



Oversendelse av rapport etter tilsyn med legevaktordningen i Namdalen (LiNa)

Fylkesmannen i Trøndelag har gjennomført tilsyn med legevaktordningen i Namdalen på natt (LiNa). Fylkesmannen førte i den forbindelse tilsyn med daværende Midtre Namdal Samkommune (MNS) som vertskommune for legevaktsamarbeidet og derigjennom ansvarlig for gjennomføring av tilsynet. Tilsynet ble i sin helhet gjennomført i Namsos fra 25.11 til 28.11.2019.

Fylkesmannen undersøkte om det interkommunale LiNa-samarbeidet – gjennom systematisk styring - legger til rette for, samt følger opp, at innbyggerne i Namdalen mottar forsvarlige helsetjenester i tidsrommet kl. 2300 – kl. 0800. Tilretteleggingen og oppfølgingen omfatter blant annet samarbeid omkring bruk av kommunal legeressurs og prehospital spesialisthelsetjenester, herunder akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjeneste.

Tilsynet ble initiert på bakgrunn av mottatte bekymringsmeldinger om at samarbeidet om gjennomføring av legevakt mellom kl. 2300 og kl. 0800 ikke fungerer som forutsatt etter omlegging av blant annet rutiner for håndtering av rød respons for regionene Indre og Ytre Namdal. Omlegging av rutiner skjedde i april 2019. Også enkelthendelser og mediaoppslag avdekker mulige risikoforhold ved tjenesten.

Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon.

Fylkesmannens konklusjon:

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:

Det foreligger stor risiko for svikt i helsetjenestene på natt i Namdalen (LiNa).

Fylkesmannen vurderer at samlet risiko er av en slik karakter at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	Side 3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	Side 5



- | | |
|--|----------------|
| 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget | Side 8 |
| 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag | Side 13 |
| 5. Fylkesmannens konklusjon | Side 19 |
| 6. Oppfølging av påpekt pliktbrudd | Side 19 |

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

1. Tilsynets tema og omfang

Tema for tilsyn



Fylkesmannen har undersøkt om LiNa sørger for at innbyggerne i Namdalen mottar forsvarlige helsetjenester i tidsrommet fra kl. 2300 til kl. 0800. Fylkesmannen har ikke tatt stilling til forsvarligheten i legevakttjenesten til andre tider av døgnet.

Legevakttjenesten er en del av den kommunale helseberedskapen og er derfor i utgangspunktet et kommunalt ansvar. Bistand fra spesialisthelsetjenesten, herunder AMK og ambulansetjeneste, er imidlertid nødvendig for å kunne tilby forsvarlige kommunale helsetjenester til innbyggerne gjennom hele døgnet. Fylkesmannen fører ikke tilsyn med AMK og ambulansetjenesten i dette tilsynet. Vi har imidlertid funnet det nødvendig å innhente informasjon fra ansatte i disse tjenestene for å belyse forsvarligheten av den totale helseberedskapen på natt.

Generelt om legevakttjenester

Legevakt er et allmennmedisinsk behandlingstilbud beregnet på akutte tilstander som oppstår utenom ordinær åpningstid for legekantorene. Det er i dag vanlig at legevakt organiseres som et samarbeid mellom flere kommuner med plassering i en sentral legevaktstasjon, gjerne også med legevaktsentral, noen steder i et lokalsykehus.

Legevaktsentralen i større områder er som regel bemannet med en eller flere leger og en eller flere sykepleiere. I motsetning til tidligere, er det i dag mer vanlig at pasienter med behov for akutt helsehjelp hentes med ambulanse til legevaktsentralen i stedet for at lege reiser ut til pasienten. Legevaktlege skal imidlertid kunne rykke ut til pasienter når dette er nødvendig.

Fra og med 01.09.2015 fikk alle legevaktene i Norge samme seksifrede telefonnummer; 116 117. Telefonnummer 113 er fortsatt nummeret for alvorlig sykdom eller skade. Når pasienten ikke selv kan transporteres med privatbil til legevakt, og/eller liv og helse er i akutt fare, er 113 sentralt nummer til AMK som da kan sende ambulanse eller luftambulanse.

Organisering av legevaktordningen i Namdalen

LiNa er et interkommunalt samarbeid som først ble etablert i 1996. Per tilsynstidspunkt er organiseringen som følger:

Kommune	Antall innbyggere	Midtre Namdal samkommune (MNS)	Kommune-overlege	Legevakt kveld/helg Midtre Namdal (MN)	LiNa	Legevakt-telefon 24/7	Tilleggs-avtale adm. tjenester
Namsos	13056	X	X	X	X	X	
Fosnes	612	X	X	X	X	X	
Namdalseid	1585	X	X	X	X	X	
Overhalla	3845	X	X	X	X	X	
Flatanger	1116		X	X	X	X	
Osen	955		X	X	X	X	
Høylandet	1270			X	X	X	X
Grong	2395				X	X	X
Lierne	1389				X	X	X
Røyrvik	475				X	X	X
Namsskogan	908				X	X	X
Vikna	4537				X	X	
Nærøy	5122				X	X	
Leka	563					X	
Bindal	1448					X	
Sum innb.	39276	19098	21169	22439	37161	39172	6437



Kommunene Grong, Lierne, Namsskogan og Røyrvik har egen legevakt i Indre Namdal på kveld/helg. Det samme har kommunene Vikna og Nærøy for Ytre Namdal. Leka kommune har egen legevakt 24/7. Det samme har Bindal kommune (*Fra 01.01.2020 slås kommunene Namsos, Fosnes og Namdalseid sammen til Namsos kommune. Fra samme tidspunkt slås kommunene Vikna og Nærøy sammen til Nærøysund kommune*).

Midtre Namdal samkommune (MNS) har ansvar for helse- og omsorgstjenester som er organisert under kommuneoverlegen. Legevaktene (Midtre Namdal og LiNa) er lokalisert ved akuttmottaket ved Sykehuset Namsos. MNS har inngått avtale med Helse Nord-Trøndelag om kjøp av hjelpepersonelltjenester (fast ansatt hjelpepersonell er ikke knyttet til LiNa), leie av utstyr og IT-support og alarmsystem for ivaretagelse av sikkerhet for ansatte. I tillegg kjøpes 24/7 legevakttelefon fra AMK-sentral som er plassert i umiddelbar nærhet. Reforhandlet avtale om kjøp av tjenester fra helseforetaket gjøres gjeldende fra 01.01.2020.

Bakgrunn for valg av tilsynstema

Tilsynets tema er valgt på bakgrunn av meddelt bekymring hva angår forsvarligheten av helsetjenester på natt etter at rutiner for LiNa ble endret fra april 2019. Endringene gikk hovedsakelig ut på følgende;

1. At lege i bakvakt i henholdsvis Indre Namdal og Ytre Namdal skulle være tilgjengelig via nødnettradio i tidsrommet kl. 2300 - kl. 0800.
2. At alarm på nødnettradio ved rød respons skulle gå direkte til bakvaktlege.

Fylkesmannen i Trøndelag har i brev av 01.07.2019 uttalt seg til pkt 1. Tilgjengelighet via nødnettradio er derfor ikke et tema for ytterligere drøfting under Fylkesmannens tilsyn med LiNa.

Nærmere beskrivelse av rutineendringer og reaksjoner på disse følger av kap. 3.

Risiko ved utøvelse av helsetjenester på natt

Helsetjenester er generelt en høyrisikovirksomhet. Kompleksiteten er stor, med mange og mer spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi, økende behov for kommunikasjon og samhandling, m.m.

Helsetjenester på natt innebærer en ytterligere økt risiko fordi

- Det foreligger en stor klinisk variasjon.
- Prioritering gjelder akutt oppstått behov på grunn av ofte livstruende tilstand.
- Tilgangen til kvalifisert helsepersonell er redusert om natten.

Interkommunalt legevaktsamarbeid kan videre medføre forhøyet risiko fordi det etableres legevaktsamarbeid med flere kommuner involvert over et stort geografisk område. Dette kan føre til

- Økt reiseavstand for pasienter – fravær av/lang vei for ambulanse.
- Samtidighetskonflikter ved flere hendelser.
- Økt responstid.
- Forhøyet terskel for å kontakte legevakt.
- Interkommunalt legevakt har liten kunnskap om den enkelte pasienten.
- Ulik vaktbelastning for helsepersonell i ulike deler av det geografiske området – betydningen for vedlikehold og rekruttering av kompetanse.



Behov for akutt helsehjelp på natt innebærer at krav til sikkerhetstiltak øker slik at ledere og medarbeidere må ha skjerpet bevissthet omkring risikostyring og risikohåndtering.

Fylkesmannen har gjennom tilsynet undersøkt om det iverksettes nødvendige risikoreducerende tiltak i LiNa.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 annet ledd, første og annet pkt; *«Fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen skal føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.»*

Fylkesmannens tilsynsmyndighet utdypes og reguleres for øvrig av pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at tjenestene som ytes etter loven skal være forsvarlige;

«Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.»*

Det er ikke tilstrekkelig at de enkelte tjenestene er forsvarlige, også tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig.

Sammen med mer generelle helsepolitiske, faglige og etiske faktorer, er de ovennevnte momentene sentrale for kommunens vurdering av sin virksomhet og tilsynsmyndighetens vurdering av om kommunen oppfyller sin plikt til en forsvarlig minstestandard.

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

Forsvarlighetskravet



Krav om forsvarlighet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende gjennom å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf.

<https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>.

Følgende publikasjoner fra sentrale helsemyndigheter er særlig aktuelle for dette tilsynet:

- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620).*
- *Rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften.*

Plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 beskriver virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne plikten fremgår også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 01.01.2017 og innebærer en videreføring og presisering av kravene i den tidligere gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Ledere på alle organisatoriske nivå i kommunen må legge til rette for å følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende regelverk og av god nok kvalitet. Dette innebærer at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert oversikt over risiko og uønskede hendelser, for å kunne iverksette riktige tiltak i den hensikt å redusere risiko og ivareta pasientsikkerheten. Se også IS-2620.

Krav til legevaktordning

Alle norske kommuner er pålagt å ha en legevaktordning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd; «*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.*»

Ansvar for legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, samt medisinsk nødmeldetjeneste, er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Ansvar for tjenestene er lagt både til de regionale helseforetakene og kommunene sitt sørge-for-ansvar. Krav til tjenestene fremgår av akuttmedisinforskriften.

Kommunen skal tilby legevaktordning og sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordning omfatter legevaktsentral, et fast/nasjonalt legevaktnummer og lege/leger i vaktberedskap. Legevaktsentralen skal ta imot og håndtere henvendelser og prioritere, sette i verk og følge opp henvendelser til lege, jf. akuttmedisinforskriften §§ 6 og 13. Legevaktsentralen skal, jf. § 11 «*vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.*»

Norsk medisinsk indeks anbefaler følgende vurderinger av hastegrad:

- grønn respons hvis legetilsyn kan vente til legens kontortid dagen etter,



- gul respons ved mulige alvorlige tilstander hvor legevaktlege må kontaktes og eventuelt få pasienten til legevakt for undersøkelse,
- rød respons hvor ambulansetjeneste og legevaktlege alltid varsles for umiddelbar respons.

Ved gul og rød respons skal operatør på legevaktsentral alltid kontakte legevaktlege for å gjøre nødvendige avtaler. Hvis det foreligger tvil om kontakten til legevaktsentralen gjelder et behov for øyeblikkelig hjelp (om det foreligger grønn eller gul/rød respons), er det legevaktlege som skal ta avgjørelsen, jf. helsepersonelloven § 4 tredje ledd.

Forsvarlighetskravet for spesialisthelsetjenestene (som i denne sammenheng ytes av AMK-sentral og ambulansetjeneste) fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Helsepersonelloven § 16 pålegger virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å organisere seg slik at helsepersonellet gis handlefrihet til å overholde sine lovpålagte plikter, det vil si plikter som følger av helsepersonelloven og av andre lover og forskrifter. Bestemmelsen må ses i sammenheng med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Fylkesmannen presiserer at det ikke føres tilsyn med spesialisthelsetjenesten i dette tilsynet. Ovennevnte henvisning til spesialisthelsetjenesteloven er tatt med av hensyn til sammenheng i regelverket.

Legevakt skal gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner og om nødvendig kunne rykke ut straks. Kompetansekrav til lege i legevakt fremgår av akuttmedisinforskriften § 7. Det fremgår av annet ledd at kompetansekravene også gjelder for leger som skal ha bakvakt.

Hvis lege er alene på vakt må kommunen gjøre en konkret vurdering av hvilken kompetanse og hvilke ressurser som må være tilgjengelige og ved behov sette i verk nødvendige tiltak for at legevaktstjenesten skal være forsvarlig, om nødvendig bakvakt som kan rykke ut, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Det forventes at kommunen har:

- overordnede kriterier/omforent praksis for bruk av lege i legevakt,
- identifisert legevaktstjeneste på natt som et risikoområde og iverksatt nødvendige risikoreducerende tiltak, og følger opp at tiltakene fungerer etter hensikten,
- oversikt over helsepersonell som er i legevakt til enhver tid,
- tydeliggjort ansvar og beslutningsmyndighet, samt ressurs- og kompetansebehov ved legevakt, og følger opp at dette etterleves og fungerer i praksis,
- tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling, kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner og organisatoriske enheter, og følger opp at det fungerer.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget



Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne overholdes.

Ansvar/oppgaver

Kommunene i Namdalen har hatt et legevaktsamarbeid på natt i mer enn 20 år (LiNa). Hver deltakende kommune har etablert en samarbeidsavtale med Midtre Namdal Samkommune (MNS) som vertskommune.

MNS skal organisere legevakttjenesten for medlemskommunene etter følgende ordning; Legevakttjenesten omfatter lege/hjelpepersonell i vakt og betjening av legevakthenvendelser på telefon. Legevakttjenesten holder til i egne lokaler som ligger i umiddelbar nærhet til mottakelsen ved Sykehuset Namsos.

For å sikre forsvarlige legevakttjenester på natt, har MNS etablert avtaler med Helse Nord-Trøndelag HF om drift av legevaktsentral på kveld, natt og helg/helligdag. I tillegg kjøper MNS hjelpepersoneltjenester (sykepleiere), leie av utstyr, IT-support og alarmsystem.

Per tilsynstidspunkt er 15 kommuner tilknyttet LiNa, herunder kommunene i Midtre Namdal (MN), Ytre Namdal (YN) og Indre Namdal (IN). Ansvarsforholdene mellom MNS, YN og IN er noe konkretisert gjennom samarbeidsavtaler som de ulike kommunene har inngått med MNS. Deltakerkommunene har ført over ansvaret for en del ordninger til MNS, blant annet kommuneoverlegefunksjonen og legevakt mellom kl. 1530 (1500) og kl. 0800, samt legevakttelefon 24/7 – lokalisert til egne lokaler tilknyttet Sykehuset Namsos. Det vises for øvrig til tabell ovenfor.

Det fremgår imidlertid av intervju at det foreligger usikkerhet omkring hvem som har administrativt ansvar for LiNa. Det oppleves blant annet at det ikke finnes felles møteforum for helseledere i IN/YN/MNS. Det er etablert lokale samarbeidsutvalg som behandler avvik, m.m.

I tillegg gjennomføres møter i samarbeidsutvalget (SU) i LiNa; et administrativt samarbeidsutvalg bestående av to representanter fra hver av regionene Indre Namdal, Midtre Namdal og Ytre Namdal, samt en representant fra legetjenesten og vertskommunen. Evaluering av ordningen er hovedtema i SU, som ledes av kommuneoverlege MNS.

Utvalget kan komme med innspill/forslag til forandringer av legevaktordningen og skal fungere som et meningsutvekslingsorgan og et rådgivende organ mellom legene og kommunene i organisatoriske og faglige spørsmål omkring interkommunal legevakt. SU har ikke beslutningsmyndighet.

«Region Namdal» er ordningens politiske møtested og vil sammen med det administrative samarbeidsutvalget være rådgivende organ for samarbeidet.

Fylkesmannen forstår det slik at det er ulike oppfatninger/uenighet omkring kommuneoverlege MNSs beslutningsmyndighet hva angår MNS/LiNa. Det fremkom under intervju oppfatning om at beslutningsmyndigheten ligger hos den enkelte kommune. Det foreligger stillingsinstruks for kommuneoverlege, datert 07.02.2018, som viser faglig ansvar for blant annet LiNa. I instruksen er det ikke presisert hvilken



beslutningsmyndighet kommuneoverlegen har. Kommuneoverlege MNS har ikke ansvar for IN/YN.

Legevaktordningen i Namdalen

På ettermiddager, og ved helg og helligdager, har Indre og Ytre Namdal egne regionale legevaktordninger regulert gjennom egne avtaler. Midtre Namdal har MNS legevakten, som er en legeressurs tilgjengelig på vakt. Lege med LINA-vakt er til stede ved legevaktens hovedkontor tilknyttet akuttmottaket ved sykehuset i Namsos. Legevakt på natt har ikke eget hjelpepersonell, men kan disponere personell fra mottaket med 1,5 time per vakt døgn.

På natt i Indre og Ytre Namdal er regional bakvaktlege tilgjengelig ved behov.

For kommunene i Midtre Namdal (inkludert Osen og Flatanger), eksisterer det ingen bakvaktordning.

Befaring

Fylkesmannen gjennomførte 25.11.2019 befaring ved legevakt og legevaktsentral som er lokalisert sammen med AMK-sentral og akuttmottak ved Sykehuset Namsos.

Venterom er felles for legevakt og akuttmottak. Venterommet overvåkes ikke fra legevakt.

Det er ikke egen ambulanseinngang til legevakt. Pasient på bære kommer via enten felles venterom eller akuttmottak. Det er ikke smittesluse, heller ikke for akuttmottak.

Legevakt består av tre rom; pauserom (fungerer også som soverom), rom for legesekretær med blant annet labutstyr og legemiddelautomat, m.m., samt et undersøkelsesrom for legen.

Det er korte avstander mellom akuttmottak, legevakt og AMK/legevaktsentral. Akuttrom i akuttmottaket kan benyttes til behandling/avklaring av legevakt pasienter. Legevakt mottar noe bistand fra aktører tilknyttet Helse Nord-Trøndelag HF, spesielt fra mottak.

Sykepleierne bruker kun EQE-rutiner/-prosedyrer, ikke rutiner fra legevakt. Ansatte har mange fagdager i mottak, men ingen felles med legevakt. Ansatte ved mottak er sjelden inne på legevakt – pasienter med behov tas som regel med inn i mottak. Samlokaliseringen oppleves som positivt og trygg.

Legevakttelefon håndteres i AMK-sentralen. Opplæring for AMK oppleves som bra, men opplæringen skjer aldri sammen med andre faggrupper.

Tilsynet erfarer at det savnes systematiske og formaliserte møtefora mellom AMK, ambulansetjenesten, legevakt og akuttmottak.

Dokumentasjon

Henvendelser til legevakttelefonen 116 117 dokumenteres av sykepleierne i AMIS. Legevaktlege dokumenterer i System X. Det er ingen kommunikasjon mellom AMIS og System X.

Ambulansetjenesten dokumenterer i eget journalsystem som heller ikke kommuniserer med System X.



Nødnettradio

Alle bakvakter har en nødnettradio som skal være påslått. Fra AMK-sentralen kan man se hvor denne radioen er til enhver tid, den siste bevegelsen lagres. Radioen har alarmfunksjon.

Endringer i rutiner fra april 2019

Etter det Fylkesmannen forstår, har det over lengre tid vært behov for en gjennomgang av rutiner ved rød respons, blant annet fordi bakvakt i IN og i YN kunne være vanskelig å få tak i ved behov. Fylkesmannen har fått tilbakemeldinger om at LiNa-lege (tilknyttet MN) ved enkelte anledninger ikke var klar over at bakvaktordningen i IN og YN eksisterte.

MNS/LiNa legevakt er plassert i lokaler tilknyttet Sykehuset Namsos. I tidsrommet kl. 2300 – kl. 0800 alle dager øker legevaktsdistriktet i geografisk omfang ved at kommunene i IN og YN tilslutter seg legevakten som er lokalisert i Namsos. I tillegg til vakthavende lege lokalisert i Namsos, er det en bakvaktlege i IN og en bakvaktlege i YN som har beredskap knyttet til rød respons. Det er den enkelte kommune som har ansvar for at det etableres bakvaktordninger for henholdsvis Indre og Ytre Namdal som sikrer utrykning av lege ved behov i tidsrommet kl. 2300 – kl. 0800 alle dager. Det er etablert hvilende hjemmevakt både i Indre og Ytre Namdal som følge av dette.

Rutine ved rød respons er generelt at ansvarlig lege skal ta stilling til:

1. Den medisinske tilstanden til pasienten, eventuelt ta kontakt med veileder hvis det er usikkerhet omkring dette (gjelder LIS1 lege).
2. Hvor pasienten befinner seg geografisk.
3. Om andre ressurser skal kalles ut, eksempelvis luftambulans.

Før vakt starter skal det være avklart;

4. Hvem som har bakvakt.
5. Hvor bakvakt er lokalisert – også i forhold til pasienten.
6. Hvem som skal kalle ut bakvakt.
7. Hvordan bakvakt skal kalles ut.

Rutine tidligere var at ved rød respons gikk alarmer på nødnettradio til ambulansen i regionen hvor hendelsen fant sted og til legen (LiNa-legen) som er plassert på vaktrom på legevakten i Namsos.

Fylkesmannen oppfatter at punktene ovenfor ble ansett for å utgjøre et tidstap som kunne være kritisk for akutt syke pasienter. MNS ønsket derfor å justere rutine slik at disse var mer i tråd med det som ble oppfattet å være gjeldende regelverk og dermed sikre medisinsk faglig forsvarlig helsehjelp til pasientene i IN og YN.

Etter en gjennomgang av hvordan bakvaktordningen i LiNa fungerte, kom det frem at bakvaktlegene slo av nødnettradioen fra kl. 2300 – kl. 08.00 og kun var tilgjengelige på mobiltelefon. Det var også hendelser som bekreftet at det ikke var oppnådd kontakt med bakvaktlege.

Rutine for rød respons ble tatt opp i møte i SU 04.04.2019, og ny rutine ble iverksatt fra 08.04.2019. Ny rutine innebærer at alarm ved rød respons skal gå direkte på nødnettradio (og ikke på mobiltelefon) til bakvaktlege i den aktuelle regionen i stedet for å «siles» av lege plassert på vaktrom ved legevakt i Namsos.



Av referat fra møte 26.04.2019 fremgår at praksis innført 08.04.2019 videreføres, men det presiseres at LiNa-vakt kan ta over ansvaret på anmodning fra bakvakt dersom situasjonen kan håndteres fra legevakt i Namsos.

Ny rutine fremgår ikke av referat fra møte i SU 04.04.2019, men er meddelt for videreformidling fra kommuneoverlege MNS til daglig leder legevakt gjennom e-post av 08.04.2019.

Det har vært tradisjon for at bakvakt i IN og YN sover hjemme. Etter endringer i bakvaktordning har enkelte leger overnattet i nærheten av legekantoret på grunn av behov for tilgjengelighet ved rød respons. Endring av rutine for rød respons har ført til endret praksis for både bakvaktene og LiNa-lege. Det legges blant annet til grunn at bakvaktlege skal være på radio helt inn, altså til pasienten ankommer Sykehuset Namsos. Det oppleves av informanter at bakvakt ikke har vært med pasient inn ofte nok, men det foreligger ikke noen statistikk på dette. Det informeres videre om at bakvakt ikke rykker ut i henhold til anbefaling om 75 % i Norsk Index. Det hevdes at nye rutiner har medført en større belastning på legene som har bakvakt i Indre og Ytre Namdal. Dette fordi bakvaktlege mottar flere anrop via nødnettradio enn tidligere, oftere må rykke ut, samt må være tilgjengelig over radio i lengre tid.

Tall for antall utkallinger i 2017

- Ytre Namdal: 62 utkall = gjennomsnitt på 1,12 utkallinger per uke.
- Indre Namdal: 46 utkall = gjennomsnitt på 0,88 utkallinger per uke.
- Midtre Namdal: 146 = gjennomsnitt på 2,81 utkallinger per uke.

Tall for antall utkallinger i 2018

- Ytre Namdal: 85 utkall = gjennomsnitt på 1,63 utkallinger per uke.
- Indre Namdal: 55 utkall = gjennomsnitt på 1,06 utkallinger per uke.
- Midtre Namdal: 169 = gjennomsnitt på 3,25 utkallinger per uke.

Tall for antall utkallinger i 2019 fra og med uke 15 til og med uke 43

- Ytre Namdal: 49 utkall = gjennomsnitt på 1,68 utkallinger per uke.
- Indre Namdal: 31 utkall = gjennomsnitt på 1,06 utkallinger per uke.
- Midtre Namdal: 112 = gjennomsnitt på 3,86 utkallinger per uke.

Det kommer i intervju frem at bakvakt etter endring i april oftere benyttes til administrative oppdrag i tilknytning til gul og grønn respons. Fylkesmannen har imidlertid ikke mottatt tall som sier noe om dette.

Fylkesmannen finner at tallene for 2019 omfatter en for kort periode til å dra endelige slutninger om hvorvidt rutineendringer i april har hatt noen direkte betydning for arbeidsbelastningen for legene i de tre ulike regionene.

Aktuelle rutiner/prosedyrer for å sikre daglig drift

Daglig leder ved legevakt i Namsos organiserer legevakt i samarbeid med legene. Det er legene selv som vurderer vakter over flere dager.

Legevakt.no er et nasjonalt verktøy for administrering av blant annet legevaktturnus. LiNa bruker dette verktøyet. Alle leger og helseledere i LiNa har tilgang. Også bytte av vakter, samt noe informasjon, gjøres tilgjengelig via Legevakt.no. Det eksisterer ikke en



fullstendig beordringsliste, verken på Legevakt.no eller andre steder. Ulik bruk av Legevakt.no gjør at dette ikke fungerer optimalt per i dag.

Ambulansetjeneste benytter FRAM og EQS. AMK benytter FRAM, EQS og Norsk Index.

Fritak for lege i legevakt håndteres ulikt av kommunene. Kommunene har videre ulik forståelse av hvordan fravær av lege i legevakt skal håndteres. Skriftlige rutiner for beordring av lege ved sykdom foreligger ikke. Informanter opplever at kommuneoverlege MNS kan beordre.

Det foreligger prosedyre for fravær, revidert 27.06.2019. Det fremgår av denne at den aktuelle kommunen hvor lege er ansatt har ansvar for å sikre lege på vakt i LiNa. Prosedyren er lite kjent. Fylkesmannen er kjent med at det har forekommet episoder hvor lege ikke dukket opp og ingen av kommunens ledere var innforstått med hvordan situasjonen skulle håndteres.

Oversikt over bakvakt i YN og IN fremgår av tavlen på AMK-sentralen. Det er imidlertid uavklart om og hvilke rutiner som foreligger ved vaktskifte mellom MNS/YN/IN og LiNa.

Det foreligger ingen katastrofeplan for LiNa, herunder håndtering av masseskadesituasjon og hvordan tjenestene skal oppskaleres når skadeomfanget er betydelig.

Kompetanse/opplæring

Det foreligger ingen kompetanseplaner hva angår LiNa. Det foreligger imidlertid en del rutiner for opplæring av nyankomne leger ved legevakt i Namsos. LiNa har ikke ansvar for opplæring av bakvakt i LiNa. Opplæring av leger skjer ved lokale legekontorer, samt ved legevakt i Namsos.

Inntrykk etter endring i rutiner fra april 2019

Fylkesmannen opplever at det foreligger stor misnøye med prosessen, spesielt hva angår det som oppleves som mangelfull medvirkning før endring av rutiner i april 2019, samt svært kort tid fra nye rutiner ble innført til disse ble iverksatt. Det fremgår unisont at prosessen var lite pedagogisk gjennomtenkt.

Endringer av rutiner oppleves likevel av flere, herunder ambulansetjenesten, som bedre for pasientene. Ambulansetjenesten opplever at pasienten kan behandles lokalt i større grad. Pasienten slipper belastningen med å transporteres til Namsos. Lokal behandling sikrer bedre ambulanseberedskap, spesielt i Ytre Namdal.

Andre inntrykk fra intervju:

- LiNa-lege (forvakt ved legevakt i Namsos) opplever å ha fått mindre å gjøre etter rutineendringer.
- Bakvaktene «gjør jobben sin» ved rød respons.
- Det beskrives ulik grad av samarbeid mellom leger og ambulanspersonell.
- Det hevdes at det i dag er en lavere terskel for rød respons fra AMK – bakvakt kontaktes derfor oftere. Men det påstås at det også i større grad foretas en nedgradering av respons i samarbeid mellom bakvakt og AMK/ambulanse.
- Bakvaktlegene opplever større belastning enn tidligere på grunn av hyppigere kontakt på radio. Legene har sjeldnere mulighet til å være hjemme under bakvakt.



- Hvis lege er bakvakt på natt, settes det inn ulike ordninger dagen etter for å redusere vaktbelastningen (fri til kl 1200, pasientfri, ++).
- Det hevdes at endringene øker den totale arbeidsbelastningen for legene i IN og YN.
- Samhandlingen mellom LiNa-vakt og bakvakt på den enkelte vakt oppleves ulikt.
- Det påstås å være få møtepunkt mellom de ulike aktørene som opptrer i LiNa.

Avvikshåndtering

Sykepleierne tilknyttet legevakt dokumenterer avvik i EQS tilhørende Helse Nord-Trøndelag.

Legevaktleger kan dokumentere avvik i et papirskjema som finnes på legevaktsentralen. Daglig leder ved legevakt sikrer innskanning i elektronisk system.

Avvik skrives i liten grad.

Fylkesmannen har mottatt avviksmeldinger for hendelser på natt både før og etter innføring av nye rutiner i april 2019. Antall meldinger oppfattes å ha økt etter april 2019, men Fylkesmannen legger til grunn at dette i stor grad skyldes økt kunnskap om, samt mer fokus på, å skrive avvik.

Fylkesmannen finner ikke at tilsendte avviksmeldinger har noen betydning hva angår å vurdere forsvarligheten av helsetjenestene på natt per i dag.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 tydeliggjør kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester. I dette ligger blant annet at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd er det utarbeidet forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Kravet til forsvarlighet inneholder blant annet et krav om forsvarlig organisering av tjenesten, et krav om systematisk styring og ledelse. Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som krever at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt, samt begrenser eventuelle skadevirkninger.

Å yte helsetjenester på natt stiller store krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene. Pasienter som har behov for helsehjelp på natt skal, i likhet med andre pasienter, sikres forsvarlige tjenester.

Det er et lederansvar å sørge for rammer og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for svikt, samt avgrense skadevirkninger. I kommunen er det øverste leder som har det overordnede ansvaret for styringssystemet og for at tjenestene er trygge og forsvarlige. Regelmessig gjennomgang og evaluering er nødvendig for følge med på om tjenestene er forsvarlige og i tråd med helse- og omsorgslovgivningen, og om styringssystemet er egnet til å ivareta dette.



For å sikre nødvendig styring og kontroll med tjenesten er det en forutsetning at det er avklarte forhold omkring ansvarslinjer, oppgavefordeling og beslutningskompetanse. Det er videre en forutsetning at medarbeidere i virksomheten medvirker til å gjennomføre systematisk styring, jf. forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten § 3.

Konsekvensene av rutineendringene i april 2019 oppfattes å ha rammet de aktuelle bakvaktlegene i henholdsvis Indre og Ytre Namdal hardest ved at vaktbelastningen i disse regionene oppleves som større. De aktuelle bakvaktlegene opplever at nye rutiner i større grad krever tilstedeværelse og våkenhet på natt nå enn tidligere. Dette får ringvirkninger for helsetjenesten i Namdalen i sin helhet ved at legene i mindre grad er i stand til å kunne jobbe dagen etter bakvakter med utkalling.

Erfaringene etter rutineendringene i april 2019 fremstår ikke som entydige. Fylkesmannen opplever at informantene har vært både positive og negative til selve resultatet av endringene, samt at flere – på direkte spørsmål – mener at innbyggerne i Namdalen mottar mer forsvarlige helsetjenester på natt etter at endringene ble iverksatt.

Fylkesmannen skal vurdere situasjonen som foreligger på tilsynstidspunktet. Dette betyr at forsvarligheten må vurderes opp mot den situasjonen som foreligger etter at nye rutiner for utkalling av bakvaktlege ble innført i april 2019. Fylkesmannen vil ikke ta stilling til forsvarligheten opp mot den praksis som forelå før dette tidspunkt.

Fylkesmannen vil videre kun vurdere forsvarligheten i tjenestetilbudet i tidsrommet kl. 2300 – kl. 0800. Dette betyr at det ikke vil bli tatt stilling til forsvarligheten i helsetjenestene i Namdalen på andre tidspunkt av døgnet.

Rutiner/retningslinjer

Det foreligger rutiner som er utarbeidet hva angår blant annet legevaktleges rolle, herunder som bakvakt. Det vises til prosedyreperm. Rutinene er imidlertid lite kjent. Det fremstår som uklart for Fylkesmannen i hvilken grad bakvaktene har vært involvert i utarbeidelsen.

Kompetanse/opplæring

Legevaktordningen skal gjennom hele døgnet kunne vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og gi nødvendig oppfølging. Dette stiller særlige krav til kompetanse hos personell i legevaktsentral og på legevakt. Sykepleiere og leger må ha tilstrekkelig faglig kompetanse, og må kunne prioritere, arbeide under tidspress, samt kommunisere på en effektiv og egnet måte, også med andre instanser. Det ligger til kommunen å sørge for at lege i vakt er utstyrt slik at hun/han kan gjennomføre diagnostikk og sette i verk nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner enten det er på dag-, kvelds- eller nattetid. Legevaktsentral og legevakt er viktige i den samlede helsemessige beredskapen. Planlegging av og oppfølging av at tjenesten har nødvendig kapasitet og kompetanse er en sentral lederoppgave.

Det foreligger en del rutiner for opplæring av nyankomne leger ved lokale legekantor og ved legevakt i Namsos. Det finnes imidlertid ingen kompetanseplan for LiNa.

Det er ikke etablert et system som sikrer at alle leger som deltar i legevaktarbeidet innehar nødvendige ferdigheter i akuttmedisinske prosedyrer.



Fravær av, eller mangelfulle, skriftlige retningslinjer/rutiner for kompetanse og opplæring, samt lite kunnskap om hva disse innebærer/hvor disse kan finnes, medfører risiko for uønsket stor variasjon i pasientbehandlingen og gjennomføring av legevakt, noe som igjen fører til en risiko for at pasienter som har behov for helsehjelp på natt ikke får forsvarlig helsehjelp.

Bemanning

Vakttjeneste settes opp i turnus med bistand av daglig leder ved legevakt i Namsos, og legene har selv ansvar for å bytte vakter. Når slikt bytte skjer er det ingen sikker kontroll for å hindre at det for eksempel er bare LIS-leger (leger uten spesialistgodkjenning i allmenmedisin) på vakt.

Fylkesmannen har fått tilbakemeldinger om at LiNa-lege (tilknyttet MN) ved enkelte anledninger ikke var klar over at bakvaktordningen i IN og YN eksisterte.

Overordnet styring og ledelse

Som nevnt ovenfor, har deltakerkommunene etablert samarbeidsavtaler med MNS som vertskommune.

Fylkesmannen oppfatter uenighet omkring kommuneoverlege MNS sin rolle og beslutningsmyndighet når det gjelder å endre rutiner og gjeldende praksis hva angår LiNa. Det fremkom under intervju oppfatninger om at beslutningsmyndigheten ligger til den enkelte kommune. Det foreligger stillingsinstruks for kommuneoverlege, datert 07.02.2018, som viser faglig ansvar for blant annet LiNa. Kommuneoverlege MNS har ikke ansvar for IN/YN.

Organiseringen i tabell under kapittel 1 viser at kommuneoverlege MNS har faglig ansvar for de seks kommunene som utgjør Midtre Namdal, samt faglig ansvar for LiNa (med unntak av kommunene Leka og Bindal). Dette fremgår også av stillingsinstruks for kommuneoverlege MNS.

Fylkesmannen finner det imidlertid noe uklart hvor langt ansvaret for kommuneoverlege MNS rekker sammenlignet med det ansvaret som tilligger de lokale kommuneoverlegene i YN og IN. På hvilken måte skal eksempelvis kommuneoverlege MNS sitt ansvar håndteres på natt? Omfatter det faglige ansvaret også å ta stilling til problemstillinger som ordinær kommuneoverlege vanligvis håndterer, for eksempel tvangsinnleggelser i psykiatrien på natt?

Fylkesmannen stiller videre spørsmål ved hvilket ansvar kommuneoverlege MNS har hva angår kommunene i LiNa – på andre tider av døgnet. Det faglige ansvaret for LiNa vil naturlig omfatte problemstillinger omkring overordnet styring, blant annet for å sikre kompetanse (leger) også utenom LiNa.

Det er inngått en rekke avtaler mellom MNS og de samarbeidende kommunene i LiNa. Vi kan likevel ikke se om det er opprettet møtefora som skal håndtere styringsspørsmål i de tilfeller kommunene ikke har delegert myndighet til kommuneoverlegen MNS. Fylkesmannen stiller spørsmål ved om ansvarsforholdene oppfattes som klare for de impliserte partene? Foreligger det en risiko for at kommuneoverlegefunksjonen og det faglige ansvaret for LiNa blandes sammen? Tilsynet viser at det ikke foreligger en bevisst forståelse for at det er snakk om to ulike funksjoner. Fylkesmannen gjør



oppmerksom på de ulike rollene som ligger til grunn for et interkommunalt samarbeid. Spesielt viktig er det å avklare hvordan henholdsvis sørge-for-ansvar og beslutningsansvar skal plasseres.

Fylkesmannen opplever at det i praksis per dags dato ikke finnes noen overordnet faglig styring. Nødvendig avklaring av roller og ansvar synes ikke å ha funnet sted på en slik måte at alle involverte er kjent med dette.

Det fremgår videre av intervju at det er usikkerhet omkring hvem som har administrativt ansvar for LiNa. Det oppleves blant annet at det ikke finnes felles møteforum for helseledere i IN/YN/MNS. Det er opprettet samarbeidsutvalg (SU) med jevnlig møter, men kunnskapen om innhold/deltakelse/frekvens er liten.

Fylkesmannen opplever stor misnøye med prosessen i forbindelse med at nye rutiner ble innført, spesielt hva angår det som oppleves som mangelfull medvirkning i forkant, samt svært kort tid fra nye rutiner ble innført til disse ble iverksatt. Det stilles spørsmål ved hvorfor endringene måtte skje så raskt at de aktuelle kommunene ikke fikk anledning til å forberede seg på økt vaktbelastning på natt for egne leger. Det fremgår unisont at prosessen var lite pedagogisk gjennomtenkt og manglet medvirkning fra sentrale aktører.

Administrativ styring

MNS har som vertskommune ansvaret for å utarbeide avtaler med samarbeidende kommuner, samt håndtere økonomien i LiNa. Tilsynet erfarer å ha fått god oversikt over økonomien i samarbeidet. Det som gjelder avtaleinngåelser og reforhandling av formelle og overordnede avtaler synes avklart, noe som betyr at innholdet i avtalene i utgangspunktet fremstår som ryddig og tydelig.

Ved siden av dette bør det imidlertid opprettes rutiner og prosedyrer som sikrer daglig drift i LiNa og som er omforent for alle aktører. Fylkesmannen finner ikke at dette er tilfelle per i dag. Fylkesmannen er kjent med at det er utarbeidet rutiner og prosedyrer, men disse er ikke av et slikt omfang eller av en slik kvalitet/karakter at det kan sies å foreligge et adekvat kvalitetssystem i LiNa. LiNas nedslagsfelt og betydning for helsetjenestene i Namdalen tilsier at et godt fungerende kvalitetssystem må være på plass.

Som eksempel kan nevnes felles rutiner og prosedyrer for legefravær som ble utarbeidet i juni 2019. Disse er lite kjent. Mangelfull kunnskap fører til at akuttfravær av lege i vakt håndteres på en uhensiktsmessig og utilfredsstillende måte. Stor vaktbelastning på enkelte leger kan føre til at de er mindre opplagte og årvåkne i arbeidssituasjoner/hendelser på natt.

Det hevdes at innføring av nye rutiner har ført til større belastning på legene som har bakvakt i IN og YN. Dette fordi bakvaktlege mottar flere anrop via nødnetradio enn tidligere, oftere må rykke ut, samt må være tilgjengelig over radio i lengre tid.

Faglig avvikshåndtering

Det foreligger rutiner og prosedyrer, men disse er lite kjent. Kommuneoverlegen MNS mottar avvik på hendelser og videresender disse til kommunen som legen jobber i på dagtid. Det kan ta tid før kommunen svarer ut avviket. Det er liten felles forståelse for hva et faglig avvik er, noe som medfører en risiko for vilkårlig avvikshåndtering.



Administrativ avvikshåndtering

Daglig leder ved legevakt i Namsos organiserer legevakt i samarbeid med legene. Det er legene selv som vurderer vakter over flere dager.

Det skrives få avvik. Enkelte leger jobber vakter i mange påfølgende dager uten av det påpekes eller avvikshåndteres.

Mangelfull faglig og administrativ styring, samt mangelfull faglig og administrativ avvikshåndtering fører til risiko for at helsetjenesten kan svikte på natt. I et mangelfullt system er det kun den enkelte leges kompetanse og evne til å håndtere hendelsene som er risikoreduserende. Dette fører til økt sårbarhet og høyere risiko for svikt når yngre leger uten mye legevaktkompetanse og arbeidserfaring tar vakter.

Fritak for lege i legevakt håndteres ulikt av kommunene. Kommunene har videre ulik forståelse av hvordan fravær av lege i legevakt skal håndteres. Det foreligger prosedyre for fravær, revidert 27.06.2019. Det fremgår av denne at den aktuelle kommunen hvor lege er ansatt har ansvar for å sikre lege på vakt i LiNa. Prosedyren er lite kjent. Informanter opplever at kommuneoverlege MNS kan beordre. Ulike oppfatninger av fritaks- og fravær rutiner for legene medfører en risiko for daglig drift.

Fylkesmannen vurderer at det innenfor tilsynets tema er tilfeldig om ledelsen fanger opp mangelfull etterlevelse av etablerte føringer, mangelfull dokumentasjon, samt mangelfull kompetanse hos ansatte, noe som kan medføre svakere tjenester til pasienter på natt. Vi kan ikke se at det er etablert tiltak, eksempelvis særskilte indikatorer, for oppfølging av om pasienter på natt får tjenester med rett kvalitet og at pasientsikkerheten ivaretas.

Rutiner/retningslinjer

Det foreligger rutiner som er utarbeidet hva angår blant annet legevaktleges rolle, herunder som bakvakt. Det vises til prosedyreperm. Rutinene er imidlertid lite kjent.

Fylkesmannen har avslutningsvis følgende kommentarer hva angår rutiner som ble iverksatt i april 2019:

Det ble under tilsynet hevdet at innføring av rød respons direkte til bakvaktlege i IN og YN ikke var en ny rutine, men en presisering av eksisterende rutine. Fylkesmannen finner det ikke nødvendig å ta stilling til dette. Dette fordi rutine fra april 2019 uansett må sies å være en endring fra tidligere praksis som innebar «siling» av rød respons fra LiNa-lege, en praksis som var innarbeidet i Namdalen over år.

Fylkesmannen forstår behovet for å innføre risikoreduserende tiltak for blant annet å redusere ventetiden for pasienter som har behov for akutt hjelp. Særlig på bakgrunn av at det tidligere har oppstått alvorlige situasjoner fordi bakvaktlege har vært vanskelig å få tak i og det er store geografiske avstander i legevaktsdistriktet.

Fylkesmannen stiller seg likevel undrende til at praksis ble endret uten å gjøre seg mer kjent med hvilken betydning endringen ville få for de berørte kommunene i IN og YN. Rekruttering av leger i utkantområder er et kjent problem, dette gjelder også for kommunene i Namdalen. Å endre praksis på en måte som øker risikoen for høyere vaktbelastning for legene synes ikke å være grundig gjennomtenkt. Fylkesmannen finner det vanskelig å ta rede på hvilke kriterier som ble lagt til grunn for å endre



praksis, herunder om det er foretatt noen nærmere analyse av behovet for, samt konsekvensene av dette.

Fylkesmannen har gjennomgått dokumentasjonen som foreligger fra prosessen i forkant og er innforstått med at sentrale aktører fra de aktuelle kommunene, samt legene, visste, eller burde vite, at det ville bli endringer. Det foreligger imidlertid ikke dokumentasjon på at disse aktørene var klar over at praksisendring ble pålagt på så vidt kort varsel som fire dager. Fylkesmannen har merket seg at praksisendring med rød respons direkte til bakvakte ikke er nevnt i referat fra møte i SU 04.04.2019 hvor endring ble bestemt.

Tidsperspektivet skal også nevnes da det synes vanskelig å forstå behovet for å pålegge endring i etablert rutine på så kort varsel. Som nevnt ovenfor, er rekruttering av leger en utfordring også i Namdalen. De berørte kommunene fikk dermed uforholdsmessig kort tid på seg til å finne tiltak som kunne avhjelpe situasjonen med forventet økt arbeidsbelastning på vakt. Kommunene i IN og YN fikk en utfordring hva angår å skaffe tilstrekkelige legetjenester dagen etter at lege har hatt bakvakt.

Oppsummering:

- *Det er liten felles forståelse for hva et faglig avvik er, noe som medfører en risiko for vilkårlig avvikshåndtering.*
- *Ulike oppfatninger av fritaks- og fraværsrutiner for legene medfører en risiko for daglig drift.*
- *Fravær av, eller mangelfulle, skriftlige retningslinjer/rutiner for kompetanse og opplæring, samt lite kunnskap om hva disse innebærer/hvor disse kan finnes, medfører risiko for uønsket stor variasjon i pasientbehandlingen og gjennomføring av legevakt, noe som igjen fører til en risiko for at pasienter som har behov for helsehjelp på natt ikke får forsvarlig helsehjelp.*
- *Mangelfull faglig og administrativ styring, samt mangelfull faglig og administrativ avvikshåndtering fører til risiko for at helsetjenesten kan svikte på natt. I et mangelfullt system er det kun den enkelte leges kompetanse og evne til å håndtere hendelsene som er risikoreduserende. Dette fører til økt sårbarhet og høyere risiko for svikt når yngre leger uten mye legevaktkompetanse og arbeidserfaring tar vakter. Det er Fylkesmannens vurdering at den svikt som er påpekt i styringsaktiviteter og styringssystemer utgjør en risiko for svikt i den faktiske tjenesteytingen til befolkningen i Namdalen.*

Fylkesmannen anser at det på tidspunktet for tilsyn ikke var iverksatt tilstrekkelige risikoreduserende tiltak for å hindre svikt i pasientbehandlingen. LiNa har ikke sørget for systematisk styring og driver med forhøyet risiko.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:

Det foreligger stor risiko for svikt i helsetjenestene på natt i Namdalen (LiNa).



Fylkesmannen vurderer at samlet risiko er av en slik karakter at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

6. Oppfølging av påpekt pliktbrudd

I dette kapittelet redegjør Fylkesmannen i Trøndelag for hva vi forventer at deltakerne i LiNa skal gjøre i prosessen med å rette påpekt lovbrudd, slik at krav til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne ivaretas.

Kommunene i LiNa må over tid kunne dokumentere at praksis endres og at pasientsikkerheten ivaretas for pasienter som har behov for legetjenester på natt. Samarbeid mellom de involverte kommuner anses som sentralt for å kunne vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som det er nødvendig å iverksette.

Vi ber om at Namsos kommune, i samarbeid med øvrige kommuner som deltar i LiNa, **innen 01.04.2020** sender oss en konkret plan som redegjør for:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres for å rette opp lovbruddet.
- De aktuelle kommunenes egne frister for å sikre fremdrift.
- Hvordan kommunene vil følge med på, samt kontrollere, at tiltak settes i verk.
- Hvordan kommunene, etter en viss tid, vil undersøke om tiltakene fungerer.

I etterkant av kommunenes egen gjennomgang vil Fylkesmannen vurdere hvorvidt det er etablert en ny og forsvarlig praksis i Legevaktjenesten i Namdalen, i tråd med kravene til forsvarlige tjenester. Først da kan tilsynet avsluttes.

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild (e.f.)
Fungerende fylkeslege
Helse- og omsorgsavdelingen

Mariann Markussen
Seniorrådgiver/revisjonsleder
Helse- og omsorgsavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg

1 Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet