

**... er hjelpa nærmast!**

**Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt**

**Rapport nr. 1-2009**

UNIFOB  
HELSE



**Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin**



<b>Tittel</b>	... er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Steinar Hunskaar
<b>ISBN</b>	978-82-92970-08-9 (pdf)
<b>Rapportnummer</b>	Nr. 1-2009
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf og trykt
<b>Antall sider</b>	75
<b>Publiseringsmåned</b>	Januar 2009
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet
<b>Sitering</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er etablert av Helsedepartementet. Senteret er organisert i UNIFOB AS/Unifob helse ved Universitetet i Bergen og knyttet faglig til Seksjon for allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

<b>Nettadresse</b>	www.legevaktmedisin.no
<b>Epost</b>	post@legevaktmedisin.no
<b>Telefon</b>	+47 55586500
<b>Telefaks</b>	+47 55586130
<b>Besøksadresse</b>	Kalfarveien 31, "Paviljongen"
<b>Postadresse</b>	Kalfarveien 31
<b>Postnummer</b>	5018
<b>Poststed</b>	Bergen

## Forord

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i oppdrag å utarbeide eit forslag til ein *handlingsplan* for utvikling av legevakttenesta i Norge. Handlingsplanen skal innehalde følgjande element:

- Myndigheitskrav til og målsettingar for legevakttenesta.
- Situasjonen i dag – utfordringsbiletet.
- Forslag til tiltak (handlingsplan) for å bringe samsvar mellom 1 og 2.
- Økonomiske og administrative konsekvensar.

Nklm skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljø bidra til å bygge opp og formidle fagleg kunnskap innan kommunal legevaktmedisin, herunder frå 2008 å ha ansvaret for fagutvikling og kompetansehevingstiltak ved overgrepsmottak. Å utarbeide eit forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt er det største og viktigaste oppdraget Nklm har fått så langt.

Nklm hadde ikkje kunna gjere dette utgreiingsarbeidet utan den kompetanseoppbygginga, dei forskingsprosjekta og dei datainnsamlingane Senteret har gjort sidan starten. Det har vore heilt avgjerande for utarbeiding av planen innanfor ei tidsramme på tre månader, at mange data allereie er innhenta, at mange diskusjonar allereie er ført internt, og at utfordringar og løysingsforslag for legevakttenesta alt er forankra i Senteret.

Alle tilsette har deltatt i møter og diskusjonar og har levert innspel om spesifikke problemstillingar knytta til planen. Nklm er prega av ein tverrfagleg arbeidsstøkk, noko som har sikra eit breidt erfaringsgrunnlag og at mange ulike synspunkt har komme fram. Følgjande tilsette har deltatt i arbeidet: Kjersti Alsaker, sjukepleiar og dr. polit, Jesper Blinkenberg, fastlege og spesialist i allmenntmedisin, Gunnar Tschudi Bondevik, fastlege, spesialist i allmenntmedisin og dr.med, Oddvar Førland, sjukepleiar og cand.polit, Elisabeth Holm Hansen, sjukepleiar og master i folkehelsevitenskap, Ingrid H Johansen, lege, Grethe E Johnsen, spesialist i klinisk psykologi og ph.d, Tone Morken, fysioterapeut og dr. philos, Tobias Nieber, fastlege og spesialist i allmenntmedisin, Kenneth Press, lege, Ingrid Keilegavlen Rebnord, fastlege, legevaktsjef og spesialist i allmenntmedisin, Hogne Sandvik, fastlege, spesialist i allmenntmedisin og dr. med, Janecke Thesen, fastlege og spesialist i samfunns- og allmenntmedisin, Signe K Tønsaker, førstekonsulent, Lina Kristin Welle-Nilsen, lege, Signe M. Zachariassen, førstekonsulent, og Erik Zakariassen, sjukepleiar og cand. polit. Vi takkar også for bidrag frå Ole-Johan Eikeland, cand.polit, Sverre Rørtveit, kommunelege og spesialist i allmenntmedisin, og Eva Try, sjukepleiar og cand.polit. Planen er ført i pennen av Steinar Hunskår, fastlege, spesialist i allmenntmedisin, dr.med, professor ved Universitetet i Bergen og forskingsleiar ved Nklm.

Planen inneheld ei lang rekke vurderingar av, og forslag til, ny organisering og til eit fagleg løft for legevakttenesta i Norge. Nklm meiner at begge deler er svært naudsynt, og vi håpar at vårt forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt vil vere starten på eit snarleg og omfattande arbeid for auka kvalitet i denne viktige delen av helsetenesta.

## 0 Innhald

<b>Forord</b> .....	4
<b>0 Innhald</b> .....	5
<b>1 Samandrag og definisjonar</b> .....	6
1.1 Nokre definisjonar.....	7
<b>2 Bakgrunn, oppdraget og arbeidet med planen</b> .....	8
2.1 Bakgrunn.....	8
2.2 Oppdraget.....	9
2.3 Arbeidet med handlingsplanen.....	9
<b>3 Lover, forskrifter, avtalar og andre reglar for legevakt</b> .....	12
3.1 Sentrale lover og forskrifter.....	12
3.2 Sentrale rammeavtalar og andre dokument.....	15
3.3 Sentrale dokument for overgrepsmottak.....	16
<b>4 Legevakttenesta i 2008</b> .....	17
4.1 Legevaktorganisering i kommunane.....	17
4.2 Legevaktene.....	20
4.3 Fastlegane si deltaking i legevakt.....	25
4.4 Overgrepsmottak.....	26
4.5 Legevaktepidemiologi.....	27
4.6 Kostnader ved legevakt.....	33
4.7 Samla oppsummering.....	35
<b>5 Utfordringar og problemområde i legevakt i dag og framover</b> .....	37
5.1 Kliniske utfordringar.....	37
5.2 Forventningar frå befolkninga: Tilgjenge, tryggleik og nytte.....	39
5.3 Vertikal samhandling: Forventningar frå spesialisthelsetenesta.....	41
5.4 Horisontal samhandling: Legevakt integrert i kommunale tenester.....	47
5.5 Pasientgrupper med auka fokus: Livskriser, overgrep og vald.....	49
5.6 Kvalitetsproblem knytta til storleik, kompetanse og systemansvar.....	51
5.7 Legevaktlegen i framtida.....	55
5.8 Nasjonal statistikk, forskning og utviklingsarbeid (FOU).....	59
5.9 Oppsummering: Legevakt - ein naudetat i bakleksa.....	60
<b>6 Framtidas legevakt: VISJON LEGEVAKT 2015</b> .....	61
6.1 Det medisinsk-faglege perspektivet.....	61
6.2 Pasientperspektivet.....	62
6.3 Organisasjonsperspektivet.....	63
<b>7 Forslag til tiltak: Nasjonal handlingsplan for legevakt</b> .....	65
7.1 Forskrift, retningsliner eller råd?.....	65
7.2 Nasjonal handlingsplan for legevakt.....	66
7.3 Forslag til oppfølgingsprosess og tidsplan for gjennomføring.....	72
<b>8 Økonomiske konsekvensar</b> .....	73
<b>9 Litteratur- og dokumentliste</b> .....	74

# 1 Samandrag og definisjonar

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i oppdrag å utarbeide eit forslag til ein *handlingsplan* for utvikling av legevakttenesta i Norge. Handlingsplanen skal innehalde følgjande element:

1. Myndigheitskrav til og målsettingar for legevakttenesta.
2. Situasjonen i dag – utfordringsbiletet.
3. Forslag til tiltak (handlingsplan) for å bringe samsvar mellom 1 og 2.
4. Økonomiske og administrative konsekvensar.

**Kapittel 2** gjev først ei kort oversikt over sentrale utviklingstrekk i legevakttenesta dei siste 10 åra, før oppdraget vert omtala i meir detalj. Nklm sine oppgåver vert oppsummert. Arbeidsprosessen og dei premissane som er lagt til grunn for arbeidet med handlingsplanen, vert så presentert.

**Kapittel 3** gjev ei oversikt over lover og reglar med relevans for legevakt. Spesielt vert forskrifta om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus gjennomgått i detalj. Sentrale avtalar som er inngått mellom KS og Den norske legeförening vert referert, og reglane for lønn og refusjon til vaktlegar vert kort gjennomgått. Til slutt vert det gitt ei oversikt over sentrale dokument for overgrepsmottak.

**Kapittel 4** gjev ei oversikt over korleis legevakttenestene er organisert. Det vert også presentert data for kven som bruker legevakttenestene, driftsomsfang og kva diagnosar og hastegradar legevakt handlar om. Dei fleste kommunane deltek i interkommunalt legevaktssamarbeid, og dette er vanlegast i dei mindre kommunane. Tilsaman har vi no litt over 200 legevaktstrikter. Legevakt har stort klinisk omfang, med i underkant av 2 millionar kontaktar totalt, 1,3 mill konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk i året. Om lag kvar sjuande innbyggjar er i kontakt med legevakt årleg, men om lag halvparten av alle born 0-9 år og eldre over 80 år har kontakt med legevakt kvart år.

Dei stasjonære legevaktene i Norge er svært ulike når det gjeld ressursar, lokale og system. Det er påvist manglar ved internkontroll, spesielt når det gjeld opplæring, informasjon og avvikshandtering. Små og mellomstore legevakter ligg etter dei store. Om lag halvparten av vertskommunane oppfyller ikkje alltid kravet om helseradiobruk. Det er rekrutteringsproblem for legar til legevakt. Interkommunal legevaktordning gjev redusert vaktbelastning, men gjev ikkje auka deltaking. Samla sett deltek berre omlag halvparten av fastlegane fullt ut i legevakt.

Eit likeverdig og godt fagleg tilbod over heile landet til utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar, er framleis eit godt stykke unna, men gjennom sterke nasjonale satsingar, oppstart av kompetansehevingstiltak og interesse og motivasjon hos legevakter og enkeltpersonar, har ein komme godt i gang. Men erfaring og kompetanse er varierende på grunn av ulikt pasientvolum og kor lenge mottaka har eksistert.

Basert på ein del relativt sikre tal, men óg mange omtrentlege forutsetningar, har vi berekna dei samla kostnadane ved legevakttenesta i Norge i 2008 til om lag 2,4 milliardar kroner, av dette fell om lag 1,7 milliardar direkte på kommunane. Samla sett er dei fleste legevaktene svært små organisasjonar, som vert drivne med enkle midlar. Det er lite ressursar til administrasjon og fagleg leiing samt til opplæring, prosedyrearbeid, forskning og fagutvikling. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar med store utfordringar for både fagleg og administrativt kvalitet.

**Kapittel 5** er ein samla situasjonsanalyse og oversikt over nokre av dei sentrale utfordringane som legevakttenestene står ovanfor i åra som kjem. Kapitlet drøftar kliniske utfordringar, inkludert pasientgrupper som bør få auka fokus, som til dømes livskriser, seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar. Det er store forventningar frå spesialisthelsetenesta si side når det gjeld samhandling med legevakttenesta. På bakgrunn av offentlege dokument og spesielt Helsetilsynet sin rapport om tilsyn i legevakttenesta, blir det drøfta kvalitetsproblem knytta til storleik, kompetanse og systemansvar. Det er stort potensiale for betre samhandling mellom legevakt og andre kommunale tenester.

Konklusjonen er at legevakttenesta i dag er ein naudetat i bakleksa. Nklm meiner at legevakttenestene ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga vi har sett i resten av helsetenesta dei siste 10 åra. Kapitlet konkluderer med at kommunal legevakt treng betydeleg opprustning og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtida sine krav.

**Kapittel 6** i rapporten er ein visjon om framtidens legevakt: *VISJON LEGEVAKT 2015*. Visjonen er ein overordna omtale av kva Nklm meiner legevakt skal vere, for kven og kva, og korleis ein kan gjere kommunal legevakt til ein profesjonell naudetat med høg kvalitet, spesifiserte oppgåver og likeverdige tenester over heile landet. Planen har eit femårsperspektiv med utgangspunkt i at den kan bli vedtatt i 2010. Tiltaka skal vere tilpassa norsk geografi og busetnad, tilgjengelege og nye ressursar, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon, og framstå som samhandlande med andre aktuelle helsetenester på kommunalt nivå og i andrelinetenesta, samt andre offentlege etatar og tenester.

**Kapittel 7** utgjer den eigentlege handlingsplanen, og består av ei lang rekke forslag om ulike former for myndigheitskrav og andre tiltak. Nklm tilrår at kommunal legevakt skal forankrast i ei eiga forskrift. Landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktstrikter, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggjarar innan eit rimeleg areal. Ordningar av ein slik storleik vil vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstille foreslåtte forskriftskrav og moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet.

Legevaktstrikter skal ha godt utstyrt legevaktstasjon i eigne lokale med legar i tilstadevakt saman med anna helsepersonell. Minstenorm skal i utgangspunktet vere to legar på vakt. Ingen legevaktlege skal arbeide aleine, og legen skal ha tilgang til legevaktbil med medisinsk utstyr og sjåfør for utrykningar og sjukebesøk. Nklm kjem med forslag om krav til grunnkompetanse for legar og anna helsepersonell som arbeider i legevakt. Det blir tilrådd eit felles nasjonalt telefonnummer for legevakt. Planen inneheld også mange forslag om journalsystem, utstyr, elektronisk kommunikasjon med andre etatar, samt om satsing på forskings- og utviklingsarbeid.

**Kapittel 8** gjev ei oversikt over dei økonomiske og administrative konsekvensar som forslaga vil innebære. Samla kostnader for årleg drift av ei ny legevaktordning i tråd med forslaga i handlingsplanen vert berekna til i underkant av 3,5 milliardar kroner, av dette er 2,7 milliardar nettoutgifter for kommunane. Anslaga må seiast å vere usikre.

**Kapittel 9** avsluttar rapporten med ei dokument- og litteraturliste.

## 1.1 Nokre definisjonar

AMIS	AkuttMedisinsk InformasjonsSystem, elektronisk støttesystem i den medisinske naudmeldetenesta. Systemet registrerer hendingar, hastegrad og tiltak for koordinering av lege- og ambulanseressursar
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
FAM	Felles akuttmedisinsk mottak. Legevakt integrert i sjukehuset sitt akuttmottak
Hdir	Helsedirektoratet, tidlegare Sosial- og helsedirektoratet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
KoKom	Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
Legevaktstrikter	Eit legevaktstrikter er det geografiske området legevakta dekkjer, uavhengig av om tenesta er organisert som ei kommunal eller interkommunal ordning
Legevaktordning	Organisering av legevaktstrikter, legevaktlokalet og vaktordninga for legar
Legevaktstrikter	Kvar kommune skal vere tilslutta ein legevaktstrikter (LV-strikter). Den skal motta og handtere kontaktar via eit fast legevaktstrikternummer, prioritere og følgje opp henvendelsar til vaktlegen og andre relevante instansar, og vidareformidle trong for akuttmedisinsk hjelp til AMK-strikteren
Vertskommune	Vertskommunen er den kommunen i legevaktstrikteren som pasientane må reise til for å komme til legevaktlokalet. I eit legevaktstrikter med interkommunal legevaktstrikterordning kan fleire kommunar dele på vertskommuneoppgåva

## 2 Bakgrunn, oppdraget og arbeidet med planen

### 2.1 Bakgrunn

I helsetenesta er det generelt auka fokus på god kvalitet i alle ledd, utvikling av pasient- og klagerettar, understreking av systemansvar og verdien av internkontrollsystem, men også lagt vekt på den enkelte helsearbeidaren sitt faglege og etiske ansvar. Dette gjeld også for legevaktmedisin. På mange måtar er denne delen av primærhelsetenesta ekstra utsett fordi arbeidet ofte går fort for seg med ukjende pasientar, vert utført av legar med varierende erfaring, samt i mange tilfelle med lite støtteapparat. Manglande kommunikasjons- og konsultasjonsteknikk kan også føre til avgjerande feilvurderingar. Media har jamnleg hatt saker som framstiller legevakt som risikofylt og med vekslende kvalitet, med mange feil og klagesaker som resultat. Mange vil gå så langt som å seie at legevakttenesta har eit aukande omdømmeproblem i befolkninga.

«Hvis det haster» (NOU 1998;9, Haga-utvalet)

Denne utredninga kom med fleire forslag for å auke kvaliteten i den allmenntilgjengelege delen av det akuttmedisinske arbeidet. Den slo også fast at sviktande rekruttering til primærlegestillingar og hyppig utskifting i stillingane var eit alvorleg kvalitetsproblem. Utvalet gjekk inn for krav til bemanning og lokale basert på kommunestorleik. Utvalet peikte på at legevakttenesta må kvalitetssikrast både ved registrering av aktivitet og ved å sikre informasjon til fastlege. Kommunen burde ha ansvar for å tilby akuttmedisinske kurs for legar, helsepersonell på legevakt og operatørar ved legevaktssentralar. Utvalet foreslo at nokre av krava til legevakt skulle inngå i ei ny forskrift for prehospitall akuttmedisin.

*Utviklinga dei siste åra*

Departementet har stimulert til oppretting av interkommunale legevaktordningar ved å gje økonomisk støtte. Ved behandling av Stortingsmelding nr 43 (1999-2000) (Akuttmeldinga) gjekk Stortinget inn for mange av tiltaka til Haga-utvalet. Departementet skriv i meldinga at viktige tiltak for å styrke den akuttmedisinske tenesta i kommunane allereie var i drift: innføring av fastlegeordninga, stimuleringsiltak, tiltak for auka tilgang på legar og nye former for samarbeid om legevakt. Stortingsfleirtalet gjekk også inn for å opprette Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Det har rett nok skjedd endringar i rammene og dei organisatoriske modellane for legevakt dei siste åra, men framleis er legevakt stort sett drive innanfor lite utvikla organisasjonar, både fagleg, administrativt og økonomisk. Legevakttenesta har ikkje halde følge med den allmenne medisinske og organisatoriske utviklinga. Statens helsetilsyn har vore misnøgd med kvaliteten på ei rekke område og oppsummerte situasjonen i ein rapport frå 2006 med at dei ønskjer større kommunal styring med legevakttenesta, for eksempel når det gjeld journalføring, bruk av helse radionettet, rutinar for samhandling med fastlegane og krav om opplæring. Helsetilsynet legg vekt på systemansvaret og har ei systemkritisk tilnærming til mange av dei kritikkverdige punkta sine, og held fram at det trengs ei organisatorisk og administrativ opprusting av mange legevaktordningar.

Legeforeninga har lenge arbeidd for ei betre legevaktordning, og dei siste par åra har også Departementet og Helsedirektoratet i mange samanhengar signalisert at det må gjerast noko med legevakttenestene. Innstillinga frå Legeforeningens traumeutvalg (2006) og utgreiinga om "Akuttfunksjoner ved lokalsykehus" (HOD 2007) har også omtalt legevakt og legevaktlegen si rolle i prehospitale tenester, og korleis samhandling mellom første- og andrelinetenesta bør styrkast.

Samla sett har det utvikla seg ei forståing både i faglege fora og i forvaltninga om at det trengs auka kvalitet og kompetanse i legevakttenesta, at ein må sikre god tilgjenge til legevakttenester, at det må arbeidast aktivt med integrasjon av legevakt i nytt nasjonalt naudnett, at samhandling med ambulansenesta må bli betre, og at ein må ha sterkare vektlegging av brukarerfaringar, etikk og språk også i denne delen av helsetenesta.



## 2.2 Oppdraget

I eit bestillingsbrev av 02.10.2008 (Ref 08/8881) skriv Helsedirektoratet til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) at dei innan 05.01.2009 treng eit forslag til ein *handlingsplan* for utvikling av legevakttenesta i Norge, for å svare på ei rekke oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Helsedirektoratet viser til følgjande oppdrag frå HOD, gitt i brev datert 18.06.2007 og 12.12.2007:

- Utarbeide nasjonale faglege retningslinjer for kommunal legevakt.
- Utarbeide forslag til styrking av ansvar for kompetanse- og opplæringskrav i kommunane.
- Utarbeide forslag for å sikre forsvarleg legevakt, enten i forskriftform eller på annan måte.
- Gjennomføre brukarundersøking i legevakttenesta i 2008.
- Utvikle kursopplegg i etikk for helsepersonell i kommunane.

Direktoratet ber om at handlingsplanen må innehalde følgjande element:

1. Myndigheitskrav til og målsettingar for legevakttenesta.
2. Situasjonen i dag – utfordringsbiletet.
3. Forslag til tiltak (handlingsplan) for å bringe samsvar mellom 1 og 2.
4. Økonomiske og administrative konsekvensar.

Oppdragsbrevet listar ei lang rekke forslag til problemstillingar som kan omtalast og vurderast:

- Storleik av legevaktdistrikt, i relasjon til fagleg robust organisering og trong for bakvakt.
- Krav til lokale og utstyr.
- Personell og kompetansekrav. Under dette høyrer mellom anna drøfting av ulike krav, for eksempel krav til spesialitet i allmenmedisin, krav til legevaktlegar som ikkje er fastlegar, krav til opplæring av nyttilsette, krav til etisk kompetanse og språkforståing.
- Krav til informasjons- og samhandlingsrutinar både internt i legevakta, med anna personell i primærhelsetenesta og med spesialisthelsetenesta. I dette inngår kontinuerleg bruk av helseradio/naudnett og regelmessige øvingar.
- Krav til journalsystem.
- Avtalar med avklaring av tilhøvet mellom samhandlande kommunar og helseforetaket.
- Tryggingstiltak for personellet.
- Krisesituasjonar som epidemiar, større ulukker, naturkatastrofer og liknande der legevakta er ein sentral del av kommunen sin beredskapsplan.
- Felles akuttmottak.
- Tilbod til befolkninga om overgrepsmottak og legevakter med overgrepsmottak.
- Legevakttenesta i relasjon til rekruttering og stabilisering av fastlegar.

Lista skal ikkje sjåast på som uttømmende. I høve til punkta ovanfor og andre punkt i planen skal det vurderast om det bør definerast minstestandardar på eitt eller fleire område. Det skal også vurderast om dei foreslåtte tiltaka og endringane kan realiserast innanfor noverande helselover, eventuelt med små justeringar, eller om det bør utarbeidast ei ny, eiga forskrift om kommunal legevaktteneste.

## 2.3 Arbeidet med handlingsplanen

*Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)*

Helsedepartementet beslutta i 2004 å gje støtte til etablering og drift av Nklm i Bergen. Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljø bidra til å bygge opp og formidle fagleg kunnskap innan kommunal legevaktmedisin, herunder frå 2008 å ha ansvaret for fagutvikling og kompetansehevingstiltak ved overgrepsmottak (sjå nettsidene [www.legevaktmedisin.no](http://www.legevaktmedisin.no)). Senteret er organisert under Unifob helse ved Universitetet i Bergen, og er fagleg knytta til Seksjon for allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen.

Hovudoppgåvene til kompetansesenteret er å:

- Bidra til nasjonal og internasjonal fagleg utvikling innan fagfeltet.
- Etablere nødvendige nasjonale faglege standardar.

- Bidra til, og delta i, forskning innan fagfeltet.
- Etablere og kvalitetssikre register innan fagfeltet.
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spreiding av kompetanse.
- Gje råd og fagleg støtte til andre.
- Delta i undervisning, både i grunn-, vidare- og etterutdanning av helsepersonell.

### 2.3.1 Premissar for arbeidet

Bestillingsbrevet gjev ikkje sterke føringar for kva forutsetningar som skal leggest for planen. Vi har likevel oppfatta det slik at dei grunnleggande juridiske og forvaltningsmessige ordningar for helsetenesta i hovudsak skal takast for gitt, men at planen står fritt til å foreslå endringar, inkludert nye forskriftskrav og endringar av lovverket.

#### *Forvaltnings- og ansvarsnivåa i helsetenesta*

Vi har lagt til grunn dagens kommunestruktur og at kommunane framleis skal ha ansvar for primærhelsetenesta, inkludert fastlegeordninga og legevakt. Vi legg óg til grunn at spesialisthelsetenesta framleis har ansvaret for AMK-sentralane og ambulansetenesta.

#### *Fastlegeordninga*

Det er ei felles forståing hos politikarar, i forvaltninga, i helsetenesta og befolkninga av at fastlegeordninga har vore vellukka på dei fleste av dei dimensjonane den skulle målast etter. Men det er også tydeleg at det er slitasje-teikn som går på rekruttering, arbeidsmengde i høve til oppgåvene, deltaking i legevakt og manglande kapasitet og utbygging i høve til nye oppgåver.

I november 2008 kom rapporten ”Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene” frå ei partssamansett arbeidsgruppe oppnemnt av Hdir. Rapporten konkluderer med at det kan vere trong for heile 2 700 nye legeårsverk i kommunehelsetenesta, men med betydeleg tvil kring estimatet. Hdir meiner også at det er trong for minst 50 legeårsverk for å styrke forskingsaktiviteten ved dei allmenmedisinske forskingseiningane, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Nklm.

I arbeidet med handlingsplanen har vi lagt til grunn at det vil bli langt fleire fastlegar framover, både fordi oppgåvene aukar eller nye oppgåver kjem til, men óg fordi det er eit auka krav om at også fastlegane skal kunne gjennomføre sine samla plikter for pasientlista, offentleg legearbeid, rettleiingsoppgåver og legevakt innanfor normal arbeidstid. Legeforeningen har vedtatt eit framtidig krav om å vere spesialist i allmenmedisin for å få fastlegeavtale. Det vert planlagt at utdanningstrongen for nye fastlegar skal løysast gjennom ei ordning med utdanningsstillingar i allmenmedisin, og dette vil truleg få eit stort omfang etter kvart. Vi har rekna med at turnustenesta består, med anslagsvis 350-450 turnuslegar i kommunane til ei kvar tid. Samla sett må ein kunne rekne med eit vesentleg større tal legar som kan inngå i legevaktordningar enn i dag.

#### *Samhandlingsreforma og andre samtidige utgreiingar*

Helseministeren har varsla ei såkalla Samhandlingsreform som skal leggest fram i april 2009. Det er stort politisk trykk på å betre samhandlinga mellom aktørane i helsetenesta, herunder legevakttenestene. Reforma skal omhandle både finansiering, lovverket, organiseringa, kultur, kommunikasjon og elektronisk samhandling. Samstundes pågår også andre utgreiingar i forvaltninga med relevans for legevakt. Både med utgangspunkt i HOD og Hdir er det utgreiingar av ulike aspekt av dei akuttmedisinske og prehospitala tenestene. Ei arbeidsgruppe som skal ha ein omfattande gjennomgang av dei prehospitala tenestene med hovedvekt på AMK-sentralane og bil- og båtambulansetenesta, skal levere rapporten sin på nyåret 2009. Gruppa skal også gje ei vurdering av samhandling med primærhelsetenesta, herunder kommunal legevakt, og ha eit fokus på utvikling av felles akuttmottak. På grunn av tidsplanen og status for dei ulike utgreiingane, har Nklm ikkje kunna nytte resultatane frå desse i arbeidet med handlingsplanen. I den grad hovudpunkt eller problemstillingar er kjende, er handlingsplanen forsøkt lagt opp mot det.

### 2.3.2 Arbeidet med handlingsplanen

Etter at oppdraget vart kjent, har det komme ei lang rekke innspel til planen frå enkeltpersonar og grupper, og vi har hatt mange epostkorrespondansar og møter med enkeltpersonar og representantar

frå kommunar, ulike organ i Den norske legeförening, fastlegar, legevaktsjefar, tilsette og leiarar ved legevakter, helseforetaka, det akuttmedisinske miljøet, ambulansetenesta, helsejuristar, Helsetilsynet, HOD og Hdir. Innspela har vore både på overordna og detaljert nivå, og har ført til mange konkrete forslag til planen. Dei fleste innspela har vore spontane, men det er også frå Nklm si side bedt om tilbakemeldingar og kommentarar på konkrete forslag og formuleringar.

I oppdragsbrevet skriv Hdir at arbeidet med handlingsplanen må koordinerast med arbeidsgruppa som gjer ein gjennomgang av dei prehospitale tenestene med hovudvekt på AMK-sentralane og bil- og båtambulansetenesta. Representantar for Nklm har hatt innlegg og deltatt i diskusjonar på møte i gruppa, har levert skriftleg materiale og har også hatt god kontakt med sekretæren for gruppa, samt enkeltmedlemmer. Dessutan har ein representant for arbeidsgruppa vore ved Nklm og fått tilgang på relevante data som Nklm har om legevakt og dei prehospitale tenestene.

#### *Erfaringar og utfordringar i arbeidet*

Arbeidet med handlingsplanen har hatt stort tempo med korte tidsfristar og avgrensa tid til refleksjon over enkelttema. I ein slik situasjon har det vore avgjerande at mykje relevant stoff låg føre som dokument og utgreiingar frå ulike partar med interesser i legevaktfeltet. Ei særskilt stor utfordring for ein handlingsplan for legevakt er dei store forskjellane vi har i landet når det gjeld avstandar, busetnad og kommunestorleik. Det har medført at planen fleire stader må gje omtalar av ”typetilfelle” og standardmodellar, der lokale avvik må tillatast.

Fleire av utgreiingane med relevans for legevakt er gjort i partssamansette grupper. Vår utgreiing er gjort som eit oppdrag til eit nasjonalt kompetansesenter, der Nklm har brukt interne krefter. Det har såleis ikkje vore ein brei og utadretta prosess med deltaking av partane på legevaktfeltet. Ein fordel med ei slik tilnærming er at Nklm kan gjere sine vurderingar og komme med sine forslag på eit best mogeleg uavhengig fagleg grunnlag, med bakgrunn i erfaring, eigne og andre sine empiriske data og vitenskapleg litteratur. Ein har unngått forhandlingsløysingar og forslag om (svake) minstekrav som alle kan slutte seg til. På den andre sida betyr det at Handlingsplanen og forslaga i den ikkje er forankra hos dei viktigaste partane på førehand, heller ikkje hos oppdragsgjevar. Men legevaktfeltet er såpass lite og med ganske opne tilhøve, slik at dei fleste ulike synspunkta truleg har vore kjende for oss under arbeidet.

Arbeidet har resultert i eit *forslag* til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Vi håpar at rapporten vert utgangspunkt for ein brei fagleg debatt om legevakttenesta, før nye løysingar og tiltak vert vedtatt og gjennomført i åra framover. Nklm har på best mogeleg fagleg grunnlag komme med sine tilrådingar. Andre har andre synspunkt, og alle forslag, også våre, må gå gjennom prosessar i forvaltninga, der juridiske, politiske og økonomiske tilhøve vil påverke det endelege resultatet.

Til slutt må det erkjennast at på viktige område er det lite data å finne, og på andre har Nklm ikkje sterk eigen kompetanse. Eksempel er manglande detaljerte aktivitets- og driftsdata og at det har vore svært vanskeleg å finne gode økonomidata for legevakttenestene. Nklm har ikkje sterk kompetanse på jus og helserett og vi har heller ikkje erfaring med formulering av lovtekstar til bruk i forskrifter.

### 3 Lover, forskrifter, avtaler og andre reglar for legevakt

Det er ei rekke lover og forskrifter som regulerer ulike sider ved legevakt. Såkalla myndigheitskrav er krav som følgjer av lover og forskrifter. Utover slike kan det finnast rundskriv, rettleiingar, retningsliner og prosedyrar, som viser kva som er ønska kvalitet, funksjon eller ordningar utover det som følgjer av myndigheitskrava.

#### 3.1 Sentrale lover og forskrifter

Dei viktigaste myndigheitskrava til legevaktenesta finn ein i følgjande lover og forskrifter:

Lover:

- Kommunehelsetenestelova (Lov 19. november 1982 nr. 66)
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Lov 30. mars 1984 nr. 15)
- Psykisk helsevernlova (Lov 02. juli 1999 nr. 62)
- Lov om pasientrettar (Lov 02. juli 1999 nr. 63)
- Helsepersonellova (Lov 02. juli 1999 nr. 64)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (Lov 23. juni 2000 nr. 56)
- Helseregisterlova (Lov 18. mai 2001 nr. 24)
- Pasientskadelova (Lov 15. juni 2001 nr. 53)
- Personopplysningsloven (Lov av 14. april 2004 nr. 31)

Forskrifter:

- Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunane
- Forskrift 20. desember 2000 nr. 1556 om funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1379 om lisens til helsepersonell krev at legestudentar og turnuslegar med midlertidig lisens ikkje skal jobbe sjølvstendig ved legevakt
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging
- Forskrift 18. januar 2002 nr. 55 om godkjenning og registrering av utrykningskøyretøy
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetenesta
- Forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om varsling om smittsame sjukdommar
- Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarleg avfall frå helseteneste og dyrehelseteneste
- Forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om rettleia teneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
- Forskrift 07. desember 2007 nr. 1389 om norsk pasientregister

Dei mest sentrale lovene og forskriftene som regulerer legevakt er omtalt i meir detalj nedanfor.

#### *Kommunehelsetenestelova (Lov 19. november 1982 nr. 66)*

Dette er den overordna lovheimelen for plikta kommunane har til å organisere legevakt. Lova seier at kommunen skal ha legevaktordning og medisinsk naudmeldeteneste (§ 1-3) og at tenestene skal vere forsvarlege (§ 6-3).

#### *Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunane*

I § 12 vert det omtala vilkår for inngåing av fastlegeavtale:

Kommunen kan stille følgjande vilkår for inngåelse av avtale:

...

c) At fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helse radionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

...

e) At fastlegen har gjennomført eller forplikter seg til å gjennomføre minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere med rett til trygderefusjon.

...

Fastlegens plikt til deltakelse i legevaktordning jf. første ledd bokstav c, pålegges etter legeloven § 28 annet ledd, og bortfaller ikke ved eventuelle konflikter.

I merknadane til forskrifta vert det gitt enkelte definisjonar:

Med daglegevakt menes «organisert mottak av øyeblikkelig hjelp i allmennlegetjenesten i kontortiden (fra kl 08-16).»

Med legevakt menes «Organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom åpningstid etter lov om helsetjenesten i kommunene.»

I denne bestemmelsen ligger også at kommunen kan installere kommunikasjonsutstyr og pålegge den enkelte lege å være tilgjengelig for medisinsk nødmeldetjeneste på dagtid.

### *Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus*

Forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus definerer nærmare kva krav som vert stilla til legevaktordninga. Legevaktordninga skal sikre befolkninga si trong til kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgjeving og behandling ved akutt oppstått eller forverring av sjukdom eller skade der rask medisinsk hjelp kan vere avgjerande for liv og helse. Kommunane har ansvar for akutt medisinsk beredskap både i og utanfor fastlegane si kontortid. Forskrifta legg i tillegg føringar på samhandlinga mellom dei ulike aktørane i den akuttmedisinske kjeden. Forskrifta er dermed heilt sentral for legevaktordninga, og nedanfor vert dei viktigaste paragrafane som angår legevakt (§ X) gjengitt saman med aktuelle merknader (Til § X).

#### *§ 1. Formål*

Forskriften skal bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningsssentralene.

#### *Til § 1*

Formålet med en felles forskrift for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus er å bidra til å styrke og regulere samhandling og synliggjøre ansvarsfordelingen mellom de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Kommunene og de regionale helseforetakene har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, jf. ...

#### *§ 3. Definisjoner*

Med akuttmedisinske tenester utenfor sykehus menes i denne forskrift medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Med akuttmedisin menes kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgjeving, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse. Med akuttmedisinsk beredskap menes forberedte tiltak som iverksettes for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske helsetjenester.

#### *§ 4. Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene*

De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsssentralene og andre myndigheter.

Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Ved etablering og drift av akuttmedisinske tenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

#### *Til § 4 (siste ledd)*

For å sikre at befolkningen tidlig får adekvat hjelp, har øvelse i samhandling mellom personell stor betydning. Dette er derfor lagt inn som et bindende krav. Det anbefales at helsepersonell deltar i relevant opplæring/kursvirksomhet og i akuttmedisinske team. Lokale akuttmedisinske team kan gjennomføre felles kurs og øvelser. Disse kan bestå av representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er viktig at det avsettes nødvendig tid til øvelser og praktisk trening. ...

#### *§ 5. Virksomhetsrapportering*

Departementet kan ved enkeltvedtak bestemme at de regionale helseforetakene og kommunene skal rapportere bestemte data om de akuttmedisinske tjenestene.

#### *§ 6. Definisjon*

Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.

#### *Til § 6*

Systemet for medisinsk nødmeldetjeneste består av følgende elementer: Medisinsk nødnummer, akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (heretter AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, legevaktssentraler (heretter LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten og et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i vaktberedskap. Sykehus med akutfunksjon uten mottak av gjeldende medisinsk nødnummer må sikre system for kommunikasjon med andre instanser i spesialisthelsetjenesten og eksterne ressurser.

#### *§ 7. Ansvarsforhold*

Kommunen har ansvar for:

- etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet
- etablering og drift av LV-sentral, jf. § 8 og § 10
- kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen.
- samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen, jf. kapittel 3 og øvrige akuttmedisinske tenester.

Det regionale helseforetaket har ansvar for: .....

**§ 8. AMK- og LV-sentralene**

De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4. Det gjelder helsepersonell ved AMKsentraller og LV-sentraller, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødnetter i et kommunikasjonsnett. AMK-sentraller og LV-sentraller skal bemannes med helsepersonell.

**§ 9. Nærmere om AMK-sentralene**

AMK-sentralene:

- a) skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- b) skal prioritere, iverksette, gi medisinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødnetter og eventuelt hovedredningsentralene, samt varsle andre AMK-sentraller som er berørt

...

**§ 10. Nærmere om LV-sentralene**

LV-sentralene:

- a) skal motta og håndtere henvendelser via et fast legevaksnummer innenfor et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser
- b) skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen
- c) må ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk

**Til § 10**

Behandling av akutte psykiske lidelser skal også aktiveres gjennom LV-sentralen. I de kommunene der det er etablert psykososiale kriseteam bør disse aktiveres gjennom LV-sentral der det er hensiktsmessig. LV-sentraller kan også betjene trygghetsalarmer. Når det gjelder taushetsplikt vises det til merknadene under § 4.

**§ 11. Definisjon**

Med kommunal legevaktordning menes en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.

**Til § 11**

Kommunal legevaktordning består av følgende elementer: ett fast legevaksnummer, LVsentral, og lege i vaktberedskap. Dette skal ivaretas gjennom hele døgnet. Kommuner kan organisere legevaktordningen på flere måter, jf. § 12 i forskrift om fastlegeordningen i kommunene.

**§ 12. Oppgaver**

Kommunen har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, herunder å:

- a) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov
- b) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.

**Til § 12**

Ved henvendelse fra publikum skal lege med vaktberedskap yte medisinsk hjelp, råd og veiledning. Det presiseres at det er henvendelser som ikke kan vente for ordinær behandling hos allmennlege i kontortiden som skal behandles. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. Disse vil da utgjøre et legevakttdistrikt. Hvert legevakttdistrikt skal være tilknyttet en legevaksentral, jf. § 10. Ved opprettelse av interkommunal legevaktordning bør kommunene ta beredskapsmessige hensyn. Kommunene kan ved inngåelse av den individuelle fastlegeavtalen stille krav om at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid, og i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder å være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett, samt ivareta utrykningsplikten, jf. forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene § 12 c. Kommunenes organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehus. Hvis en kommune ikke har bemannet legevakslokale, eller dersom legevakslokalet er stengt på bestemte tidspunkt, har LV-sentralen ansvar for å håndtere henvendelser og sikre kontakt med lege om nødvendig. Den kommunale legevaksordningens ansvar for å yte akuttmedisinsk hjelp gjelder så vel somatiske som psykiske sykdommer.

**§ 15. Bil- og båtambulansetjenesten**

Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:

- a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander
- b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåking og/eller behandling

**Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetenesta**

Heimelen om internkontroll i helsetenesta finst i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 første ledd der det heiter:

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Bestemmelsen gjelder alle helsetenester og alle aktivitetar og tiltak regulert i helselovene.

Forskrifta definerer nærmare krava til internkontroll for verksemda. Internkontroll består av aktivitetar som skal sikre at verksemda sine oppgåver vert planlagt, organisert, utført og vedlikehalde i samsvar med krava. Det viktigaste kravet er at verksemda skal drivast forsvarleg. Sosial- og helsedirektoratet utga i 2004 heftet ”Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten” som ein praktisk rettleiar i internkontroll. Forskrifta vert ikkje gjengitt i detalj her, men nokre grunnleggande element kan nemnast (§ 4 bokstav a) til h)):

Den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgevingen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

### 3.2 Sentrale rammeavtaler og andre dokument

*ASA 4310 for perioden 2008 - 2010 om allmennlegepraksis i fastlegeordninga*

Dette er rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordninga i kommunane. I §10.4 om Øyeblikkelig hjelp heiter det at

Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes.

*SFS 2305 for perioden 2008-2010 om vilkår for legar og turnuslegar i kommunane*

Dette er ein særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for legar og turnuslegar i kommunehelsetenesta. §§ 6-8 i avtalen omhandlar akutthjelp, legevakt og daglegevakt. Nedanfor følgjer eit utval av dei viktigaste bestemmelsane for organisering av legevakt:

§ 6: Kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid

6.1: Fastlønnet lege og allmennlege med individuell avtale plikter å delta i kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid etter bestemmelsene nedenfor.

6.3: Legen skal i sin åpningstid innrette sin praksis slik at øyeblikkelig hjelp-trengende kan mottas og vurderes.

6.4: Kommunen kan innstallere og bekoste (inklusive kostnader til drift) et øyeblikkelig hjelp-nummer eller/og helse radionett der AMK-sentral/ legevaktsentral kan komme i kontakt med legen innenfor den avtalte åpningstid.

Nummeret skal kun gjøres kjent for AMK/LV-sentral.

6.5: ... I kommuner med inntil 20 000 innbyggere kan kommunen organisere at minst én lege til enhver tid er tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp-nummeret/ helse radionettet. ...

§ 7: Legevakt utenom ordinær åpningstid

7.1: Fastlønnet lege og allmennlege med individuell avtale plikter å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevaktsentral etter punkt 8. Med legevakt forstås ordinær allmennlegevakt (beredskap, konsultasjoner og sykebesøk).

7.2: Belastningen ved legevakt bør normalt ikke være større enn firedelt vakt.

7.3: Det gis fritak fra legevakt når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Gravid i de 3 siste måneder av svangerskapet gis fritak når vedkommende ber om det og ellers når graviditeten er til hinder for deltakelse.

7.4: Fritak gis til leger som har fylt 60 år dersom de ønsker det.

7.5: Kommunen kan gi fritak når legen av personlige grunner ber om det og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det tas særlig hensyn til lege over 55 år.

7.6: Lege med full arbeidsuke i kommunen gis fri fra individrettet kurativt arbeid dag etter legevakt uten trekk i lønn eller basistilskudd dersom legen etter en konkret vurdering av belastningen på vekten finner at arbeid påfølgende dag blir uforsvarlig. Retten til fri bortfaller dersom den ikke tas samme dag.

7.7: Kommunen kan bestemme at legen skal være til stede i legevaktsentral e.l. i hele eller deler av vakt døgnet. Det forutsettes at dette bare vil være aktuelt i vakt distrikter med relativt stor pågang (vakt klasse 3 eller 4), og hvor minst 10 leger deltar. Sentralen skal være bemannet med hjelpepersonell.

...

7.17: Det forutsettes at legen under legevakt fører journal som kan danne grunnlag for pasientstatistikk. Det avgis journalnotat til fastlege såfremt pasienten ikke motsetter seg dette.

*Godtgjering og lønn til legar i legevakt*

Legane får beredskaps godtgjering per løpande time dei har legevakt, avhengig av eit stipulert tal minuttar aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke time vakt (såkalla vakt klassar). Summen varierer for tida frå kr 0,- ved >45 min aktivt arbeid per time til kr 77,55 ved 0-10 min aktivt arbeid per time. Det blir gitt tillegg for helge- og høgtidsvakter.

*Normaltariffen* er legane sitt taksthefte og er resultat av forhandlingar mellom Staten og Legeforeningen kvart år. Stortinget fastset eigendelane som del av Statsbudsjettet. For aktivt arbeid (konsultasjonar, sjukebesøk og telefonar) skal legen kreve inn og få eigendelane frå pasientane, og kreve refusjonar frå NAV (Hdir frå 2009) for reisetillegg og refusjonar etter Normaltariffen. Kommunen skal betale skyssgodtgjering ved reiser. Takstane i Normaltariffen er i utgangspunktet dei same for legevakt som i fastlegeordninga. Det vert gitt honorar for konsultasjonar, sjukebesøk, prosedyrar og laboratorieprøver etter lister i tariffen.

For legevakt er det gitt enkelte særskilte tillegg for legar som har legevakt i distrikt med liten aktivitet. For enkel pasientkontakt, forespørsel og rådgjeving per telefon mellom kl 2300 og 0800 får legen ei betaling på kr 200 per pasient under legevakt i vakt-distrikt utan tilstadevakt. For kommunalt organisert legevakt i Finnmark fylke, mange kommunar i Troms og Nordland fylke, 3 kommunar i Nord-Trøndelag fylke, ein kommune i Sogn og Fjordane og ein i Hordaland fylke, får legen eit tillegg per vakt på kr 556 (kr 760 i helga). Summen tilsvarar likevel mindre enn eigendel, refusjon og reisetillegg for eitt vanleg sjukebesøk etter Normaltariffen.

For legevakt i interkommunal legevaktordning får legen fast timelønn i tida mellom kl. 23 og 08, avhengig av innbyggartalet i legevakt-distriktet. Summane er ulike for spesialist/ikkje spesialist i allmenmedisin og varierer for tida mellom kr 415/347 i distrikt < 30 000 innbyggjarar til kr 823/687 i distrikt over 90 000 innbyggjarar. Det blir gitt eit flatt tillegg på kr. 54,50 for helge- og høgtidsarbeid.

#### *Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordningar*

Rettleiaren IS-13/2003 frå Sosial- og helsedirektoratet omtalar prosessen for korleis kommunane kan opprette interkommunale legevaktordningar. Den har også omfattande omtale av korleis ein kan løse driftsoppgåver, med forslag til faglege rutinar, utstyr og eit fullstendig kvalitetssystem.

#### *Andre dokument*

Det føreligg også rundskriv som avklarar enkelte andre tilhøve ved legevakta, som IK-13/99 Døgnkontinuerlig legevaktteneste og IK-7/99 Krav til dokumentasjon og bruk av lydlogg.

### **3.3 Sentrale dokument for overgrepsmottak**

#### *NOU 2003: 31 Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner*

Det såkalla kvinnevaldsutvalet sin rapport understrekar at vald mot kvinner i nære relasjonar er eit alvorleg samfunnsproblem, og at det er eit offentleg ansvar å førebygge og stanse slik vald. Utvalet fremma ei rekke forslag til tiltak som seinare er følgt opp.

#### *”Vendepunkt” Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011*

Planen er utarbeidd av fleire departement, og skal bidra til at politiet, utdanningsinstitusjonar og hjelpeapparatet blir betre skolert, meir samordna og betre til å avdekke, førebygge og ivareta problemstillingar kring vald i nære relasjonar.

#### *Helsedirektoratets veileder IS-1457 ”Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten”*

Formålet med rettleiaren frå 2007 er å bidra til eit forsvarleg og likeverdig lågterskeltilbod for overgrepssutsette i alle deler av landet. Den skal bidra til at personar som har vore utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar får nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp og at kvaliteten på sporsikring og skadedokumentasjon er god nok som grunnlag for politietterforskning, rettsak, og vurdering av valdsoffererstatning. Omgrepet ”valdtekstmottak” vart endra til ”overgrepsmottak”, og ein tilrådde å legge mottaka til legevakter, for derved å bidra til markering av eit lågterskeltilbod.

#### *NOU 2008: 4. Fra ord til handling, Bekjempelse av voldtekt krever handling*

Utredninga frå Voldtektsutvalget konkluderer med at tida er inne for å ta eit meir forpliktande grep for å bekjempe valdtekt og andre seksuelle overgrep. Både omfang, førebygging, rettsapparatet og hjelpetiltak etter valdtekt og seksuelle overgrep vert omtala, inkludert ei rekke tiltak som angår drift av kommunale overgrepsmottak, deira rolle, kompetansetrong og finansiering.



## 4 Legevakttenesta i 2008

I internasjonalt perspektiv har Norge ei sær eigen legevaktorganisering, sjølv om det i land som Danmark, Nederland, Irland og Skottland er ordningar som i ein del aspekt liknar den norske. At primærhelsetenesta har så sterkt ansvar for akuttmedisinen og har eit nasjonalt system med allmennlegar i vakt, er ganske sjeldan internasjonalt. Legevakta si sterke rolle som portvakt og den obligatoriske tilvisingsplikta, er også ganske viktige kjenneteikn ved den norske modellen.

I dette kapitlet gjev vi ei oversikt over organisering og aktivitet i legevakttenesta. Det finst imidlertid inga fast nasjonal registrering av organisasjonsformer eller driftsdata frå legevakt, verken når det gjeld talet på kontaktar, kven som henvender seg, hastegradar eller kva tiltak som blir sett i verk. Vi manglar heilt data om samhandling og forlaupsdata i den akuttmedisinske kjeden. Resultata i dette kapitlet er i det vesentlege henta frå følgjande kjelder:

- NAV
- Prosjektrapportar og publikasjonar om legevakt frå ulike kjelder
- Nklm sitt Nasjonalt legevaktregister og Vaktårnprosjekt

Nklm skal blant anna bidra til offentleg statistikk, overvake utviklingstrekk og drive forskning. Senteret har difor lagt stor vekt på innsamling av data om organisering og aktivitet i legevakt. Utfyllande informasjon om publikasjonar kan finnast på Nklm sine nettsider og i litteraturlista bakerst.

*Nasjonalt legevaktregister* har frå 2005 samla inn data om legevaktene, legevakt-distrikta og legevaktssentralane med opplysningar om organisering, bemanning og utstyr. Første rapport frå registeret kom i 2006, den siste i 2008 med oppdaterte og nye data innhenta ved hjelp av spørreskjema i 2007 frå alle dei 431 kommunane i Norge.

*Vaktårnprosjektet* driv innsamling av epidemiologiske data frå eit representativt utval av legevaktene i Norge. Registreringa gjeld alle kontaktar med medisinsk relevans, og gjev opplysningar om kontaktar, pasientar, hastegrad og tiltak, men ikkje diagnoser. Dei sju legevakt-distrikta ("vaktårna") med i alt 18 kommunar er: Alta kommunale legevakt, Legevakten i Arendal, Austevoll legevakt, Kvam legevakt, Nes legevakt, Solør legevakt og alarmsentral og Tromsø legevakt. Vaktårna dekkjer totalt 15 599 kvadratkilometer med om lag 220 000 fastbuande, folketalet i vaktårndistrikta utgjorde såleis 4,6 prosent av folketalet i 2007 og 4,9 prosent av arealet i landet. Siste datasettet er frå året 2007.

### 4.1 Legevaktorganisering i kommunane

#### 4.1.1 Kommunale og interkommunale legevaktordningar

Per desember 2008 er det 153 legevaktssentralar, 241 legevakt-distrikt med i alt 116 kommunale og 112 interkommunale legevakter. Tala nedanfor er basert på Nasjonalt legevaktregister i 2007.

Talet på kommunar som deltek i ei form for interkommunal ordning har auka frå 298 kommunar (69 %) i 2006 til 317 kommunar (74 %) i 2007. Av kommunane med kommunal legevakt heile døgnet heile veka, svarte 27 % at dei har planar om eit interkommunalt samarbeid, medan 24 % hadde hatt interkommunalt samarbeid tidligare. Over halvparten av folketalet er tilknytt ei interkommunal legevaktordning utanom fastlegane si kontortid. Om lag ein tredel av kommunane var eige legevakt-distrikt både kvardagar og i helgene. Interkommunal legevaktordning berre om natta og i helgene er vanlegast blant dei minste kommunane. Tre firedelar av kommunane med under 2 500 innbyggjarar samarbeider med andre kommunar om legevakt. Blant dei fem største bykommunane er to i ein interkommunal ordning der andre mindre kommunar har slutta seg til.

Av alle legevakt-distrikta i 2006 har 189 (82%) under 25 tusen innbyggjarar, 19 (8%) mellom 25-50 tusen, 11 (5%) har 50-75 tusen, 5 (2%) har 75-100 tusen og berre 7 (3%) har meir enn 100 tusen innbyggjarar. Det er også store regionale forskjellar i fordelinga av kommunale og interkommunale ordningar. I helseregion Sør og Aust var berre litt over 1/3 av ordningane på ettermiddag og kveld kommunale, i Vest og Midt var om lag 2/3 kommunale og i Nord var meir enn 8/10 kommunale.

Tabellen nedanfor viser at dei fleste legevaktdistrikta er små i innbyggartal, også dei interkommunale.

Tabell: Oversikt over kommunale og interkommunale legevaktdistrikt og deira innbyggartal (2008)

	Tal på legevaktdistrikt	Innbyggjarar i gjennomsnitt
<b>Kommunale legevaktdistrikt</b>	130 (30% av kommunane)	
Store (>100 000; Oslo, Bergen, Trondheim)	3	318 000
Middels (10 000 -99 000)	32	22 000
Små (< 10 000)	95	4 000
<b>Interkommunale legevaktdistrikt</b>	106 (70% av kommunane)	
2 kommunar	64	17 000
3 kommunar	20	31 000
4 kommunar	10	40 000
5 kommunar	6	38 000
6 kommunar	3	97 000
7-9 kommunar	2	38 000
10+ kommunar	1	87 000

Det var i gjennomsnitt om lag 18 000 innbyggjarar i legevaktdistrikta, med <500 i det minste og >500 000 i det største. Arealet på legevaktdistrikta var i gjennomsnitt 1 325 km<sup>2</sup>, med eit minimum på 11 km<sup>2</sup> og eit maksimum på 11 035 km<sup>2</sup>. Det var vanlegare med interkommunal legevaktordning i kommunar med små areal. Blant 103 kommunar med areal <200 km<sup>2</sup> hadde 78% eit interkommunalt legevaktsamarbeid om natta og i helgane, mot 56% av kommunane med areal >1 000 km<sup>2</sup>.

#### Køyretider

Tabellen under gjev eit overslag over lengste køyretider frå ambulansestasjon til pasienten sin heim, samt frå pasienten til legevaktlokalet. Lengste gjennomsnittlege køyretid låg på om lag 45 minuttar. I nær halvparten av kommunane kunne ambulansen nå alle pasientar innan ein halv time, og i vel 90% av alle innan ein time. I ein tredel av kommunane kunne pasientane klare å komme seg til legevaktlokalet innan ein halvtime, og i vel 80% innan ein time.

Tabell: Lengste køyretid (i minuttar) frå ambulansestasjon til pasienten, samt frå pasienten til legevaktlokalet vist for alle kommunar, samt etter storleiken på kommunen. Data frå 2006

	Ambulanse til pasient Gjennomsnitt (maks)	Pasient til legevaktlokale Gjennomsnitt (maks)
<b>Alle kommunar</b>	41 (120)	51 (180)
<b>Kommunestorleik (innbyggjarar)</b>		
≤ 2 500 (n = 132)	45 (120)	60 (180)
2 501 - 5 000 (n = 108)	44 (110)	53 (120)
5 001 - 10 000 (n = 90)	40 (120)	46 (150)
10 001 - 20 000 (n = 58)	35 (120)	42 (120)
20 001 - 100 000 (n = 40)	33 (90)	41 (90)
> 100 000 (n = 5)	24 (30)	31 (45)
<b>Kommunestorleik (areal)</b>		
< 200 km <sup>2</sup> (n = 103)	27 (75)	31 (120)
201 - 500 km <sup>2</sup> (n = 122)	40 (120)	48 (150)
501 - 1 000 km <sup>2</sup> (n = 103)	44 (120)	55 (180)
> 1 000 km <sup>2</sup> (n = 105)	52 (120)	67 (180)

#### Transportmiddel for vaktlegen

I forbindelse med utrykning brukte rundt halvparten av vaktlegane oftast privatbil, ein firedel brukte ambulansen, mens bruk av legevaktbil, drosje eller båt forekom sjeldan. Ved sjukebesøk på legevakt

brukte om lag 70% av vaktlegane oftast eller alltid privatbil, 15% legevaktbil, mens drosje, båt eller ambulansebil sjeldan vart brukt.

#### 4.1.2 Legevaktsentralane

Tabellen viser plassering av legevaktsentralen avhengig av tid på døgnet. Vel 50% av kommunane hadde legevaktsentralen plassert på eit legekantor på dagtid kvardagar, om lag 50% hadde sentralen plassert i legevaktlokalet heile døgnet unntatt dagtid kvardagar. Om lag ein firedel hadde telefonen plassert på AMK-sentral kveld og natt. Privat drift av LVS-tenester har auka dei siste åra.

Tabell: Plassering av legevaktsentralen etter tid på døgnet og vekedag (prosent). Data frå 2007

	AMK	Legevaktlokale	Legekantor	Sjukeheim	Andre*
<b>Mandag-fredag</b>					
Dag (n= 414)	9	24	54	4	9
Kveld (n= 427)	22	48	10	9	12
Natt (n= 426)	24	49	6	9	13
<b>Laurdag-søndag</b>					
Kveld (n= 428)	22	49	8	9	13
Dag (n= 427)	22	49	7	9	13
Natt (n= 427)	23	49	6	9	13

\* Private tilbyodarar / sjukehusavdelingar

#### Tilgjenge og ventetid

Det finst ingen tilgjengeleg dokumentasjon over ventetid på telefon ved kontakt til legevaktsentralen utanfor vanleg kontortid, men det er ikkje kjent at ventetider er eit problem. Nokre stader vert det gjort telefontrafikkmålingar som også viser ventetid på svar og avviste anrop. Det er derimot velkjent at det kan vere problem med å få kontakt med, og hjelp frå, legevakttenesta på dagtid for personar som ikkje har fastlege i kommunen. Det er gjort fleire undersøkingar av dette.

I den papirbaserte telefonkatalogen er det på side 2 lista opp telefonnummer under overskrifta "Når hjelpen kan vente litt" til Brannvesen, Politi og Legevaktsentral, spesifisert etter kommune. På oppdrag av Helsetilsynet gjennomførte Norsk Gallup i 2002 ei undersøking av tilgjenge til lege på dagtid, med utgangspunkt i dette telefonnummeret. Resultatene var heller nedslåande: I berre 184 tilfelle (43%) kom ein i kontakt med eit legekantor som hadde vakt. I 2006 gjentok TNS Gallup undersøkinga på oppdrag av Nklm. I 292 tilfeller (67%) fekk ein kontakt med legekantor som hadde vakt. I 62 tilfelle vart ein tilvist til fastlege eller annan tilfeldig lege i kommunen, og det vart oppnådd kontakt med lege i 49 av desse tilfella. Samla sett fikk ein hjelp i 341 av 438 tilfelle (78%).

I ein anna studie frå Nklm (2008) undersøkte vi tilgjenge til legevakt (telefonnummer) via Internett. Tre ulike inngangsportar vart brukt: Telefonkatalogen, kommunane sine heimesider og Google. Søk etter legevakt + kommunenamn ga rett nummer som første treff i 40%, i ytterlegare 49% var det mogeleg å leite seg fram til nummeret. For 11% var det ikkje mogeleg å finne nummeret. Med utgangspunkt i heimesider var det hos 45% lett å finne fram, nesten like mange (43%) vart karakterisert som vanskeleg, og i 12% var det ikkje mogeleg å finne telefonnummeret. Google-søk ga i dei fleste tilfelle link til ei eller fleire sider med legevakttelefonnummer, men ein kan ikkje gå ut frå at opplysningane er korrekte. Svært få legevakter har egne heimesider.

#### Personell i legevaktsentralane

I 2006 svarte 24% av kommunane at dei hadde anna helsepersonell enn sjukepleiar, mot 32% i 2007, altså ein aukande tendens. Dei største nye gruppene som vart registrert i 2007, var helsesekretær (44 kommunar), hjelpepleiar (38 kommunar) og ambulanspersonell (27 kommunar).

Vi har ingen dokumentasjon for kor mange personar som deler på vaktene i sentralane, stillingsbrøkar eller kva klinisk erfaring og opplæring personalet har. Vi kjenner heller ikkje til omfanget av det administrative støtteapparatet, korleis det medisinskfaglege ansvaret er organisert (inkludert timebruk), men erfaring tilseier at det i dei største sentralane og legevaktene er rimeleg gode system på

plass, medan det i det store fleirtalet av små og mellomstore sentralar og legevakter er svært varierende oppfølging, systemansvar og kvalitetssystem i funksjon.

#### *Dokumentasjon av kontaktar, journalføring, lydlogg og statistikk*

Så godt som alle kommunane oppgjev at dei dokumenterer telefonane til legevaktssentralen alltid eller oftast, mens berre 2 kommunar svarte at dei aldri dokumenterer kontaktane til legevaktssentralen. I alt 258 (68%) av dei 380 kommunane som svarte, dokumenterer kontaktane i eit legejournalssystem, 122 (32%) dokumenterer på papir (ned frå 40% i 2006), og nokre få dokumenterer i to system. I 71 kommunar (19%) nyttar ein elektronisk støttesystem (AMIS eller liknande).

I alt 132 kommunar (35%) rapporterte at dei har lydlogg for pasientsamtalane.

Heile 95% av kommunane som svarte på spørsmålet om dokumentasjon av gitte råd frå legevaktssentralen, svarte at dei alltid eller oftast dokumenterer dette, medan 5% oppga at dette vart gjort av og til eller aldri.

Berre om lag halvparten av kommunane oppgjev til Nasjonalt legevaktregister at dei kan rapportere på tal kontaktar til legevaktssentralen. Av dei som kan rapportere, hadde godt over halvparten (62 %) mindre enn 6 000 telefonkontaktar i året, altså eit gjennomsnitt på mindre enn 16 kontaktar per døgn. Det er i tillegg varierende kvalitet på oppgitte tal, ettersom tala ikkje alltid er basert på skriftleg dokumentasjon, men på overslag basert på erfaring. Dessutan manglar heilt dokumentasjon om tal kontaktar på dagtid, fordi desse i stor grad vert tatt hand om på fastlegekontora.

#### **4.1.3 Oppsummering**

Alle kommunar har organisert legevaktordning, men organiseringa er veldig ulik. Norsk geografi og folkesetnad er truleg den sentrale variabelen for korleis kommunane organiserer seg.

- Dei fleste kommunane deltek no i interkommunalt legevaktssamarbeid, og dette er vanlegast i dei mindre kommunane. Men dei fleste av dei interkommunale legevaktordningane er små.
- Det er stor variasjon over kor legevaktssentralen er plassert og det varierer over døgnet.
- Berre eit mindretal av kommunane kan gje statistikk over kontaktar til legevaktssentralen.
- I ein femdel av kommunane vart ikkje alle telefonane til legevaktssentralen dokumentert.
- Om lag ein tredel av alle legevaktssentralar har lydlogg.
- Det er aukande bruk av andre enn sjukepleiarar som personell i legevaktssentralen.
- Lange køyretider for vaktlege og ambulanse er vanleg i norske kommunar, og tenestene når truleg knapt halvparten av alle innbyggjarar innan ein halvtime.

## **4.2 Legevaktene**

I dette avsnittet skal vi omtale sjølve legevaktene, lokala, utstyret og drifta av dei stasjonære legevaktene. Dette er også tilhøve som varierer svært mykje, så mykje at det nesten er vanskeleg å karakterisere legevaktene i Norge etter ein felles mal. Legevaktene i Oslo og Bergen er tildømes å sjå på som store helseinstitusjonar med mange ulike tilbod, mykje fast tilsett personell, med viktige innslag av røntgentenester, skadepoliklinikk og psykiatrisk legevakt drive av helseforetaket, og med mange legar på vakt samstundes. Dei fleste legevaktene er derimot svært små organisasjonar som vert drivne med enkle midlar utfrå eit lokalt legekontor, der legekantoret sitt utstyr, rutinar og journalssystem blir brukt. I 90% av vakt-distrikta er det berre ein lege på vakt, i 10% er det to eller fleire samstundes. Legen er difor aleine med ansvar og oppgåver i dei aller fleste tilfella per i dag.

Administrasjon og fagleg leiing er ofte tillagt personar med små stillingsprosentar. Legevaktansvarleg lege kan ha berre nokre få timar til jobben, og berre sjeldan har ansvarleg lege meir enn 20% stilling. Det er lite ressursar for opplæring, prosedyrearbeid, forskning og fagutvikling. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar, med store utfordringar for både fagleg og administrativ kvalitet.

### **4.2.1 Plassering og storleik av legevaktlokala**

Tabellen på neste side viser at nesten all legevaktteneste no går føre seg frå eit fast lokale, inkludert skiftande legekantore etter kva lege som har vakt. Berre i 9 (3%) legevakt-distrikt er vaktlegen

ambulerande utan å ha eit fast legevaktlokale å bruke. Nesten ein firedel av legevaktene ligg i eller ved sjukehus, ein tredel er i eige legevaktlokale, men fleirtalet er framleis basert på eit vanleg legekontor.

*Tabell: Plassering er legevaktlokalet (2007) (Fleire kryss var tillatt)*

<b>Plassering</b>	<b>Tal</b>	<b>(%)</b>
Samlokalisert med sjukehus	54	(18)
FAM (felles akuttinntak)	16	(5)
Samlokalisert med ambulansstasjon	21	(7)
Eige legevaktlokale utan legevaktsentral	32	(11)
Eige legevaktlokale med legevaktsentral	64	(22)
Felles med fast legekontor	135	(45)
Felles med varierende legekontor	65	(22)
Berre køyrande lege	9	(3)

Eit gjennomsnittleg legevaktlokale hadde ein storleik på 181 m<sup>2</sup>, men varierte frå 6 - 3 700 m<sup>2</sup>. Når legevaktene har lokale med så ulik storleik, blir det også store forskjellar i kva slags rom legevakten er utstyrt med (%): Laboratorium (95), kirurgirom (61), soverom for legar (37), eller observasjonsplass (> 2 timar) (38).

#### **4.2.2 Daglegevakt**

Vi har nesten ingen opplysningar om korleis legevaktordninga på dagtid fungerer i praksis. Dei aller fleste legevaktordningar og legevakter har ei opningstid frå kl 15-08 på kvardagar og døgnbasis i helgene. Dei største bylegevaktene er døgnopne, og i mange tilfelle vil større legevakter ha legevaktsentral og helsepersonell tilstades, i aukande grad er det truleg også lege tilstades på dagtid for å dekke ein felles legevakt/akutthjelp-funksjon for fastlegane. I desse tilfella vil legevaktene såleis vere fullt operative heile døgnet.

I mange små legevaktstrukturer er akutthjelpfunksjonen vanlegvis ivaretatt av fastlegane. Det finst ikkje systematisk informasjon om korleis dette er organisert mellom legar og legekontor, i kva grad kontora er utstyrt med og svarar på helsestudio, om det finst akuttmedisinsk utstyr for utrykningar, eller i kva grad legane er tilplikta deltaking i organisert beredskap på dagtid, slik fastlegeavtalen gjev høve til.

I regi av Norsk legevaktforum vart det i 2002 gjennomført ei spørreskjemaundersøking om korleis legevaktsentralane handterte pasientar på dagtid der situasjonen ikkje tilsa raud respons. Det kom inn 151 svar. 68% sa at dei viste til ein av fastlegane i kommunen dersom dei på dagtid vart kontakta av pasientar som ikkje kunne vente med undersøking til neste dag, og som ikkje hadde fastlege (tilreisande, turistar etc). Av dei som viste til fastlegar i kommunen, svarte 54 % at fastlegane i stor grad tok i mot pasientane. Vanlegast vart det vist til lege i beredskap på legekontor (43%), færre (17%) hadde stasjonær daglegevakt, medan 38% viste pasientar til legevakt på kveld. Når det gjaldt pasientar som hadde fastlege i kommunen, svarte 74 % at dei viste til fastlegen. Av desse svarte 52 % at fastlegen i stor grad var tilgjengeleg på telefonen, og 40 % svarte at fastlegen i stor grad hadde kapasitet til å ta i mot øyeblikkeleg hjelp.

#### **4.2.3 Opplæring og andre tilhøve med relevans for internkontrollsystem**

I registerdata for 2007 hadde 168 (65%) av kommunane med legevaktlokale plan for opplæring av legar mot 127 (50%) i 2006. I 2007 skreiv 217 legevakter (76%) avviksmeldingar, mot 167 (67%) i 2006. I 2007 hadde 253 legevakter (88%) rutinar for epikrise til fastlegen, mot 64% i 2006. Auken i desse variablane kan ikkje utan vidare tolkast som reell auke, ettersom fleire kommunar svarte på spørsmåla i 2007.

Forskrift om internkontroll krev at ein skal sørge for tilstrekkeleg kunnskap blant dei tilsette. Vi spurte ikkje om innhaldet i opplæringa, og veit dermed ikkje om den for eksempel er retta mot administrative rutinar eller legg mest vekt på øving i akuttmedisin. Berre 47 legevakter (16%) svarte at dei hadde gjort brukarundersøkingar.

Basert på legevaktregisteret sine data frå 2006 har vi gjort ei analyse av nokre karakteristika basert på storleiken på vertskommunen (tabell nedanfor). Kommunar med færre enn 5 000 innbyggjarar er definert som små, mellomstore kommunar hadde 5 000 – 19 999 innbyggjarar, medan kommunar med 20 000 eller fleire innbyggjarar vart definert som store.

Tala viser tydeleg at dei små og mellomstore legevaktene ligg etter dei store når det gjeld variablar som indikerer profesjonelle system og prosedyrar knytta til internkontrollsystem og driftsrutinar, spesielt gjeld dette planar for opplæring. På den andre sida har dei små legevaktene meir erfaring med samtrening med ambulanse, noko som truleg kan forklarast med lang avstand til sjukehus og involvering i akuttmedisinske hendingar.

*Tabell: Karakteristika for norske legevakter i 2006 fordelt etter storleik på vertskommunen (N = 282; 140 små, 106 mellomstore og 36 store legevakter). Alle tal i %. P-verdien gjeld khikvadrattest for forskjellar mellom kommunestorleikane. Tal svar varierte mellom 239 og 260 på enkeltspørsmåla*

Karakteristika	Totalt	Mellom-			P-verdi
		Små	store	Store	
Plan for opplæring av legar	50	40	47	58	0,43
Plan for opplæring av anna helsepersonell	47	22	52	86	0,00
Samtrening med AMK	32	31	26	25	0,29
Samtrening med ambulanse	60	56	52	28	0,00
Medlem av NOKLUS	70	60	55	75	0,02
Skriv avviksmeldingar	67	47	62	97	0,00
Rutinar for epikrise til fastlegen	64	56	54	75	0,10
Pasienten blir tildelt spesifikk time	82	73	80	53	0,00
Har utført måling av telefontrafikk	25	17	24	31	0,42
Har utført brukarundersøking	21	9	19	58	0,00
Gjev prioriteringsgrad ved oppmøte	38	24	36	64	0,00
Informasjon om prioriteringsgrad til pasienten	25	17	22	39	0,03

Helsetilsynet skriv i si oppsummering av tilsyn med legevakter (2006) at det er påvist betydelege manglar i internkontrollen, spesielt når det gjeld opplæring, informasjon og avvikshandtering.

#### 4.2.4 Journalføring, dokumentasjon, ventetid

Når det gjeld legevaktene (i motsetning til legevaktssentralane) så baserer dei seg stort sett på elektroniske journalsystem i form av dei vanlege legejournalssystema brukt hos allmennlegane. Lydlogg er installert hos 50 legevakter (17%) og AMIS eller liknande system vert brukt hos 28 (10%).

Hos berre 65% vert det opplyst at tidlegare journalopplysningar er tilgjengeleg for vaktlegen. Ved ein tredel av legevaktene er ordninga slik at journalføringa ikkje følgjer pasienten frå gang til gang. Ved bruk av legekontora sine journalsystem er det i tillegg reist spørsmål om det er lovleg at ein kvar vaktlege kan logge seg inn på det generelle journalsystemet ved legekantoret. Dersom dette ikkje er i samsvar med regelverket, betyr det at ein stor del av vaktlegane ikkje vil ha tilgang til viktige pasientopplysningar frå gang til gang. Berre vel halvparten av dei små og mellomstore legevaktene har faste rutinar for sending av epikriser eller utskrift av journalnotat til fastlegen. I nokre tilfelle skuldast det nok felles journalsystem på dagtid og ved legevakt.

Som for allmennlegetenesta generelt er det ikkje utvikla nasjonale system for statistikk og rapportering av aktivitetsdata frå legevakt. Berre eit fåtal legevakter driv systematisk analyse til bruk for intern rapportering, årsmeldingar, monitorering av driftsomfanget, vaktplanlegging og liknande.

Det er velkjent at mange legevakter har stor pågang av henvendelsar i høve til kapasiteten for vurdering og behandling hos lege. Sjølv om svartida på telefon er tilfredsstillande, opplever mange pasientar å måtte vente lenge på vurdering, og nokre føler seg avvist og nedprioritert. Pasientar som møter direkte til legevakta utan telefonkontakt på førehand, opplever veldig varierende ventetid, men

erfaringsmessig kan det i hektiske periodar vere lang ventetid på behandling, opptil fleire timar eller meir er ikkje uvanleg.

#### 4.2.4 Utstyr

Det finst til no ingen kunnskap om kva utstyr som er tilgjengeleg for legevaktlegar, det er heller ingen normer eller krav på området. Nklm gjennomførte i 2007 ei spørreskjemaundersøking for å kartlegge kva utstyr, laboratorieanalyser og medikament som finst ved legevaktene, samt kva rutinar dei har knytta til hjarte-lungeredning, laboratoriearbeid og medikamenthandtering. 223 av 261 legevakter (86 %) svarte. Legevakter samlokaliserte med legekontor hadde generelt eit breiare utval av utstyr, testar og medikament enn frittstående legevakter. Dei viktigaste funna i undersøkinga var:

- Røntgen (14%) og ultralyd (14%) er lite brukt, medan nesten alle har tilgang på EKG, utstyr til sårsutur, intravenøs tilgang, forstøvarapparat, utstyr for oksygen og defibrillator. Akuttsekk og markeringsjakke er i mindre grad tilgjengeleg på frittstående legevakter.
- Det store fleirtallet har tatt i bruk testar som er enkle og raske å ta og analysere, og som det ofte vil vere bruk for, mens meir krevande apparatur, både tidsmessig og kostnadsmessig, er det få som bruker på legevakt. Ei gruppe på seks laborietestar finst ved så godt som alle legevakter: CRP, blodsukker, urinstrimmel, svangerskapstest, streptokokkantigentest og hemoglobin. Berre nokre få legevakter har utstyr for klinisk-kjemiske analyser. Hurtigtestar for hjartefarkt (CK-MB og troponin) og blodpropp (D-dimer) er også lite i bruk. INR (blodfortynning ved Marevanbehandling) er tilgjengeleg ved kvar fjerde legevakt.
- Ved dei små legevaktene er det vaktlegen som i dei fleste tilfella (88%) tek og analyserer blodprøvene, medan dette gjeld 56% av dei større samlokaliserte legevaktene. I mange tilfelle vert laboratorieprøver tatt, analysert og kvalitetssikra i legevakt av personell med lite utdanning og erfaring i slikt arbeid.
- Alle legevakter oppbevarer medisinar og dei fleste lagerfører et breidt spekter. Om lag halvparten av legevaktene gjev ut enkeltdosar inntil apoteket opnar, om lag like mange har minstepakningar for sal. Når det gjeld injeksjonspreparat, har meir enn 90 % adrenalin, hydrokortison, metoklopramid, tetanus/difteri-vaksine, opiater, diklofenak, diazepam, nalokson og atropin. Antibiotika til injeksjon, antiarytmika og antitrombotiske middel til bruk ved hjartefarkt finst i langt større grad ved dei minste legevaktene.
- Legevaktene oppga i 52% at trening i avansert hjarte-lungeredning (AHLR) blant legane var regelmessig og minst ein gang årleg, 31 % trenar sjeldnare enn dette og 17 % trenar aldri. Hjelpespersonellet trenar omtrent like ofte som legane ved samlokaliserte legevakter, men ved frittstående legevakter trenar hjelpespersonellet oftare enn legane (74 % minst årleg mot berre 40 % for legane). Det synes altså som om store distrikt med tilsett personell og administrativt personell gjennomfører meir systematisk trening i AHLR for hjelpespersonell enn for legar.

#### 4.2.5 Bruk av helseradio

Tilgang til lege over helseradionettet er pålagt etter forskrift, men det har vore varierende grad av oppfylgning av dette punktet. Helsetilsynet (2006) fann det alvorleg at berre halvparten av legevaktene regelmessig brukte det pålagte sambandsutstyret. Manglar ved opplæring og krav til deltaking (både dagtid og på vakt) vert sett på som grunnlag for å påpeike avvik ved tilsyn. Nklm har spurt om helseradiobruk i Nasjonalt legevaktregister. I 2005 fann vi at halvparten av legevaktene brukte helseradio regelmessig, medan 16% aldri brukte den. Resultata frå 2007 viser relativt liten endring, sjølv etter at saka fekk betydeleg merksemd.

For å følgje opp problemstillinga har Nklm i 2008 gjort to nye studiar i samarbeid med KoKom:

- Registrering av bruk av helseradionettet til varsling og kvittering av lege og ambulanse ved raud respons i AMK-sentralane.
- Intervjuundersøking om varsling av lege og ambulanse ved AMK-sentralane ved raud respons.

I 6 veker vinteren 2008 registrerte AMK-sentralane alle raude responsar og registrerte om lege og ambulanse (inkludert luftambulanse) vart varsla via helseradionettet, og om dei kvitterte på varslinga via helseradionettet. Deretter vart det gjennomført eit strukturert telefonintervju av ein operatør ved AMK-sentralen om korleis lege og ambulanse i kvar enkelt kommune vart varsla ved raud respons.

I alt 14 av 20 AMK-sentralar deltok og det vart registrert til saman 1 584 raude responsar. Ved 769 (40%) av hendingane vart lege varsla via helseradionettet, mens legen kvitterte via helseradioen i 545 (35%) tilfelle. Ved 1 500 (95%) av hendingane vart ambulanse varsla via helseradionettet, og i 1 475 (94%) av tilfella kvitterte ambulansen via helseradionettet. Luftambulansen rykte ut ved 133 (8%) hendingar, og her vart lege i kommunen varsla i 97 (73%) av tilfella. Det er altså ikkje slik at lege i kommunen ikkje vert varsla når luftambulansen blir varsla. Analyse utifrå kommunestorleik viste at i dei mellomstore kommunane vart legane oftast varsla (62% av hendingane), i dei små ved 47%, mens dei vart varsla litt sjeldare i dei store kommunane (42%). Det var store forskjellar mellom ulike AMK-sentralar; Varsling av lege varierte frå 19% til 82%. Kulturen og rutinane ved AMK-sentralen er såleis viktigaste prediktor for bruk av helseradionettet i denne undersøkinga.

I intervjuundersøkinga vart alle 20 AMK-sentralane kontakta og vi fekk data om alle 431 kommunar. AMK-operatørane svarte at dei i dei fleste kommunar bruker helseradionettet til å varsle lege ved raud respons (61-74%) (tabell). Resultata viser at vaktlege ikkje vert varsla via helseradionettet ved raud respons i omtrent 1/3 av kommunane, eit høgre tal enn det Nklm har funne i legevaktregisteret. AMK-operatørane svarte at LV-sentralane sender lege /ambulansealarm i berre 5% av kommunane.

Tabell: Varslingsmåte til legevaktlege frå AMK –sentralen ved raud respons

Varslingsmåte	Kvardag (%)			Helg (%)		
	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Helseradionettet	74	67	61	67	66	61
Mobiltelefon	13	9	12	8	8	12
Fasttelefon	7	4	4	4	4	4
Via LV-sentral	9	17	18	18	18	18
Lege ikkje kontakta	9	9	10	9	9	10

Lege vert ikkje kontakta i det heile ved raud respons i 40 kommunar, innbyggartalet i desse kommunane er ca 1.6 million, om lag 1/3 av befolkninga. Heile 37 av desse 40 kommunane er lokalisert til to AMK-sentralar. AMK-operatørane forklarar resultata blant anna med kort responstid for ambulanse og manglande prosedyrar for varsling av lege i AMK-sentralen. I 2% av kommunane var det ikkje dekning for helseradionettet (samla folketal <16 000).

#### 4.2.6 Oppsummering

Legevaktene i Norge er svært ulike når det gjeld ressursar, lokale og system. Registreringar gjort dei siste åra viser at det er manglar på mange område. Oppsummert viser gjennomgangen:

- Eit fast, vanleg legekantor i kommunen er framleis det mest brukte legevaktlokale i Norge. Nesten ein firedel av legevaktene ligg i eller ved sjukehus, ein tredel er i eige legevaktlokale.
- Det finst lite kunnskap om legevakt på dagtid i dei fleste kommunane, om fastlegekantora er utstyrt med og svarar på helseradio, og om legane deltek i organisert beredskap.
- Det er truleg betydelege manglar når det gjeld internkontroll, spesielt når det gjeld opplæring, informasjon og avvikshandtering. Små og mellomstore legevakter ligg etter dei store.
- Tidlegare journalopplysningar er ofte ikkje tilgjengeleg for vaktlegen. Mange legevakter har ikkje rutinar for sending av epikriser til fastlegen.
- Det er ikkje utvikla nasjonale system for statistikk og rapportering av aktivitetsdata.
- Legevaktene er velutstyrte og for laboratorieanalysar har dei fleste tatt i bruk testar som det ofte vil vere bruk for. Meir krevande apparatur er det få som bruker.
- I mange tilfelle vert laboratorieprøver analysert og kvalitetssikra i legevakt av personell med lite utdanning og erfaring i slikt arbeid, mange manglar rutinar for intern kvalitetskontroll.
- Det er store forskjellar i trening i avansert hjarte-lungeredning blant legane. Store legevakter gjennomfører meir systematisk trening for anna helsepersonell enn for legar.
- Det blir gjort få brukarundersøkingar frå legevakt.
- Om lag halvparten av vertskommunane oppfyller ikkje alltid kravet om helseradiobruk.
- Frå AMK-sentralane vert mindre enn halvparten av raude responsar varsla til lege via helseradionettet, men med store forskjellar mellom ulike AMK-sentralar. Lege vert ikkje kontakta i det heile ved raud respons i 40 kommunar, med om lag 1/3 av befolkninga.



Samla sett er altså dei fleste legevaktene svært små organisasjonar som vert drivne med enkle midlar. Det er lite ressursar til administrasjon og fagleg leiing samt til opplæring, prosedyrearbeid, forskning og fagutvikling. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar, med store utfordringar for både fagleg og administrativ kvalitet.

### 4.3 Fastlegane si deltaking i legevakt

Vi har ingen systematisk kunnskap om vaktordningane i kommunane, kor ofte ein har vakt eller korleis vaktssystemet er lagt opp. Fastlegar og turnuslegar i kommunen har i utgangspunktet plikt til å ta del i legevaktordninga fullt ut, om ikkje dei har fritak etter regelverket. Det er likevel velkjent at mange fastlegar ikkje deltek i legevaktarbeidet eller har færre vakter enn vaktordninga skulle tilseie. Dette skjer ved at dei gjev frå seg vaktene sine til andre legar, som korttidsvikarar (ofte utanlandske), sjukehuslegar, universitetstilsette m.m. Vi har lite eksakt kunnskap om kven desse andre vaktlegane er, utover at det i stor grad er yngre, mannlege legar. I tillegg til desse kjem turnuslegane, og av desse er det no flest kvinner. Mange turnuslegar tek mange ekstravakter av økonomiske grunnar.

Ei spørjeundersøking frå Nklm blant alle norske fastlegar i 2006 synte at berre 50% av fastlegane deltok fullt ut i legevakt, 15% delvis og 35% hadde ikkje legevakt. Dei som deltok delvis, hadde redusert vaktene sine med om lag to tredelar. Det var 28% som hadde formelt fritak. Kvinnelege fastlegar hadde sjeldnare legevakt enn mannlege fastlegar, og vakt deltakinga avtok sterkt med alderen, med eit knekkpunkt på om lag 45 år hos kvinner og 50 år hos menn. Berre 16% av vaktlegane under 55 år ville halda fram med legevakt etter fylte 55 år. Det var høvesvis færre fastlegar som hadde legevakt i store og sentrale kommunar enn i meir grågrindte stork. I kommunar med færre enn 5 000 innbyggjarar hadde 85% av fastlegane vakt, mot 50% i kommunar med over 50 000 innbyggjarar.

Fastlegane i interkommunalt legevaktssamarbeid rapporterte at den normale vaktbelastninga var 3,2 vakter/mnd, den var 3,9 vakter/mnd der det ikkje var interkommunalt samarbeid. Men i kommunar med under 2 000 innbyggjarar var vaktbelastninga 11,9 vakter/mnd der det ikkje var interkommunalt samarbeid og 5,8 vakter/mnd i kommunar med interkommunalt legevaktssamarbeid. Interkommunalt legevaktssamarbeid hadde derimot ingen konsekvens for om fastlegane deltok i legevakt eller ikkje.

I ein studie av rekningskort frå legevakt vart slike data samanlikna med NAV-data for perioden 2001 - 2004. NAV-data indikerte at talet på fastlegar som hadde legevakt hadde auka med 5% i perioden. Men i realiteten var det 12% færre fastlegar som hadde fått trygderefusjon for legevaktarbeid. Talet på fastlegar som ikkje hadde refusjon frå legevakt auka med 65% i fireårsperioden.

I ein studie frå Nklm av trygderekningar frå 2004 fann vi at det i alt var 4 730 legar som hadde fått refusjon for legevakt, 2 413 fastlegar og 2 317 andre legar. Andre legar enn fastlegane stod for 48,2% av den samla refusjonen. I denne studien var det 35,6% av fastlegane som ikkje hadde inntekt frå legevaktarbeid. Gjennomsnittsalderen for fastlegar i legevakt var 44,2 år, medan gjennomsnittsalderen for andre vaktlegar var 35,6 år. Mannlege fastlegar hadde i gjennomsnitt nesten dobbelt så store inntekter frå legevakt som kvinnelege fastlegar, og det var også her ein sterk tendens til at eldre fastlegar hadde mindre vaktinntekter.

Den mest oppdaterte analysen av rekningskort frå legevakt er frå 2006. Trygda refunderte 392 mill kroner for legevaktarbeid. I tillegg betalte pasientane eigendelar på vel 170 mill kroner. Det var i overkant av 4 700 legar som hadde vaktinntekter, og av desse var 2 280 fastlegar. Av alle vaktlegane var 34% kvinner. Blant fastlegane hadde kvinnene i gjennomsnitt 40% færre konsultasjonar enn mennene. Blant dei andre vaktlegane hadde kvinnene i gjennomsnitt 50% færre konsultasjonar.

#### 4.3.1 Oppsummering

Diskusjonane i dei publiserte rapportane kan oppsummerast slik:

- Interkommunal legevaktordning gjev redusert vaktbelastning, men gjev ikkje auka deltaking.
- Interkommunale legevaktordningar er likevel meir robuste fordi flere legar deler på vaktene.
- Kvinner fell tidligare ut av vaktssystemet enn menn og har hyppigare fritak frå legevakt.

- Mange fastlegar under 55 år deltek ikkje i legevakt, sjølv om dei ikkje har fått formelt fritak.
- Analysene tyder på at legar som har mykje å gjere i kontortida, vegrar seg for legevakt.
- Legar i sentrale kommunar har større høve til å gje frå seg vakter og nyttar sjansen.
- Utkantlegar føler sterkare plikt til å bidra til at ei lita og sårbar vaktordning ikkje skal bryte saman. Dei opplever større faglege utfordringar i legevaktarbeidet, men er mindre tilfredse med betalinga. Dette er trulig ein viktig grunn til at mange utkantleger ønskjer å flytte frå kommunen.

#### 4.4 Overgrepsmottak

Overgrepsmottak er fagleg og organisatorisk ein del av legevaktmedisinen. Helsedirektoratet ønskjer kompetanseheving og fagutvikling på feltet forankra i eit nasjonalt kompetansesenter, og har frå 2008 gitt denne oppgåva til Nklm. I tråd med dei politiske føringane har vi no eitt eller fleire overgrepsmottak i alle fylke. Totalt er det 24 overgrepsmottak/ valdtektmottak. Det første valdtektmottaket vart starta i Oslo i 1986, og fram til år 2000 vart det etablert 11 overgrepsmottak/ valdtektmottak, frå 2005 til i dag 10 og 3 har ikkje starta opp, men er under planlegging. Sju av mottaka er lokalisert ved gynekologiske avdelingar, resten ved legevakter.

Nklm gjorde hausten 2008 ei enkel registrering av ein del tilhøve ved mottaka, som ei førebuing til eit meir systematisk register på line med Nasjonalt legevaktregister. Frå denne registreringa går det fram:

- Dei fleste mottaka har registreringsrutinar for valdtektutsette, men berre fire hadde registrert vald i nære relasjonar i 2007.
- Talet på registrerte seksuelle overgrep varierer mykje etter storleiken på nedslagsfeltet. Oslo hadde 335 saker i 2007, medan det minste distriktmottaket hadde 6 saker.
- Dei fleste har prosedyrar for sporsikring (91%), skadedokumentasjon (96%), oppdekking/hygiene (72%) og sjekklister for arbeidet (96%). Men berre 2 (av 19 svar) oppga prosedyrar for avdekking, risikovurdering og tryggleiksplanlegging ved vald i nære relasjonar.
- Medisinsk oppfølging av pasientane vert gitt av 9 mottak, dei andre tilviser til fastlegen. Psykososial oppfølging vert gitt til nesten alle pasientar, men under halvparten av mottaka har internt tilbod og tilviser difor til andre instansar i kommunen/ fylket.
- Mottaka gjev opplæring til tilsette (94%), timetalet varierer frå 4 til 40. Tilbod om debrifing er vanleg, vanlegvis i spontan form, berre 39% tilbyr systematisk debrifing.

Mange mottak har fått oppstarttilskott frå Helsedirektoratet, men drifta skal kommunane stå for. Tilskottet som mottaka får frå kommunane, varierer mykje, frå kr 2,50 til kr 23,40 per innbyggjar i kommunane i 2008. I tillegg får nokre støtte per sak frå kommunen eller politiet. Det er såleis store forskjellar i dei økonomiske rammetilhøva som mottaka driv under.

Overgrep er kriminelle handlingar, og alle mottak samarbeider med politietaten, ein tredel har skriftleg samarbeidsavtale med politiet. Alle samarbeider med barneavdeling og dei fleste med barnevernet. Det er utstrakt samarbeid med fastlegane og krisesentra. Samarbeid med tiltak som Alternativ til vold/ Sinnemestringstilbud er ikkje vanleg (20%), medan meir enn 50% samarbeider med Dixi.

I 2008 har Nklm i samarbeid med Overgrepsmottaket ved Oslo legevakt, gjennomført 5 regionale grunnkurs for tilsette i overgrepsmottak over heile landet. Målsettinga er å gje helsepersonell ved overgrepsmottaka naudsynte kunnskapar og ferdigheiter på feltet. Grunnkursen skal også bidra til å implementere "Overgrepsmottak; Veileder for Helsetjenesten", som standard for arbeidet.

##### 4.4.1 Oppsummering

Eit likeverdig tilbod til utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar er framleis eit godt stykke unna, men gjennom sterke nasjonale satsingar, oppstart av kompetansehevingstiltak og interesse og motivasjon hos legevakter og enkeltpersonar, har ein komme godt i gang. Nklm har i løpet av 2008 fått eit inntrykk av situasjonen, som kan oppsummerast slik:

- Det er i ferd med å komme på plass eit tilbod til overgrepsutsette i heile landet, men erfaring og kompetanse er svært ulik på grunn av pasientvolum og kor lenge mottaka har eksistert.
- Tilbodet til personer utsett for vald i nære relasjonar er lite ivaretatt ved mange mottak.

- Det er ikkje avklara om ein skal ha ein eintydig organisering knytta til legevakter eller ikkje.
- Det er manglande nasjonale standarder for ei rekke sentrale prosedyrar.
- Det er store forskjellar i journalføring og registrering, og standardisert statistikk manglar.
- Forskjellar i pasientvolum mellom sentrale strok og distrikta gjev store kvalitetsutfordringar.
- Det er ikkje klare nasjonale retningslinjer for finansiering av overgrepsmottaka, noko som skaper uro omkring dei økonomiske rammene og også svært ulike medisinsk tilbod.

## 4.5 Legevaktepidemiologi

### 4.5.1 Konsultasjonsstatistikk for 2006: NAV

I 2007 presenterte Arbeids- og velferdsdirektoratet for første gang konsultasjonsstatistikk for legar basert på refusjonskrav til folketrygda. Statistikken inneheld informasjon om blant anna legekontaktar, konsultasjonar og sjukebesøk, takstar, utbetalt refusjon og eigendelar betalt av pasientane, fordelt etter ei rekke kjenneteikn som fylke, kjønn, alder, kontakttipe, diagnose, takst mv. Datagrunnlaget er ikkje fullstendig. For kommunehelsetenesta er dekninga nær 97%, tala i rapporten er korrigert for dette.

#### *Legekontaktar i alt*

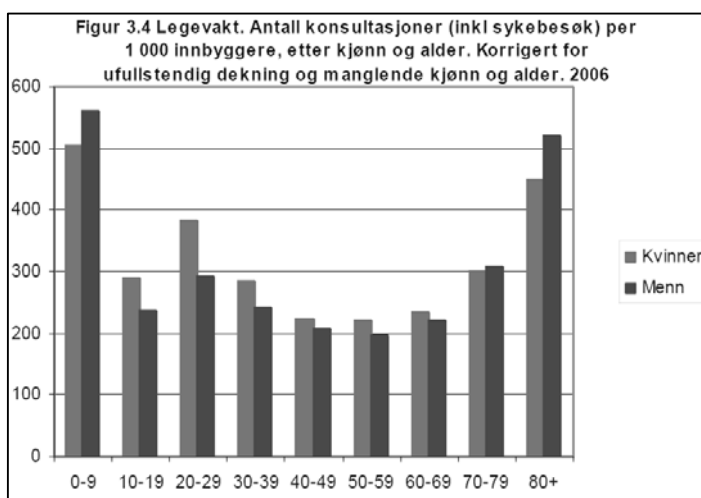
Det var nær 23 millionar legekontaktar i kommunehelsetenesta i 2006 (tabell). Konsultasjonar utgjorde nesten 13 millionar av dei 1,3 millioner (10%) ved legevakt. Det var nesten 100 000 sjukebesøk ved legevakt, dette utgjorde 51% av alle sjukebesøk. Andre legekontaktar utgjorde ein mindre del av legekontaktane for legevakt enn for fastlegar, mens det motsette var tilfelle for sjukebesøk, som utgjorde 5% av alle kontaktar ved legevakt.

*Tabell: Kommunehelsetenesta utanfor institusjon. Tal legekontaktar etter praksistype og kontakttipe. Korrigert for ufullstendig dekning. 2006*

Praksistype	Konsultasjonar	Sjukebesøk	Andre kontaktar	I alt
Fastlegar	11 597 564	92 562	9 127 734	20 817 861
- Privatpraktiserande fastlegar	10 654 869	86 168	8 333 169	19 074 207
- Kommunalt tilsette fastlegar	942 696	6 394	794 564	1 743 654
Legevakt	1 302 469	97 265	419 313	1 819 047
Kommunehelsetenesta i alt	12 900 033	189 827	9 547 047	22 636 908

Medan 69% av befolkninga hadde kontakt med fastlege i form av konsultasjon eller sjukebesøk i 2006, gjaldt dette for 14,5% for legevakt (>750 000 personar); 15,1% av alle kvinner og 13,9% av alle menn. Omrekna til rater betyr det at for legevakt var det 302 konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, for kvinner 314 og for menn 289. Bruken av legevakt er klart størst blant born og eldre (figur).

*Figur: Figuren er henta frå NAV-rapporten side 25*



Nesten kvar fjerde konsultasjon ved legevakt gjeld born under 10 år. Kvar identifiserte pasient ved legevakt hadde 1,3 legevaktkonsultasjonar inklusive sjukebesøk ved legevakt i 2006. Dette tyder på at det er få innbyggjarar som går ofte til legevakt.

For legevakt er det forskjellar mellom fylka, og motsett trend av det som er tilfelle for fastlegane. Finnmark har klart flest legevaktkonsultasjonar med 601 per 1 000 innbyggjarar, mens mange fylke har færre enn 300. Generelt er bruken av legevakt låg på søraustlandet og høgre i Midt-Norge og dei nordlegaste fylka. NAV-rapporten tolkar tala slik at i fylke med relativt dårleg dekning av fastlegar blir konsultasjonsfrekvensen ved legevakt større. Tilsvarande finn ein at det er flest legevaktkonsultasjonar i april, juli og desember, noko som truleg heng saman med redusert tilgang hos fastlegen. Elles er talet på konsultasjonar ved legevakt nokså stabilt frå månad til månad.

#### Diagnosar

Diagnosefordelinga ved legevakt skiller seg mykje frå fordelinga hos fastlegane på dagtid, mest fordi legevaktkonsultasjonane i stor grad gjeld akutte sjukdommar og plager. Tabellen viser diagnosefordelinga fordelt på kvinner og menn (Tabellen er omarbeidd etter Tabell 3.16 i NAV-rapporten). Både for kvinner og menn var Luftveier og Muskel- og skjelettsystemet dei mest brukte diagnosekapitla ved legevakt. Menn hadde ein noko høgre del som Hud og Øye, medan kvinner hadde fleire konsultasjonar i Urinveier og Svangerskap. Kapitlet Psykisk er for begge kjønn brukt ved berre 4% av legevaktkonsultasjonane.

Tabell: Legevakt. Konsultasjonar (inkl sjukebesøk) etter kjønn og ICPC-2 hoveddiagnosekapittel. Korrigert for ufullstendig dekning. Tal og prosent, 2006. NAV-rapporten side 33, tabell 3.16

Hoveddiagnosekapittel	Kvinner		Menn	
	Tal	%	Tal	%
Luftveier	169 352	23,8	147 460	23,0
Muskel- og skjelettsystemet	107 552	15,1	103 539	16,1
Fordøyelsessystemet	72 926	10,3	56 515	8,8
Hud	71 825	10,1	93 461	14,5
Allment og uspesifisert	68 800	9,7	65 822	10,2
Urinveier	51 503	7,3	20 650	3,2
Øye	28 832	4,1	38 525	6,0
Hjerte-karsystemet	26 997	3,8	25 204	3,9
Psykisk	26 911	3,8	27 564	4,3
Nervesystemet	25 986	3,7	22 052	3,4
Øre	23 698	3,3	24 260	3,8
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	15 501	2,2	83	0,0
Kvinnelige kjønnsorganer (inklusive bryster)	11 533	1,6	184	0,0
Endokrine og metabolske problemer	4 667	0,7	4 794	0,7
Blod, bloddannende organer og immunsystemet	2 015	0,3	1 930	0,3
Sosiale problemer	1 625	0,2	1 028	0,2
Mannlige kjønnsorganer	246	0,0	9 147	1,4
Ingen gyldig, entydig diagnose	166	0,0	167	0,0
I alt	710 135	100,0	642 384	100,0

#### Meir om sjukebesøk

Talet på konsultasjonar og sjukebesøk ved legevakt er i NAV-rapporten for 2006 mykje lågare enn tidlegare anslag. Tabell 3.30 i NAV-rapporten viser den nye statistikken og anslag frå tidlegare takstbrukundersøkingar (TBU) for konsultasjonar og sjukebesøk ved legevakt (utdrag):

Statistikk-kjelde	Konsultasjonar	Sjukebesøk
TBU juli 1999-juni 2000	1 511 155	357 430
TBU juli 2000-juni 2001	1 418 471	249 682
TBU juli 2001-juni 2002	1 432 313	186 796
TBU juli 2004-juni 2005	1 552 247	141 101
Ny statistikk 2006, korrigert	1 302 469	97 265

Samanlikna med takstbrukundersøkinga for 2004-2005 viser dei korrigererte tala 16% færre konsultasjonar og 31% færre sjukebesøk. Ein slik nedgang i aktiviteten ved legevakt i løpet av halvanna år er lite truleg. Rapporten meiner at ein plausibel forklaring er at utvalet av legevaktoppgjjer i TBU ikkje har vore representative. Når det derimot gjeld sjukebesøk ved legevakt, kan det spesielt store avviket mellom NAV og siste TBU i større grad skuldast ein reell nedgang, sidan TBU viser vedvarande nedgang i heile perioden, samt ved innføring av fastlegeordninga.

#### 4.5.2 Kontakhtar i 2007: Vaktårnprosjektet til Nklm

Her presenterer vi 2007-data frå Vaktårnprosjektet som NAV ikkje har i sin rapport for 2006; data om hastegradsvurdering, tid på døgnet og tiltak som første respons på legevaktkontakten.

*Nasjonale estimat for legevaktaktiviteten i 2007 basert på Vaktårndata*

2007 var det første året med registreringar frå Vaktårna, og det vart registrert i alt 86 234 kontakhtar, ei kontaktrate på 399 per 1 000 innbyggjarar per år, som gjev eit berekna totaltal på 1 868 709. Tabellen viser nasjonale estimat for kontaktmåtar, hastegrad og tiltak når tala vert rekna ut i høve til folketalet.

*Tabell: Nasjonalt estimat av volumet i legevaktaktivitet basert på vaktårnregistreringane*

	Rate per 1000 innbyggjarar	Absolutte tal for nasjonalt estimat
<b>Kontaktmåte</b>		
Telefon frå pasient eller pårørande	258,83	1 211 604
Direkte oppmøte	102,62	480 382
Helsepersonell	23,93	112 000
AMK-telefon	8,89	41 628
Andre	2,68	12 554
<b>Hastegrad</b>		
Grøn	303,50	1 420 728
Gul	83,60	391 365
Raud	9,11	42 635
<b>Tiltak</b>		
Telefonkonsultasjon med sjukepleiar	73,31	343 165
Telefonkonsultasjon med lege	37,78	176 873
Konsultasjon med lege	250,24	1 171 422
Konsultasjon med andre	5,99	28 044
Utrykking, lege og ambulanse	6,77	31 703
Sjukebesøk ved lege	6,25	29 271
Anna	16,66	77 975

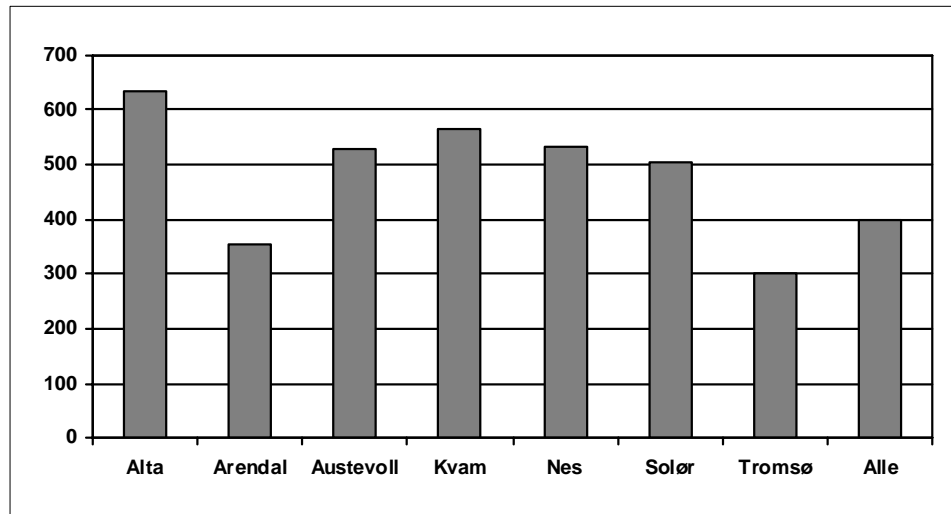
Konsultasjonsstatistikken for 2006 frå NAV finn at talet legevaktkontakhtar var 1 819 047. På basis av vaktårnregistreringane i 2007 er talet legevaktkontakhtar det året estimert til å ha vore 1 868 709. Vaktårnprosjektet ser dermed ut til å ha svært god representativitet sett ut frå totaltalet.

Vaktårnprosjektet estimerer 29 271 sjukebesøk ved lege, mykje lågare enn konsultasjonsstatistikken for 2006, der talet sjukebesøk var 97 265. Det kan såleis virke som om vaktårna ikkje er representative når det gjeld dette. Vi har to forklaringar på dette. For det første er det grunn til å tru at mindre kommunar med høgre andel sjukebesøk ikkje er med i Vaktårnprosjektet. For det andre vil dei 31 703 legeutrykkingane med ambulanse bli rekna som sjukebesøk i NAV sin statistikk. Totaltalet sjukebesøk vert da estimert til om lag 61 000, ein underrapportering på om lag 37%.

*Variasjonar i kontaktrater mellom legevakttdistrikt*

Vaktårnprosjektet gjev godt høve til å undersøke variasjonen i kontaktrater mellom ulike legevakttdistrikt rundt gjennomsnittet på 399 per 1 000 innbyggjarar. Figuren nedanfor viser at Alta hadde ein årsrate på 633 kontakhtar på topp, medan Arendal med 354 og Tromsø legevakt med 300 låg nederst. Dei fire andre vaktårna hadde ganske lik kontaktrate.

Figur: Tal kontaktar per 1 000 innbygarar i legevaktstrikta i 2007



Ein del av denne variasjonen kan truleg forklarast av strukturelle forhold både ved legevaktene og dei kommunane som høyrer til legevaktstrikte. Eit slikt forhold kan til dømes vere kva som er den mest vanlege måten å vende seg til legevakta på. Ved Alta legevakt vart det trekt fram at også mangel på fastlegar i kommunen truleg kan vere ein del av forklaringa på den høge kontaktraten. I andre undersøkingar ved Nklm har vi funne kontaktrater på over 1 000 per 1 000 innbygarar per år, i det vesentlege forklart ved stor tilstrøyming på dagtid og ettermiddag.

I 2007 fann vi at 37% av kontaktane skjedde på dagtid, 51% på ettermiddag og kveld og 12% om natta, dette gjev rater per 1 000 innbygarar på 148, 202 og 49. Igjen var det store forskjellar mellom legevaktene, med mellom 27-55% av kontaktane på dagtid og mellom 35-61% på ettermiddag og kveld. Om natta er det mykje mindre variasjon.

#### Kven tek kontakt med legevakta?

Tabellen viser at det er pasienten sjølv eller pårørande som tek kontakt med legevakta. I vaktårna varierer direkte oppmøte mellom 1% i Austevoll til heile 73% i Tromsø, som har ei typisk "open" bylegevakt der befolkninga er vant med å komme direkte på døra.

Tabell: Prosentfordeling av kontaktar etter kven som tar kontakt. Rate per 1 000 innbygarar

	Tlf frå pasient, pårørande eller omsorgsperson	Direkte oppmøte av pasient	Helsepersonell	AMK-tlf eller alarm	Andre
Prosentfordeling	65,2	25,9	6,0	2,2	0,7
Rate per 1 000 innb.	259	103	24	9	3

#### Hastegrad

Hastegradsvurdering er ein svært viktig del av arbeidet i legevaktssentralane. I Vaktårnprosjektet bruker vi definisjon av hastegradar ifølgje Norsk indeks for medisinsk nødhjelp:

- **Grøn hastegrad: Vanleg**  
Tilstandar som ikkje hastar meir enn at dei kan vente til første passande høve eller ofte til neste dag hos fastlegen.
- **Gul hastegrad: Hastar**  
Mogeleg alvorleg tilstand der vitale funksjonar kan bli trua og det er trong for rask situasjonsvurdering av lege.
- **Raud hastegrad: Akutt**  
Tidskritisk tilstand som er livstruande eller potensielt livstruande.

Av alle kontaktane i 2007 var 76,6% grøne, 21,1% gule og 2,3% raude. Dei raude utgjorde såleis 9,1 kontaktar per 1 000 innbyggjarar per år, eit tal nærmast identisk med det som er angitt av Haga-utvalet i 1998; 10 per 1 000 innbyggjarar per år. Det var lite variasjon i prosentandelen kontaktar med raud hastegrad, medan det var stor variasjon når det gjald grøne hastegradar, noko som tyder på stor forskjell i kontaktar for vanlege helseplager som burde vore handtert av fastlegane på dagtid.

Har det så noko å seie for hastegraden kven som vender seg til legevakta? Dette kan sjåast på to måtar: korleis kontaktmåten fordeler seg etter kva som er hastegraden, og kor stor del etter kven som vender seg til legevakta som endar i grøn, gul eller raud hastegrad. Tendensen er at kontakt frå helsepersonell eller AMK-telefon aukar hastegraden. Ein av tre telefonar frå AMK (34%) fekk raud hastegrad ved vaktårna. Likevel er 39% av kontaktar med raud hastegrad etter telefon frå pasient, pårørende eller omsorgsperson; 33% av raud hastegrad var etter AMK-telefon eller alarm.

#### *Tiltak*

Med tiltak meiner vi i Vaktårnprosjektet den handteringa som skjer ved første vurdering av kontakten. I registreringsskjemaet er det spesifisert sju tiltak som skal registrerast. Det vart funne svært store forskjellar i fordeling av tiltaka mellom vaktårna. Austevoll hadde ein nesten tre gangar så høg prosentdel telefonkonsultasjon med lege (28,1 prosent) samanlikna med gjennomsnittet for alle (9,5 prosent). Men Austevoll hadde også klart mest sjukebesøk (14,7 prosent). Forskjellane kan visast slik:

<b>Tiltak</b>	<b>Gjennomsnitt (%)</b>	<b>Maksimum (%)</b>	<b>Minimum (%)</b>
Telefonkonsultasjon med sjukepleiar	19	25	12
Telefonkonsultasjon med lege	10	28	3
Konsultasjon med lege	63	80	35
Konsultasjon med andre enn lege	2	5	<1
Utrykking med lege og ambulanse	2	5	<1
Sjukebesøk ved lege	2	15	<1
Anna	4	12	<1

I Tromsø er 74% av kontaktane direkte oppmøte, og 80% får konsultasjon med lege. I Austevoll og Solør får så godt som ingen møte direkte, og her får høvesvis 35% og 54% legekonsultasjon.

#### *Telefonkontakt sparar mange legekonsultasjonar*

Forskjellane i tiltak vist ovanfor kan brukast til å rekne ut ein potensiell effekt på legeressursbruken dersom alle i utgangspunktet skal henvende seg til legevaktenesta per telefon. Vi tek utgangspunkt berre i kontaktar med grøn hastegrad, som utgjorde 77 % av kontaktane. Når pasientane kom direkte til legevakta utan å ha ringt på førehånd enda 90% opp i ein legekonsultasjon på legevakta, i Tromsø heile 97%. Dersom pasientane tok kontakt med legevakta per telefon enda berre 52% i ein legekonsultasjon på legevakta. Andelen varierte frå 29 - 60% mellom legevaktene. Kontaktmåten til legevakt har alstå stor betydning for kva tiltak som blir sett i verk. Når pasientane møter direkte på legevakta er det ofte forventningar om legekonsultasjon, og det blir vanskelegare å gje råd om eigenomsorg eller be pasientane om å observere plager og symptom heime og eventuelt ta kontakt med fastlegen neste yrkedag.

Utfrå tala ovanfor er det truleg eit potensiale på å flytte over 200 000 kontaktar i året frå legekonsultasjon til telefonkonsultasjon med lege eller sjukepleiar ved grøne hastegradar.

#### **4.5.3 Spesielt om akuttmedisinske hendingar**

Det finst lite data om volum, art og alvorsgrad av akuttmedisinske hendingar utanfor sjukehus i Norge, men det er viktig å ha forståing av dette i eit populasjonsperspektiv når ei framtidig legevakteneste skal planleggast. Type hendingar og trong for medisinsk innsats gjev eit bilete av rollefordeling mellom ambulanseteneste, legevakt og legevaktlege. Er akuttmedisinen først og fremst prega av nokre få, rutineprega og prosedyrebestemte hendingar og pasientforløp, eller er det stor variasjon i alvorsgrad, klinisk bilete og trong for avansert klinisk diagnostikk som berre lege kan stå for?

Kommunelege Sverre Rørtveit i Austevoll kommune har gjennomført ei insidensundersøking i ein kommune der tilhøva låg godt til rette for fullstendig og systematisk datasamling. Data er under publisering i samarbeid med Nklm. Austevoll er ein øykommune utan fastlandssamband sør for Bergen, med busetnad på ca 4400 menneske. All akuttmedisinsk aktivitet i Austevoll vart registrert i tidsrommet 1. oktober 2005 - 30. september 2007, med unntak av akutte psykiatriske hendingar og transport og behandling av fødande pasientar. Ei akuttmedisinsk hending vart definert ved at legen ved det primære meldingsmottaket vurderte pasienten sin tilstand slik at ho eller han måtte leggja all annan pågåande aktivitet til side og rykka ut til pasienten straks. Definisjonen er altså spontan og subjektiv.

I toårsperioden vart det registrert 236 akuttmedisinske hendingar, med til saman 240 pasientar, så godt som alle akuttmedisinske hendingar gjeld altså ein person. Talet tilsvarar 27 akuttmedisinske hendingar per 1000 innbyggjarar per år, som er fleire gangar høgre enn det ein finn i Nklm sitt vaktårprosjekt (9) eller tidlegare rekna med (ca 10), for kriteriebestemt raud respons.

Det var litt færre akutthendingar mellom kl 23 og kl 08 (27%) enn dagtid (40%) og ettermiddag/kveld (33%), men hendingane skjedde heile døgnet utan spesielt mønster. Hendingane fann stad i pasienten sin heim eller bustadhus i 71% av tilfella, på veg eller i terreng i 11% og på offentlig stad i 8%. Pusteproblem (12%), TIA/hjerneslag (10%), hjarteinfarkt (10%), magesymptom (9%), angina/brystmerter (7%), synkope (6%), epileptisk krampeanfall (5%) og alkoholintoksikasjon (6%) var dei hyppigaste tilstandane, men dei 240 pasientane hadde i alt 62 ulike diagnosekodar. Det var 38 tilfelle av ulike skader (15% av alle).

Kjønnsfordelinga var 55% menn/gutar og 45% kvinner/jenter. Aldersfordelinga var 8% 0-10 år, 9% 11-20 år, 15% 21-40 år, 21% 41-60 år, 26% 61-80 år, 15% 81-90 år og 5% 91 år og eldre. I alt 46% av alle pasientane var altså over 60 år. Av andre resultat kan nemnast:

- Legen gjorde raud respons-vurdering i 33% og gul i 60%.
- Legen vart varsla ved helseradio-oppkall eller helseradio-alarm i fleirtalet av hendingane, AMK-sentralen meldte om 86 (36%) av hendingane.
- I Austevoll er legen oftast den som er først framme hos pasienten i akutt-tilfella, registrert utrykkestid for ambulansen var i median 14 minuttar og for legen 17 minuttar.
- Lege frå luftambulans kom til staden i 26 av aksjonane (11%), medan vertilhøve og andre problem var til hinder for dette i sju tilfelle (21% av ønska nærvær).
- 58% hadde trong for sjukehusinnlegging, men ikkje livstruande situasjon, 25% mindre alvorleg situasjon enn dette, 13% i mogleg/ manifest livstruande situasjon og 3% var døde.
- 164 pasientar (68%) vart transportert til sjukehus, 11 (5%) vart transportert heim, fem andre stader og i 60 tilfelle (25%) vart det ikkje føreteke transport.

#### *Diskusjon: Legen si rolle ved akuttmedisinske situasjonar*

Undersøkinga frå Austevoll gjev viktige data for diskusjon av legerolla i akuttmedisinske situasjonar under legevakt. I denne kommunen rykte legen ut aleine eller saman med ambulansen i tilnærma alle tilfelle av akutte hendingar. Det var god ambulansedekning og ingen samtidskonflikter i perioden, men det er tankevekkande at luftambulans ikkje kunne komme i eit av fem ønska tilfelle. Kommunen er også prega av at legar og ambulanspersonell kjenner kvarandre og rollene sine godt.

Erfaringar frå prosjektet har gitt auka innsyn i akuttmedisinske hendingar i brei forstand:

- Omfanget er på om lag to og ein halv gang så mange akuttmedisinske hendingar som andre studiar, når denne utvida definisjonen blir brukt. Omfanget kan omreknast til 2,2 hendingar per døgn i legevaktdistrikt med 30 000 innbyggjarar, 4,4 hendingar ved 60 000 og 7,4 hendingar per døgn ved 100 000 innbyggjarar. Tidsbruk ved ei hending kan vere frå 1-2 timar til mykje meir dersom legen må følgje ambulans og det er lang veg til sjukehus.
- Alvorlege hendingar skjer til alle tider, og i ein slik frekvens at det ikkje kan forsvarast å redusere legeberedskapen i visse tider på døgnet.
- Variasjonen i akuttmedisinske hendingar er stor og ikkje avgrensa til eit lite tal kjernetilstandar. Kompetent og tydeleg legemedverknad i dei fleste akuttmedisinske situasjonane er sannsynlegvis viktig for at pasientane skal få best mogleg diagnostikk og vurdering av rett behandling og rett transportnivå.



- Dei hjarte- og hjernerelaterte krisene har godt standardiserte prehospitale behandlingssopplegg som kan meistrast av ambulansarbeidarar, men utgjer berre eit mindretal av tilfella. Ofte er det ikkje trong for spesifikke instrumentelle tiltak eller prosedyrar.
- Legevurdering på hendingsstad kan ha stor betydning for bruk av andrelinetenester, hvis alternativet er transport av alle til sjukehus. I mange tilfelle der transport eller akuttbehandling ikkje er naudsynt, kan det framleis vere viktige oppgåver for legen, til dømes vidare observasjon, informasjon, pårørandearbeid, og kontakt eller møte med heimesjukepleiar.
- Legen og ambulanspersonellet har komplementære roller i akuttsituasjonane. Kompetanse i overordna vurderingar av pasienten sin situasjon er eit viktig trekk ved legen si rolle.

#### 4.5.4 Oppsummering

- Legevakt har stort klinisk omfang, med 1,3 mill konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk i året. Konsultasjonstalet har vore stabilt, medan sjukebesøk er redusert mykje på 10 år.
- I følgje NAV var over 750 000 ulike personar (15% av folketalet) i kontakt med legevakt i 2006, det var 302 konsultasjonar per 1 000 innbyggjarar, total kontaktrate var 422. Tilsvarende fann Nklm ei totalrate på 399 i 2007.
- Det er svært stor variasjon i legevaktkontaktar mellom ulike kommunar (faktor på 3-5).
- Bruk av legevakt er klart størst blant born og eldre. Om lag halvparten av alle born 0-9 år og eldre over 80 år har kontakt med legevakt årleg. Få personar er ofte til legevakt i løpet av året.
- Ved dårleg dekning av fastlegar blir konsultasjonsfrekvensen ved legevakt større.
- Kontaktane gjeld i stor grad akutte sjukdommar og plager av liten alvorgrad.
- I 2007 var det 77% grøne, 21% gule og 2,3% raude kontaktar. Stor forekomst av grøn hastegrad tyder på at mange kontaktar kan handterast av fastlegane på dagtid.
- Ein tredel av kontaktane skjedde på dagtid, halvparten på ettermiddag og kveld og ein av åtte om natta. Igjen er det store forskjellar mellom kommunar, om natta er det mindre variasjon.
- Ein del store legevakter har høve til direkte oppmøte av pasientar, da endar 90% opp i ein legekonsultasjon på legevakta. Ved telefonkontakt endar 52% i ein legekonsultasjon. Det er truleg eit potensiale på å flytte over 200 000 kontaktar i året frå legekonsultasjon til telefonkonsultasjon med lege eller sjukepleiar ved grøne hastegradar.
- Ei registrering frå ein distriktskommune viser 27 akuttmedisinske hendingar per 1000 innbuarar per år, som er fleire gangar høgre enn tidlegare rekna med.
- Alvorlege hendingar skjer til alle tider, og i ein slik frekvens at det ikkje kan forsvarast å redusere legeberedskapen i visse tider på døgnet.
- Variasjonen i akuttmedisinske hendingar er stor og ikkje avgrensa til eit lite tal kjernetilstandar. Ofte er det ikkje trong for spesifikke instrumentelle tiltak eller prosedyrar.
- Legekompetanse i diagnostikk og i å sette saman medisinske opplysningar kan vere like vesentleg på ein akuttmedisinsk hendingsstad, som kompetanse i utføring av prosedyrar. Legevurdering på hendingsstad kan ha stor betydning for bruk av andrelinetenester.
- Legen og ambulanspersonellet har komplementære roller i akuttsituasjonane. Kompetanse i overordna vurderingar av pasienten sin situasjon er eit viktig trekk ved legen si rolle.

#### 4.6 Kostnader ved legevakt

Det er svært mangelfull oversikt over kostnader til legevakttenesta. Hagautvalet anga kostnadane til legevakt i 1996 å vere ca. 1,2 milliardar kroner, fordelt på 560 mill kr til beredskapsgodtgjersle, 390 mill kr til refusjonar og 170 mill kr som eigendelar frå pasientane. Utvalet gjorde ikkje noko overslag over utgiftene til legevaktlokale, utstyr og lønn til fast personale.

Dei aktivitetsbaserte kostnadane via folketrygda ser ut til å vere på samme i kronebeløp over den siste 10 årsperioden, medan konsumprisindeksen har auka med ca 25% i perioden. Den relative nedgangen i kostnadar skuldast truleg mellom anna nedgangen i sjukebesøk, men det har også vore ei relativ nedprioritering av legevakt i normaltarriffen.

NAV-rapporten gjev opplysningar om utgiftene i 2006, men den har ikkje tal for faste kostnader eller aktivitetsstyrte kostnader utanfor folketrygda. Den aktivitetsbaserte finansieringa per legekontakt er delt mellom folketrygd og eigendelar; for legevakt var summane 215 og 94 kr i 2006. Eigendelar frå

pasientar utgjorde 30% av dei aktivitetsbaserte inntektene for legevaktlegane, refusjon frå folketrygda utgjorde 70%. Ein stor del av eigendelane vart dekkja av folketrygda fordi pasienten hadde fritak for eigendelar eller frikort. Summane for legevakt 2006:

- Ordinær refusjon/takstar:	240 mill
- Refusjon pga generelt eigendelsfritak:	99 mill
- Refusjon pga frikort:	54 mill
- Eigendelar betalt av pasienten	171 mill
- <b>Totalt</b>	<b>563 mill</b>

Kostnadsstrukturen ved legevakt er relativt enkel:

#### A. Faste kostnader

- Beredskapsgodtgjersle til legane
- Fastlønn til legar i vakt
- Drift av legevaktsentral og legevakt
  - Lokale og utstyr
  - Fast tilsett personell
  - Andre driftsutgifter

#### B. Aktivitetsstyrte kostnader

- Eigendelar betalt av pasientane
- Refusjonar til vaktlegane, totalt
  - Refusjonstakstar
  - Refusjon eigendelar pga generelt fritak
  - Refusjon eigendelar pga frikort
- Reisegodtgjering frå helseforetaket
- Km-godtgjersle frå kommunen

*Estimat for kostnadar til legevakt i 2008*

Basert på forutsetningane nedanfor er vårt estimat for kostnader til legevakt i 2008 slik:

<b>Type kostnad</b>	<b>Millionar kroner</b>	
<b>A. Faste kostnader totalt</b>		<b>1 680</b>
Beredskapsgodtgjersle til legane	120	
Fastlønn til legar i vakt	160	
Drift av legevaktsentralar og legevakter	1 400	
Lokale og utstyr (12%)	168	
Fast tilsett personell (65%)	910	
Andre driftsutgifter (23%)	322	
<b>B. Aktivitetsstyrte kostnader totalt</b>		<b>660</b>
Eigendelar betalt av pasientane	190	
Refusjonar til vaktlegane, totalt	430	
Refusjonstakstar	260	
Refusjon eigendelar pga generelt fritak	110	
Refusjon eigendelar pga frikort	60	
Følgje av pasientar, frå helseforetaket	30	
Km-godtgjersle, frå kommunen	10	
<b>C. Overgrepsmottak</b>		<b>20</b>
<b>TOTALT</b>		<b>2 360</b>

For dei aktivitetsbaserte kostnadane har vi brukt tala frå NAV for 2006 med tillegg av 4% per år. For dei andre aktivitetsbaserte kostnadane er det gjort enkle overslag basert på aktivitetstala frå dei legevaktepidemiologiske studiane saman med dei takstane/tariffane som gjeld.

For dei faste kostnadane finst ingen oversikter. Vi har innhenta budsjettal for ei rekke legevakter og kommunar av ulik storleik og med ulik satsing på stasjonær legevakt. Basert på desse og på eit overslag over kor mange legevaktordningar som finst i tilsvarende grupper, er det så gjort ei samla berekning av kostnadane, men tala er usikre. Kostnader til overgrepsmottak er eit omtrentleg anslag.

Basert på ein del relativt sikre tal, men óg mange omtrentlege forutsetningar, har vi altså berekna dei samla kostnadane ved legevakttenesta i Norge i 2008 til om lag 2,36 milliardar kroner. Nettoutgiftene for kommunane har vi rekna til om lag 1,7 milliardar kroner.

#### **4.7 Samla oppsummering**

Dei fleste kommunane deltek no i interkommunalt legevaktsamarbeid, og dette er vanlegast i dei mindre kommunane. Men dei fleste av dei interkommunale legevaktordningane er framleis små. Tilsaman har vi no litt over 200 legevaktdistrikt.

Legevakt har stort klinisk omfang, med 1,3 mill konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk i året. Konsultasjonstalet har vore stabilt, medan talet på sjukebesøk er redusert mykje på 10 år. Om lag kvar sjuande innbyggjar er i kontakt med legevakt årleg, men om lag halvparten av alle born 0-9 år og eldre over 80 år har kontakt med legevakt årleg. Det er klare indikasjonar på at ved dårleg dekning av fastlegar blir konsultasjonsfrekvensen ved legevakt større, og at mange av kontaktane kan handterast av fastlegane på dagtid.

Legevaktsentralane dekker eit svært varierende folketal, og det er stor variasjon over kor legevaktsentralen er plassert over døgnet. Dette gjev utfordringar for kompetanse i hastegradsvurdering og prioritering. Det er aukande bruk av andre enn sjukepleiarar som personell i legevaktsentralen. Helsetilsynet har ved tilsyn funne manglar ved journalføring og dokumentasjonsrutinar ved ein del sentralar

Det finst lite kunnskap om legevakt på dagtid i dei fleste kommunane, om fastlegekontora er utstyrt med og svarar på helseradio, og om legane deltek i organisert beredskap.

Dei stasjonære legevaktene i Norge er svært ulike når det gjeld ressursar, lokale og system. Det er manglar når det gjeld internkontroll, spesielt når det gjeld opplæring, informasjon til tilsette og avvikshandtering. Små og mellomstore legevakter ligg etter dei store. Tidlegare journalopplysningar er ofte ikkje tilgjengeleg for vaktlegen, og mange legevakter har ikkje rutinar for sending av epikriser til fastlegen. Legevaktene er imidlertid ofte velutstyrte og for laboratorieanalysar har dei fleste tatt i bruk testar som det ofte vil vere bruk for. Men i mange tilfelle vert laboratorieprøver analysert og kvalitetssikra i legevakt av personell med lite utdanning og erfaring. Det er store forskjellar i trening i avansert hjarte-lungeredning blant legane.

Om lag halvparten av vertskommunane oppfyller ikkje alltid kravet om helseradiobruk. Frå AMK-sentralane vert mindre enn halvparten av røde responsar varsla til lege via helseradionettet, men det er store forskjellar mellom ulike AMK-sentralar. Lege vert ikkje kontakta i det heile ved raud respons i 40 kommunar, med om lag 1/3 av befolkninga.

Det er rekrutteringsproblem for legar til legevakt. Interkommunal legevaktordning gjev redusert vaktbelastning, men gjev ikkje auka deltaking, slik systemet er i dag med god tilgang til vikarar. Interkommunale legevaktordningar er likevel meir robuste fordi flere legar deler på vaktene. Samla sett deltek berre omlag halvparten av fastlegane fullt ut i legevakt. Kvinner fell tidligare ut av vaktssystemet enn menn og har hyppigare formelt fritak frå legevakt. Det må satsast betydeleg på legeordningar som gjer at fastlegane kan stå i tenesta til 60 årsalderen.

Berre få kontaktar er eigentleg akuttmedisinske, men desse krev til gjengjeld rask og ofte avansert innsats frå lege og ambulanspersonell. Legen og ambulanspersonellet har komplementære roller i akutsituasjonane. Kompetanse i overordna vurderingar av pasienten sin situasjon er eit viktig trekk

ved legen si rolle. Det er lite systematisk oppbygging og vedlikehald av akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktlegane.

Eit likeverdig tilbod til utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar er framleis ikkje til stades, men gjennom sterke nasjonale satsingar, oppstart av kompetansehevingstiltak og interesse og motivasjon hos legevakter og enkeltpersonar, har ein komme godt i gang. Det er i ferd med å komme på plass eit tilbod til overgrepsutsette i heile landet, men erfaring og kompetanse er svært ulik på grunn av pasientvolum og kor lenge mottaka har eksistert. Det er manglande nasjonale standarder for ei rekke sentrale prosedyrar, det er store forskjellar i journalføring og registrering, og standardisert statistikk manglar. Det er uro omkring dei økonomiske rammene.

Det er lite tilfredsstillande at eit så omfattande og viktig tilbod som legevakttenestene står utan eit nasjonalt statistikkgrunnlag for sentrale variablar som kontaktrater, hastegradar og konsultasjonar. Det samme gjeld data om diagnosar og behandlingsforlaup, samt oversikt over tilsette, kompetanse, utstyr og økonomi.

Dei fleste legevaktene er svært små organisasjonar som vert drivne med enkle midlar. Det er lite ressursar til administrasjon og fagleg leiing samt til opplæring, prosedyrearbeid, forskning og fagutvikling. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar, med store utfordringar for både fagleg og administrativ kvalitet.

Basert på ein del relativt sikre tal, men óg mange omtrentlege forutsetningar, har vi berekna dei samla kostnadane ved legevakttenesta i Norge i 2008 til om lag 2,4 milliardar kroner, av dette fell 1,7 milliardar på kommunane.

## 5 utfordringar og problemområde i legevakt i dag og framover

Etter omtalen av legevakttenesta i forrige kapitlet, skal dette kapitlet drøfte situasjonen, identifisere dei viktigaste utfordringane og problemområda det bør gripast fatt i, og vurdere forslag til endringar. Blikket skal altså hevast mot ei legevakt i pakt med framtida sine krav. Legevakttenesta må følgje den medisinske utviklinga, generell samfunnsutvikling, forventningar frå både befolkninga og dei som arbeider i tenesta, utviklinga i helsetenesta og reglar for drift av offentlege verksemder.

Dette kapitlet har difor ei inndeling som ikkje er basert på den systematiske gjennomgangen i forrige kapittel eller på dokumentasjon i alle ledd. Det er derimot ei drøfting basert på faktagrunnlaget, saman med våre vurderingar av situasjonen. Vi legg sterk vekt på forventningar uttrykt frå spesialisthelsetenesta og tilsynsorgana, diskuterer opplevde forventningar frå befolkninga, og prøver å sjå legevakttenesta som ei sterkt samhandlande teneste med andre, i tråd med rådande politiske føringar. Det er mange mørke skyer i horisonten når det gjeld stabile vaktordningar, rekruttering til legevakt og ressursinnsatsen i mange legevaktordningar. Men dette gjev óg vilje til endring, signala er samla sett sterke på at vi ikkje kan halde fram med noverande organisering og tenkemåte.

Ein slik gjennomgang kan lett bli prega av påpeiking av manglar kombinert med høgt ambisjonsnivå. Innleiingsvis er det difor viktig å slå fast at basert på Nklm sitt nære kjennskap til den daglege praktisk utøvde legevakttenesta, er vårt generelle inntrykk at det vert utført mykje godt klinisk arbeid kvar dag, heile døgnet og heile året, av ei mengd engasjerte legar og anna helsepersonell. Legevakt er eit felt med mange usedvanleg motiverte personar, som har bygt opp lokale ordningar av høg kvalitet, som har engasjert seg i utdanning og kvalitetsforbetrande tiltak, og som brenn for både akuttmedisin, allmenmedisin og lokale løysingar til det beste for pasientar som opplever akutt skade og sjukdom.

### 5.1 Kliniske utfordringar

Legevaktarbeid har stor klinisk variasjon. Det kan ikkje planleggast, terskel for kontakt er varierende, rammene for arbeidet er enkle, og pasientane skal helst ha avklaring i løpet av kort tid.

#### 5.1.1 Kva er det spesielle med legevaktspasienten og det kliniske arbeidet ved legevakt?

Mange av kontaktane til legevakt representerer ingen store kliniske utfordringar for personalet i legevaktssentralen eller for legevaktlegen. Det er ”mest av det vanlegaste”, og ein kan vanlegvis handtere slike pasientar raskt og effektivt. Mange akutte tilstandar er også rimeleg lette å identifisere. Men i mellom desse gruppene ligg ei mengd kontaktar som treng rask avklaring av om det skjuler seg noko akutt eller farleg. Dette krev ei spesifikk klinisk tilnærming som bygger på dei generelle allmenmedisinske arbeidsteknikkane.

Mange pasientar som tek kontakt med legevakt kan ha tidlege og uspesifikke teikn til sjukdom. Dette betyr at det er vanskelegare å stille diagnose fordi tilstanden har vart i kort tid, og typiske symptom og funn på bestemte tilstandar har ofte ikkje rukke å utvikle seg, som for eksempel utslett ved hjernehinnebetennelse. Handlingsvala må difor avgjerast på meir usikkert grunnlag enn ellers, som å bedømme ein episode med forverring av KOLS utan å kunne måle oksygenivået i blodet, eller behandle for nyrestein berre basert på symptoma. Responsen på behandlinga kan avgjere vidare tiltak, igjen med eksempel KOLS eller nyrestein.

I staden for sikker diagnose, vil difor vaktlegen ofte ha andre prioriteringar for sine vurderingar:

- Hastar det eller hastar det ikkje med avklaring eller behandling?
- Må pasienten innleggast i sjukehus eller ikkje?
- Er situasjonen uavklart, men slik at pasienten kan observerast heime av pårørande eller andre?
- Skal pasienten komme att til ny vurdering seinare eller skal vaktlegen ringe om nokre timar?
- Bør pasienten heller oppsøke fastlegen dagen etter?

Dette er vanskelege vurderingar, som har gitt legevaktarbeid eit rykte som ”medisinsk risikosport”, og mange klagesaker har sitt grunnlag i medisinske feil i slike vurderingar. Men i tilsynsbehandlinga av

sakene blir det tatt vesentlege omsyn til rammene beslutningane er tatt i, og om dei var forsvarlege eller ikkje, gitt den usikre situasjonen og beslutningsgrunnlaget ein hadde. Det er dokumentert at sjansen for medisinske feil aukar, og kvaliteten i beslutningar under usikkerhet går ned dersom:

- arbeidet går fort eller pasientstraumen er stor, noko som kjenneteiknar mykje legevaktarbeid.
- legen ikkje kjenner pasienten, familien eller lokalmiljøet.
- det er korttidsvikarar som ikkje kjenner system og rutinar.
- legen har liten erfaring. I dag tek unge vikarar og turnuslegar ein stor del av legevaktene.
- legen har ikkje tilgang til eit minimum av diagnostisk utstyr.
- legen arbeider aleine, utan mulighet for fagleg støtte frå kollega eller bakvakt.
- det manglar prosedyrar eller dei er ikkje tatt i bruk, pga manglar ved opplæring.

Framtidens legevakt må ta omsyn til dette og gje tryggare rammer for arbeidet enn i dag.

#### *Hastegradsvurdering og prioritering (triage)*

Prioritering av pasientar etter hastegrad (triage, frå fransk) er eit døme på eit systemtiltak som kan motverke feil og heve kvaliteten på legevakta. Føremålet med triage er på ein sikrast mogeleg måte å identifisere dei pasientane som treng hjelp raskt og dei som det ikkje hastar med. Triage er dermed ikkje eit diagnoseverktøy og det erstattar ikkje medisinsk undersøking. I mange land er ulike former og system for triage i bruk og under utvikling, fordi det er eit kjernepunkt i å gje rett hjelp til rett person. Denne funksjonen er kjernekompetansen til AMK-operatørane og personalet i legevaktsentralane. I Norge har vi tradisjonelt brukt sjukepleiarar i mottaks- og vurderingsfunksjonen. Slik er det ikkje i alle andre land. Danmark brukar legevaktlege, Nederland bruker helsepersonell med aktiv deltaking av vaktlege, Skottland, Island og mange stader i USA har ikkje krav til helsefagleg kompetanse, men legg desto større vekt på opplæring i denne spesifikke rolla, frå nokre få vekers kurs i Skottland, til eitt års opplæring på Island.

Sikring av kompetansen i triage og telefonrådgjeving er, etter Nklm si meining, eit kjernepunkt i kompetansehevinga i legevakt framover. Vi går inn for at kompetansekrava i denne funksjonen skal styrkast hos alt aktuelt helsepersonell, inkludert legar, og at legane bør få ei meir aktiv rolle i legevaktsentralen, med auka bruk av telefonkonsultasjonar og eventuelt også kontroll av råd og beslutningar gitt av personellet i legevaktsentralen. Vi går inn for at minstekrav til kompetanse hos personellet i legevaktsentralen er helsefagleg utdanning på bachelornivå, klinisk praksis og eit spesifisert opplæringsprogram. Det er også trong for utvikling av kurs og utdanningsmodular på høgskulenivå, samt forskning, for vidare utvikling av denne type kompetanse. Ulike verktøy for beslutningsstøtte må evaluerast og vidareutviklast. Vi meiner òg at det er viktig at personalet på legevaktsentralen og legevaktstasjonen kjenner kvarandre, at dei vert kjent med pasientgrunnlaget og klinisk bilete gjennom å delta i jobbrotasjon og å møte pasientar etter telefonvurderinga. Legevaktsentralen må difor vere samlokalisert med legevaktstasjonen heile døgnet.

#### *Portvaktfunksjonen i høve til spesialisthelsetenesta*

Legevakta har ein viktig sorteringsfunksjon med store implikasjonar for sjukehusa. I kva grad vaktlegen sender pasientar vidare for diagnostikk eller behandling, er avgjerande for pasienttilstrøyminga til sjukehus. Forsking viser at det er store forskjellar mellom enkeltlegar i slike beslutningar, men òg at det er nokre felles kjenneteikn for kva som aukar tal innleggingar:

- Redsel for klager.
- Kort avstand til sjukehus.
- Liten erfaring og allmennmedisinsk kompetanse hos legen.
- Versteffallstenking og erfaring frå klinisk miljø med anna risikospekter.
- Manglande lokal oppfølging hos fastlege, heimesjukepleie, jordmor eller ved legevakta.

Dette understrekar kor viktig ei kompetent legevaktordning basert på erfarne legar og lokale støttefunksjonar er for å redusere presset på sjukehusa. Eit lite rekneeksempel illustrerer dei store konsekvensane det vil ha for sjukehusa om innleggingsterskelen berre blir endra litt hos vaktlegane: Dersom legevakta i utgangspunktet tek hand om 96% av pasientane sjølve og sender 4% til sjukehus, men endrar dette med éin prosent til å ta hand om 95% sjølve og sende 5% til sjukehus, vil sjukehuset oppleve ei auke i pasientstraumen på heile 25%.

Nklm ser det difor som heilt avgjerande med stor deltaking av dei lokale fastlegane i legevaktordninga, og vil i handlingsplanen komme med forslag som skal styrke deltakinga av fastlegane både i dei kliniske funksjonane og som rettleiarar for vikarlegar, utdanningslegar og turnuslegar. Vi vil òg argumentere for tettare samarbeid mellom legevakt og heimesjukepleie og mellom legevakt og fastlege.

### 5.1.2 Ny teknologi, meir avansert diagnostikk og behandling

Spesielt akuttmedisinen har ei rivande utvikling med både auka krav til avanserte tiltak utanfor sjukehus og med tilbod om rask, avansert behandling i sjukehus. Denne utviklinga vil påverke kompetansetrongen til legevaktene. Eksempel er trombolysing ved hjarteinfarkt utanfor sjukehus og rask invasiv behandling i sjukehus. Det er dokumentasjon for at vaktlegar i større distrikt og lange transportavstandar blir meir eksponert for pasientar som treng avanserte prosedyrar innan primærundersøking og stabilisering ("stay and play"-konsept). Korte avstandar og dermed mindre trong for stabilisering før transport, gjev færre utfordringar i sentrale stork ("load and go"-konsept). Lokale tilhøve og risikovurderingar må ligge til grunn for opplæring og trening i slike aktivitetar, utover dei minstekrava som Nklm går inn for i handlingsplanen.

### 5.1.3 Samla vurdering av kliniske utfordringar

Det særleine med legevaktoppgåvene må ha innverknad på organisering og kva kompetanse som trengs. Nklm legg til grunn at legevakt skal ha ansvar for prioritering og handsaming av primærkontaktar for alle slags henvendelsar og med alle hastegradar. Kompetansekrav, opplæring og dimensjonering av tenesta skal tilpassast dette.

## 5.2 Forventningar frå befolkninga: Tilgjenge, tryggleik og nytte

I tråd med nasjonale prioriteringar skal legevakttenestene gje tryggleik om hjelp ved sjukdom og skade, vere nyttige, opplevast som koordinerte, involvere brukarane, ha god ressursnyting, ha godt tilgjenge og vere rettferdig fordelte. Det er likevel opplagt at det ligg innebygde motsetnader i nokre av desse måla når dei vert brukt på legevakttenesta, og det er neppe ønskjeleg, kostnadseffektivt eller medisinsk best å la tilgjenge og volum i legevakttenesta utvikle seg som hittil.

### 5.2.1 Open kanal, ikkje ei open dør

Ved akutt alvorleg sjukdom og skade er befolkninga rimeleg godt kjent med å bruke naudnummeret 113, og legevakttelefonen skal ikkje utvikle seg til å bli ein erstattar for dette. Legevakttelefonen skal i framtida vere ein open kanal for eit mangfald av henvendelsar med helsemessig relevans, inkludert det akutte, og innringar skal utan forseinking komme i kontakt med kompetent helsepersonell som gjer nødvendig hastegradsvurdering, prioritering og gjennomfører tiltak. Legevaktsentralen skal ha eit breidt tilbod av tiltak etter gjennomført førstevurdering, mellom anna i form av:

- Råd og rettleiing over telefon frå personell i legevaktsentralen eller vaktlegen.
- Konsultasjon eller sjukebesøk ved vaktlegen.
- Heimebesøk av heimesjukepleien.
- Akuttmedisinsk respons med legevaktbil og/eller ambulanse.
- Tilvising til fastlege neste yrkedag med stadfesta timeavtale.

Stort sett er befolkninga opplært til at ein kontaktar legevakt per telefon, men mange stasjonære legevakter med fast tilsett personell har utvikla seg til å bli kveldsopne legekontor med stor pågang av pasientar med lite alvorlege problemstillingar. Dette undergrev fastlegeordninga og fastlegen sitt ansvar for å ta i mot og vurdere eigne pasientar. Det gjer prioritering av behandling vanskelegare ved legevakta, pasientar får ikkje optimal tid til behandling, det aukar risiko for feil og det aukar stress for personalet ved opphopning av pasientar. Befolkninga må informerast om, og akseptere, at legevakt først og fremst skal vere for tilstandar som har oppstått akutt og som ikkje kan eller bør vente.

### 5.2.2 Samordning med fastlegeordninga

Mange pasientar på legevakt har primært ønska å snakke med fastlegen. Undersøkingar viser at mange ikkje har forsøkt å nå fastlegekontoret utifrå tidlegare erfaring om lang ventetid, at dei ikkje visste at dei kunne kontakte fastlegen med det aktuelle problemet, men også at ein del synes det er like greitt å

ringe eller møte på legevakta. Utfrå data frå Vaktårnprosjektet er det ein ikkje umogeleg ambisjon å endre opptil 40% av legekonsultasjonane av grøn hastegrad ved legevakt, til å bli handtert som telefonkonsultasjonar eller bli handtert av fastlegekontoret neste dag eller seinare. Dette er volummessig ei heilt handterleg oppgåve for fastlegane, og vil bety om lag ein ekstra pasient per praksisdag per fastlege.

Nklm meiner at det er for lite kapasitet i fastlegeordninga i dag, og støttar at den må styrkast i vesentleg grad. Men legevaktsentralen må allereie no ha forventningar om større tilgjenge hos mange fastlegar på dagtid, at fastlegane tek ansvar for akutthjelp for eigne pasientar i heile kontortida, og at dei har ordningar som gjer at dei kan ta imot pasientar som legevaktsentralen tilviser. I handlingsplanen kjem vi med konkrete forslag til krav og modellar for løysingar.

### 5.2.3 Felles nasjonalt legevaktnummer

HOD utredar etablering av eitt felles telefonnummer til legevaktsentralane. Bakgrunnen for forslaget er eit ønskje om å forenkle og effektivisere tilgang til kontakt med legevakt. HOD viser til dei kartleggingsundersøkingane som blant anna Nklm har gjort og til utgreiinga "Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten" der ein går inn for nasjonale telefonnummer for bruk ved kontaktar som ikkje skal til naudnummeret. Politiet har allereie innført servicenummeret 02800. Saka må også sjåast i samanheng med eventuell innføring av nytt felles naudnummer (112).

Nklm meiner det er mange argument for, og få i mot, å innføre eit slikt felles nasjonalt legevaktnummer, og at dei tekniske føresetnadane ligg føre. Vi støttar innføring av eit slikt nummer uavhengig av om 113 vert vidareført eller ikkje. Dei viktigaste argumenta kan formulerast slik:

- Eit felles nummer er lettare å hugse, og gjev lite tidstap for eventuelt å finne det.
- Det kan drivast effektivt informasjonsarbeid ovanfor befolkninga, og det lettar omleggingar.
- Personar med tilfeldig opphald i kommunen, eller som ikkje veit kva legevaktdistrikt dei er i, kan ha vanskar med å finne kva lokalnummer dei skal ringe.
- AMK-sentralane har ein del kontaktar som burde vore til legevaktsentralen på grunn av manglande kunnskap om lokalt nummer. Dette vil betrast ved felles legevaktnummer.

### 5.2.4 Brukarundersøkingar og brukarerfaringar

Nøgde pasientar er eit overordna mål både for styresmakter og helsetenesta, og undersøkingar omkring dette vert i aukande grad nytta som eit sentralt vurderingskriterium for kvalitet i helsetenesta. Denne utviklinga har gått parallelt med auka fokus på pasientrettar. Brukarundersøkingar kan gje data om pasientopplevingar, og styresmaktene vil at slik kartlegging i større grad skal brukast som måleinstrument og rettesnor, i tråd med Internkontrollforskrifta. Slike målingar fungerer internt som eit viktig instrument i internkontroll, avvikshandtering og kvalitetsutvikling. Kartlegginga frå Nklm i 2006 viste at 21% av legevaktene hadde utført eigne brukarundersøkingar. Ei nærmare analyse viser at dei er ganske generelle, lite utvikla metodisk, og kan gje begrensa innsikt i konkrete erfaringar og kva ein er mest eller minst nøgd med. Vitskapleg metodeutvikling har vist at det er viktig å stille spørsmål om konkrete behov, preferansar og erfaringar knytta til ein konkret kontakt.

Nklm har tatt initiativ for å utvikle eit system for pasienterfaringsundersøkingar i legevakt, som kan brukast nasjonalt og lokalt. Vi har samarbeida med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og i 2008 er det utført ein postal pilotstudie på tre legevakter; ei bylegevakt, ei stor interkommunal legevakt og ei mindre kommunal legevakt. Pilotstudien viste at det er ei utfordring å få høg svarprosent på slike undersøkingar. Det endelege spørreskjemaet skal fungere som ein mal for framtidige nasjonale og lokale målingar, og saman med manual for bruken vert skjemaene stilt til rådvelde for legevakter som vil gjere slike brukarundersøkingar. Nasjonale og lokale brukarundersøkingar bør vere ein naturleg del av legevakttenesta.

Resultata viste at 6 av 10 legevaktspasientar i pilotundersøkinga opplevde helsetilstanden som så alvorleg at dei måtte ha hjelp med ein gang eller i løpet av få timar. Berre 1 av 10 hadde prøvd å få time hos fastlegen før dei kontakta legevakta. Telefontilgjenge til legevaktene vart vurdert som høg. Det var eit gjennomgåande trekk at 70-90 % av pasientane opplevde legane og sjukepleiarane på



legevaktene og legevaktsentralane som imøtekommande og omsorgsfulle, at dei tok dei på alvor, var interesserte, hadde nok tid, snakka forståeleg og vart opplevd som fagleg dyktige.

#### *Brukargrupper?*

Også andre metodar kan gje innsikt i brukarerfaringar i møte med legevakt. Personalet kan etterspørre konkrete erfaringar frå enkeltpasienter i etterkant av konsultasjonar. Brukarråd og referansegrupper mellom tilsette på legevakt og brukargrupper kan fungere som konstruktive arenaer for dialog og erfaringsutveksling. Brukarerfaringar kan også systematiserast gjennom at legevaktene etablerer rutinar og fora for handtering, vurdering og læring av klagesaker og avviksmeldingar frå brukarar.

### **5.2.5 Unngå diskriminering – etisk kompetanse i legevakt**

I det siste har det vore diskusjonar om diskriminering av brukarar av akuttmedisinske tenester og legevakt. Mange har engasjert seg, og diskusjonane har hatt mange dimensjonar. Media har stadig rapportar med oftast traurige hendingar og pasientopplevingar, ofte knytta til personar med rusproblem eller psykiatriske problem, innvandrarar utan lovleg opphald, kriminelle, personar utsett for vald eller andre sosialt svake grupper. Nklm gjennomfører for tida prosjektet ”Rus og legevakt”, der personar med rusproblem fortel om positive og negative møter med legevakt. Ein del av dei negative historiane er ganske rystande. På bakgrunn av prosjektet vil vi saman med brukarar utforme tiltak som skal prøvast ut i nye prosjekt. Departementet har også signalisert auka fokus på etikk i utdanning og opplæring av helsepersonell i kommunene, og har ønska kursopplegg i etikk for legevaktlegar, der målet er å unngå diskriminering.

Utfordringane i behandlingsapparatet sine møter med sårbare, svake, utsette eller marginaliserte grupper er generelt dei same, uavhengig av problemstilling. Det finst mange indikasjonar på at slike pasientar av og til blir møtt med negative haldningar, blir oppfatta som ”annleis” eller som ikkje verdige trengande, og som forstyrrende uroelement, også i legevakttenesta. Dette stemmer godt med dokumenterte stathierarki i helsevesenet, med høgstatus- og lågstatusjukdommar. Det er óg velkjent at helsetenester til lågstatusgrupper oftare er

- av dårlegare kvalitet i form av dårlegare spesifikk kompetanse hos legar og sjukepleiarar.
- prega av manglande retningslinjer eller manglande etterleving av retningslinjer.
- meir samansette og fragmenterte, mindre tilgjengelege, og manglar heilskapleg innsats.
- prega av helsepersonellet sine personlege haldningar.
- tilfeldige, personavhengige og prega av manglande oppfølging.

Legevakt er ein aktivitet som møter utfordringane frå rusbrukarar og andre grupper nemnt ovanfor direkte og usortert. Det skal ikkje leggst skjul på at mange slike kontaktar er prega av fysisk uro og aggresjon, trong for skjerming av pasienten og sikring av personalet, noko som av og til gjer utrednings- og behandlingssituasjonen vanskeleg. Men klinisk etikk og kompetanse på makt/avmakt og diskriminering er difor ekstra viktig for dei som arbeider på legevakt og i ambulansetenesta. Målet om å unngå diskriminering er ei viktig oppgåve, som handlar både om konkret kunnskap, kliniske ferdigheiter og haldningar. Temaet må ha ekstra fokus framover og ulike tiltak settast i verk.

### **5.2.6 Samla vurdering av pasientforventningane**

Nklm meiner at det er naudsynt å redusere talet på konsultasjonar i legevakt av mange grunnar, endre førstekontakten til telefon ved alle legevakter, og å finne ein ny balanse mellom kapasiteten til fastlegane på dagtid og legevakttenester på kveldstid, i høve til det som har utvikla seg i mange legevakttdistrikt. Det bør innførast eit felles nasjonalt legevaktnummer. I tråd med utviklinga i helsetenesta må personellet ved legevaktene aktivt motarbeide forskjellsbehandling og diskriminering og auke fokus på klinisk etikk. Brukarperspektiv må få sterkare vekt i tenesta enn til no.

## **5.3 Vertikal samhandling: Forventningar frå spesialisthelsetenesta**

Spesialisthelsetenesta er den absolutt viktigaste premissleverandøren og samarbeidsparten når det gjeld det akuttmedisinske arbeidet, både fagleg og organisatorisk. I dette avsnittet refererer vi føringar, rapportar og synspunkt som har komme fram vedrørande legevakt frå spesialisthelsetenesta si side, med vekt på nye forslag, vurderingar som går utover det som går fram av akuttmedisinforskrifta. Slike

synspunkt er tillagt stor vekt i arbeidet med konkrete forslag i handlingsplanen. Utover dei sentrale dokumenta og områda nemnt nedanfor, har vi i arbeidet med planen innhenta mange synspunkt frå beslutningstakarar og fagpersonar i foretaka sine prehospitala tenester. Arbeidet i den såkalla "Samhandlingsreforma" var ikkje komme langt nok til at den har hatt vesentleg innverknad på handlingsplanen. Tilsvarande gjeld innstillinga om dei prehospitala tenestene med hovedvekt på AMK-sentralane og bil- og båtambulansetenesta, men her har det vore god gjensidig kontakt.

### 5.3.1 Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap

Riksrevisjonen har i Dokument nr. 3:9 (2005–2006) til Stortinget gitt resultatet av sine undersøkingar og vurderingar av dei prehospitala tenestene. Ei rekke av dei kommenterte tilhøva har relevans for legevakttenestene, ikkje minst korleis forventningane til samhandling og kvalitet er, sett frå spesialisthelsetenesta og overordna styresmakter si side:

- Rapporten problematiserer at det i akuttmottaket vanlegvis er ein turnuskandidat som først vurderer pasienten. Mangel på erfaring kan føre til at det tek lang tid å få avklart tilstanden og at det vert unødvendige innleggingar fordi erfarne legar sjeldan blir tilkalla. Låg legekompetanse kan hindre tilstrekkeleg og effektiv behandling av pasientane.
- Samarbeidet mellom primærhelsetenesta og sjukehuset i akuttsituasjonar må betrast. Det er utfordringar knytta til kommunikasjon og informasjon: Helse radionettet blir ikkje brukt, vaktlegen rykker ikkje ut til skadestad for å bistå ambulanspersonellet i akuttsituasjonar. Ambulanspersonellet er dermed ofte det einaste helsepersonellet som vurderer og behandlar pasienten før ambulansen kjem til sjukehus eller legevakt. Ambulanspersonellet får da eit betydeleg ansvar som stiller større krav til helsefagleg kompetanse enn dei ofte har.
- Riksrevisjonen har forventningar til at dei fleste pasientar blir vurdert av vaktlege på hendingsstaden, sjølv om ambulanspersonellet alltid kan konferere med legen på helse radionettet eller telefon. Riksrevisjonen etterlyser difor gjennomføring av tiltak som sikrar at tenestenivåa kommuniserer og samarbeider på ein måte som gjev befolkninga eit best mogeleg akuttmedisinsk tilbod.

### 5.3.2 "Traumesystem i Norge"

Innstillinga "Traumesystem i Norge - Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter" frå 2006 er frå ei arbeidsgruppe som på oppdrag frå dei regionale helseforetaka og Helse departementet skulle foreslå tiltak som kan styrke behandlingen av alvorleg skadde pasientar. Fokus i innstillinga er ambulansetenesta og sjukehusa, men på ei rekke felt omtalar innstillinga også kommunehelsetenesta, legevaktene og vaktlegane. Følgjande sitat gjev dei viktigaste eksempla:

- "Samlingen av legevaktsdistrikter uten samlokalisering med ambulansetjenesten kan ha økt avstanden mellom kommunelege og ambulansetjeneste i utrykning. .... Stedvis er det dårlig legemedvirkning, både i systemarbeid og enkeltsituasjon."
- "Allmennlegene har ofte liten erfaring i å håndtere skadde pasienter og legetjenesten er i liten grad del av apparatet som tar seg av alvorlig skadde pasienter."
- "Det er en klar tendens til at vakthavende lege i økende grad ikke deltar ved utrykninger. Årsaken til dette er flere, men en viktig grunn er størrelsen på legevaktsdistriktene. Det interkommunale legevaktssamarbeidet aksentuerer problemet."
- "På grunn av operative begrensninger (vær, tid uten beredskap på grunn av teknisk svikt, samtidskonflikter o.lign.) kan luftambulanse neppe ventes å få over 85-90 % regularitet. Dette indikerer at tjenesten aldri kan bli en erstatning for lokal akuttmedisinsk beredskap."

#### *Forventningar til legevakttenesta i framtida*

I innstillinga kjem det fram klare krav og forventningar til legevakttenestene, spesielt til legedeltaking og til legekompetanse:

- "I perifere områder med store avstander til sykehus mener gruppen at det må stilles krav til at kommunehelsetjenesten og spesialisttjenesten samarbeider om traumeomsorgen og at vakthavende kommunelege som en del av teamet, skal rykke ut til en ulykke. Leger og ambulanspersonell som jobber i teamet skal tilfredsstillende faglige krav som spesifisert (nedenfor), og det vil være naturlig at kommunelege fungerer som teamleder."
- "Allmennlegen må forventes å kunne håndtere primærbehandlingen av så vel akuttmedisinske pasienter som traumepasienter. På grunn av stor variasjon i geografi og arbeidsområder kan

- det imidlertid være vanskelig å sette opp overordnede kravspesifikasjoner for hele allmennlege/vaktlegesystemet i Norge. Alle leger forventes likevel å kunne utføre basal livreddende førstehjelp på alle typer akuttmedisinske pasienter.”
- ”Legen blir teamleder for det akuttmedisinske team som bidrar med faglig vurdering av alvorlige syke/skadde pasienter. For å kunne håndtere denne rollen må det stilles ferdighetskrav til leger som deltar i legevaktsarbeidet. Dette kan i praksis skje ved at kursing i akuttmedisin inklusiv basal traumatologi blir en obligatorisk del i den allmenmedisinske spesialistutdannelsen. Det må etableres overgangsordninger for ferdige spesialister.”
  - ”RHF’ene må samarbeide med kommunehelsetjenesten for å sikre at de perifere områdene får en bedre samlet tjeneste – det vil si at man må styrke bruken av akuttmedisinske team der vakthavende lege jobber sammen med ambulansen i områdene med de lengste transportene.”

#### *Nklm sine vurderingar*

Nklm er enig i at legevaktlegen skal ha ei klar rolle i den prehospitala traumebehandlninga, i tråd med lover og forskrifter. Rapporten har ein del forvirrande begrepsbruk for dei involverte legane, men det er *legevaktlegen* som saman med ambulansarbeidarane vil vere dei reelle aktørane i den prehospitala delen av behandlingsskjeden i dei aller fleste tilfella.

Legevaktlegen har ansvaret for å organisere og leie det medisinske arbeidet på ein skadestad og inngår i leiinga av aksjonen som Fagleiar Helse. Dette betyr ansvar for å leie arbeidet med å undersøke, vurdere, prioritere og behandle tilskadekomne med sikte på vidare transport og behandling. Dersom legevaktlegen har forsikra seg om at det er tilstrekkeleg kompetanse på skadestaden, kan oppgåvene overlatast til ambulansarbeidar eller anna helsepersonell. Fagleiar Helse skal samarbeide nært med skadestadsleiar og vere denne sin rådgjevar i medisinske spørsmål.

Nklm sluttar seg til at tenestene ikkje kan basere seg på hjelp frå luftambulanse, og at legevaktlegar må ha kurs i handtering av traumepasientar og skadestadsleiing, og at denne treninga også bør skje saman med ambulansetenesta der det er mogeleg. Det bør vere eit uttalt mål å få samlokalisering av lokal legevakt, legevaktlegen og ambulansen.

Nklm er ikkje enig i at såkalla PHTLS-kurs skal vere eit obligatorisk kurs for legevaktlegar. Kurset, som er eit kommersielt konsept, gjev innføring i grundig og systematisk undersøkingsteknikk basert på antatt skademekanikk. Interesserte legevaktlegar bør absolutt delta på slike eller liknande traumekurs. Vi oppfattar kurset å vere ganske teknisk innretta på prosedyrar og bruk av utstyr (nakkekragar, immobiliseringsutstyr etc) som det først og fremst er ambulansarbeidarane som har tilgang på, og som bør ha som sitt ansvar å mestre. Vi vil i staden peike på ”Kommune-BEST”-konseptet, som bør vurderast utvikla som eit landsdekkande tilbod for legevaktlegar.

#### **5.3.3. Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede**

Ei arbeidsgruppe nedsett av HOD for utredning av lokalsjukehusa sine akuttfunksjonar i ein samla behandlingsskjede, leverte sluttrapporten i 2007. Arbeidsgruppa meiner at målet om behandling på lågast mogeleg nivå tilseier at ressursane i helsetenesta i større grad enn no må settast inn i kommunehelsetenesta.. Arbeidsgruppa meiner det er trng for å samordne dei ulike ledda i den akuttmedisinske behandlingsskjeden sterkare enn i dag:

- Det bør etablerast felles akuttmottak (FAM), der både legevakta, skadestove, akuttmottak og ambulansetastasjon er samlokalisert. Ved felles akuttmottak bør det finnast observasjonssenger. Legevaktlegen kan ved slik organisering nytte alle ressursar i sjukehuset, og må kunne konsultere sjukehuset sine legar. Arbeidsgruppa påpeikar at når ein erfaren allmennlege treng fagleg støtte, kan som regel ikkje dette skje ved ein uerfaren turnuslege.
- Systemansvaret for legevaktstenesta bør styrkast, og det bør etablerast lokale akuttmedisinske team som trenar regelmessig. Vakthavande allmennlege bør fungere som teamleiar.
- Ein må styrke fastlegane og legevaktlegane sin kompetanse og kapasitet. Dess betre rammer vaktlegane har for å diagnostisere og avklare pasientane og dess meir kommunale ressursar til omsorg og tilsyn for pasienten som er tilgjengeleg, dess færre pasientar vil bli vist vidare.
- Det må settast krav til kurs for legevaktlegar og trening av lokale akuttmedisinske team. Alle legar som har legevakt skal ha gjennomgått akuttmedisinsk kurs i løpet av siste 2 – 3 år.

Når det gjeld dokumentasjon og forskning, meiner arbeidsgruppa at det må leggast til rette for ytterlegare styrking av forskning på den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

#### *Nklm sine vurderingar*

Nklm uttalte i sitt høyringssvar at arbeidsgruppa har fått fram mange gode synspunkt på kompetanse og koordinering av ressursar. Det er framleis uavklart kva som ligg i omgrepet "lokale akuttmedisinske team". For medisinskfagleg behandlingsskvalitet og for å styrke behandlingsskjeden inn til lokalsjukehuset, vil betra samarbeid mellom ambulansenesta og legevaktslege via samlokalisering kanskje vere viktigare enn fokus på køyretider. Samlokalisering av ambulans og vaktlege, slik at dei kan rykke ut saman og jobbe som ei god veltrent gruppe, er viktig.

Nklm sine synspunkt på FAM er omtalt seinare i kapitlet.

Nklm er einig i at samarbeidspartane er blitt meir profesjonelle, med påfølgande auka krav til kompetanse i samarbeidet. Vi merkar oss at også denne utgreiinga vektlegg legevaktlegen sterkt som ein naudsynt, kompetent person i den akuttmedisinske kjeden. Men avansert utstyr skal først og fremst handterast av ambulanspersonell. Partane skal utfylle kvarandre, alle skal ikkje beherske det samme. Vaktlegen skal ha det overordna medisinske ansvaret samt utøve sin kompetanse i diagnostikk, som andre ikkje vil ha.

#### **5.3.4 Samhandling ved helseradio, IKT og nytt digitalt naudnett**

Helsetenesta er i stadig utvikling på kommunikasjons og informasjonssida, men med store utfordringar på samhandlingssida, jf Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013. Fastlegane har lenge hatt elektroniske pasientjournalar og tilknytninga til Norsk helsenett er komme langt. For fastlegane er frustrasjonen at det ikkje går fort nok, dei føler at elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetenesta ligg langt bak det ein kunne forvente, at dei tekniske løysingane i prinsippet er klare, men ikkje utnytta. Det er liten eller ingen elektronisk kommunikasjon på tvers med andre kommunale etatar, berre unntaksvis kan det sendast elektroniske meldingar til og frå legevakt, sjukeheim eller heimesjukepleie. Frå HOD og Hdir er det sett i gang omfattande utgreiingsarbeid om IKT i den akuttmedisinske kjede og IKT som samhandlingsverktøy mellom tenestenivåa, samt elektronisk innhenting av drifts- og styringsdata frå allmennlegetenesta, herunder legevakt. I dette avsnittet ser vi på tre viktige elektroniske samhandlingsverktøy for legevakttenesta: Helseradionettet, nytt digitalt naudnett og IKT i den akuttmedisinske kjeden, samt nytten av tilbakemeldingar (epikriser) frå sjukehus etter behandling der.

#### *Helseradionettet*

Det er sjølvsagt uakseptabelt at mange vaktlegar ikkje bruker helseradionettet. Vi har også vist at det er store utfordringar når det gjeld rutinane i mange AMK-sentralar når det gjeld varsling av legevaktlege og lokal legevakt. Riksrevisjonen og Helsetilsynet er samstemmige i kva lover, forskrifter og tilsynsstyresmakter har som krav til deltaking og bruk av helseradionettet. Dei tekniske løysingane er for det meste på plass og ansvarstilhøva rimeleg klare. Det er ingen gode grunnar til at ikkje systemet kan takast i bruk etter forutsetnaden, og slik sett treng ein ikkje legge mykje vekt på saka i ein handlingsplan som skal implementerast om nokre år.

Det synes likevel som om det må gjerast ekstra innsats for å få oppfylt myndigheitskrava til bruk av helseradionettet. Det synes som ein må halde fram med regelmessige undersøkingar av situasjonen, påminning av myndigheitskrava frå styresmaktene og spesifikt tilsyn.

#### *Nytt digitalt naudnett*

Utbygginga av nettet er i full gang på Austlandet. Nklm er involvert i fleire arbeidsgrupper for prosedyrar og rutinar. Men vi har lenge vore uroa over utbyggingsplanane når det gjeld innkjøp av utstyr til helsesektoren ved at staten kan ha lagt seg på eit for lågt ambisjonsnivå for helse i høve til politi og brannvern. Vi er også uroa over meldingar om at kommunar i dei første prøvefylka bestiller så få radioar at ein risikerer at legevakttenesta og allmenn kommunal kriseberedskap ikkje vert ein fullverdig del av naudnettet. Også kommunale tenester som heimesjukepleien, lokale innsatsgrupper,

jordmødre og andre må vere ein del av det nye naudnettet. Dette har også samtidig verdi for tryggleiken til dei tilsette, ved at dei kan bruke sikringsalarmen i trua eller farlege situasjonar.

Nklm meiner at alle legar med regelmessig vakt må få dei nye helseradioane. Store vakt-distrikt burde dessutan tilseie at samtlige fastlegekontor i mange kommunar må vere utstyrt med og vere tilgjengelege på helseradioen, med tanke på ulukker og akutt sjukdom i nærområdet, kanskje mange mil frå vaktlegen stasjonert ved ein interkommunal vaktbase. Det er også utfordringar når det gjeld opplæring og regelmessig øving, samt at kommunane opplever at naudnettet er så dyrt å drive at dei vegrar seg for store forpliktingar. Handlingsplanen vil ha forslag til korleis ein skal sikre god utnytting av naudnettet i dei kommunale tenestene.

#### *IKT i den akuttmedisinske kjede*

KoKom-rapporten ”IKT i den akuttmedisinske kjede” omtalar ei rekke vanlege scenarier og korleis informasjonsflyten er knytta til disse. Overlevering av det store volum informasjon fra eitt ledd til neste i kjeden er i dag med få unntak basert på munnleg form direkte eller per telefon eller radio. Det er sterkt ønskjeleg å få auka elektronisk informasjonsflyt mellom aktørane, inklusiv akuttmottak og legevakt. Dagens manuelle løysingar gjev tap av presisjon (feil/misforståingar), tap av tid (det kan haste), ressurstap (registrere på nytt), ufullstendig dokumentasjon og dessutan manglande rapportering og nasjonal statistikk for kvalitetssikring og vidareutvikling.

Like viktig for vår samanheng er imidlertid at dei eksisterande systema langt nær er utnytta godt nok i samhandlinga. AMK og ambulansetenesta nyttar meir og meir elektronisk overføring av data (meldingar, EKG, bilde, GPS og stadmarkering etc) som legevakttenesta ikkje er ein del av. Her kan mykje gjerast innan for noverande teknologiplattform, og handlingsplanen kjem med forslag til tiltak.

#### *Samhandling etter tilvising frå legevakt; Epikriser*

I dag er det uklart om helseforetaka skal sende epikriser til legevaktlegane eller legevaktene etter tilvisingar til eller innlegging i sjukehus frå legevakt. For å sikre god kvalitet på dei medisinske vurderingane som blir gjort i legevaktsamanheng, samt vidare læring, er det viktig med tilbakemelding. Om dette fell vekk, vil truleg kvaliteten på vurderingane gå ned og sjansen auke for at neste pasienten med liknande problemstilling også vil bli innlagt. Vidare er det nyttig for legevakta å ha tilgang til rapportane frå sjukehusopphald for alle dei kronisk sjuke pasientane dei tek hand om, og som er storbrukarar av legevakta. Eksempel er pasienter med KOLS, hjartesykje eller psykiske lidingar. Men også ved komplikasjonar etter innlegging, manglande behandlingseffekt eller forverringar av sjukdom etter innlegging, er epikrise med viktig informasjon naudsynt for legevaktlegen. For mange kronisk sjuke har legevakta ikkje berre ein akuttfunksjon, men ein oppfølgingsfunksjon i form av vurdering av forverringsepisodar, forverringar som gjerne kjem på kveld, natt og helg utanom fastlegane sine opningstider. Nklm meiner at helseforetaka må sende epikrise elektronisk til både tilvisande legevaktelege og legevakta, slik at dei er tilgjengelege for legevaktlegen for kvalitetsheving og læring, og for andre legevaktlegar ved nye hendingar.

### **5.3.5 FAM – Felles akuttmottak**

Nklm har utarbeidd eit meir omfattande notat om FAM som er oversendt Arbeidsgruppen for ”En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene” og ”Samhandlingsprosjektet” i HOD. Her følgjer eit kortare samandrag.

Felles akuttmottak (FAM) er i internasjonal forstand ei fullstendig integrering av første- og andrelinetenester, såkalla Emergency rooms (ER) eller Accidents and Emergency Departments (AED), der alle kontaktar for akutt sjukdom eller skade skjer, frå dei mest banale tilfelle til dei mest alvorlege. Dei fleste pasientar vert ferdigutreda og ferdigbehandla på dette nivået, men ofte har slike ER/AED utstyr og personale for behandling som er langt meir avansert enn eit norsk lokalsjukehus samla har. I tillegg ligg vanlegvis ER/AED ved eit større sjukehus med avanserte medisinske og kirurgiske einingar. Dette er modellen i mange land, men den har aldri vore ein del av diskusjonen i Norge.

FAM i Norge er kjenneteikna ved at legevakta er ein fysisk del av akuttmottaket der det faste personalet er tilsett i helseforetaket og legevaktlegane har arbeidsavtale med kommunen og er

sjølvstendig næringsdrivande på vanleg måte. Kommunen betalar foretaket for legevaktdelen. Medisinsk ansvar ligg som regel hos medisinsk fagleg ansvarleg i kommunen, men kan vere den enkelte lege i vakt. For å sikre samhandlinga mellom tenestenivåa har ein ofte etablert samarbeidsråd, der rutinar og erfaringer blir diskutert. I følge vårt nasjonale legevaktregister var det i 2007 13 FAM, per i dag er det 12 med til saman 29 kommunar, sidan FAM i Larvik er lagt ned. Det er ingen kjente systematiske evalueringar av FAM-modellen, nokre har gjort interne vurderingar som ikkje er tilgjengelege. Vi har fått signal om at erfaringane er svært blanda, og mest negative, utan at synspunkta har vore særleg utdjupa.

Veileder for etablering og drift av interkommunale legevakter (SHDir IS 13/2003) omtalar fordeler og ulemper med FAM. Fordelane er at pasientane har ein stad å henvende seg. FAM kan medføre fleksibel bruk av helsepersonell i jobbrotasjon. Det er kort veg til spesialistar for tilsyn og rådføring, samt bruk av sjukehuset sine røntgen- og laboratorietenester. Ulempene er at det er vanskeleg å få ulike tenestenivå til å samarbeide, det er ulike utrednings- og behandlingsskulturar og problem med å finne felles ståstad. I tillegg kan modellen skape urealistiske forventningar frå pasientane om innleggelse og stor ressursbruk.

#### *Internasjonale erfaringar frå litteraturen*

Det er få studiar som direkte kan overførast til norske tilhøve, men nokre funn kan nemnast:

- Dersom allmennlegar får ansvar for arbeidet i sjukehusa sine akuttmottak i staden for turnus- og utdanningsleger, kan ein redusere innleggingar og tid brukt til utredning. Bruk av laboratorium, røntgen og anna utstyr vert redusert, det samme vert kostnadane. Effektane er frå moderate til tydelege.
- Dersom utgangspunktet er at aktiviteten i FAM alternativt kunne vore utført av allmennlegar under vanlege allmennmedisinske rammevilkår (legevaktstasjon/legekontor), vil allmennlegar som får nærleik til sjukehus og tilgang på meir ressursar innan diagnostikk og behandling, auka talet på innleggelsar, og tid til beslutning. Modellen gjev auka bruk av laboratorium, røntgen og anna teknologi i høve til legevakt utanfor sjukehus. Auka ressursbruk og auka kostnader kan ikkje knyttast til auka helseeffekt.
- "Shared care" er ein aktivitet som går på utarbeiding av felles retningslinjer mellom første- og andrelinjetenesta for diagnostikk og oppfølging av kronisk sjuke. Modellen gjev meir systematisk oppfølging, men auka bruk av laboratorium og anna teknologi. Kostnadane aukar, men det er vanskeleg å påvise signifikant helseeffekt.
- I juli 2008 publiserte det engelske parlamentet rapporten "Inquiry report on GP Access & Health Improvement in Primary Care" der effektivisering av legevakt, akuttmedisin og "out-of-hours care" blir diskutert. Der blir erfaringane med AED oppsummert slik: AED departments were not the right environment for primary care services, one potential problem was with new rotations of trainee doctors who tend to overestimate risk, and consequently overorder diagnostic tests, unnecessarily driving up costs and patient time.

#### *Samla vurdering frå Nklm*

Nklm registrerer at det er svært sparsom dokumentasjon av FAM-modellen i legevakt. Det er mange uavklarte juridiske tilhøve for eventuelle integrerte modellar på tvers av tenestenivåa i Norge. Utfrå litteraturen er det grunn til å vere skeptisk til nytteeffektane av FAM. Ein kan lett få auka ressursbruk utan nyttig helseeffekt, ved at ordninga kan tilsøre LEON-prinsippet: Primærhelsetenesta skal bruke lite ressursar på dei mange og sortere ut dei sjukaste, og sjukehusa skal bruke sine meir avanserte ressursar på ei selektert gruppe med større behov og større helseeffekt av ressursbruken.

På grunn av norsk geografi og busetnadsmønster er det lite truleg at FAM tilknytta lokalsjukehus kan bli ein utbreidd modell for norsk legevakt. Dei største byane vil truleg vidareutvikle store, døgnopne legevakter, eventuelt samarbeide med foretaka om røntgen, skadepoliklinikk og observasjonssenger, og dei minste sjukehusa vil truleg miste akuttfunksjonar. Da vert det få aktuelle sjukehus tilbake, og dei vil dekke ein liten del av geografien og befolkninga.

Nklm meiner difor at FAM ikkje bør vere ein generell modell for intergrerte legevakt- og sjukehusetenester. Nklm er derimot sterk tilhengar av samlokalisering av ambulansestasjonar og

legevakt, gjerne lokalisert til sjukehus, på samme måte som vi på stader utan sjukehus gjerne vil ha samlokalisering mellom ambulanse, legevakt og kommunale tenester som brannvern, sjukeheim og base for heimesjukepleien. Dette er nærmare omtalt annan stad i dette kapitlet.

### 5.3.6 Samla vurdering av forventningar frå spesialisthelsetenesta

Samla sett gjev dette delkapitlet og anna innhenta informasjon eit sterkt inntrykk av at spesialisthelsetenesta er opptatt av legevaktfunksjonen, legevaktlegen si rolle og kompetanse, samhandlingsutfordringane og oppgåvefordeling i framtida når det gjeld dei akuttmedisinske tenestene. Ulike utgreingar er likevel delvis prega av sektorståstad og manglande deltaking av og synspunkt frå personar som representerer primærhelsetenesta og legevaktfunksjonen. Spesielt finn vi lite vurderingar av volumperspektivet i legevakt; at berre 2-3% av kontaktane er raude, og kva konsekvensar dette har for totalperspektivet i legevakttenesta og ressursbruken dersom ”sjukehusbriller” skal brukast på fleire pasientar enn no.

Det er for tida politiske føringar og utgreiing om FAM, mellom anna knytta til Samhandlingsreforma. Sjølv om Nklm er skeptisk til FAM som generell modell for legevakt, vil vi gjerne vere ein aktiv samarbeidspart i det vidare arbeidet med ulike samhandlingsmodellar, inkludert FAM.

Hovudbodskapen er at samarbeidet mellom primærhelsetenesta og sjukehuset i akuttsituasjonar må betrast. Det er utfordringar knytta til kommunikasjon og informasjon, spesielt når det gjeld bruk av helsestudio, digital meldingsutveksling og det nye naudnettet. Det er klare forventningar til at fleire pasientar blir vurdert av vaktlege ved ulukker og akutt sjukdom, saman med ambulanspersonell. Samlokalisering av ambulanse og vaktlege slik at dei kan rykke ut saman og jobbe som ei godt veltrent gruppe, er viktig. Legevaktlegen er forventa å ha ei medisinsk leiarrolle i den prehospitale traumebehandlninga og ved akutte sjukdomstilstandar. Men skal legevaktlegane vere naudsynte og kompetente personar i den akuttmedisinske kjeden, må dei også ha kompetanse i form av opplæring og vedlikehaldande trening. I forslaget til konkrete tiltak i handlingsplanen har vi prøvd å balansere synspunkta frå spesialisthelsetenesta med andre viktige omsyn for ei betre legevakt i framtida.

## 5.4 Horisontal samhandling: Legevakt integrert i kommunale tenester

Avsnittet over understrekar kor viktig den vertikale samhandlninga er for det akuttmedisinske tilbodet. Den *horisontale samhandlninga*, samhandlninga med andre deler av kommunehelsetenesta og andre kommunale etatar, vil i framtidas legevakt også vere viktig for akuttmedisinen, men minst like viktig for det store volumet av legevakttenester; det som hastar litt og det som ikkje har så høg prioritet. Framtidas legevakt må kjenne, samhandle med, og delvis integrerast med andre kommunale tenester.

### 5.4.1 Lokalisering av legevakt som samhandlingsfremmar

Samlokalisering av legevaktstasjonen med sjukehus og ambulanseteneste vil fremme sjansen for godt samarbeid, rask og samordna innsats og øving. Men også kommunane har funksjonar som det vil vere av stor interesse å ha samlokalisert eller nærlokalisert med legevakt:

- *Brann- og redningstenesta* deltek i aukande grad saman med legevaktlegen ved ulukker. Brannmenn har utdanning i førstehjelp og redning, og kan på vakt få oppgåver i legevakt.
- *Heimetenestene* sine tilsette er i døgkontinuerleg arbeid og spesielt nattpatruljene kan bli viktige støttespelarar for legevaktlegen. Dei tilsette kan også få nye oppgåver i den akuttmedisinske beredskapen, det samme gjeld jordmor og psykiatrisk sjukepleiar.
- *Sjukeheimane* vil i framtida få nye og forsterka medisinske oppgåver. Det betyr aukande trong for legetilsyn også på kveld og natt. Samlokalisering med legevakta vil gje nærleik, kort transporttid for legen og mulighet for sambruk av observasjonssenger.
- *Tryggleiksalarmar* kan også i dag handterast av legevaktssentralen. Å legge dette som fast oppgåve til sentralen, kan fremme fagleg vurdering og prioritering, betre lokalt tilpassa respons, auke samhandlninga mellom tenestene og sannsynlegvis vere ressursparande.

Ein kan argumentere med at slik samlokalisering i store vakt-distrikt berre vil ha fordelar for vertskommunen. I dei fleste tilfella vil legevaktstasjonen vere i den største eller i ein stor kommune i distriktet, og det er dessutan som støtte til den stasjonære legevakta at slik samlokalisering vil ha mest

effekt. Dei kommunale tenestene ovanfor vil i andre kommunar i legevaktområdet sjølvsagt kunne ha dei same oppgåvene knytta til legevakt, da ikkje som samlokaliserte, men som samhandlande tenester.

#### 5.4.2 Nye oppgåver og modellar for både legevakta og andre etatar sitt personell

Med auka krav til legevaktene og meir personellressursar tilgjengeleg, dels med meir passiv tid i beredskap for legar i legevakt, må kommunane tenke meir sambruk av ressursar, men òg korleis andre etatar med personell i beredskap eller aktiv teneste, kan vere med å oppfylle målsettingane for legevakta. Nokre eksempel:

- Heimesjukepleien sine patruljer må vere utstyrt med helseradio/naudnettapparat. Dei kan inngå i lokalt trenar og definerte akuttpatruljer, dei kan rykke ut for første vurdering etter anrop på tryggleiksalarm, dei kan involverast i vurdering av om pasientar treng sjukebesøk eller transport til legevakta, samt føreta observasjon i heimen av pasientar som har vore vurdert av lege og som kan behandlast heime, eventuelt observerast med tanke på seinare innlegging.
- Brannmann på vakt kan vere sjåfør på legevaktbilen. Saman med sjukebesøkskøyrende legevaktlege i godt utstyrt legevaktbil, vil dette representere ei ”sterkt spissa forsteringsgruppe” som utan tidsforseinking kan rykke ut til hasteoppdrag, og som nokre dagar kan vere betre plassert perifer i distriktet enn legevakt og ambulanse. Brannvernet kan også ha ansvaret for kommunikasjonsutstyret i helsetenesta, i tillegg til sitt eige. Inne på legevakta kan også brannmann ha oppgåver når det trengs meir personell i enkeltsituasjonar.
- Ved samlokalisering eller nærleik til sjukeheim eller annan døgnbemanna pleie- og omsorgsinstitusjon, kan sjukepleiarar eller anna personell inngå i sambruksplan med legevakta. For eksempel kan det i dei minste distrikta vere nok med ein person i legevaktsentralen i tillegg til legen om natta, men ved behov for meir personale til andre kliniske oppgåver, kan dette komme frå sjukeheimen e.l. Dersom det er observasjonssenger i sjukeheimen, kan personalet der stå for tilsynet etter avtale med vaktlegen.
- Mange kommunar har vaktberedskap for psykiatritenestene. Slike ordningar må kunne brukast i legevakt, både som første vurdering i heimen og ved oppfølging i akutte situasjonar. Dei har kompetanse til å inngå i kriseteam og i beredskap for akutt oppfølging av enkeltpersonar etter ulukker og ved psykosiale kriser.
- Vakthavande jordmor bør ha helseradio for kommunikasjon med legevaktsentral og vaktlege.

Eit eksempel på utvikling av lokale forsteringsgrupper beståande av helsepersonell, er modellen frå Bjarkøy, der heimesjukepleiarar utgjer ei ”akuttgruppe” som òver saman med ambulansepersonell og legane. Gruppen har kompetanse utover det vanlege i kommunen og for yrkesgruppene som er med, mellom anna er dei opplært i å delta ved infarktdiagnostikk og trombolisebehandling.

Berre i dei aller største kommunane vil det vere eigne vaktordningar for legar knytta til sjukeheimar og omsorgstenester. I Bergen har ein sidan 2006 hatt eiga sjukeheimslegevakt og ein stor sjukeheim har eiga vaktordning. Erfaringane er at det stadig oppstår trong for legevurdering ved akutte situasjonar, dette må i dei fleste vaktområde handterast av legevakta. I tillegg vil eit aukande tal alvorleg sjuke pasientar finne seg i heimane, til dels med avansert medisinske behandlingssopplegg og forsterka pleieteam rundt seg. Unødig inntransport av skrøpelege, sjuke og kanskje døydde pasientar må unngåast, og framtidens legevakt må ha eit godt tilbod til desse gruppene. Dette er nærmare omtalt under vaktlegen sine oppgåver.

#### 5.4.3 IKT i kommunen som samhandlingsfremmar

ELIN-K-prosjektet (Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene) utviklar løysingar for elektronisk meldingsutveksling mellom helsetenestene i kommunane. Prosjektet er no i ein fase der dei ser på meldingsutveksling mellom legevakt og dei andre tenestene, inkludert fastlegane og heimesjukepleien. Prosjektet har eit høgt ambisjonsnivå, og satsar på ordningar med faste malar som kan hente mange opplysningar rett frå journalsystema. Nklm er svært positiv til dette arbeidet og har vore i dialog med, og gitt innspel til, ELIN-K-prosjektet. I høve til handlingsplanen har vi ikkje gått inn på teknologiske løysingar eller detaljar i meldingsutvekslinga, men vi er opptatt av å utnytte dei samhandlingspotensiala som auka IKT-bruk kan gje når det til dømes gjeld:



- Meldingar til og frå heimesjukepleien i forbindelse med legevaktbesøk; oppdaterte medisinalister, problemformuleringar, oppfølgjingsnotat, forespørsel om seinare tilsyn, taking av blodprøver i heimen etc.
- Epikriser til fastlegen.
- Ulike oppfølgjingsnotat til andre kommunale einingar når det er trong for det.

Mange av meldingane i akutte situasjonar vil framleis måtte gå via telefon. Men som etterfølgjande dokumentasjon og som oppfølgjande informasjon, vil digitale meldingar vere svært nyttige.

Det må også settast andre krav til journalsystema ved legevakt enn i dag. Dei må vere integrerte, dvs at heile kontaktforløpet med innringing, første vurdering, rådgjeving og evt oppfølging i form av legekonsultasjon må vere i samme system. Alle tidlegare kontaktar med legevaktssentralen og digitale meldingar til/frå legevaktbilen må vere synlege i legevaktjournalen. Systema må vere standardiserte, slik at meldingsutveksling kan skje mot alle relevante system hos samhandlingspartane.

#### **5.4.4 Legevakt som del av kommunal beredskapsplan**

Krisesituasjonar som epidemiar, større ulukker og naturkatastrofer tilseier at legevakta er ein sentral del av beredskapen i kommunane generelt. Kommunane har plikt til å utarbeide beredskapsplan, og i Forskrift om krav til beredskapsplanlegging er plikta og krava til beredskapsarbeidet omtalt. Tverrfaglege øvingar og trening er vektlagt. Legevakt må vere ein sentral del av beredskapsplanen.

Det er ei utfordring å vedlikehalde og oppdatere planane etter endringar av risikoprofilen og etter endringar i organisasjon og personell i helsetenesta, spesielt dersom planen vert brukt sjeldan. Ein måte å auke bruken på, er å la planen vere eit praktisk støtteverktøy i det daglege beredskapsarbeidet knytta opp mot dei andre beslutningsstøtteverktøya i det daglege akuttmedisinske arbeidet i legevaktssentralen. Ein annan fordel med ei slik løysing, er at planen da vil vere implementert hos ei døgnkontinuerleg bemanna teneste som truleg uansett vil vere første varslingsinstans i mange tilfelle der planen skal iverksettast. Det kan vere ei utfordring når legevaktssentralane må kjenne planar frå mange kommunar. Men problema med dette kan motverkast nettopp ved hyppig bruk (betyr å inkludere låginnsatshendingar i planane) og integrering med andre støtteverktøy i sentralen.

#### **5.4.5 Samla vurdering av samhandling mellom kommunale tenester**

Det er store potensielle nytteeffektar ved auka samhandling mellom legevakttenestene og andre kommunale etatar, både i og utanfor helsetenesta. Samlokalisering av relevante kommunale tenester bør oppmuntrast. Det kan vere både medisinsk nyttig og kostnadseffektivt å utnytte personell som er i aktiv teneste eller i beredskap utanfor legevaktorganisasjonen til oppgåver administrert av legevaktssentralen. Auka bruk av IKT vil komme, men ein del krav spesifikke for legevakt bør sikrast i forskrift eller retningsliner. Legevakta si rolle i kommunal beredskap bør utviklast vidare.

### **5.5 Pasientgrupper med auka fokus: Livskriser, overgrep og vald**

Legevaktssentralane og legevakttenesta er av dei få døgnopne tilbod der ein i praksis kan henvende seg om kva som helst. Slik bør det også vere i framtida. I tillegg må det til ei kvar tid vurderast om det er nye grupper som kan ha særskilt nytte av å bruke legevaktssentralen som inngangsport til helsetenesta. To slike grupper er personar som opplever ulike livskriser og personar som har opplevd valdtakt, andre seksuelle overgrep eller vald, spesielt vald i nære relasjonar.

#### **5.5.1 Livskrisehjelp ved legevakta?**

Fleire storbyar har etablert lågterskelordningar knytta til legevakt for personar med ulike livskriser. Tiltaka omfattar vanlegvis ei første vurdering, rådgjeving, eventuelt eit kortvarig samtaletilbod og etablering av kontakt med det ordinære hjelpeapparatet når det er trong for det. Ei registrering frå Livskrisehjelpen i Bergen i 2006 viste at tiltaket vart nytta av pasientar i alle aldrar, hyppigast av kvinner, med eit stort mangfald av psykososiale kriser og problem. Omfanget av kontaktar det første året var 4 per 1 000 innbyggjarar. Over halvparten av pasientane vart vist vidare til lege. I aldersgruppa under 18 år var seksuelle overgrep den største enkeltkategorien, med 25 % av pasientane.

Utover dei største bykommunane kan særskilte ordningar for denne type kontaktar neppe opprettast, til det er pasientvolumet for lite, men erfaringane frå t.d Oslo og Bergen viser at det er trong for ein stad å henvende seg også av slike årsaker, utanom vanleg opningstid i helsetenesta. Det helsemessige aspektet blir understreka av at over halvparten vart vist vidare til lege. Legevaktsentralane må generelt ha kompetanse på å motta og vurdere denne type kontaktar, og til å gje råd og tilbod om akutt oppfølging ved legevakta, når det er trong for det.

### 5.5.2 Overgrepsmottak

Seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar er alvorlege samfunnsproblem, representerer krenking av autonomi og menneskerettar, er forbode ved lov og gjev betydeleg helserisiko. Overgrep kan medføre eit vidt spekter av fysiske og psykiske tilstandar, vanleg er posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), men medfølgjande tilstandar som depresjon, angst, stoff-og alkoholavhengigheit og suicidalitet er også velkjente komplikasjonar. Forsking viser óg at interpersonlege traumer, som seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar, synes å gje større risiko for alvorlege helseproblem enn tilfeldig vald.

Det er truleg mellom 8 000 og 16 000 personar som opplever valdtekt eller valdtektsforsøk kvart år i Norge, men tala er svært usikre. Ei landsomfattande undersøking av vald i nære relasjonar viste at 9% av vaksne kvinner har vore utsett for grov vald av noverande eller tidligare partner, 27% av kvinnene og 22% av mennene oppga å ha opplevd vald frå partner minst ein gang i løpet av livet. Kvinner som rapporterte vald frå partner hadde oftare sjølv mordstankar, depresjon, angst og posttraumatiske stresssymptom enn andre kvinner. Skader er også vanleg, eksempel er blåmerker, beinbrot, indre skader og hjernerystelse. I den norske undersøkinga hadde 40% av ofra oppsøkt hjelpeapparatet (krisesenter, krisetelefon, sosialkontor, familievernkontor, advokat, politiet, fastlege, legevakt) minst ein gang. Kvinnene var mest nøgde med fastlegen, legevaktenesta og krisesentra.

Det har utvikla seg ei forståing av at desse problemstillingane treng eit særskilt helsetilbod, og i løpet av dei siste åra har det vore ei stor utbygging av offentlege tiltak til overgrepsutsette. Overgrepsmottak er organisert som ein fagleg og organisatorisk del av legevaktmedisin, og frå 2008 fekk Nklm ansvaret for fagutvikling, forskning og kompetanseheving knytta til overgrepsmottak. Vi har gjennomført og planlagt ei rekke tiltak allereie, og det er utvikla eigne nettsider. Som oppsummert i kapittel 4, er ein komme godt i gang med utbygging av overgrepsmottak i alle fylke. Gjennom den innsikta Nklm har fått i sakskomplekset gjennom det siste året, står det likevel klart for oss at dette er eit område med store faglege utfordringar framover.

### 5.5.3 Samla vurdering

I høve til handlingsplanen, vil Nklm spesielt fokusere på følgjande:

- Legevaktenesta må vere open for kontaktar som gjeld ulike typar livskriser, og må ha kompetanse på å motta og vurdere denne type kontaktar.
- Overgrep er ikkje berre medisinske problem, men óg alvorlege kriminelle handlingar. Medisinske langtidsfølgjer, sporsikringsprosedyrar, dokumentasjon og juridisk domfelling heng saman. Det er betydelege krav til det medisinske arbeidet knytta til dokumentasjon og sporsikring, og det må vere like godt over heile landet.
- Tilbodet til personar utsett for vald synes å vere dårlegare, da dei fleste mottak ikkje har eit spesifikt tilbod til denne pasientgruppa. Der overgrepsmottak er lagt til gynekologisk avdeling, er det spesielt ei utfordring å kunne tilby eit integrert tilbod til valdtektsutsette menn, vald i nære relasjonar, og annan vald, deriblant born og eldre.
- Annan, tilfeldig vald rammar for det meste menn. Dette er også overgrep med potensielt store konsekvensar, som er ein ikkje uvanleg problemstilling på legevakt, men som ein i dag ikkje har særleg fokus på. Nklm finn det vanskeleg å tilrå at legevaktenesta skal ha ulik tilnærming til vald og valdsskadar utfrå kven som har forårsaka valden.
- For å kunne opprette eit forsvarleg og likeverdig tilbod til alle overgrepsutsette, trengs ein vedvarande systematisk kompetanseoppbygging over mange år og profesjonell rettleiing av personell, samt innføring av opplæringskrav. Det står att betydeleg arbeid med å utvikle nasjonale standardar for ei rekke sentrale prosedyrar.

- Også overgrepsmottaka treng å bli profesjonelle organisasjonar med god administrativ og fagleg leiing, faste vaktordningar for legar og sjukepleiarar, og ressursar til kompetansebygging og vedlikehald, samt systematiske rettleiingsordningar for personalet.

Overgrepsmottaka har usikker og ulik finansiering, og det er ikkje nasjonale retningslinjer for korleis kommunane skal finansiere dei. I tillegg er det ulike refusjonsordningar for rettsmedisinske tenester, og oftast berre refusjon når saker vert melde til politiet, sjølv om dokumentasjonsprosedyrane er utført. Nklm går inn for ei fast grunnfinansiering av alle mottak, og i tillegg utvikling av ein "Rettsmedisinsk normaltariiff" som gjev ytingar for utført rettsmedisinsk arbeid uavhengig av om saka vert politimeldt med det same eller ikkje. Arbeidet må gjerast før dette nødvendigvis er avklart, spor og materiale skal oppbevarast sikkert og lenge, og utgiftene vert utløyst før det eventuelt ligg føre rettslege mandat.

Det er særskilte kvalitetsutfordringar i dette feltet knytta til volum, då dei minste mottaka vil ha få saker. Det er rådande politikk at det skal vere eitt mottak i alle fylke. Dei minste fylka folketalmessig har oftast dei største avstandane. Det er difor heilt naturleg at nokre fylke har starta fleire mottak. Dette gjev likevel ein vanskeleg balansegang mellom volum, kvalitet, nærleik og kostnader. Nklm sitt hovudsyn er at det framleis skal vere eitt mottak i kvart fylke. Ein må ha ei nøye og kritisk vurdering av kor tilhøva gjer det tvingande naudsynt med fleire. Vi vil ikkje gå inn for stimulering til fleire parallelle vaktordningar i samme fylke, dersom slike vert oppretta, bør det definerast eitt hovudmottak som er fagleg ansvarleg for "satelittar". Overgrep gjev potensielt svært stor helseskade, og det bør i staden for små, lokale ordningar som ikkje vil vere fagleg bærekraftige over tid, brukast biltransport med følgje til det næraste mottaket, eventuelt brukast luftambulanse. Slik ressursbruk står seg godt i høve til indikasjonane for bruk av luftambulanse ved vanleg somatisk sjukdom, og vi vil foreslå at dette punktet vert tatt inn i indikasjonslista for luftambulansetransport.

Etterkvart som overgrepsmottaka kjem i rimeleg god drift over heile landet, må fokus også rettast mot dei vanlege legevaktene. Dei skal stå for det primære mottaket av pasientar som har opplevd overgrep og vald, og dei må føreta den første prioritering og vurdering av tilstanden. Trengs det rettsmedisinsk dokumentasjon på eit nivå dei ikkje er forventa å ha kompetanse på, skal pasienten visast til, eventuelt følgjast til, fylket sitt overgrepsmottak. Ikkje alle pasientar treng å visast dit, ved "enklare" dokumentasjonsproblemstillingar ved fysisk vald, må alle legevakter inneha kompetanse.

Det må byggast opp forskingsaktivitetar for å styrke akademisk forankring og kvalitetsutvikling også innan overgrepsmottak. Det må utviklast eit system for registrering av aktivitetane i overgrepsmottaka for nasjonal statistikk, tilbakemelding til mottaka og forskning. Utvikling av personidentifiserbare register for forlaupsstudiar på dette område innebær særskilte utfordringar for personvern og etikk, som må løysast i samarbeid med relevante styresmakter. Nklm bør framleis ha ei koordinerande rolle ovanfor overgrepsmottaka, samt sørge for kompetansehevingstiltak, fagutvikling og forskning.

I handlingsplanen foreslår Nklm ei rekke tiltak i tråd med vurderingane ovanfor. Fleire av krava til overgrepsmottaka bør forskriftsfestast. Organisering og drift av mottaka bør evaluerast i 2015.

## **5.6 Kvalitetsproblem knytta til storleik, kompetanse og systemansvar**

I dette avsnittet tek vi utgangspunkt i Helsetilsynet sin gjennomgang av tilsyn med legevaktene i perioden 2001-2005. Vi nyttar denne rapporten uavhengig av om den var "rettferdig" ovanfor alle legevakter eller om funna er gyldige i dag, fordi den på ein strukturert måte peikar på kva som må vere på plass og kva som har vist seg å vere dei særskilte utfordringane i legevaktenesta generelt. Etter gjennomgangen av rapporten og mogelege konsekvensar for opplæring, kompetanse, systemansvar og administrative støttefunksjonar, vurderer vi risiko- og sårbarheitsanalysar for legevakt og avsluttar med ei vurdering av korleis legevakt Norge geografisk må organiserast for å kunne framstå som robuste einingar som kan tilfredsstillе dei krava som må settast til god medisinsk og organisatorisk kvalitet.

### **5.6.1 "Kommunale legevakter - Helsetilsynets funn og vurderinger"**

I ein rapport frå 2006 stila til HOD, SHdir, KS og Legeforeningen har Statens helsetilsyn gjort ei oppsummering av tilsynsmessige funn knytta til kommunale legevakter basert på Helsetilsynet i fylka

sine tilsyn dei siste åra, samt vurderingar gjort i aktuelle tilsynssaker. Helsetilsynet er misnøgd med kvaliteten på ei rekke område og oppsummerer situasjonen med at dei ønskjer større kommunal styring med legevakttenesta og legevaktlegane, for eksempel når det gjeld journalføring, bruk av helse radionettet, rutinar for samhandling med fastlegane og krav om opplæring. Helsetilsynet legg først og fremst vekt på systemansvaret og har ei systemkritisk tilnærming til mange av dei kritikkverdige punkta som er avdekka i rapporten.

Helsetilsynet meiner det sjeldan er svikt ved sjølve organiseringa av vakt utanom vanleg arbeidstid. Imidlertid kan det i mange kommunar med få fastlegar vere problem med stor vaktbelastning. Helsetilsynet gjev støtte til interkommunale ordningar, som dei trur kan virke rekrutterande og stabiliserande på legedekninga, gje kvalitetsmessig betre teneste og sikre ein forsvarleg vaktplan. Men kommunen må foreta ei risikovurdering ved organisering i store vakt-distrikt, der effektivitet blir vurdert i høve til tilgjenge og tidsaspekt.

Parallelt med større legevakt-distrikt ser det ut til at legevaktlegar i større grad ikkje rykker ut til pasientar. Sjukebesøk er i mange ordningar nærmast opphøyrte som tilbod. Ambulansane driv transport av pasientar til legevakt/legekontor, og dei rapporterer også at dei ofte må rykke ut til akutt sjuke pasientar utan bistand frå lege. Noko av dette skuldast underkapasitet på legevakta, slik at det kan oppstå tidskollisjonar. Belastninga på ein-skilde vakter er stor, særleg i helger, og inneber at det er risiko for svikt i pasientbehandlinga. Dersom primærvakta er på utrykning, vil legevaktstasjonen vere utan lege i kortare eller lengre tid. Lege på vakt får ofte ikkje assistanse av anna personell, og sjølv i distrikt med over 50 000 innbyggjarar kan det vere berre ein lege på vakt. Helsetilsynet er også kritisk til manglande helse radiobruk hos ein del av vaktlegane.

#### *Internkontroll i kommunale legevakter*

Helsetilsynet legg sterk vekt på at internkontrollreglane også gjeld for den kommunale legevakttenesta. Men den varierende organiseringa av legevakt, samt skiftande personale (spesielt for legane) er ei stor utfordring for internkontrollen. Helsetilsynet finn mellom anna at:

- Det er betydelege manglar når det gjeld å sørge for at arbeidstakarane har tilstrekkeleg kunnskap og ferdigheiter innanfor det aktuelle fagfeltet, samt om sjølve internkontrollsystemet.
- I dei fleste kommunar mangla planar for opplæring, øvingar og oppdateringar, inkludert system for å gje legevaktlegar opplæring i akuttmedisinske ferdigheiter og samhandling.
- For dei fleste kommunane mangla system for rapportering og behandling av avvik.
- Loggføring og datasystem kan vere innretta slik at gjentatte kontaktar per telefon ikkje vart registrert slik at det kunne gjenfinnast lett etter skifte av vaktpersonale.
- Det sviktar på sikring av kvalifikasjonar og naudsynt opplæring.
- Manglande styringsrett ovanfor næringsdrivande vaktlegar gjer det vanskeleg for kommunen å sikre at tenesta blir utført einsarta og forsvarleg. Helsetilsynet stiller spørsmål om regelverket knytta til legevakttenesta i større grad enn for fastlegane, gjev kommunen rett og plikt til å innføre kompetansekrav, opplæringskrav og rutinar som sikrar ei forsvarleg teneste.
- Det er avdekka manglar og uklare tilhøve omkring journalføring, loggføring av kontaktar, bruk av Medisinsk indeks, samhandling med fastlege (epikriser) og oppfølging av prøvesvar.
- Det er berre unntaksvik mogeleg å få tal og statistikk for kontaktar og ventetid.

#### *Tilsynssaker knytta til legevakt*

I åra 2003 – 2005 har Helsetilsynet i fylka oppretta ca 200 tilsynssaker årleg med relasjon til legevakt. For kvar femte er det konkludert med at det føreligg brot på helselovene. Det ser ut til at det er overvekt av tilsynssaker frå legevakt i høve til fastlegeordninga, når ein tek omsyn til konsultasjonsomfanget. I ei nærmare analyse av klagesaker frå legevakt viste det seg at det var overvekt av mannlege legar og overvekt av legar med framandpråkleg bakgrunn som fekk reaksjonar for uforsvarleg praksis. Studien understreka likevel dei utfordringane som ein har i legevaktssituasjonen: Det er ofte spørsmål om avklaring av akutte symptom som kan skuldast alvorleg sjukdom. Samtidig opptrer vaktlegen ofte på eiga hand og under vanskelege tilhøve for avklaring.

Etter Helsetilsynet si samla oppfatning bør det i større grad leggest opp til standarder og rutinar for legevakttenesta, for eksempel når det gjeld kompetansekrav, opplæring, journalsystem, informasjon til fastlegar og handtering av prøvesvar. Desse må bygge på nasjonale krav og forventningar.

### **5.6.2 Sjukepleiarar og anna helsepersonell enn legar ved legevaktene**

Ved dei store bylegevaktene har det alltid vore tilsett helsepersonell i ulike kliniske funksjonar utanom arbeidet i legevaktssentralen, i all hovudsak sjukepleiarar. Dette skjer no meir og meir i alle stasjonære legevakter. Dette er ei utvikling som bør halde fram, både fordi auka pasientvolum og større einingar krev fleire personar på jobb utanom telefonfunksjonen, men òg fordi sjukepleiarar og anna helsepersonell har kompetanse til å ha eigne kliniske oppgåver knytta til legevaktene, utifrå utdanning og seinare oppnådd kompetanse. Det har vore gjennomført systematiske opplæringsprogram ved store legevakter, til dømes eit program for klinisk spesialisering i legevaktsjukepleie ved Bergen legevakt. Det er også forslag om eittårig vidareutdanning i legevaktsjukepleie knytta til høgskule.

Oppgåvene i dette området er i hovudsak knytta til den medisinske drifta av legevaktstasjonen i vid forstand. Ei ikkje uttømmende liste viser mangfaldet: Råd og rettleiing, observere og vurdere pasientar, hygiene, oppdekking og klargjering til kirurgiske prosedyrar, medisinhandtering, bruk av medisinsk teknisk utstyr som inhalasjonsapparat, sug, EKG og venekanyler, laboratoriearbeid inkludert intern og ekstern kvalitetskontroll, sending av prøver, samt økonomi og administrative rutinar (skjema, betalingssystem). Innan nokre område bør andre enn legar kunne ha sjølvstendige oppgåver med eiga journalføring og eigne refusjonstakstar. Eksempel kan vere alt frå sår- og traumebehandling til samtalar og vurdering ved rusproblem, sorg, krise, suicidalitet, overgrep og psykiatrisk sjukdom.

### **5.6.3 Truslar og vald mot tilsette i legevakt – behov for risiko- og sårbarheitsanalyse**

Ifølgje den norske legekårsundersøkinga har kvar fjerde lege ein eller fleire gangar opplevd valdshandlingar frå pasientar eller andre besøkande, medan halvparten har opplevd truslar om vald. 14% av dei kvinnelege og 9 % av dei manlege legane rapporterte at dei i løpet av siste året hadde kjent seg fysisk eller psykisk ute av form på grunn av frykt for vald i arbeidslivet. Ein pilotstudie gjennomført ved Sandnes legevakt i 2007 fann at personskader etter vald mot tilsette var sjeldan, men over halvparten av dei spurde hadde opplevd verbal utskjelling.

Tal frå andre land viser at allmennlegar er meir utsett for vald enn legar i sjukehus, medan sjukepleiarar har endå høgre førekost enn allmennlegar. Det er også vist at dei som jobbar i relativt tilgjengelige einingar som for eksempel legevakt, er særleg utsette for truslar og vald. Legevakt er belastande for allmennlegar, og vald er eitt aspekt av denne belastninga, spesielt for kvinner. Kvinner synest å ha høgare risiko for vald, opplever meir frykt for vald, tilkallar politiet oftare, og har lågare sjølvtilit i arbeidssituasjonen som resultat av vald. Allmennlegar kan oppleve uro når dei skal behandla pasientar i legevakt, og arbeid i legevakt vert opplevd som farlegare enn praksis på dagtid. Kvinner synes i større grad å unngå heimebesøk og legevakt, eller endrar praksis på grunn av frykt for vald. Legar opplever vidare at arbeid i små legevakteiningar har høgare risiko for valdshendingar enn store legevakter. Opplevd frykt for aggressive pasientar kan føre til at legar trekkjer seg frå legevaktarbeid og dermed går på akkord med omsynet til pasienten si trong for behandling.

Allmennlegeforeininga har utarbeidd heftet ”Vold og truslar på legekontoret” med forslag til førebyggjande tiltak for legar, også i legevakt. Gode strategiar er å varsle legevaktssentralen eller AMK om kor ein er ved utrykking, og unngå å rykke ut åleine til personar eller adresser som er kjent som farlege. Ein må kunne bruke naudknappen på helse-radioen, som ved aktivering skal gi ope samband med AMK. Andre råd er knytt til fysisk utforming av resepsjon og legekontor, registrering av hendingar, handtering av truande situasjonar og rutinemessig gjennomgang av uønskte hendingar.

Ved hjelp av ein risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS-analyse) kan ein vurdere risiko for truslar og vald i legevakt og identifisere tiltak for å hindre uønskte hendingar, eller til å utarbeide tiltak etter ei uønskt hending. ROS-arbeidet skal resultere i ein oversikt over problemområde (risikoprofil) og ei prioritert liste over risikoreduserande tiltak og forbettringsforslag. Pilotstudien ved Sandens legevakt om truslar og vald blant tilsette, synleggjorde behovet for eit verktøy for ROS-analyse i legevakt, slik at ein kan

finne kva tiltak som er nødvendige for å førebyggja uønskte hendingar samt redusera uheldige effektar av truslar og vald mot tilsette i legevakt.

#### **5.6.4 Legevaktdistrikta: For små og sårbare einingar**

Dei aller fleste legevaktdistrikta er i dag etter Nklm si meining for små til å gje kvalitetsmessige gode nok medisinske tenester i framtida. Dei kan òg vere for små til å møte framtidas krav til offentlege organisasjonar, stabile og akseptable vaktordningar og kompetente administrative og faglege støttefunksjonar. Kanskje har berre dei 20 folkerikaste kommunane eit folketal som vil kunne forsvare eigne legevaktorganisasjonar etter dei krav og ønskjer som handlingsplanen legg opp til. Vi er ikkje opptatt av kor store legevaktdistrikta skal vere eller kven som skal samarbeide, det må kommunane sjølv få bestemme ut frå lokale forutsetningar. Vi er imidlertid klare på at dei ordningane som kommunane organiserer og driv i framtida, må vere underlagt dei samme minimumskrava som vi legg opp til i forskrifter, retningsliner og avtaleverk. Nokre kommunar vil velge å bruke meir ressursar enn andre på legevakt, mot å få eit mindre distrikt og betre lokal forankring.

Eit slikt hovudsyn gjev sjølvsagt utfordringar når ein kjenner norsk geografi og busetnadsmønster. Vi trur at landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt. Det ”typiske” legevaktdistrikt i ein slik modell vil dekke mellom 30 000 og 100 000 innbyggjarar innan eit rimeleg areal. Alle ordningar av ein slik storleik vil etter vårt syn vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstille moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet:

- Dei største bylegevaktene vil truleg utvikle seg til meir avanserte institusjonar med fleire tilbod enn minstekrava, ofte i samarbeid med helseforetaket. I dei 3-5 største byane, spesielt om dei knyttar til seg nabokommunar, bør det opprettast ”bydelslegevakter” eller fleire ”vaktstasjonar”. Pasientane må henvende seg på telefon til legevaktsentralen på vanleg måte for å få tildelt time. Eit alternativ er at dei lokale legekontora har ettermiddagsope på omgang for vanlege henvendelsar, og all eigentleg akutthjelp blir handtert av hovudlegevakta. Her må det leggjast til rette slik at pasienthandteringa av legevaktproblemstillingar blir journalført på ei slik måte at dokumentasjonen er tilgjengeleg når den trengst ved neste kontakt for same pasient, uansett stad i legevaktdistriktet, gjennom integrerte journalløysingar. Alle legar i slike bydelsordningar må vere på helseradionettet. Ei særskilt utfordring i Oslo og Bergen er korleis ein skal tilbakeføre deler av akuttmedisinen til vaktlegane. Store og avanserte mobile ressursar i foretaka og kort veg til sjukehus, kan innebære avtalar om ei anna arbeidsfordeling enn elles for visse typar akuttmedisinske hendingar.
- Nokre av dei ”typiske legevaktene” vil ha svært store i areal og lange reisetider, og ein må difor gjennom risikoanalysar vurdere trongen for bakvaktordningar, lokalt plasserte akutttgrupper, kveldsopne legekontor og andre ordningar for å sikre medisinsk kvalitet, beredskap og tilgjenge.
- Mange kommunar er ikkje berre små i folketal, men ligg geografisk slik plasserte at det er vanskeleg å slutte seg til større ordningar utan urimeleg lang og upraktisk reisetid. Slike kommunar representerer store ufordringar når det gjeld gjennomføring av planen. På den eine sida bør krava til medisinsk kvalitet vere dei same, men på den andre sida er det grenser for kva lågt pasientvolum kan tillate av beredskapsordningar og kva kostnader ein kan legge på små kommunar. Styresmaktene må ha eit særskilt fokus på desse kommunane, og det må sannsynlegvis utviklast både økonomiske støtteordningar og lokale organisasjonsmodellar for at desse kommunane kan sikre innbyggjarane sine likeverdige legevakttenester. Nklm si tilråding er at også slike kommunar sluttar seg til større legevaktordningar og at dei har legevaktsentralen sin der, men at legane i slike kommunar (eventuelt i samarbeid med fleire nærliggande i samme situasjon) utgjer eigne ”vaktlag” under det større legevaktdistriktet. Legane i slike kommunar bør også ha vakter i hovudordninga innanfor tenesteplanen, og ha samme kjennskap til krav, prosedyrar og internkontrollsystem som andre legar i ordninga.

#### **5.6.5 Samla vurdering av utfordringar knytta til storleik og systemansvar**

På eitt vis viser gjennomgangen i denne delen at dei viktigaste tiltaka er på plass; dei allmenne internkontrollreglane og krav til forsvarleg verksemd. Utfordringane er å skape sterke nok organisasjonar til at krava kan gjennomførast. Nklm sine viktigaste forslag i handlingsplanen er difor

knytta til strukturendringar og ei sterk styrking av faglege og administrative støttestrukturar i legevakt.

Det er viktig å nærme seg mange av problema med kvalitet i legevakttenesta på eit overordna nivå og ikkje berre gjere det til eit spørsmål om kompetansen til enkeltlegar på vakt eller sjukepleiarar i legevaktssentralen. Vi sluttar oss utan vidare til Helsetilsynet sine vurderingar om at det trengs ei organisatorisk og administrativ opprusting av legevaktordningane. På det organisatoriske planet er utviklinga kommen eit stykke på veg, meir enn 300 kommunar deltek no i interkommunale ordningar, som omfattar meir enn halve folketalet i landet. Men store vakttdistrikter med sjeldnare vakt for fastlegane er ikkje nokon garanti for auka kvalitet i seg sjølv, dersom ordninga berre betyr lengre avtandar, auka responstider ved akutthjelp, ingen sjukebesøk og mindre lokalkunnskap. Rammene rundt legen må få sterkare merksemd.

Vi meiner det no er tid for å definere klare og forskriftsfesta minstestandardar til eit fast, godt utstyrt legevaktlokale med fast tilsett og kvalifisert helsepersonell i alle legevakttdistrikter heile døgnet. Mange av tiltaka Helsetilsynet drøftar peikar i sum på ei sterkare normering av vaktlegen sitt medisinske arbeid i form av rutinar for journalskriving, metodebøker, handtering av prøver og skriving av epikriser. Helsetilsynet meiner det er mogeleg at kommunane sin styringsrett går lenger på legevakt enn for allmennlegetenesta generelt, men ser samtidig problemet med manglande rett til instruksjon av sjølvstendig næringsdrivande vaktlegar i faglege spørsmål. Nklm går inn for at legevaktarbeid skal vere fastlønna. Da vil problema omkring styringsretten bli mykje mindre og ansvarstilhøva heilt klare.

Dei andre personalgruppene enn legane treng også eit betydeleg fokus på opplæring og krav til kompetanse, spesielt gjeld dette dei som arbeider i legevaktssentralen. Men også det allmenne kliniske arbeidet, inkludert laboratoriearbeid, som sjukepleiarar og andre utfører på legevakt, må få auka fokus.

*TrinnVis Kvalitet* er eit gratis elektronisk kvalitetssystem for legekontor og legevakter med særleg fokus på pasientretta verksemd, utgitt av Allmenntilleggsmedisinsk kvalitetsutvalg med støtte frå mellom anna Nklm. Det er eit komplett kvalitetssystem som er tilpassa legevakter. Programmet inneheld prosedyrar som ein kan ta i bruk, endre eller forkaste.

Legevaktene har i dag generelt alt for få ressursar til å løyse oppgåvene sine. Det trengs betydeleg ressurstilgang for å bringe legevakttenesta i takt med noverande reglar og framtidens medisinske krav. Både administrative og faglege støttestrukturar manglar i stor grad. Mange stader er det berre minimalt med faglege leiarressursar. Det må vere fagleg leiar (legevaktssjef, legevaktoverlege) og administrativ leiar i 100% stilling som hovudregel, fagleg leiar skal ha minimum 50% stilling også i dei minste distrikta. Anna merkantilt personale må dimensjonerast etter trongen, nokre oppgåver kan eventuelt løysast sentralt i kommunen.

## 5.7 Legevaktlegen i framtida

Legevaktarbeid slik vi definerer det i Norge, er ein del av allmenntilleggsmedisinen. Både den særskilte førsteliniediagnostikken og det store omfanget av vanlege allmenntilleggsmedisinske problemstillingar tilseier at allmenntilleggsmedisinsk kompetanse er heilt avgjerande for god kvalitet. Forsking viser óg at sentral allmenntilleggsmedisinsk kompetanse som kommunikasjon med pasienten og konsultasjonsteknikk har avgjerande verdi for sjukdomsforløpet, pasientens mestringssevne, framtidig eigenomsorg, framtidig bruk av legevakttenesta og om det utviklar seg situasjonar med risiko for pasientklager.

Fastlegane er dyktige til å handtere vanlege og mindre dramatiske tilstandar ut frå erfaring og lokalkunnskap, og ingen andre spesialitetar har dette som sitt felt. I den andre enden av spekteret er livstruande sjukdom og ulukker der allmenntilleggslegen har mindre kompetanse, fordi erfaringsgrunnlaget blir lite. Forventningane er imidlertid store til at legevaktlegen skal mestre også dette feltet, og legevaktlegen er ein sterkt ønska fagperson frå dei andre partane i den akuttmedisinske kjeden.

Det er difor ei stor utfordring at berre halvparten av legevaktene blir utført av fastlegane, og at det er dei med størst erfaring og kompetanse som generelt deltek minst. Vi veit óg at dårlege vaktordningar er med på å svekke rekrutteringa til fastlegeordninga i store deler av landet. Turnuslegane har ofte stor

vaktbelastning, aleine og med lite fagleg støtteapparat, sjølv om dei har telefonisk bakvaktordning. Vikarordningar med utanlandske korttidsvikarar er eit spesielt problem. I tillegg til språkproblem og mangel på lokalkunnskap, har slike vikarar ofte mangelfulle kunnskapar om oppbygginga av helsevesenet, norske trygdeordningar og norsk klinisk praksis for behandling o.l.

Nklm meiner at det må settast eit sterkt fokus på legevaktlegen i tida framover, og i avsnitta nedanfor diskuterer vi vaktlegerolla og rammene rundt. Dei konkrete forslaga er spesifisert i handlingsplanen. Mange av forslaga kan fastsettast i forskrift, men ei rekke av forslaga krev avtalar mellom partane i arbeidslivet når det gjeld detaljert utforming. Når vi går inn på konkrete tilhøve som seinare kan verte gjenstand for forhandlingar, så er det for å peike på vårt fagleg grunngeve standpunkt.

### 5.7.1 Nye og gamle rollar for legevaktlegane

Den tradisjonelle legevaktrolla med heimevakt i beredskap og så køyring med privatbil til legekontoret, til pasienten sin heim eller til ein ulukkesstad, er ikkje lenger føremålstenleg, og vaktlegen må i framtida for det meste ha aktiv tilstadevakt i legevaktstasjonen. Prinsippet må vere at ingen legevaktlege skal arbeide aleine, verken inne på legevakta, i sjukebesøk eller ved utrykning. Hovudregelen bør i framtida vere minst to legar på vakt i kvart legevakt-distrikt. Det er ei rekke ulike roller og vakttypar som må definerast i ei framtidig legevaktordning:

- Aktiv tilstadevakt og beredskap, med vekt på direkte pasientarbeid. Det må bli meir aksept enn til no for bruk av betalt tid i aktiv beredskap. Slik tid kan brukast til trening, oppdatering, gjennomgang av prosedyrar, administrative eller andre faglege oppgåver etter avtale, slik det er vanleg i andre naudetatar, som brannvern og ambulansetenesta.
- Telefonkonsultasjonar må bli ein mykje større del av vaktlegearbeidet. Personellet i legevaktssentralen må nytte vaktlegen aktivt, enten ved å sette telefonen direkte over, eller ved å sette opp liste over telefonkonsultasjonar i timeboka. I tillegg bør ein greie ut om ein skal utvikle rutinar for kvalitetskontroll av prioriteringar og medisinske råd gitt av anna helsepersonell, slik som ein mellom anna finn i Nederland.
- Sjukebesøk må ha ei viktig rolle i legevaktarbeidet. Ikkje som ein ekstra god service til mange, men på gode medisinske indikasjonar (sjå diskusjon nedanfor). Sjukebesøk skal skje med godt utstyrt legevaktbil med sjåfør, for å auke tryggleik og for å ha fleire ”hender”.
- Utrykning av vaktlegen etter lege-ambulansalarm frå AMK- eller legevaktssentralen, er ein sentral funksjon i den akuttmedisinske kjeden. Det bør tilstrebast felles utrykning med ambulansen i flest moglege tilfelle.
- Bakvakt for den aktive legen må vurderast i kvart legevakt-distrikt etter ROS-analyse. Bakvakt kan vere som heimevakt eller som kvilande tilstadevakt, for å avlaste ved stort arbeidspres, når primærvakta er lenge borte i sjukebesøk, på utrykning eller følgjer pasient til sjukehus.
- Bakvakt for raud respons i deler av distriktet der det er lang avstand til legevakta. Alarmering skal berre skje frå vaktlege i aktiv teneste etter vurdering av situasjonen eller frå legevaktssentralen på bakgrunn av lokalt utvikla retningslinjer.
- Bakvakt for utdanningskandidatar, vikarar og turnuslegar for spesialistar i allmenmedisin.
- Andre typer vakter kan tenkast; som eiga vaktordning for sjukeheimar eller vaktordning for samfunnsmedisinske problemstillingar.
- Beredskap på dagtid, enten frå fastlegekontoret eller frå dagopen legevaktstasjon.

#### *Fleire eller færre sjukebesøk?*

Talet tradisjonelle sjukebesøk har minka sterkt ved overgang til større legevakt-distrikt, og i mange har dei nesten blitt borte. I Bergen har talet gått frå rundt 25 000 til eit par hundre i året. Dei er dels erstatta av aukande inntransport til legevakt med ambulanse, og det er grunn til å tru at nedgangen er gått alt for langt i mange distrikt. Sjukebesøk skal vere fagleg begrunna, basert på pasientkategoriar og problemstillingar der sjukebesøk gjev noko i tillegg for diagnostikk, behandling eller utkomme, eller der det er ei urimeleg belastning for pasienten å komme til legevakta. Sjukebesøk kan truleg forhindre innleggingar i sjukehus. Nokre pasientkategoriar peiker seg ut:

- Utrykningar ved akuttmedisinske tilstandar. Her er indikasjonane rimeleg klare, i form av raud og gul respons. Omfanget av raud respons er vanlegvis rekna til 10 per 1 000 innbyggjarar per år. Ut frå studien frå Austevoll, er trongen for legemedverknad totalt sett om lag 20 per 1 000 per år på ettermiddag, kveld og natt utanom vanlege opningstider for legekontora.



- Av generelt skrøpelege og sjuke pasientar, er innlagte i sjuke- og aldersheimar ei stor gruppe. Likeeins er ein stor del av dei som bur i omsorgsbustader (det finst meir enn 50 000 slike) svært hjelpetrengande. Andre pasientar i denne gruppa er pasientar med akutte problem på bakgrunn av kronisk sjukdom behandla med avansert utstyr i heimen, pasientar som har organiserte pleieteam eller pasientar i terminalfasen. Erfaringar tyder på at tal sjukebesøk frå legevakt til slike pasientgrupper kan vere om lag 5-10 per 1 000 innbyggjarar per år.
- Andre pasientar der transport bør unngåast av medisinske eller praktiske grunnar.

Det er såleis ikkje urimeleg om ein i legevaktsamanheng bør ha ei målsetting om å utføre 30-50 sjukebesøk per 1 000 innbyggjarar per år, inkludert utrykningane for akuttmedisinske tilstandar, men med variasjonar knytta til geografi og kommunikasjonar.

### 5.7.2 Kven kan vere legevaktlege?

Nklm legg til grunn at det vert langt fleire fastlegar, ei ordning med utdanningsstillingar i allmenmedisin, at turnustenesta består, og at det såleis vert eit vesentleg større tal legar som kan inngå i legevakt. Det vert truleg eit framtidig krav om å vere spesialist i allmenmedisin for å få fastlegeavtale. Vi har følgjande vurderingar for kva legar som skal eller kan delta i legevakt:

- Fastlegar som er spesialistar i allmenmedisin har plikt til å delta fullt ut i vaktordninga, og har grunnkompetanse til å ha alle typer vakter.
- Fastlegar som ikkje er spesialistar i allmenmedisin har også plikt til å delta fullt ut, og har grunnkompetanse til å ha alle typer vakter når dei har oppfylt EU-kravet om 3 års rettleia teneste, har arbeidd to år som fastlege.
- Andre fastlegar har også plikt til å delta fullt ut, men skal ha vakt saman med eller ha bakvaktordning med spesialist i allmenmedisin.
- Framtidige utdanningskandidatar har plikt til å delta fullt ut, og har grunnkompetanse til å ha alle typer vakter når dei har oppfylt EU-kravet om 3 års rettleia teneste, og har arbeidd to år som utdanningskandidat.
- Andre autoriserte legar eller vikarar har ikkje grunnkompetanse til å ha sjølvstendig legevakt, og skal alltid ha vakt saman med eller ha bakvaktordning med spesialist i allmenmedisin.
- Turnuslegar har plikt til å delta fullt ut i legevakt, men har ikkje grunnkompetanse til å ha sjølvstendig legevakt, og skal alltid ha vakt saman med annan lege med grunnkompetanse, i aktiv vakt, fortrinnsvis spesialist i allmenmedisin.
- Fast tilsette legar i legevaktordninga har vaktplikt, og har grunnkompetanse for alle typer vakter etter fulltidsomrekna 1 års slik teneste og oppfylt EU-krav om 3 års rettleia teneste. Dei følgjer reglane for fastlegar når dei har oppnådd spesialitet i allmenmedisin. Spesialistreglane i allmenmedisin bør tilpassast betre til desse legane enn i dag.

Det skal i tillegg settast faglege og andre krav til vaktlegane utover grunnkompetansen. Dette er omhandla nedanfor. Fritaksreglane for legevakt må reviderast, men prinsippa vidareførast. Det må vere eit mål at alle fastlegar deltek i legevakt i heile si yrkesaktive tid, men med høve til redusert vaktbelastning etter fyllte 55 år. Ingen fastlegar bør påleggast legevakt etter fyllt 60 år eller aktiv tilstadevakt om natta (primærvakt) etter fyllte 50 år. Det må lagast reglar for frivillege vaktbytter, men slik at bytte berre skjer gjennom administrasjonen, og mellom legane som allereie er i ordninga. Legar med vaktplikt skal av faglege grunnar ha minimum 12 vakter i året.

### 5.7.3 Vaktordningar

Kommunen må sikre at det er legevaktordning på dagtid, enten gjennom avtalar med eitt eller fleire legekontor eller gjennom dagopen legevaktstasjon. Resten av dette avsnittet gjeld legevakt utanom vanlege opningstider hos fastlegane.

Det er årleg meir enn 6 000 løpande vakttimar som skal dekkast av ei kontinuerleg legvaktordning utanom vanleg opningstid for fastlegane. Arbeidstidsbestemmelsane i arbeidsmiljølova regulerer ikkje legevaktarbeidet i dag, men framtidige vaktordningar bør ha samme krav som lova. Registreringar viser at fastlegane har ei arbeidstid på nærmare 50 timar i veka før legevakt. Framtidige vaktordningar må kunne gjerast innanfor normalarbeidstida for den som ønskjer det, og som avtalt og frivillig

overtidsarbeid utover dette. Nklm meiner at framtidige vaktordningar og avtalar om desse, bør basere seg på følgjande:

- Største vaktbelastning med aktiv vakt bør vere 8-delt vakt, i bakvakt bør grensa vere 5-delt.
- Vakta si lengde kan variere etter type, belastning og praktiske omsyn, vanlegvis er ei vakt mellom 6 og 8 timar. Partane må inngå avtalar om maksimal vaktlengde for ulike typar vakter.
- Alle legane i vaktordninga skal i utgangspunktet ha lik vaktbelastning i omrekna timar, bortsett frå unntak godkjent i sentral eller lokal avtale. Det skal settast opp ein vaktplan som over ein gitt tidsperiode, inntil eitt år, viser vaktbelastninga og vakttypane, praksisomfanget på dagtid og eventuelt fri før og etter vakt samt den samla timebruken per veke i tidsperioden.
- I vaktbelastninga og vaktplanen inngår alle typer vakter, men også avsett tid til møter, intern opplæring, trening, samhandling med ambulanse og anna vedlikehald av naudsynt kompetanse. Omfanget av slik ekstra tid skal settast til minimum 25 timar i året.
- Ingen kan påleggast ein samla timebruk gjennomsnittleg per veke utover normalarbeidstida, men dette kan avtalast etter nærmare reglar. For legane med vanleg fastlegeavtale betyr det at dei gjennom planen må vise korleis praksisomfanget er sett opp, inkludert fri og avspasering. Vaktplikta har forrang, og praksis på dagtid må tilpassast den legevaktordninga som gjeld.

Bakvaktordningar på grunnlag av avstand skal begrensast mest mogeleg. Dei skal eventuelt innførast basert på avstand frå stasjonær legevakt, normal reisetid for pasienten, reisemåte (for eksempel ekstra båtskyss frå øyar), plassering av ambulanse og eventuelle akutt- og førsteresponsgrupper, folketal, tettstader og særskilte risikoobjekt (vegar, industri, flyplass o.l.), og reglar om dette må utarbeidast. Nklm vil som eit utgangspunkt tilrå at dersom 8-10 tusen innbyggjarar bur geografisk samla i ein reiseavstand på meir enn 40 minuttar køyretid, bør ein alltid ha bakvaktordning, for 4-5 tusen innbyggjarar kan grensa kanskje vere 60 minuttar. Vi kjenner ikkje forskning som vurderer helsevinstar eller konsekvensar av ulike slike avstands- og befolkningsgrenser. Her er det difor stort rom for lokale tilpassingar etter risiko-analyse, men det er viktig å gje befolkninga tryggleik for at lege er alltid tilgjengeleg innan rimeleg tid.

#### 5.7.4 Krav til vaktlegane

Det er i dag ingen faglege krav til legevaktlegane utover kravet om godkjent legeutdanning. Grunnleggande utdanning og trening i basale akuttmedisinske behandlingssprinsipp er oppfylt for alle legar. Spesialistutdanninga i allmenntillegmedisin har innført obligatorisk emnekurs i akuttmedisin for både vidare- og etterutdanninga. Nklm meiner at det må settast spesifikke krav til opplæring og trening for alle vaktlegar, uavhengig av spesialitetsreglane, men slik at utdanningsaktivitetane der kan inngå i dei samla krava for desse legane. Vi ønskjer ikkje ei offentleg generell sertifiseringsordning.

Alle legevakter må ha ein opplæringsplan der lokale krav inngår. Startopplæringa må ha eit omfang på minst to dagar og kan for eksempel haldast to dagar i året samordna med oppstart for nye turnuslegar. Opplæringsplanen må legge vekt på lokale rutinar, interkontrollsystem, bruk av helseradio, lokal geografi og samhandling. Samtlege legar skal gjennomføre kontinuerleg opplæring i samsvar med opplæringsplanen, mykje kan truleg gjennomførast ved hjelp av sjekklister under vakt i periodar med lite aktivitet. Når det gjeld omfanget av trening og opplæring, viser vi til forslaga ovanfor og handlingsplanen.

Det må leggast særskilt vekt på opplæring og trening i akuttmedisinske prosedyrar tilpassa vaktlegane både for medisinske tilstandar og skadar, da tilstrekkeleg kompetanse her er ein fundamental føresetnad for medisinsk kvalitet. Det finst ulike kurskonsept, meir eller mindre tilpassa og eigna for norske vaktlegar. PHTLS- (Prehospital trauma life support) og AMLS-kurs (Advanced Medical Life Support) er to kurskonsept som er mykje i bruk for legar og ambulanspersonell. Paramedics-utdanningar har også relevante modular. Kommune-BEST er prøvd ut i kommunar i Nord-Norge, det er eit eindags kurs for allmennlegar, sjukepleiarar samt ambulanspersonell, med fokus på trening i akuttmedisinsk teamarbeid utanfor sykehus. Vi går inn for det skal utgreiast ei nasjonal satsing (gjennombrøtsprosjekt) på akuttmedisinsk opplæring og trening i medisinske og traumatologiske prosedyrar basert på prinsippa i desse kursa og Nklm sin eigen mal for akuttmedisinskurs for allmennlegar.

Nklm går inn for at det vert stilla språkkrav til legar som deltek i legevakt. Språkkrava må gjelde alle legar heile året, også vikarar.

### 5.7.5 Lønn og godtgjering

Lønn og godtgjering til legar i vakt og ordningane rundt dei, er i stor grad avtalespørsmål. Nklm har difor berre nokre få, men prinsipielle synspunkt på dette:

- Alt legevaktarbeid bør vere fastlønta, bakvakt og heimevakt etter omrekna timar.
- Vaktplanar, avlønningssystem og omrekningfaktorar bør i størst mogeleg grad tilpassast til det legane har i sjukehus. Dette vil auke gjenkjenningseffekten i vilkåra for unge legar, og bidra til rekruttering og betre konkurransevilkår for allmennmedisinen.
- Fastlegar som er spesialistar i allmennmedisin bør i legevakt ha lønns- og arbeidsordningar på line med vaktordningar for overlegar i sjukehus.
- Det må avtalast ordningar for full praksiskompensasjon for fastlegar som har aktiv legevakt natt før yrkedag med klinisk arbeid.
- All pålagt teneste på dagtid må godtgjerast etter vanlege prinsipp i normalt tariffen.
- Det må utgreiast forsikringsordningar under vakt, herunder for akuttmedisinske oppdrag utført med privatbil, legevaktbil eller ambulanse.

### 5.7.6 Samla vurdering av legevaktlegen si rolle

Nklm meiner at omsynet til medisinsk kvalitet, legane sin arbeidssituasjon og framtidig rekruttering til fastlegeordninga krev omfattande tiltak for og omkring legevaktlegen. Omtalen og forslaga ovanfor er nærmare spesifisert i handlingsplanen.

## 5.8 Nasjonal statistikk, forskning og utviklingsarbeid (FOU)

Nklm og mange andre har påpeikt manglande kunnskaps- og statistikkgrunnlag for legevakt og dei prehospitale tenestene. Det er heilt naudsynt å få starta nasjonale prosjekt for drifts- og styringsdata, i tillegg til dei meir fragmenterte datainnamlingane som skjer i dag, for eksempel ved NAV og Nklm. Legevaktmedisin, og delvis også prehospital akuttmedisin, har dessutan låg forskningsaktivitet, spesielt gjeld dette kliniske forskingsprosjekt. Sjølv om Nklm og andre er komme godt i gang med forskningsaktivitetar, er det langt igjen før legevaktfeltet har eit tilstrekkeleg nivå.

### *Nasjonale statistikk*

Statistikk og epidemiologisk kartlegging har stor verdi i seg sjølv, og slike data kan brukast som utgangspunkt for betre planlegging av verksemda både nasjonalt og lokalt, og til forskings- og utviklingsarbeid. Dersom data kan knyttast til ulike former for tilbakemeldingar (audit), kan epidemiologiske data også verte eit verdifullt kvalitetssikringsverktøy. Vaktårnprosjektet ved Nklm må sjåast på som ei naudløysing i mangel på gode nasjonale data for legevaktaktivitet, og sjølv med tillegg av NAV-data frå rekningskort, manglar vi heilt sentrale driftsdata frå tenesta.

Helsedirektoratet er no i gang med å utrede metodar for statistikk frå allmennlegetenesta inkludert legevakt. Føremålet med utvikling og innsamling av offentleg statistikk er tredelt:

- planlegging/styring, inkludert sikre pasientforløp gjennom effektivt samarbeid
- forskning og fagutvikling
- kvalitetsforbetring i den enkelte allmennlegepraksis/legevakt

Nklm er ein pådrivar i dette arbeidet og vil bidra til utvikling av variabelsett og bruk av data. Nklm si eventuelle framtidige rolle i analyse og bruk av data, må avklarast seinare.

### *Forskning og fagutvikling (FOU)*

Forskningsaktiviteten og omfanget av viktig fagleg utviklingsarbeid i norsk legevaktmedisin må aukast. Opplegg for kvalitetsikring, utviklingsarbeid, evalueringsarbeid og forskning må gå hand i hand, og ein må ha ambisjonsnivå om høg kompetanse og kvalitet. Sjølv om Nklm er sentral i slike aktivitetar, må Senteret aktivt søke samarbeid og støtte med andre miljø og prosjekt. På nokre område meiner vi forskings- og utviklingstrongen er særleg stor: Utvikling av kvalitetsindikatorar, kommunikasjon, risikovurdering og hastegradsvurdering i legevaktssentralar, kliniske forskingsprosjekt, vald og

fattigdomsproblematikk, innvandrarsjelse, telemedisin, diagnostikk på legevakt, inkludert bruk av laboratorietenester og til slutt forskning knytta til overgrepsmottaka. Det må finnast FOU-ressursar til å starte ulike modellutprøvingar under full drift.

Også i legevaktene må det finnast FOU-ressursar. Dei største legevaktene har allereie overlegestillingar utover legevaktsjefen, med tid tileigna prosedyrearbeid, statistikk og utgreiingsarbeid samt forskning. I legevakter som dekkar meir enn 100 000 innbyggjarar bør det tilsettast både lege med slike oppgåver og fagutviklingssjukepleiar i fulle stillingar, dei mindre legevaktene kan ha mindre stillingsbrøkar. Til dømes har Legevakta i Drammensregionen 100 % stilling som lege med spesielt ansvar for den medisinske utviklinga av legevakta, herunder ansvar for opplæring og rettleiing, utvikling og oppfølging av kvalitetssystema, forskning og prosjektarbeid.

Helseforetaka har langsiktige mål om at 5% av driftsbudsjettet skal brukast på forskning og innovasjon. Helse Sør-Øst foreslår at i tillegg til store summar til universitetsavdelingane, skal minst 1% av budsjettet i alle helseforetak brukast til forskning allereie i 2009. Vi registrerer stillingar som fulltids forskingsleiar for foretak og deler av foretak med mindre enn 200 årsverk, i tillegg til stor satsing på kvalitetsutvikling og prosedyrearbeid. Primærhelsetenesta ligg langt tilbake i forskingssatsing i høve til ein rimeleg balanse i høve til foretaka, og det manglar både pengar og strukturar.

Rapporten ”Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene” frå Hdir (2008) antar at det er trong for minst 50 legeårsverk for å styrke forskingsaktiviteten ved dei allmenntilleggslege forskingseiningane, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Nklm. Også lokalsjukehusrapporten meinte at ein må få ytterlegare forskning på den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

Det må vere ei målsetting om 3% av driftsbudsjettet ved legevakt til sentrale FOU-tiltak. Dette skal da dekke drifta ved Nklm, eit større eksternt prosjektbudsjett, ulike typar stipend, midlar til lokale prosjekt og ulike opplæringstiltak og modellforsøk i storskala. Nklm bør fungere som eit ressurscenter for å utvikle metodologien for forskning på legevakt, og bør ha betydeleg initierings- og rettleiarfunksjon. Senteret må også ha tilstrekkeleg registerepidemiologisk kompetanse til å ivareta eventuelle oppgåver knytta til nasjonal legevaktstatistikk og statistikk frå den akuttmedisinske kjeden.

## 5.9 Oppsummering: Legevakt - ein naudetat i bakleksa

Denne noko spissformulerte tittelen peikar på det som etter Nklm sitt syn er eit historisk faktum; legevakttenestene har ikkje utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga vi har sett i resten av helsetenesta dei siste 10 åra:

- Haga-utvalet kom med si innstilling i juni 1998. Les ein i dag utvalet sin gjennomgang av dei kommunale legevakttenestene, vurderingane, konklusjonane og forslaga, så kunne ein på fleirtalet av områda tatt teksten frå den gang inn i denne rapporten uendra.
- Samstundes er det klart at for Haga-utvalet sine kapittel med forslag knytta til medisinsk naudmeldeteneste og ambulansetenesta, er mykje gjennomført, og det er tilført betydelege ressursar for å få det til, både før og etter foretaksreforma.
- Ser ein på organiseringa, dei administrative og faglege ressursane og støttefunksjonane i Helseforetaka sine prehospitala tenester, er forskjellane til legevakt tydelege, og ein må la seg imponere av den profesjonaliteten som finst i dei fleste ledd, både fagleg og organisatorisk.

Etter den samla gjennomgangen av legevakttenestene og analysen av utfordringane, må Nklm konkludere med at kommunal legevakt treng betydeleg opprustning og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtidens krav til fagleg og administrativ kvalitet.

## 6 Framtidas legevakt: VISJON LEGEVAKT 2015

Basert på situasjonsomtalen samt situasjonsanalysen med utfordringsbiletet i dei to føregåande kapitla, er det klart at legevakttenestene har eit klart forbetningspotensiale og står ovanfor store kvalitetsutfordringar i tida som kjem. For å sette forslaga til tiltak inn i ei ramme, har vi funne det nyttig å etablere ein visjon om framtidas legevakt: *VISJON LEGEVAKT 2015*.

Visjonen skal vere ein overordna omtale av kva legevakt skal vere, for kven og kva, og korleis vi bør starte på vegen mot å gjere kommunal legevakt til ein profesjonell naudetat med høg kvalitet, spesifiserte oppgåver og likeverdige tenester over heile landet. Tidsperspektivet bør vere realistisk, slik at dei første endringar i det små, saman med større juridiske, organisatoriske og ressursmessige endringar over tid, skal peike mot ei komplett utbygt ny legevaktteneste om nokre år. Vi har valt eit femårsperspektiv med utgangspunkt i at ein plan kan vedtakast i 2010. Tiltaka og planen skal vere tilpassa norsk geografi og busetnad, tilgjengelege og nye ressursar, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon, og framstå som samhandlande med andre aktuelle helsetenester på kommunalt nivå og i andrelinetenesta, samt andre relevante offentlege etatar og tenester.

I følge Nasjonal helseplan (2007-2010) er Regjeringa sitt mål at heile befolkninga skal ha likeverdig tilgang til forsvarlege helsetenester. Behandling og oppfølging skal organiserast etter lågaste effektive omsorgsnivå. Helsetilboda er verdiforankra og skal drivast rasjonelt, ha god kvalitet og stå i teneste for det einskilde mennesket. Sentralt i rettferdstenkinga i helsetenesta står også at det er dei med dei mest alvorlege tilstandane som skal ha prioritet. I rettferdsomgrepet inngår også tilhøva kring nærleik og tilgang til tenester uavhengig av bustad, kjønn, alder og andre individuelle tilhøve.

Vi har valt å framstille visjonen langs tre dimensjonar:

- Det medisinsk-faglege perspektivet
- Pasientperspektivet
- Organisasjonsperspektivet

På denne måten vil vi gjere rammene for diskusjonen og dei detaljerte forslaga om tiltak som kjem i det neste kapitlet i form av lov- og forskriftskrav, nasjonale standardar, retningslinjer, rettleiingar og forsøksverksemd. Visjonen tek utgangspunkt i det typiske, både folketalmessig og geografisk, men vi er vel vitande at det må gjerast organisatoriske tilpassingar for dei minste og største driftseiningane. Faglege kvalitetskrav og kva som er forsvarlege tenester, skal likevel vere grunnleggande likt.

### 6.1 Det medisinsk-faglege perspektivet

Kommunal legevakt skal vere ein moderne, fagleg kompetent, effektiv og profesjonell naudetat som sikrar befolkninga eit trygt, berekraftig og oversiktleg medisinsk naudhjelpstilbod av høg kvalitet heile døgnet. Tenestene skal både vere organisert som og fungere som samhandlande med pasienten sin nytte i fokus. Neste ledd skal stå klar til å ta over, utan avbrot og opphald dersom det er naudsynt, enten det er ambulanseteneste, spesialiserte tenester i sjukehus, politi, brannvern eller kommunale tenester og omsorgstilbod, som til dømes fastlegen, jordmor, psykisk helsevern, kriseteam, barnevern, heimesjukepleie eller sjukeheim.

Legevakt er ein sentral del av ei moderne primærhelseteneste og står i nær samanheng med ei velfungerande fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk verksemd, men óg ein viktig og første del av den akuttmedisinske kjeden, der allmennlegane skal vere den primære legeressursen i prehospital akuttmedisin.

Legevakt har fleire funksjonar:

- Vere ein del av den allmenne helseberedskapen i kommunen.
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstandar som er akutt livstruande, og som krev at pasienten må raskt til sjukehus.
- Diagnostisere tilstandar som krev tilvising til eller innlegging i sjukehus utan særleg tidstap.

- Største volumet av legevakttenester vil framleis vere å diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmenmedisinske tilstandar, der pasienten ikkje har trong for sjukehusbehandling.

Legevakt skal i framtida vere meir innretta mot beredskap, akuttmedisin og det som hastar. Volumet av direkte pasientkontaktar (legekonsultasjonar) må reduserast i høve til i dag. Men utover den eigentlege akuttmedisinske beredskapen har befolkninga framleis trong for, og nytte av, legetenester utanom vanleg arbeidstid for fastlegeordninga. Dette gjeld for tilstandar som gjev pasientane stort ubehag, tilstandar som kan forverrast ved lang ventetid på medisinsk vurdering eller behandling, eller tilstandar og symptom som utløyser stor redsle eller frykt for helseskade.

Pasientstraumen skal styrast av faglege omsyn. Kontakt med legevaktsentralen eller legevakt skal medføre umiddelbar forsvarleg fagleg vurdering og prioritering, og deretter utløyning av relevante tiltak. Slike tiltak kan vere:

- Akuttmedisinske aksjonar i samhandling med andrelinetenesta sine prehospitala tenester.
- Konsultasjon eller sjukebesøk ved vaktlegen.
- Rådgjeving og telefonisk oppfølging frå legevaktsentralen og helsepersonell ved legevakta.
- Aktivering av og samhandling med andre kommunale tenester.

Hastegradsvurdering og prioritering (triage) er ein sentral del av medisinsk fagkunnskap i legevakt. Slik kompetanse må utviklast og sikrast til eit mykje høgre nivå enn i dag, både hos legar, sjukepleiarar og anna helsepersonell, for å sikre rett diagnose, rett nivå på dei medisinske tiltaka, bidra til rasjonell ressursbruk, men óg for å hindre medisinske feil og klagesaker.

Pasientar med problemstillingar som kan vente til neste yrkedag, skal sikrast tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akutttenester til eigne pasientar på dagtid må styrkast, og alle som etter medisinsk vurdering treng time samme dag skal få tilbod om dette frå fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikkje visast til legevakta. Det skal forventast at fastlegen reiser i sjukebesøk til pasientar som ikkje kan komme til legekontoret, for eksempel pasientar med forverring av kronisk sjukdom eller pasientar i livets slutfase.

## 6.2 Pasientperspektivet

Pasientar eller andre som opplever trong for akutt og livreddande medisinsk vurdering eller intervensjon skal fortrinnsvis nytte det felles nasjonale naudnummeret for helse (for tida 113).

Hvis hjelpa kan vente litt, skal alle gjennom eit felles nasjonalt legevaktnummer heile døgnet komme i kontakt med den legevaktsentralen som dekkar det aktuelle området, for raskt å få ei god fagleg vurdering og prioritering av tilstanden. Kontakt med legevakt skal i dei aller fleste tilfelle først skje via telefon, også ved dei største legevaktene.

Legevaktsentralen kan kontaktast ved alle slags akutte helseplager og skadar eller mistanke om akutt sjukdom. I tillegg skal legevakta vere første kontaktinstans ved seksuelle overgrep og vald, og kan dessutan vere ein open kanal ved sosiale og personlege kriser; som alle skal vurderast, prioriterast, eventuelt visast vidare, og handterast på line med andre kontaktar.

Pasientane skal oppleve ei saumlaus helseteneste, der tenesta sjølv tek ansvar for forlaupet og oppfølging av kontakten, uavhengig av forvaltningsnivå og lokal administrativ organisering. Utan forseinkande opphald skal ein kunne få naudsynt hjelp frå helsepersonell ved legevaktsentralen og legevakta, frå ambulansenesta, frå vakthavande lege ved konsultasjon eller sjukebesøk, eller få råd om eigenomsorg eller vidare observasjon eller andre tiltak heime.

God kvalitet er å få rett vurdering og behandling på rett stad til rett tid. God kvalitet er også å bli møtt med gode haldningar og respekt, uansett bakgrunn, problemstilling og personleg situasjon. Handteringa i legevakttenesta skal medføre tryggleik, tillit og nøgde pasientar, og målet er at informasjon, prioritering og tiltak skal bli forstått og akseptert.

### 6.3 Organisasjonsperspektivet

Kommunane skal organisere seg i legevaktdistrikt som gjer det mogeleg å drive legevakt i form av veldrivne legevaktstasjonar med profesjonell fagleg og administrativ leiing, med same kvalitetskrav og krav til internkontrollsystem som i andre etatar og organisasjonar. Kwart distrikt skal ha sin eigen legevaktsentral lokalisert saman med legevakta, og kan bestå av ein eller fleire kommunar eller delar av kommunar. Eit legevaktdistrikt skal alltid vere likt definert, uavhengig av dag og tid på døgnet.

Distriktet skal ha ein eller fleire faste, godt utstyrte legevaktstasjonar i eigne lokale med kvalifisert lege/legar i tilstadevakt, minstenorma skal i utgangspunktet vere to legar på vakt. I store legevaktdistrikt med fleire legar i aktiv teneste kan ein ha ulike funksjonar med parallelle vaktplanar, som til dømes vaktordning for kommunale helseinstitusjonar, køyrande sjukebesøkslege, lege som gjev telefonråd og er i støttefunksjon for legevaktsentralen, i tillegg til vanleg konsultasjonsverksemd og beredskap på legevaktstasjonen. Utover legane skal kvalifisert helsepersonell vere tilstades heile døgnet, og dei skal inngå i jobbrotasjon mellom legevaktsentral og ulike pasientretta oppgåver i legevakttenesta. Legen skal aldri arbeide aleine, og skal ha tilgang til transport (legevaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utrykningskøyretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utrykningar og sjukebesøk. Slik skal legevakt vere ein god, forsvarleg og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrande arbeidsoppgåver for alle.

I distrikt med lange reisetider for ei nærmare definert folkemengde, skal det vere bakvaktordningar med lege som kan aktiverast ved livstruande hendingar (raud respons) og ved andre oppgåver som treng legevurdering som ikkje kan vente. Aktivering av lege i bakvakt skal ikkje skje automatisk ved alarm frå AMK eller legevaktsentralen, men etter vurdering av legevaktlege i aktiv vakt.

Minst ei av legevaktene i kvart fylke skal ha funksjon som fast organiserte overgrepsmottak, og alle kommunar skal ha avtale om tenester frå eitt slikt mottak. Mottaka skal ha eigne vaktordningar for både legar og anna helsepersonell. Alt personell skal ha gjennomgått særskilt opplæring og kvalifisering for slik teneste. Unntaksvis kan overgrepsmottak organiserast på annan måte, som for eksempel gjennom mobile utrykningsteam eller ved kjøp av tenestene frå andrelinetenesta.

Legevakt skal vere ein integrert del av dei prehospitala akuttmedisinske tenestene. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med dei andre aktørane, inkludert avanserte kommunikasjonsløyseringar via naudnett og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansenesta, AMK og sjukehus, samt brannvern og politi når det er naudsynt. Legevakta bør vere lokalisert langs logisk reiseveg til sjukehus for dei fleste pasientane, og den bør lokaliserast nær eller saman med sjukeheim, base for heimetenester i døgndrift, brannstasjon, ambulansestasjon eller lokalsjukehus, der slike finst.

Gjennom legevaktsentralen skal befolkninga ha tilgang til forsvarleg medisinsk vurdering heile døgnet. Men legevakt på dagtid kan av kommunen organiserast slik at fastlegane yter akutte legetenester frå fastlegekontoret og inngår i beredskapsordningar for legevakttenester utanom kontoret (utrykningar) utover fastlegane sin vanlege akuttfunksjon ovanfor eigne pasientar. Pasientar med problemstillingar som ikkje er høgt prioriterte ved legevakt og AMK, skal i utgangspunktet alltid ringe fastlegekontoret på dagtid. Men helsepersonellet på legevaktsentralen skal ivareta mottak og prioritering av alle kontaktar som kjem via legevakttelefonen, samt organisere tilbodet til pasienten, også utan at det alltid er lege i tilstadevakt på stasjonen. Alle legar med regelmessig vakt skal ha kommunikasjonsutstyr (helsradio) og alle fastlegekontor skal ha utstyr for og vere tilgjengeleg på helserradionettet/naudnett på dagtid.

Legevaktsentralen skal kunne samhandle elektronisk med både spesialisthelsetenesta, fastlegane og relevante kommunale tenester. Legevakta skal ha tilgang på fastlegedatabasen, skal kunne ha elektronisk meldingsutveksling (epikriser og andre meldingar) og kunne ha elektronisk tilgang til akutt-timar i fastlegane sine timebøker. Legevakta må også kunne få tilgang til viktige medisinske opplysningar (medikamentlister, tidlegare og kroniske sjukdommar og diagnosar) dersom slike system vert utvikla nasjonalt.

Alle spesialistar i allmenntmedisin med fastlegeavtale skal delta i legevakt som ein integrert del av fastlegeavtalen. I tillegg skal andre legar under utdanning i kommunen (fastlegar, legar i spesialisering og turnuslegar) delta under rettleiing av spesialist i allmenntmedisin. Legevaktordninga kan også ha fast tilsette legar og vikarlegar. Felles for alle legane er at dei, som dei andre tilsette, oppfyller nasjonale og lokale kvalifikasjonskrav, har gjennomgått naudsynt intern opplæring, og tek systematisk del i trening, vidare opplæring og samhandlingsøvingar.

Legane skal inngå i ein fast vakt- og tenesteplan etter prinsippa i arbeidsmiljølova, der vaktene, øvingar, opplæring, utsjekk av utstyr, oppdatering i prosedyrar og møter i legevakt, kurativ verksemd og andre kommunale eller faglege oppgåver inngår, på ein slik måte at totalarbeidstida vert identifisert, inkludert eventuelt fri før og etter vakt, og slik at dei som ønskjer det, gjennomsnittleg kan ha normalarbeidstid. Legane skal ha fast lønn for alt arbeid på tenesteplanen, og det må sikrast kompensasjonsordningar for fråvær av legen frå fastlegepraksis på grunn av legevakt. Vaktomfanget og arbeidsbelastninga, spesielt om natta, skal vere slik at legane kan halde ut over lang tid, og såleis bidra til rekruttering og stabilisering av legetenestene i kommunane.

Kostnadane til legevakt vil måtte auke vesentleg i høve til i dag. Legevakt slik den er omtalt i denne visjonen, vil likevel vere ei relativt billeg, men framfor alt kostnadseffektiv løysing i høve til dei viktige beredskapsføremåla, det store volumet av kontaktar og dei viktige helsemessige implikasjonane som tenesta står for. I tillegg kjem eit vesentleg samordningspotensial internt i kommunane, med legevakt i samhandling med andre kommunale oppgåver i stort omfang.

Finansieringa må sikrast gjennom statlege tilskott, ordinære kommunale løyvingar, aktivitetsbaserte refusjonar og eigendelar frå pasientane. Ei legevaktordning i samsvar med prinsippa i denne planen kan medføre svært ulike nettokostnadar per innbyggjar mellom kommunar med få og mange innbyggjarar og mellom legevaktstrikt med små og store avstandar. Det må etablerast statlege ordningar som kompenserer for slike forskjellar og som sikrar eit likeverdig tilbod over heile landet.



## 7 Forslag til tiltak: Nasjonal handlingsplan for legevakt

Dette kapitlet spesifiserer forslag til tiltak som er omtalt tidlegare i rapporten, og utgjer såleis den eigentlege handlingsplanen. *Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt* består i det vesentlege av forslag som vi ber Helsedirektoratet følgje opp gjennom ulike former for myndigheitskrav og andre tiltak: Forskrift eller forskriftsendringar, rundskriv, retningliner, rettleiarar, målsettingar og tilrådingar. Mange tilhøve må også avtalast gjennom forhandlingar mellom partane i arbeidslivet.

### 7.1 Forskrift, retningsliner eller råd?

Oppdragsbrevet ber om ei vurdering av om noverande forskrifter treng revisjon eller tillegg, eller om det bør utarbeidast ei heilt ny forskrift for kommunal legevakt. Samtlege kapittel i akuttmedisinforskrifta inneheld paragrafar som angår kommunal legevakt, medan kapittel 3 – Kommunal legevaktordning (§§ 11-12) gjev nærmare definisjon av og innhald i tenesta. Kapittel 3 er kortfatta og gjev lite detaljar om korleis kommunal legevakt skal organiserast og drivast.

Nklm vil bestemt tilrå at legevakttenesta skal forankrast i forskrift betre enn i dag. Vi ser det som einaste farbare veg for å løfte kvaliteten på legevakttenestene i eitt og samla grep. Det er trong for meir spesifiserte reglar om organisering, kommunale plikter og faglege krav til innhald, i form av rettsleg bindande regulering av deler av tenesta. Forskrifta bør også ha eit kapittel om utfyllande bestemmelsar som gjev Departementet og Helsedirektoratet fullmakt til å lage meir detaljerte reglar i form av rundskriv eller andre utdjupande dokument innanfor ramma av forskrifta.

Fordelene med forankring i forskrift er mellom anna:

- Den historiske utviklinga tilseier at eit løft for legevakt må forankrast i bindande forskrift.
- Rettsleg bindande reglar gjev betre grunnlag for tilsyn og kontroll.
- Forskrift sikrar lik behandling, like normer og standarder, uavhengig av geografi og økonomi.
- Forskrift gjev heimel for meir detaljerte reglar med sterkare rettsverknad.
- Ei eiga "adresse" for sentrale krav til tenesta gjer det enklare å identifisere krava.

Ulemper med forankring i forskrift kan vere:

- Mange detaljar eignar seg ikkje for forskrift.
- Den medisinske og organisatoriske utviklinga skjer raskt. Forskrifter bør ikkje endrast for ofte.
- Det er ein meir omstendeleg prosess å gjennomføre.
- Forskrift sikrar heller ikkje nødvendigvis etterleving av krava.

Når det gjeld detaljnivået, så har mange andre forskrifter eit svært høgt detaljeringsnivå. Nklm ser difor ikkje noko hindring her, i høve til vårt føremål. I tillegg kan det gjevast meir detaljerte spesifikasjonar som merknader direkte i forskrifta, slik som i akuttmedisinforskrifta. Nklm meiner at så lenge hovudkrava til kommunal legevakt allereie er forskriftsfesta, blir spørsmålet heller om akuttmedisinforskrifta skal utvidast, eller om relevante avsnitt og kapittel skal takast ut og danne grunnlaget for ei eiga forskrift saman med nytt innhald. Argument for ei eiga forskrift er mellom anna:

- Det er ikkje naturleg at heile den kommunale legevaktordninga ligg under ei forskrift med hovudoverskrifta "akuttmedisinske tenester".
- Naudsynte paragrafar som angår både kommunar og foretaka, kan ha krysstilvisingar eller vere i begge forskriftene. Dette er det mange eksempel på i eksisterande forskrifter.
- Det vert truleg enklare å definere kva deler av forvaltninga som har ansvaret for å følgje opp.
- Eiga forskrift gjer reglane enklare å finne for kommunar, forvaltning og fagmiljø.
- Kommunal legevakt får auka autoritet og status.

Nklm konkluderer utifrå argumenta ovanfor at det er best om det blir laga ei eiga **Forskrift om krav til kommunal legevaktordning**. Men ei utviding av den eksisterande akuttmedisinforskrifta vil også vere ei akseptabel, om enn mindre ønskjeleg, løysing.

## 7.2 Nasjonal handlingsplan for legevakt

Landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggjarar innan eit rimeleg areal. Alle ordningar av ein slik storleik vil etter vårt syn vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstillе foreslåtte forskriftskrav og moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Forslaga i handlingsplanen er delt inn i ulike temagrupper. Innan kvar del er forslaga nummerert for å lette gjenfinning og referering. Bak kvart forslag har vi i parantes ( ) gitt kva form og nivå vi meiner forslaget bør ha.

### 7.2.1 Overordna organisering: Forskrift om krav til kommunal legevaktordning

For ei ny Forskrift om krav til kommunal legevaktordning, har Nklm følgjande forslag til innhald og konkrete krav:

1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus må reviderast og tilpassast ei ny Forskrift om krav til kommunal legevaktordning. Bestemmelsane om formål, samhandling og om felles trening skal vidareførast i ny forskrift, saman med omtalen av legevakttenesta.
2. Forskrifta skal innehalde kapittel om definisjonar, målsettingar, oppgåver, krav til organisering, vaktordningar, overgrepsmottak, legevaktsentral, legevaktstasjonar, kompetansekrav, språkkrav, dispensasjonsreglar og heimel for utfyllande reglar for legevakt. Lista er ikkje uttømmende.
3. Alle kommunar skal vere deltakar i eit legevaktdistrikt. Eit legevaktdistrikt kan bestå av ein eller fleire kommunar eller delar av kommunar, men skal alltid vere likt definert, uavhengig av dag eller tidspunkt på døgnet.
4. Legevaktdistriktet skal ha ein eller fleire faste, godt utstyrte legevaktstasjonar i eigne lokale med lege/legar i tilstadevakt saman med anna helsepersonell.
5. Kwart legevaktdistrikt skal ha sin eigen legevaktsentral bemanna med kvalifisert helsepersonell, lokalisert saman med ein legevaktstasjon.
6. Legevaktsentralen skal ha kompetanse til å motta og vurdere alle typar helsefaglege kontaktar, inkludert å vere første kontaktinstans ved seksuelle overgrep og vald, sosiale og personlege kriser; som alle skal vurderast, prioriterast og handterast, eventuelt visast vidare til relevant instans.
7. Svar og rådgeving ved anrop frå tryggleiksalarmar kan vere ei oppgåve lagt til legevaktsentralen.
8. Minstenorm skal i utgangspunktet vere to legar på vakt. I store legevaktdistrikt med fleire legar i aktiv teneste, kan legane ha ulike funksjonar med parallelle vaktplanar, som til dømes vaktordning for kommunale helseinstitusjonar, samfunnsmedisinsk bakvakt, køyrande sjukebesøkslege, lege som gjev telefonråd og er i støttfunksjon for legevaktsentralen, i tillegg til vanleg konsultasjonsverksemd og beredskap på legevaktstasjonen.
9. Ingen legevaktlege skal arbeide aleine, verken inne på legevakta, i sjukebesøk eller ved utrykning.
10. Legen skal ha tilgang til transport (legevaktbil med medisinsk og anna relevant utstyr, registrert som utrykningskøyretøy) med sjåfør med relevant utdanning, for utrykningar og sjukebesøk.
11. Ved ulukker har legevaktlegen ansvaret for å organisere og leie det medisinske arbeidet på ein skadestad og inngår i leiinga av aksjonen som Fagleiar Helse. Fagleiar Helse skal samarbeide nært med skadestadsleiar og vere denne sin rådgjevar i medisinske spørsmål.
12. Utover legane skal kvalifisert helsepersonell vere tilstades heile døgnet, og det skal vere jobbrotasjon mellom legevaktsentral og ulike pasientretta oppgåver i legevakttenesta.
13. Ved lange reisetider for ei nærmare definert folkemengde, skal det vere bakvaktordningar med lege som kan aktiverast ved livstruande hendingar (raud respons) og ved andre oppgåver som treng legevurdering som ikkje kan vente. Nærmare reglar kan gjevast i rundskriv.
14. Kommunen skal organisere legevakttenesta på bakgrunn av ei stadig oppdatert risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS-analyse) av mellom anna sjukdoms- og skadeforekomst, tilgangen til og kompetansen ved legevaktordninga, ambulansetenesta og sjukehus.
15. Alle legevakter skal utarbeide risiko og sårbarheitsanalyse (ROS-analyse) som del av internkontrollsystemet, med særleg vekt på tryggingstiltak for personellet.
16. Legevakt skal vere ein del av kommunen sin beredskapsplan, spesielt med tanke på krisesituasjonar som epidemiar, større ulukker, naturkatastrofar og liknande.
17. I kvart legevaktdistrikt skal det vere eit samarbeidsråd for kontakt mellom spesialisthelsetenesta (sjukehus, ambulanseteneste, AMK) og kommunane (kommuneoverlege, administrativ og fagleg leiar av legevakta, eventuelt andre).

18. Det skal rapporterast bestemte drifts- og pasientdata frå legevakt, inkludert daglegevakt.
19. Alle legevakter skal gjennomføre lokal brukarundersøking minst kvart tredje år.
20. Legevaktordninga skal ha administrativ leiar i full stilling og medisinskfagleg ansvarleg lege (legevaktoverlege) i minst 50% stilling. Legen skal vere spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.
21. Helsedirektoratet kan gje dispensasjon frå minstekrava til organisering, vaktordning og utstyr.

### 7.2.2 Overordna organisering: Tilrådingar og forslag om rundskriv og retningsliner

1. Det bør utarbeidast rundskriv om når bakvaktordningar for klinisk beredskap må innførast, basert på relevante faktorar. Nklm vil som eit utgangspunkt tilrå at dersom 8-10 tusen innbyggjarar bur geografisk samla i ein reiseavstand på meir enn 40 minuttar køyretid frå legevaktstasjonen, bør ein ha bakvaktordning. For 4-5 tusen innbyggjarar kan grensa kanskje vere 60 minuttar, men med lokale vurderingar og tilpassingar etter risiko-analyse (Rundskriv).
2. Det skal startast eit arbeid med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorar for legevakt, både administrative og kliniske (Tilråding).
3. Ordning med integrerte felles akuttmtotak (FAM) bør ikkje vere modell for organisering av legevakt i kommunar med sjukehus. Nklm vil derimot tilrå samlokalisering av ambulansestasjonar og legevakt, gjerne lokalisert til sjukehus der slike finst, og elles samlokalisering mellom ambulanse, legevakt og kommunale tenester som brannvern, sjukeheim og base for heimesjukepleien (Tilråding).
4. Det skal utarbeidast ein mal (nasjonal standard) for intern risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS-analyse) i legevakt (Rettleiar).
5. Det skal vere praksiskonsulentordning (PKO) i akuttmedisin ved alle helseforetak (Tilråding).
6. Legevaktene må sikrast tilgang på tolketenester heile døgnet (Tilråding).
7. Det skal utviklast og utprøvast nye modellar for samhandling med andre kommunale etatar, inkludert sambruk av personell i brannvern og heimesjukepleien (Tilråding).
8. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal i samarbeid med Nklm kvart tredje år gjennomføre ei nasjonal brukarundersøking mellom pasientar frå legevakt (Tilråding).
9. Nklm skal i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeide ein standardisert mal for enkle lokale brukarundersøkingar, med eventuelle lokale tilleggsspørsmål. Malen og manual for bruk, analyse og rapportering skal stillast til gratis disposisjon for legevaktene (Retningsline).
10. Det bør utgreiast om legevakter bør etablere eit råd eller referansegruppe med brukarar av legevakta og representantar for brukarorganisasjonar (Tilråding).
11. Dei kommunale beredskapsplanane bør vere integrert med anna beslutningsstøtteverktøy på legevakta og legevaktssentralen, personalet skal kjenne planane og indikasjonane for bruk, og planane skal brukast aktivt ved aktuelle hendingar i distriktet (Rundskriv).
12. ”Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordningar” bør revideres og utviklast etter at nye hovudprinsipp for legevakt er vedtatt (Tilråding).
13. Det skal lagast rundskriv om krav til administrative og faglege leiarressursar (Rundskriv).
14. Det må utgreiast forsikringsordningar under vakt, herunder for akuttmedisinske oppdrag utført med privatbil, legevaktbil eller i ambulanse (Tilråding).
15. Det bør utviklast enklare betalings- og refusjonsordningar for legevakt enn i dag (Tilråding).
16. Partane bør gjennomgå reglane om fritak for legevakt. Det må vere eit mål at alle fastlegar deltek i legevakt i heile si yrkesaktive tid, men med høve til redusert vaktbelastning etter fyllte 55 år. Ingen fastlegar bør påleggast legevakt etter fyllt 60 år eller aktiv tilstadevakt om natta (primærvakt) etter fyllte 50 år (Tilråding).
17. Største vaktbelastning med aktiv vakt bør vere 8-delt vakt, i bakvakt (beredskapsvakt) bør grensa vere 5-delt (Tilråding).
18. Av faglege grunnar skal alle legar som deltek i legevakt ha minimum 12 vakter i året. I vakt-distrikt med svært mange fastlegar og andre med plikt til legevakt, kan ein i avtale bestemme at færre legar skal inngå, for at dei som deltek skal få minimum 12 vakter i året (Rundskriv).
19. Spørsmålet om eigendelar frå pasienten ved legevakttenester bør utgreiast nærmare (Tilråding).
20. Normaltariffen bør ha takstar for arbeid på legevakt utført av anna helsepersonell enn legen, for eksempel råd og rettleiing i telefon og ved enkel pasientkontakt, enklare kliniske vurderingar og konsultasjonar som alternativ til legekonsultasjon ved nærmare definerte tilstandar (Tilråding).

### 7.2.3 Legevaktssentralane og legevaktstasjonane

1. Det skal innførast eit felles nasjonalt legevaktnummer som skal besvarast av legevaktssentralen i det distriktet samtalen kjem frå. Nummeret skal vere gratis å ringe til, og skal kunne nåast med tekstmelding (SMS) (Forskrift).
2. Telefon skal normalt vere første kontaktmåte med legevakttenesta (Forskrift).
3. Legevaktssentralen skal kunne sende primær lege-ambulansealarm og deretter overføre ansvaret for koordineringa av aksjonen til AMK (Forskrift).
4. Legevaktssentralen skal ha lydlogg (Forskrift).
5. Legevaktssentralen og legevaktstasjonen skal i tillegg ha offentleg tilgjengeleg ordinært telefonnummer slik at ein kan ringe den enkelte legevaktssentral og legevaktstasjon direkte frå heile landet (Rundskriv).
6. Ved bruk av telefonsvarar (køordnar) i legevaktssentralen, skal innringar ha tilgang til og opplyst om bruk av nødtast som fører direkte til helsepersonell (Rundskriv).
7. Det skal lagast normer for svartider og gjerast regelmessige telefonmålingar (Rundskriv).
8. Når situasjonen rundt eventuelt nytt naudnummer er avklart og felles nasjonalt legevaktnummer er innført, skal det gjennomførast ein nasjonal informasjonskampanje om bruk av naudnummer, rett bruk av legevakt og kva ein skal vende seg til fastlegen om (Tilråding).
9. Legevaktssentralen skal ha elektronisk beslutningsstøtte- og rådgjevingsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap og som er tilpassa norsk medisinsk tradisjon og allmennmedisinsk epidemiologi (Rundskriv).
10. Det bør utredast om Norsk indeks for medisinsk nødhjelp bør vidareutviklast eller reviderast med tanke på bruk i legevaktssentralane, og om det skal arbeidast for samordning med anna beslutningsstøtteverktøy (Tilråding).
11. Alle legevakter skal ha samtale- og pårønderom, skjermingsrom, skjerma venterom eller kombinasjonar av slike, i tillegg til behandlings- og undersøkingsrom (Merknad til forskrift).
12. Faglege, juridiske og økonomiske tilhøve og konsekvensar ved oppretting av observasjonssenger ved legevakt, i nærliggande sjukeheim eller i sjukestove, bør utgreiast nærmare (Tilråding).
13. Det bør utarbeidast nærmare krav til legevaktlokale og nødvendig medisinsk utstyr (Rundskriv).
14. Legevakta skal utstyre alle vaktlegar og anna personell som deltek ved utrykningar, med relevant akuttmedisinsk og anna nødvendig utstyr, inkludert akutt koffert, undersøkingsutstyr, markeringsutstyr og uniform/yrkesklær, når dei har beredskap i og utanfor legevaktstasjonen, inkludert legekontor som deltek i daglegevaktordning eller beredskap (Merknad til forskrift).
15. Legevaktlegen skal som hovudregel alltid rykke ut ved raud respons og lege-ambulansealarm, enten ved legevakta si transportordning eller ved å vere med ambulanse (Forskrift).
16. Det skal lagast ein rettleiar om indikasjon for sjukebesøk til ulike pasientgrupper (Rettleiar).

### 7.2.4 Journalsystem, kommunikasjon og IKT

1. Legevaktordninga skal ha eige elektronisk journalsystem. Alle kontaktar, av alt legevaktspersonell, inkludert legevaktssentralen sin dokumentasjon av kontaktar og medisinske råd, legevaktlegen sine notat etter konsultasjonar, telefonråd og sjukebesøk, og anna helsepersonell sine vurderingar og behandlingar, skal journalførast i det same journalsystemet (Forskrift).
2. Legevakta sitt journalsystem skal vere integrert med den akuttmedisinske kjeden med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering (Forskrift).
3. Legevakta og legevaktlegen skal vere fullt integrert med kommunikasjonssystema mellom AMK og ambulanse, slik at dei kan delta i kommunikasjon, motta/sendje digitale meldingar, kartposisjonar etc når dei samhandlar ved aksjonar i kommunen (Forskrift).
4. Det skal etablerast meldingsutveksling mellom journalsystemet til heimesjukepleien slik at legevaktssentralen og legevaktlegen kan gjere oppslag i pasienten sine medisiner (Tilråding).
5. Legevaktene skal ha tilgang til fastlegedatabasen, helst integrert med journalsystemet (Tilråding).
6. Legevakt må inngå i eit eventuelt framtidig fullstendig norsk pasientregister (Tilråding).
7. AMK skal alltid varsle legevakt og legevaktlege ved akuttmedisinske hendingar, fortrinnsvis ved felles lege-ambulanse-alarm til ambulanse, legevakt og vaktlege (Forskrift (endring)).
8. Alle vaktlegar, uansett vakttype, skal vere tilgjengeleg på helse radionettet, inkludert ved daglegevakt og beredskap på eige legekontor (Forskrift).
9. Alle faste legar i vaktssystemet skal vere utstyrt med personleg radio i nytt naudnett. Alle fastlegekontor som deltek i vaktordning skal ha eigen radio (Forskrift).

10. Samarbeidande kommunale tenester, som jordmor, psykiatrisk og somatisk heimesjukepleiar på vakt og andre skal ha radio og vere tilgjengeleg på helseradionettet/nytt naudnett (Forskrift).
11. Det nye naudnett skal erstatte bruk av mobiltelefon i legevakt (Rundskriv).
12. Det skal alltid sendast epikrise eller kopi av journalnotat til fastlegen, dersom ikkje pasienten motsetter seg det. Epikrise/journalnotat skal sendast elektronisk slik at fastlegen har det tilgjengeleg innan starten på arbeidsdagen første yrkedag etter legevaktkontakten (Forskrift).
13. Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utanfor legevaktstasjonen skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevakta (for eksempel gjennom Norsk helsenett si heimekontorløysing og bærbar pc), inkludert utskriftsfunksjon (Forskrift).
14. Det skal vere integrert meldingsutveksling mellom AMK-sentralen sitt verkøy for oppdragshandtering og legevaktssentralen/legevaktbilen/legevaktlegen sitt datasystem. Dette innbefattar så vel tekst som kart, stadmarkering, bilete og andre relevante typar data (Forskrift).
15. Etter sjukehusopphald og poliklinisk undersøking på grunnlag av tilvising frå legevaktlege, skal det sendast epikrise til fastlegen, legevaktlegen og legevakta (Forskrift).
16. Legevakta skal kunne tildele time for pasientar hos fastlegen neste yrkedag ved naudsynt trong for oppfølging eller ved problemstillingar som kan vente til da (Rundskriv).
17. Det skal gjennomførast forsøk der legevakta har elektronisk tilgang til deler av fastlegane sine timebøker med tanke på å tildele time for pasientar hos fastlegen neste yrkedag eller seinare, ved naudsynt trong for oppfølging eller ved problemstillingar som kan vente til da (Tilråding).
18. Det skal i 2010 gjennomførast særskilt rapportering frå kommunane og AMK-sentralane om bruk av helseradio ved alle akuttmedisinske hendingar (Tilråding).
19. Det bør utredast om ein skal utvikle elektroniske rutinar i journalsystemet for kvalitetskontroll av prioriteringar og medisinske råd gitt av anna helsepersonell enn lege (Tilråding).
20. Det bør settast i gang forsøk med telemedisinske løysingar i form av videokonferanstudio ved sjukeheimar eller andre døgnbemanna institusjonar, for fjernkonsultasjon med legevaktstasjonen og legen der, i distrikt med store avstandar (Tilråding).

### 7.2.5 Krav til legar og anna helsepersonell

1. Det er full vaktplikt for følgjande legar i legevakt-distriktet: Fastlegar, fastlegevikarar, utdanningskandidatar i allmenntmedisin, turnuslegar og fast tilsette legar i legevaktordninga. Departementet kan gje unntaks- og fritaksreglar (Forskrift).
2. Departementet kan fastsette faglege krav til legevaktlegar og anna helsepersonell (Forskrift).
3. Departementet kan fastsette nærmare krav til opplæringsprogram og vedlikehald av kompetanse til legevaktlegar og anna helsepersonell (Forskrift).
4. Det skal settast opp ein vaktplan som over ein gitt tidsperiode, inntil eitt år, viser vaktbelastninga og vakttypene, praksisomfanget på dagtid og eventuelt fri før og etter vakt samt den samla timebruken per veke i tidsperioden. I vaktbelastninga og vaktplanen for legar inngår alle typer vakter og anna arbeid. Tid til møter, intern opplæring, trening, samhandling med ambulanse, trening i akuttmedisinske team og anna vedlikehald av naudsynt kompetanse skal inngå i planen og ha eit omfang på minst 25 timar i året, i tillegg til vaktene. Minst 7 timar i året skal vere praktisk trening i akuttmedisin (Forskrift).
5. Som merknad til forskrift eller som rundskriv med heimel i forskrift bør det utarbeidast nærmare reglar over krav til grunnkompetanse for legar som deltek i legevakt, etter følgjande prinsipp (Forskrift, rundskriv):
  - a. Fastlegar som er spesialistar i allmenntmedisin, har grunnkompetanse for alle vakter.
  - b. Fastlegar som ikkje er spesialistar i allmenntmedisin, har grunnkompetanse til å ha alle typer vakter når dei har oppfylt EU-kravet om 3 års rettleia teneste og har arbeidd to år som fastlege.
  - c. Andre fastlegar skal ha vakt saman med eller ha bakvaktordning (utdanningsbakvakt) med spesialist i allmenntmedisin.
  - d. Framtidige utdanningskandidatar har grunnkompetanse for alle typer vakter når dei har oppfylt EU-kravet om 3 års rettleia teneste, og har arbeidd to år som utdanningskandidat.
  - e. Andre autoriserte legar eller vikarar har ikkje grunnkompetanse til å ha sjølvstendig legevakt, og skal alltid ha vakt saman med eller ha bakvaktordning med spesialist i allmenntmedisin.

- f. Turnuslegar har ikkje grunnkompetanse til å ha sjølvstendig legevakt, og skal alltid ha vakt saman med annan lege i aktiv vakt. Legen skal ha grunnkompetanse for alle vakter og fortrinnsvis vere spesialist i allmenntmedisin.
  - g. Fast tilsette legar i legevaktordninga har grunnkompetanse til alle typer vakter etter 1 års slik teneste (omrekna til full stilling) og oppfylt EU-krav om 3 års rettleia teneste.
6. Med heimel i forskrift skal det stillast språkkrav til legar som deltek i legevakt. Språkkrava må gjelde alle legar heile året, også vikarar. Tilsvarande kan det stillast språkkrav til helsepersonell i legevaktssentralen (Rundskriv).
7. Det skal utarbeidast eit rundskriv som definerer ansvar og oppgåver for legevaktlegen som Fagleiar Helse i høve arbeid på skadestad (Rundskriv).
8. Spesialistreglane i allmenntmedisin bør tilpassast betre til fast tilsette legevaktlegar, og legevaktteneste tilleggast auka vekt. Minimumskravet til teneste i vanleg allmenntpraksis (som fastlege, vikar, eller utdanningslege) bør settast til 18 månader i fulltidsstilling (eventuelt omrekna hvis deltidstilling). Fast stilling i legevakt bør telle fullt ut i etterutdanninga og gje grunnlag for fornying av spesialiteten kvart femte år (Tilråding).
9. Det skal utformast rundskriv med minimumskrav til opplæringsplan for legar. Startopplæringa må ha eit omfang på minst to dagar og kan haldast to gangar i året samordna med oppstart for nye turnuslegar. Opplæringsplanen må legge vekt på lokale rutinar, internkontrollsystem, bruk av helsestudio, lokal geografi og samhandling. Vedlikehald av kompetanse skal skje kontinuerleg gjennom kurs, trening, samhandlingsøvingar og ved hjelp av sjekklister (Rundskriv).
10. Målsettinga for turnustenesta i distrikt bør gjennomgåast med tanke på omtalen av legevakttenesta, spesielt når det gjeld praktiske ferdigheiter (Tilråding).
11. Det skal utarbeidast mal (nasjonal standard) for Emnekurs i legevaktmedisin for spesialistutdanninga i allmenntmedisin (Rettleiar).
12. Det skal utarbeidast mal (nasjonal standard) for Emnekurs i emnet overgrep og vald, inkl tidleg identifikasjon og intervensjon på legevakt, for spesialistutdanninga i allmenntmedisin (Rettleiar).
13. Det skal utgreiast ei nasjonal satsing ("gjennombrøtsprosjekt") på akuttmedisinsk opplæring og trening basert på prinsippa i eksisterande kurs som PHTLS, AMLS og Kommune-BEST, samt Nklm sin mal for akuttmedisinkurs for allmenntlegar (Tilråding).
14. Alt legevaktarbeid skal vere fastlønna. Vaktplanar, avlønningssystem og omrekningssystem bør i størst mogeleg grad tilpassast til det legane har i sjukehus. Fastlegar som er spesialistar i allmenntmedisin bør ha lønns- og arbeidsordningar på line med overlegar i sjukehus. Det må avtalast ordningar for praksiskompensasjon for fastlegar som har aktiv legevakt natt før yrkedag med klinisk arbeid. All pålagt teneste på dagtid må godgjerast etter vanlege prinsipp i avtalar og normaltariffen (Tilråding).
15. For arbeid i legevaktssentralen er det følgjande minimumskrav til kompetanse (Forskrift):
  - a. Helsefagleg utdanning på minst bachelornivå.
  - b. Praksis i form av minst 2 års klinisk praksis før tilsetting, før aleinevakt i legevaktssentral minst 3 mnd praksis frå legevakt.
  - c. Gjennomgått opplæringsprogram etter nærmare reglar.
16. Det skal utarbeidast rundskriv med heimel i forskrift om nærmare krav til opplæringsprogram for helsepersonell i legevaktssentralen og deretter ein rettleiar med eksempel på detaljert innhald. Følgjande tema (ikkje uttømmende) skal vektleggast i opplæringa (Rundskriv, rettleiar):
  - a. Medisinsk fagkunnskap, herunder hastegradsvurdering (triage), prioritering, bruk av beslutningsstøtteverktøy, medisinsk rådgjeving, fagterminologi, journalkrav og helsejus.
  - b. Operativ kompetanse, herunder bruk av kommunikasjonsutstyr, geografisk lokalkunnskap, kjennskap til lokale prehospitala tenester, kommunal beredskapsplan, kontakt med og koordinering av andre ressursar, og samarbeid med vaktlege, AMK, heimesjukepleie og andre kommunale etatar, samt andre relevante samarbeidspartar.
  - c. Kommunikasjon og konsultasjonsteknikk, herunder evne til beslutningar under stress, situasjonsanalyse, språk og etikk.
  - d. Praktisk trening under rettleiing, i form av til dømes simuleringsovingar, medlytt på telefon, tilbakemelding og diskusjon rundt opptak av lydlogg.
17. Av faglege omsyn bør små deltidstillingar unngåast for sjukepleiarar og anna helsepersonell i legevakttenesta. Fellesstillingar med relevante oppgåver i kommunen er ein fordel (Tilråding).

18. Det bør utviklast program for vidareutdanning i legevaktsjukepleie ved høgskular. Det bør utviklast enkeltstående kursmodular for oppgåver knytta til triage og ulike kliniske oppgåver for anna helsepersonell enn legar ved legevaktene (Tilråding).
19. Klinisk etikk og tiltak mot diskriminering må vektleggast i intern opplæring av legevaktspersonell. Det skal utarbeidast kursopplegg i etikk for helsepersonell i legevakttene. Både tradisjonelle kurs, samt nettbaserte og gruppebaserte opplegg kan vere aktuelle (Tilråding).

### 7.2.6 Overgrepsmottak

1. Det skal vere eitt overgrepsmottak i alle fylke. Mottaket skal ha særskilt kompetanse på medisinsk og rettsmedisinsk handtering av personar utsett for seksuelle overgrep og vald (Forskrift).
2. Alle kommunar har plikt til å inngå avtale med eit mottak som skal gje eit døgnkontinuerleg tilbod til kommunen sine innbyggjarar og andre som oppheld seg der (Forskrift).
3. Personar utsett for seksuelle overgrep og vald har rett til vurdering og medisinsk og rettsmedisinsk utredning og dokumentasjon uavhengig av om hendinga er meld til politiet eller ikkje (Forskrift).
4. Mottaket skal vere integrert i ei stasjonær legevakt, og ha eiga administrativ og fagleg leiging underlagt legevaktordninga. Unntaksreglar for alternative tilknytningar må vurderast, inkludert om det i enkelte fylke kan vere ingen eller fleire mottak (Forskrift).
5. Mottaka skal ha eigna, avskjerma og trygge lokale tilpassa føremålet (Forskrift).
6. Mottaka skal ha kontinuerleg vaktordning og tenesteplan for legar og sjukepleiarar (Forskrift).
7. Det skal innførast minstekrav til kompetanse hos helsepersonell ved mottaka, beståande av elementa a) nasjonalt grunnkurs, b) lokal opplæring og c) systematisk vidareutdanning og vedlikehald av ferdigheiter (Forskrift).
8. Mottaket skal ha felles journal med legevaktordninga det tilhøyrrer, og alle notat, materiale, korrespondanse, erklæringar og anna journalmateriale frå alt helsepersonell skal samlast i denne journalen. Det skal lagast nærare reglar for bruk av såkalla tilleggssjournal og om eventuell avgrensa tilgang til deler av journalen. I hovudjournalen må all bruk av avgrensing og tilleggsdokumentasjon vere omtala (Merknad til forskrift, rundskriv).
9. Overgrepsmottaka skal ha ordningar med obligatorisk fagleg rettleiing (Merknad til forskrift).
10. Samarbeid med ulike lokale hjelpeinstansar bør sikrast gjennom skriftlege avtalar (Tilråding).
11. Overgrepsmottaka kan ha knytta til seg psykologar og andre relevante yrkesgrupper (Tilråding).
12. Nødvendig rask transport til overgrepsmottak skal gje rett til luftambulansetransport (Tilråding).
13. Det skal utarbeidast ein "Rettsmedisinsk normaltariff" for ytingar for utført rettsmedisinsk arbeid ved overgrepsmottak og legevakter, med utløyising av refusjon uavhengig av om saka vert politimeldt med det same eller ikkje (Tilråding).
14. Organisering og drift av overgrepsmottaka skal evaluerast i 2015 (Tilråding).
15. Staten yter årleg støtte til ein vertskommune i kvart fylke på kr 2 mill per år frå 2010 dersom mottaket oppfyller spesifiserte krav til organisering, vaktordningar, kompetanse, lokale og utstyr. Ordninga gjeld for 10 år, med eventuell justering etter evalueringa i 2015 (Tilråding).
16. Det skal utarbeidast nasjonal standard for sentrale prosedyrar i overgrepsmottak (Retningsline).
17. IS-1457 "Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten" skal reviderast i 2012 (Rettleiar).
18. Det skal lagast ein plan for auka kompetanse ved alle legevakter på fagfeltet (Tilråding).
19. Nklm skal ha ei koordinerande rolle ovanfor overgrepsmottaka, samt sørge for kompetansehevingstiltak, fagutvikling og forskning (Tilråding).
20. Nklm skal ha ei koordinerande rolle og representere praksisfeltet i høve til relevante samarbeidspartar i politiet, rettsvesenet og det rettsmedisinske miljø (Tilråding).
21. Det må settast av løyvingar til FOU-tiltak på fagområdet overgrepsmottak og stimulerast til forskings- og fagutviklingsprosjekt (Tilråding).
22. Det skal utviklast eit system (pasientregister) for registrering av aktivitetane i overgrepsmottaka for nasjonal statistikk, tilbakemelding til mottaka og forskning (Tilråding).

### 7.2.7 Forsking og utviklingsarbeid (FOU)

1. Det må leggast til rette for styrking av forskning på legevakttjenestene og den akuttmedisinske behandlingsskjeden (Tilråding).
2. Det er ei målsetting at sentrale FOU tiltak skal ha eit omfang på 3% av driftsbudsjettet til legevakttene. Dette skal dekke Nklm, eit større eksternt prosjektbudsjett, ulike typar stipend, midlar til lokale prosjekt og ulike modellforsøk i storskala (Tilråding).

3. Nklm bør fungere som eit ressurscenter for å utvikle metodologien for forskning på legevakt, og bør ha betydeleg initierings- og rettleiarfunksjon. Senteret må ha tilstrekkeleg registerepidemiologisk kompetanse til å ivareta eventuelle oppgåver knytta til nasjonal legevaktstatistikk og statistikk frå den akuttmedisinske kjeden (Tilråding).
4. Tilskott til Nklm bør vere eigen identifisert post på statsbudsjettet (Tilråding).
5. Legevaktene må i tillegg ha eigne FOU-ressursar lokalt. Oppgåvene er knytta til opplæring, rettleiing, utvikling og oppfølging av kvalitetssystema, prosedyrearbeid, statistikk og utgreiingsarbeid samt forskning og prosjektarbeid. I legevakter som dekkar meir enn 100 000 innbyggjarar bør det tilsettast både lege med slike oppgåver og fagutviklingssjukepleiar i fulle stillingar, dei mindre legevaktene kan ha mindre stillingsbrøkar (Tilråding).

### **7.3 Forslag til oppfølgingsprosess og tidsplan for gjennomføring**

Nklm har kalla ”den nye legevaktordninga” for VISJON LEGEVAKT 2015, med tanke på at det i eit 5-6 års perspektiv skal skje vesentlege endringar i organiseringa av legevakt i Norge. Men vi håpar at planen i seg sjølv vil vere eit sterkt signal om endring allereie frå starten av. Mange av forslaga kan gjennomførast umiddelbart av kommunane og legevaktene. Andre, som forskriftsendringar, tek lenger tid. I høve at Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt vert levert til Helsedirektoratet som oppdragsgjevar i januar 2009, har Nklm nokre forslag til oppfølging:

- Planen skal sendast på høyring.
- Helsedirektoratet skal våren 2009 starte arbeidet med å realisere forslaga.
- Vedtak om hovudtrekka i planen bør gjerast i 2010.
- Det bør truleg settast ulike tidsfrister for gjennomføring av mange av tiltaka.
- Målsettinga bør vere at nokre tiltak skal gjennomførast allereie i 2010 og 2011, medan dei fleste tiltaka skal vere gjennomført i 2012 og 2013.
- Kommunane skal innan utgangen av 2011 ha utarbeidd ein plan over legevakttenesta i tråd med nye myndigheitskrav og retningslinjer, og korleis dei skal gjennomføre vedtatte tiltak.



## 8 Økonomiske konsekvensar

Det er vanskeleg å berekne utgiftene til ei ny legevaktordning etter forslaga i denne planen i detalj. Talet på legevaktordningar, kor mange som treng fleire vaktskift og avtalar om lønns- og arbeidsordningar etc er ukjent. Vi har likevel gjort nokre overslag basert på følgjande forutsetningar:

- Eigendelsordninga held fram om lag som no, men færre konsultasjonar og fleire sjukebesøk.
- Refusjonsordninga fell bort til fordel for fastlønn hos legane.
- Kostnadsfordelinga internt i legevaktene er som no, når ein ser bort frå fastlønn til legar.
- Vaktordningane i overgrepsmottaka følgjer vanlege reglar for omrekna timar ved heimevakt.
- Forrutan Oslo og Bergen har vi tatt utgangspunkt i 8 store ordningar og 60 mindre eller små.
- Investeringar til bygningar og bilar etc er ikkje berekna særskilt, men tatt inn i årlege driftskostnader som husleige og andre leigekostnader (leasing).

For dei faste kostnadane finst ingen gode modellar. Timetal for vaktordninga for legar lar seg rekne ut per lege, men vi veit ikkje nøyaktig kor mange legar som vil vere i samtidig aktiv vakt og kor mange som eventuelt vil vere i bakvakt. Vi har basert oss på noverande budsjettal for ei rekke legevakter og kommunar av ulik storleik og med ulik satsing på stasjonær legevakt. Basert på desse og tillegg for ei rekke nye krav som vil medføre auka kostnader, og på eit overslag over kor mange legevaktordningar som finst i tilsvarende grupper, er det så gjort ei samla berekning av kostnadane, men tala er usikre. Kostnader til overgrepsmottak er eit omtrentleg anslag.

*Estimat for kostnader til ”ny” legevakt i 2008*

Basert på forutsetningane ovanfor er vårt estimat for kostnader til ”ny” legevakt i 2008 slik:

<u>Type kostnad</u>	<u>Millionar kroner</u>	
<b>A. Faste kostnader totalt</b>		<b>3 340</b>
Fastlønn til legar i vakt	1 000	
Kompensasjon til legar for trening og møter	100	
Praksiskompensasjon etter nattevakt til fastlegar	130	
Drift av legevaktssentralar og legevakter	1 900	
Lokale og utstyr (10%)	190	
Fast tilsett personell (65%)	1 235	
Andre driftsutgifter (25%)	475	
Overgrepsmottak	60	
Reservar, uforutsette kostnader (ca 5%)	150	
<b>B. FOU-tiltak (ca 3%)</b>		<b>100</b>
	<b>TOTALT</b>	<b>3 440</b>

Basert på mange usikre forutsetningar, har vi altså berekna dei samla kostnadane ved ei ny legevaktordning i Norge i 2008 til i underkant av 3,5 milliardar kroner. Til fråtrekk kjem eigendelar (190 mill i 2008) og refusjonar (430 mill). Dersom ”inntekter” held fram på same nivå, vert nettoutgiftene for kommunane om lag 2,7 milliardar kroner, mot om lag 1,7 milliardar i dag. Til samanlikning er kostnadane til ambulansetenesta berekna til om lag 3,3 milliardar kroner for 2008.

Nklm tek ikkje stilling til korleis legevaktfinansieringa skal fordelast mellom pasient, kommune, helseforetak og Hdir. Stortinget anmoda i Innstilling S nr 300 (2000-2001) om at kommunane skal få dekkja sine kostnader til etablering av legevakt: ”Komiteen vil anmode Regjeringa om å gjennomgå de økonomiske konsekvensene av etablering av interkommunale legevaktssentraler ut fra målsetningen om at kommunene får dekket sine merkostnader til slik etablering.” Ei legevaktordning i samsvar med prinsippa i denne planen kan medføre svært ulike nettokostnader per innbyggjar mellom kommunar med få og mange innbyggjarar og mellom legevaktstrukturer med små og store avstandar. Det må etablerast statlege ordningar som kompenserer for slike forskjellar og som sikrar eit likeverdig tilbod over heile landet.

## 9 Litteratur- og dokumentliste

- Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Health Manag* 2004; 49: 377-90.
- Alsaker K. Quality of life among women who have experienced intimate partner violence: a one year follow-up study among women at Norwegian women's shelter. Bergen: University of Bergen, 2008.
- Alsaker K. Tap av helse ved vold i nære relasjoner. I: Storberget B, red. *Bjørnen sover*. Oslo: Aschehoug, 2007: 65-71.
- Ball L. Setting the scene for the paramedic in primary care: a review of the literature. *Emerg Med J* 2005; 22: 896-900.
- Berg JE. Når på døgnet legges pasienter inn i en akuttpsykiatrisk avdeling? *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 590-1.
- Blinkenberg J, Jensen Å, Press K. Lege/ambulanselarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons. En undersøkelse gjennomført i samarbeid med KoKom. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
- Blinkenberg J, Nieber T, Thesen J. Akuttmedisinkurs for allmennleger - en rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
- Blinkenberg J, Nieber T, Thesen J. Akuttmedisinkurs for allmennleger - en kursmal. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
- Bollig G, Husebø B, Husebø S. Vaktjeneste for leger på sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2722-4.
- Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 166-9.
- Bury G, Janes D, Bourke M et al. The advanced paramedic internship: An important clinical learning opportunity. *Resuscitation* 2007; 73: 425-9.
- Charante van EPM, Steenwijk-Opdam van PCE, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choice and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 46. doi:10.1186/1471-2296-8-46.
- Danielsen K, Garratt A, Bjertnæs ØA et al. Måling av pasienters erfaringer med legevakt: En systematisk litteraturgjennomgang. PasOpp-rapport nr 6/2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
- Den norske legeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Utg. 2.1. Stavanger: Åsmund S Lærdal A/S, 2005.
- Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007; 12: 1668-73.
- Eikeland OJ. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport frå 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
- Erikstein B. Lokalsykehuseenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingkjede: sluttrapport fra en arbeidsgruppe 19. mars 2007. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.
- Førland O, Strønen ES. Kompetanseutvikling og jobbsituasjon for ambulansesarbeidere med fagbrev. Bergen: Diakonissehjems høgskole, 2007.
- Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 741-7.
- Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 181-4.
- Giesen P, Franssen E, Mokkink H et al. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23: 731-4.
- Hansen EH, Hunskaar S. Development, implementation, and pilot study of a sentinel network ("The Watchtowers") for monitoring emergency primary health care activity in Norway. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 62. doi:10.1186/1472-6963-8-62.
- Hansen EH, Hunskaar S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127, 1344-6.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010) [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/planer/2006/Nasjonalt-helseplan.html?id=271540](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2006/Nasjonalt-helseplan.html?id=271540) (22.12.2008).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.
- Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene – forslag fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet høsten 2007. Rapport IS-1652. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
- Helsetilsynet. Kommunale legevakter - Helsetilsynets funn og vurderinger. Oslo: Helsetilsynet, 2006.
- Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtillfredshet blant fastleger i Bergen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 813-5.
- Hjelp 24. Risikovurdering av sikkerheten for de ansatte på Sandnes legevakt. Sandnes: Hjelp24 avd HMS vest, 2007.
- Hunskaar S. Legevakta under lupa. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 3083.
- Haaland T, Clausen S-E, Schei B (red). Vold i parforhold - ulike perspektiver: Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. NIBR-rapport 2005:03. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2005.
- Iveland E, Straand J. 337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 354-7.
- Justis- og politidepartementet. Vendepunkt. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2007.
- KoKom. IKT i den akuttmedisinske kjede Rapport 2008. Bergen: KoKom, 2008.

- Legevakt i kommunehelsetjenesten. Rapport om utvikling av legevaktstjenesten til interkommunale legevakter (IKL). Oslo: Den norske legeforening, 2005. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=79879> (23.12.2008).
- Magin PJ, Adams J, Ireland M et al. After hours care--a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 91-2.
- Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: A qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health* 2008; 36: 92-8.
- Moe E, Bondevik GT. Hvorfor velger pasienten legevakten framfor fastlegen. *Sykepleien Forskning* 2008; 3: 128-34.
- Moll van Charante E, Giesen P, Mookink H et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire. *Fam Pract* 2006; 23: 437-43.
- Morken T, Hunskaar S, Blinkenberg J et al. Legevaktorganisering i Norge – Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, 2008.
- Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT et al. Organisering av legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 1335-8.
- Norges offentlige utredninger. Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling. Justis- og politidepartementet. NOU 2008: 4.
- Norges offentlige utredninger. Hvis det haster .....Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Sosial- og helsedepartementet. NOU 1998: 9.
- Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4/2007. Oslo: NAV, 2007.
- Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 508-9.
- O’Cathain A, Webber E, Nicholl J et al. NSH Direct: consistency of triage outcomes. *Emerg Med J* 2003; 20: 289-92.
- O’Reilly D, Stevenson M, McCay C et al. General practice out-of-hours service, variations in use and equality in access to a doctor: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 625-9.
- Otterlei B, Bentzen N. Færre fastleger deltar i legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127, 1351-3.
- Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005-2006). Oslo: Riksrevisjonen, 2006.
- Røise O. Traumesystem i Norge: forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter: innstilling fra arbeidsgruppe nedsatt av de regionale helseforetakene. Hamar: Helse Øst, 2006.
- Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevakt? *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 1347-50.
- Sandvik H, Hunskaar S. Legevakt på Internett - en rapport april/2008. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
- Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 2513-6.
- Sosial- og helsedirektoratet. Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- Sosial- og helsedirektoratet. Utgreiing om behov for videreutdanning i akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulanspersonell. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- Sosial- og helsedepartementet. St.meld. nr. 43 (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap.
- Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 365-6.
- Steen K. Violence in an urban community. An accident and emergency department perspective. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag og Institutt for kirurgiske fag, Universitetet i Bergen, 2005.
- Straand J, Sandvik H. Home visits in general practice - most often for elderly patients. *Nor J Epidemiol* 1998; 8: 127-32.
- Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerter-lunge-redning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 322-3.
- Try E, Morken T, Hunskaar S. Livskrisehjelpen ved en legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2056-9.
- Turnbull J, Martin D, Lattimer V et al. Does distance matter? Geographical variation in GP out-of-hours service use: an observational study. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 471-7.
- Ugland OF. Kartlegging av tilgjengeligheten til lege: "Når hjelpen kan vente litt". Rapport til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Oslo: TNS Gallup, 2006.
- Utsi R, Brandstorp H, Johansen K et al. Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128:1057-9.
- Vold og trusler på legekantoret. Oslo: Allmennlegeforeningen, 2003.
- Vaardal B, Lossius HM, Steen PA et al. Have the implementation of a new specialised emergency medical service influenced the pattern of general practitioners' involvement in pre-hospital medical emergencies? A study of geographic variations in alerting, dispatch, and response. *Emerg Med J* 2005; 22: 216-21.
- Wisborg T, Brattebø G. Confidence and experience in emergency medicine procedures. Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 99-100.
- Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH et al. Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 1339-42.
- Zakariassen E, Hunskaar S. GPs' use of defibrillators and the national radio network in emergency primary healthcare in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 123-8.
- Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J* 2008; 25: 528-33.
- Zakariassen E. Allmennlegen viktig ved rød respons. *Utposten* 2008; 37 (6): 15-7.
- Aasmoe N, Andersen CM, Hunskaar S et al. Kartlegging av pasienttilstrømming til Porsgrunn legevakt 2006 - Rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.