

Legebemannet utrykningsbil i legevakt

Rapport nr. 6-2009

UNIFOB
HELSE



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Legebemannet utrykningsbil i legevakt
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen
Ansvarlig	Forskningsleder Steinar Hunskaar
Forfattere	Inger Lise Hallgren, klinikkjef, klinikk for akuttmedisin og prehospitale tjenester, Sykehuset Buskerud HF og Per Magne Mikaelson, daglig leder, Legevakta i Drammensregionen IKS
ISBN	978-82-92970-19-5 (pdf)
Rapport	Nr. 6-2009
Tilgjengelighet	Pdf og trykt versjon
Prosjekttittel	Legebemannet utrykningsbil
Antall sider	33 pluss vedlegg
Publiseringsmåned	September 2009
Oppdragsgiver	Sykehuset Buskerud/Legevakta i Drammensregionen IKS
Sitering	Hallgren IL, Mikaelson PM. Legebemannet utrykningsbil i legevakt. Rapport nr. 6-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i UNIFOB AS/Unifob helse ved Universitetet i Bergen og knyttet faglig til Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB, 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

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

FORORD

Legevakta i Drammensregionen IKS (LV) og Sykehuset Buskerud (SB) ved klinikk for akuttmedisin og prehospitale tjenester har et felles ansvar for å tilby befolkningen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i området Drammen, Lier, Sande og Svelvik. SB har ansvaret for den medisinske nødmeldetjenesten (113/AMK) og ambulansetjenesten, mens LV har ansvaret for organisering og drift av legevaktordningen. Krav til tjenestene er nedfelt i "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (18.03.05). SB og LV har utviklet et nært og godt samarbeid etter at Legevakta flyttet opp til sykehuset i juni 2002. Dette prosjektet er et resultat av denne samhandlingen.

Ledere i helsetjenesten skal forvalte knappe ressurser og samtidig sørge for at helsetjenestene som blir tilbudt befolkningen i Drammensregionen er forsvarlige og av god kvalitet. I den anledning er det særdeles viktig at ledere har et godt fundert og dokumentert beslutningsgrunnlag. Det er opprettet ordninger med legevaktbil i flere store kommuner i Norge. Før vi startet dette prosjektet søkte vi derfor opplysninger om deres erfaring med ordningene. Vi erfarte imidlertid at ingen av Legevaktsentralene hadde evaluert ordningen. Legevakta i Drammensregionen og Sykehuset Buskerud HF ønsket å ha større kunnskap, erfaring og dokumentasjon om å bemanne en utrykningsbil med lege og ambulansesjåfør for å kunne vurdere om det var behov for en slik tjeneste i Drammensregionen.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved Universitetet i Bergen har støttet prosjektet økonomisk og med god veiledning underveis. En spesiell takk til Tone Morken og Steinar Hunskår. Vi er takknemlige for at Stiftelsen Norsk Luftambulansse støttet oss med en utrykningsbil i den perioden legevaktbilen var operativ. Uten at ledelsen ved Sykehuset Buskerud og styret ved Legevakta i Drammensregionen hadde støttet oss hadde det ikke vært mulig å gjennomføre prosjektet. Til sist vil vi rette en stor takk til alt personell som har bidratt med å svare på alle spørsmålene når bilen var operativ og de som stilte opp til intervjuer i ettertid.

Rapporten består av en innledning der vi begrunner hvorfor vi ønsket å gjennomføre prosjektet, en introduksjon av studien med problemstillinger og en beskrivelse av legevaksordningen og ambulansetjenesten i Drammensregionen. Deretter begrunner og beskriver vi metodene som er valgt for å belyse problemstillingene. Så presenteres resultatene av prosjektet, resultatene drøftes og til slutt konkluderer vi studien og kommer med videre anbefalinger.

Inger Lise Hallgren

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	5
1.1	Bakgrunn for studien.....	5
1.2	Studien og problemstillinger	6
1.3	Legevakta i Drammensregionen IKS	6
1.4	Prehospitaltjenester ved Sykehuset Buskerud HF	7
2.0	METODE	8
2.1	Spørreskjema.....	8
2.2	Intervjuer	10
2.3	Prosjektets økonomi	11
3.0	RESULTATER	12
3.1	Antall utrykninger med lege og ambulanspersonell.....	12
3.2	Antall henvendelser der legen vurderte å ikke reise ut på sykebesøk/til skadested	14
3.3	Antall utrykninger for ambulansetjenesten	16
3.4	Antall utrykninger med lege og ambulanspersonell som utløser medvarsling av ambulansetjenesten.....	16
3.5	Kostnader	16
3.6	Resultat ved organisert samarbeid mellom lege i vakt og ambulanspersonell, og for de pasienter som ble betjent av ordningen	18
3.6.1	<i>Resultat leger.....</i>	18
3.6.2	<i>Resultater ambulansarbeidere.....</i>	21
3.6.3	<i>Resultat tilbakemelding fra pasienter, pårørende eller andre</i>	23
3.7	Resultat kvalitative intervjuer	24
4.0	DRØFTING.....	30
5.0	KONKLUSJON	32
5.1	Videre tilrådninger	33

Vedlegg

1.0 INTRODUKSJON

1.1 *Bakgrunn for studien*

Legevakta i Drammensregionen IKS (LV) og Sykehuset Buskerud (SB) ved KAMP har et felles ansvar for å tilby befolkningen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i området Drammen, Lier, Sande og Svelvik. SB har ansvaret for den medisinske nødmeldetjenesten (113/AMK) og ambulansetjenesten, mens LV har ansvaret for organisering og drift av legevaktordningen. Krav til tjenestene er nedfelt i ”Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus” (18.03.05).

Utviklingen av helsetjenestens tilbud har stor betydning for hvordan den prehospitale akuttmedisinske tjenesten skal organiseres og handle. Ikke minst fordi utviklingen påvirker forventningene til hva tjenesten skal kunne utføre i forhold til tidlig prehospital diagnostikk og behandling.

Prosjektet ble etablert som et samarbeid mellom aktører fra SB, LV, Stiftelsen Norsk Luftambulans og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen. Aktørene ønsket å etablere en ordning hvor lege i vakt ved LV foretok utrykninger i uniformert bil, kjørt av autorisert ambulansarbeider ansatt ved SB. På bakgrunn av dette besluttet LV og SB å gjennomføre et prosjekt med en legebemannet utrykningsbil.

Bakgrunnen for at LV og SB ønsket å gjennomføre prosjekt legebemannet utrykningsbil i legevakt var tilbakemeldinger fra helsepersonell. Ambulansarbeidene mente at legene ved legevaktsentralen vegret seg mot å rykke ut til pasienter i legevaktdistriktet. De mente at konsekvensene av denne vegringen medførte at ambulansoppdragene økte, og at en stor del av denne økningen var transport av pasienter til og fra legevakta. En annen tilbakemelding var at ambulansarbeiderne rykket ut til akutt syke pasienter alene, der de mente at legen burde ha vært med ut og vurdert og behandlet pasienten før eventuelt transport til legevakt eller sykehus.

Ved etableringen av den interkommunale legevakten i Drammensregionen i 2002, var det en politisk forutsetning at det var en lege ved legevakta som skulle ivareta sykebesøkene i legevaktdistriktet. I legens turnus ble det etablert en kjørelegevakt, som skulle ivareta disse sykebesøkene. Denne ”kjørelegen” skulle jobbe inne i legevakta når det ikke var noen kjøreoppdrag. LV hadde ved oppstarten av Legevakta i Drammensregionen i 2002 en legevaktbil. Bilen var ikke en utrykningsbil, men en vanlig bil bemannet med ambulansarbeider fra SB. Ordningen ble lagt ned i 2003 på grunn av budsjettnedskjæringer. Legen har i ettertid benyttet taxi når vedkommende skulle ut i sykebesøk. Etter omorganiseringen fra å ha en legevaktbil i Drammensregionen til at legen begynte å bruke taxi ved sykebesøk var det en reduksjon i antall sykebesøk fra 795 pr år (2,2 pr dag) i 2003 til 495 pr år (1,4 pr dag) i 2004. Siden har det vært en årlig reduksjon i antall sykebesøk frem til 2006 hvor det ble foretatt 443 besøk (1,2 pr dag) (Daglig leders årsmelding 2005).

1.2 Studien og problemstillinger

Målet med denne studien var å besvare følgende problemstillinger:

1. Kan beredskapsressursene (legevakt og ambulansetjeneste) utnyttes mer hensiktsmessig ved å etablere en legebemannet utrykningsbil i legevakt?
2. Er det gevinster ved organisert samarbeid mellom lege i vakt og ambulanspersonell, og for pasienter som blir betjent av ordningen?
3. Hva er kost-nytte av nåværende organisering og organisering av legebemannet utrykningsbil i legevakt?

Mer detaljert var målet med studien å undersøke følgende:

1. Antall utrykninger med lege og ambulanspersonell.
2. Antall utrykninger for ambulansetjenesten i samme tidsrom til samme dekningsområde inn til legevakten
3. Antall utrykninger med lege og ambulanspersonell som utløser medvarsling av ambulansetjenesten
4. Tallgrunnlaget vil bli sammenlignet med tall fra et tilsvarende tidsrom (dato til dato) før prosjektet startet
5. Hva koster hendelsene?
6. Hvilke oppdrag legevaktlegen/ambulansarbeideren vurderer som nyttige
7. Kvalitativ vurdering av pasientenes opplevelse (de som betjenes av ordningen)
8. Kvalitativ vurdering av legens erfaring ved medbemanning av ambulanspersonell
9. Kvalitativ vurdering av ambulanspersonellets erfaring ved samarbeid med lege

1.3 Legevakta i Drammensregionen IKS

LV har ansvar for legevaktstjenesten i kommunene Drammen (58 691 innbyggere), Lier (22 174 innbyggere), Sande (7 810 innbyggere) og Svelvik (6 472 innbyggere). Totalt bodde det 95 147 innbyggere i legevaktdistriktet i 2007. Kommunene Drammen og Lier ligger i Buskerud fylke. Sande og Svelvik ligger i Vestfold fylke, men har SB som sitt lokalsykehus. LV er lokalisert på sykehusområdet tett ved inngangen til akuttmottaket. Det ble i 2007 foretatt 32 888 konsultasjoner, økning på 3,8 % fra 2006. Den totale aktiviteten (konsultasjoner, sykebesøk og telefoner) utgjorde 84 672 henvendelser og økte med 6,2 % i samme periode. Den legebemannede utrykningsbilen var aktiv i den perioden som kjørelegen på legevakta hadde vakt. Det vil si fra kl 16.00 til 23.00 på hverdager og fra kl 08.00 til 23.00 i helger.

Det var i 2007 111 leger som deltok i legevaksordningen. Av disse var 49 fastleger, 55 faste vikarer, fem turnuskandidater og to leger ansatt ved daglegevakta. Legene er tilpliktet 16 – delt vaktordning. Vaktoppsettet medfører at det alltid skal være to vaktleger kveld samt tre leger i de travleste perioder i helger og høytider. Kjørevaktene i prosjektperioden var fordelt

på 24 leger. Vaktlisten for kjørelegen var satt opp før man kjente til at prosjektet skulle etableres. Derfor ble det ingen seleksjon av leger inn i ordningen.

Det er ansatt 30 sykepleiere fordelt på 15 årsverk. Sykepleierne i LV betjener legevakttelefonen.

1.4 Prehospitale tjenester ved Sykehuset Buskerud HF

Prehospitale tjenester i denne rapporten er ambulansetjenesten og AMK sentralen.

SB er ansvarlig for ambulansetjenesten i hele Buskerud fylke, samt Jevnaker i Oppland fylke, Rjukan og Notodden i Telemark og Sande og Svelvik i Vestfold. Ambulansetjenesten er delt inn i fem distrikter. Ambulansetjenesten i distrikt 1 dekker ambulanseberedskapen i legevaktdistriktet. I det tidsrommet på døgnet legebilprosjektet ble gjennomført, var det tre døgnambulanser i tjeneste på hverdager og i helger. AMK sentralen flåtestyrer ambulanseressursene i hele Buskerud. Det vil si at AMK sentralen sitter med oversikt over hvor alle ambulansene befinner seg til enhver tid og de bruker alltid nærmeste ressurs til en hendelse. Dette kan føre til at AMK sentralen beredskapsforflytter ambulanseressursene. Legebilen ble bemannet av 22 autoriserte ambulanserearbeidere. Det var primært ambulanserearbeidere i ambulansedistrikt 1 som hadde vakter på legevaktbilen. Personalet på AMK sentralen består av sykepleiere som betjener nødtelefonen og ambulanserearbeidere som koordinerer ambulanseflåten. I AMK sentralen er det 18,6 årsverk fordelt på 24 stillinger. Alle de ansatte på AMK sentralen jobbet i den perioden legebilprosjektet var i aktivitet. Ambulanserearbeidernes prosedyrer er beskrevet i Medisinsk Operativ Manual.

I den tiden legebilen var i aktivitet, stilte Norsk luftambulans en utrykningsbil til rådighet. Bilen ble utrustet tilsvarende en ambulans, men hadde ikke bårekapasitet. I de tilfellene der det ble vurdert at det var behov for båretransport, ble den dekket av den ordinære ambulansetjenesten.

2.0 METODE

Prosjektperioden, det vil si fra vi startet å planlegge prosjektet til endelig rapport er utarbeidet, er fra mars 2007 til august 2009.

For å samle inn data til dette prosjektet valgte prosjektgruppen både kvantitativ og kvalitativ metode. Ved å bruke kvantitativ metode kunne vi få gode forklaringer på områder vi ønsket å undersøke. Men vi ønsket også en dypere forståelse på noen av områdene. Av den grunn valgte vi å gjennomføre kvalitative intervjuer.

For å undersøke hvilken effekt en legebemannet utrykningsbil ville ha på de nevnte problemområdene var legetjenesten LV organisert slik at:

Legevaktjenesten rykker ut til pasienten.

Samhandlingen i lokale akuttmedisinske team ble forsterket med legen som leder.

Responstiden for lege skulle være tilfredsstillende.

Legevaktjenesten skulle ikke basere seg på å utnytte ambulanser som rene transportordninger, og heller ikke bidra til å erstatte legens tilstedeværelse som faglig og juridisk subjekt med ambulanseressurser.

Prosjektet ble meldt inn til komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i sør-øst Norge. Tilbakemeldingen var at vi ikke trengte godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

2.1 Spørreskjema

Den kvantitative undersøkelsen ble gjennomført i perioden 1. september til og med 21. desember 2007. Undersøkelsen inkluderte alle leger og ambulansarbeidere som hadde vakt i den tiden legebilprosjektet ble gjennomført.

Deltakerne i prosjektet hadde god oversikt over fagområdet. På bakgrunn av dette ble spørreskjemaene til legene, ambulansarbeiderne og pasientene utformet. Vi mener at spørreskjemaene dekker de sentrale spørsmålene i problemstillingene.

Legen og ambulansarbeideren fikk før hver tur utdelt en dagbok som inneholdt 10 sett med spørreskjema. Legen og ambulansarbeideren skulle fylle ut hvert sitt spørreskjema etter avsluttet oppdrag. Hovedområdene det ble stilt spørsmål innenfor var områdene transport, samhandling mellom lege og ambulansarbeider, egenvurdering av kompetanse, og sykebesøkets nytte (vedlegg 1). Etter endt vakt la legen og ambulansarbeideren dagboken i hver sin konvolutt som ble forseglet og lagt på et anvist sted i legevakta.

I utgangspunktet hadde vi ikke bestemt at vi skulle registrere pasientens kommunetilhørighet, hvor vedkommende oppholdt seg eller hvilke diagnoser legen valgte å reise ut på/vurderte å ikke reise ut på. Etter hvert innså vi at dette kunne være nyttig informasjon i et prosjekt som dette, hvor formålet blant annet var å vurdere om vi brukte beredskapsressursene

hensiktsmessig. Disse dataene ble registrert etter at legebilen hadde vært operativ. Data ble hentet fra AMIS og i LV pasientsystemer.

Det var frivillig for legene og ambulansarbeiderne å være med på undersøkelsen. Det er en del turer som verken er evaluert av lege eller ambulansarbeider. Årsaken til dette kan være flere. Det kan være at data ikke ble logget etter hver tur, og at man ”glemte” å logge turer ved vaktens slutt. Videre kan det være at turene ble opplevd så like, at man ikke så verdien i å fylle ut spørreskjema etter hver tur. Til sist kan det være at legen eller ambulansarbeideren valgte å ikke delta i undersøkelsen. Ufullstendige/ikke utfylte svar på spørreskjema ble ikke fulgt opp av prosjektleder i etterkant.

I alt 23 registrerte henvendelser vedrørende sykebesøk, hvor legen hadde vurdert å ikke reise ut, ble tatt ut av undersøkelsen. Årsaken til dette var at de ved gjennomgangen i etterkant ble vurdert som feilregistrering.

Etter å ha gått gjennom datamateriale i alle spørreskjemaene, ser vi at det ikke er store avvik i besvarelsene/ekstreme svar. Svarene i undersøkelsen ligger innenfor den rammen som er forventet.

Ved hvert sykebesøk skulle det leveres ut et spørreskjema til pasienten, pasientens pårørende eller andre som hadde ansvar for pasienten. Dette spørreskjemaet hadde 22 spørsmål (vedlegg 2). Spørreskjemaet skulle sendes til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved Universitetet i Bergen. Dette for å ivareta pasientens konfidensialitet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin videresendte besvarte spørreskjemaer til prosjektleder ved SB.

Vi erfarte etter hvert som prosjektet pågikk at vi fikk få tilbakemeldinger fra pasientene. Konvoluttene ble dessverre ikke nummerert. Av den grunn har ikke prosjektet oversikt over hvor mange spørreskjema som ble levert ut til pasientene, pasientens pårørende eller andre med ansvar for pasienten. Vi hadde heller ikke muligheter til å spore opp pasienten å ettersende/purre opp svar. Vi er klar over at vi ikke kan vektlegge svarene i denne undersøkelsen. Vi vurderte imidlertid at vi ønsket å presentere de få svarene vi fikk.

For å sammenlikne antall utrykninger for ambulansetjenesten har vi benyttet akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) som kilde. For å innhente data på antall sykebesøk utført av legevakta er Winmed, legevaktas journalstatistikk brukt som kilde. Data er innhentet i perioden 1. September til 21. Desember i 2006 og 2007. Når vi har gått inn og sett på antall sykebesøk for legevakta i samme tidsrom i 2006 viser tallene at det er langt flere sykebesøk i prosjektperioden i 2006 enn resten av året. Det vil si at det ikke har vært en normalfordeling av sykebesøkene ved legevakta i 2006, men at de fleste har foregått i samme periode som prosjektet i 2006.

Det ble avholdt et informasjonsmøte på SB en uke før prosjektets oppstart. Her ble sykepleiere fra AMK sentralen, sykepleiere fra legevakt, ambulansarbeidere og leger invitert. Det ble i dette møtet informert om innholdet i prosjektets protokoll og hvordan prosjektet var tenkt gjennomført. For å fange opp det personalet som ikke hadde anledning til å møte på

informasjonsmøtet, avholdt prosjektets leder en briefing med ambulanse- og legepersonell hver dag de første tre ukene før hver vakt, og deretter når det var nødvendig. Ved denne briefing gikk prosjektleder gjennom protokoll og annen informasjon som var viktig for prosjektet.

Vedlagt ligger informasjonsskriv som ble delt ut før prosjektet startet opp og informasjon til de som deltok i prosjektet (vedlegg 3).

Prosjektleder kodet alle svarene på registreringskjema i SPSS 16.0.

Økonomiske data og aktivitetsdata er hentet fra årsmeldinger og rapporter i Legevakta for Drammensregionen og Klinikk for akuttmedisin og prehospitaltjenester ved SB. AMIS er brukt som kilde for å telle opp antall ambulanseoppdrag. LV elektroniske journalsystem (Winmed) ble brukt som basis for data knyttet til innhenting av ICPC diagnoser. Vi er oppmerksomme på at det kan forekomme feilregistreringer i AMIS og i LV pasientsystemer.

2.2 Intervjuer

Den kvalitative undersøkelsen ble gjennomført i perioden mai til august 2008. I utgangspunktet skulle intervjuene gjennomføres blant legene og ambulansesarbeiderne. Prosjektgruppen fikk imidlertid flere tilbakemeldinger underveis i prosjektet, både fra sykepleiere og koordinatorene på AMK sentralen og fra sykepleiere på legevakta, om at også de burde inkluderes i undersøkelsen. Det var derfor enighet i prosjektgruppa at den kvalitative undersøkelsen ble utvidet til også å gjelde sykepleiere på LV og sykepleiere/koordinatorene på AMK sentralen. Av alle de tidligere nevnte personalgruppene ble det plukket ut fem representanter ved loddtrekning i hver gruppe, til sammen 20 informanter (fem leger, fem ambulansesarbeidere, fem sykepleiere fra legevakta, tre koordinatorene og to AMK sykepleiere).

Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden er kategorisert i områder som; hvordan prehospitaltjenester burde organiseres i Drammensregionen, legebil, bruk av ambulanse, samhandling mellom legevakta og sykehuset, hva som menes med god beredskapsutnyttelse, hvilken nytteverdi legens sykebesøk/utrykning kunne ha med tanke på legebilens egenverdi, nytte av legebil rent medisinskfaglig og legens tilgjengelighet, hvilke type oppdrag legen burde vurdere å reise ut på og hvordan varslingen mellom enhetene fungerte. Data ble samlet inn i form av direkte notater fra den som ble intervjuet. De to som gjennomførte intervjuene skrev ut dataene. De som ble intervjuet fikk utskrift av intervjuet til godkjenning og returnerte godkjent utskrift til prosjektleder. Informantene fikk til slutt tilsendt den kvalitative delen av rapporten til godkjenning.

Prosjektgruppen vurderte å la en utenforstående person med kjennskap til prehospitaltjenester og kvalifikasjoner i kvalitative metode gjennomføre intervjuene. Bakgrunnen for denne vurderingen var at vi var klar over at det kunne være en fare for at personer i prosjektgruppa kjente de som skulle intervjues for godt, og at det kunne være en fare for at den som intervjuet kunne legge egeninteresse og føringer i intervjusituasjonen. På den andre siden så vi at det kunne være en fordel at personer med kunnskap om den lokale tjenestens funksjon og kultur gjennomførte intervjuene. Det ble derfor besluttet at Inger Lise Hallgren

(klinikksjef i klinikk for akuttmedisin og prehospitaltjenester ved SB) gjennomførte intervjuene blant leger og sykepleiere på legevakta. Per Magne Mikaelson (daglig leder ved LV) gjennomførte intervjuene blant ambulansarbeidere og sykepleiere/koordinatorer i AMK sentralen.

Før vi gjennomførte intervjuene gjennomførte vi intervjuer på hverandre. Vi ønsket å kvalitetssikre at vi hadde samme forståelse av spørsmålene og emnene vi ønsket en dypere forståelse av. Det oppstod noen problemer underveis med hensyn til tolkning av spørsmålsstillingene. Disse ble diskutert og samordnet. Det var prosjektets leder som bearbeidet de kvalitative data i etterkant i nært samarbeid med den andre intervjueren. En tredje person fra prosjektgruppen gikk gjennom intervjuene og hadde til oppgave å skille ut likheter og ulikheter i datagrunnlaget. Dette ble gjort for å sikre validiteten.

2.3 Prosjektets økonomi

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen har som mål å bidra til kompetanseutvikling gjennom forskning og utvikling og stimulere til lokale prosjekt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ga økonomisk støtte til prosjektet. Støtten fra Nasjonalt kompetansesenter var som følger:

Lønnskostnader	NOK	325.000
Reiseutgifter	NOK	20.000
Kontormateriell	NOK	10.000
Sum totalt	NOK	355.000

3.0 RESULTATER

Det kom inn 269 svar fra legene i undersøkelsen. Dette utgjør en svarprosent på 82 %. Fra ambulansesarbeiderne kom det inn 287 svar. Svarprosenten var 87 %. Fra pasient pårørende eller andre kom det inn 54 svar. Svarprosenten var bare 16 %.

Fire evaluerte hendelser ble tatt ut av undersøkelsen fordi de var ført dobbelt både av legen og ambulansesarbeideren.

3.1 Antall utrykninger med lege og ambulansepersonell

Her vil vi se på resultater knyttet til antall utrykninger med lege og ambulansepersonell. Formålet er ut fra dette å vurdere om beredskapsressursene kan utnyttes mer hensiktsmessig ved etableringen av legebemannet utrykningsbil.

I perioden 1.september 2007 til og med 21.desember 2007 ble det tatt i mot 565 henvendelser til AMK sentralen og Legevakta med spørsmål om lege / sykebesøk til oppholdssted.

I alt 330 (58,4 %) av det totale antall henvendelser resulterte i sykebesøk. De øvrige 235 henvendelsene (41,6 %) ble løst ved andre tiltak.

Det var like mange kvinner (244) som menn (244) som ønsket legetilsyn der de oppholdt seg. I alt 77 av henvendelsene manglet opplysning om kjønn.

Vi har opplysninger om pasientens kommunetilhørighet i 316 av de 330 sykebesøkene som ble utført. De fleste henvendelsene om sykebesøk kom hovedsakelig fra Drammen kommune (75,9 %), mens 19,0 % av henvendelsene kom fra Lier kommune, Sande og Svelvik kommuner stod for henholdsvis 4,1 % og 0,9 % av henvendelsene. Ved 288 av de 330 sykebesøkene har vi opplysninger om pasientens oppholdssted. I alt 49,7 % av oppdragene var til pasientens bosted, mens 34,4 % av besøkene var til pasienter som oppholdt seg i institusjon. De resterende oppdragene var til kjøpesenter, offentlig bad, politi og bensinstasjon.

Henvendelsene til AMK og Legevakta var nokså jevnt fordelt fra mandag til fredag. I alt 44.4 % av henvendelsene skjedde i helgene.

Av de 330 henvendelsene til legen som resulterte i sykebesøk kom 38,7 % via AMK, mens 26,0 % kom via legevakten. I alt 15,2 % kom fra hjemmetjenesten mens de resterende henvendelsene kom via andre institusjoner, politi, pårørende og vitner til hendelsen.

Av de som fikk sykebesøk var det 50,6 % menn og 49,4 % kvinner. I forhold til alder var 37,8 % av de som fikk sykebesøk over 75 år, mens besøkene til barn (0-14 år) utgjorde 2,7 %. (Tabell 1)

Tabell 1. Aldersfordelingen blant de som fikk sykebesøk (n=330)

	Antall	%
0-14 år	7	2,7
15-29 år	18	6,8
30-44 år	24	9,1
45-59 år	34	12,9
60-74 år	55	20,9
75 + år	125	47,5
Total	263	100
Ukjent alder	67	
Total	330	

Tabell 2 viser diagnosen legen stilte etter sykebesøket. Diagnosegruppen allment og uspesifisert utgjorde 47,2 % av primærdiagnosene. Av disse var 57,6 % syning av mors. De øvrige innen denne gruppen bestod av bevissthetsproblemer og allmenne symptomer som feber, syncop og utmattelse. Legen var videre ute på 24 ulykker (9,1 %), herunder 10 trafikkulykker og 14 andre skader /ulykker som hovedsakelig var fallulykker.

Av primærdiagnosene tilhørte 23,1 % gruppene hjerte / kar og luftveier. I primærdiagnosegruppen hjerte/kar var 57,6 % brystmerter. Det er registrert tre tilfeller av hjertestans. To av disse pasientene døde. To pasienter oppholdt seg i Drammen og en i Lier. Pasienten som overlevde oppholdt seg i Drammen. Det ble meldt inn et tilfelle av brystmerter som døde og, tre tilfeller hvor pasienten ble funnet bevisstløs og døde. Primærdiagnosegruppen muskel og skjelettlidelser besto hovedsakelig av ryggmerter og bruddskader. Den største diagnosegruppen innenfor psykiatri bestod av suicidale pasienter og pasienter med rusproblemer.

Tabell 2. Diagnose stilt av lege etter ICPC systemet (n= 330). I 65 av sykebesøkene foreligger det ingen diagnoser. Med primærdiagnose menes hoveddiagnose. Med begrepet sekundærdiagnose menes tilleggsdiagnose.

	Primærdiag- noser. Antall		Sekundær - diagnoser. Antall	
		%		%
Allment og uspesifisert	125	47,2	15	46,9
Fordøyelsessystemet	11	4,2	3	9,4
Hjerte og kar	33	12,5	1	3,1
Luftveier	28	10,6	6	18,9
Nervesystemet	15	5,7	2	6,2
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	8	3,0	1	3,1
Urinveier	11	4,2		
Muskel og skjelett-sykdommer	11	4,2	2	6,2
Psykatri	17	6,3	2	6,2
Hud	4	1,5		
Svangerskap, fødsel og fam. planlegging	1	0,3		
Mannlige kjønnsorganer	1	0,3		
Totalt	265	100	32	100
Ukjente diagnoser	65		298	
Totalt	330		330	

3.2 Antall henvendelser der legen vurderte å ikke reise ut på sykebesøk/til skadested

Av de 235 pasientene som ikke fikk sykebesøk var det nesten like mange menn (49,1 %) som kvinner (50,9 %). Av de pasientene som ikke fikk sykebesøk var 51,3 % over 75 år, mens 5,3 % tilhørte aldersgruppen 0-14 år.

Innenfor primærdiagnosegruppen hvor det ikke ble foretatt sykebesøk var 26,6 % av henvendelsene innenfor diagnosegruppen allment og uspesifisert, mens diagnosegruppen hjerte / kar og luftveier utgjorde 18 % av disse henvendelsene (tabell 3).

Tabell 3. Primær- og sekundærdiagnoser på forespørsler om sykebesøk hvor det ikke ble foretatt sykebesøk (n=235)

	Primær- diagnoser.		Sekundær - diagnoser.	
	Antall	%	Antall.	%
Allment og uspesifisert	62	26,6	17	20,2
Fordøyelsessystemet	22	9,4	17	20,2
Hjerte og kar	42	18	5	6
Luftveier	30	12,9	13	15,5
Nervesystemet	17	7,3	14	16,7
Endokrine,metabolske og ernæringsmessige problemer	8	3,4	2	2,4
Urinveier	15	6,4	0,0	0,0
Muskel og skjelettsykdommer	13	5,6	5,0	6,0
Psykatri	17	7,3	6,0	7,1
Hud	2	0,9	3,0	3,6
Svangerskap/fødsel og fam. planlegging	1	0,4	1,0	1,2
Øye	3	1,3	1	1,2
Øre	1	0,4	0,0	0,0
Total	233	100.0	84	100
Ukjent diagnose	2		151	
Totalt	235		235	

I 62,3 % av henvendelsene hvor det ikke ble foretatt sykebesøk (tabell 4) ble henvendelsen løst ved at legen ga telefonråd til pasient, pårørende eller andre. I 13,8 % av tilfellene ble pasienten transportert med ambulanse til sykehus eller til legevakta for undersøkelse.

Tabell 4. Legens tiltak på henvendelser hvor det ikke ble foretatt sykebesøk (n= 235)

	Antall	%
Telefonråd	104	62,3
Ambulanse til legevakt	23	13,8
Pas. kommer til lv selv	5	3,0
Direkte innlagt sykehus	11	6,6
Uavklart kontakt/ikke sykebesøk	24	14,4
Total	167	100
Ukjente tiltak	68	
Totalt	235	

3.3 Antall utrykninger for ambulansetjenesten

I dette kapitlet har vi sett på antall utrykninger for ambulansetjenesten og antall sykebesøk utført av legevakta fra 1. september til 21. desember i 2006 og 2007 til samme dekningsområde.

Det var en ubetydelig nedgang i antall ambulanseoppdrag inn til Legevakta i prosjektperioden sammenlignet med samme periode året før. Antall sykebesøk økte til 330 i prosjektperioden fra 143 sykebesøk i samme periode året før (tabell 5).

Tabell 5. Antall utrykninger for ambulansetjenesten og antall sykebesøk utført av legevakta

	2006	2007
Antall ambulanseoppdrag til legevakt	425	416
Antall sykebesøk	143	330

3.4 Antall utrykninger med lege og ambulanspersonell som utløser medvarsling av ambulansetjenesten

Dette kapitlet omhandler i hvor stor grad det var registrert medvarsling av legebil og ambulanse. Med medvarsling menes i denne sammenheng det antall utrykninger som medførte utkalling av både legebil og ambulanse samtidig.

Ut fra AMIS – rapport var det i denne perioden totalt 15 tilfeller av medvarsling. Det var fem medvarslinger til trafikkulykker og to til fallulykker, en til stans, tre tilfeller der symptomdiagnosen var bevisstløshet, et tilfelle der det var mistanke om slag, en voldsepisode og et tilfelle der pasienten ble meldt tungpusten.

3.5 Kostnader

De totale kostnadene til legebilordningen i prosjektperioden utgjorde NOK 512 929 og er gjengitt i tabell 6. Det ble i prosjektperioden gjennomført 330 sykebesøk. Kostnadene per besøk ble dermed NOK 1553. Med disse kostnadene som utgangspunkt og forutsatt samme antall besøk som i prosjektperioden ville den årlige utgiften for en slik ordning ha vært NOK 2 424 755.

Legevaktas kostnader relatert til sykebesøk fra 1.september til 21.desember 2006 var totalt NOK 121 677. Av dette utgjorde beredskapsgodtgjøring til leger NOK 65 677 mens transportkostnadene (taxi) var NOK 56 000. Det ble i denne perioden utført 143 sykebesøk noe som innebærer en kostnad pr sykebesøk på NOK 850.

Det fremkom i intervjuene med deltagerne i prosjektet at legene i en legebilordning burde være fastlønnet. Forutsatt at man kan legge til grunn dagens særavtale mellom KS og Den norske legeforening ville de totale årlige kostnader for en slik legebilordning beløpe seg til NOK 4 981 042 eller NOK 4548 pr sykebesøk (se kommentarfeltet under).

Dette forutsetter samme sykebesøkhypighet og relativt de samme kostnader til bil, utstyr og ambulanspersonell som i prosjektperioden.

Tabell 6. Kostnader knyttet til den legebemannede utrykningsbilen i prosjektperioden

Kostnader Legevaktbilen	
Lønnskostnader leger	65 677
Lønnskostnader ambulansarbeidere	406 942
Diverse utstyr	22 350
Driftskostnader bil	17 960
Sum totalt	512 929

Kommentarer til tabellen:

Lønnskostnader leger selvstendig næringsdrift

Lønnskostnader leger er basert på beredskapslønn hverdager 16 – 23 og helger 8-23 i 11 uker.

Timelønn hverdag 7 timer a kr 77,55 x 5 dager x 11 uker = kr 29 856,00

Timelønn helger 30 timer a kr 108,55 x 11 uker = kr 35 821,00

Lønnskostnader leger totalt i prosjektet = kr 65 677,00

Lønnskostnader leger fastlønnen

Lønnskostnader leger er basert på fastlønn hverdager 16 – 23 og helger 8-23 i 11 uker.

Timelønn(spesialist) hverdag 7 timer a kr823 x 5 dager x 11 uker = kr 316 855

Timelønn helger 30 timer a kr 877,50 x 11 uker = kr 289 575

Lønnskostnader leger fastlønn 11 uker = kr 606 430

Lønnskostnader lege fastlønn årlig effekt = kr 2 866 760

Årskostnad ved innkjøp og drift av en ny ambulanse i distrikt 1.

Innkjøpspris – avskrivning (sentralt) 5 år = kr 133 333

Drivstoff = kr 120 000

Andre driftskostnader = kr 250 000

Fast lønn = kr 2 156 000

Sosial kostnader = kr 1 500 000

Tillegg = kr 777 000

Variabel lønn = kr 250 000

Sum kostnad = kr 5 186 333

3.6 Resultat ved organisert samarbeid mellom lege i vakt og ambulansepersonell, og for de pasienter som ble betjent av ordningen

I dette kapitlet vil vi presentere den kvalitative delen av spørreundersøkelsen. Målet var å studere hvilke oppdrag legevaktlegen/ambulansearbeideren vurderer som nyttige, en kvalitativ vurdering av legenes erfaring ved medbemanning av ambulansepersonell, vurdering av ambulansearbeidernes erfaring ved samarbeid med lege og pasientenes vurdering av ordningen. Datagrunnlaget er hentet fra legenes og ambulansearbeidernes dagbøker og de spørreskjemaene vi har fått sendt tilbake fra pasienten, pasientens pårørende eller andre. Kapitlet viser bakgrunnen til de legene som utførte sykebesøkene, legenes og ambulansearbeidernes egenvurdering av; hastegrad før og etter sykebesøket, sykebesøkets nytte etter konsultasjonen, resultatet (hva som skjedde med pasienten) etter sykebesøket, vurdering av samarbeidet med ambulansepersonell, om kunnskap med relevans til legevaktmedisin bedres og til slutt en vurdering av helsetilbudet.

3.6.1 Resultat leger

Tabell 7 viser bakgrunnen til de legene som utførte sykebesøkene. I alt 34,9 % utgjøres av fastleger eller fastlegevikarer. Gruppen andre leger er dagleger som er fast ansatte ved daglegevakta og tilsynsleger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Tabell 7. Bakgrunnen til de legevaktlegene som utførte de 330 sykebesøkene (n=330)

	Antall	%
Fastlege	67	24,7
Fastlegevikar	28	10,3
Vikarlege	72	26,6
Turnuslege	43	15,9
Andre	61	22,5
Total	271	100
Ukjent bakgrunn	59	
Totalt	330	

Tabell 8 viser hastegrad vurdert av legen før og etter sykebesøket. Av 330 oppdrag ble hastegrad før og etter sykebesøket vurdert av legen i 265 tilfeller. I 45,6 % av henvendelsene ble situasjonen vurdert som livstruende eller alvorlig skade eller sykdom før besøket. Legens vurdering etter legebeføket viser en reduksjon i disse hastegradene på 15,2 %. Innenfor gruppene mindre alvorlig og ikke alvorlig sykdom eller skade var det en nedgradering av hastegrad svarende til 17,4 % av tilfellene.

Tabell 8. Hastegrad vurdert av legen før og etter sykebesøket (n=330)

	Vurdering av hastegrad før oppkald.		Vurdering av hastegrad etter utkald.	
	Antall	%	Antall	%
Livstruende	43	16,2	29	11,0
Alvorlig skade/sykdom	78	29,4	51	19,4
Mindre alvorlig skade/sykdom	56	21,1	65	24,7
Ikke alvorlig skade/sykdom	76	28,8	112	42,6
Vet ikke	12	4,5	6	2,3
Totalt	265	100	263	100,0
Ukjent vurdering av hastegrad	65		67	
Totalt	330		330	

Legen vurderte i etterkant at 79,3 % av sykebesøkene hadde vært svært nyttig / nødvendig eller nyttig/nødvendig etter konsultasjonen. Kun 9,4 % av sykebesøkene ble i etterkant av legen vurdert som lite nyttig / nødvendig eller helt unyttig/nødvendig (Tabell 9).

Tabell 9. Legens egen vurdering av sykebesøkets nytte etter konsultasjonen (n=330)

	Antall	%
Svært nyttig/nødvendig	83	31,2
Nyttig/nødvendig	128	48,1
Verken eller	30	11,3
Lite nyttig/nødvendig	15	5,6
Helt unyttig/nødvendig	10	3,8
Totalt	266	100
Ukjent vurdering av nytte etter konsultasjon	64	
Totalt	330	

Tabell 10 viser resultatet av legebesøket. I 58,2 % av sykebesøkene ble oppdraget løst på bo/skadestedet, og 30,4 % av besøkene utløste transport av pasient til sykehus.

Tabell 10. Resultat av legebesøk (n = 330)

	Antall	%
Oppdrag løst på bo-/skadested	153	58,2
Henvist til legevakt	6	2,3
Henvist til fastlege	3	1,1
Transport til legevakt	6	2,3
Transport til sykehus	80	30,4
Annet	15	5,7
Totalt	263	100
Ukjent resultat	67	
Totalt	330	

Av pasientene som ble henvist videre til annen instans ble 88 pasienter transportert med ambulanse. Alternative transportmetoder var blant annet taxi (1 pasient) og egen bil (4 pasienter).

I 95,8 % (n= 267) av tilfellene vurderte legen at han var svært fornøyd / fornøyd med teamarbeidet, og han var svært fornøyd / fornøyd med bistanden han fikk fra ambulansarbeideren under oppdraget i 93,2 % (n=265) av besøkene. Legen var svært fornøyd / fornøyd med ambulansarbeiderens holdning til samarbeidet med legen i 93,7 % (n=264) av besøkene. Legene mente at deres kunnskap med relevans til legevaktmedisin ble bedret i 80,4 % av oppdragene (n=266), og de vurderte at egen ferdighet hadde betydning i 82,2 % av oppdragene (n=265). De tilfellene hvor legen mente egen ferdighet hadde liten betydning dreide seg i hovedsak om oppdrag knyttet til syning av mors (tabell 11).

Tabell 11. Legens egenvurdering av kunnskap med relevans til legevaktmedisin bedres (n=330) og opplevd betydning av egne ferdigheter (n=330)

	Egenvurdering av kunnskap		Opplevd betydning av egne ferdigheter	
	Antall	%	Antall	%
Svært fornøyd	140	52,6	153	57,7
Fornøyd	74	27,8	65	24,5
Verken/eller	37	13,9	32	12,1
Misfornøyd	2	0,6	4	1,5
Svært misfornøyd	4	1,5	4	1,5
Annet	9	3,4	7	2,6
Totalt	266	100	265	100
Ukjent egenvurdering	64		65	
Totalt	330		330	

I tabell 12 har vi gjengitt legenes vurdering av det totale helsetilbudet i denne ordningen. Legene sier at de i 86,8 % av tilfellene var svært fornøyd eller fornøyd med det helsetilbudet pasienten fikk gjennom ordningen (Tabell 12).

Tabell 12. Legens vurdering av det totale helsetilbudet (n=265)

	Antall	%
Svært fornøyd	111	41,9
Fornøyd	119	44,9
verken eller	27	10,2
Misfornøyd	6	2,3
Svært misfornøyd	1	0,4
Vet ikke/ubesvart	1	0,4
Totalt	265	100
Ukjent egenvurdering	65	
Totalt	330	

3.6.2 Resultater ambulansarbeidere

I alt 40,0 % av oppdragene ble vurdert av ambulansarbeiderne som livstruende eller alvorlig skade / sykdom før oppdraget. Ambulansarbeiderens vurdering av hastegrad etter oppdraget viser en reduksjon i hastegradene livstruende og alvorlig skade/sykdom med 18,6 % (tabell 13).

Tabell 13. Hastegrad før og etter legens sykebesøk (n = 330)

	Vurdering hastegrad før utkald.		Vurdering av hastegrad etter utkald.	
	Antall	%	Antall	%
Livstruende	47	16,4	21	7,5
Alvorlig skade/sykdom	76	26,6	39	13,9
Mindre alvorlig skade/sykdom	57	19,9	60	21,4
Ikke alvorlig skade/ sykdom	104	36,4	157	55,9
Vet ikke	2	0,7	4	1,4
Totalt	286	100	281	100
Ukjent vurdering hastegrad før/etter	44		49	
Totalt	330		330	

Ambulansearbeideren vurderte at 91,0 % av sykebesøkene hadde vært svært nyttig / nødvendig eller nyttig / nødvendig etter besøket. Bare 1,7 % av sykebesøkene ble vurdert å være lite nyttig / nødvendig eller helt unyttig / nødvendig (tabell 14).

Tabell 14. Ambulansearbeiderens egenvurdering av sykebesøkets nytte etter konsultasjonen (n=330)

	Antall	%
Svært nyttig	171	59,6
Nyttig/nødvendig	90	31,4
Verken/eller	21	7,3
Lite nyttig/nødvendig	4	1,4
Helt unyttig/unødvendig	1	0,3
Totalt	287	
Ukjent vurdering nytte	43	
Totalt	330	

I 95,1 % (n=283) av tilfellene var ambulansearbeideren svært fornøyd / fornøyd med teamarbeidet. Videre var ambulansearbeideren svært fornøyd / fornøyd med bistanden han fikk av legen i 94,7 % (n=283) av sykebesøkene og med legens holding til samarbeidet med ambulansearbeideren i 95,4 % (n=280) av besøkene.

Ambulansearbeideren var svært fornøyd / fornøyd resultatet av sykebesøket i 96,8 % av tilfellene.

Ambulansearbeiderne mente videre at deres kunnskap med relevans til legevaktmedisin ble bedret i 90,4 % av oppdragene.

Ambulansearbeiderne vurderte at de i 98,6 % (n=285) av tilfellene var svært fornøyd eller fornøyd med det helsetilbudet de kunne tilby pasienten der vedkommende oppholdt seg.

3.6.3 Resultat tilbakemelding fra pasienter, pårørende eller andre

Det var tilnærmet lik andel av pasienter, pårørende og andre som tok kontakt med helsetjenesten (tabell 15). Det var 53,7 % som primært tok kontakt med legevakta, mens 37,0 % kontaktet nødnummer 113.

Tabell 15. Kontaktperson med helsetjenesten (n=330)

	Antall	%
Pasient	19	35,2
Pårørende	17	31,5
Andre	18	33,3
Totalt	54	100
Ukjent tilbakemelding	276	
Totalt	330	

I alt 64,8 % av de som tok kontakt med helsetjenesten vurderte at tilstanden enten var livstruende eller alvorlig, mens 14,8 % vurderte situasjonen til å være ikke alvorlig skade / sykdom.

Tabell 16. Egenvurdering av situasjonen når helsetjenesten ble kontaktet (n=330)

	Antall	%
Livstruende	10	18,5
Alvorlig skade/sykdom	25	46,3
Mindre alvorlig skade/sykdom	6	11,1
Ikke alvorlig skade/sykdom	8	14,8
Vet ikke	5	9,3
Totalt	54	100
Ukjent vurdering av situasjonen	276	
Totalt	330	

De fleste som svarte (98,1 %) var svært fornøyd eller fornøyd med det helsetilbudet de fikk der de oppholdt seg (n=53), 84,6 % svarte at de var svært fornøyd / fornøyd med ventetiden før de fikk behandling (n=52) og 92,5 % (n=53) mente det var verd å vente på legen der de oppholdt seg.

I 92,6 % (n=54) av de tilbakemeldingene vi fikk, var pasientene, pasientenes pårørende eller andre svært fornøyd/fornøyd med legens og ambulansarbeiderens serviceinnstilling, 86,4 % (n=54) svarte at de var svært fornøyd eller fornøyd med kvaliteten på den informasjonen de fikk og 86,5 % (n=52) var svært fornøyd eller fornøyd med legen og ambulansarbeiderens evne til å snakke et forståelig språk.

I alt 87,8 % svarte at deres problem var løst fullt ut eller i stor grad der de oppholdt seg, mens 3,7 % mente at deres problem ikke ble løst i det hele tatt. (Tabell 17).

Tabell 17. Grad av problemløsning på stedet (n= 330)

	Antall	%
Fullt ut	28	51,9
I stor grad	14	25,9
I noe grad	9	16,7
I liten grad	1	1,9
Ikke i det hele tatt	2	3,7
Totalt	54	100
Ukjent	276	
Totalt	330	

Pasienter / pårørende eller andre vurderte i 90 % av tilfellene (n=50) at de var svært fornøyd eller fornøyd med det helsetilbudet de fikk på oppholdsstedet.

3.7 Resultat kvalitative intervjuer

I dette kapittelet framføres resultatene av de kvalitative intervjuene.

Egenvurdering av organisering av prehospitale tjenester i Drammensregionen

På spørsmålet om hvordan de som ble intervjuet mente at prehospitale tjenester burde organiseres i Drammensregionen, svarte flere av de som var med i undersøkelsen at organiseringen var grei som den er i dag. Flere av de intervjuede mener at tjenesten fortsatt bør organiseres i to forvaltningsnivåer, legevakt i kommune og ambulanse/AMK sentral i spesialisthelsetjenesten.

Leger, AMK operatører og ambulanserearbeidere som var med i undersøkelsen uttrykker at det bør være et tettere samarbeide mellom legetjenesten i legevakta, AMK sentralen og ambulansetjenesten og at man burde vurdere at legene var fast ansatt ved LV. AMK operatørene i undersøkelsen mener at det er nødvendig å ha en AMK lege til stede i sentralen.

Videre mener enkelte sykepleiere i LV at LV er en akutt beredskapsressurs, og det bør "sies" bedre enn i dag. Dette uttaler også en lege. En viser til USA som har utdannet paramedic og mener Norge bør utvikle seg i den retningen.

Ulike utsagn fra intervjuene

- "Legetjenesten burde være en del av ambulansetjenesten".
- "Legen savnes ute, spesielt av ambulanserearbeiderne"
- "Det bør være en legebemannet utrykningsbil i et så stort legevaktdistrikt. Under utrykning kan det ta mellom 20 til 30 min å kjøre til utkanten av regionen. For pasienter med hjerteinfarkt, hjerneblødning, emboli etc. er en responstid med ambulans på 25 til 35 min uforsvarlig".

Vurdering av behov for sykebesøk/lege til skadested

Oppfatningen hos nær sagt alle de intervjuede legene og sykepleierne ved LV, ambulanserearbeiderne og AMK operatørene var at legene kan reise ut mer enn de gjør i dag. Alle svarte at det bør være tilbud om legetilsyn ute i legevaktdistriktet, slik at pasientene ved behov har tilbud om tilsyn av lege enten hjemme eller på skadested. Legene er klare på at det er de som må vurdere behovet, fordi legen kan bli sendt ut på "mye unødvendige oppdrag". Det var enighet om at det er viktig at legen spesielt prioriterer å reise ut for å tilse eldre mennesker på sykehjem eller i hjemmet.

Ulike utsagn fra intervjuene:

- "Vurderer legen å reise ut må det enten være sammen med en legevaktsykepleier eller ambulanserearbeider".
- "Det er krevende for mange pasienter å komme hit til legevakta. Legen kan reise ut og avklare mye der, så man slipper å kjøre pasientene inn til legevakta. Det kan være en stor belastning for pasienten å bli dratt ut".
- "Om legen beslutter å reise ut på sykebesøk uttrykker legene at de ikke skal reise alene."

Vurdering av behovet for legebemannet utrykningsbil i legevakt

Legene mente at ambulanserearbeiderne har god kompetanse og situasjonen blir trygg når de er to. Det er ulike meninger blant de intervjuede om det er behov for å etablere en legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen. Mens legene ved LV og alle respondentene i ambulansetjenesten og AMK sentralen mener at det er behov for en legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen, var sykepleierne ved LV mer usikre. Sykepleiere stiller

spørsmål om ikke dagens taxiordning er et bra nok tilbud. Sykepleiernes usikkerhet bygget hovedsakelig på hvordan legetjenesten var organisert i prosjektperioden. En mente at legen reiste ut på mange unødvendige turer i prosjektperioden, og at ambulanse burde reise ut først og legen i etterkant om det vurderes som nødvendig.

Leger og sykepleiere ved LV var derimot enige om at legen må være fast lønnet og fast tilknyttet legebilen, og ikke jobbe inne på LV om legevaktbilen skal etableres i en fast ordning. Slik ordningen fungerte, hvor legen jobbet inne når det ikke var kjøreoppdrag, mente sykepleiere at legene valgte å nedprioritere å reise ut til pasienten.

Ulike utsagn fra intervjuene:

- ”Jeg var fornøyd med legevaktbilen. Jeg var skeptisk i starten. Det henger sammen med hva jeg har hørt av kolleger – at det er best å være inne. Det var ingen grunn til det”.
- ”Det bør være tydeligere kjøreregler i forhold til hvilke oppdrag legen skal reise ut på”.
- ”Kjørelegeordningen må omorganiseres om det skal opprettes en legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen. Legen må lønnes fast og være fast knyttet til legebilen”.

Vurdering av bruken av ambulanseberedskapen

Sykepleierne/koordinatorene ved AMK sentralen og ambulansearbeiderne som var med i undersøkelsen mente at en legebemannet utrykningsbil ville redusere bruken av ambulanser i legevaktdistriktet og at belastningen på ambulansetjenesten ville reduseres. Det var uenighet blant de intervjuede legene og sykepleierne om det forekommer unødvendig bruk av ambulanse inn til LV. Det er derimot en oppfatning blant flere sykepleiere ved LV at legen bør reise mer ut og vurdere å avklare situasjonen.

Ulike utsagn fra intervjuene:

- ”Det kan forekomme misbruk av ambulanse. Problemet ligger i samtalen med pasienten. Situasjonen kan oppfattes mer alvorlig”.
- ”Ambulansen må noen ganger transportere pasienter til legevakta. Legene trenger derimot ikke å være så ”slepphente” og de kan vurdere andre former for transport”.
- ”Det er mye unødvendig bruk av ambulanse. Det er avhengig av legen”.
- ”Folk kan ordne mer selv enn de gjør i dag. Det er stor forventninger”.
- ”Om det er et sterkt ønske at legen skal reise ut, så bør han gjøre det”.

- ”Ambulansen vil ut på akutte ting. Ambulansen bør kunne benyttes til transport av pasienter og akutte ting. Det er lite akutt som skal til legevakta. Det burde vært en bårebil eller ren transportbil. Legevakta hadde hatt bruk for bårebilen mest”.

Vurdering av samhandlingen mellom sykehuset og legevakta

De intervjuede legene ved legevakta opplever at de har et godt samarbeid med sykehuset. De intervjuede sykepleierne ved legevakta uttrykker derimot mer usikkerhet rundt samarbeidet med sykehuset. AMK sykepleiere/koordinatorer og ambulansesarbeiderne uttaler at samarbeidet fungerer greit, og at prosjektet førte til en ytterligere forbedring. Ambulansesarbeiderne sier at de opplever at samarbeidet fungerer bedre når legen er med ut.

Ulike utsagn fra intervjuene:

- ”Det blir kollisjoner. Sykehuset er mistroiske og stiller oss spørsmål om ting, for eksempel ambulanse. Vi mener at vi gjør gode vurderinger”.
- ”Det burde vært bedre pasientflyt. Vi sitter på hver vår tue og passer på vårt”.
- ”Det gjør mye for øvrig helsepersonells trygghet at legen er tilgjengelig ute”.

Vurdering av om sykebesøk/lege til skadested har noen nytteverdi

Det er enighet blant de intervjuede om at legebesøket har en stor nytteverdi. Legene begrunner dette med at legen på en bedre måte kan legge videre planer for pasienten, de kan vurdere pasientens totale funksjonsevne og hjelpebehov bedre, de kan forhindre unødvendige innleggelse i sykehus og forhindre unødvendig transport som kan være svært belastende for pasienten. Sykepleiere mener at det må være viktig for pasienten at legen reiser ut, fordi legen bedre kan vurdere boforhold, få en helhetsvurdering av pasientens situasjon og snakke med pårørende eller andre. Eldre, psykisk syke og rusavhengige pasienter er nevnt av sykepleiere og leger ved LV som pasientgrupper det har en stor nytteverdi å reise ut på sykebesøk til. AMK sykepleiere/koordinatorer og ambulansesarbeiderne mener at sykebesøk har stor nytteverdi og begrunner dette likt med leger og sykepleiere i legevakta. Ambulansesarbeiderne uttalte at det var svært lærerikt både for ambulansepersonalet og legene å komme hjem til pasienten og vurdere situasjonen sammen.

Utsagn fra intervjuene:

- ”Pasientene var fornøyde. Det er mer beroligende for dem å oppholde seg hjemme og sykebesøket har en stor psykisk nytte”.
- ”Det er noe annet for legen å se pasienten hjemme. I legebilen var de to kompetente som kunne vurdere situasjonen”.

- ”Både ja og nei. Det må i så fall bli en fast ordning at legen reiser ut, slik at det ikke blir stilt spørsmål om viktigheten. Til eldre drar jeg ut nå også”.

Vurdering av sykebesøkets medisinske nytteverdi

Det var delte meninger blant legene som har vært med i undersøkelsen om sykebesøket hadde nytteverdi medisinskfaglig. Ulike problemstillinger nevnes som en faktor til usikkerheten.

Utsagn fra intervjuene:

- ”Legen kan behandle pasienten ferdig hjemme eller der vedkommende er”.

Vurdering av nytten av at legen er tilgjengelig ute

Legene og sykepleierne mente at det er av stor nytteverdi at legen er tilgjengelig ute. De intervjuede fra AMK sentralen og ambulansetjenesten mener alle at det har en stor nytteverdi at legen er tilgjengelig for pasientene ute. En fra AMK sentralen mener at tilgjengeligheten ikke er god nok, og at den er avhengig av den enkelte legen som er på jobb. Tilstandene leger og sykepleierne ved legevakta nevnte at legene burde reise ut på var: sykehjem/eldre, ulykker, mors, bryst smerter, hypoglycemianfald, sterke smerter, enkel infeksjon, terminale pasienter, pasienter som sliter med å komme seg til legevakta, stans, anafylaxi, psykiatri, astmatikere, KOLS og pneumonier.

De intervjuede AMK sykepleiere/koordinatorer og ambulansarbeiderne mener at legevaktlegen bør varsles ved alle typer oppdrag, og at legen selv må avgjøre hvilke pasienter som skal prioriteres. De var tydelige på at det er spesielt viktig at legen er med ut på oppdrag der det kreves vurderinger og i tvilstilfeller.

Utsagn fra intervjuene:

- ”Følelsen av at legen er tilgjengelig ute er viktig. Nyttegraden er stor”.
- ”Ja, helt klart slik det var i prosjektperioden, men slik det er ellers - da ønsker jeg ikke å reise ut alene”.
- ”Det er stress for flere pasienter å reise inn til legevakta, for eksempel psykisk syke, eldre mennesker eller mennesker som for eksempel kommer for å bytte kateter”.
- ”Det er nyttig at legen er tilgjengelig ute. Det skal være mulig å få lege hjem til seg når det er nødvendig”.
- ”Det er vaner hos folk og det fungerer bra som det er nå”.
- ”Det er individuelt og ut fra den aktuelle helsetilstanden. Derfor er det vanskelig å konkretisere”.

- ”Legen bør være med ut til pasienter som trenger vurdering. Det er mindre behov på røde turer. Legen skal alltid være med ved stans”.

Vurdering av hvordan varslingen mellom etatene fungerte i prosjektperioden

Legene uttrykte at de stort sett synes varslingen mellom etatene fungerte greit i prosjektperioden. Problemet for legene var at de ble dratt ut av konsultasjoner inne på legevakta når de måtte reise ut i sykebesøk. Sykepleierne ved LV og i AMK sentralen opplevde man at varslingen hadde ulik kvalitet. En ambulansarbeider mente at det burde være klarere prosedyrer for varsling og at AMK burde ha kommandoen.

Utsagn fra intervjuene:

- ”Det var vanskelig for legen å forlate pasienten midt i en konsultasjon. Det var stressende. I verste fall kunne det ført til feilvurderinger”.
- ”AMK sentralen snakket direkte med legen. Sykepleierne ved legevakta fikk ikke med seg at legen var ute. Jeg reagerer på at AMK ringer og informerer legevakta om alt mulig. Jeg tenker, hva får legen gjort med dette”?
- ”Legen varslet ikke legevakta. Var manglende kommunikasjon innad i legevakta. Bør være en bedre prosedyre i forhold til varsling fra AMK til legevakt”.
- ”Det var ikke rom for å vurdere underveis. Legen ble beordret ut av AMK sentralen”.
- ”Det var stort sett lett å få legen ut. Enkelte ganger var jeg usikker på om informasjon kom videre fra legevaktsykepleier til legevaktlege”.
- ”Skulle vært klarere kriterier så vi slapp diskusjonene med lege og sykepleiere på legevakta. Legen skal i siste instans vurdere”.
- ”Legen har ansvaret for å vurdere og legen skal alltid varsles ut fra medisinsk index. Det bør være en fast lønnet lege på bilen og vi har en jobb å gjøre i forhold til kommunikasjon”.
- ”Bør være klarere prosedyrer og det bør ikke være opp til legen om han skal reise ut. De eldste legene vil ikke ut”.

4.0 DRØFTING

Hovedfunnene i denne undersøkelsen viste at bruk av legebil førte til en markant økning av antall sykebesøk i prosjektperioden sammenlignet med samme periode året før. Det var i samme tidsrom en ubetydelig nedgang i antall ambulanseoppdrag inn til legevakta. Det ble registrert få tilfeller av medvarsling av legebil og ambulanse. Legevaktbilen hadde flest oppdrag i Drammen kommune, som er den største kommunen i legevaktsdistriktet.

Størsteparten av oppdragene gikk til pasientens bosted, mens ca hvert tredje oppdrag gikk til pasienter på institusjon. Blant de pasientene som fikk sykebesøk var det like mange menn som kvinner og majoriteten var over 75 år. De fleste sykebesøkene ble løst på stedet. Av de pasientene som trengte transport inn til legevakt eller sykehus ble et fåtall transportert med ambulanse. Nesten halvdel av oppdragene gjaldt diagnosegruppen allment og uspesifisert. De fleste av disse gjaldt syning av mors. Diagnosegruppene hjerte/kar og luftveier sto for en fjerdedel av oppdragene. Brystsmerter utgjorde vel halvparten av disse. I de fleste tilfellene var det AMK sentralen som henvendte seg til legen med spørsmål om sykebesøk/lege til skadested.

Ser man på gruppen som ikke fikk sykebesøk var det også her nesten like mange menn som kvinner og majoriteten var også her over 75 år. I de fleste av de henvendelser hvor det ikke ble foretatt sykebesøk ble henvendelsen løst ved at legen ga telefonråd til pasient, pårørende eller andre. Det var svært få tilfeller der legen vurderte en annen transport enn ambulanse inn til legevakt eller sykehus.

Undersøkelsen viste at både leger og ambulanspersonell vurderte at samhandlingen var meget positiv med hensyn til teamarbeid, den bistanden legene og ambulansarbeiderne ga hverandre under oppdragene og holdninger de hadde til hverandres oppgaver og rolle. Både legene og ambulansarbeiderne mente at de hadde et gjensidig faglig utbytte av samarbeidet ved at deres kunnskap i legevaktmedisin ble bedret.

Av resultatene fremkommer det at eldre pasienter representerer en pasientgruppe hvor ambulansarbeidere erfarer at de står ovenfor vanskelige vurderinger og beslutning om behandling før de leveres til legevakt eller sykehus. Ambulansarbeiderne uttrykker i undersøkelsen en utrygghet ved at de ofte får et ansvar som stiller høyere krav til kompetanse enn de selv har. Det fremkommer flere ganger i undersøkelsen at eldre mennesker bør prioriteres spesielt med tanke på sykebesøk. Dette begrunnes blant annet med at det kan oppleves belastende for disse pasientene å bli fraktet i ambulanse til legevakt for så å bli fraktet hjem igjen. De akutte oppdragene har standardiserte prosedyrer i medisinsk operativ manual (MOM). Det kommer frem at ambulansarbeiderne opplever at mestrer de akutte situasjonene, men legevurdering på skadested ble vurdert til å ha stor betydning.

Undersøkelsen viste imidlertid at akutte oppdrag utgjør et mindretall av oppdragene.

I de kvalitative intervjuene mente sykepleiere ved legevakta, ambulansarbeidere og AMK-operatører at legene kunne og burde reise mer ut enn de gjør i dag. Leger uttrykte imidlertid at de opplevde at det er utrygt å reise ut i sykebesøk alene. Flere leger sa at de ikke var villige til

å reise ut slik ordningen er i dag, med bruk av taxi. Undersøkelsen viser at legene vurderte at ambulansesarbeiderne har god kompetanse og at situasjonen var trygg når de var to på oppdragene under prosjektperioden. Drammensregionene er geografisk et stort legevaktdistrikt. Det kan være lang transportvei og observasjonstid inn til legevakta. I noen tilfeller bør behandling starte før eller under transport. Av disse årsakene etterlyste ambulansesarbeiderne i undersøkelsen legevaktlegen som en del av det prehospitale teamet, som skal rykke ut ved ulykker eller være med å vurdere pasienter der det er medisinskfaglig begrunnet. Ambulansesarbeiderne uttrykte en stor tilfredshet med dette teamarbeidet i prosjektperioden. Legene vurderte at deres ferdighet hadde en stor betydning for at oppdragene ble løst ute hos pasienten. Legene og ambulansesarbeiderne uttrykte at de stort sett var svært fornøyd/fornøyd med det totale helsetilbudet denne ordningen ga. Det ble også nevnt av en lege at denne ordningen kunne forhindre unødvendige innleggelser i sykehus. Det var enighet blant legene og ambulansesarbeiderne om at det burde være et tilbud om legetilsyn i legevaktdistriktet, men at det måtte være den medisinskfaglige nytten som skulle være styrende. Den mener legene at det er opp til den enkelte lege å vurdere. For at legen skal kunne vurdere den medisinske nytten av et sykebesøk grundig nok må kommunikasjonen mellom etatene være god. Undersøkelsen viser at mens legene og operatørene ved AMK sentralen opplevde at de hadde god kommunikasjon, opplevde legevaktsykepleierne at varslingen hadde ulik kvalitet. Det ble etterlyst klarere prosedyrer for varslings.

I intervjuene kom det frem delte meninger om det var behov for en legebemannet utrykningsbil i legevakt. Mens legene, ambulansesarbeiderne og AMK operatørene mente at det er et behov for en legebemannet utrykningsbil i legevakt var sykepleierne ved legevakta noe med usikre. Legene, ambulansesarbeiderne og AMK operatørene uttrykte at legevaktlegen burde ha tilgang til transport, rigget med utstyr som en ambulanse og med en sjåfør med relevant utdanning for utrykning og sykebesøk.

5.0 KONKLUSJON

Både de kvalitative og de kvantitative undersøkelsene viste en klar positiv gevinst av prosjektet når det gjelder organisert samhandling mellom lege i vakt og ambulanspersonell, og også for pasienter som ble betjent av ordningen. Legene vurderte at deres kunnskap med relevans til legevaktmedisin ble betydelig bedret og at egen ferdighet hadde stor betydning for å løse oppdragene. De fleste oppdragene legene reiste ut på ble vurdert som svært nyttige eller nyttig både av legen og av ambulansarbeiderne.

Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å trekke en klar konklusjon om beredskapsressursene (legevakt og ambulansetjeneste) kan utnyttes mer hensiktsmessig ved å etablere en legebemannet utrykningsbil i legevakt. Årsakene til dette er flere. For det første var prosjekttiden kort, det er noe usikkerhet knyttet til AMIS-registreringen og det kom frem i de kvalitative intervjuene at bruken av legevaktsbilen ikke var optimal med den organiseringen av legetjenesten som forelå i prosjektperioden. Legen ved legevakta var ikke eksplisitt tilknyttet legebilen, men jobbet med pasienter inne på legevakta når det ikke var kjøreoppdrag ute. Personalet ved legevakta opplevde at dette var stressende, særlig for legen, og flere uttrykte i intervjuene at de mente legebilen ikke ble utnyttet i den grad den kunne. Til sist var det leger som konsekvent ikke ønsket å reise ut i sykebesøk. Vi mistenker at vi derfor ikke har klart å vise godt nok hvilket potensial denne ordningen kan ha.

Dagens ordning med bruk av taxi er som ventet betydelig rimeligere enn bruk av legebemannet utrykningsbil i legevakt for kommunene. Ut i fra foreliggende data mener vi at vi har en for liten forutsetning til å trekke en sikker konklusjon av kost/nytte i sin helhet. Dette henger først og fremst sammen med usikkerheten knyttet til om vi har fått frem det rette potensial denne ordningen har.

Imidlertid kom det frem i undersøkelsen at flere mente at legetjenesten burde omorganiseres hvis ordningen med en legebemannet utrykningsbil skulle fungere optimalt. Forslaget i undersøkelsen var at legen burde være fast lønnet, være fast tilknyttet legebilen og ikke jobbe inne på legevakta med pasienter, for å unngå at legen nedprioriterte å reise ut til pasienten.

I resultatdelen er det et utarbeidet et forslag om hva kostnader knyttet til en ordning med fast ansatte leger på en legebil vil kunne koste og et kostnadsoverslag ved etablering av en ambulanse. Kostnaden knyttet til en ordning med fast ansatte leger på legebil er lavere sammenliknet med den kostnaden Helseforetaket vil få om det må etableres en ekstra ambulanse i legevaktdistriktet.

5.1. Videre tilrådninger

Bruk av legebil kjørt av ambulansarbeider er et godt alternativ med tanke på å styrke kvaliteten på samhandlingen mellom ambulansetjenesten og legevakt.

Dersom en slik ordning skal fungere mest mulig hensiktsmessig vil vi anbefale at legen er fastlønnet og dedikert legebilen, og ikke deltar i det øvrige legevaktarbeidet. Dette forutsetter imidlertid en viss størrelse av legevaktdistriktet. I vår undersøkelse, med ca 100 000 innbyggere i legevaktdistriktet, og lengste sykebesøk ca 40 minutter fra legevakta, er det ingen tvil om at potensialet for sykebesøk er stort nok til å forsvare en slik ordning.

Dersom man ikke finner grunnlag for å etablere en legebemannet utrykningsbil, bør det i så fall stilles krav til at legetjenesten organiseres slik at kjørelegen har lik responstid som ambulansarbeiderne ved lege/ambulansalarm.

Vår undersøkelse klarte ikke å vise det totale kost – nytte aspektet. Ser man snevert på kostnadene til legevakta økte disse betydelig i prosjektperioden. Fra ambulansetjenesten sitt ståsted vil en nedgang i ambulansetransporter inn til legevakta frigjøre ressurser, og dermed gi en bedre og mer effektiv utnyttelse av tjenesten.

Selv med en mer effektiv organisering og høyere utnyttelsesgrad, vil kostnadene bli høyere enn en enkel taxi-ordning for kommunene. Vi mener at nytten og fordelene, både for pasientene, legen og ambulansarbeiderne er så store, at det forsvare høyere kostnader.

Vedlegg 1a

Legebemannet utrykningsbil Undersøkelse om ambulansearbeiders erfaring

1. Amisnummer

2. Hvem tok kontakt før utrykningen?

Legevaktlegen Legevaktsykepleier AMK

3. Hastegrad ved oppkald?

Livstruende Alvorlig skade / sykdom Mindre alvorlig skade / sykdom Ikke alvorlig skade / sykdom Vet ikke

4. Hastegrad etter oppdraget?

Livstruende Alvorlig skade / sykdom Mindre alvorlig skade / sykdom Ikke alvorlig skade / sykdom Vet ikke

5. Sted for legekonsultasjon

Bosted Offentlig Institusjon Skadested Annet oppholdssted

Annet oppholdssted:

6. I hvilken grad opplevde du legekonsultasjonen som nyttig?

Svært nyttig / nødvendig Nyttig / nødvendig Verken eller Lite nyttig / nødvendig Helt unyttig / unødvendig

7. Hva ble resultatet av legebekøket?		
<input type="checkbox"/> Oppdraget ble løst i hjemmet	<input type="checkbox"/> Henvist til legevakt	<input type="checkbox"/> Henvist til fastlege
<input type="checkbox"/> Transportert til legevakt	<input type="checkbox"/> Transportert til sykehus	<input type="checkbox"/> Annet
Annet: _____		

8. Hvordan er din vurdering av dette resultatet vurdert som ambulansesarbeider?					
<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Fornøyd	<input type="checkbox"/> Verken/ eller	<input type="checkbox"/> Misfornøyd	<input type="checkbox"/> Svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ ubesvart

9. Hvor fornøyd/misfornøyd var du med følgende forhold når det gjaldt?						
	Svært fornøyd	Fornøyd	Verken/ eller	Misfornøyd	Svært misfornøyd	Vet ikke/ ubesvart
Teamarbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistand fra legen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holdningen til legen til situasjonen og problemstillingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevd nytte av samarbeidet mellom lege og ambulansesarbeider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betydning for egen kunnskap og ferdigheter i ambulans- og prehospitalt arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Alt i alt - i hvilken grad var du fornøyd/misfornøyd med helsetilbudet basert på dette sykebesøket / denne hendelsen?					
<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Fornøyd	<input type="checkbox"/> Verken/ eller	<input type="checkbox"/> Misfornøyd	<input type="checkbox"/> Svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ ubesvart

Vedlegg 1b

Legebemannet utrykningsbil Undersøkelse om legers erfaring

1. Amisnummer

2. Jeg er...

Fastlege Fastlegevikar Vikarlege Turnuslege

3. Hastegrad ved oppkald?

Livstruende Alvorlig skade / sykdom Mindre alvorlig skade / sykdom Ikke alvorlig skade / sykdom Vet ikke

4. Hastegrad etter oppdraget?

Livstruende Alvorlig skade / sykdom Mindre alvorlig skade / sykdom Ikke alvorlig skade / sykdom Vet ikke

5. Hvem tok kontakt med legen før utrykningen?

Pasientet Sykepleier i legevakt AMK Hjemmetjenesten Andre

Andre:

6. Sted for legekonsultasjon

Bosted Offentlig Institusjon Skadested Annet oppholdssted

Annet oppholdssted:

7. I hvilken grad opplevde du legekonsultasjonen som nyttig?

<input type="checkbox"/> Svært nyttig / nødvendig	<input type="checkbox"/> Nyttig / nødvendig	<input type="checkbox"/> Verken eller	<input type="checkbox"/> Lite nyttig / nødvendig	<input type="checkbox"/> Helt unyttig / unødvendig
---	---	---------------------------------------	--	--

8. Hva ble resultatet av legebesøket?

<input type="checkbox"/> Oppdraget ble løst på bosted / oppholdssted	<input type="checkbox"/> Henvist til legevakt	<input type="checkbox"/> Henvist til fastlege
<input type="checkbox"/> Transportert til legevakt	<input type="checkbox"/> Transportert til sykehus	<input type="checkbox"/> Annet

9. Hvis pasienten ble henvist til legevakt eller sykehus – hvordan ble pasienten transportert dit?

<input type="checkbox"/> Ambulanse	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Egen bil	<input type="checkbox"/> Annet
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

10. Hvor fornøyd/misfornøyd var du med følgende forhold når det gjaldt?

	Svært fornøyd	Fornøyd	Verken/ eller	Misfornøyd	Svært misfornøyd	Vet ikke/ ubesvart
Teamarbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ønsket bistand fra ambulansarbeider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holdningen til ambulansarbeider til situasjon og problemstilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevd nytte av samarbeidet mellom lege og ambulansarbeider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevelsen av at kunnskap med relevans til legevaktsmedisin bedres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevd betydning for egen ferdighet i akuttmedisin og prehospitalt arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Alt i alt - i hvilken grad var du fornøyd/misfornøyd med helsetilbudet basert på dette sykebesøket / denne hendelsen?

<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Fornøyd	<input type="checkbox"/> Verken/ eller	<input type="checkbox"/> Misfornøyd	<input type="checkbox"/> Svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ ubesvart
--	----------------------------------	--	-------------------------------------	---	---

Vedlegg 2

Legebemannet utrykningsbil Undersøkelse om pasienters erfaring

Det er primært et ønske om at pasienten besvarer spørsmålene. Spørsmålene kan besvares av pårørende/andre dersom pasienten er mindreårig eller har problemer med å svare.

1. Jeg er...		
<input type="checkbox"/> Pasient	<input type="checkbox"/> Pårørende	<input type="checkbox"/> Andre

2. Alder					
<input type="checkbox"/> 0-14 år	<input type="checkbox"/> 15-29 år	<input type="checkbox"/> 30-44 år	<input type="checkbox"/> 45 – 59 år	<input type="checkbox"/> 60 – 74 år	<input type="checkbox"/> 75 + år

3. Kjønn	
<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Kvinne

4. Bosted			
<input type="checkbox"/> Bragernes	<input type="checkbox"/> Høvik	<input type="checkbox"/> Sande	<input type="checkbox"/> Åskollen
<input type="checkbox"/> Danvik/Fjell	<input type="checkbox"/> Konnerud/Skoger	<input type="checkbox"/> Sjøstad	<input type="checkbox"/> Åssiden
<input type="checkbox"/> Egge	<input type="checkbox"/> Lierskogen	<input type="checkbox"/> Strømsø	<input type="checkbox"/> Uten fast bopel
<input type="checkbox"/> Hallingstad	<input type="checkbox"/> Nordal	<input type="checkbox"/> Svelvik	<input type="checkbox"/> Utlandet
<input type="checkbox"/> Hegg	<input type="checkbox"/> Reistad	<input type="checkbox"/> Sylling	<input type="checkbox"/> Ellers i Norge
			<input type="checkbox"/> Annen kommune i Buskerud

5. Sykebesøk / skadested			
<input type="checkbox"/> Bosted	<input type="checkbox"/> Institusjon	<input type="checkbox"/> Skadested	<input type="checkbox"/> Annet oppholdssted
Lokalisasjon skadested/annet oppholdssted			

6. Hvordan ble helsetjenesten kontaktet?		
<input type="checkbox"/> Legevakta	<input type="checkbox"/> Nødnummeret 113	<input type="checkbox"/> Annen varslingsetat

7. Når ringte du Legevakta / nødnummeret 113?

Dato: _____

Tidspunkt: _____

8. Hvor alvorlig vurderte du at situasjonen var da du tok kontakt med legevakta, nødnummeret 113, eller annen varslingsetat?

<input type="checkbox"/> Livstruende	<input type="checkbox"/> Alvorlig skade / sykdom	<input type="checkbox"/> Mindre alvorlig skade / sykdom	<input type="checkbox"/> Ikke alvorlig skade / sykdom	<input type="checkbox"/> Vet ikke
--------------------------------------	--	---	---	-----------------------------------

9. Hvor fornøyd / misfornøyd var du med følgende forhold?

	Svært fornøyd	Fornøyd	Verken/ eller	Misfornøyd	Svært misfornøyd	Vet ikke/ ubesvart
At du fikk tilbud om legebesøk der du oppholdt deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetiden før du fikk behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingen du fikk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verd å vente på at legen kom til ditt oppholdssted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennlighet / imøtekommenhet hos lege / ambulansarbeider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviceinnstilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevelsen av å bli ivaretatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvaliteten på informasjonen du fikk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalets evne til å snakke et forståelig språk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I hvilken grad ble problemet ditt løst?

<input type="checkbox"/> Fullt ut	<input type="checkbox"/> I stor grad	<input type="checkbox"/> I noe grad	<input type="checkbox"/> I liten grad	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

11. Hvordan skal problemet følges opp videre?

<input type="checkbox"/> Ble løst på stedet	<input type="checkbox"/> Oppfølging av fastlege	<input type="checkbox"/> Ble videresendt til legevakt	<input type="checkbox"/> Ble videresendt til sykehus
---	---	---	--

12. Hvis du ble henvist til legevakt eller sykehus - hvordan kom du deg dit?

<input type="checkbox"/> Ambulanse	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Egen bil	<input type="checkbox"/> Annet
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

13. Hvor fornøyd/misfornøyd var du med å få behandling der du oppholdt deg i motsetning til å reise til legevakt eller sykehus?

<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Fornøyd	<input type="checkbox"/> Verken/ eller	<input type="checkbox"/> Misfornøyd	<input type="checkbox"/> Svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ ubesvart
--	----------------------------------	--	-------------------------------------	---	---

14. Alt i alt - i hvilken grad var du fornøyd/misfornøyd med helsetilbudet?

<input type="checkbox"/> Svært fornøyd	<input type="checkbox"/> Fornøyd	<input type="checkbox"/> Verken/ eller	<input type="checkbox"/> Misfornøyd	<input type="checkbox"/> Svært misfornøyd	<input type="checkbox"/> Vet ikke/ ubesvart
--	----------------------------------	--	-------------------------------------	---	---

Vedlegg 3a

UNDERSØKELSE OM AMBULANSEARBEIDERS ERFARING MED LEGE BEMANNET UTRYKNINGSBIL I DRAMMENSREGIONEN

Legevakta i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud HF gjennomfører for tiden et forsøk med legebemannet utrykningsbil. Målet er å gi bedre og raskere akuttjeneste utenfor sykehus.

Vi håper at du vil bidra med dine erfaringer ved å fylle ut vedlagt spørreskjema. Spørsmålene gjelder din erfaring, som ambulansarbeider, ved dette sykebesøket i hjemmet eller på et skadested. All erfaring er like viktig for å få et riktig bilde av denne delen av heldetjenesten.

Informasjon om utfylling av skjema.

- De fleste spørsmålene besvares ved å krysse av på en skala
- Legg merke til at endepunktene kan være forskjellig fra spørsmål til spørsmål.

Samtykke i å delta i undersøkelsen.

Spørreskjema skal besvares anonymt. Du samtykker til å delta i denne undersøkelsen ved å legge spørreskjema i vedlagt konvolutt, og legge den på anvist sted i Legevakta

Alle svar blir behandlet fortrolig av forskere tilknyttet prosjektet. Ingen opplysninger vil være sporbar til den enkelte ambulansarbeideren.

Prosjektet legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen blir drevet av:

- Legevakta i Drammensregionen IKS
- Sykehuset Buskerud HF, ved klinikk for akuttmedisin og prehospitaltjenester
- Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Om du vil kontakte prosjektleder, Inger Lise Hallgren, så kan du ringe 95 96 95 11

PÅ FORHÅND TAKK

Vedlegg 3b**UNDERSØKELSE OM LEGERES ERFARING MED LEGEBEMANNET
UTRYKNINGSBIL I DRAMMENSREGIONEN**

Legevakta i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud HF gjennomfører for tiden et forsøk med legebemannet utrykningsbil. Målet er å gi bedre og raskere akuttjeneste utenfor sykehus.

Vi håper at du vil bidra med dine erfaringer ved å fylle ut vedlagt spørreskjema. Spørsmålene gjelder din erfaring, som lege, ved dette sykebesøket i hjemmet eller på et skadested. All erfaring er like viktig for å få et riktig bilde av denne delen av helsetjenesten.

Informasjon om utfylling av skjema.

- De fleste spørsmålene besvares ved å krysse av på en skala
- Legg merke til at endepunktene kan være forskjellig fra spørsmål til spørsmål.

Samtykke i å delta i undersøkelsen.

Det er frivillig for alle å delta. Det vil ikke få noen konsekvenser dersom du ikke vil delta. Det vil ikke bli registrert navn på den som fyller ut skjema, og det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i den endelige rapporten. Alt datamateriell vil slettes ved prosjektslutt. Dato for prosjektslutt er 31.12.2008. Du samtykker til å delta i denne undersøkelsen ved å legge vaktloggen i en lukket konvolutt i administrasjonen på Legevakta.

Alle svar blir behandlet fortrolig av forskere tilknyttet prosjektet. Ingen opplysninger vil være sporbar til den enkelte legen.

Prosjektet legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen blir drevet av:

- Legevakta i Drammensregionen IKS
- Sykehuset Buskerud HF, ved klinikk for akuttmedisin og prehospitaltjenester
- Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Om du vil kontakte prosjektleder, Inger Lise Hallgren, så kan du ringe 95 96 95 11

PÅ FORHÅND TAKK

Vedlegg 3c**UNDERSØKELSE OM PASIENTERS ERFARING MED
LEGEBEMANNET UTRYKNINGSBIL I DRAMMENSREGIONEN.**

Legevakta i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud HF gjennomfører for tiden et forsøk med legebemannet utrykningsbil. Målet er å gi bedre og raskere akuttjeneste utenfor sykehus.

Vi håper at du vil bidra med dine erfaringer ved å fylle ut vedlagt spørreskjema. Spørsmålene gjelder din erfaring etter kontakt med legen og ambulansarbeideren ved dette sykebesøket i hjemmet eller på et skadested. All erfaring er like viktig for å få et riktig bilde av denne delen av heldetjenesten.

Informasjon om utfylling av skjema.

- De fleste spørsmålene besvares ved å krysse av på en skala med fem trinn.
- Legg merke til at endepunktene kan være forskjellig fra spørsmål til spørsmål.

Samtykke i å delta i undersøkelsen.

Det er frivillig for alle å delta. Det vil ikke få konsekvenser for videre medisinsk oppfølging dersom du ikke vil delta. Det vil ikke bli registrert navn på den som fyller ut skjema, og det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i den endelige rapporten. Alt datamateriell vil slettes ved prosjektslutt. Dato for prosjektslutt er 31.12.2008. Du samtykker til å delta i denne undersøkelsen ved å sende inn skjema til adressen under.

Utfylt spørreskjema sendes tilbake til:

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen,

i den ferdig frankerte konvolutten.

Alle svar blir behandlet fortrolig av forskere tilknyttet prosjektet. Ingen opplysninger vil bli tilbakeført til den legen og den ambulansarbeideren som har behandlet deg.

Prosjektet legebemannet utrykningsbil i Drammensregionen blir drevet av:

- Legevakta i Drammensregionen IKS
- Sykehuset Buskerud HF, ved klinikk for akuttmedisin og prehospitale tjenester
- Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Om du vil kontakte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, kan du ringe 55586500. Du kan også kontakte prosjektleder Inger Lise Hallgren ved Sykehuset Buskerud HF på telefon 32 80 30 72.

PÅ FORHÅND TAKK

Vedlegg 4

Kvalitative intervjuer - intervjuguide

Hvordan mener du at prehospitaltjenester bør organiseres i Drammensregionen?

Legebesøk

Legevaktbil

Bruk av ambulanse

Hvordan opplever du samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset?

Hva mener du er god utnyttelse av beredskapsressursene?

Hvilken nytteverdi mener du at legens sykebesøk/utrykning kan ha med tanke på følgende parametere?

1. Legebesøkets "egenverdi". Hvor viktig opplever du det er at pasienten blir observert og vurdert i sitt hjemmemiljø (vurdering av boevne, grad av selvhjulpenhet osv).
2. Nytteverdi av legebesøket rent medisinsk faglig
3. Nytteverdi mht tilgjengelighet.

Hvilke type oppdrag mener du at legen bør vurdere å reise ut på? Pasientkategorier.

Skal legen fortsatt reise ut på mors?

Hva bør ut i fra din generelle erfaring være et realistisk antall av denne type oppdrag i tidsrommet 16 – 23 på hverdager samt helgene fra 08 – 23?

Hvordan opplever du at varslingen mellom etatene fungerte i prosjektperiode

Har du noen kommentarer til utkallingsprosedyrene?

Opplevde du at du fikk nok informasjon vedrørende prosjektet før og under prosjektet?