktsentral. Dersom hjemmetjenesten er utstyrt med audiovisuelt kommunikasjonsutstyr og kan kontakte LVS-lege eller annen vaktlege, vil dette kunne fungere som virtuelle undersøkelsesrom. Fordelen med helsepersonell til stede ved videokonsultasjonene er at de kan utføre enkle kliniske undersøkelser og biometriske målinger i samråd med lege. Målgruppen vil i hovedsak være eldre brukere som hjemmetjenesten ofte har kjennskap til fra før.

5.3.3. Kompetansekrav for personell på nivå 3:

- Helsepersonell sykepleier eller ambulansearbeider
- Gjennomgått kurs i akuttmedisin og håndtering av vold og overgrep
- Bruk av Nødnettradio
- Opplæring i akuttmedisinske/ medisinske prosedyrer
- Kunne bruke medisinsk utstyr og laborieutstyr
- Bruk av videobasert konferanse og bruk av telemedisinsk utstyr
- Sertifisering i gitte prosedyrer og behandlingsopplegg
- Delta på felles øvelser i den akuttmedisinske kjede og fagutviklingstiltak i legevaktdistriktet
- Observasjonskompetanse
- Prioritering av pasienter – evt. i samråd med lege
- Kjennskap til beslutningsstøtteverktøy

Det må vurderes lønnskompensasjon for helsepersonell som deltar i denne ordningen.

5.3.4. Utstyrsbehov

- Innredet undersøkelsesrom med nødvendig utstyr som undersøkelsesbenk
- Venterom
- Videoutstyr for telemedisin
- Hjertestarter
- EKG
- Monitor for BT, puls og saturasjon
- Blærescanner
- Spirometri
- Utstyr for inhalasjon
- Enkelt laboratorieutstyr for å kunne foreta analyse som CRP, glukose og hemoglobin
- Medisiner
- Nødnettradio

6. Samarbeidsavtaler

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen og ved å legge opp til samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Det er kun minimums krav til innhold i avtalene som framgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Tjenesteavtale 11 skal omhandle samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede. Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

Avtalene skal inneholde en beskrivelse av tilbudet om øyeblikkelig hjelp i kommunen.

Det er i Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale veileder til de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak fremhevet eksplisitt at avtalen bør beskrive:

- Hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende kjede
- Hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling
- Hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal ivaretas

7. Tilgang på journal

Alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten skal etter gjeldende regelverk dokumenteres i journalen. Dokumentasjon skjer i en pasientjournal – et behandlingsrettet helseregister jf.

pasientjournalloven. Legevakten vil ha en pasientjournal, og den vil være felles for enhetene på nivå 1 og 2 i piloten ettersom alle er en del av samme virksomhet. Helsepersonell i legevaktsatelittene vil være personell som jobber i andre kommunale virksomheter. Disse kommunale virksomhetene skal inngå avtale med legevaktenheten om å stille personell til rådighet for legevaktvirksomheten. Personell ansatt ved sykehjem/kommunal døgnenhet/ambulanser vil ha tilgang til pasientjournalen ved disse virksomhetene.

For at "satelittpersonell" skal ha tilgang til legevaktens journal hvis de ikke er ansatt i legevaktvirksomheten, må det inngås et samarbeid mellom legevaktvirksomheten og virksomheten som har legevaktsatelitten. Etter pasientjournalloven § 9 kan det inngås samarbeid mellom to eller flere virksomheter om behandlingsrettede helseregistre. I så fall må det inngås en skriftlig avtale. Avtalen skal sikre klare ansvarsforhold. Det skal blant annet fremgå av avtalen hvem som er databehandlingsansvarlig. Det naturlige her vil være at legevaktvirksomheten er databehandlingsansvarlig. Avtalen skal også omhandle hvordan

virksomhetene skal håndtere sikkerheten med tilgangsstyring mv. og hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas, for eksempel med rutiner for hvordan henvendelser fra den registrerte skal håndteres.

Regjeringen lanserte i november 2012 Meld. St. 9 (2012-2013) «En innbygger – én journal», som viser retningen og definerer de overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling. Beslutningsstøtte skal inngå i journalsystemet.
- Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Innrapportering skal skje mest mulig automatisk og være en integrert del av arbeidsprosessene.

En slik ordning vil lette samhandlingen i de tre nivåene i modellen, men er ikke estimert ferdig før tidligst 2025. Frem til da må man bygge på dagens EPJ-systemer og de muligheter som foreligger innenfor disse løsningene.

8. Førstevurdering og triagering på legevakt

Pasientene som henvender seg til legevakten har et stort spenn av helseproblemer, med stor variasjon i alvorlighetsgrad og kompleksitet. De fleste har vanlige allmennmedisinske problemstillinger, men mange henvender seg også med akutte kritiske tilstander som krever rask identifisering og behandling. Derfor må helsepersonellet ha god kompetanse og legevakten gode systemer som legger til rette for at de som jobber der kan gjøre arbeidet sitt på en forsvarlig måte. Det er utarbeidet flere ulike beslutningsstøtteverktøy som hjelper helsepersonellet med å gjøre gode vurderinger og prioriteringer.

I vår modell vil LVS-personellet ha god hjelp av et godt utviklet beslutningsstøtteverktøy for førstevurdering på telefon. I tillegg vil legevaktspersonellet på nivå 1 kunne benytte triageringsverktøy for å systematisere og prioritere pasienter som oppsøker legevakten. På mindre legevakter der henvendelsene fra publikum er få og det sjelden er kø på legevakt, vil triagering være til mindre nytte.

9. Akutthjelpere

Akutthjelpere er som oftest ikke helsepersonell. De kan inngå som en ressurs i noen klart definerte akuttmedisinske situasjoner, primært ved hjertestans, inntil dedikert helsepersonell kommer frem.

Akutthjelperfunksjonen er definert i § 5 i akuttmedisinforskriften

«Kommunene og de regionale helseforetakene kan, som del av sin akuttmedisinske beredskap, inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Slike akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.»

10. Ambulansetjenesten

En viktig samarbeidsaktør med legevaktordningen er helseforetakets ambulansetjeneste. Felles opplæring og trening har stor betydning for dette samarbeidsmiljøet. I akutte situasjoner kan ambulanse være på stedet før lege. Nødnett gir direkte kontakt med lege i legevaktsentral for rådgivning, eventuelt med fastlege eller lokal legevaktlege.

Ambulansetjenesten har tilgang til avansert medisinsk teknisk utstyr og kompetanse til å betjene dette. Vurderingskompetansen varierer og det er ofte slik at i de minst befolkede områdene er oppdragsgrunnlaget lavt for ambulansetjenesten.

Beslutningsstøtte for ambulansetjenesten er prosedyrer som enten er papirbaserte eller elektroniske, men det er pr i dag ikke mange tjenester som bruker elektronisk pasientjournal.

Hvis man organiserer legevaktsatelitter med vaktpersonell fra ambulansetjenesten, vil det være en viss ustabilitet i denne, ikke minst når ambulansen er borte fra vaktområdet i kjøreoppdrag. Det må vurderes bruk av ambulanspersonell versus sykepleiere i sykehjem i legevaktsatellittene også ut fra dette perspektiv.

11. Mulighet for innleggelse direkte i sykehus på natt

I vårt forslag til legevaktorganisering vil det i enkelte legevaktdistrikt med kort reiseavstand til lokalsykehus, være mulighet for at interkommunal/kommunal legevakt tar seg av øyeblikkelig hjelp henvendelsene frem til kl. 23:00 på kvelden og at lokalsykehuset overtar øyeblikkelig hjelp ansvaret på natt. Det må da inngås avtale mellom helseforetak og ansvarlig kommune/IKS.

Andelen av øyeblikkelig hjelp henvendelser vil i disse vaktområdene være så få (ca. 1-2 pr 10 000) at de kvantitativt ikke utgjør noe stort merarbeid for sykehus som likevel har lege i døgnberedskap, og som med relativt stor sannsynlighet uansett vil måtte ta imot og tilse flere av disse pasientene. Erfaringene er at innbyggere som oppsøker legevakt på natt, ofte har behov for avklaring i sykehus. LVS-lege vil kvalitetssikre henvendelsene slik at unødige kontakter og henvisninger i akuttmottak på lokalsykehus kan forebygges. Dette vil bidra til mindre vaktbelastning på legevaktpersonellet i områder der det er rekrutteringsutfordringer av sykepleier og lege.

Denne ordningen evt. kombinert med en virtuell LVS-organisering, vil være mer hensiktsmessig bruk av ressurser. Ulempen er at sykehuslege kan være forhindret fra å rykke ut ved akutte hendelser som følge av at denne må være lokalisert i sykehus. Sykehusene har imidlertid anestesipersonell i beredskapsvakt som evt. kan rykke ut ved ulykker, hjertestans etc. Utfordringen kan bli behov for legevaktlege på utrykning til hendelser av mer sjelden art som f.eks. akutt psykiatri og andre akuttmedisinske hendelser.

12. Økonomiske konsekvenser

Kostnader til pilot med etablering og drift av legevaktdistrikt med tre nivåer, vil bestå av etablerings- og oppstartskostnader og av faste løpende driftskostnader gjennom pilotperioden

Et pilotforsøk med ny/alternativ organisering og struktur på legevaktilbudet vil ha økonomiske og/eller administrative konsekvenser for en rekke aktører:

- For kommuner med ansvar for legevaktilbud som inngår i pilotforsøket
- For aktørene som samarbeider med kommunene i legevaktilbudet
- For Helsedirektoratet, eller det organ som får ansvar for å forberede og gjennomføre forsøket, herunder kostnader til evaluering

Etablerings- og oppstartskostnader vil bestå av:

- Kostnader til etablering av ny organisasjon og organisatorisk enhet
- Kostnader til supplering av utstyr (medisinsk, kommunikasjon, drift) ved organisasjonens lokasjoner
- Kostnader til nødvendig kompetanseheving for bemanning på de tre nivåer.

Driftskostnader vil bestå av:

- Personalkostnader for bemanning ansatt i eller med driftsavtale med legevaktorganisasjonen
- Drifts- og kapitalkostnader knyttet til løpende drift av lokasjoner på tre nivåer samt kostnader til nødvendige driftsavtaler med samarbeidsparter som er nødvendig for en fullstendig pilotmodell

12.1. Hva er bestemmende for behov for ekstra midler til etablering og drift av piloten?

Størrelsen på behov for ekstra midler til etablering og drift av piloten vil avhenge av eksisterende bemanning, kompetanse og utstyr i det område piloten prøves ut. Kommunene har i dag ansvaret for legevakttilbudet og bærer det økonomiske ansvaret for tilbudet. Den anbefalte pilotmodell går ikke ut over eksisterende funksjons- og kvalitetskrav til legevakt i henhold til lov og forskrift. Den anbefalte pilotmodell innebærer en alternativ organisering av legevakttilbudet, der etablering og drift av nivå 1 og 3 vil innebære nye typer kostnader. Men behovet for ekstra midler vil avhenge av om ressursene som kreves kan skaffes ved å omstrukturere eksisterende tjeneste og flytte eksisterende ressurser, eller må etableres på toppen av eksisterende tjeneste.

Den anbefalte pilotmodellen vil kreve ledelse av nytt interkommunalt selskap og premissene for leger på vakt ved legevaktsentral kan innebære krav om økt legebemanning ved noen av dagens legevakter som kan utgjøre legevaktsentraler i en framtidig modell; avhengig av om eksisterende bemanning er basert på minimumskrav eller ligger noe over. Samtidig vil premissene for leger på vakt ved legevaktsentral kunne redusere krav til lege i bakvakt på andre legevaktstasjoner i distriktet, og åpne for at enkelte av eksisterende legevakter kan omgjøres til legevaktsatelitter bemannet med sykepleiere.

På sikt vil en organisering i tråd med den anbefalte pilotmodell innebære årlige kostnader på nivå med dagens legevakttilbud, eller lavere. Ved oppstart og innføring må en påregne pukkelkostnader:

- Telemedisinsk utstyr og kommunikasjon er anskaffet før eksisterende legevakter er omgjort til satellitter
- Driftsavtale med kommunen om beredskapsfunksjon på nivå 3 er inngått før legevaktfunksjon i eksisterende legevakt er avviklet
- Kostnader ved lege i bakvakt ved eksisterende legevakter opprettholdes etter at legevaktsentral er etablert og satt i drift

Det vil kunne ta noe tid å oppnå en omstrukturering. I de økonomiske konsekvenser er det derfor lagt inn økte kostnader uten at mulighetene for økonomisk innsparing er stipulert eller realisert.

Driftskostnader utstyr innbefatter tilskudd til kapitalkostnader (avskrivninger 20 pst.) av utstyr (medisinsk og kommunikasjon) og teknisk drift/vedlikehold av utstyr.

13. Administrativ og faglig ledelse av modellen

I modellen skal legevakten på nivå 1 ta ansvaret for kvalitet- og fagutvikling i legevaktdistriktet. Et større fagmiljø der flere legevaktdistrikt samarbeider om fagutvikling vil føre til ensartet prosedyrearbeid og at fagmiljøene kan trekke veksler på hverandre. Systematisk samtrening på tvers av profesjoner (K-BEST) organiseres fra nivå 1 sammen med helseforetakets prehospital tjeneste.

13.1. Ansvar, ledelse og kompetansekrav

Det er ikke definerte krav til leder av legevaktsentral eller legevakt.

Der leder ikke er lege, skal det ansettes en lege i stillingen medisinsk faglig rådgiver.

14. Forberedelse og drift av forsøket - Evaluering/følgeforskning

Med tanke på nasjonal overføringsverdi er evaluering etter forskningsbasert tenkning og metode helt nødvendig.

14.1 De aktuelle prosjektene

Delprosjekt 1: Legevaktsentral (LVS) forsterket med lege 24/7.

Delprosjekt 2: Sykehjem eller ambulansestasjon som fremskutt legevaktkontor og utvidet bruk av ambulansesarbeider eller sykepleier i kommunen

14.2 Om metodologisk tilnærming

Det må tilstrebes et omfattende og valid datasett som kan belyse tidsdimensjonen før-under-etter og intervensjonseffektdimensjonen i form av kontrollgrupper der det er mulig.

Kvaliteten skal være på nivå «publiserbar forskning» eller «forskningsbasert evaluering», som i praksis har de samme kvalitetskrav. Dette setter krav til godkjenninger, validitet, omfang (antall hendelser, tid, grupper, kontroller).

Evaluering av prosjektet er nærmere beskrevet i Rapport Pilot legevakt 20.10.2017.

15. Stedlig prosjektleder

Helsedirektoratet er opptatt av at det skal være gjennomføringsevne og dedikerte ressurser i prosjektet. Det legges til grunn at det gis støtte til prosjektleder lokalt. Prosjektleder lokalt vil i samarbeid med prosjektleder i Helsedirektoratet ha ansvar for planlegging og oppfølging av prosjektet. Prosjektleder vil bli ansatt for den perioden prosjektet kjøres, og ansettelsen vil bli foretatt i samarbeid med Helsedirektoratet og ansvarlig kommune/ IKS piloten skal prøves ut.

15.1 Stedlig prosjektleders ansvar og oppgaver:

Være med i planlegging av legevaktsentral, legevaktstasjoner og legevaktsatelitter som er valgt ut til å være med i prosjektet når det gjelder:

- Lokalisering
- Personell
- Utstyr
- Opplæringsplaner
- Organisering
- Koordinere trening i samarbeid med helseforetaket
- Samarbeide med evaluator med oppfølging og rapportering
- Rapportering til Helsedirektoratet i samarbeid med ansvarlig kommune/IKS
- Være ressursperson for leder av hovedlegevaktsentral/legevaktstasjon
- Budsjettoppfølging

Helsedirektoratet vil ha et nært samarbeide med prosjektet og prosjektleder for å sikre deling av kunnskap og erfaring og for å bidra til at prosjektet gjennomføres i tråd med anbefalt arbeidsprosess og oppgaver. I tillegg til jevnlig statusmøter vil Helsedirektoratet arrangere felles samlinger for prosjekt og prosjektdeltagere der deling av kunnskap og erfaringer i utviklingsprosessen er tema. Samlingene vil planlegges og gjennomføres i samarbeid med lokal prosjektleder.

16. Rekruttering av kommuner som deltakere i prosjektet

For å lykkes er det helt vesentlig at de kommunene som skal delta er interessert, motivert og ser nye måter å yte tjenester på, og har ledere som er endringsvillige.

Kommunene må sikre samspill mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet ser det som en fordel at det allerede eksisterer en avtale om samarbeid i kommunene som blir med i forsøket eller som et minimum en intensjonsavtale om slikt samarbeid. .

Med utgangspunkt i forslaget til statsbudsjett 2018 og 10 mill. kroner til legevaktpiloten. Av disse er det satt av 7 mill. kroner til kommunene til å etablere og drifte piloten.

Prosjektet lyses ut med søknadsfrist 01.06.2018

Prosjektets forventes oppstart den 1.september 2018 og med forbehold om videre finansiering i statsbudsjettet er det ønskelig at prosjektet driftes i 3 år.

Det vil være en før-evaluering ved oppstart av prosjektet. Denne er beregnet til ca.4-6 måneder.

Antall kommuner og endelig tilskudd vil avgjøres ut i fra en samlet vurdering jamfør de kriterier som er angitt i tilskuddsregelverket.