

# Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Oppdrag fra Akuttutvalget

Rapport nr. 7-2014

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



uniResearch

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

<b>Tittel</b>	Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Steinar Hunskår
<b>Forfattere</b>	Steinar Hunskår, forskningsleder og professor dr. med., Nklm, Jesper Blinkenberg, fastlege og spesialist i allmenntmedisin, Nklm, Gunnar Tschudi Bondevik, fastlege, spesialist i allmenntmedisin og professor dr. med., Nklm, Eirin Ellensen, lege, Nklm, Silje Foldøy Furu, allmenntlege, Nklm, Ingrid Hjulstad Johansen, allmenntlege og ph.d., Nklm, Klaus Melf, kommuneoverlege, Nklm, Vivian Midtbø, sykepleier og master i helsefremmende arbeid, Nklm, Tone Morken, fysioterapeut og dr. philos., Nklm, Guttorm Raknes, spesialist i klinisk farmakologi, Nklm, Ingrid Keilegavlen Rebnord, fastlege og spesialist i allmenntmedisin, Nklm
<b>ISBN</b>	978-82-92970-78-2 trykt 978-82-92970-79-9 pdf
<b>ISSN</b>	1891-3474
<b>Rapport</b>	Nr. 7-2014
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf og trykt
<b>Antall sider</b>	91 pluss vedlegg
<b>Publiseringsmåned</b>	Desember 2014
<b>Oppdragsgiver</b>	Akuttutvalget, Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Sitering</b>	Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT, Ellensen E, Furu SF, Johansen IH, Melf K, Midtbø V, Morken T, Raknes G, Rebnord IK. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntmedisin, 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>	legevaktmedisin@uni.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

I 2014 foregår det flere store og viktige prosesser som angår utviklingen av den kommunale legevakttjenesten i Norge. Blant annet arbeider regjeringens Akuttutvalg med en helhetlig gjennomgang av den delen av den akuttmedisinske kjeden som er utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Utvalget skal også levere innspill til en stortingsmelding om primærhelsetjenesten, som etter planen skal legges frem våren 2015, der omtale av legevakttjenesten blir sentral.

Akuttutvalget har i oppdragsbrev datert 7.7.2014 gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse (Nklm) i oppdrag å utrede ”Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene”. Oppsummert er hovedpunktene i oppdraget følgende:

- I. Forslag til nasjonale krav til legevakt
  - a. Status over legevakttjenesten 2014
  - b. Komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder
  - c. Utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet
- II. Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Nklm fikk frist til utgangen av august 2014 med å levere et første utkast til rapport. I perioden frem til 1. november 2014 var det rom for dialog og bearbeiding av rapporten etter nærmere avtale.

Rapporten er utarbeidet under stort tidspress av hensyn til Akuttutvalgets videre arbeid. Nklm kan ikke utføre slike utredninger uten den kontinuerlige kompetanseoppbygging, forskningsprosjektene og de fortløpende eller prosjektbaserte datainnsamlingene Senteret har stått for siden starten. Det har vært helt avgjørende for utarbeidelsen av denne rapporten at mange data allerede er innhentet, at mange diskusjoner allerede er ført internt, og at utfordringer, modeller og løsninger alt er forankret i Senteret. I tillegg har vi bedt om forståelse for at det ikke har vært tid til omfattende og sammenfattende analyser av en del av datagrunnlaget, men vi har prioritert å stille ferske data til disposisjon for Akuttutvalgets eget sekretariat. På samme måte har vi ikke kunnet gjøre systematisk vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av enkeltforslag.

Mange av Senterets tilsatte har deltatt i møter og diskusjoner og har levert innspill om spesifikke problemstillinger omtalt i rapporten. Nklm er preget av en tverrfaglig arbeidsstokk, noe som har sikret et bredt erfaringsgrunnlag og at mange ulike synspunkt har kommet frem. Følgende tilsatte forskere har deltatt i arbeidet (med angivelse av annen kompetanse/stilling): Jesper Blinkenberg, fastlege og spesialist i allmenntjenestemedisin, Gunnar Tschudi Bondevik, fastlege, spesialist i allmenntjenestemedisin og professor dr.med., Eirin Ellensen, lege, Silje Foldøy Furu, allmennlege, Ingrid Hjulstad Johansen, allmennlege og ph.d., Klaus Melf, kommuneoverlege, Vivian Midtbø, sykepleier og master i helsefremmende arbeid, Tone Morken, fysioterapeut og dr. philos., Guttorm Raknes, spesialist i klinisk farmakologi, og Ingrid Keilegavlen Rebnord, fastlege og spesialist i allmenntjenestemedisin. Signe Tønsaker og Signe M. Zachariassen har utført viktig administrativt arbeid og tilrettelegging ved utarbeidelsen av rapporten.

Vi takker også for bidrag fra Arne Aksnes, kommuneoverlege og spesialist i allmenntjenestemedisin, Ole-Johan Eikeland, cand. polit., Terje Olav Øen, sykepleier, seniorrådgiver og administrasjonsleder, og Knut Steen, overlege, fastlege og ph.d. Rapporten er ført i pennen av Steinar Hunskår, forskningsleder ved Nklm, fastlege, spesialist i allmenntjenestemedisin, dr. med. og professor ved Universitetet i Bergen.

Vi håper at rapporten gir nyttige innspill for Akuttutvalgets arbeid for økt kvalitet i legevakttjenesten.



## 0 Innhold

Forord.....	3
0 Innhold.....	5
1 Sammendrag.....	6
2 Bakgrunn, oppdraget og arbeidet med rapporten.....	8
2.1 Bakgrunn.....	8
2.2 Oppdraget.....	9
2.3 Arbeidet med rapporten.....	10
3 Beskrivelse av legevakttjenesten i 2014.....	16
3.1 Datakilder.....	16
3.2 Legevaktorganisering: Antall legevakter og legevaktsentraler.....	18
3.3 Legevaktorganisering: Bemanning av leger og sykepleiere.....	19
3.4 Legevaktorganisering: System, utstyr og rutiner.....	19
3.5 Legevaktlegene.....	20
3.6 Bruk av legevakt.....	21
3.7 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	24
3.8 Utviklingstendenser i legevaktfeltet: Stabilitet og endring.....	25
4 Hva skal legevakten være? Visjon legevakt 2015.....	27
4.1 Det medisinsk-faglige perspektivet.....	27
4.2 Pasientperspektivet.....	28
4.3 Organisasjonsperspektivet.....	29
4.4 Hva er egentlig legevakt? Noen aktuelle problemstillinger.....	30
5 Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene.....	38
5.1 Noen tanker for fremtidens legevakttjeneste: Både vertikal og horisontal integrering.....	38
5.2 Vertikal integrering: Legevakten og den akuttmedisinske kjeden.....	42
5.3 Horisontal samhandling: Legevakt integrert i kommunale tjenester.....	46
6 Nasjonale krav til legevakt.....	53
6.1 Forskrift, retningslinjer eller råd?.....	53
6.2 Forslag til nasjonale krav til legevakt, med omtale og begrunnelser.....	53
7 Modeller for legevaktdistrikter: Fra teori til praksis!.....	65
7.1 Tre eksempler og noen særtilfeller.....	65
7.2 Pasienteksempler.....	65
7.3 Distriktstype 1: Legevakt i befolkningstett region.....	67
7.4 Distriktstype 2: Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten.....	76
7.5 Distriktstype 3: Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus.....	84
8 Vedlegg.....	91

# 1 Sammendrag

I 2014 foregår det flere store og viktige prosesser som angår utviklingen av den kommunale legevaktstjenesten i Norge. Regjeringens Akuttutvalg skal gjennomføre en helhetlig gjennomgang av den delen av den akuttmedisinske kjeden som er utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Akuttutvalget har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), Uni Research Helse, i oppdrag å utrede ”Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene”. Hovedpunktene i oppdraget er å gi en status over legevaktstjenesten i 2014, komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet og komme med en beskrivelse av fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene.

**Kapittel 2** gir en omtale av bakgrunnen for oppdraget, en oppsummering av aktuelle samtidige prosesser på legevaktfeltet og hvordan Nklm har arbeidet med rapporten.

**Kapittel 3** gir en oppdatert beskrivelse av dagens legevaktstjeneste og de siste års utvikling. Resultatene i kapitlet er i det vesentligste hentet fra følgende kilder:

- Nklm sitt Nasjonalt legevaktregister og Vaktårnprosjekt
- Nklm sin Årsstatistikk – regningskort fra legevakt
- HELFO og Helsedirektoratet
- Prosjektrapporter og publikasjoner om legevakt

**Kapittel 4** inneholder en diskusjon om hva legevakten skal være. Basert på Nklms Handlingsplan fra av 2009 beskriver vi en VISJON LEGEVAKT 2015, med nødvendige oppdateringer og tilpassinger utfra vår vurdering av situasjonen i dag. Visjonen er en overordnet omtale av hva legevakt skal være, for hvem og for hva. Kommunal legevakt skal være en offentlig profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesifiserte oppgaver og likeverdige tjenester til alle over hele landet. Norsk geografi og bosetning, tilgjengelige og nye medisinske ressurser og teknologier, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon tilsier at det må være noe variasjon i tilbudene utfra lokale forutsetninger. Visjonen er fremstilt langs tre dimensjoner:

- Det medisinsk-faglige perspektivet
- Pasientperspektivet
- Organisasjonsperspektivet

**Kapittel 5** forsøker å gi en fremstilling av et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Nklm angir en retning og en beskrivende modell for fremtidens legevakt, med vekt på integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Modellen karakteriseres av en utvidet akuttmedisinsk kjede med den tradisjonelle akuttmedisinske kjede som en vertikal akse og den kommunale kjeden som den horisontale akse og hvor legevakt er plassert i krysningspunktet mellom disse aksene.

**Kapittel 6** inneholder en rekke konkrete forslag til nasjonale krav til fremtidens legevakt. I motsetning til i Handlingsplanen har Nklm denne gang ikke lagt vekt på hvordan kravene eventuelt skal forankres eller hjemles. Dessuten kommer vi med flere funksjonskrav og ytelseskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tjenestekrav. Noen slike krav er begrunnet i medisinske tidskritiske forhold, mens andre må oppfattes som servicekrav for befolkningen.

*Nklm anbefaler blant annet:*

- Landet bør organiseres i mellom 60 og 100 legevaktstrikter, typisk med mellom 30 000 og 250 000 innbyggere.
- 90 % av befolkningen i legevaktstrikte skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 % skal ha maksimalt 60 minutter.
- 95 % av befolkningen og alle tettsteder i legevaktstrikte må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser.

- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20-40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år.
- Etter beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under 2 timer ved gule hastegrader og under 6 timer ved grønne hastegrader.
- Det skal alltid være minst to leger på vakt i legevaktdistriktet.
- Alt legevaktarbeid skal være fastlønnet.
- Ventetiden i legevaktens venterom skal være under 1 time for minimum 80 % av pasientene.
- Helsedirektoratet skal utarbeide kravspesifikasjoner til akuttmedisinsk utstyr, laboratorietjenester og medikamentlager for bruk i legevakt.
- Lege i vakt eller bakvakt skal ha tilgang på uniformert bil til bruk ved utrykning og til sykebesøk. Bilen skal være utstyrt med nødvendig utstyr til akuttmedisinske oppdrag og kommunikasjonsutstyr.
- Legevakten skal ha elektronisk journalsystem for alle henvendelser og kontakter tilpasset både funksjon i legevaktsentralen, legevakt, sykebesøk og utrykning. Journalsystemet skal være integrert med den akuttmedisinske kjeden, også ambulanse og AMK, med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering.
- Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utenfor legevaktstasjonen, herunder bakvakt, lege i sykebesøk og utrykning, skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevaktstasjon.
- Legevaktlegen og legevaktsentralen skal være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulanse, slik at de også kan motta digitale meldinger, kliniske opplysninger, kartposisjon og bilder. Dette gjelder også legevaktbil.
- Bakvakt skal ha tilgang til journal og journalføre råd, og bør kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter.
- Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, må være enten være spesialist i allmenntmedisin eller allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum 2 års erfaring innen allmenntmedisin eller 1 år som fast ansatt legevaktlege. Andre leger kan ha selvstendig vaktkompetanse, kravene må fastsettes i forskrift.
- Tid til trening o.l. skal ha et omfang på minst 25 timer med lønn i året for alle legevaktleger. Minst 7 timer i året skal være praktisk trening i akuttmedisin.
- Sykepleier er best kvalifisert for arbeid i legevaktsentral og legevakt sammen med vaktlegen.
- Sykepleier skal ha minimum 2 års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opplæringsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert 5. år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. Før alenevakt i legevaktsentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst 3 måneders praksis fra legevakt.
- Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.

**Kapittel 7** inneholder forsøk på å eksemplifisere hvordan Nklm ser for seg et mulig legevakt-Norge i fremtiden, basert på beskrivelsene og forslag til system- og funksjonskrav som finnes i kapitlene foran. Vi har ikke gjort noe forsøk på nøyaktig og reelt å dele landet inn i legevaktdistrikter. Vi har likevel gitt en rekke eksempler på hvilke konkrete geografiske områder i landet vi tror kunne tilpasses de distriktstypene vi foreslår. Nklm presenterer følgende distriktstyper:

- |                  |                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------|
| Distriktstype 1: | Legevakt i befolkningstett region                     |
| Distriktstype 2: | Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten |
| Distriktstype 3: | Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus        |

Nklm mener at alle fremtidige legevaktdistrikter kan passe inn i minst en av de tre distriktstypene, eventuelt med lokale tilpasninger der elementer fra flere av typene kombineres. Vi har også omtalt noen særtilfeller (storbyene, de «ekstreme» og randsone- og kommunegrenseproblematikk). Dersom alle legevakter organiseres som beskrevet her, vil Norge sannsynligvis kunne deles inn i  $75 \pm 25$  legevaktdistrikter. Antall legevaktstasjoner vil anslagsvis bli 100-150.

Kapitlet omtaler også håndtering av noen typiske pasientgrupper. Medisinsk sett like tilfeller kan representere ulike utfordringer i ulike legevaktdistrikt, utfra geografi og reiseavstand, avstand til sykehus og ambulanse, kompetanse, tid på døgnet eller lokale avtaler og ordninger. Det store flertallet av legevakthenvendelser bør imidlertid behandles tilnærmet likt uavhengig av legevaktdistriktet.

## 2 Bakgrunn, oppdraget og arbeidet med rapporten

### 2.1 Bakgrunn

I 2014 foregår det flere store og viktige prosesser som angår utviklingen av den kommunale legevakttjenesten i Norge:

- Regjeringen la i juni frem høringsnotat med forslag til ny og revidert akuttmedisinforskrift, som ventes iverksatt ved årsskiftet 2014/2015. Forskriften skal blant annet styrke kompetansen i legevakt, gir funksjonskrav i form av responstider og tydeliggjør kommunenes plikter overfor akuttmedisinske hendelser hele døgnet. Høringsnotatet gir viktige premisser for organisering, funksjon og kompetanse i legevaktene i fremtiden.
- Regjeringens Akuttvalg arbeider med en helhetlig gjennomgang (NOU) av den delen av den akuttmedisinske kjeden som er utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Legevakt er en viktig del av utredningen, og mandatet ble endret og styrket med tanke på legevaktdelen etter at regjeringen Solberg overtok.
- Regjeringen har også startet med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten, som etter planen skal legges frem våren 2015, der omtale av legevakttjenesten blir sentral. Akuttvalget er bedt om å levere en egen delinnstilling om legevakt høsten 2014.
- Høsten 2015 legger regjeringen frem en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget. Stortingsmeldingen skal skissere prinsipper og kriterier for ulike typer sykehus og fremtidig sykehusstruktur, og flere elementer i planen må forventes å ha betydning for organisering av legevakttjenesten, for eksempel antall akutt sykehus og akuttmottak.

I 2009 utga Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)<sup>1</sup> på oppdrag fra Helsedirektoratet et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakttjenesten i Norge. Handlingsplanen<sup>2</sup> inneholdt blant annet følgende elementer:

- Myndighetskrav til og målsetninger for legevakttjenesten.
- Situasjonen i dag – utfordringsbildet.
- Forslag til tiltak (handlingsplan).
- Økonomiske og administrative konsekvenser.

Forslaget til Nasjonal handlingsplan for legevakt ("Handlingsplanen") har siden vært det ledende referansedokumentet for diskusjoner omkring utvikling av legevakt, både politisk, i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, i kommunene og i tjenesten selv.

*Akuttutvalget*<sup>3</sup> ble oppnevnt av regjeringen Stoltenberg 4. oktober 2013 og ledes av fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Utvalget skal utrede den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus og de frivilliges rolle i akuttberedskapen. Departementet skriver at befolkningen skal ha trygghet for at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. Det er over 15 år siden forrige NOU (1998:12) *Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*, og et endret utfordringsbilde og behov for å se nærmere på frivillighetens rolle, gjør det nødvendig med en ny utredning på området. Det er påvist ulikheter i kompetanse og tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester, for eksempel er det uttrykt bekymring for ulik kompetanse i legevakttjenesten og ulik tilgjengelighet til luftambulansetjenester.

I følge mandatet finnes ulike utfordringer knyttet til den kommunale legevakten, og det er behov for å vurdere en bedre utnyttelse av de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene i den prehospitalt akuttberedskapen. I dette inngår også rollen til kommunale ø-hjelp døgntilbud. Når utvalget ser på legevakt, skal det utarbeide et forslag til nasjonale krav for legevakt, herunder krav til simulering/trening for faglig oppdatering. Det angis også at den nye akuttmedisinforskriften skal legge føringer for utvalgets arbeid.

---

<sup>1</sup> [www.legevaktmedisin.no](http://www.legevaktmedisin.no)

<sup>2</sup> Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. .... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

<sup>3</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/styrer-rad-og-utvalg/Akuttvalget.html?regj\\_oss=1&id=761252](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/styrer-rad-og-utvalg/Akuttvalget.html?regj_oss=1&id=761252)



## 2.2 Oppdraget

Akuttutvalget tok allerede i mars 2014 kontakt med Nklm for å forberede en vurdering av muligheten for å gi et spesifikt oppdrag til Nklm fra Akuttutvalget. Nklm avklarte i sin styringsdialog med Helsedirektoratet at et slikt oppdrag var innenfor mandatet og kunne aksepteres som del av Senterets oppdrag slik det er gitt i bevilgningsbrevet for 2014. Forespørselen fra Akuttutvalget ble fulgt opp med oversendelse av forslag til oppdrag 14. april etterfulgt av et møte mellom sekretariatet i utvalget og Nklm i Bergen 2. mai 2014. I et notat av 9. mai 2014 ble det redegjort for hva som var mulig for Nklm å bidra med innen den aktuelle tidsfristen.

Det ble i juli 2014 inngått avtale mellom Nklm og Akuttutvalget vedrørende utarbeidelse av rapporten ”Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene”. Akuttutvalget har i eget brev datert 7. juli 2014 beskrevet oppdraget.<sup>4</sup> Oppsummert er hovedpunktene i oppdraget følgende:

- I. Forslag til nasjonale krav til legevakt
  - a. Status over legevakttjenesten 2014
  - b. Komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder
  - c. Utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet
- II. Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Nklm fikk frist til utgangen av august 2014 med å levere et første utkast til rapport. I perioden frem til 1. november 2014 var det rom for dialog og bearbeiding av rapporten etter nærmere avtale.

### 2.2.1 Nærmere om innholdet i oppdraget

I oppdragsbrevet beskrives bakgrunnen for og flere detaljer om oppdraget:

Akuttutvalget ønsker å bidra til å utvikle et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne bedre akutte helsetjenester enn i dag. Utvalget skal i følge sitt mandat se på den delen av den akuttmedisinske kjede som er utenfor sykehus. Utvikling av legevakt er en sentral del i dette og mandatet sier følgende: «Når utvalget ser på legevakt, skal det utarbeide et forslag til nasjonale krav for legevakt, herunder krav til simulering/trening for faglig oppdatering. «I løpet av høsten 2014 er Akuttutvalget bedt om å avgi en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til departementets arbeid med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten.

Akuttutvalget vil med dette gi i oppdrag til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin å utarbeide følgende prosjekter:

- I. Forslag til nasjonale krav til legevakt
- II. Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

#### I. Prosjektbeskrivelse - Nasjonale krav til legevakt

##### a. Status over legevakttjenesten 2014

Omtalen skal vektlegge data som beskriver dagens legevakttjeneste og utvikling. Det skal leveres ferske data fra den nylig gjennomførte datainnsamlingen fra Nasjonalt legevaktregister. I tillegg vil aktuelle rapporter vedlegges slik at det gis en status for utviklingen av viktige beskrivende parametere det siste tiåret.

Akuttutvalget håper også at det er mulig å få innsyn i og kunne bruke en del av de artikler som Nklm har under publisering med data fra legevakt, i den grad det er mulig av publiseringsmessige årsaker.

Når det gjelder effekten eller konsekvensene av de utvalgte kriteriene, skal Nklm prøve å gi eksempler på konsekvenser for medisinsk-faglig kvalitet og økonomisk-administrative konsekvenser. En fullstendig økonomisk-administrativ konsekvensanalyse er ikke forventet, men der det er mulig bes Nklm gi kvalitative vurderinger og enhetspriser og foreløpige kalkyler.

---

<sup>4</sup> Oppdragsbrevet er vedlagt denne rapporten.

*b. Komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder. Forslaget omfatter både funksjonskrav/ytelseskrav, krav til utforming av tjenesten, krav til kompetanse og kvalitetsutvikling, krav til opplæring og trening m.m.*

Akuttutvalget ser gjerne at Nklm foreslår nasjonale krav til legevaktstjenesten. Nklm bes om å drøfte ulike typer av krav (funksjonskrav/ytelseskrav, krav til utforming av tjenesten, krav til kompetanse og kvalitetsutvikling, krav til opplæring og trening m.m.) ut fra behov for en bedre tjeneste. Det skal foretas en prioritering mellom ulike krav eller typer krav, og det bør drøftes om enkelte krav kan virke normerende om de kun fastsettes som veiledende, og ikke som lovpålagte krav. Nklm bes også om å drøfte om enkelte krav skal være situasjonsbetingede, for eksempel knyttet til situasjoner med høy eller middels hastegrad, til særskilte egenskaper ved pasienten eller til geografi eller befolkningstall.

*c. Utvikle en modellskisse for lokalisering av legevakt i hele/deler av landet som illustrerer konsekvensene av et eventuelt krav til maksimal reiseavstand/reisetid til nærmeste legevakt.* Innbyggernes avstand til legevakt varierer, ikke minst som følge av de siste årenes utvikling i retning av økt interkommunalt samarbeid om legevakt. Akuttutvalget ber om å få drøftet begrunnelse, viktighet og mulige konsekvenser av et eventuelt nasjonalt krav til maksimal reiseavstand eller reisetid til nærmeste lege i vakt, samt å få skissert en mulig modell for utforming av et slikt nasjonalt krav.

Med "modellskisse" kan for eksempel utvikles typeeksempler på legevaktstrikter med ulik befolkning, vanskelige geografiske, klimatiske (stengte veier vinterstid og vær som gjør at fly/luftambulansse ikke er tilgjengelige) og demografiske forhold, reiseavstander etc.

## **II. Prosjektbeskrivelse - Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene**

Formålet med oppdraget er å gi Akuttutvalget grunnlag til å foreslå utvikling av et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Perspektivet er dermed videre enn om man bare ser på legevaktstjenesten isolert.

Akuttutvalget ønsker å fremme forslag i tråd med intensjonene fra nåværende regjering om å utvikle "pasientens helsetjeneste", og utvalget ber Nklm om å vurdere hvordan tjenestene kan bygges tettere opp rundt innbyggernes/pasientenes behov, i form av mer nivådeling eller differensiering i tilbudet, med mer fleksibel bruk av personell fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer en drøfting av en mulig oppgavedeling og evt. tettere samarbeid med tjenester og personellgrupper som i dag ikke er organisert under kommunal legevakt, som for eksempel kommunale ø-hjelp døgnplasser, omsorgstjenesten, DPS, ambulansetjenesten m.m.

Akuttutvalget ønsker seg under dette punktet en beskrivende modell for fremtidens legevakt, med vekt på integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten hvor en ser på det som karakteriseres som den utvidede akuttmedisinske kjede med den akuttmedisinske kjede som en vertikal akse og den kommunale kjeden utgjør den horisontale akse og hvor legevakt er plassert i krysningspunktet mellom disse aksene. I tillegg anser Akuttutvalget det som viktig å få belyst hvordan en kan oppnå økt mobilitet i tjenesten, enten det dreier seg om tiltak for å bringe helsepersonell ut til pasienten, eller å bringe pasienten til helsepersonellet.

Nklm bes også om å drøfte muligheten for et mer nivådelt eller differensiert tilbud, tilpasset sentrale kriterier som for eksempel reiseavstander og demografi i legevaktstriketet. I et forslag om en ny organisering bør det drøftes om det må tas hensyn til at det er ulike behov for utforming av legevakt/ø-hjelp-tilbud i storby, mellomstore byer og spredtbygde områder.

## **2.3 Arbeidet med rapporten**

*Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)*

Helsedepartementet besluttet i 2004 å gi støtte til etablering og drift av Nklm i Bergen. Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin, herunder fra 2008 å ha ansvaret for

fagutvikling og kompetansehevingstiltak ved overgrepsmottak.<sup>5</sup> Senteret er organisert som en forskningsgruppe i avdelingen Uni Research Helse i forskningsselskapet Uni Research AS, eid av Universitetet i Bergen. Hovedoppgavene til kompetansesenteret er å:

- Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- Bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet
- Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse
- Gi råd og faglig støtte til andre
- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning

Senteret har faglig samarbeid med Forskningsgruppe for allmenntilleggsmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).

### 2.3.1 Premisser for arbeidet

Oppdragsbrevet gir ikke sterke føringer for hvilke forutsetninger som skal legges til grunn for utredningen. Akuttutvalget må i utgangspunktet stå fritt til å foreslå både lovmessige, finansielle og forvaltningsmessige endringer i legevaktstjenesten som del av sine forslag. For Nklms del har vi i denne rapporten lagt til grunn de nåværende juridiske og forvaltningsmessige ordninger med kommunalt ansvar for primærhelsetjenestene i sitt nåværende innhold, inkludert fastlegeordning og legevakt. Vi legger også til grunn at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Når det gjelder mekanismer for å gjennomføre foreslåtte endringer, inkludert nye forskriftskrav og endringer av lovverk og lignende, viser vi til avsnittet nedenfor om gjennomføring av endringer.

#### *Forvaltnings- og ansvarsnivå i helsetjenesten*

Vi har altså lagt til grunn dagens kommunestruktur og kommunenes nåværende ansvarsområder. Regjeringen vil gjennomføre en kommunereform som innebærer færre og større kommuner og mulig endrede ansvarsområder. Vi må derfor være forberedt på at kommunebegrepet mange steder har et helt annet innhold, både geografisk (avstander) og befolkningsmessig (antall personer og fordeling/urbanisering) i løpet av en 5-10-årsperiode, da eventuelle endringer i legevaktstjenesten vil bli gjennomført. Vi har derfor i mye mindre grad enn i Handlingsplanen brukt *kommunen* som enhet, og omtaler heller legevaktorganiseringsen som *legevaktdistriktet*, uavhengig om ordningen er kommunal eller interkommunal eller består av en eller flere kommuner. Et stort interkommunalt legevaktdistrikt av i dag, kan bli en enkelt kommune i fremtiden. Avstandene til kommunesenter og legevakt vil bli større, utrykningstidene lenger, og dermed blir tema som beredskap, bakvakt og bruk av kompensierende mekanismer for manglende tilstedeværelse av legevakt, viktigere enn før. En særskilt utfordring er at alt datagrunnlaget vårt og analysene våre selvsagt er basert på nåværende organisering, og at det ikke er mulig å beregne sikkert endringer i geografiske og tidsmessige variabler når vi ikke kjenner fremtidig kommunestruktur.

#### *Samhandlingsreformen*

Under stortingsbehandlingen av Samhandlingsreformen i 2010 hadde Helse- og omsorgskomiteen flere merknader om legevakt. En samlet komite ba regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mente det ga grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt, og uttrykte at de må utgjøre ryggraden i legevaktstjenesten. Samhandlingsreformen er også bakgrunnen for innføring av kommunale ø-hjelp døgnplasser fra 1. januar 2016.

Nklm mente i Handlingsplanen at det viktigste enkeltgrepet for å styrke legevaktstjenesten, var en egen legevaktforskrift eller en utvidelse av den eksisterende forskriften med mer vekt på de kommunale

---

<sup>5</sup> <http://helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=8&ci=149&lg=1>

delene. Vi så det som det eneste mulige felles grep for å løfte kvaliteten på legevakttjenesten. Dette synet fikk støtte i Stortinget.

#### *Fastlegeordningen og fastlegeforskriften*

Fastlegeordningen og legevakttjenesten er begge kommunale ansvarsområder som må ses i sammenheng. Tilgjengeligheten til fastlegene påvirker antallet henvendelser til legevakten, og fastlegen, som del av listeansvaret, har ansvar for øyeblikkelig hjelp-tilbudet til egne listeinnbyggere i legekontoets åpningstid. I tillegg kommer at fastlegene er ment å utgjøre hovedtyngden av legene i legevakt selv om mindre enn halvparten av fastlegene i dag deltar i vakt.

Fastlegeordningen er regulert i Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). Den har flere paragrafer som direkte påvirker organisering av legevakten. Forskriftens § 13 første ledd pålegger fastleger en plikt til deltakelse i legevakt utenfor ordinær åpningstid dersom kommunen anmoder om det, og det ikke er gitt fritak etter nærmere regler. Videre har fastlegen etter denne bestemmelsen en plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig - hjelp-tjeneste i kontortid, inkludert tilgjengelighet i helse-radionettet/nødnett og ivaretagelse av utrykningsplikten, dersom kommunen ikke har organisert legevakt i kontortiden/åpningstiden på annen måte. Fastleger som pålegges å delta i øyeblikkelig hjelp-tjeneste i åpningstiden, må derfor innrette praksisen slik at øyeblikkelig hjelp-trengende kan mottas og vurderes, i praksis må det tas høyde for tilstrekkelig kapasitet til øyeblikkelig hjelp når ordinære legetimer settes opp. For alle fastleger gjelder at de skal innrette sin praksis slik for egne listeinnbyggere.

Av interesse er også forskriftens § 23 om hjemmebesøk, der det heter at fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere:

- a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekontoet eller
- b) når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

Nklm legger disse bestemmelsene til grunn når vi har utviklet ulike modeller i form av noen distriktstyper for legevaktorganisering i fremtiden. Vi legger også til grunn at det vil komme flere fastleger i kommunene, både fordi folketallet stiger, de vanlige allmennlegetjenestene øker i omfang og etterspørsel, det er stor overtidsbruk (det meste av legevaktarbeidet foregår på toppen av vanlig arbeidstid), nye krav til kompetanse og bakvakt vil medføre økt legebehov i legevakten, og økte avstander og krav til beredskap vil måtte føre til flere leger på vakt i mange legevaktdistrikt.

Nklm har alltid ment at legevakttjenesten bør være en del av de kommunale timene og innregnes i legenes totale arbeidstid, slik at det skal være mulig å delta i legevakt innenfor omfanget av normalarbeidstiden, for de som ønsker det. Mange av konsekvensene av et slikt standpunkt er avtalespørsmål mellom partene i arbeidslivet. I Handlingsplanen tilkjennega vi noen prinsipielle synspunkter på noen områder:

- Stykkprisfinansiering er lite egnet til å ivareta økt vekt på beredskap og andre oppgaver som for eksempel bakvakttjeneste, øvelser og vedlikehold av kompetanse.
- Alt legevaktarbeid bør derfor være fastlønnet, som for alle andre personellgrupper i den akuttmedisinske kjeden.
- Største vaktbelastning bør være 8-delt vakt, vaktlengden bør begrenses av sikkerhetsmessige grunner, og også ses i sammenheng med legens arbeidstid for øvrig.

Nklm mener fortsatt at det er ønskelig at slike prinsipper gjennomføres for vaktlegene.

#### *Akuttmedisinforskriften*

Forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus) skal bidra til å sikre befolkningen forsvarlige akuttmedisinske tjenester 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 kjeden og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningssentraler. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus defineres som medisinsk nødmeldtjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjeneste.

Kommunene har ansvaret for:

- kommunal legevaktordning
- etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet
- etablering og drift av LV-sentral (legevaktsentral)
- kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen
- samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester

Kommunal legevaktordning er regulert i forskriften kapittel 3. Ordningen er definert i § 11 i forskriften som en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig. Forskriften § 12 gir en nærmere beskrivelse av oppgavene som ligger under kommunens ansvar for ordningen. Bestemmelsen presiserer kommunens ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, inkludert å diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov. Kommunen har også ansvar for å vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Bestemmelsene om legevakt regulerer i utgangspunktet henvendelser som ikke kan vente på ordinær behandling hos fastlege/allmennlege i kontortiden på dagtid.

Forskriften har ikke fastsatt spesifikke krav til kompetanse for leger som jobber legevakt. Det er heller ikke fastsatt spesifikke kompetansekrav til annet personell i legevaktordningen. Det er i forskriften heller ikke stilt spesifikke krav til hva slags utstyr kommunal legevakt skal ha. Det følger av forsvarlighetskravet at kommunen uansett har plikt til å sørge for utstyr i et omfang og av en kvalitet som gjør det mulig for helse personellet å overholde sine lovpålagte plikter og yte forsvarlige tjenester.

#### *Forslag til ny akuttmedisinforskrift*

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2014 ut Høringsnotat med Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal, med høringsfrist 15. september 2014.

Departementet skriver om bakgrunnen for forslaget:

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og fagfeltet har gjennomgått en betydelig utvikling etter at dagens forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus trådte i kraft 1. april 2005. Ambulansetjenesten har i større grad blitt sykehusenes "forlengede arm", der personellet utfører akuttmedisinske vurderinger og iverksetter medisinsk behandling. Det er større grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene, og derfor større behov for å transportere pasienter mellom behandlingssteder. Nødmeldetjenesten har vært sentral i å håndtere komplekse hendelser som involverer flere aktører, og erfaringene for eksempel fra 22. juli 2011 har vist at det er behov for bedre samordning av tjenestene og videreutvikling av nødmeldetjenesten. Det nye nødnettet er i ferd med å erstatte helse radionettet. Kommunenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er tydeliggjort i ny helse- og omsorgstjenestelov, og får betydning for blant annet utvikling av legevakttjenesten. Kommunal legevakttjeneste har vært vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001 - 2005 viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten totalt. Det ble blant annet avdekket svikt i kommunenes sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring. På bakgrunn av utviklingen som har vært etter 2005 og de erfaringene man har med dagens forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, er det departementets vurdering at tiden er moden for å foreslå en ny forskrift.

Fra avsnitt 4.2.3 Nærmere om krav til legevaktordningen:

Legevaktarbeid er faglig krevende, og det er mange utfordringer knyttet til legevakttjenesten. Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001-2005 (publisert 2006) viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenlignet med allmennlegetjenesten totalt.

På oppdrag fra Helsedirektoratet overleverte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i 2009 et forslag til handlingsplan for legevaktordningen; "...er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt". I Handlingsplanen er det foreslått mer enn 120 tiltak for å styrke tjenesten. Nklm har beregnet den totale kostnaden til 1 mrd. kroner (per 2009). Forslagene omfatter generelle krav til legevakten/legevaktstasjonen (utforming, utstyr, legevaktbil mv.), bemanningskrav til legevaktstasjon, kompetansekrav til leger og annet helsepersonell ved legevaktstasjon og legevaktssentral, andre krav til legevaktssentral hvorav lydlogg, krav til journalsystemer og dokumentasjon samt andre systemkrav (bl.a. krav om administrativ leder for legevaktordningen, krav om at kommunene skal sette opp vaktplan, gjennomføre brukerundersøkelser og risiko- og sårbarhetsanalyser). Mange av kravene tilrås forskriftsfestet, mens andre anbefales at omtales i rundskriv, nedfelles i faglige retningslinjer mv. Noen av forslagene fra Nklm omhandler krav som allerede er regulert, eller må kunne utledes av gjeldende lov og forskrift, jf. for eksempel internkontrollforskrift i helsetjenesten. Nklm tar også opp spørsmålet om sykebesøk fra legevakt. Antallet sykebesøk har gått betydelig ned i forbindelse med overgangen til større legevaktstasjoner de senere år. Sykebesøk som konsultasjonsform på legevakt er delvis erstattet med økende ambulansetransport inn til legevakt. Samtidig antas at noen pasientkategorier kunne hatt nytte av større bruk av sykebesøk som i noen tilfeller også kan forhindre innleggelse i sykehus.

Departementet foreslår ikke å regulere sykebesøk relatert til legevakt i denne forskriften. Det foreslås ulike tiltak for å heve kvaliteten i tjenesten, hvorav kompetansekrav, og det forventes at tiltakene sammen vil bidra til mer kvalifiserte vurderinger, blant annet av behovet for sykebesøk, inkludert utrykning ved akuttmedisinske tilstander (Det vises for øvrig til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 23, der fastlegene fra 1.1. 2013 har plikt til å vurdere behov for hjemmebesøk til egne listeinnbyggere).

På bakgrunn av vurdering av Nklms handlingsplan anbefalte Helsedirektoratet i juni 2010 departementet å starte med to hovedområder:

- -Etablering av et nasjonalt legevaktnummer
- -Kompetanseheving

På bakgrunn av Helsetilsynets funn, de særskilte utfordringene i legevaktstjenesten og Helsedirektoratets anbefalinger foreslår departementet i høringsnotatet å stille spesifikke krav til kompetanse for leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Vaktleger som ikke oppfyller kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles.

I påvente av en avklaring av ny forskrift eller ikke, og det eventuelle innholdet i en slik, har mye annet utviklingsarbeid for legevakt dessverre vært hemmet. Når det nå foreligger et forslag til revidert forskrift, må det erkjennes at noen viktige tema fortsatt ikke foreslås fastsatt i forskrift. Det er også en utfordring for innholdet i denne rapporten at vi må basere oss på forskriftsforslaget, ikke den endelige forskriften. Det betyr at vi i denne rapporten tar opp igjen en del forhold som nå enten blir foreslått som en del av forskriften og noen som ikke blir det. Alternative mekanismer for å styrke legevaktstjenesten nasjonalt blir diskutert nedenfor.

### *Handlingsplanen*

Nklms forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt fra 2009 har vært utgangspunkt for bred faglig debatt om legevaktstjenesten og gitt grunnlag for lokale løsninger og tiltak i tråd med planen. Nklm er tilfreds med at det også er foreslått gjennomføring av nasjonale tiltak, som nasjonalt legevaktnummer og funksjonskrav i fastlegeforskriften og nå flere av forslagene i den nye akuttmedisinforskriften.

I forbindelse med det foreliggende oppdraget har det vært gjort klart at det ikke skal skrives en ny handlingsplan, men gjennomføres et mer spesifikt oppdrag (jamfør oppdragsbrevet). Det er likevel klart at for arbeidet med rapporten har Handlingsplanen vært et sentralt dokument som kilde til forslag og modeller for fremtidens legevakt. Arbeidet har også gitt anledning til å gå systematisk gjennom de forslag vi kom med i 2009, diskutere om de fortsatt er gyldige, og om det er kommet nye problemstillinger til. Det er derfor ikke overraskende at mange av forslagene i denne rapporten er sammenfallende med forslag i Handlingsplanen eller oppdaterte tilpasninger av slike.

### *Mekanismer for endring*

Det er godt kjent at Nklm har vært en ivrig forkjemper for forskriftsfesting av krav til legevakt. I Handlingsplanens pkt.7.1 (Forskrift, retningslinjer eller råd?) skriver vi blant annet:

Nklm vil bestemt tilrå at legevaktenesta skal forankrast i forskrift betre enn i dag. Vi ser det som einaste farbare veg for å løfte kvaliteten på legevaktenestene 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.

I de neste avsnittene i Handlingsplanen diskuteres fordeler og ulemper med funksjonskrav forankret i forskrift. Departementet kommer i høringsnotatet om ny akuttmedisinforskrift med noen synspunkter på nødvendige virkemidler for å oppnå endringer i forbindelse med profesjonskrav (side 6-7):

... Luftambulansetjenesten ANS har utarbeidet nasjonale standarder for luftambulanseleger og flysykepleiere som er lagt til grunn for bemanningen i luftambulansetjenesten. For redningsmenn i luftambulansetjenesten har Justis- og beredskapsdepartementet og Helse - og omsorgsdepartementet sammen utarbeidet en nasjonal standard. Dette tyder på at forskriftsfestede krav til profesjonsutdanning ikke alltid er et nødvendig virkemiddel for å oppnå resultater. Regulering gjennom faglige retningslinjer, veiledere og standarder kan i mange tilfelle være mer hensiktsmessig. I deler av tjenestene vil det være behov for utdanning og/eller opplæring utover det som følger av de ulike profesjonsutdanningene. Anbefalinger om nødvendig videreutdanning og opplæring kan etter departementets vurdering også nedfelles i faglige retningslinjer, veiledere og standarder.

Etter departementets vurdering vil det være naturlig å utarbeide en veileder til ny akuttmedisinforskrift. En slik veileder vil kunne inneholde nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte deler av tjenesten.

Nklm er enig i mange av disse vurderingene. I oppdraget fra Akuttutvalget er vi ikke bedt om å foreslå mekanismer for endring eller på hvilken måte (forskrift, veileder etc) eventuelle endringsforslag skal gjennomføres. Vi vil imidlertid understreke at det er noen vesentlige forskjeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten/foretakene som generelt gir argumenter for bruk av forskrift som styringssignal til kommunene på legevaktfeltet: Det er svært mange og ulike kommuner, de har svært ulik ressursituasjon, mange mangler både administrative og faglige staber som selv kan følge opp den medisinske og teknologiske utvikling på legevaktfeltet med planlegging og gjennomføring av endringer, det er ikke vanlig med samordning og samarbeid mellom legevaktdistrikter, og legevakt er en veldig liten del av kommunens ansvarsområde, noe som medfører fare for svak interesse for feltet.

### **2.3.2 Arbeidet med rapporten**

Arbeidet med rapporten har hatt stort tempo med korte tidsfrister. I en slik situasjon har det vært helt avgjørende at mye relevant stoff allerede foreligger som dokumenter, rapporter og publikasjoner.

Nklm har i hovedsak brukt egne ansatte. Det har således ikke vært en bred og utadrettet prosess med deltakelse av "partene" på legevaktfeltet. En fordel med en slik tilnærming er at Nklm kan gjøre sine vurderinger og komme med sine forslag på et best mulig uavhengig faglig grunnlag, med bakgrunn i erfaring, empiriske data og vitenskapelig litteratur. Vi har unngått forhandlingsløsninger (men ikke interne diskusjoner!) og forslag om (svake) minstekrav som alle kan slutte seg til. På den andre siden betyr det at forslagene i rapporten ikke er forankret hos de viktigste partene på forhånd, heller ikke hos oppdragsgiver.

Rent praktisk har arbeidet foregått i flere faser. Alle ansatte er gjort kjent med alle relevante dokumenter knyttet til oppdraget etter hvert som de har forelagt. Det ble først avholdt et heldagsseminar 28. mai 2014 om oppdragets innhold. I de neste ukene arbeidet seks arbeidsgrupper med hver sin delutredning. I juli ble et førsteutkast av rapporten satt sammen, basert på delutredningene. De siste ukene før levering ble teksten diskutert i interne epostrunder og på våre fagmøter, før den endelige rapporten ble godkjent i ledergruppen. Medarbeider med relasjon til Akuttutvalget har ikke deltatt i arbeidet med rapporten.

### 3 Beskrivelse av legevakttjenesten i 2014

I følge oppdraget skal omtalen vektlegge data som beskriver dagens legevakttjeneste og utvikling. Det skal leveres ferske data fra den nylig gjennomførte datainnsamlingen fra Nasjonalt legevaktregister. I tillegg vil aktuelle rapporter vedlegges slik at det gis en status for utviklingen av viktige beskrivende parametere det siste tiåret. Det finnes imidlertid fortsatt ingen fast nasjonal registrering av organisasjonsformer eller driftsdata fra legevakt, verken når det gjelder tallet på kontakter, hvem som henvender seg, hastegrad eller hvilke tiltak som blir satt i verk. Vi mangler fortsatt helt data om samhandling og forløpsdata i den akuttmedisinske kjeden. Manglende nasjonale data er i seg selv en stor mangel ved den norske legevakttjenesten.

#### 3.1 Datakilder

Nklm skal blant annet bidra til offentlig statistikk, overvåke utviklingstrekk og drive forskning. Senteret har derfor lagt stor vekt på innsamling av data om organisering og aktivitet i legevakt. Resultatene i dette kapitlet er i det vesentligste hentet fra følgende kilder:

- Nklm sitt Nasjonalt legevaktregister og Vaktårprosjekt
- Nklm sin Årsstatistikk – regningskort fra legevakt
- HELFO
- Helsedirektoratet
- Prosjektrapporter og publikasjoner om legevakt

##### 3.1.1 Nasjonalt legevaktregister

*Nasjonalt legevaktregister* har fra 2005 samlet inn data om legevaktene, legevaktistriktene og legevaktsentralene med opplysninger om organisering, bemanning og utstyr. Registeret skal gi grunnlag for offentlig statistikk og rapportering, men også gi Nklm innsyn i legevaktorganiseringen i landet, samt gi oss et kontaktadresseregister. Det er utarbeidet et spørreskjema som jevnlig sendes alle kommuner i landet og til ledere av stasjonære legevakter. Dette ble gjort første gang i 2005<sup>6</sup>, med oppdatering i 2007<sup>7</sup>, 2009<sup>8</sup> og 2012<sup>9</sup>. Alle rapportene finnes på Nklm nettsider.

Ny oppdatering av registeret har pågått våren 2014 og rapporten<sup>10</sup> ferdigstilles i forbindelse med oppdraget fra Akuttutvalget. Noen hovedresultater finnes i denne rapporten, ellers henviser vi til publikasjonene.

##### 3.1.2 Vaktårprosjektet

*Vaktårprosjektet* samler epidemiologiske data fra et representativt utvalg av legevaktene i Norge. Registreringen gjelder alle kontakter med medisinsk relevans, og har variabler om kontakten, pasienten, hastegrad og tiltak, men ikke diagnoser. Det er ingen kobling til journal- eller regningskortdata.

De sju vaktårene er legevakter i både små og mellomstore kommuner med geografisk variasjon: Alta kommunale legevakt, Legevakten i Arendal, Austevoll legevakt, Kvam legevakt, Nes legevakt, Solør legevakt og alarmsentral og Legevakta i Tromsø dekker totalt 15 592 kvadratkilometer. I 2013 var folketallet i vaktårkommunene 232 000 (Statistikkbanken, SSB, 1. juni, 2014), tilsvarende 4,6 prosent av folketallet i Norge; arealet utgjør 4,9 prosent av det totale arealet i landet. Solør legevakt og

<sup>6</sup> Legevaktorganiseringen i Norge. Rapport fra en registerstudie. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse; 2006

<sup>7</sup> Morken T, Hunskår S, Blinkenberg J et al. Legevaktorganiseringen i Norge - Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, 2008

<sup>8</sup> Morken T, Holm EH, Hunskår S. Legevaktorganiseringen i Norge - Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2009. Rapport nr 8-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2009

<sup>9</sup> Morken T, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2012. Rapport nr. 6-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012

<sup>10</sup> Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014



alarmsentral er nedlagt i 2014, men kontantene forsøkes registrert fra de nye legevaktsentralene. Fra 2014 er registreringene blitt utvidet med kontaktårsak (ICPC-2-systemet).

Det blir årlig utgitt enkeltrapper for hvert vaktårn, dessuten en hovedrapport (samplerapport). Enkeltrappene kan fås ved henvendelse til Nklm. I hovedrapporten vises resultatene fra de enkelte vaktårene, med vekt på endringer og tendenser. Hvert år analyseres et spesialtema, i år basert på en naturhendelse og en administrativ hendelse. Medio september 2013 gikk et ras i Kvam kommune som sperret RV 7 i flere uker. Hvilke konsekvenser hadde det for legevaktaktiviteten? Legevakta i Tromsø innførte oppmøtetid, både for de som ringte og som møtte direkte. Hvilke konsekvenser hadde det for aktiviteten?

Rapporten for 2013<sup>11</sup> er nettopp ferdig. Noen hovedresultater finnes nedenfor i kapitlet, for fullstendige resultater henviser vi til publikasjonen.

### 3.1.3 Årsstatistikk - regningskort fra legevakt

*Årsstatistikk – regningskort fra legevakt* er et fortløpende prosjekt som gjør en samlet analyse av alle regningskort som legene sender inn fra legevakt i løpet av ett år. Det er utarbeidet en mal som skal brukes til årlig rapportering med data fra foregående år. HELFO leverer datafiler som inneholder opplysninger om samtlige regningskort som er levert fra legevakt i løpet av året. Vi får opplysninger om legene (kjønn, alder, praksiskommune og fastlege / annen lege), pasientene (kjønn, alder, bostedskommune) og kontaktdata (tidspunkt, diagnoser, takster). Den første rapporten kom i 2009<sup>12</sup> (for året 2007), sjette rapport kom i 2014 (for året 2013).<sup>13</sup>

Noen hovedresultater finnes nedenfor i kapitlet, for fullstendige resultater henviser vi til publikasjonene. Hvert år analyseres et aktuelt tema spesielt, dette året med utgangspunkt i den nye fastlegeforskriften fra 1. januar 2013, som inneholder en bestemmelse om at fastleger kan be seg fritatt fra legevakt når de når en viss aldersgrense. Denne aldersgrensen ble opprinnelig satt til 55 år, men regjeringen besluttet å øke aldersgrensen til 60 år allerede fra 1. juli 2013. I hvilken grad ble fastlegenes deltakelse i legevakt påvirket av den nye forskriften?

### 3.1.4 Prosjektrapporter og publikasjoner

Nklm har et stort antall prosjekter som belyser ulike sider av legevakttjenesten. Mange av disse tar utgangspunkt i datakildene ovenfor, noen ganger gjøres egne, dels omfattende datainnsamlinger, og i økende grad forsøker vi å koble ulike datakilder, egne og eksterne, for å kunne gjøre mer avanserte analyser. Det gis i denne rapporten ingen fullstendig oversikt over Nklms prosjekterrelaterte innsamling av data fra legevakttjenesten. Publikasjonene finnes i Nklms årsmeldinger og publikasjonslister.

Et aktuelt og viktig eksempel på slike koblinger er prosjektet *Geografi og legevaktsøkning*. Det er grunn til å tro at lengre reisevei fører til høyere terskel for å kontakte legevakten, men vi har ikke visst hvor stor effekt avstand har på legevaktsøkning i Norge. Gjennom tre underprosjekter undersøkes hvilke avstandsmål fra gjennomsnittsinbyggen til legevaktlokalet som er mest representative, sammenhengen mellom avstand til legevaktlokalet og bruk av legevakt i kommunene som inngår i Vaktårnprosjektet, og hvordan endringer i reiseavstand på grunn av endring av legevaktdistrikter vil påvirke bruken av legevakt. Første artikkel ble publisert i 2013<sup>14</sup>, og noen hovedfunn på norsk i Utposten.<sup>15</sup>

<sup>11</sup> Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014

<sup>12</sup> Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009

<sup>13</sup> Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014

<sup>14</sup> Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Serv Res 2013; 13: 222

<sup>15</sup> Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42(6): 6-9

### 3.2 Legevaktorganisering: Antall legevakter og legevaktsentraler

I mange kommuner varierer samarbeid om legevaktordning med andre kommuner gjennom døgnet og uken. Antallet legevakter som brukes i Nasjonalt legevaktregister må derfor oppfattes som et omtrentlig tall. Eksempelvis har noen kommuner legevakt som kun dekker egen kommune på dagtid, samarbeid med noen andre kommuner på kveldstid, og med ytterlig flere kommuner på natt og helg. Undersøkelsen har ikke fanget opp variasjonene for hver enkelt legevakt. Legevakter i byer har andre kjennetegn og er organisert på andre måter enn legevakter i grisgrendte kommuner.

I 2014 var det 428 kommuner i Norge fordelt på 20 akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), inkludert Svalbard. Totalt 191 legevakter er registrert i Nasjonalt legevaktregister 2014. Blant de 191 legevaktene, var 111 (58 %) interkommunale legevakter (samarbeid mellom flere kommuner) mens de øvrige 80 (42 %) var kommunale (en kommune). Utviklingen de siste årene viser en reduksjon i antall legevakter, fra 220 i 2009 til 191 i 2014. Antall legevakter som kun dekker en kommune, er redusert fra 102 legevakter i 2009 til 80 legevakter i 2014.

Tabell 1 viser hvordan legevakten er organisert i kommunene. Under annen organisering ble blant annet rapportert om varierende organisering til ulike tider av døgnet.

**Tabell 1. Legevaktens organisering (tall fra Nasjonalt legevaktregister 2014)**

Organisering	n	%
Kommunalt tjeneste/etat	101	53
Interkommunalt samarbeid (ett organisasjonsnummer, AS, IKS etc)	38	20
Interkommunalt samarbeid (flere organisasjonsnumre)	30	16
Annen organisering	22	11

Helsedirektoratet<sup>16</sup> har beregnet at det i 2012 var 116 legevaktsentraler (LV-sentraler) i drift, dette tallet dreier seg først og fremst om drift av legevaktsentraler utenom kontortid. I tillegg fungerer en del fastlegekontor som LV-sentraler på dagtid. Det forventes at LV-sentralene i større grad kommer i døgndrift og at tallet ytterligere blir noe redusert på grunn av kommende forskriftsendringer samt innføring av nasjonalt legevaktnummer og nødnett. Tallene under viser at det har vært en jevn reduksjon av antall LV-sentraler de siste årene:

2007: 165 LV-sentraler  
 2009: 145 LV-sentraler  
 2012: 116 LV-sentraler

Dette har også vært en trend før 2007, selv om det ikke finnes sikre tall. I løpet av 5 år har det altså vært en reduksjon på 50 LV-sentraler eller ca. 30 %. Etter Helsedirektoratets vurdering vil det trolig komme en fortsatt reduksjon og trolig nærme seg 2-3 LV-sentraler per fylke, fremskyndet av større legevaktdistrikter og innføring av nødnett og nasjonalt legevaktnummer. Helsedirektoratet har derfor i sine beregninger lagt til grunn 100 LV-sentraler i døgndrift ved innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117. Når legevaktnummeret er i drift, vil man vite eksakt hvordan og hvor legevaktsentralene er organisert.

Det er stor variasjon med hensyn til plassering av legevaktlokalet (Tabell 2). En av tre legevakter er fortsatt lokalisert felles med et fast legevaktkontor. Bare en av fire legevakter har eget legevaktlokale med legevaktsentral. Under «annet» er blant annet registrert plassering felles med ambulanse/politi/brann, med helsesenter, og med sykehjem.

<sup>16</sup> Olav Terje Øen, personlig meddelelse juni 2014

**Tabell 2. Plassering av legevaktlokalet\*(n=191)\*\* (tall fra Nasjonalt legevaktregister 2014)**

Plassering av legevaktlokalet	n	%
Samlokalisert med sykehus	32	17
FAM (felles akuttinntak)	5	3
Samlokalisert med ambulansestasjon	15	8
Eget legevaktlokale uten legevaktsentral	16	8
Eget legevaktlokale med legevaktsentral	48	25
Felles med et fast legekantor	66	35
Felles med varierende legekantor	16	8
Kun kjørende lege	5	3
Båt	6	3
Annet	32	17

\* Hver legevakt kunne oppgi flere alternativer for plassering av legevaktlokalet.

\*\* Det mangler svar fra en legevakt

Det er en betydelig nedgang i antall legevakter med varierende legekantor, fra 36 (17 %) i 2009 til 16 (8 %) i 2014. Det er også registrert nedgang i antall og andel legevakter som er samlokalisert med sykehus, antall felles akuttinntak, legevaktlokaler uten legevaktsentral, og felles med fast legekantor.

### 3.3 Legevaktorganisering: Bemanning av leger og sykepleiere

Nasjonalt legevaktregister har i 2014 undersøkt bemanningen ved norske legevakter. 48 % av legevaktene i 2014 har en lege som administrativ leder, 40 % har en sykepleier som leder. Denne fordelingen er lite endret de siste årene. Til enhver tid på døgnet har vel 40 % av legevaktene ingen sykepleiere på vakt. På kveld, natt og helg har vel 80 % av legevaktene kun en lege på vakt. Dette er også nokså uendret fra tidligere år.

Legevakt kan være sparsomt bemannet på de fleste tidspunkt, men er likevel samlet sett en stor virksomhet. Helsedirektoratet i i forbindelse med forslagene i ny akuttmedisinforskrift om kursutdanning, beregnet behovet for antall helsepersonell ved legevaktsentraler og legevakter. En av de viktigste forutsetninger har vært å ta hensyn til kravet om at helsepersonell etter gjeldende avtaleverk ikke kan ha vakter hyppigere enn hver 3. helg. Direktoratet stipulerer et antall på 3300 helsepersonell, fordelt på om lag 1600 årsverk (gjennomsnittlig ca. 50 % stilling).

Nklm fant på basis av regningskort i 2004 at det var 4700 ulike leger som hadde fått refusjoner for deltakelse i legevakt. Tallet er trolig større i dag. Sammen med administrativt personell og et tillegg for de store bylegevaktene med mange ansatte, er det trolig et sted mellom 8-10 tusen personer engasjert i legevaktjenesten årlig.

### 3.4 Legevaktorganisering: System, utstyr og rutiner

Når det gjelder triage og beslutningsstøtte ved telefonkontakt, bruker 68 % Medisinsk indeks og 56 % Telefonråd. Totalt 21 % av legevaktene har organisert bakvakt for vaktlege som kan utkalles ved akutte situasjoner, mens 29 % har rutine for at vaktlege (utenom turnuslege) kan konferere med annen legevaktlege/bakvakt ved behov

Ifølge 2014-tall fra Nasjonalt legevaktregister har 54 % av legevaktene skriftlig kompetanse- og opplæringsplan for lege i vakt. Dette er uendret fra 2012. Halvparten, 49 %, har metodebok på legevakten. De fleste, 83 %, har tilrettelagt for lett tilgang til Legevakthåndboken. De fleste legevaktene har akutt koffert, medikamenter og bærbar helseradio ved utrykning/sykebesøk, mens noe

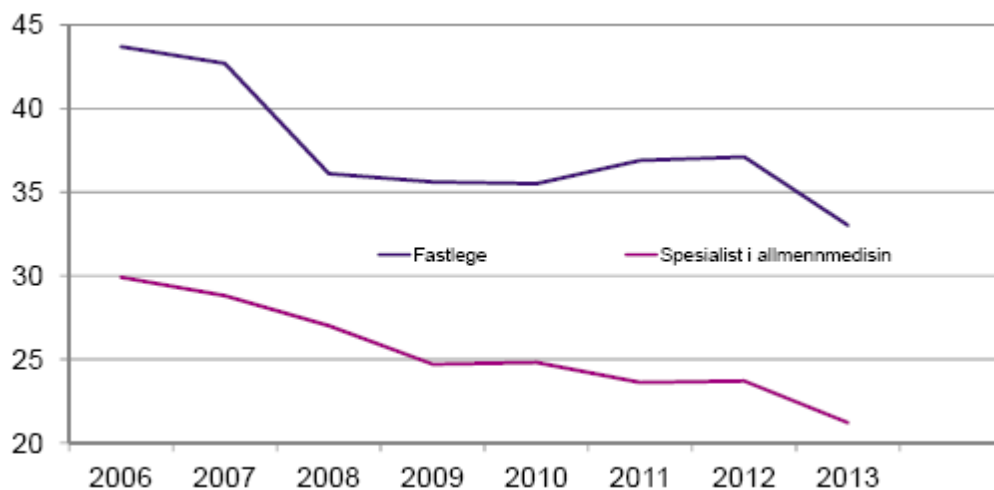
over halvparten har defibrillator og utrykningsklær. 118 (62 %) av legevaktene tilbyr yrkesklær/uniform for sykepleier, mens 107 (56 %) tilbyr dette for legene. 19 (10 %) av legevaktene bruker den nye nasjonale legevaktuniformen, mens 22 (12 %) har planer om å anskaffe denne.

Totalt 68 (36 %) av legevaktene svarte at de har legevaktbil. Blant de 68 legevaktene med legevaktbil, svarte 20 (29 %) at legevaktbilen er uniformert/merket, mens 10 (15 %) svarte at legevaktbilen er utrykningsgodkjent.

### 3.5 Legevaktlegene

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas over halvparten av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. I 2013 ble i følge Årsstatistikk fra legevakt bare 43,6 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger. Det er en tydelig reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg i perioden 2006 til 2013, noe som avspeiler at også spesialister i allmenntilleggsmedisin har deltatt stadig mindre i legevakt (Figur 1).

**Figur 1. Deltakelse i legevakt fra fastlegers og spesialister i allmenntilleggsmedisin basert på andel av regningskort fra identifiserte leger i årene 2006-2013. Data fra Årsstatistikk fra legevakt**



Hele 31,4 % av kontaktene på regningskortene fra HELFO var i 2013 med uidentifiserte leger. Dette skaper store problemer når en vil undersøke hvilke leger som faktisk har legevakt. Stortinget har uttrykt bekymring over at erfarne fastleger og spesialister i allmenntilleggsmedisin deltar lite i legevakt, og Regjeringen har i forskrift innskjerpet fastlegenes vaktplikt. For å kontrollere om denne situasjonen endrer seg over tid, er det behov for et godt datagrunnlag. Utviklingen i retning av flere uidentifiserte vaktleger gjør dette vanskelig. Et annet problem er at HELFOs behov for tilsyn med takstbruken ikke blir ivaretatt. Uidentifiserte vaktleger krevde spesialisttakst i over 26 000 tilfeller, men når legen ikke kan identifiseres, har ikke HELFO noen mulighet til å kontrollere om bruken av spesialisttakst er berettiget.

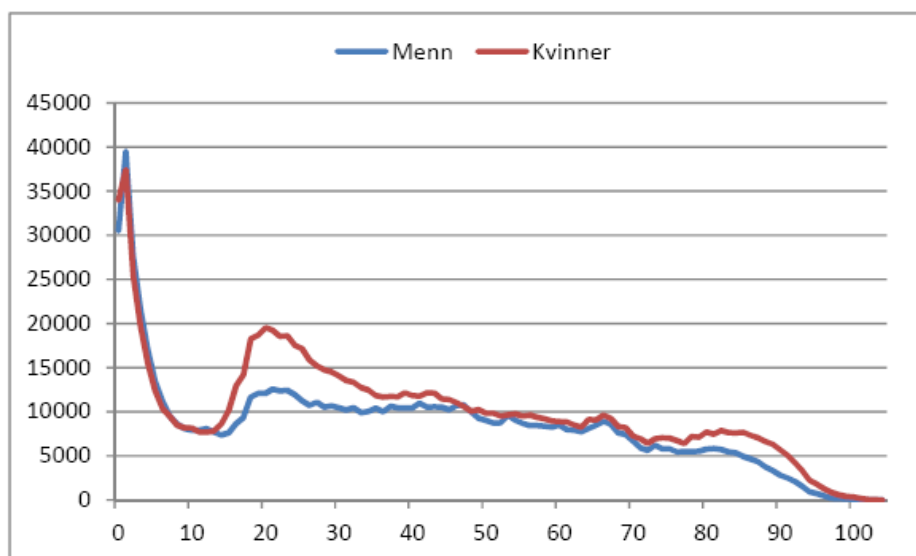
Ved svar til Nasjonalt legevaktregister 2014 oppgis at vaktlegen ved 65 % av legevaktene rykker ut alltid/oftest ved akutt skade/sykdom (rød respons), 29 % rykker ut av og til, mens 5 % aldri rykker ut. Dette er uendret fra 2012.

Datainnsamlingen fra Nasjonalt legevaktregister 2014 viser at refusjon fra HELFO og egenandel fra pasientene dominerer som avlønning av legevaktlege til alle tider på døgnet. Fastlønn gis ved 48 % av legevaktene på natt, mens kun 12 % gir fastlønn på kveld. Beredskapsgodtgjørelse er mest vanlig på kveld (73 %) og helg/høytid (71 %).

### 3.6 Bruk av legevakt

Data fra Årsstatistikk for legevakt viser at det var 1,9 millioner regningskort fra legevakt i 2013, tilsvarende 384 kontakter per 1 000 innbyggere. Av dette var det 1,3 million legekonsultasjoner (266 per 1 000). Figur 2 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten.

Figur 2. Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2013) (Årsstatistikk for legevakt)



I alle aldersgrupper er det flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn. Det er ellers en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet hjemmefra og som ikke har skaffet seg fastlege på studiestedet. De er derfor i større grad henvist til å bruke legevakten når de blir syke.

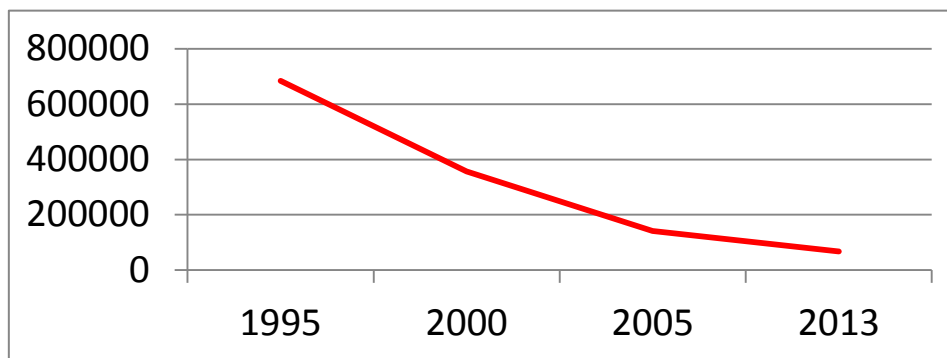
40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene, og det er tydelige døgnforskjeller. De travleste periodene i 2013 var julehelgen og påsken. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist til å bruke lokal legevakt.

#### 3.6.1 Diagnoser

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser er stadig økende. I 2013 var dette den mest brukte diagnosegruppen, fulgt av sykdommer i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser. Det er en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 35,3 % av konsultasjonene. Det er også økende bruk av tidstaksten, som i 2013 ble brukt i 38,2 % av konsultasjonene.

#### 3.6.2 Sykebesøk

Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år (Figur 3). I 1995 var der ca. 685 000 hjemmebesøk på legevakt, ved årtusenskiftet ca. 357 000, i 2005 ca. 141 000, mens det i regningskortene for 2013 bare var registrert 66 986 sykebesøk. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Statistikken viser ellers at det er vaktleger i små utkantkommuner som oftest kjører i sykebesøk.

**Figur 3. Utvikling i antall sykebesøk 1995-2013 (data fra Årsstatistikk fra legevakt 2013)**

### 3.6.3 Kontaktmåte, hastegrad og tiltak

Vaktårnprosjektet gir oss gode data om fordelinger og forskjeller mellom legevakter. Det registreres blant annet hvem som henvender seg til legevakten og i hvilken grad pasienter møter direkte uten avtale på forhånd (Tabell 3). Som tabellen viser, er det store forskjeller mellom legevaktene, noe som trolig gjenspeiler tilsvarende variasjon i landet for øvrig.

**Tabell 3. Prosentfordeling av henvendelsesmåten til legevakt i 2013 (Vaktårnrapporten)**

	Tlf. fra pas., påørende, omsorgspers.	Direkte oppmøte av pasient	Helse- personell	AMK-tlf. eller alarm	Andre
<b>Alta</b>	72,4	9,9	10,3	5,9	1,5
<b>Arendal</b>	72,8	16,6	6,5	3,1	1,0
<b>Austevoll</b>	87,4	0,5	9,6	2,1	0,5
<b>Kvam</b>	71,8	8,4	16,6	2,5	0,6
<b>Nes</b>	77,3	12,9	6,4	2,9	0,5
<b>Solør</b>	77,8	4,0	13,2	3,0	2,0
<b>Tromsø</b>	26,3	65,1	3,5	4,1	1,0
<b>Alle</b>	<b>63,0</b>	<b>25,0</b>	<b>7,4</b>	<b>3,6</b>	<b>1,0</b>

Når det gjelder kontaktraten per innbygger, var i 2007 den gjennomsnittlige kontaktraten for alle vaktårnene 399 legevaktkontakter per tusen innbyggere. I 2008 økte den til 410; i 2009 til 412 per tusen; i 2010 til 415, i 2011 nedgang til 407, i 2012 nedgang til 388, og i 2013 den foreløpig laveste raten vi har registrert, 360 per tusen innbyggere. Variasjonen mellom vaktårnene er stor.

Når det gjelder nedgangen i rater, så tror vi ikke den er reell, fordi det ikke registreres tilsvarende nedgang i antall regningskort. Vi har også grunn til å tro at vi har hatt noe økt underregistrering i vaktårnene i 2013. Når det gjelder forskjellene, kan de forklares dels av registreringsnøyaktigheten, men også av befolkning og alderssammensetning. Bruken av legevakter blir påvirket både av aldersfordelingen i legevakt-distriktet og av yrkes- og næringsstrukturen i den eller de kommunene som legevaktene yter tjeneste. Det har også noe å si om legevakt-distriktet har viktige skoler utover grunnskolen, hva som er kommunikasjonsmønsteret, og hvor store avstandene er.

Når det gjelder klassifisering av hastegrad, er det også variasjoner mellom Vaktårn-legevaktene, men med stor stabilitet for perioden 2007 til 2013. Samlet ble 73 % av kontaktene klassifisert som grønne, 24,5 % som gule og 2,5 % som røde.

De siste årene har det ikke vært store endringer i totalbildet av hvilke tiltak som blir satt i verk ved legevaktene, men forskjellene mellom vaktårnene er tydelige (Tabell 4). Det har også funnet sted en del endringer hos noen vaktårn over de siste årene. Forskjeller og endringer henger stort sett sammen

med organisatoriske endringer, slik at store endringer vanligvis lar seg forklare. Noen endringer er også bevisste, som større vekt på telefonkonsultasjoner, forsøk på å redusere direkte oppmøte og lignende.

Av Tabell 4 ser vi også at samlet sett er nå sykebesøk sjeldnere enn utrykninger med lege og ambulanse. Austevoll skiller seg ut med mange sykebesøk og færre konsultasjoner. Tromsø, som har direkte oppmøte av mange pasienter, har minst sykepleierkonsultasjoner og størst andel legekonsultasjoner.

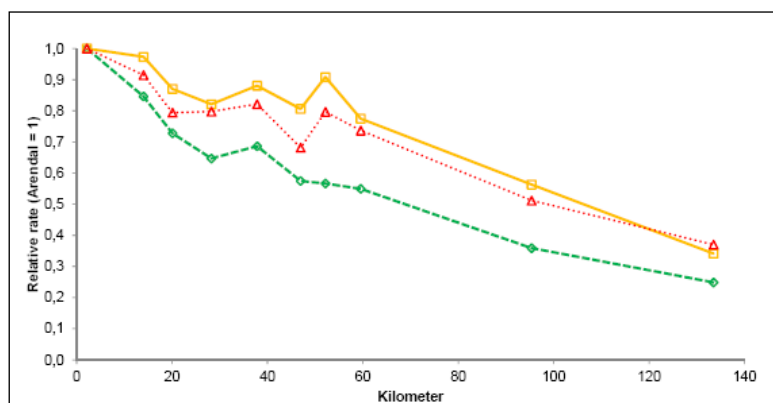
**Tabell 4. Prosentfordeling av kontakter etter tiltak i 2013 (Vaktårnrapporten)**

Tiltak	Tlf. kons. sykepleier	Tlf. kons. med lege	Kons. med lege	Kons. med andre enn lege	Utrykn. lege og ambul.	Sykebesøk ved lege	Andre
Alta	22,7	3,9	58,9	3,7	3,1	0,5	7,3
Arendal	18,4	12,1	60,5	0,4	2,3	1,8	4,6
Austevoll	31,1	15,8	38,9	0,4	2,3	7,9	2,3
Kvam	29,7	6,5	49,8	4,4	2,6	1,8	5,2
Nes	18,9	7,7	68,6	1,2	0,9	1,3	1,5
Solør	29,5	7,5	55,5	1,1	1,3	2,9	2,3
Tromsø	16,8	4,8	74,0	1,6	1,3	0,2	1,3
<b>Alle</b>	<b>20,4</b>	<b>8,3</b>	<b>62,8</b>	<b>1,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>3,6</b>

### 3.6.4 Geografi og legevakt

Analyse av vaktårregistreringer fra Arendal legevakt (10 kommuner) i perioden 2007-2011 viste at økende avstand var assosiert med færre legevaktkontakter av alle typer bortsett fra telefonkonsultasjon med lege.<sup>17</sup> For hver kilometer falt kontaktraten med 0,9 prosent. Legekonsultasjonsraten falt med 1,6 prosent per kilometer. Tallene fra Arendal viste at sykebesøksraten og hyppigheten av utrykninger med lege og ambulanse falt med henholdsvis 1,1 og 0,7 prosent per kilometer reisevei fra legevaktlokalet. Økning i telefonkonsultasjoner til personer som bor 50 km unna svarte bare til 3 % av nedgangen i legekonsultasjoner. Som en illustrasjon av funnene fra Arendal legevakt viser vi i Figur 4 hvordan fallet i kontaktraten var høyest for grønn hastegrad, men også at gule og røde henvendelser falt signifikant med økende avstand.

**Figur 4. Legevaktkontakter i forhold til avstand fra legevakten, fordelt på hastegrad (grønn, gul og rød). Basert på Vaktårndata fra Arendal legevakt**



<sup>17</sup> Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42 (6): 6-9

For å undersøke om resultatene fra Aust-Agder gjelder generelt, har vi gjort sammenlignbare analyser på regningskort fra HELFO fra 315 kommuner. Resultatene viser en tilsvarende sammenheng, her ble konsultasjonsraten redusert med 1,3 prosent per kilometer. Sammenhengen mellom reiseavstand og redusert legevaktforbruk synes altså å være generell. Disse resultatene er under publisering i Tidsskrift for Den norske legeforening, og detaljer kan derfor ikke vises før artikkelen er offentlig.<sup>18 19</sup> Etter avtale med tidsskriftredaktøren vil Akuttutvalget få innsyn i artikkelmanuskriptene.

Nklm har de siste par årene i flere ulike delprosjekter påvist hvordan legevaktøkningen faller med avstanden til legevaktstasjonen.<sup>20 21</sup> Dette utfordrer for det første et uttalt velferds mål i Norge om likeverdige helsetjenester til alle. For det andre er det helsevesenet selv som nå i stor grad induserer en systematisk urettferdighet i tjenestetilbudet gjennom en organisasjonsreform i form av stadig større legevaktstrikter som ikke innfører kompensierende tiltak i form av oppfylling av responstider, bakvaksordninger eller flere leger på vakt. Det er ved innføring av de arealmessige store legevaktstrikterne at sykebesøksraten faller sterkest og det er her at utrykningsgraden går ned eller i praksis blir et tilbud bare for nærområdet. Utviklingen er ikke bare en praktisk utfordring, men representerer et etisk problem.

### 3.7 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Fra 1.1.2016 blir kommunenes ansvar for akutt helsehjelp utvidet til også å omfatte tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD-senger). Tilbudet er beregnet å utgjøre mellom 150 000 og 320 000 liggedøgn på landsbasis. Det skal opprettes ca. 650 kommunale akuttsenger, de fleste ved interkommunale ordninger, slik at en kan regne med 100-200 ulike tiltak, med til dels stor variasjon i størrelse (1-73 senger) og organisering. Denne fragmenteringen gir store utfordringer i organisering samt overvåkingen av aktivitet, innhold, kvalitet og pasientsikkerhet.

På vegne av KS gjorde Deloitte i 2013 en statuskartlegging.<sup>22</sup> De finner at majoriteten av kommunene har organisert tilbudet i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og de fleste tilbudene er også fysisk plassert i tilknytning til kommunale enheter. Blant kommunene som inngår i interkommunale samarbeid, er det mest utbredt å etablere tilbudet i tilknytning til legevakt. Det synes som om tilknytning til legevakt blir vanligere fremover enn blant de første enhetene som ble etablert. Noen av Deloitte sine funn:

- Interkommunalt samarbeid gir et større fagmiljø, mer erfaring og et mer robust tilbud
- Å legge tilbudet til eksisterende enheter medfører mindre ressursbruk
- Å legge tilbudet til legevakt, i stedet for sykehjem, kan medføre økt bruk (også flere yngre pasienter) ettersom flere leger og pasienter opplever det tryggere (ved bl.a. nærhet til lege døgnet rundt) og mer attraktivt å være tilknyttet legevakten

Omlag to av tre akuttinnleggelsler i somatisk sykehus skjer fra legevakt, og legevaktstjenesten er omtalt som helt avgjørende for en vellykket innføring av KAD-tilbud i de fleste kommuner. Samtidig kan innføringen av kommunale akuttsenger bety både en potensiell styrking og en potensiell utfordring for legevaktene, som i dag har svært ulik kompetanse og kapasitet. For Nklm sitt arbeid med utvikling av legevaktstjenesten er pasientflyten og kartlegging av pasientpopulasjonen i de kommunale akuttsengene et sentralt interessefelt. Nklm har derfor utredet et pilotprosjekt forankret i Helsedirektoratet der Nklm i samarbeid med de relevante avdelingene i direktoratet, KS og eventuelt

<sup>18</sup> Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2145-50. doi: 10.4045/tidsskr.14.0437

<sup>19</sup> Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134:2151-5. doi: 10.4045/tidsskr.14.0443.

<sup>20</sup> Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Serv Res 2013; 13: 222

<sup>21</sup> Raknes G, Hunskaar S. Method Paper – Distance and Travel Time to Casualty Clinics in Norway Based on Crowdsourced Postcode Coordinates: A Comparison with Other Methods. PLoS ONE 2014; 9: e89287

<sup>22</sup> Baaske M, Bringedal KH, Halvorsen HE, Torgersen H. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. KS FoU prosjekt nr. 134018. Oslo: Deloitte, 2013



andre utvikler et registreringssystem for å kartlegge organisering, utvikling, innhold, volum, kvalitet og pasientflyt i KAD-enheter. Prosjektet har nylig fått de nødvendige godkjenninger, men er foreløpig ikke finansiert og oppstartdato er derfor usikker.

### 3.8 Utviklingstendenser i legevaktfeltet: Stabilitet og endring

Hvis man skal oppsummere noen utviklingstendenser for legevakttjenesten de siste 5-10 årene, kan kanskje de to paradoksale stikkordene stabilitet og endring være dekkende.

#### 3.8.1 Stabilitet i bruken av legevakt

Befolkningens bruk av legevakt er preget av stabilitet. Legevakt er en stor virksomhet som ruller og går døgnet rundt med om lag to millioner henvendelser i året. Det er ingen indikasjoner på store endringer i henvendelsesrater, hva man bruker legevakten til, diagnosespekter eller hastegrad. Demografiske endringer, flere og sykere eldre pasienter med multimorbiditet i kommunene, kommunale akutsenger eller endringer i det alminnelige sykdomsmønster, lar seg vanskelig oppdage over noen få år i de tilgjengelige nasjonale registerdataene.

Innenfor et bilde preget av stabilitet, er det likevel store lokale forskjeller. Som Vaktårnprosjektet viser, varierer legevaktsøkningen mye mellom legevaktene. På mikronivå er det store forskjeller i aktiviteten gjennom uken, døgnet og delvis også sesongen, jamfør for eksempel svineinfluensaepidemien i 2009, ferieuker i enkelte kyst- eller fjellkommuner eller lokale hendelser som stengte veier eller folkerike arrangementer. Noen legevakter har fått ansvaret for kommunale akutsenger, som gir nye pasientgrupper og spesielle utfordringer. De siste par årene har Nklm dokumentert den store geografiske ulikheten i legevaktbruken, der avstand til tilbudet har mye større betydning enn først antatt. Det gjelder alle hastegrader og tiltak, og det synes ikke som om det innføres kompensierende ordninger. Det har heller ikke vært særlig debatt om det faktum at om lag halvparten av barn under 9 år og halvparten av personer over 75 år, er i kontakt med legevakten årlig. Andelen grønne henvendelser holder seg høyt og er muligens svakt økende, uten at det er gjort spesielle generelle grep for eventuelt å flytte en del pasienter til fastlegene på dagtid.

#### 3.8.2 Endring i organisasjon og virksomhet

Det er klare endringer i legevaktorganiseringen ved at det blir færre og større legevakt-distrikter og en tydelig reduksjon i antall kommuner som har egen legevaktordning. Det er nå ca. 190 legevakt-distrikter i Norge, en nedgang på 30 i løpet av 4-5 år. Antall legevaktsentraler minker også, til ca. 100 i 2014. Utviklingen er i tråd med forslagene i Handlingsplanen, som foreslo at landet bør organiseres i 60-80 legevakt-distrikter, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggere på et rimelig areal. Vi ser nå at både de minste og de største legevaktene blir større, og en rekke legevakter er eller kommer til å omfatte mer enn 100 000 innbyggere. Det skjer således en tydelig sentralisering av legevakttjenesten i Norge, der avstandene og reisetidene blir lengre for stadig flere av innbyggerne.

Handlingsplanen grunnleggende tanke var at en slik utvikling var nødvendig for å lage robuste enheter. Skulle en omlegging skje med tilstrekkelig medisinsk og organisatorisk kvalitet, måtte det skje en rekke endringer i tjenesten. Handlingsplanens hovedgrep for de organisasjonsmessige endringene er de 121 konkrete forslagene til hvordan legevakt bør drives, der forskriftsfesting av de mest sentrale kravene er et hovedpoeng. Utviklingen siden 2009 har dessverre medført en betydelig asymmetri i utviklingen av legevakttjenestene: Organisasjonsendringene foregår i stort tempo, mens premissene ikke blir fulgt opp:

- Det er ikke kommet ny akuttmedisinforskrift (men forslag foreligger i juni 2014)
- Store legevakt-distrikter gir problematiske forskjeller i legevaktbruk
- Mange nye, store legevakt-distrikter har bare en lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaktordninger
- Nklm har ikke registrert særlig forbedring av utstyr, bruk av legevaktbil eller praktisk trening
- Legekompetansen er synkende
- Fastlegedeltakelsen fortsetter å synke
- Sykebesøkstallet fortsetter å synke

- Utrykninger ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder
- Spesialisthelsetjenesten, spesielt bil- og luftambulansetjenesten, melder om mindre samhandling fra legevakt. Uttrykket ”abdisering fra store landområder” er blitt brukt
- Mange KAD-enheter har mangelfull legeberedskap og delvis manglende diagnostisk og terapeutisk utstyr i forhold til oppgavene, selv om variasjonen her er stor

Handlingsplanen konkluderte (side 60) med at legevakt var en «nødetat i bakleksa», og at legevaktstjenestene ikke hadde utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen vi har sett i resten av den akuttmedisinske kjeden de siste 10 årene:

Etter den samla gjennomgangen av legevaktstjenestene 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.

Denne konklusjonen må dessverre stå uendret også i 2014, og på noen sentrale områder er situasjonen verre enn i 2009.

## 4 Hva skal legevakten være? Visjon legevakt 2015

I tråd med oppdraget fra Akuttutvalget skal Nklms rapport bidra til et grunnlag for å foreslå utvikling av et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Perspektivet er dermed videre enn om man bare ser på legevakttjenesten isolert. I denne rapporten har vi valgt å starte med legevakttjenesten i tradisjonell forstand og omtaler den relativt isolert. I neste kapittel ser vi legevakten i sammenheng med mange andre tjenester, med vekt på integrasjon både mot kommunale og statlige helsetjenester samt andre etater.

I Handlingsplanen av 2009 lanserte vi begrepet VISJON LEGEVAKT 2015. Denne var basert på situasjonsomtalen samt situasjonsanalysen med utfordringsbildet, som konkluderte med at legevakttjenestene hadde et klart forbedringspotensial og sto overfor store kvalitetsutfordringer. Som nevnt avslutningsvis i forrige kapittel, står denne konklusjonen fortsatt ved lag. Vi har derfor valgt å bruke h VISJON LEGEVAKT 2015 på nytt, med nødvendige oppdateringer og tilpassinger utfra vår vurdering av situasjonen i dag. Avslutningsvis diskuterer vi noen spesifikke problemstillinger som angår spørsmålet om hva legevakten skal være eller ikke være.

Visjonen er en overordnet omtale av hva legevakt skal være, for hvem og for hva. Kommunal legevakt skal være en offentlig profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesialiserte oppgaver og likeverdige tjenester til alle over hele landet. Norsk geografi og bosetning, tilgjengelige og nye medisinske ressurser og teknologier, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon tilsier at det må være noe variasjon i tilbudene utfra lokale forutsetninger.

I følge Nasjonal helseplan (2011-2015) er Regjeringen sitt mål at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når det gjelder den akuttmedisinske kjeden, er det (side 79-80) "... et grunnleggende prinsipp at hele befolkningen skal ha tillit til at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. Samling av spesialiserte akuttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og færre og større ambulansestasjoner, har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Samtidig kan dette gi utfordringer når det gjelder å sikre nødvendig nærhet til akutte tjenester. For å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud, må kommuner og helseforetak i større grad samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene, slik at tilbudet samlet sett blir tilgjengelig nok og av god kvalitet. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak bør ivareta dette. Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, stiller krav om at det i organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette for at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Etablering og trening sammen med lokale akuttmedisinske team, kan ha stor betydning for lokal akuttberedskap. .... Ambulansetjenesten spiller en viktig rolle i å sikre befolkningen tilgang til akuttmedisinske tjenester. Tjenesten må dimensjoneres for å møte utviklingen i det øvrige tilbudet. Endringer i akuttfunksjoner ved sykehus og sammenslåing av legevaktsdistrikter, må ikke skje uten at helseforetak og kommuner har vurdert konsekvensene for luft-, bil- og båtambulansetjenesten."

Visjonen er fremstilt langs tre dimensjoner:

- Det medisinsk-faglige perspektivet
- Pasientperspektivet
- Organisasjonsperspektivet

### 4.1 Det medisinsk-faglige perspektivet

Kommunal legevakt skal være en moderne, faglig kompetent, effektiv og profesjonell nødetat som sikrer befolkningen et trygt, bærekraftig og oversiktlig medisinsk nødhjelpstilbud av høy kvalitet hele døgnet. Tjenestene skal både være organisert som, og fungere som, samhandlende med pasienten sin nytte i fokus. Neste ledd skal stå klar til å ta over, uten avbrudd og opphold dersom det er nødvendig, enten det er ambulansetjeneste, spesialiserte tjenester i sykehus, politi, brannvern eller andre kommunale tjenester og omsorgstilbud, som for eksempel fastlege, jordmor, psykisk helsevern, kriseteam, barnevern, kommunale akutsenger, hjemmesykepleie eller sykehjem.

Legevakt er en sentral del av en moderne primærhelsetjeneste og står i nær sammenheng med en velfungerende fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk virksomhet, men også en viktig, nødvendig og første del av den akuttmedisinske kjeden, der allmennlegene skal være den primære legeressursen i prehospital akuttmedisin.

Legevakt har flere funksjoner:

- Være en del av den allmenne helseberedskapen i kommunen.
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstander som er akutt livstruende, og som krever at pasienten må raskt til sykehus.
- Diagnostisere tilstander som krever henvisning til eller innleggelse i sykehus uten særlig tidstap.
- Største volumet av legevaktstjenester vil fremdeles være å diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstander, der pasienten ikke trenger spesialisthelsetjenester eller sykehusbehandling.

Legevakt må bli mer innrettet mot beredskap, akuttmedisin og det som haster. Volumet av direkte pasientkontakter (legekonsultasjoner) bør reduseres noe i forhold til i dag. Men utover den egentlige akuttmedisinske beredskapen har befolkningen fremdeles behov for, og nytte av, legetjenester utenom vanlig arbeidstid for fastlegeordningen. Dette gjelder for tilstander som gir pasientene stort ubehag, tilstander som kan forverres ved lang ventetid på medisinsk vurdering eller behandling, eller tilstander og symptom som utløser stor uro eller frykt for helseskade. I tillegg er det et stort antall turister og andre som tilfeldig oppholder seg i kommunen, også på dagtid, og som den ordinære fastlegeordningen ikke har som oppgave å ta seg av.

Pasientstrømmen skal styres av faglige hensyn. Kontakt med legevaktsentral eller legevakt skal medføre umiddelbar forsvarlig faglig vurdering og prioritering, og deretter skal relevante tiltak settes i verk. Slike tiltak kan være:

- Akuttmedisinske aksjoner i samhandling med spesialisthelsetjenestens prehospitaltjenester.
- Konsultasjon eller sykebesøk ved vaktlegen.
- Rådgivning og telefonisk oppfølging fra legevaktsentralen og helsepersonell ved legevakten.
- Aktivisering av og samhandling med andre kommunale tjenester.

Hastegradsvurdering og prioritering (triage) er en sentral del av medisinsk fagkunnskap i legevakt. Slik kompetanse må utvikles og sikres til et mye høyere nivå enn i dag, både hos leger, sykepleiere og annet helsepersonell, for å sikre rett diagnose, rett nivå på de medisinske tiltakene, bidra til rasjonell ressursbruk, men også for å hindre medisinske feil og klagesaker. Det bør i størst mulig grad brukes validerte og samkjørte verktøy i hele den akuttmedisinske kjeden.

Pasienter med problemstillinger som kan vente til neste virkedag, skal sikres tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akuttmedisinske tjenester til egne pasienter på dagtid må styrkes, og alle som etter medisinsk vurdering trenger time samme dag, skal få tilbud om dette fra fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikke henvises til legevakten. Økt bruk av utvidet åpningstid på fastlegekontorene om ettermiddagen og tidlig kveld mandag til torsdag, kan minke pågangen til legevakt. Det skal forventes at fastlegen reiser i sykebesøk til pasienter som ikke kan komme til legekontoret, for eksempel pasienter med forverring av kronisk sykdom eller pasienter i livets slutfase.

## 4.2 Pasientperspektivet

Pasienter eller andre som opplever behov for akutt og livreddende medisinsk vurdering eller intervensjon skal fortrinnsvis nytte det felles nasjonale nødnummeret for helse (113).

Hvis hjelpen kan vente litt, skal alle gjennom det felles nasjonale legevaktnummeret 116117 hele døgnet komme i kontakt med den legevaktsentralen som dekker det aktuelle området, for raskt å få en god faglig vurdering og prioritering av tilstanden. Kontakt med legevakt skal i de aller fleste tilfeller først skje via telefon, også ved de største legevaktene.

Legevaktsentralen kan kontaktes ved alle slags akutte helseplager og skader eller mistanke om akutt sykdom, inkludert psykiske symptomer og rusmiddelproblemer. I tillegg skal legevakten være første kontaktinstans ved seksuelle overgrep og vold, og kan dessuten være en åpen kanal ved sosiale og personlige kriser; som alle skal vurderes, prioriteres, eventuelt vises videre, og håndteres på linje med andre henvendelser. Mange steder vil kommunen tillegge legevaktsentralen andre oppgaver rettet mot publikum (for eksempel trygghetsalarmer eller medisinsk rådgivning).

Pasientene skal oppleve en sømløs helsetjeneste, der tjenesten selv tar ansvar for forløpet og oppfølging av kontakten, uavhengig av forvaltningsnivå og lokal administrativ organisering. Uten forsinkende opphold skal en kunne få nødvendig hjelp fra helsepersonell ved legevaktsentralen og legevakten, fra ambulansetjenesten, fra vakthavende legevaktlege ved konsultasjon eller sykebesøk, eller få råd om egenomsorg eller videre observasjon på legevakten eller hjemme. Pasientene skal i størst mulig grad ivaretas raskt, og virksomheten skal drives etter offentlig kjente krav til svar-, vente- og behandlingstider.

Pasientene skal oppleve god kommunikasjon med legevaktstjenesten. Dette innebærer for det første at pasienter med annet morsmål enn norsk, må sikres tilgang på tolketjenester hele døgnet, hvis ikke pasient og legevaktarbeider kan kommunisere godt på felles annetspråk. For det andre må det sikres gode språkkunnskaper i norsk for alle legevaktarbeidere. Språkravene må gjelde hele året, også for vikarer.

God kvalitet er å få rett vurdering og behandling på rett sted til rett tid. God kvalitet er også å bli møtt med gode holdninger og respekt, uansett bakgrunn, problemstilling og personlig situasjon. Håndtering i legevakt skal medføre trygghet, tillit og fornøyde pasienter, og målsettingen er at informasjon, prioritering og tiltak skal bli forstått og akseptert.

### 4.3 Organisasjonsperspektivet

Kommunene skal organisere seg i legevaktdistrikter som gjør det mulig å drive legevakt i form av veldrevne legevaktstasjoner med profesjonell faglig og administrativ ledelse, med samme kvalitetskrav og krav til internkontrollsystem som i andre etater og organisasjoner. Hvert distrikt skal fortrinnsvis ha sin egen legevaktsentral lokalisert sammen med legevakten, og kan bestå av en eller flere kommuner eller deler av kommuner. Et legevaktdistrikt skal alltid være likt definert, uavhengig av dag og tid på døgnet. Legevaktstjenesten skal være underlagt nasjonale funksjonskrav gitt i forskrifter, rundskriv og veiledninger. Den skal inngå avtaler med helseforetakene om samhandling og oppgavefordeling.

Distriktet skal ha en eller flere faste, godt utstyrte legevaktstasjoner i egne lokaler med kvalifisert lege/leger i tilstedevakt, minstenormen skal i utgangspunktet være to leger på vakt. I store legevaktdistrikter med flere leger i aktiv tjeneste kan en ha ulike funksjoner med parallelle vaktplaner, som for eksempel vaktordning for kommunale helseinstitusjoner, kjørende sykebesøkslege, lege som gir telefonråd og er i støttefunksjon for legevaktsentralen, bakvakt for beredskap eller utdanning/veiledning, lege med særskilt ansvar for KAD-senger, i tillegg til vanlig konsultasjonsvirksomhet og beredskap på legevaktstasjonen. Utover lege(r) skal kvalifisert helsepersonell være tilstede hele døgnet, og de skal helst inngå i jobbrotasjon mellom legevaktsentral og ulike pasientrettede oppgaver i legevakten. Legen skal aldri arbeide alene, og skal ha tilgang til transport (legevaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utrykningskjøretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utrykning og sykebesøk. Slik skal legevakt være en god, forsvarlig og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrende arbeidsoppgaver for alle medarbeidere.

I distrikt med lange reisetider for en nærmere definert befolkning, skal det være bakvaktordninger med lege som kan aktiveres ved alvorlige hendelser (rød respons) og ved andre oppgaver som trenger legevurdering som ikke kan vente og som ikke nås innen rimelig tid fra legevaktstasjonen. For all virksomhet i legevaktsentral og legevakt skal det gjelde et sett med funksjonskrav i form av maksimale respons- og ventetider.

Legevakt skal være en integrert del av de prehospitalt akuttmedisinske tjenestene og den akuttmedisinske kjeden. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med de andre aktørene, inkludert avanserte kommunikasjonsløsninger via nødnettet og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansetjenesten, AMK og sykehus, samt brannvern og politi når det er nødvendig. Legevakten bør være lokalisert langs logisk reisevei til sykehus for de fleste pasientene, og den bør lokaliseres nær eller sammen med sykehjem, base for hjemmetjenester i døgndrift, KAD-enheter, helsehus, brannstasjon, ambulansestasjon eller lokalsykehus, der slike finnes.

Gjennom legevaktsentralen skal befolkningen ha tilgang til forsvarlig medisinsk vurdering hele døgnet. Men legevakt på dagtid kan av kommunen unntaksvis organiseres slik at fastlegene yter akutte legetjenester fra fastlegekontoret og inngår i beredskapsordninger for legevakttjenester utenom kontoret (utrykninger) utover fastlegene sin vanlige akuttfunksjon overfor egne listeinnbyggere. Pasienter med problemstillinger som ikke er høyt prioritert ved legevakt og AMK, skal i utgangspunktet alltid ringe fastlegekontoret på dagtid. Men helsepersonellet på legevaktsentralen skal ivareta mottak og prioritering av alle kontakter som kommer via legevakttelefonen, samt organisere tilbudet til pasienten, også uten at det alltid er lege i tilstedevakt på stasjonen. Alle leger med regelmessig vakt skal ha kommunikasjonsutstyr (helserradio/nødnett) og alle fastlegekontor (med mulig unntak i noen store kommuner) skal ha utstyr for og være tilgjengelig på helserradionettet/nødnettet på dagtid.

Legevaktsentralen skal kunne samhandle elektronisk med både spesialisthelsetjenesten, fastlegene og relevante kommunale tjenester. Legevakten skal ha tilgang på fastlegedatabasen og folkeregisteret, og skal kunne ha elektronisk meldingsutveksling (epikriser og andre meldinger) og kunne ha elektronisk tilgang til akutt-timer i fastlegenes timebøker. Legevakten må også kunne få tilgang til viktige medisinske opplysninger (medikamentlister, tidligere og kroniske sykdommer og diagnoser) dersom slike system er utviklet nasjonalt, jamfør nasjonal kjernejournal.

Alle fastleger skal delta i legevakt som en integrert del av fastlegeavtalen. I tillegg skal turnusleger og andre allmennleger i kommunen delta under klinisk veiledning eller med bakvakt. Alle legene må oppfylle nasjonale og lokale kvalifikasjonskrav, ha gjennomgått nødvendig intern opplæring, og ta systematisk del i trening, videre opplæring og samhandlingsøvelser.

Arbeidsforholdene og -vilkårene for legevaktlegene bør i størst mulig grad ”normaliseres” etter prinsippene i arbeidsmiljøloven, som for tilsatte i andre nødetater, der vakter, øvelser, opplæring, utsjekk av utstyr, oppdatering i prosedyrer og møter i legevakt, kurativ virksomhet og andre kommunale eller faglige oppgaver inngår i en tjenesteplan. Vaktlegene skal ha fast lønn for alt arbeid på tjenesteplanen, og det må sikres kompensasjonsordninger for fravær av næringsdrivende lege fra fastlegepraksis på grunn av legevakt. Vaktomfanget og arbeidsbelastningen, spesielt om natten, må være slik at legene kan holde ut over lang tid, og således bidra til rekruttering og stabilisering av legetjenestene i kommunene.

En legevaktordning i samsvar med prinsippene i denne planen kan medføre svært ulike nettokostnader per innbygger mellom legevaktdistrikt med få og mange innbyggere og mellom legevaktdistrikt med små og store avstander. Det må etableres statlige ordninger som kompenserer for slike forskjeller og som sikrer et likeverdig tilbud over hele landet.

## **4.4 Hva er egentlig legevakt? Noen aktuelle problemstillinger**

I dette avsnittet diskuterer vi kort et utvalg mer spesifikke problemstillinger, avgrensinger og aktuelle debatter omkring legevakttjenesten.

### **4.4.1 Legevakt er allmennmedisin**

Av og til diskuteres fagforankringen til legevaktarbeidet. Hvem er ”best” rustet til å være legevaktlege? Kan ikke alle autoriserte leger ha legevakt, det er jo om alt og alle uansett? Nklm har i Handlingsplanen argumentert for hvorfor vi mener at legevaktarbeid slik vi definerer det i Norge, er en del av allmennmedisinen. Både den særskilte førstelinjediagnostikken og det store omfanget av

vanlige allmennt medisinske problemstillinger tilsier at allmennt medisinsk kompetanse er helt avgjørende for god kvalitet. Forskning viser også at sentral allmennt medisinsk kompetanse som kommunikasjon med pasienten og konsultasjonsteknikk, har avgjørende verdi for sykdomsforløpet, pasientens mestringsevne, fremtidig egenomsorg, fremtidig bruk av legevakt og om det utvikler seg situasjoner med risiko for pasientklager.

Godt utdannede allmennleger er dyktige til å håndtere vanlige og mindre dramatiske tilstander ut fra erfaring og lokalkunnskap, og ingen andre spesialiteter har dette som sitt felt. I den andre enden av spekteret er livstruende sykdom og ulykker der allmennlegen har mindre kompetanse, fordi erfaringsgrunnlaget blir lite. Forventningene er imidlertid store til at legevaktlegen skal mestre også dette feltet, og legevaktlegen er en sterkt ønsket fagperson fra de andre partene i den akuttmedisinske kjeden.

*Norsk forening for allmennt medisin (NFA)* skriver i sitt arbeidsprogram at NFA skal arbeide for at legevaksarbeid fortsatt skal være et allmennt medisinsk fagområde, ivaretatt av allmennleger

*Allmennt legeföreningen (AF)* skriver i sitt arbeidsprogram at organiseringen av legevakt må forbedres. Styret vil utarbeide et policydokument med fokus på kvalitetsstandarder og rammevilkår tilpasset variasjon i demografi og geografi. AF skal også arbeide for en del spesifikke krav til legevakt, som beregning av total arbeidstid, at ved behov for hvile etter vakt må legen få dekket reelle driftskostnader, og maksimalt antall pålagte vakttimer i året. I juni uttalte föreningens leder at kommunene må investere betydelige midler i legevakt når det gjelder bygninger, utstyr og opplæring av personalet. For å få til en slik form for spesialisering må fastlegenes plikt til legevakt opphøre. Ordningen må baseres på frivillige avtaler, slik at kommunene tvinges til å legge til rette for en ny ordning.

*Den norske legeförening* skal i løpet av 2014 legge frem en statusrapport om legevakt. Den har også som utgangspunkt at legevakt er allmennlegearbeid. I et arbeidsdokument for landsstyret våren 2014 anerkjennes det at befolkningen har forventninger til at legevakten kan oppsøkes med tilstander som ikke er akutte. Legevaktene må i tillegg til å være en akuttmedisinsk tjeneste, kunne tilby hjelp til pasienter som oppsøker legevakten med mindre alvorlige, allmennt medisinske plager.

*Helse- og omsorgsdepartementet* diskuterer i høringsnotatet til forslag til ny akuttmedisinforskrift spørsmålet om legekompentansen i legevakt. Departementet vurderer at som hovedregel er allmennleger best kvalifisert til å ha legevakt. Legevaktmedisin er en viktig del av allmennt medisinen, og allmennt medisinske premisser og arbeidsmåter bør ligge til grunn for legevaktarbeidet. Det er en fordel at den som har legevakt har god kjennskap til lokale forhold. Det er ønskelig at legevaktarbeidet i minst mulig grad preges av vikarer/leger som ikke har kjennskap til det lokale allmennt medisinske arbeidet. ... Helsedirektoratet har påpekt at det er viktig for oppnåelsen av faglige mål med fastlegeordningen og samhandlingsreformen at de mest erfarne fastlegene deltar i legevaktordningen. ... Forskning viser også at erfarne fastleger og spesialister i allmennt medisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt, blant annet ved at flere behandlinger blir slutført på legevakten. Departementet vurderer at rimelige krav til grunnkompetanse for klinisk legevaktarbeid er at legen er spesialist i allmennt medisin eller har gjennomført tre års veiledet tjeneste. Flertallet av fastlegene oppfyller i dag ett eller begge av disse vilkårene. ... Selv om det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmennlegene/fastlegene, vil det være behov for at andre leger også deltar i vakt. Helsedirektoratet har gjort en vurdering av hvilke legespesialiteter som grenser mest opp til det allmennt medisinske området og som samtidig har akuttmedisinske prosedyrer som del av egen utdanning. Ut fra dette vurderes at leger med spesialitetene indremedisin, kirurgi, pediatri, nevrologi og anesthesiologi er bedre egnet enn leger med andre spesialiteter (med unntak av allmennt medisin) å inneha grunnkompetanse til å ha selvstendige legevakter.

Etter Nklms vurdering er synet på at allmennt medisinsk kompetanse skal legges til grunn i legevaktarbeidet godt forankret i faglige fora, i forvaltningen, i interesseorganisasjoner og også politisk. Slik allmennt medisinsk kompetanse finnes generelt sett i Norge bare hos fastlegene, og det blir derfor logisk å argumentere med legevakt som en del av fastlegens plikter, slik det er nedfelt i

Fastlegeforskriften. Nklm støtter at dette fortsatt må gjøres gjeldende. Vi ser ikke for oss at det er mulig å organisere robuste vaktordninger over hele landet uten at det bygger på obligatorisk deltakelse fra fastlegekorpset.

#### 4.4.2 Legevakten for alle, men ikke for alt! Hvordan skal «grønne» henvendelser håndteres?

Det synes hos noen å ha bredt seg en forestilling om at legevakten oversvømmes av ”grønne” henvendelser og at de aller fleste av disse er unødvendige kontakter som enten bør kunne avvises totalt, gis enkle råd eller henvises til oppfølging hos fastlege. Vaktårndata fra Nklm viser at nesten 3 av 4 henvendelser klassifiseres som grønne. Det utgjør om lag 1,5 millioner henvendelser. Av disse blir 40 % håndtert telefonisk av vaktlegen (10 %) eller sykepleier i legevaktsentralen (30 %), der råd om egenomsorg og eventuell oppfølging hos fastlege må antas å være blant de hyppigste anbefalte tiltak. Vi må også anta at disse grønne henvendelsene stort sett gjelder enkle problemstillinger med liten hast. Dette utgjør rundt 600 000 henvendelser i året, mens 900 000 kontakter ender i legekonsultasjon. Det er i denne siste gruppen det finnes et potensiale for å skyve pasientene over til fastlegen, dersom det er medisinsk forsvarlig og praktisk mulig.

I Handlingsplanen har vi antatt at det er et potensiale på å flytte 200 000 av disse grønne legekonsultasjonene over til telefonkonsultasjon og rådgivning ved legevakten, enten ved vaktlegen eller ved legevaktsykepleier. Dette anslo vi ved å anta at alle legevaktene ble ”like flinke” som den beste Vaktårnlegevakten i å håndtere pasientene på telefon samt å legge til litt ytterligere potensiale ved mer bruk av lege.

Hvor stort er så potensialet for å flytte pasienter fra gruppen med ca. 700 000 konsultasjoner til fastlege samme eller neste dag? Det vet man ikke, da det mangler studier på området. Men det er argumenter for at det kanskje ikke er så stort antall som mange har antatt:

- Et nesten like stort antall er allerede håndtert med telefonkonsultasjon fra lege eller sykepleier. Restgruppen er dermed allerede sortert og prioritert.
- Legevakten skal dekke behovet til alle som ikke har fastlege i kommunen (turister, hyttebeboere, personer med midlertidig opphold, mange studenter).
- Fastlegekontorene har åpent bare ca. 20 % av totaltimene i løpet av året. Alle helger, høytidsdager, ettermiddager og netter må dekkes av legevakten. Nedenfor drøftes effekten av kveldsåpne fastlegekontor.
- Mange av kontaktårsakene som klassifiseres som ”grønne”, gjelder problemstillinger det er allment akseptert å skulle få hjelp samme dag. Det gjelder de fleste skader, fremmedlegemer, kutt og sår, akutte infeksjoner og allergiske reaksjoner, plagsomme smertetilstander som nyrestein og gallestein, psykiske tilstander som angst, depresjon og akutte kriser, og mange uavklarte problemstillinger som medfører betydelig bekymring hos pasienten. Det er neppe ønskelig eller mulig å definere slike problemstillinger som legevakten uredkommende. For noen tilstander vil terskelen variere med tid på døgnet og hverdag/helg.

Nklm mener fortsatt at det er et potensiale for flytting av pasienter fra legevakt til fastlege, men omfanget er usikkert, dog kanskje i størrelsesorden 200 000 pasienter. Bare i få legevaktstrikter vil dette merkes i en grad som gir rasjonaliseringsgevinster i form av færre leger og annet personale på vakt. Men det gir anledning til noe mer beredskapsaktivitet, mer rom for sykebesøk og utrykninger med noe mindre sjanse for samtidskonflikter mellom de få alvorlig syke ”ute” og de mange ganske friske ”inne” på legevaktstasjonen.

#### 4.4.3 Stor fleksibilitet, men liten kapasitet i legevakten. Liten fleksibilitet, men stor kapasitet i fastlegeordningen

Bak dette noe tabloide utsagnet skjuler det seg et viktig epidemiologisk poeng når man skal diskutere fastlegeordningen og legevakten som komplementære ordninger. Poenget skal belyses med data fra svineinfluensaepidemien høsten 2009, som var en stor påkjønning for helsetjenesten, ikke minst for legevaktene. Fastlegenes innsats har vært lite belyst, men er analysert i en studie der Nklm deltok.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rortveit G. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. Plos One 2013; 8: e69408.



Det allmenne inntrykket var at legevaktene ble presset i kne av de mange influensapasientene, mens fastlegene i liten grad deltok. Nklm bidro selv til dette inntrykket.<sup>24</sup>

Under influensaepidemien var det mer enn en femdobling av influensarelaterte henvendelser til legevakt i forhold til en normalsesong. Enkelte dager var opp mot halvparten av alle henvendelser influensarelaterte. I alt var det ca. 125 000 influensarelaterte konsultasjoner under epidemien, men bare 22 000 av disse ved legevakt. Fastlegene hadde 104 000 influensarelaterte konsultasjoner i samme tidsrom. Hvordan kunne da inntrykket utad bli som det ble. Årsaken er iboende egenskaper ved de to ordningene i form av antall og fleksibilitet.

På fastlegekontoret er mange av timene forhåndsbestilt og i tillegg er det satt av et visst antall akutt-timer. Når kapasiteten er brukt, må neste pasient enten avvises (for eksempel henvises legevakten) eller fastlegen kan velge å utvide kapasiteten ved å ta en eller flere pasienter utover det planlagte. På legevakten starter man hver dag med blank timebok, men kapasiteten når taket når (den vanligvis ene) legen har fylt arbeidstiden. Totalkapasiteten kan vanligvis ikke økes, men legevakten kan gjøre omprioriteringer innenfor dagens timer. I følge studien var det nettopp dette som skjedde; fastlegene benyttet fleksibiliteten sin og økte kapasiteten *litt*, mens legevakten behandlet mange færre andre pasienter innen for den samme totalkapasiteten, som uttrykk for prioritering eller uforklart nedgang i andre henvendelser. Legevaktlegen hadde kanskje mer enn 5 pasienter daglig med influensalignende sykdom den mest hektiske perioden. Fastlegekontoret ga gjennomsnittlig en pasient ordinær akutt-time og utvidet timeboken med en pasient daglig. Når det er 2 000 åpne fastlegekontor, men bare ca. 200 legevakter, blir kapasitetseffekten svært ulik, faktisk 10 ganger så stor i fastlegeordningen. Fastlegeordningen merket altså knapt at de tok i mot over 100 000 influensapasienter samtidig som legevaktene følte seg sterkt presset av de 22 000.

På samme måte kan man belyse påstanden om at fastlegene ”ikke tar i mot øyeblikkelig hjelp”, men i stor grad henviser til legevakten. Det er uomtvistet at mange steder er der for liten kapasitet i fastlegeordningen, og at legevakten opplever pågang tidlig på ettermiddagen fra pasienter som burde ha kommet til på fastlegekontoret. Likevel er det slik at det på landsbasis blir tatt i mot mange flere akutt-tilfeller daglig i fastlegeordningen enn på legevakt. Regnestykket er slik. På legevakt kan det regnes ca. 900 000 legekonsultasjoner årlig, 60 % i ukedagene, i alt kanskje 650 000 konsultasjoner i ”tidskonkurransen” med fastlegekontorene. Det er ca. 2 000 legekontor som utfra erfaring er bemannet med gjennomsnittlig 3 leger. Hver av disse tar i mot akutt-pasienter, forsiktig regnet kanskje 10 per dag per legekontor. Det gir et totalantall på ca. 4 millioner akutt-pasienter i året, minst 6 ganger så mange som legevakt-tjenesten samlet! Det er ønskelig at fastlegeordningen skal øke kapasiteten, minske ventetiden på time og ikke minst ta enda flere akutt-pasienter. Men volummessig er det fastlegeordningen som håndterer klart flest vanlige ”legevakt-pasienter”.

#### 4.4.4 Kan kvelds åpne legekontor tømme legevakten?

Ovenfor har vi vist flere regnestykker som viser hvordan legevakt og fastlegeordning er komplementære tjenester overfor den stort sett samme pasientgruppen på vanlig dagtid. Vi har også vist at fastlegeordningen samlet sett har stor kapasitet. I pkt. 4.4.2. antar vi at det er et potensiale for flytting av pasienter fra legevakt til fastlege, men omfanget er usikkert, dog kanskje i størrelsesorden 200 000 pasienter. Hvordan passer dette med en utvidelse av fastlegekontorenes åpningstider på hverdager? I mange land er allmennlegekontorene åpne til kl. 1700, i England vanligvis til 1830. Noen steder i utlandet har allmennlegene av og til frivillig kveldspraksis til kl. 2000, og ved et legekontor med mange leger, kan slik service kanskje tilbys alle dager mandag-fredag. I Norge har legekontor bare unntaksvis åpent etter kl. 1600, enkelte leger tilbyr timer enkelte kvelder eller lørdager, men omfanget er minimalt. Dette står i kontrast til den generelle utviklingen i samfunnet (24 timers samfunnet), med døgnåpne butikker og servicetilbud. Det er en trend i tiden å etterspørre også servicetjenester utover vanlig arbeidstid. Av relevans for legetjenesten er det at apotekene har utvidet sine åpningstider radikalt de siste tiårene, og både større tannlegesenter og veterinærkontor i byene har kveldsåpent eller endog lørdag- og søndagsåpent.

<sup>24</sup> Press K, Hansen EH, Hunskaar S. Influensapandemien høsten 2009: Henvendelser til legevakt. Rapport nr. 3-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010

Nklm tar ikke stilling til om eller hvordan eller til hvilke vilkår fastlegekontorene eventuelt skulle ha kveldsåpent. Men vi tror ikke det uansett skal begrunnes ut fra legevaktens behov. Kveldsåpne legekantor bør først og fremst ses på som økt tilgjengelighet for fastlegenes listeinnbyggere. Det strider mot fastlegeordningens ideologi med vektlegging av verdien av sterk kontinuitet i lege-pasientforholdet, å åpne opp for at andre enn fastlegens egne pasienter skulle nyte godt av den økte tilgjengeligheten, på bekostning av listeinnbyggerne. Hvis man tenker seg at fastlegekontorene frivillig eller som ledd i avtale har kveldsåpent, i praksis ved at fastlegene forskyver arbeidstiden fra dagtid til ettermiddag/kveld og i tillegg har det samme antall akutt-timer som vanlig for egne og kollegaenes listeinnbyggere, vil dette gi en total kapasitet som uten vansker vil absorbere legevaktens ”behov” for å flytte pasienter til fastlegeordningen (jamfør pkt. 4.4.3). 200 000 konsultasjoner fordelt på 2 000 legekantor med 3 leger per kontor gir 100 konsultasjoner per år eller bare 33 konsultasjoner per lege per år. Men det ville på langt nær være fullt samsvar mellom de pasientene som en gitt dag kunne flyttes fra legevakt til fastlege, på grunn av at akkurat denne pasientens fastlegekontor denne dagen ikke hadde kveldsåpent. Ved en utvikling mot legekantor med mange flere leger, vil denne asymmetrien bli mindre, da et gjennomsnittlig legekantor ville kunne ha kveldsåpent flere/alle virkedager.

#### 4.4.5 ”Nye tider”: Respons- og ventetider også på legevakt?

Nordmenn har store og sammensatte forventninger til helsetjenesten. Flertallet ønsker rask og selvbestemt tilgjengelighet uten betydelig egenbetaling, og med stor valgfrihet. Dette er understøttet av politiske prosesser. En pilotundersøkelse som kartla pasienttilfredshet ved tre ulike legevakter viste at 6 av 10 pasienter opplevde sin egen helsetilstand som så alvorlig at de måtte ha øyeblikkelig hjelp<sup>25</sup>. I brukerundersøkelser kommer legevakten dårligst ut sammenliknet med øvrige deler av helsetjenesten.<sup>26</sup>

Et sentralt virkemiddel for å øke bevisstheten omkring pasientsikkerhet, pasientflyt og brukertilfredshet i Norge, har vært innføring av ulike typer tidsmålinger. Mest kjent er fokuset på ventelister i spesialisthelsetjenesten, men på stadig flere områder innføres krav om måling og eventuelt også måloppnåelse.

Når det gjelder akuttmedisin, så forventer publikum at helsetjenesten kommer til unnsetning hvis de opplever at liv og helse er truet. Selv om befolkningen i grisgrendte strøk ikke kan forvente at hjelpen er like raskt på stedet som i en større by, tyder alt på at folk også på mindre steder stiller krav til at det ytes rask hjelp når det behøves. På samme måte er lange ventetider, enten for å komme til i helsetjenesten, eller venting på venterom eller akuttmottak, en kilde til frustrasjon og klager, men også en faglig utfordring og et potensielt pasientsikkerhetsproblem.

Det er i Norge ikke krav til responstider for *ambulanse* (men den måles), mens *luftambulanse* skal nå minst 90 % av befolkningen innen 45 minutter, noe som er oppfylt. *Brannvesenet* opererer med differensiert responstid avhengig av objekt og geografi. I Forskrift om organisering og dimensjonering av brannvesen (2002) heter det om innsatstid: ”Til tettbebyggelse med særlig fare for rask og omfattende brannspredning, sykehus/sykehjem mv., strøk med konsentrert og omfattende næringsdrift o.l., skal innsatstiden ikke overstige 10 minutter. Innsatstiden kan i særskilte tilfeller være lengre dersom det er gjennomført tiltak som kompenserer den økte risiko. Kommunen skal dokumentere hvordan dette er gjennomført. Innsatstid i tettsteder for øvrig skal ikke overstige 20 minutter. Innsats utenfor tettsteder fordeles mellom styrkene i regionen, slik at fullstendig dekning sikres. Innsatstiden i slike tilfeller bør ikke overstige 30 minutter.” Innsatstid defineres som tiden fra innsatsstyrken er alarmert til den er i innsats på brann/skadested. Tidene gjelder uansett type og alvorlighetsgrad av brannen. *Politiet* måler ikke responstider, men er i ferd med å utrede både måling av og krav til responstider.

<sup>25</sup>Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 73.

<sup>26</sup> <http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/>

I forslag til «Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering» (NAKOS, 2014)<sup>27</sup> er det foreslått utviklet retningslinjer for tilgjengelighet:

Grunnet lange avstander, flere steder som følge av interkommunalt legevaktsamarbeid, kan et vakttdistrikt bli så stort at vaktlegen ikke gis mulighet til å komme frem til et skadested før etter lengre tid. Det er ikke uvanlig med opptil 1 – 2 times kjøretid fra et vaktsted til et mulig skadested. Tilgang til egnet utrykningskjøretøy eller ledsagende personell til utrykningskjøring er heller ikke enhetlig bestemt eller organisert. Realiteten er at kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp i betydelig grad blir overlatt til helseforetakenes (statens) ambulansetjenester, evt. av eller med støtte fra lokalt brann- og redningsvesen.

Anbefaling: Det bør utvikles og settes krav til seleksjon, kompetanse og vedlikeholdstrening av personell ved lokal legevakt og legevaktsentraler, samt bemanningsnormer. Retningslinjer for tidsmessig tilgjengelighet for befolkningen og en vurdering av tidsaspektet ved utrykning til åsteder bør ligge til grunn ved fastsettelse av vakttdistriktenes størrelse og tjenestens geografiske plassering.

Akuttutvalget har i sitt oppdrag bedt Nklm komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, for legevakttjenesten. Der er derfor naturlig å se på innføring av vente-, svar- og responstider i en slik sammenheng.

Med relasjon til primærhelsetjenesten og legevakt fastslår fastlegeforskriften at fastlegen skal tilby akutthjelp på dagen og ellers time til listeinnbyggerne innen 5 virkedager. Det er krav om at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. I forslag til ny akuttmedisinforskrift foreslår Departementet at det stilles noe strengere krav til svartid i LV-sentral enn til fastlegekontorene. Ut fra noe varierende praksis i andre land foreslås det at svarsystemet i LV-sentralen innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter. Det følger av forsvarlighetskravet at kommunen må sørge for at henvendelser til LV-sentralen besvares innen kort tid. Kravet anses som en presisering av forsvarlighetskravet, og ikke som et generelt tilgjengelighetstilbud.

I andre land er det systemer for å måle vente-, svar- og responstider i mange sammenhenger i den akuttmedisinske kjeden, herunder legevakt og lignende organisasjoner. Formålet kan være pasientsikkerhet, men også internkontroll, økt brukertilfredshet og kvalitetsindikatorer med eller uten tilknyttede økonomiske incentiver.

For norsk legevaktstjeneste kan man tenke seg tidsmålinger brukt på ulike områder:

- Tiden pasienten normalt bruker på å nå legevakten (uttrykk for geografisk avstand). Legeforeningen har i et landsstyrenotat foreslått for eksempel 60 minutter som maksimal reisetid for å nå en legevaktstasjon.
- Tiden det tar for legevakten å nå pasienter i legevakttdistriktet. Responstid for legevaktlege kan gjelde ved hasteoppdrag, men også reisetid for sykebesøk.
- Svartider ved legevaktsentral er tatt med i forslag til ny akuttmedisinforskrift. Her foreslås at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter.
- Det kan tenkes måling av ventetider i ulike triagegrupper inne i legevaktstasjonen; fra oppmøte til vurdering, ventetid på behandling osv.

I England innførte Helsedepartementet fra 2005 nasjonale kvalitetsindikatorer for den allmenntilgjengelige legevakten (out-of-hours services).<sup>28</sup> I juli 2014 kom den engelske riksrevisjonen med en samlet gjennomgang og vurdering av ordningen og resultatoppnåelsen.<sup>29</sup> Hovedpunktene i de

<sup>27</sup> Forslag til «Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering».

Høringsversjon 090714. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS), 2014.

<sup>28</sup> Department of Health. National Quality Requirements in the Delivery of Out-of-Hours Services, July 2006.

<sup>29</sup> <http://www.nao.org.uk/report/hours-gp-services-england/>

13 kvalitetsindikatorer (NQRs) skal refereres her for å anskueliggjøre tenkningen bak slik bruk av tidsindikatorer for å styre en tjeneste. Det må understrekes at de engelske tjenestene som omfattes av ordningen, har mye mindre preg av akuttmedisin enn den norske legevakten, da de fleste skader og akutte tilstander av større alvorlighetsgrad enten henvender seg direkte eller blir henvist til sykehusenes akuttrom (emergency department). Tidskravene i England gjelder derfor stort sett tilstander som i Norge ville fått grønn hastegrad.

- NQR 2: Det skal sendes elektronisk epikrise til fastlegen om alle legevaktkontakter innen kl.0800 neste virkedag.
- NQR 5: det skal gjøres regelmessige brukerundersøkelser, for eksempel av 1 % av pasientkontaktene 4 ganger i året.
- NQR 8: Ved telefonhenvendelse skal mindre enn 0,1 % oppleve opptattsignal, mindre enn 5 % skal legge på før svar, alle anrop skal besvares innen 30 sekunder, med eventuelt tillegg av introduksjonsmelding på maksimalt 30 sekunder.
- NQR 9/10: Ved initial telefonhenvendelse eller direkte oppmøte skal man raskt identifisere livstruende tilstander og slike meldes videre innen 3 minutter (Norge: til AMK). Etter første kontakt skal endelig klinisk hastegradsvurdering foretas innen 20 minutter for gul hastegrad (urgent) og innen 60 minutter for grønn (others) dersom det brukes et anerkjent verktøy for hastegradsvurdering. Finnes ikke slikt verktøy, er tidskravet 20 minutter for alle henvendelser.
- NQR 12: Ved konsultasjoner med lege, enten på legevaktstasjonen eller ved hjemmebesøk, gjelder følgende tidskrav for tiden mellom første hastegradsvurdering og oppstart av konsultasjonen: 1 time ved ”rød” hastegrad (emergency), 2 timer ved ”gul” hastegrad og 6 timer ved ”grønn” hastegrad (less urgent/others).
- NQR 13: Ved behov for tolketjeneste skal slik være iverksatt innen 15 minutter etter den initiale kontakten.

Kravene til måloppnåelse er i utgangspunktet 100 % av tilfellene/pasientene, men av hensyn til faren for uforholdsmessig stor ressursbruk, har man definert måloppnåelse slik:

- 95 % eller mer defineres som full måloppnåelse
- 90 – 94,9 % defineres som delvis måloppnåelse
- Under 90 % defineres som ikke oppnådd

I Danmark er det flere «servicemål» knyttet til legevakt. Region Syddanmark har laget servicemål for hvor raskt man kan forvente hjelp fra legevakten:

- Ventetiden i telefonen skal normalt være under 5 minutter
- Avstanden til nærmeste legevaktstasjon skal være under 30 km. I visse områder og om natten kan avstanden være litt større
- Konsultasjonen eller sykebesøket skal normalt skje innen 3 timer etter telefonkontakt med legevakten

Region Hovedstaden sin legevakt ble drevet av allmennlegene inntil 1.1.2014. Målet var at pasientene har kortest mulig ventetid, og at de opplyses om hvilket nummer de er i ventekøen i telefonen.

Dessuten:

- Når pasienter henvises til konsultasjon hos lege, skal legevakten opplyse hvor mange pasienter som venter på legen
- Det tilstrebes at ventetiden er under 1 time etter pasientens fremmøte på legevaktstasjonen
- Ved henvisning til sykebesøk skal det opplyses om forventet ventetid, som tilstrebes å være under 3 timer etter at vurderingen er gjort

I den nye legevaktordningen for Region Hovedstaden fra 1.1.2014 er det ikke innført servicemål, men det meldes at alle ventetider er gått opp.

#### 4.4.6 Overgrepsmottak og ansvar for vold i nær relasjon

Nklm har fra Helsedirektoratet siden 2008 fått ansvar for kompetansehevingstiltak for overgrepsmottakene. Under behandling av Meld. St. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Det handler om å leve vedtok Stortinget at ansvaret for overgrepsmottakene

skal flyttes til spesialisthelsetjenesten fra 2015. I Statsbudsjetter for 2015 foreslår regjeringen Solberg at overføring til spesialisthelsetjenesten skal skje fra 2016, der noen kommunale mottakt kan drives videre etter avtale med og finansiering fra foretakene.

På denne bakgrunn diskuterer vi ikke overgrepsmottakenes rolle i det samlede akuttmedisinske tilbudet i kommunene i denne rapporten.

## 5 Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

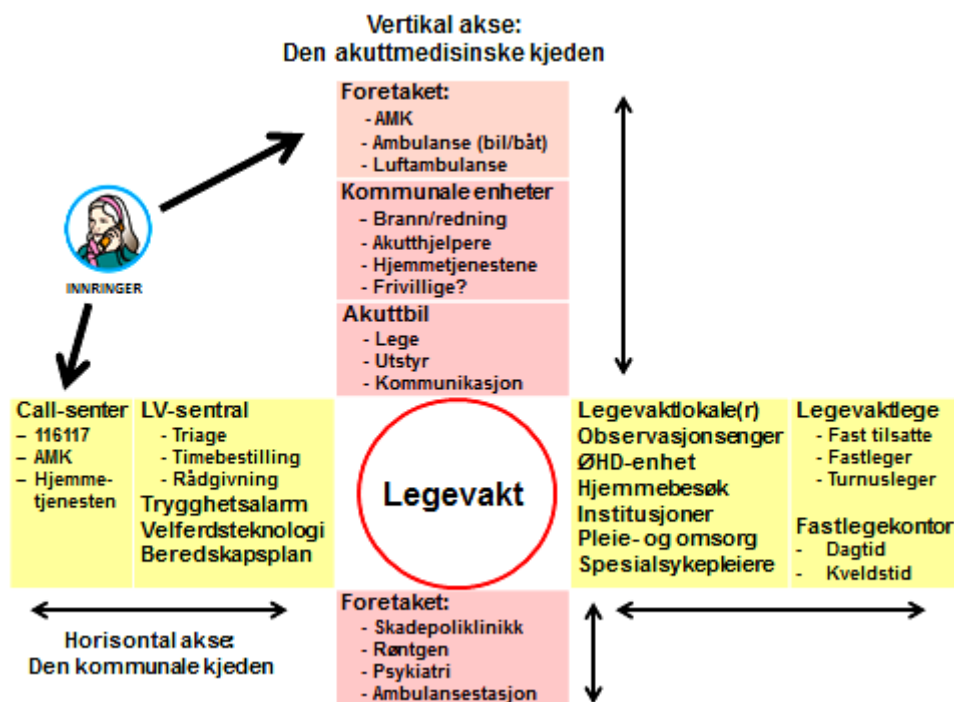
Akuttutvalget ønsker å foreslå et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Forslaget skal være i tråd med nåværende regjeringens ønske om å utvikle ”pasientens helsetjeneste”, og utvalget ber Nklm vurdere hvordan tjenestene kan bygges tettere opp rundt innbyggernes/pasientenes behov, i form av mer nivådeling eller differensiering i tilbudet, med mer fleksibel bruk av personell fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.

Akuttutvalget ønsker seg en beskrivende modell for fremtidens legevakt. Det skal legges vekt på integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Man skal omtale det som karakteriseres som den utvidede akuttmedisinske kjede med den akuttmedisinske kjede som en vertikal akse og den kommunale kjede som en horisontal akse og hvor legevakt er plassert i krysningspunktet mellom disse aksene.

### 5.1 Noen tanker for fremtidens legevaktstjeneste: Både vertikal og horisontal integrering

Blikket skal altså heves mot en legevakt i pakt med fremtidens krav og behov. Legevaktstjenesten må følge den medisinske utviklingen, den generelle samfunnsutviklingen, forventninger fra både befolkningen og de som arbeider i tjenesten, utviklingen i helsetjenesten og må også ta hensyn til politiske signaler. Det ligger da i sakens natur at synspunktene i dette kapitlet ikke kan bygge direkte på forskningsbasert kunnskap, men heller er en syntese av den observerte utviklingen, faglige diskusjoner i et bredt fagmiljø og Nklm spesielt, samt teksten i Akuttutvalgets oppdrag. Til grunn ligger også den norske helsetjenestemodellen med lett tilgang til en godt utbygget primærhelsetjeneste med legebasert bredde- og vurderingskompetanse. Med vertikal og horisontal integrering mener vi to sentrale akser som legevaktorganisasjonen må forholde seg til, og der vi av pedagogiske grunner har tegnet legevakten i sentrum (Figur 5).

**Figur 5: En pedagogisk modell for en integrert fremtidens legevaktstjeneste, med en vertikal (akuttmedisinsk) og en horisontal (kommunal) akse**



Den *vertikale aks*en representerer både en tematisk og en organisatorisk akse. Dette er først (og øverst i figuren) den etablerte akuttmedisinske kjeden med vesentlige ansvarsområder plassert i helseforetakene: AMK-sentralene, bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Deretter ser vi de kommunale ansvarsområdene legevakt og andre kommunale enheter. Men aksen har også en geografisk dimensjon, der en del av virksomheten foregår utenfor legevaktstasjonens lokaler. Derfor omtaler vi her legevaktens mobile enheter og kommunale samarbeidspartnere som først og fremst deltar i aktiviteter ved akuttmedisinske hendelser som skader, ulykker og akutt sykdom der helsetjenesten rykker ut til pasienten.

Nederst i denne aksen har vi plassert noen enheter som også ligger i foretakene og som kan være mer eller mindre involvert i samhandling med legevaktstasjonene: Ambulansestasjoner, røntgenenhet, felles skademottak, psykiatriske enheter (DPS, akutt-team, spesialistpoliklinikk etc.), samt akuttmottaket (som faller utenfor omtalen her og som heller ikke er en del av Akuttutvalgets mandat).

Den *horisontale aks*en inneholder kommunale tjenester i og omkring legevakten, med en førstekontaktarm på den ene siden (legevaktsentralen og dens mulige oppgaver) og utøvende aktuelle kommunale enheter og virksomheter på den andre (eksempelvis KAD-senger, andre institusjoner, fastlegene, spesialiserte tilbud).

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

Vi har i avsnitt 4.4.1 argument for og oppsummert med at legevakt i «norsk» forstand er allmennmedisinsk arbeid, der det er behov for allmennmedisinsk kompetanse. De fleste kontaktene til legevakten er vanlige tilstander som legevaktsykepleiere og legevaktleger vil kunne håndtere raskt og effektivt på en god måte. Mange akuttmedisinske tilstander er også rimelig enkle å identifisere. Men mellom disse gruppene forekommer et ganske stort volum av kontakter som trenger rask avklaring av om det skjuler seg noe akutt og i verste fall livstruende. Dette krever spesifikk og systematisk klinisk tilnærming som bygger på de generelle allmennmedisinske arbeidsteknikkene for vurdering av usorterte pasientpopulasjoner samt gode verktøy, som validerte systemer for triage og hastegradsvurderinger. Sentralt er også rådgivning, spesielt på telefon, som må ta høyde for stor usikkerhet og at tilstanden kan være i utvikling.

Mange pasienter som tar kontakt med legevakt kan ha tidlige og uspesifikke tegn til sykdom. Dette betyr at det er vanskeligere å stille diagnose fordi tilstanden har vart i kort tid, og typiske symptomer og funn på bestemte tilstander har ofte ikke utviklet seg, som for eksempel utslett ved hjernehinnebetennelse, sirkulasjonssvikt ved indre blødning eller kvalme, oppkast og redusert bevissthet ved hodeskade. Handlingsvalgene må derfor skje på mer usikkert grunnlag enn ellers, som å bedømme en episode med forverring av KOLS eller behandle for nyrestein basert på symptomer og enkle undersøkelser alene. Usikkerheten må minimaliseres gjennom kompetanse, teknologi og organisering, men vi kan ikke komme helt bort fra de grunnleggende forhold knyttet til klinisk usikkerhet og at risiko for feil bare kan reduseres, ikke elimineres.

I stedet for sikker diagnose, vil derfor vaktlegen ofte ha andre prioriteringer for sine vurderinger:

- Haster det eller haster det ikke med avklaring eller behandling, basert på algoritmer, risikoskåre eller klinisk erfaring?
- Må pasienten innlegges i sykehus eller ikke?
- Er situasjonen uavklart, men slik at pasienten kan observeres hjemme?
- Skal pasienten komme til ny vurdering senere eller skal vaktlegen følge opp per telefon?
- Bør pasienten heller oppsøke fastlegen dagen etter?

I Handlingsplanen oppsummerte Nklm at sjansen for medisinske feil og pasientskader øker dersom:

- arbeidet går fort eller pasientstrømmen er stor
- legen ikke kjenner pasienten, familien eller lokalmiljøet
- det er korttidsvikarere som ikke kjenner system og rutiner
- legen har liten erfaring
- legen har ikke tilgang til et minimum av diagnostisk utstyr
- legen arbeider alene, uten faglig støtte fra kollega eller bakvakt

Nklm har derfor argumentert sterkt for kompetansekrav til leger i vakt, slik forslaget til revidert akuttmedisinforskrift legger opp til. Vi har derfor også argumentert for at legekompentanse er viktig i form av sykebesøk og utrykninger, for å bringe vurderingskompetansen nært og tidlig til pasienten der han/hun er, i tråd med understrekningen av utrykningsplikten i akuttmedisinforskriften. Akutthjelpere og velutdannet ambulanspersonell er viktig. Men vi mener å ha sett en uheldig argumentasjon for at legekompentanse er blitt mindre viktig, parallelt med kompetanseheving i andre ledd. Nklm ser ikke på vurderings- og handlingskompetansen hos akutthjelpere eller i ambulansetjenesten som en erstatning av legekompentanse, men som et viktig, og av og til avgjørende, kompenserende element *inntil* legevurdering kan skje på legevakten eller i akuttmottaket, eller også i pasientens hjem eller på et skadested. Den «nye» sykkeligheten med stor økning av eldre pasienter med multimorbiditet og forverring av kronisk sykdom, understreker poenget med bred erfaring og vurderingskompetanse ytterligere. Det er sterkt uheldig om vurderingskompetansen blir svekket, slik vi ser ved færre sykebesøk og sjeldnere utrykning av lege.

En studie av flere hundre akutte hendelser fra Austevoll belyser dette poenget.<sup>30</sup> Diagnosespekteret omfattet hele 62 ulike koder, med stor variasjonsbredde. Pasientene befant seg over hele legevaktdistriktet, med behov for transport av helsepersonell til pasienten. Alvorlighetsvurderingen ble nedgradert i 43 % av hendelsene. Men i 11 % ble det foretatt oppgradering etter at legen hadde vurdert pasienten. Forfatterne angir at de fleste slike vurderinger (opp- og nedgradering) krever god vurderingskompetanse, og ikke bare kompetanse på prosedyrer og medisinske tiltak.

Prioritering av pasienter etter hastegrad er kjernekompetanse i AMK og legevaktsentralene. Sikring av kompetanse i triage og telefonrådgivning er etter Nklms mening et kjernepunkt i legevakt fremover. Det er behov for validerte og brukstilpassede verktøy for beslutningsstøtte.

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

Akuttmedisinen har en rivende utvikling med økte krav og muligheter for avanserte tiltak, både diagnostisk og behandlingmessig. Denne utviklingen vil påvirke legevaktene. Legevakttjenesten må ta del i den teknologiske utvikling når det gjelder utstyr for diagnostikk, overvåkning og behandling, og utstyret må ses i sammenheng med det som innføres i ambulansetjenesten. Kliniske data kan fremskaffes enklere og mer avansert enn før, ultralyd- og telefonbaserte løsninger er i rivende utvikling. Data kan sendes digitalt til sykehus for analyse og vurdering. Legevaktene må sikres at de ikke blir stående på sidelinjen i denne utviklingen.

### 5.1.3 Kommunale akutte døgnplasser(KAD- senger)

I samsvar med Samhandlingsreformen har nå over 200 av landets kommuner etablert KAD-enheter. Det er ingen tydelige avklaringer om hva det medisinske tilbudet skal inneholde, og omfang og bruk av KAD-senger avhenger av lokale forhold som innbyggertall, geografi, tilgang til ulike helsepersonellgrupper etc. Mange kommuner har valgt å legge enhetene til eller i nær tilknytning til legevakt, og andelen av denne modellen synes økende, mens det i starten var en overvekt av enheter knyttet til sykehjem.

Legevakten er en viktig samarbeidspartner for KAD uansett plassering. Mange akuttinnleggelse i sykehus kommer fra legevakt, og legevaktlegen er dermed en viktig aktør for å sile ut dem som skal inn i KAD. Erfaringene så langt viser også at det i stor grad er legevaktleger som legger pasienter inn i KAD-enheter. Legevakten er en tilgjengelig bemanningsressurs i kommunen, særlig utenom normal arbeidstid i områder med få fagfolk. Planlagte tilsynsoppgaver i KAD (legevurdering etter innkomst, visitt, oppfølging og utskrivningsarbeid) er derimot ikke en lovmessig del av legevaktforpliktelsen, men kan være det etter inngått lokal avtale.

For å kunne ivareta henvisnings- og beredskapsoppgaver knyttet til KAD på en hensiktsmessig og forsvarlig måte, er det mange steder behov for en styrking av legevakten, enten fordi legevakten har

<sup>30</sup> Rørtveit S, Meland E, Hunskaar S. Changes of triage by GPs during the course of prehospital emergency situations in a Norwegian rural community. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2013; 21: 89.

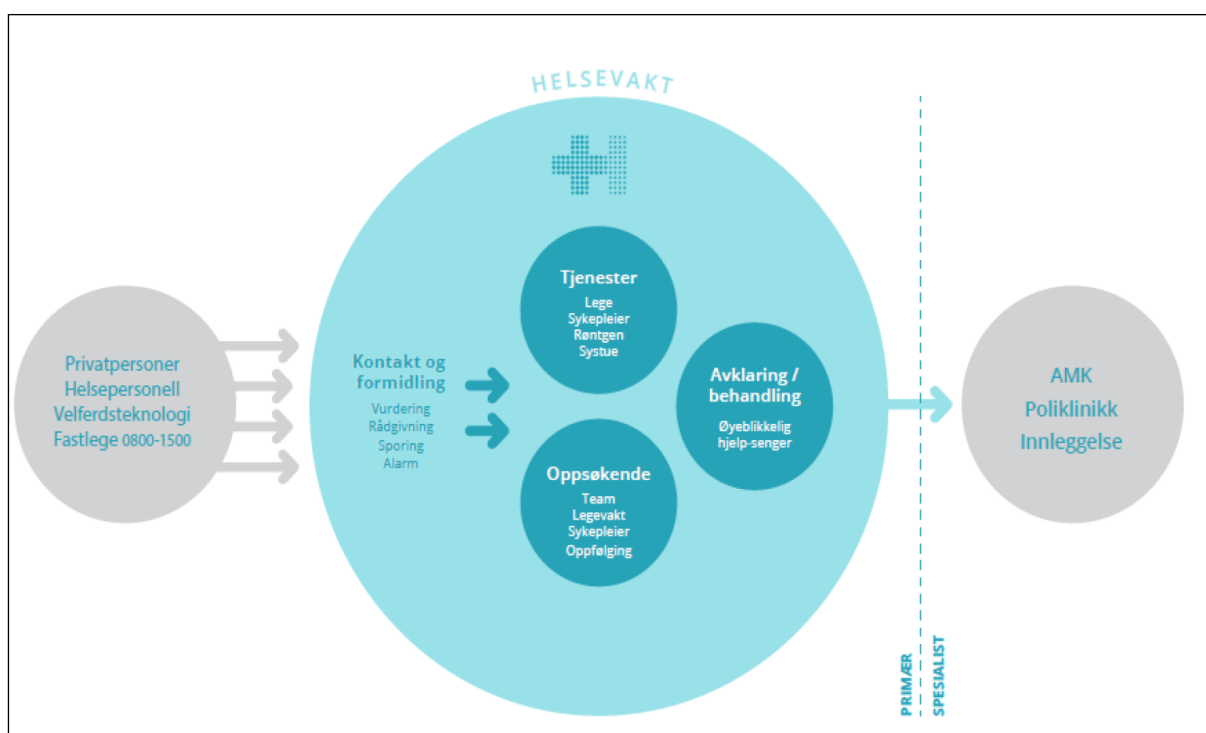


direkte ansvar for driften, eller indirekte fordi både volum av syke(re) pasienter og nødvendig kompetansenivå øker. Det er også vanlig at legevakten og KAD-enheten samarbeider om utstyr.

#### 5.1.4 Fra legevakt til helsevakt? Nye roller for legevaktsentralen?

Trondheim kommune har gjennom flere år planlagt gjennomføringen av en nyskaping kalt Helsevakt. Formålet er å gjøre det enkelt for befolkningen å finne frem for å få hjelp ved alle slags uplanlagte behov for helse og velferdstjenester. Tanken er at en slik samlet tjeneste skal bidra til økt sikkerhet og økt trygghet for brukere av tjenestene og deres pårørende ved at henvendelsene sikres videre oppfølging. Legevaktsentralen blir en naturlig del av Helsevakten, men den skal ha et vidt spekter av «innringere», inkludert mottak av meldinger fra velferdsteknologiske innretninger (Figur 6).

**Figur 6. Modell av den planlagte Helsevakten i Trondheim kommune. Kilde: <http://telemedicineconsult.com/wp-content/uploads/2013/03/nr-03-Kirsti-Fossland-Br%C3%B8rs.pdf>**



#### 5.1.5 Felles nasjonalt legevaktnummer

Det ble i 2011 besluttet at det skal innføres et felles, nasjonalt telefonnummer 116 117 til legevaktsentralene. Et nasjonalt legevaktnummer vil bety en forenkling og effektivisering av befolkningens tilgang til legevakt. Et felles telefonnummer er lettere å huske, og gir lite tidstap på grunn av leting og vil dermed ha stor betydning for befolkningens tilgang til legevaktstjenesten. Det forventes også at bedre tilgjengelighet til legevakt og en tydeliggjøring overfor innbyggerne av hvor de kan henvende seg i gitte situasjoner, vil redusere antallet unødvendige oppringninger til nødnummer 113. Dette vil kunne sikre at akutte henvendelser til helsetjenesten skjer på rett nivå, i tråd med samhandlingsreformens målsettinger. I mange tilfeller blir mindre alvorlige hendelser meldt via 113, men også at man ringer legevakten, men burde ha ringt nødnummer 113. Det er derfor viktig at både 113 og 116 117 får tilstrekkelig informasjon om adresse/stedsangivelse for å kunne yte nødvendig helsehjelp, og at AMK og legevaktsentralene kan overføre samtaler mellom hverandre slik at pasientene havner på rett sted. Alt i alt tror vi at legevakten vil befeste sin posisjon som et sted der man ringer når man opplever behov for akutt helsehjelp, også på dagtid.

### 5.1.6 Forventninger fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er den absolutt viktigste premissleverandøren og samarbeidspartneren for legevaktjenesten når det gjelder det akuttmedisinske arbeidet, både faglig og organisatorisk. Både før Handlingsplanen ble skrevet og senere, er det Nklms klare inntrykk at spesialisthelsetjenesten har forventninger til legevaktens deltakelse i den akuttmedisinske kjeden, men at disse forventningene ikke alltid blir oppfylt, og at det er en bred oppfatning at legevaktens og legevaktlegens deltakelse er blitt mindre de senere årene, og spesielt innføring av store interkommunale distrikter medfører minket tilstedeværelse. I pkt. 4.4.5. refereres NAKOS` forslag til «Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering», der det vurderes at grunnet lange avstander, flere steder som følge av interkommunalt legevaktsamarbeid, kan et vakttdistrikt bli så stort at vaktleggen ikke gis mulighet til å komme frem til et skadested før etter lengre tid. Realiteten er at kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp i betydelig grad blir overlatt til helseforetakenes (statens) ambulansetjenester, evt. av eller med støtte fra lokalt brann- og redningsvesen.

Dette samsvarer med en lang rekke innspill og erfaringer som er meddelt Nklm de siste årene fra helsepersonell og ledere i foretakene. Samtidig er ikke bare kommunens ansvar og deltakelse lovpålagt, men sterkt ønsket fra spesialisthelsetjenestens side. I Handlingsplanen ga vi en rekke eksempler på dokumenter som pekte på det samme.

Riksrevisjonen ga i Dokument nr. 3:9 (2005–2006) til Stortinget uttrykk for at samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehus i akutsituasjoner må forbedres. Helse-radionettet blir ikke brukt, vaktleggen rykker ikke ut til skadested for å bistå ambulanspersonellet i akutsituasjoner. Ambulanspersonellet er dermed ofte eneste helsepersonell som vurderer og behandler pasienten før ankomst sykehus. Ambulanspersonellet får da et betydelig ansvar som stiller større krav til helsefaglig kompetanse enn de ofte har. Riksrevisjonen forventer at de fleste pasienter blir vurdert av vaktlege på hendelsesstedet.

Innstillingen ”Traumesystem i Norge - Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter” (2006) omtaler legevaktene og vaktlegene: Samlingen av legevaktsdistrikter uten samlokalisering med ambulansetjenesten kan ha økt avstanden mellom legevaktlege og ambulansetjeneste i utrykning. ... Stedvis er det dårlig legemedvirkning, både i systemarbeid og enkeltsituasjon. ... Det er en klar tendens til at vakthavende lege i økende grad ikke deltar ved utrykninger.» I innstillingen foreslås klare krav til legevaktjenesten: «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 legevaktleggen som en del av teamet, skal rykke ut til en ulykke. Vaktleggen må forventes å kunne håndtere primærbehandlingen av så vel akuttmedisinske pasienter som traumepasienter.»

## 5.2 Vertikal integrering: Legevakten og den akuttmedisinske kjeden

Vi går her i liten grad inn på spesialisthelsetjenestens ansvarsområder, som i denne sammenheng må forutsettes kjent.

### 5.2.1 Spesialisthelsetjenesten: AMK og ambulansetjenestens enheter

Samhandlingen med publikum skjer vesentlig gjennom medisinsk nødtelefon 113 til AMK. Spesialisthelsetjenestens samhandling med legevakten skjer stort sett fra AMK ved bruk av helse-radio/nødnett og ved møter i felten når bil-, båt- eller luftambulanser rykker ut til skadested eller pasient med akutt sykdom. Som anført ovenfor skal spesialisthelsetjenesten kunne forutsette at legevaktleggen rykker ut ved alle akuttmedisinske situasjoner i distriktet, i samhandling og samarbeid med spesialisthelsetjenestens ressurser, men at det synes som denne aktiviteten stadig svekkes. Faste avvik fra det generelle prinsippet om utrykningsplikt bør være avtalt gjennom samarbeidsavtalene mellom foretak og kommunene. Utrykningsplikten er forsterket i det siste gjennom presisering i fastlegeforskriften og forslag til revidert akuttmedisinforskrift. Det er likevel en utbredt oppfatning i spesialisthelsetjenesten at legevaktens plikter ved hendelser utenfor legevaktens lokaler etter dagens regler bør innskjerpes. Dette bør skje gjennom nasjonale krav til utstyr og responstider, slik at spesielt ambulansetjenesten skal vite hva og hvem de kan regne med av ressurser i tillegg til dem selv.

I lys av manglende deltakelse fra vaktlegene er det mange steder, særlig i de store byene, skapt en kultur for at ambulansarbeiderne må arbeide selvstendig og ta et faglig totalansvar i akutte og dels avanserte medisinske situasjoner. Når så legevaktlegen deltar, kan legevaktlegene føle seg uønsket i det akuttmedisinske teamet. Det må utvikles gjensidig rolleforståelse og trenes i god samhandling mellom legevaktlege og ambulanspersonell for å hindre uhensiktsmessig arbeidsfordeling. Slik kan ambulansarbeiderens prosedyrekunnskap og legens vurderingskompetanse og medisinske forståelse utnyttes til det beste i akuttmedisinske situasjoner.

### **5.2.2 Spesialisthelsetjenesten: Samlokalisering av noen relevante enheter med legevaktstasjonen**

I figur 5 nederst er det også tegnet inn at foretakene og kommunene kan ha felles interesse av å samlokalisere noen funksjoner med legevakten.

*Ambulansestasjon* finnes mange steder i eller i umiddelbar nærhet av legevakten. Dette er en modell som gir fordeler når det gjelder legevaktlegens mulighet for å følge ambulansen ved utrykning. Det gir også bedre mulighet for samtrening og felles bruk av treningsmateriell. Nærhet gir også større muligheter for at ambulanspersonellet og legevaktens personell blir bedre personlig kjent, med økt gjensidig tillit og trygghet som resultat. For små legevaktstasjoner med bare 1-2 personer til stede for eksempel om natten, betyr tilstedeværelse av flere på jobb også økt personlig sikkerhet.

*Psykiatrisk legevakt* drevet av foretaket finnes i noen av de største byene. Her kan personer med behov for akutt psykiatrisk hjelp møte opp uten timebestilling eller henvisning fra lege eller bli henvist fra legevaktlegen etter første vurdering der. For eksempel tilbyr Psykiatrisk legevakt i Oslo hjelp ved akutte psykiske lidelser og kriser på kveldstid og i helger til alle som henvender seg. Psykiatrisk legevakt ved Bergen legevakt tar bare i mot pasienter med henvisning fra allmennlege, legevaktlege eller psykolog. Dette gjelder alle typer psykiatriske tilstander og problemer der det er behov for snarlig vurdering og hjelp, akutte krisesituasjoner og forverring av langvarige lidelser. Dette er modeller som av volummessige årsaker er aktuell bare få steder, og de kan bryte med vanlig oppdeling i første- og andrelinjetjenester med henvisningsplikt. Det er også en utfordring at disse tjenestene vanligvis ikke tilbyr oppfølging, heller ikke korttids psykoterapi eller samtaler.

Alle DPS skal etter hvert ha ambulante akutt-team hele eller deler av døgnet, og basert på lokale forhold og forutsetninger kan det tenkes ulike former for samarbeid og felles lokalisering. Slike akutt-team er lavterskeltilbud og fungerer som førstelinjetjeneste mange steder. Dette er et argument for samlokalisering med legevakten, slik at alle får førstelinjetjenester samme sted. Forskning viser også at samlokalisering fremmer samarbeid og rett bruk av spesialisthelsetjenester.

*Skadelegevakt og røntgen* er også spesialisthelsetjenester som det kan være aktuelt å plassere i større legevakter. Oslo skadelegevakt er en del av Oslo universitetssykehus, men er plassert ved Legevakten. Avdelingen tar imot pasienter med akutte skader, pasientene kan henvende seg direkte og uten henvisning. Legevakten i Oslo har også en døgnåpen røntgenavdeling, drevet av Oslo universitetssykehus. Det er legevaktlegen som avgjør om røntgen er nødvendig og som eventuelt henviser til undersøkelse og som deretter ser på bildene. Røntgenspesialister ser over alle bildene i ettetid. Ved Bergen legevakt er det en røntgenavdeling bemannet med radiografer og fast ansatte leger, der røntgenavdelingen fungerer som en skadepoliklinikk som tar seg av alle typer brudd, forstuinger og bløtdelsskader i armer og bein. Brudd som trenger operasjon henvises til sykehus.

Dette er modeller som av volummessige årsaker er aktuell bare få steder. Men med flere legevaktdistrikter med over flere hundre tusen innbyggere, vil det være av interesse for noen flere enn Oslo og Bergen å utrede slike samlokaliseringer basert på lokale forhold og forutsetninger.

### **5.2.3 Legevakten og legevaktlegen som aktiv deltaker ved akuttmedisinske hendelser**

Nklm mener at utrykningsplikten ved akutte tilstander er absolutt, og samtidighetskonflikter og stort volum av mindre viktige tilstander ikke kan være argumenter mot å rykke ut på alle alarmer. Med dette mener vi at legevaktlegen skal motta og vurdere alarmer fra AMK og LVS, og deretter som

utgangspunkt rykke ut med ambulanse eller egen transport til pasient/skadested. Dersom utrykning ikke skjer, skal det gis særskilt medisinsk eller operativ begrunnelse, som må dokumenteres. Legens utrykningsplikt bør omtales i legevaktens/kommunens samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten, og det kan på grunnlag av denne også utvikles lokale prosedyrer. For eksempel kan det tenkes at i de største byene kan det beskrives typeeksempel på «fast track-pasienter» der legevaktlege vanligvis ikke forventes å rykke ut.

I nåværende Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus heter det i § 12 at 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.

I forslag til revidert forskrift er det foreslått et nytt eget punkt for akuttmedisinske hendelser:

- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet å rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Dette er en viktig oppfølging og et forsøk på å endre den utviklingen vi har sett de siste årene. Indikasjonene for å rykke ut må være vide, og ha en glidende overgang til akutte sykebesøk. Det er vanskelig å fastsette nøyaktige krav til antall utrykninger. Fra ulike undersøkelser fra Nklm og fra AMK-statistikk kan det anslås at behovet er mellom 10-20 per 1 000 innbyggere per år utenom vanlig åpningstid for fastlegekontorene. Legebemanningen må tilpasses slik at det alltid er mulig å rykke ut. I tillegg må legevakten gjennom ROS-analyse vurdere om det er behov for beredskapsbakkvakt i distriktet, begrunnet vanligvis i reiseavstand. I neste kapittel drøfter vi mulige funksjonskrav til slik beredskap, inkludert utrykningstider i legevaktdistriktet.

#### 5.2.4 Legevaktbil/akuttbil

Tall fra Nasjonalt legevaktregister 2014 viser at det er legevaktbil ved 36 % av de 191 legevaktene. Blant legevaktene med legevaktbil, har 29 % uniformert bil, mens bare 10 % har utrykningsgodkjent bil. Det er en rekke ulike ordninger for sjåfør, med og uten utryknings sertifikat. Nklm har gjennomført en utredning med tanke på uniformert legevaktbil<sup>31</sup> Det er også under revisjon retningslinjer for godkjenning av helsetjenestens kjøretøy, der spørsmålet om å inkorporere legevaktens behov for utrykningskjøretøy vil bli diskutert.<sup>32</sup>

For å oppfylle utrykningsplikten og oppgavene legevakten har med tanke på diagnostikk, behandling og monitorering må det finnes mobile enheter med sjåfør og adekvat utstyr. I høringsnotatet til forslag til ny akuttmedisinforskrift skriver Departementet at det ikke foreslås spesifikt utstyr, men at det følger av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonell-loven og i forskrift om internkontroll i helsetjenesten, at kommunen har plikt til å organisere legevaktordningen på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer en plikt for kommunen til å sørge for utstyr i et omfang og av en kvalitet som gjør det mulig for helsepersonellet å overholde sine lovpålagte plikter og yte forsvarlige tjenester.

Erfaringen til nå er at altfor få legevakter har legevaktbil(er) og at de kjøretøyene som finnes, har svært varierende grad av utstyr. En tilfredsstillende akuttbil/legevaktbil må ha fullverdig utstyr for å løse oppgavene innen diagnostikk, overvåkning/klinisk monitorering og behandling. Den skal ikke erstatte en ambulanse og bør neppe utstyres for pasienttransport. I tillegg må bilen delta i all relevant form for kommunikasjon med ambulanse og AMK, som

- helseradio/nødnett
- kart/GPS

<sup>31</sup> Nklm. Forslag til uniformering og godkjenning av legevaktbiler i Norge. Internt dokument. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2014.

<sup>32</sup> Helsedirektoratet. Forslag til Retningslinjer for ambulanser og andre helserelaterte kjøretøyer. Versjon 24.12.13. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.

- digital tekst
- digital overvåkning og monitorering (multimonitor)
- etter hvert kunne overføre bilde/ultralyd, video etc.

Adekvat utstyr og nødvendige funksjoner må sikres gjennom forskrift eller ved at Helsedirektoratet gir nærmere krav til utstyr, med hjemmel i akuttmedisinforskriften. Detaljer i utstyrslistene etc. kan også gis i nasjonal veileder.

### 5.2.5 Den akuttmedisinske kjeden og andre kommunale enheter og ressurser enn legevakten

Med økte krav til legevaktene, må kommunene tenke mer sambruk av ressurser og utrede om andre etater med personell i beredskap eller aktiv tjeneste kan være med å oppfylle målsettingene for legevakten. Vi tror det er store potensielle nytteeffekter ved økt samhandling mellom legevaktstjenesten og andre kommunale etater. Samlokalisering av relevante kommunale tjenester bør også oppmuntres, for eksempel brannstasjon, baser for nattpatroljer i hjemmetjenesten etc. Det kan være både medisinsk nyttig og kostnadseffektivt å utnytte personell som er i aktiv tjeneste eller i beredskap utenfor legevaktorganisasjonen til oppgaver administrert av legevaktsentralen eller AMK.

*Brann- og redningstjenesten* deltar i økende grad sammen med ambulans og legevaktlegen ved ulykker. Brannmenn har noe utdanning i førstehjelp og ofte god kompetanse i redning, og kan på vakt også få oppgaver i legevakt og i kommunens deltakelse i akuttmedisinske operasjoner. Brannmann på vakt kan være sjåfør på legevaktbilen. Sammen med legevaktlege i godt utstyrt legevaktbil, vil dette representere en ”sterkt spisset førsteresponsgruppe” som uten tidsforsinkelse kan rykke ut til hasteoppdrag. Noen ganger kan disse være bedre plassert perifert i distriktet enn legevaktstasjonen og ambulans, fordi sykebesøksvirksomhet ofte vil foregå i noe avstand fra legevaktstasjonen. Brannvernet kan også ha ansvaret for kommunikasjonsutstyret i helsetjenesten mange steder, brannvernet skal uansett ha nødnettradioer/sambandsutstyr og må ha ordninger for egen etat. Inne på legevaktstasjonen kan også sjåfør (brannmann) ha oppgaver hvis det er behov for mer personell i enkeltsituasjoner. Brannmenn kan og bør opplæres i funksjon som akuttgjelpere mange steder.

*Hjemmetjenestene* sine ansatte er i døgkontinuerlig arbeid og spesielt nattpatroljene kan bli viktige støttespillere for legevaktlegen i akuttsituasjoner. De ansatte kan også få nye oppgaver i den akuttmedisinske beredskapen, det samme gjelder jordmor og psykiatrisk sykepleier. Hjemmesykepleien sine patruljer må være utstyrt med helseradio/nødnettapparat. De kan inngå i lokalt trent og definerte akuttgrupper, de kan rykke ut for første vurdering etter anrop på trygghetsalarm, de kan involveres i vurdering av om pasienter trenger sykebesøk eller transport til legevakten, samt foreta observasjon i hjemmet av pasienter som har vært vurdert av lege og som kan behandles hjemme, eventuelt observeres med tanke på senere innleggelse.

Et eksempel på utvikling av lokale utrykningsgrupper av helsepersonell, er modellen fra Bjarkøy i Troms, der hjemmesykepleiere utgjør en akuttgruppe som øver sammen med ambulanspersonell og leger. Gruppen har høy kompetanse, og kan blant annet delta ved infarktidiagnostikk og trombolysbehandling.<sup>33</sup> Andre kommuner har også tatt i bruk hjemmesykepleiere i akuttmedisinske oppdrag, blant annet Bjerkreim kommune i Rogaland.

Mange kommuner har vaktberedskap for psykiatritjenestene. Slike ordninger må kunne brukes i samarbeid med legevakt, både som første vurdering i hjemmet og ved oppfølging i akutte situasjoner. De har kompetanse til å inngå i kriseteam og i beredskap for akutt oppfølging av enkeltpersoner etter ulykker og ved psykososiale kriser.

Vakthavende jordmor bør ha helseradio/nødnett for kommunikasjon med AMK, legevaktsentral og vaktlege.

<sup>33</sup> Hilpüsch F, Parschat P, Fenes S, Aaraas IJ, Gilbert M. Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 28-31.

### 5.2.6 Akutthjelpere (engelsk: first responders) og andre frivilliges innsats

Flere land har ordninger for akutthjelpere/førstehjelpere i tidsrommet frem til helsepersonell kan nå frem til pasienten. I Sverige er ordningen “I väntan på ambulans” i ferd med å utbre seg som en fast avtalt samarbeidsform mellom kommuner og helseforetak.<sup>34</sup>

I Norge forekommer liknende ordninger hvor annet helsepersonell, brannvesen, frivillige organisasjoner etc., mer eller mindre organisert utfører førstehjelp frem til helsepersonell kan starte sin behandling. I Norge har bl.a. Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp lange tradisjoner for å organisere og tilby slike tjenester ved f. eks. idretts-arrangementer og som del av fjellredningstjenesten. Redningsselskapet har mer enn 40 redningsskøyter i beredskap langs kysten. I Høringsnotat til revidert akuttmedisinforskrift skriver Departementet at det i mange situasjoner vil være et naturlig supplement til helsetjenestens innsats å benytte organisert bruk av akutthjelpere. Dette vil også kunne bidra vesentlig til å korte ned tiden fra en hendelse inntreffer til hjelp kan gis. Det foreslås en egen bestemmelse om avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten:

Forslag til § 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

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

Bruken av akutthjelpere som del av den akuttmedisinske kjeden reiser imidlertid problemstillinger av både juridisk, økonomisk og praktisk art. Skal helsetjenesten ta i bruk slike ordninger som en fast del av beredskapen, må responsen være forutsigbar, kompetent og integrert i alarmeringssystemet fra AMK og legevaktsentralen. Det er heller ingen grunn til å begrense akutthjelperfunksjonen til personer utenfor helsetjenesten, kommunehelsetjenesten har en rekke funksjoner med helsepersonell som kan benyttes, ikke minst innenfor pleie- og omsorgstjenestene, men også andre. Et viktig poeng må være at akutthjelpere ikke skal *erstatte* det offentlige tilbudet, men fungere som et *kompenserende tiltak* inntil helsetjenesten selv kan komme til unnsetning og dermed et *supplement* til den profesjonelle innsatsen. Tjenestens innhold vil vanligvis være førstehjelp ved akutt sykdom og skade, samt klargjøring for videre behandling. Ferdigheter som luftveishåndtering og oksygenbehandling, hjertelungeredning (inkludert bruk av defibrillator), stans av blødninger, forebygge sirkulasjonssvikt og enkel immobilisering er typiske eksempler. I tillegg kan slikt personell bidra ved sikring av skadested og pasient.

Det foreligger ingen systematisk oversikt over bruken av akutthjelpere i Norge og hvilke organisasjoner de springer ut fra. Bruken av slike grupper er mest aktuelle i perifere strøk der det offentlige har vansker med å tilby god beredskap og rask responstid. Samtidig vil da som oftest pasientgrunnlaget bli lite, og gruppene vil benyttes sjelden, med utfordringer for kompetanse, trening og motivasjon. Det synes ikke formålstjenlig å foreslå en generell stor satsing på akutthjelpere, men med en ny hjemmel for avtaler i den reviderte akuttmedisinforskriften kan akutthjelper-ordninger være aktuelle flere steder og bedre integrert enn i dag.

## 5.3 Horisontal samhandling: Legevakt integrert i kommunale tjenester

Avsnittet over understreker hvor viktig den vertikale samhandlingen er for det akuttmedisinske tilbudet i legevaktdistriktet. Den *horisontale samhandlingen*, samhandlingen med andre deler av kommunehelsetjenesten og andre kommunale etater, vil i fremtidens legevakt også være viktig for akuttmedisinen, men minst like viktig for det store volumet av legevaktstjenester som haster litt og som ikke har høyeste prioritet. Fremtidens legevakt må etter Nklms vurdering kjenne, samhandle med, og delvis integreres med andre kommunale tjenester (Figur 5, den horisontale akse).

### 5.3.1 Legevaktsentralen med utvidete funksjoner: «Call-senter»?

Legevaktsentralens tradisjonelle rolle er å ta i mot telefoniske henvendelser fra pasienter, eventuelt pårørende og andre omsorgspersoner. Tall fra Nklms Vaktårprosjekt viser at dette gjelder 63 % av

<sup>34</sup> SOSFS 2009:10 Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

henvendelsene til Vaktårnlegevaktene i 2013. 25 % er direkte oppmøte fra pasienter, mens henholdsvis 7 %, 4 % og 1 % er telefoniske henvendelser fra helsepersonell, AMK eller andre. I tråd med tanken bak Helsevakten i Trondheim (pkt. 5.1.4) kan det være formålstjenlig å samle de tjenestene som gjelder alle slags uplanlagte behov for helse- og velferdstjenester:

- Tradisjonelle legevakthenvendelser via 116 117 og henvendelser fra AMK.
- Mottak av meldinger fra velferdsteknologiske innretninger forventes å øke sterkt de kommende årene. Kommunene må ha system for mottak, analyse og respons.
- Trygghetsalarmer kan håndteres av legevaktsentralen. Dette kan fremme faglig vurdering og prioritering, bedre lokalt tilpasset respons, øke samhandlingen mellom de kommunale tjenestene og sannsynligvis være ressurs sparende.
- Hjemmetjenestene bør ha bedre tilbud om faglig oppfølging fra spesialsykepleiere, faglig medisinske råd og eventuelt enkel tilgang på telefonisk legevurdering. Det kan løses ved å bruke legevaktsentralen som base også for slike tjenester.

Nklm anser det som sannsynlig at innføring av nasjonalt legevaktnummer 116 117 vil gjøre at legevaktsentralen vil få større betydning for medisinsk rådgivning enn før. Det bør utredes om en slik rolle bør utvikles mer bevisst, i tråd med systemer som finnes i utlandet. Den store fordelen med våre legevaktsentraler vil være at befolkningen kommer i kontakt med lokalt helsepersonell som ikke bare kan svare på faglige spørsmål generelt, men som kjenner det lokale tjenestetilbudet og som også konkret kan tilby oppfølging i form av (råd om) time hos fastlege, konsultasjon på legevaktstasjonen, sykebesøk, kontakt med hjemmesykepleier, eller også iverksette akuttmedisinske responser. Det ligger godt til rette for et slikt «totaltilbud» knyttet til legevaktsentralene i Norge, noe som vil være en ganske unik modell i internasjonalt perspektiv.

### 5.3.2 Legevaktsentralens faglige oppgaver

Modellen angir tre oppgaver av ulik type og kompleksitet for legevaktsentralen:

- Triage
- Timebestilling
- Rådgivning

*Hastegradsvurdering og prioritering (triage)* er et systemtiltak som kan motvirke feil og heve kvaliteten på legevaktstjenesten. Formålet med hastegradsvurdering og triage er på en sikker og rask måte å identifisere de pasientene som trenger hjelp raskt og de som det ikke haster med. Tradisjonelt har en brukt ordet *hastegradsvurdering* om den telefonisk baserte vurderingen, mens *triage* oftest og historisk i tillegg til samtale også innebærer enkle undersøkelser av pasienten og registrering av noen viktige kliniske variabler (eksempelvis pustefrekvens, blodtrykk, temperatur etc.).

*Triage* er ikke et diagnoseverktøy og det erstatter ikke den endelige medisinske vurderingen. I mange land er ulike former og system for triage i bruk og under utvikling, og i Norge er det flere kommersielle systemer i bruk i akuttmottak og noen legevakter. Nklm har tidligere bedt Helseledningsdirektoratet om å gjennomføre en faglig utredning om behovet for og nytten av felles system for hastegradsvurdering og/eller triage for legevaktstjenesten i Norge, og eventuelt hvilket system dette skal være. Senere har Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) fått i oppdrag fra Helseledningsdirektoratet å utarbeide en rapport med en vurdering av triagesystemene som anvendes i den akuttmedisinske kjeden. Rapporten skal beskrive i hvilket omfang triage benyttes i de ulike delene av tjenesten, hvilke typer triagesystemer som finnes, anbefale om det bør stilles krav til en etablert triageløsning for enheter i den akuttmedisinske kjeden og eventuelt anbefale om det er nødvendig med en enhetlig triagemodell nasjonalt. Det er viktig å vurdere fordeler og ulemper med et enhetlig system for hele den akuttmedisinske kjeden. Et enhetlig system vil kunne bety vesentlig kvalitetsheving og bedre kommunikasjon, men samtidig er det en stor utfordring at pasientsammensetningen er så ulik fra legevakt til akuttmottak. Det er også grunn til å tro at det er ulike behov for kategorier i slike systemer. «Oppfølging hos fastlege» eller «Rådgivning» kan være adekvat respons i legevakt, men neppe i akuttmottak der pasientene allerede er sortert for innleggelse.

*Hastegradsvurdering* er kjernekompetansen til AMK-operatørene og personalet i legevaktsentralene. I Norge har vi tradisjonelt brukt Norsk indeks for medisinsk nødhjelp<sup>35</sup> begge steder. Sikring av kompetansen i hastegradsvurderingene er etter Nklms mening et kjernepunkt i kompetansehevingen i legevakt fremover. I Handlingsplanen gikk vi inn for at kompetansekravene i denne funksjonen skal styrkes hos alt aktuelt helsepersonell, inkludert leger, og at legene bør få en mer aktiv rolle i legevaktsentralen, med økt bruk av telefonkonsultasjoner og eventuelt også kontroll av råd og beslutninger gitt av personellet i legevaktsentralen. Vi har gått inn for at minstekrav til kompetanse hos personellet i legevaktsentralen er helsefaglig utdanning på bachelornivå, klinisk praksis og et spesifisert opplæringsprogram.

I § 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene i forslaget til revidert akuttmedisinforskrift foreslår Departementet noe svakere krav enn det Nklm har gått inn for, nemlig at legevaktsentralene skal bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Slikt opplæringsprogram bør utformes som en nasjonal standard, gjerne i tråd med KoKoms kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger.<sup>36</sup>

*Timebestilling* er stikkord for den logistikkfunksjonen som må finnes i legevaktsentralen. Nklm går inn for at telefonhenvendelse skal være inngangen for de aller fleste pasientene til legevaktssystemet i hele landet, også i storbyene. Ulike systemer med tildeling av time for pasienter med grønn hastegrad medfører mindre venting og bedre planlegging av aktiviteten. Det er et servicemål i seg selv å hindre at pasienter med lav hastegrad blir værende lenge i ventekø på legevaktstasjonen. I neste kapittel kommer vi med forslag til maksimale ventetider også for pasienter som det rent medisinsk sett ikke haster så veldig med å behandle.

Legevakten bør kunne tildele time for pasienter hos fastlegen neste dag ved behov for oppfølging eller ved problemstillinger som kan vente. Det bør utvikles systemer slik at legevakten har elektronisk tilgang til deler av fastlegene sine timebøker med tanke på å tildele time. I neste kapittel vurderer vi omfanget av slike pasienter.

*Rådgivning* er som diskutert ovenfor en viktig del av legevaktsentralens oppgaver, og foregår også i dag i stort omfang. Blant Vaktårnlegevaktene ble 20 % av henvendelsene håndtert med dette tiltaket i 2013. Det er stort behov for å kvalitetssikre denne viktige funksjonen, både gjennom bruk av digitale verktøy og kompetanse hos personellet. Men som diskutert ovenfor, har legevaktsentralene noen store fordeler som rådgivere fremfor nettsider og andre rådgivningstelefoner.

Nklm har faglig ansvar for to viktige verktøy i denne forbindelse. *Legevakthåndboken* er en praktisk klinisk håndbok for leger i legevakt, og 4. utgave er utgitt kun digitalt. Tilgang til innholdet skjer via Helsebiblioteket.no eller på nettsiden [www.lvh.no](http://www.lvh.no). Det finnes også en gratis mobil applikasjon som har fått stor utbredelse. *Telefonråd* er et elektronisk oppslagsverk for beslutningsstøtte, spesielt utviklet for sykepleiere og helsesekretærer ved legevakter og legekontorer. Oppslagsverket redegjør for håndtering av den første kontakten i luken eller på telefon med pasienten. Målet er at publikum skal få de samme typer råd for samme typer plager uavhengig av hvem de møter på telefon eller i luken. Telefonråd skal sikre at pasientene får en ensartet vurdering og prioritering av henvendelsen, riktig fastsetting av respons og tiltak, og hjelp til egenomsorg. Telefonråd er fritt tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket sine nettsider.

Det bør være et offentlig ansvar å tilby legevaktene optimale verktøy for triage, timebestilling og rådgivning.

<sup>35</sup> Den norske legeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 3. utgave. Stavanger: Laerdal Medical AS, 2009.

<sup>36</sup> Dreyer K, Jensen ÅC, Almenning B. Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger. Bergen: KoKom, 2011.



### 5.3.3 Legevakt som del av kommunal beredskapsplan

Krisesituasjoner som epidemier, større ulykker og naturkatastrofer tilsier at legevakten er en sentral del av beredskapen i kommunene generelt. Kommunene har plikt til å utarbeide beredskapsplan, og i Forskrift om krav til beredskapsplanlegging er plikten og krav til beredskapsarbeidet omtalt. Tverrfaglige øvelser og trening er vektlagt.

Det er en utfordring å vedlikeholde og oppdatere planene etter endringer av risikoprofilen og etter endringer i organisasjon og personell i helsetjenesten, spesielt dersom planen blir brukt sjelden. En måte å øke bruken på, er å la planen være et praktisk støtteverktøy i beredskapsarbeidet knyttet opp mot andre beslutningsstøtteverktøy i det daglige akuttmedisinske arbeidet i legevaktsentralen.<sup>37</sup> Planen vil da også være implementert hos en døgnbemannet tjeneste som trolig uansett vil være blant de første som varsles når det er aktuelt å iverksette planen. Det kan bli en utfordring hvis legevaktsentralen må kjenne planer fra mange kommuner. Det kan da være en fordel om planene er integrert eller samordnet.

### 5.3.4 Legevaktlokalet og legevaktstasjonen

Med unntak av de store bylegevaktene har de fleste legevaktlokalene enten vært vanlige fastlegekontor der vakthavende lege har konsultasjoner om ettermiddagen eller natten, eller egne mindre lokaler i direkte tilslutning til fastlegekontor. Etter hvert er det bygget eller innredet mange legevaktlokaler mer spesifikt innredet for formålet. Likevel er det Nklms erfaring at norske legevaktlokaler ofte er for små, er lite hensiktsmessig innredet med tanke på barn, venteromsfunksjoner og personellets sikkerhet. I neste kapittel har vi derfor foreslått en del normer som retningsgivende for hvordan moderne legevaktlokaler bør være. Nklm har tidligere også argumentert for samlokalisering av legevaktsentral, legevaktstasjon og eventuelt andre kommunale enheter, og ovenfor også for enheter fra spesialisthelsetjenesten.

Helsehus-tankegangen bør innbefatte lokaler for legevakten. Ved samlokalisering eller nærhet til sykehjem eller annen døgnbemannet pleie- og omsorgsinstitusjon, kan sykepleiere og annet personell inngå i sambruksplan med legevakten. For eksempel kan det i de minste distriktene være tilstrekkelig med én person i legevaktsentralen, men ved behov for mer personale til andre kliniske oppgaver, kan dette komme fra sykehjemmet e.l. Dersom det er observasjonssenger i sykehjemmet, kan personalet der stå for tilsynet etter avtale med vaktlegen.

### 5.3.5 Observasjonssenger og KAD-enheter

Når det gjelder KAD-enheter vises til pkt. 5.1.3. Det er trolig fordelaktig for mange legevaktdistrikter, kanskje de fleste, at KAD-enhetene er lokalisert slik at legevakten kan samarbeide tett om både personell og utstyr.

Observasjonssenger må finnes ved alle legevaktstasjoner, i et antall som er tilpasset innbyggertallet i distriktet, geografien og avstand til sykehus og organiseringen av KAD-enheten. I forhold til senger i KAD-enhetene tenker vi oss observasjonssenger som enkle sengeplasser integrert i legevaktens lokaler, med direkte overvåkning av legevaktlegen og legevaktsykepleiere og med en tidshorison på inntil 4 (8) timer. Noe overvåkningsutstyr kan være tilknyttet slike senger, men vanligvis er det lite behov for avansert utstyr. Formålet vil vanligvis være å avvente den kliniske utvikling med tanke på diagnose eller eventuelt avgjørelse om innleggelse eller ikke. Kortvarig oppfølging av behandlingseffekt er også et viktig formål.

### 5.3.6 Sykebesøk til hjemmet og institusjoner

Ikke bare antall utrykninger, men også tradisjonelle sykebesøk har minket sterkt ved overgang til større legevaktdistrikt, og i mange har de nesten blitt borte. Mange sykebesøk er blitt erstattet av bedre forhold for konsultasjoner i et fast legevaktlokale, men både statistikken og erfaringer og tilbakemeldinger viser klart at også de ønskede sykebesøkene er i sterk tilbakegang. Foretakene

<sup>37</sup> Blinkenberg J, Hunskaar S. Elektronisk kommunal beredskapsplan i legevaktsentral. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1624-7.

melder om at det er økende inntransport til legevakt med ambulanse, der sykebesøk hadde vært en bedre løsning. Departementet har ikke ønsket å regulere sykebesøk i den reviderte akuttmedisinforskriften, men Nklm mener det må gjøres et krafttak og innføres ordninger som sikrer et rimelig antall sykebesøk til de riktige pasientene.

Sykebesøk skal være faglig begrunnet, basert på pasientkategorier og problemstillinger der sykebesøk gir noe i tillegg for diagnostikk, behandling eller utkomme, eller der det er en urimelig belastning for pasienten å komme til legevakten. Sykebesøk kan trolig forhindre innleggelser i sykehus. Noen pasientkategorier peker seg ut:

- Av generelt skrøpelige og syke pasienter, er innlagte i sykehjem en stor gruppe. Likedan er en stor del av dem som bor i omsorgsboliger (det finnes mer enn 50 000 slike) svært hjelpetrengende. Erfaringer tyder på at tallet på sykebesøk fra legevakt til slike pasientgrupper bør ligge på minst 5-10 per 1 000 innbyggere per år.
- Andre pasienter som er aktuelle, er pasienter med akutte problemer på bakgrunn av kronisk sykdom behandlet med avansert utstyr i hjemmet, pasienter som har organiserte pleieteam eller pasienter i terminalfasen.
- Sykebesøk er også aktuelt til pasienter der transport bør unngås av medisinske eller praktiske grunner.

Det er ikke urimelig å tenke seg at legevaktstjenesten bør ha en målsetning om å utføre 20-40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år, inkludert utrykninger for akuttmedisinske tilstander, men med variasjoner knyttet til geografi og kommunikasjonsforhold. Sykebesøksfrekvens bør trolig etableres som en kvalitetsindikator for legevakt og bør derfor registreres og analyseres.

### 5.3.7 Annet samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten

Her nevnes kort noen momenter og eksempler for andre samarbeidsformer mellom legevaktstjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, som ikke er diskutert andre steder.

*Sykehjemmene* får stadig nye og mer avanserte medisinske oppgaver i tråd med Samhandlingsreformen. Det betyr økende behov for legetilsyn også på kveld og natt. Samlokalisering med legevakt vil gi nærhet, kort transporttid for legen og mulighet for sambruk av observasjonsenger.

Bruk av video knyttet opp mot akuttmedisinske tjenester i foretakene og mellom for eksempel sykehjem perifert i distriktet og en sentral legevaktstasjon, har vært diskutert lenge, og noen prøveprosjekter har blitt gjennomført. Et eksempel på akuttmedisinsk video-overføring i akuttmedisinske situasjoner er VAKE (videobasert akuttmedisinsk konferanse), utviklet av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Utstyret er utplassert på sykehus og enkelte legevakter i Nord-Norge. I legevaktdistrikter med lange avstander kan en tenke seg videoutstyr plassert på sykehjem slik at døgnbemanning er sikret. Her kan ikke bare de innlagte pasientene, men også ambulante pasienter møte opp for å gjennomføre videokonferanse med legevaktlegen. Dette har vært under utprøving enkelte steder. Slike videokonferanser må representere en merverdi i forhold til bruk av telefon, men har trolig et potensiale for å spare lange reiser med bil, sykebesøk og inntransport med ambulanse, dersom organisatoriske og finansielle forhold ellers er tilrettelagt.

I en noe fjernere fremtid kan en tenke seg at både vaktlegen og hjemmesykepleiere kan ha utstyr for bildeoverføring til legevaktstasjon eller sykehus. Teknologien er i rivende utvikling, og både pris og apparatstørrelse vil trolig bli mer håndterlig etter hvert. Telefon- og internettbaserte løsninger er allerede under utprøving for spesielle problemstillinger og pasientgrupper.

### 5.3.8 Spesialiserte sykepleietjenester

Jo større kommunene er, jo mer er det mulig å utvikle spesialiserte sykepleiefaglige tjenester knyttet til eget personell, som også kan ha beredskap eller være på vakt utover dagarbeidstiden. Eksempler er kreftsykepleier, smertesykepleier, palliative team og psykiatri. Mange av disse tjenestene er avanserte med godt skolert personell, noen ganger utover det som den vanlige vaktlegen kan forventes å beherske. Noen ganger har spesialutdannet personell prosedyrekompetanse som det kan være behov for akutt, men der det kreves legevurdering med hensyn til indikasjon, medikamentdosering eller

oppfølging. Kommunene bør tenke på tvers og inkorporere legevaktjenesten som ”brukere” av slike tjenester, der interessene til sykehjemmene, hjemmetjenestene, KAD-enheter og legevakten ses i sammenheng. Der flere kan ønske seg en tjeneste, men hver blir for liten til å forsvare tjenesten for egen del alene, kan samarbeid utløse tilstrekkelig behov og nytte. Noen ganger handler det om å bruke eksisterende krefter, men tilpasse vaktlister, utvide stillingsinstruksjoner eller å bli enige etater i mellom. Andre ganger handler det om å utvikle en ny tjeneste og så tilpasse denne best mulig organisatorisk og budsjettmessig.

Noen litt tilfeldige eksempler på slike ordninger kan være:

- Kreft-/palliativ-sykepleier kan reise i sykebesøk for legevakten for å vurdere henvendelse fra kreftpasient
- Hjemmesykepleier med smertebehandlingskompetanse kommer til KAD-enheten for å starte behandling med smertepumpe
- Pasient som har vært vurdert på legevakten blir fulgt opp med hjemmebesøk om natten av psykiatrisk sykepleier på vakt i hjemmetjenesten
- Hjemmesykepleiere skolerer som akutthjelpere og vaktplan tilpasses slik at to slike alltid er på vakt sammen og er utstyrt med nødnetradio

### 5.3.9 Fremtidens legevaktlege

I Handlingsplanen drøftet vi nye og gamle roller for legevaktlegen. Det gjaldt både faglig innhold, nye organisasjonsformer og kompetansekrav.

Når det gjelder kompetansekrav, henviser vi til diskusjonen i høringsnotatet til forslag om revisjon av akuttmedisinforskriften, der Departementet foreslår spesifikk kompetansekrav for legevaktleger. Kravene tar utgangspunkt i forslagene i Handlingsplanen. Nklm vil kommentere noen av forslagene i sitt hørings svar til Departementet, og noen kommentarer gis også i neste kapittel om ulike kompetanse- og funksjonskrav.

Når det gjelder faglige og organisatoriske endringer for vaktlegefunksjonen, er det gitt en rekke eksempler på dette i denne utredningen. Utgangspunktet må være at den tradisjonelle legevaktlegerollen med hjemmevakt i beredskap og så kjøring med privatbil til legekantoret, til pasientens hjem eller til et skadested, ikke lenger er formålstjenlig. Vaktlegen må i fremtiden for det meste ha aktiv tilstedevakt i legevaktstasjonen. Ingen legevaktlege skal arbeide alene, verken inne på legevakten, i sykebesøk eller ved utrykning. Hovedregelen må være minst to leger på vakt. Det er en rekke ulike roller og vakttyper som kan være aktuelle i en fremtidig legevaktordning:

- Aktiv tilstedevakt og beredskap, med vekt på direkte pasientarbeid. Det må bli mer aksept for bruk av betalt tid i aktiv beredskap. Slik tid kan brukes til trening, oppdatering, gjennomgang av prosedyrer, administrative eller andre faglige oppgaver etter avtale, slik det er vanlig i andre nødetater, som brannvern og ambulansetjenesten.
- Telefonkonsultasjoner må bli en større del av vaktlegearbeidet. Personellet i legevaktssentralen må benytte vaktlegen aktivt, enten ved å sette telefonen direkte over, eller ved å sette opp liste over telefonkonsultasjoner i timeboken. I tillegg kan man ha rutiner for kvalitetskontroll av prioriteringer og medisinske råd gitt av annet helsepersonell.
- Sykebesøk må ha en viktig rolle i legevaktarbeidet (se avsnitt 5.3.6). Sykebesøk skal skje med godt utstyrt legevaktbil med sjåfør.
- Utrykning ved vaktlegen etter lege-ambulansalarm fra AMK- eller legevaktssentralen, er en sentral funksjon i den akuttmedisinske kjeden.
- Bakvakt for den aktive legen må vurderes. Bakvakt kan være som hjemmevakt eller som hvilende tilstedevakt, for å avlaste ved stort arbeidspress, når primærvakten er lenge borte i sykebesøk, på utrykning eller følger pasient til sykehus.
- Bakvakt for rød respons i deler av distriktet der det er lang avstand til legevakten. Alarmering bør bare skje fra vaktlege i aktiv tjeneste etter vurdering av situasjonen eller fra legevaktssentralen på bakgrunn av lokale retningslinjer.
- Bakvakt for utdanningskandidater, vikarer og turnusleger og andre ikke vakt-kompetente leger.

- Andre typer vakter kan tenkes i samarbeid med andre tjenester; som vaktordning for sykehjem, KAD-enheter eller vaktordning for samfunnsmedisinske problemstillinger (smittevern).
- Beredskap på dagtid, enten fra fastlegekontor eller fra dag-åpen legevaktstasjon.

### **5.3.10 Fastlegen og fastlegekontorets rolle i kommunens øyeblikkelig hjelp-tilbud**

Dette temaet er omtalt flere steder i denne utredningen, og vi viser spesielt til omtalen i kapittel 4.

### **5.3.11 Oppsummering**

Dette kapitlet prøver på en stilisert måte ved hjelp av en enkel modell (Figur 5) å vise hvordan fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene ikke bare omfatter legevakten, men at man må tenke integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Modellen har den akuttmedisinske kjeden som en vertikal akse, mens den kommunale kjeden utgjør den horisontale aksene med legevakten plassert i krysningspunktet mellom disse aksene. Illustrasjonen synliggjør dermed legevakten som en sentral enhet. Den kan fungere som et *nav* i ansvaret for å håndtere uforutsette medisinske hendelser av mange typer. Det må imidlertid understrekes at dette er en modell og et forslag. Det kan tenkes andre modeller og andre tilnæringsmåter. Etter Nklms syn er imidlertid legevaktstjenestene en så viktig og stor enhet i alle kommuner at det ligger godt til rette for å utvikle denne døgnbemannede organisasjonen i samarbeid med andre tjenester i en større sammenheng for kommunale ansvarsoppgaver og også kommunens ansvar for de akuttmedisinske tjenestene.

## 6 Nasjonale krav til legevakt

Akuttutvalget ber Nklm foreslå nasjonale krav til legevakttjenesten. Det kan være ulike typer av krav, som funksjonskrav, ytelseskrav, krav til utforming av tjenesten, krav til kompetanse og kvalitetsutvikling, krav til opplæring og trening osv., ut fra behov for en bedre tjeneste. Det skal eventuelt foretas en prioritering mellom ulike krav eller typer krav, og det bør drøftes om enkelte krav kan virke normerende om de kun fastsettes som veiledende, og ikke som lovpålagte krav.

### 6.1 Forskrift, retningslinjer eller råd?

I Handlingsplanen spesifiserte Nklm på hvilket nivå hvert forslag burde forankres: Forskrift eller forskriftsendringer, rundskriv, retningslinjer, veiledere, målsetninger eller tilråding. Mange spørsmål om organisering av legevakt må også avtales gjennom forhandlinger mellom partene i arbeidslivet. Nklm har bestemt hevdet at legevakttjenesten må forankres i forskrift bedre enn i dag, og har sett dette grepet som helt nødvendig for å løfte kvaliteten på legevakttjenestene samlet. Nklm konkluderte med at det bør vedtas en egen *Forskrift om krav til kommunal legevaktordning*. Men en utvidelse av den eksisterende akuttmedisinforskriften ville også være en akseptabel løsning.

#### 6.1.1 Forslaget til akuttmedisinforskrift og oppfølging etterpå

Regjeringen har bestemt seg for å lage en felles forskrift, som før. Nklm registrerer at kommunal legevakt har fått en mye bedre og likeverdig plass i forskriften, der mange av de viktigste forslagene fra Nklm viser igjen i forslaget til revidert forskrift som er på høring. Nklm mener likevel at forslaget til revidert forskrift ikke avspeiler de ulike styringsmodellene som gjelder for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren, og at virkemidlene og forutsetningene for endring er så pass ulike at det burde ha vært drøftet mer og vist igjen i forslaget. Blant annet mener vi at en relativt generell forskriftstekst noen steder bør ha spesifikke henvisninger til mer detaljerte krav, enten som merknad direkte i forskriften, eller ved at forskriften gir hjemmel for Departementet eller Helsedirektoratet å komme med nærmere krav eller retningslinjer.

Departementet skriver i høringsnotatet at forskrift på mange områder verken er en nødvendig eller tilstrekkelig forutsetning for endring i en tjeneste. I tillegg kan det være ulemper med forankring i forskrift, som at mange detaljer ikke passer i forskrift, det er vanskelig å fange opp medisinsk og organisatorisk utvikling, og at det kan være omstendelig prosess å endre en forskrift. Departementet henviser derfor til behovet for rundskriv og veiledere. I sitt høringssvar har Helsedirektoratet angitt at man i tråd med departementets vurderinger planlegger å utarbeide nasjonale veiledere og faglige retningslinjer med nærmere anbefalinger om kvalitet og kompetanse i de enkelte delene av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Nklm er selvsagt villig til å understøtte Helsedirektoratet i et slikt arbeid.

Nedenfor kommer vi med en rekke konkrete forslag til nasjonale krav til fremtidens legevakt. I motsetning til i Handlingsplanen har vi ikke lagt vekt på hvordan kravene eventuelt skal forankres. Dessuten kommer vi denne gang med flere funksjonskrav og ytelseskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tjenestekrav, jamfør diskusjonen i pkt.4.4.6. Noen slike krav er begrunnet i medisinske tidskritiske forhold, mens andre må oppfattes som servicekrav for befolkningen.

### 6.2 Forslag til nasjonale krav til legevakt, med omtale og begrunnelser

Nklm mener at alle legevaktordninger må tilfredsstillende foreslåtte krav og kunne tilby befolkningen tjenester med nødvendig medisinsk og organisatorisk kvalitet. Likeverdige tjenester er et høyt prioritert mål for helsetjenesten og helsepolitikken i Norge. Det betyr også at samfunnet må forsvare og også ta kostnaden med at noen ordninger blir dyrere enn andre per innbygger. I kapittel 7 beskriver vi ulike typer av legevaktstrikter der kravene søkes å innpasses i tre distriktstyper med ulik geografi og størrelse på befolkningen.

### 6.2.1 Rammer for legevaktdistriktet, tidskrav knyttet til avstander, utrykningsplikt og krav til sykebesøk

Interkommunale legevaktordninger blir innført i økende grad, for å sikre mer robuste organisasjoner med stabil legedekning/bemannings og lavere vaktbelastning på den enkelte lege. Bedre kommunikasjoner og sentralisering av bosetning har bidratt til at den gjennomsnittlige reiseavstanden går nedover. Dagens kommunegrenser er i mindre grad egnet til å tegne kartet for organisering av fremtidens legevaktdistrikter, og andre kriterier enn dagens kommunegrenser bør legges til grunn. I dag er det typisk at også distriktskommuner har kort avstand til legevakt. Men det er trolig slik at ved fortsatt sentralisering vil et økende antall personer få lenger avstand til legevaktstasjonen. Uheldige effekter av dette må motvirkes ved krav relatert til tid og avstand.

Reiseavstand har avgjørende betydning for hvordan legevakten brukes. Nklm har i studier vist at 70 kilometer økt reisevei er assosiert med en halvering av kontaktraten, mens konsultasjonsraten faller til det halve dersom avstanden øker med mellom ca. 40 og 50 kilometer. Disse funnene kan forklares både med overforbruk sentralt, og underforbruk i periferien, men sier lite om hvordan lange avstander påvirker forsvarligheten. Det er verd å merke seg at økende avstand er assosiert med lavere frekvens av alvorlige hendelser (gul og rød respons) og ambulansetrykninger med lege.

Når det gjelder forslag om maksimal reisetid/avstand *til* legevakten, så er dette først og fremst et servicekrav for befolkningen. Siden det i realiteten er ganske få ekstra innbyggere som vil omfattes av en øvre grense for reisetid på 60 minutter kontra 40 minutter, er sistnevnte et mer relevant utgangspunkt når en skal planlegge utformingen av de fleste legevaktdistriktene. Modellskissene våre for organisering av legevaktdistrikt er derfor basert på en 40 minutters-grense for reisetid til nærmeste legevaktstasjon, med foreslåtte kompensierende tiltak for å ivareta de innbyggerne som har lenger avstand. Når det gjelder krav til maksimal reisetid, anbefaler Nklm at 90 % av befolkningen i et legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til legevakt, og at 95 % skal ha maksimalt 60 minutter. Vi mener også at mange vanlige (grønne) oppdrag for de innbyggerne som ikke oppfyller tidskravene, kan tilbys tjeneste (og oppfylle kravene) på et nærmere sted neste dag. Dette kan skje enten på fastlegekontor med akuttgjeldende funksjon, eller ved at legevaktlege (for- eller bakvakt) har tilbud om konsultasjoner på dagtid lørdag eller søndag på kontor i de delene av distriktet der pasientene ikke når bemannet legevaktstasjon innen det generelle kravet. Når det gjelder *gule* henvendelser der det er rimelig at pasienten selv skal transporteres (egen transport, pårørende eller drosje), mener vi at det må aksepteres at noen (maksimalt 5 %) bruker mer enn 60 minutter til legevakten.

Ved tidskritiske tilstander der medisinsk hjelp er av stor betydning, må de akuttmedisinske tjenestene innrettes slik at befolkningen får hjelp innen adekvate tidsfrister. Avstanden til lege med akuttmedisinsk utstyr og ambulanse (bil/luft) med utstyr/personale og tilgang på transport er av størst betydning ved de mest akutte oppdragene, mens reiseavstand til legevaktlokalet er av mindre betydning.

Det vil første og fremst være ambulansetjenesten som må håndtere særskilt tidskritiske hendelser, eventuelt supplert med akuttgjeldende og førsteresponsgrupper fra f.eks. brannvesen. Men legevaktlegen må både ha utrykningsplikt og kunne kjøre i møte eller selv rekke de fleste hendelser innen distriktet innen rimelig tid. De fleste hendelsene vil være der det bor flest mennesker, og det vil vanligvis være rundt legevaktstasjonene, slik at vaktlegen vil nå mange hendelser ganske raskt. Lege i bakvakt kan være nødvendig ved store avstander for en befolkning over en viss størrelse. Etter risikoanalyse må legevaktlokalet plasseres mest hensiktsmessig ut fra bosetning og avstand/reiseretning til sykehus.

Kravene for legevaktlegens reise fra legevakten og til pasienten, kan vurderes som tidskrav alene for alle innbyggere, eller være en kombinasjon av tidskrav og krav til befolkningsstørrelse. Nklm mener at 95 % av befolkningen må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning, med det tilleggskrav at alle tettsteder (definert av SSB og som hos brannvernet) må nås innen samme tidskrav. Legen kan være i aktiv tjeneste eller rykke ut fra beredskapsvakt/bakvakt. Vi foreslår ikke tidskrav for å nå samtlige innbyggere.

I tråd med utrykningsplikten i fastlegeforskriften og akuttmedisinforskriften skal det ved rød respons alltid være legevaktlege med i kommunikasjonen fra starten av. Legen skal umiddelbart avgjøre om utrykning skal skje og hvilke andre tiltak som eventuelt skal settes i gang fra legevaktens side. Utrykning med egen legevaktbil eller ambulanse skal være hovedregelen, og skal skje til hele distriktet på like medisinske indikasjoner. Datasettet fra den akuttmedisinske kjeden og AMK må innbefatte data om legevaktens responstype og responstid for lege, på linje med registrering fra ambulansetjenesten. Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser. Responstidskravene er omtalt ovenfor. Når vi omtaler kravet som en norm, er det fordi vi tror det bør være naturlige og akseptable forskjeller mellom legevaktdistriktene. I storbyer kan det være at 75 % er alt for høyt på grunn av rask innsats fra ambulansetjeneste, tilgang til legebemannet ambulanse eller korte responstider, mens landdistrikter kan ha behov for nærmere 100 % utrykning på rød respons. Basert på data fra tjenesten må legevakten analysere og vurdere sitt resultat opp mot en slik nasjonal norm. Avvik bør dokumenteres, for eksempel kan man kreve journalnotat med vurdering for alle hendelser der man ikke rykker ut. Man bør i etterkant vurdere om det er skjevheter eller ulikhet i gjennomførte utrykninger knyttet til avstand, alder eller andre relevante parametere.

I forslag til revidert akuttmedisinforskrift foreslås det ikke å forskriftsregulere plikten til eller indikasjoner for sykebesøk på legevakt, men det understrekes at det alltid skal gjøres faglige vurderinger med tanke på indikasjonen for å reise i sykebesøk. Behovet for antall sykebesøk per år per innbygger er usikkert, og det er stor forskjell i sykebesøksraten mellom ulike legevaktdistrikter. Som omtalt i pkt.5.3.6 er sykebesøk et viktig tjenestetilbud fra legevakten, og vi anslår en målsetning om å utføre 20-40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år, inkludert utrykninger for akuttmedisinske tilstander. Nklm tenker seg at dette skal være en norm, ikke et krav, og som for utrykninger bør man i etterkant vurdere om det er skjevheter eller ulikhet i gjennomførte sykebesøk knyttet til avstand, alder eller andre relevante parametere. Tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere, spesielt pleie- og omsorgstjenesten bør systematisk innhentes. Det bør også fastsettes servicekrav til tid for gjennomføring av sykebesøk. Ved beslutning om sykebesøk skal det opplyses om forventet ventetid, som i de fleste tilfeller bør være under 2 timer for «gule» hastegrader og 6 timer for «grønne» hastegrader, etter at vurderingen er gjort.

For å sikre tilstrekkelig kapasitet for alle legevaktlegeoppgavene (se pkt.5.3.9) må det være et tilstrekkelig antall leger og annet helsepersonell i aktiv tjeneste. Trygghet på legevakt tilsier at ingen skal arbeide alene. Som en minstenorm skal det derfor være minst to leger på vakt. I de minste legevaktdistriktene vil volumet av oppgaver være for lite for to leger i aktiv tjeneste hele døgnet. Da kan kravet oppfylles ved at den ene legen er i aktiv tjeneste og den andre i bakvaktfunksjon (på grunn av beredskap, veiledning/kompetanse eller reservekapasitet) hele eller deler av tiden.

Det er et problem med manglende styringsrett av selvstendig næringsdrivende vaktleger. Stykkprisavlønning gir også store forskjeller i inntekt for vaktarbeidet. Beredskap er lite egnet for stykkpris. Ingen andre deler av den akuttmedisinske kjeden baserer seg på aktivitetsbasert avlønning. Nklm går derfor inn for at legevaktarbeid skal være fastlønnet for alle personellgrupper. Fastlegene må kunne ta legevaktarbeid inn som del av det offentlige legearbeidet, hvis de ønsker.

Det er kommunen som skal drive legevaktstjenesten, og oppfylle kravene til forsvarlighet og de føringer som ligger i lover, forskrifter og nasjonale veiledere. Den enkelte kommune må selv avgjøre om den kan oppfylle kravene til en god legevakt alene eller om det bør oppnås gjennom interkommunalt samarbeid. Kommunereformen vil sannsynligvis tegne kartet på nytt når det gjelder kommunale og interkommunale legevaktordninger. Interkommunale legevaktordninger kan på nytt bli kommunale fordi kommunene som inngår, slutter seg sammen til én kommune.

Hovedsaken for Nklm er at alle legevaktdistrikter må ha den kvalitet som er nødvendig. Alle, uansett størrelse, må oppfylle de krav som stilles. Vi tror at av geografiske, kostnadmessige og praktiske grunner vil landet da etter hvert bli organisert i mellom 60 og 100 legevaktdistrikter, typisk med mellom 30 000 og 250 000 innbyggere. Noen få distrikter vil være større enn dette og en mindre

gruppe må være mindre. Noen få må av geografiske årsaker være mye mindre, og trenger særskilt organisering.

*Nklm anbefaler:*

- 90 % av befolkningen i legevaktdistriktet skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 % skal ha maksimalt 60 minutter.
- 95 % av befolkningen og alle tettsteder i legevaktdistriktet må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20-40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år.
- Ved beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under 2 timer for «gule» hastegrader og under 6 timer for «grønne» hastegrader, etter at vurderingen er gjort.
- Det skal alltid være minst to leger på vakt i legevaktdistriktet.
- Alt legevaktarbeid skal være fastlønnnet. Vaktplaner, avlønningsprinsipp og omregningsfaktorer bør i størst mulig grad tilpasses til det som finnes i sykehus.
- Legevaktarbeid skal kunne tas inn som del av det offentlige legearbeidet for fastlegene.
- Kommunene må selv finne den beste organisasjonsformen som oppfyller kravene til forsvarlighet og kravene i lover, forskrifter og nasjonale veiledere. Nklm antar at dette vil medføre mellom 60 og 100 legevaktdistrikter, typisk med mellom 30 000 og 250 000 innbyggere.

### 6.2.2 Legevaktsentralen

Telefonkontakt via nasjonalt legevaktnummer 116117 bør være første kontaktmåte med legevaktjenesten i de fleste tilfeller. For mange pasienter vil råd over telefon være tilfredsstillende i seg selv, og man kan unngå unødig oppmøte og ventetid for pasienten i selve legevaktstasjonen. Det vil også bidra til at man i større grad kan styre og korte ned ventetiden for de pasientene som skal til legekonsultasjon. Telefonhenvendelse gir en god mulighet for å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og ut fra dette gi råd, tildele time ved legevakten, sende alarm, eller treffe andre tiltak. Ved direkte oppmøte på legevakten viser det seg å være vanskeligere å gi råd eller henvise til fastlege, dersom det er der helsehjelpen bør gis.

Telefonen bør besvares raskt slik at publikum opplever god tilgjengelighet til tjenestene. Dersom pasientene som venter på svar føler de ikke kan vente lengre pga. alvorlig skade eller sykdom, er det behov for viderekobling av samtalen til AMK. Ved stor pågang kan det av kapasitetshensyn være behov for legevaktsentralen å viderekoble telefonhenvendelser til andre legevaktsentraler med bedre kapasitet.

Det kan være vanskelig for hørselshemmete å komme i kontakt med legevakten. Skriftlig kommunikasjon uten forsinkelse må være mulig, som for eksempel chat eller SMS. Dette vil kreve opplæring i legevaktsentralene. Trolig vil også andre grupper ta i bruk disse kontaktmåtene.

Legevaktsentralen får henvendelser med alle grader av hast, fra grønne henvendelser som kan vente, til røde som er akutte. Ofte vet ikke innringer hvor mye det haster. Når legevaktsentraloperatør identifiserer en situasjon som vurderes til rød respons (akutt) er det viktig at legevaktsentralen kan sende alarm med en gang, og deretter overføre koordineringen av aksjonen til AMK som har oversikt over tilgjengelige ressurser.

Telefonhåndtering er en særlig krevende del av helsetjenesten. Lydlogg er opptak av telefonsamtalen der helsehjelp gis. Det har lenge vært standard med lydlogg i AMK sentraler. Mange legevaktsentraler har også brukt lydlogg. Lydlogger er en ekstra støtte til annen journalføring der ting skjer fort og det er vanskelig å få ført kontinuerlig journal. Lydlogg er i tillegg et godt verktøy for kvalitetsarbeid og undervisning, blant annet opplæring av personell til legevaktsentralen. Ved klagesaker kan lydlogg gi et utfyllende bilde av hva som er blitt sagt på telefonen. Lydlogg kan ikke erstatte en skrevet journal,



men bør behandles som en del av journalen. Legevakten og AMK bør ha samme rutiner for håndtering av lydlogg, slik det foreslås i revidert akuttmedisinforskrift.

Legevakten håndterer sykdommer og skader med større grad av hast enn mange andre deler av helsetjenesten. Det er avgjørende at vurderinger, råd og behandling gis på så godt faglig og kunnskapsbasert grunnlag som mulig. Beslutningsstøtteverktøy tilpasset legevaktens epidemiologi og funksjon kan være med å sikre kvaliteten i tjenesten. Eksempler på disse er Telefonråd som er utarbeidet for personalet i legevaktsentralen og Legevakthåndboken som er beregnet på leger i legevakt. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er ikke tilpasset legevaktens epidemiologi, men brukes som et verktøy for å håndtere de mest tidskritiske akutte hendelsene.

Beslutningsstøtteverktøy må være utarbeidet med tanke på legevaktpersonalets utdanningsnivå. Beslutningsverktøy tilpasset leger og sykepleiere kan ikke uten videre tas i bruk av personell med annen faglig bakgrunn. Alt legevaktspersonell må gjennomgå tilstrekkelig og tilpasset opplæring. Beslutningsstøtteverktøy kan være hensiktsmessig for dokumentering av vurdering og behandling. I dag brukes Telefonråd til dette i legevaktsentralen ved mange legevakter.

Plassering av legevaktsentralen har variert mellom ulike legekantor, legevaktlokale og AMK med tid på døgnet og ukedag. Samlokalisering av legevaktsentral og legevaktstasjon vil legge til rette for effektiv drift, god kjennskap til geografi og nærmiljø, nedkorting av ventetid i lokalet og god samhandling mellom personalgruppene. Det vil også styrke kompetansen til de som skal bemanne legevaktsentralen å se pasientene personlig i etterkant av å ha snakket med dem i telefonen og gjort telefoniske vurderinger.

#### *Nklm anbefaler:*

- Telefonkontakt skal normalt være første kontaktmåte for avklaring av hastegrad og timebestilling.
- Legevaktnummer 116117 skal besvares hele døgnet hele året.
- Legevaktsentralen skal i tillegg ha offentlig kjent 8-sifret telefonnummer.
- Legevaktsentral og legevaktstasjon bør være i samme lokale.
- Råd og triagering per telefon skal dokumenteres i journal.
- Sentralen skal ha integrert journalsystem med legevaktstasjonen.
- Legevaktsentralen skal ha krav til svartider; 80 % innen 90 sekunder og 95 % innen 2 minutter.
- Det må gjøres regelmessige målinger for å sikre at svartiden overholdes.
- Ved stor trafikk skal legevaktsentralen kunne overføre samtaler til annen legevaktsentral.
- Ved ventetid på legevaktnummeret skal telefonsvarer inneholde informasjon om mulighet for bruk av nødtast som fører direkte til AMK.
- Legevaktoperatør skal ha mulighet til å konferansekoble anrop til øvrig helsepersonell i kommunen og til AMK.
- Legevakten skal ha tilbud om skriftlig kommunikasjon uten forsinkelse (SMS, chat etc.).
- Ved hendelser som vurderes som akutt, rød respons, skal legevaktsentralen kunne sende alarm og sette over anrop til AMK som tar over koordineringen av aksjonen.
- Legevaktsentralene skal ha utstyr for lydlogg for dokumentasjon og kvalitetssikring.
- Lydloggen skal oppbevares i 3 år før den kan slettes.
- Legevaktsentralen skal ha elektronisk beslutningsstøtte- og rådgivningsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap, tilpasset norsk medisinsk tradisjon og allmennt medisinsk epidemiologi.
- Elektroniske beslutningsstøtteverktøy bør være lett tilgjengelig i alle deler av legevakt, i legevaktsentralen, i legevaktstasjonene, på hjemmebesøk og ved utrykning.
- Der det er relevant bør beslutningsstøtteverktøyet være integrert i journalsystemet og brukes som ledd i dokumentasjon av vurderinger og helsehjelpen.
- Personell som skal bruke beslutningsstøtteverktøy må få særskilt opplæring.

### 6.2.2 Legevaktstasjonen (lokalet)

Per i dag blir ulike typer lokaler brukt til legevakt; legekontor, en del av et legekontor, en del av et lokalmedisinsk senter, et lokale i sykehus eller eget lokale. Det kan fortsatt være lokale tilpasninger til lokalenes plassering og utforming, men det bør samtidig være noen nasjonale krav til lokalene.

Lange ventetider på venterommet på legevaktstasjonen har vært et problem mange steder, erfaringsmessig økende med økende størrelse på distriktet, og spesielt der man ikke har telefonkontakt med timebestilling i forkant.

Det finnes ingen normer eller krav til utstyr i legevaktstjenesten. Legevakter samlokalisert med legekontor har generelt hatt et litt bredere utvalg av utstyr, tester og medikamenter enn frittstående legevakter. I forslag til revidert akuttmedisinforskrift foreslås i § 9 at kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart og yte akuttmedisinske tjenester til befolkningen. Nklm slutter seg til dette, men mener det må gis en hjemmel i forskriften slik at Helsedirektoratet kan utarbeide mer spesifikke krav til diagnostisk og terapeutisk utstyr, inkludert velutstyrt og uniformert legevaktbil.

Legevaktarbeid er risikofyllt. Ustabile og utagerende pasienter er en utfordring for de ansatte, som i tillegg til å yte god helsehjelp også skal håndtere egen og andres sikkerhet. I tillegg kommer risiko ved utrykning på akutte hendelser.

#### *Nklm anbefaler:*

- Legevaktstasjonen må ha skilting fra hovedvei til lokalet, tilgjengelige gratis parkeringsplasser nær inngangen, skilting av inngang og merking av eventuelt dørklokke dersom inngangsdør er låst i deler av døgnet. Dørklokke må besvares innen 1 minutt. Egen ambulanseinngang må merkes.
- Ekspedisjonen skal være adskilt fra venterom med glassluke for observasjon og lydtett sluse mellom denne og venterom. Helsepersonell skal registrere oppmøtetidspunkt og gjøre ny vurdering av hastegrad og eventuelt omprioritering av tidligere telefonisk vurdering.
- Venterom må ha toalett, stellerom og fri tilgang på drikkevann. Det må være mulig å skjerme rusede personer eller andre med utagerende atferd fra venterommet. Det skal være tilgang på pårønderom. Det må være egne venterom for medtatte pasienter som skal observeres i ventetiden.
- Lokalet må ha skaderom for behandling av skader eller for stabilisering av skader før transport.
- Det skal være egen ambulanseinngang for rask levering, henting og for skjerming av dårlige pasienter.
- Observasjonssenger og KAD senger bør være nært knyttet til legevaktlokalet, enten i form av samlokalisering og felles personalgrupper, eller med tett elektronisk kommunikasjon som felles journalsystem eller elektronisk meldingssystem.
- Ventetiden i legevaktens venterom skal være under 1 time for minimum 80 % av pasientene som skal til konsultasjon.
- Akuttmedisinsk utstyr som defibrillator, utstyr og medikamenter til behandling av akutt sykdom i respirasjonsorgan og sirkulasjonssvikt må være tilgjengelig i lokalet og i akuttkoffert til bruk ved utrykning. Helsedirektoratet bør gi nærmere kravspesifikasjoner til utstyr. Noen krav kan være avhengig av avstand til ambulanse/transport og sykehus samt om det er KAD-senger i enheten.
- Det må være tilgang på laboratorietjenester. Helsedirektoratet bør gi nærmere kravspesifikasjoner. Noen krav kan være avhengig av avstand til ambulanse/transport og sykehus, samt om det er KAD-senger i enheten.
- Medikamentlagerets sortiment må være tilpasset avstand til nærmeste apotek og åpningstidene der. Helsedirektoratet bør gi nærmere kravspesifikasjoner.

- Legevaktstasjonen skal ha utstyr til opplæring og trening i AHLR og ha samarbeidsavtale med ambulansetjenesten om samtrening.
- Alle ansatte skal ha tilgang på hensiktsmessig uniformert arbeidstøy til bruk både innendørs og utendørs.
- Lege i vakt eller bakvakt skal ha tilgang på uniformert bil til bruk ved utrykning og til sykebesøk. Bilen skal være utstyrt med nødvendig utstyr til akuttmedisinske oppdrag og kommunikasjonsutstyr. Helsedirektoratet må gi nærmere kravspesifikasjoner.
- Alle ansatte i legevakt skal ha arbeidsavtaler som sikrer optimal forsikring ved uforutsette hendelser/ulykker.
- Utforming av legevaktlokalet skal ta høyde for uforutsette hendelser og det skal være tilgang på alarmsystem som sikrer tilkalling av nødvendig hjelp straks.
- Legevakten skal ha egen opplæringsplan som inkluderer HMS-tiltak og fokus på pasientsikkerhet. Alle fast og midlertidig tilsatte skal ha slik opplæring.

### 6.2.3 Krav til journalsystem, kommunikasjon og IKT

Pasientjournalen er et viktig hjelpemiddel i legevakt, både som arbeidsverktøy og juridisk dokument. Her nedtegnes pasientens sykehistorie, undersøkelser, vurderinger og behandling. Journalen skal føres fortløpende og uten unødig opphold. Nærmere bestemmelser finnes i Forskrift om pasientjournal.

I legevakt er det behov for et elektronisk journalsystem tilpasset legevaktens særtrekk. Journalsystemet brukes i dag i første rekke ved konsultasjon på legevaktstasjonen, men fremtidig journalsystem må også tilpasses håndtering av telefonhenvendelser i legevaktssentralen, hastegradsvurdering/ triage, sykebesøk, og akutte hendelser med alarm. Legevaktspersonalet må kunne ha fjerntilgang til journalen ved sykebesøk, utrykninger og ved arbeid i ambulansen. Journalen må kunne inneholde alle typer digitale data, herunder bilde- og lydfiler. Journalsystemet må legge til rette for informasjonsutveksling og tett samarbeid med ambulansesentral, AMK, og andre aktører i den akuttmedisinske kjeden. Elektronisk meldingsutveksling bør ta over for papirhenvisninger, slik at utskriftsfunksjon ikke er avgjørende.

Store journalsystem med flere deler (f.eks. legevaktjournal, KAD-del og evt. overgrepsmottak), mange pasienter og mange ansatte, vil ha behov for tilgangsregulering. Det må sikres at det enkelte helsepersonell har tilgang til de opplysningene som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp, samtidig som taushetsbelagte opplysninger skjermes for unødig innsyn. En slik vurdering bør gjøres for hele journalsystemet, og det bør jobbes systematisk for å unngå at taushetsbelagt informasjon kommer på avveie. Dersom det etableres egne mottak for personer utsatt for voldtekt, eller legevakten får ansvaret for personer utsatt for vold i nære relasjoner, bør disse ha særskilt vern mot innsyn. Den elektroniske journalen bør ha eget tilgangsregulert område for rettsmedisinsk journal. Oppbevaring av bevis, herunder bilder, må sikres etter egne prosedyrer.

Leger uten selvstendig vaktkompetanse skal ha bakvakt tilgjengelig for veiledning. I dag har bakvakt som regel ikke tilgang til journal, og de råd en bakvakt gir til en uerfaren vaktlege baserer seg på muntlig fremstilling av situasjonen per telefon. Bakvaktens vurderinger gis muntlig og dokumenteres kun sporadisk av vaktlege. Direkte tilgang til journal vil gi bakvakt bedre grunnlag for medisinskfaglige vurderinger, og en mer aktiv rolle i vurderingen, behandlingen og dokumentasjonen av helsehjelpen. Bakvakten bør derfor ha fjerntilgang til journal. Det finnes gode løsninger for fjerntilgang til journalsystem via Norsk helsenett. For å kunne fylle bakvaktfunksjonen må det være mulig å få kontakt med bakvakt i løpet av minutter. Tradisjonelt har bakvakt vært tilgjengelig per telefon. Ved nytt nødnett er det naturlig å knytte kontakten til nødnettet. Det bør utvikles systemer slik at bakvakt kan ha bildekommunikasjon med den som veiledes. Bakvakt vil da også kunne observere pasienten eller snakke med pasienten direkte. Formålet med slik bildeoverføring er i første rekke å bedre kommunikasjonen mellom bakvakt og uerfaren lege, og bør av personvern hensyn ikke lagres. Noen ganger vil det være nødvendig at bakvakt reiser til legevakten for å hjelpe den uerfarne legen med kliniske vurderinger. Reisetiden bør derfor ikke være for lang og må sikres med krav om maksimaltid.

Det er utviklet et system for kjernejournal med viktige helseopplysninger og prøveprosjekt med kjernejournal er i gang flere steder i landet. Fastlegen har en nøkkelrolle i redigeringen av disse helseopplysningene. Opplysningene i kjernejournalen kan være viktige for at legevakten skal kunne gi god behandling, og de må derfor være lett tilgjengelige i legevaktens journalsystem.

De siste årene er ordningen med elektroniske resepter satt i verk i hele landet, først i allmennpraksis, senere på sykehus. Alle elektronisk resepter formidles via reseptformidleren. Her finnes faste medisiner og kortere behandlinger. Legevakten kan ha behov for å se hvilke medisiner pasienten bruker. Mange pasienter har ikke selv oversikt over egne medisiner.

Nødnett er et lukket kommunikasjonsnett der helsetjenesten kan kommunisere internt og med andre aktører ved akutte hendelser, ulykker eller akutt sykdom. Når deler av helsetjenesten identifiserer en akutt hendelse (rød respons) sendes en alarm til de nødvendige eller relevante instanser. Ofte vil et minimum være legevaktlege / kommunal lege og ambulanse. Slik alarm kan sendes fra AMK eller legevaktssentralen. Legevaktlegen er ansvarlig for å yte akuttmedisinsk hjelp til alle som har behov for det og som oppholder seg i kommunen. For å kunne ivareta denne plikten må legevaktlegen varsles ved akutt sykdom og skade. Denne plikten faller ikke bort selv om det er kort vei til sykehus. Legevakten og helseforetaket bør avtale hvordan samarbeidet mellom AMK, ambulanse og legevakt skal fungere.

Legevakten har en bred kontaktflate mot andre aktører i helsetjenesten og andre tjenester. For at legevakten skal gi gode tjenester, og pasientene skal få god oppfølging, er det viktig at nødvendig informasjon fra legevakt når andre deler av tjenesten uten unødvendig forsinkelse. Noen viktige samarbeidspartnere er fastlegen, hjemmesykepleien, spesialisthelsetjenesten og ambulansetjenesten. I dag finnes løsninger med rask elektronisk kommunikasjon som tar hensyn til personvern og taushetsplikt, men mange steder er kommunikasjonen likevel fortsatt basert på papir, post og telefon. Legevakt er en tidskritisk tjeneste, og det er derfor viktig at kommunikasjonen er lett, rask og tydelig.

Mange steder er det rutine å sende elektronisk epikrise til fastlege etter behandling ved legevakten, mens andre steder er det opp til legevaktlegens vurdering om dette er nødvendig. Det bør være fast rutine at det sendes elektronisk epikrise til fastlege etter behandling ved legevakten, dersom pasienten ikke motsetter seg det. Legevaktssentralen kan også få opplysninger om forhold som bør følges opp av fastlegen, og slik informasjon må kunne videreformidles som meldinger til fastlegen.

Rask og presis kommunikasjon er nødvendig for god prioritering av helsehjelpen. Mange av henvendelsen til legevakten haster ikke og kan med fordel håndteres av fastlegen. Tilgang til timer hos fastlegen eller fastlegens legekontor vil sikre pasientens oppfølging og redusere belastningen på legevakten.

I enkelte tilfeller vil det kunne være hensiktsmessig med bildekommunikasjon mellom samarbeidspartnere og legevakten. Både for å bedre kommunikasjonen mellom partene, og for at legevaktlegen skal kunne se en pasient langt borte. Dette krever samtykke fra pasient. Eksempler på hvor dette kan være særlig hensiktsmessig er ved lang reisevei fra sykehjem eller hjemmesykepleien til legevaktstasjon. Formålet med slik bildeoverføring er i første rekke å bedre kommunikasjonen mellom legevakt og samarbeidspartner, og bør av personvern hensyn ikke lagres.

Mange akutte tilstander som håndteres av legevakten skal følges opp av fastlegen, enten som en avtalt kontroll, eller ved forverring eller manglende bedring. Det er derfor avgjørende at nødvendige helseopplysninger fra legevakten oversendes fastlege, dersom pasienten ikke motsetter seg dette. En del pasienter har ikke oversikt over hvem som er fastlege. Derfor må legevakten ha tilgang til fastlegedatabasen.

For å kunne styre og forbedre tjenestene er det avgjørende å kunne innhente driftsdata, som for eksempel konsultasjoner fordelt på døgnet, telefonrådgiving versus konsultasjoner, ventetid på telefon, bruk av tjenestene fordelt på bosted osv. Ut fra funn i slik enkel statistikk kan tiltak settes inn for å justere driften etter behov og blant annet sikre god tilgang til tjenestene for alle innbyggerne.

Ny kunnskap er også vesentlig for utvikling av tjenestene. I legevaktfeltet er det viktig å legge til rette for forskning. Fra legevaktens journalsystem bør det være teknisk mulig å hente ut kliniske data, enten i forbindelse med definerte prosjekter, eller som del av større registre.

*Nklm anbefaler:*

- Legevakten skal ha et eget elektronisk journalsystem for alle henvendelser og kontakter tilpasset både funksjon i legevaktssentralen, legevakt, sykebesøk og utrykning.
- Journalen må kunne inneholde, tekst, bilde- og lydfiler.
- Journalsystemet skal være integrert med den akuttmedisinske kjeden, også ambulanse og AMK, med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering.
- Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utenfor legevaktstasjonen, herunder bakvakt, lege i sykebesøk og utrykning, skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevaktstasjon.
- Tilgangsregulering må sikres slik at kun personale som trenger tilgang til taushetsbelagte opplysninger får det.
- Dersom overgrepsmottak legges til legevakt bør legevaktjournalen ha et særskilt tilgangsregulert område for rettsmedisinsk journal. Oppbevaring av bevis, herunder bilder, må sikres etter egne prosedyrer.
- Kjernejournal må være lett tilgjengelige i legevaktens journalsystem etter tillatelse fra pasienten.
- Legevakten må kunne hente opplysninger fra reseptformidleren etter tillatelse fra pasienten.
- Alt helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap må ha tilgang til nødvendig kommunikasjonsutstyr i nødnettet.
- Følgende helsepersonell i vakt skal være tilknyttet nødnettet: legevaktlege, bakvakt, legevaktssentral, jordmor, hjemmesykepleier, psykiatrisk sykepleier, ambulansepersonell, akuttgjeldere/førsteresponsgrupper (listen er ikke uttømmende).
- AMK skal varsle legevakt og legevaktlege ved alle akuttmedisinske hendelser.
- Legevaktlegen og legevaktssentralen skal være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulanse, slik at de også kan motta digitale meldinger, kliniske opplysninger, kartposisjon og bilder. Dette gjelder også legevaktbil.
- Legevakten må samarbeide med helseforetaket om å samordne kommunikasjonen mellom legevakt og øvrige akuttmedisinske tjenester.
- Bakvakt skal være raskt tilgjengelig på telefon og nødnett.
- Legevakten bør vurdere om det er hensiktsmessig med bildeoverføring til bakvakt.
- Bakvakt skal ha tilgang til journal og journalføre råd.
- Bakvakt bør kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter.
- Elektronisk epikrise etter behandling og vurdering ved legevakten skal alltid sendes fastlege med det samme og senest neste morgen, dersom pasienten ikke motsetter seg det.
- Elektronisk epikrise etter sykehusopphold, poliklinisk vurdering og kommunalt akutt døgnopphold etter henvisning fra legevaktlege skal gå til fastlege, legevaktlege og legevakten, dersom ikke pasienten motsetter seg dette.
- Hvis legevaktssentralen får opplysninger om forhold som bør følges opp hos fastlegen må legevaktssentralen kunne sende melding/epikrise til fastlegen om dette, dersom ikke pasienten motsetter seg det.
- Legevakten skal kunne tildele time for pasienter hos fastlegen neste virkedag ved behov for oppfølging eller ved problemstillinger som kan vente til da.
- Legevakten må kunne sende og motta elektroniske meldinger til og fra hjemmesykepleien.
- Dersom det er hensiktsmessig må legevakten kunne kommunisere med samarbeidspartnere med bildeoverføring.
- Legevakten bør ha tilgang til fastlegedatabasen.
- Journalsystem bør tilrettelegges for uttak av data til kvalitetsutvikling og forskning.
- Journalsystemet må kunne gi opplysninger til behandlingsrettede helseregistre (pasientregister for primærhelsetjenesten).

#### 6.2.4 Kompetanse, kvalitetsutvikling, opplæring og trening

Forskning og ulike registreringer utført ved Nklm viser at det er store kompetanseutfordringer i legevaktjenesten. Det er fremdeles regelen at det bare er én lege på vakt, det er mange vikarleger og turnuslegene har alenevakt for mange innbyggere. Det er språkproblemer hos en del leger. Lav deltakelse fra fastleger er en praksis som har utviklet seg over lengre tid.

I forbindelse med revisjon av akuttmedisinforskriften skriver Departementet at ved siden av innføring av nasjonalt legevaktnummer, er kompetanseheving det viktigste feltet å ta tak i først når det gjelder legevakt. Dette bygger på råd fra Helsedirektoratet i 2010 etter direktoratets vurdering av Handlingsplanen fra 2009. Departementet vurderer at som hovedregel er allmennleger best kvalifisert til å ha legevakt. Legevaktmedisin er en viktig del av allmennmedisinen, og allmennmedisinske premisser og arbeidsmåter bør ligge til grunn for legevaktarbeidet. Det er en fordel at den som har legevakt har god kjennskap til lokale forhold (se også pkt.4.4.1).

Selv om hoveddelen av det som skjer på legevakt i dag ikke er akutt, og slik kan vente til neste dag, er det behov for akuttmedisinsk kompetanse hos alle som deltar i vakt, både leger og annet helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt. Det er også behov for å styrke legevaktens kompetanse i volds- og overgrepshåndtering. De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner, uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag legevakten. Uavhengig av den videre organisering av overgrepsmottakene er det derfor et stort behov for å styrke kompetanse og kvalitet i legevaktjenesten på dette området.

En erfaren bakvaktlege vil, uavhengig av om han/hun rykker ut, kunne bidra med god støtte til en mindre erfaren lege når det gjelder pasientvurdering, og dermed også kunne bidra til å forhindre unødvendige innleggelse i sykehus.

Henvendelser til legevakt/legevaktsentral tas oftest imot av annet helsepersonell enn lege, og faglige vurderinger, som blant annet kan innebære sluttbehandling av pasienter, skjer også uten involvering av lege. Det er derfor viktig at dette personellet har tilstrekkelig kompetanse. LV-sentralen sin hovedfunksjon er å identifisere og møte behov for helsehjelp ved: strukturert innhenting av informasjon, fastsettelse av riktig respons, gi tilpassede råd og veiledning, varsling og oppfølging av aktuelle deler av helsevesenet og andre ressurser. Mottak og håndtering av medisinske nødmeldinger er en medisinskfaglig oppgave som krever helsefaglig utdanning og et spesifisert opplæringsprogram. Dagens opplæring i LV-sentralene varierer fra to timer eller mindre til 48 timer eller mere for sykepleiere og andre (data fra Nasjonalt legevaktregister).

Behovet for et kompetanseløft i norsk legevakt er godt begrunnet i forholdene omtalt ovenfor, og det er påvist stor variasjon i helsepersonellens kompetanse i legevaktjenesten, både blant leger og annet personell. Det har vært få formelle krav til legevaktpersonell. Leger kan være turnusleger med begrenset klinisk erfaring og dårlige norskkunnskaper, eller endog leger med autorisasjon fra utlandet uten noen som helst tidligere erfaring fra norsk primærhelsetjeneste. Øvrig personell kan være nyutdannede sykepleiere eller annet helsepersonell med lite erfaring fra legevakt og sparsom opplæring lokalt. Dessverre er det lite som tyder på at utviklingen snur av seg selv. Nklm støtter derfor Departementet i at det må gjøres et krafttak for kompetansen i legevakt, og at dette må gjøres gjennom forskriftsfesting av de overordnede kravene, og at det i tillegg må utvikles detaljerte utdannings- og kompetanseplaner med tanke på nasjonal normering av nødvendig kompetanse.

I forslag til revidert akuttmedisinforskrift legger departementet opp til en gruppering av legenes kompetanse:

- Leger med selvstendig vaktkompetanse
- Leger uten selvstendig vaktkompetanse
- Kompetansekrav til bakvakt

Nklm vil avgi høringsuttalelse for forslaget til akuttmedisinforskrift der vi kommer med en rekke endringsforslag til kompetansekravene. I forhold til denne rapporten angir vi vårt prinsipale

standpunkt, nemlig at som hovedregel er allmennlege best kvalifisert til å ha legevakt. Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, bør derfor enten være spesialist i allmennmedisin eller allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum 2 års erfaring innen allmennmedisin eller 1 år som fast ansatt legevaktlege. I tillegg skal lege med selvstendig vakt ha kurs i akuttmedisin hvert 5. år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. For leger i vakt som ikke oppfyller disse kravene plikter kommunen å etablere bakvaktordninger (veiledningsbakvakt, til forskjell fra beredskapsbakvakt). For leger i bakvakt kan gjelde de samme kompetansekravene som for lege med selvstendig legevakt, etter vårt forslag. Dette er forskjellig fra Departementets forslag i revidert akuttmedisinforskrift, som foreslår at flere legegrupper enn dette, til dels med liten eller ingen erfaring fra primærhelsetjenesten eller legevakt, kan ha bakvaktkompetanse.

Beredskapsvakt er aktuelt ved stort volum av pasienter eller lange avstander til legevaktlokalet. Ved lange reiseavstander bør beredskapsvakten ha kompetanse til å ha selvstendig legevakt. Ved stort volum av pasienter må minst én av vaktlegene ha kompetanse til selvstendig legevakt.

Leger i legevaktordningen må sikres nok erfaring, både klinisk og med administrative rutiner og prosedyrer. Det bør derfor være krav om at alle vaktleger skal ha minimum 12 vakter i året.

I § 4 i forslag til ny akuttmedisinforskrift videreføres kravet om samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene. De akuttmedisinske tjenestene skal tilrettelegges slik at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Det bør settes nærmere krav til omfang og innhold i treningen, med hjemmel i forskriften. Slike krav finnes eksempelvis for polititjenestemenn i operativ tjeneste (60 timer i året) og brannkonstabler (vanligvis 40 timer i året). Alle vaktleger må delta i akuttmedisinsk trening sammen med det lokale ambulanspersonellet, og eventuelt annet helsepersonell i kommunen. Noen spesifikke prosedyrer bør ha sertifisering og årlig godkjenning (eksempelvis avansert hjertelungeredning, traumebehandling, blødninger og akutte luftveisproblemer).

Som hovedregel er sykepleier best kvalifisert til å arbeide på legevaktsentral/i legevaktlokalet sammen med legevaktlegen. Nklm mener at sykepleier som skal arbeide i legevakt skal ha minimum 2 års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opplæringsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal også ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert 5. år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. Før alenevakt i legevaktsentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst 3 måneders praksis fra legevakt. I forslag til ny akuttmedisinforskrift angis kravene til annet helsepersonell enn lege som «nødvendig helsefaglig kompetanse» og «gjennomgått tilleggsoplæring for arbeid som operatør». Nklm mener disse kravene må være betydelig mer spesifikke og sikres gjennom et opplæringsprogram utformet av Helsedirektoratet.

Sykepleiere i lederfunksjon må ha tatt videreutdanning i legevaktsykepleie eller dokumentere tilsvarende kompetanse. Dersom det ikke er mulig å få sykepleier med denne kvalifikasjonen, skal sykepleier som ansettes få tilbud om å gjennomføre videreutdanningen som del av jobben.

Medisinskfaglig ansvarlig lege er en svært viktig person for å sikre kvalitet i legevaktstjenesten, og det bør være obligatorisk krav til at vedkommende er spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.

Alle legevakter må ha et spesifisert program for opplæring og vedlikehold av kompetanse med vektlegging på medisinske vurderinger, hastegradsvurderinger, prioritering, beslutningsstøtteverktøy, medisinske nødmeldinger helseradio, rådgivning, gjeldende prosedyrer, dokumentasjon, pasientjournal, oppgavedelegering, juridiske forhold, etikk og kultur, tiltak mot diskriminering, kommunikasjon, konsultasjonsteknikk, kommunikasjonsutstyr, IKT, geografisk lokalkunnskap, samarbeidende instanser i kommune (inkludert førstereponsgrupper), spesialisthelsetjeneste, beredskapsplaner og avviksregistrering. Opplæringsprogrammet må inkludere praktisk trening under

veiledning tilpasset legene og andre legevaktansattes oppgaver, simuleringsøvelser, medlytt på telefon, samt tilbakemelding og diskusjon rundt opptak av lydlogg.

Opplæringsprogrammet for leger skal gå over to dager, og kan holdes to ganger årlig i forbindelse med ankomst av nye turnusleger. Opplæringsprogrammet for sykepleiere skal ha en varighet på minimum fem dager. Hver legevakt må ha en definert person som er ansvarlig for opplæringen av nye leger og sykepleiere. Vedlikehold av kompetansen skal gjøres med årlige fagdager.

*Nklm anbefaler:*

- Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, må være enten være spesialist i allmenntillegene eller allmenntillege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum 2 års erfaring innen allmenntillegene eller 1 år som fast ansatt legevaktlege. Andre leger kan ha selvstendig vaktkompetanse, kravene må fastsettes i forskrift.
- Lege med selvstendig vakt skal ha kurs i akuttmedisin hvert 5. år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- For vaktleger som ikke oppfyller kravene til selvstendig vaktkompetanse, plikter kommunen å etablere bakvaktordninger (veiledningsbakvakt). For leger i bakvakt gjelder de samme kompetansekravene som angitt ovenfor. Andre leger enn allmenntilleger skal ha bakvakt bare unntaksvis.
- Beredskapsbakvakt er aktuelt ved stort volum av pasienter eller lange avstander til legevaktstasjonen. Ved lange reiseavstander bør beredskapsvakten ha kompetanse til å ha selvstendig legevakt.
- Leger i legevaktordningen skal ha minimum 12 vakter i året.
- Tid til møter, intern opplæring, trening, samhandling med ambulanseteam, trening i akuttmedisinske team og annet vedlikehold av nødvendig kompetanse skal ha et omfang på minst 25 timer med lønn i året for alle legevaktleger. Minst 7 timer i året skal være praktisk trening i akuttmedisin.
- Det bør være sykepleiere som arbeider på legevaktsentral og i legevaktlokalet sammen med legevaktlegen.
- Sykepleier skal ha minimum 2 års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opplæringsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert 5. år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. Før alenevakt i legevaktsentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst 3 måneders praksis fra legevakt.
- Sykepleiere i lederfunksjon må ha tatt videreutdanning i legevaktsykepleie. Dersom det ikke er mulig å få sykepleier med denne kvalifikasjonen, skal sykepleier som ansettes få tilbud om å gjennomføre videreutdanningen som del av jobben.
- Medisinskfaglig ansvarlig lege skal være spesialist i allmenntillegene eller samfunnsmedisin.
- Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.
- Opplæringsprogram for leger bør gå over minimum to dager, og kan holdes to ganger årlig i forbindelse med ankomst av nye turnusleger. Det bør også gjennomføres minst to opplæringsvakter.
- Opplæringsprogrammet for sykepleiere skal ha en varighet på minimum fem dager.



## 7 Modeller for legevaktdistrikter: Fra teori til praksis!

Akuttutvalget ber i oppdraget Nklm utvikle skisser for lokalisering av legevakt rundt om i landet som illustrerer konsekvensene av et eventuelt krav til maksimal reiseavstand/reisetid til nærmeste legevakt. Det kan for eksempel utvikles typeeksempler på legevaktdistrikter med ulik befolkning, vanskelige geografiske, klimatiske demografiske forhold, reiseavstander etc.

I dette kapitlet forsøker vi å eksemplifisere hvordan Nklm ser for seg et mulig legevakt-Norge i fremtiden, basert på beskrivelsene og forslag til system- og funksjonskrav som finnes i kapitlene foran. Vi har på den ene siden ikke gjort noe forsøk på nøyaktig og reelt å dele landet inn i legevaktdistrikter. Det er utenfor mandatet og vi tror også det ville ha ført til diskusjoner om lokalisering som hadde brakt den videre debatten bort fra det prinsipielle og viktige: Hva og hvordan skal fremtidens legevakt være? På den andre siden vil mange lesere sikkert se for seg både den ene eller andre konkrete kommunen og distriktet når eksemplene presenteres. Vi har derfor tillatt oss å gi en rekke eksempler på hvilke konkrete geografiske områder i landet vi tror kunne tilpasses de legevakttypene vi foreslår.

### 7.1 Tre eksempler og noen særtilfeller

Vi beskriver tre hovedtyper legevaktdistrikt som skal illustrere hvordan organisatoriske virkemidler beskrevet i blant annet Handlingsplanen og kapitlene foran kan bidra til å sikre hele befolkningen en robust og tilgjengelig legevaktjeneste, både fra et medisinskfaglig-, pasientorientert- og organisatorisk perspektiv.

Et viktig forhold er at fremtidens legevaktdistrikter er uavhengige av de nåværende kommunegrensene. Hvor folk bor, og hvor sykehusene er plassert, vil være, og bør være, mer avgjørende for utformingen av legevaktdistriktene enn dagens kommunestruktur. Eksemplene beskriver legevaktorganisasjoner, ikke legevaktstasjoner. Et legevaktdistrikt kan inneholde flere legevaktstasjoner (lokaler) og dessuten ha leger i bakvakt som betjener spesifikke områder av distriktet, slik at hele befolkningen ivaretas på best mulig måte. Når vi i dette kapitlet omtaler *bakvakt*, mener vi en beredskapsvakt eller en lege som kan tilkalles ved økte legebehov, ikke undervisnings- eller veiledningsbakvakt på grunn av manglende selvstendig vaktkompetanse hos den primære vaktlegen. De to bakvakttypene kan selvsagt kombineres hos en og samme lege under en vakt.

Nklm presenterer i dette kapitlet følgendeeksempler:

<b>Distriktstype 1:</b>	<b>Legevakt i befolkningstett region</b> Maksimal reisetid til legevaktstasjon: Kort Reisetid fra legevaktstasjon til sykehus: Kort
<b>Distriktstype 2:</b>	<b>Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten</b> Maksimal reisetid til legevaktstasjon: Lang Reisetid fra legevaktstasjon til sykehus: Kort
<b>Distriktstype 3:</b>	<b>Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus</b> Maksimal reisetid til legevaktstasjon: Lang Reisetid fra legevaktstasjon til sykehus: Lang

Nklm mener at alle fremtidige legevaktdistrikter kan passe inn i minst et av de tre eksemplene, eventuelt med lokale tilpasninger der elementer fra flere av eksemplene kombineres. Vi har også omtalt noen særtilfeller (storbyene, de «ekstreme» og randsone- og kommunegrenseproblematikk).

Dersom alle legevakter organiseres som beskrevet her, vil Norge sannsynligvis kunne deles inn i 75 ± 25 legevaktdistrikter. Antall legevaktstasjoner vil anslagsvis bli 100-150.

### 7.2 Pasienteksempler

I tilknytning til distriktstypene omtaler vi håndtering av noen typiske pasientgrupper. Medisinsk sett like tilfeller kan representere ulike utfordringer i ulike legevaktdistrikt, utfra geografi og reiseavstand, avstand til sykehus og ambulanse, kompetanse, tid på døgnet eller lokale avtaler og ordninger. Det

store flertallet av legevakthenvendelser bør imidlertid behandles tilnærmet likt uavhengig av legevaktdistriktet.

### 7.2.1 Eksempler på pasienter som håndteres (tilnærmet) likt uavhengig av distriktstyper

De aller fleste legevakthenvendelser er av denne typen, der det medisinske innholdet i problemstillingen er det sentrale, uavhengig av organisatoriske og geografiske forhold. Tabell 5 viser noen eksempler på slike tilstander.

**Tabell 5. Eksempler på tilstander som håndteres (tilnærmet) likt uavhengig av distriktstype**

Tilstand	Beskrivelse	Løsning	Kommentar
<b>Øvre luftveisinfeksjon</b>	Jente på 3 år med høy feber siste døgn og smerter i høyre øre	Telefonkonsultasjonen med sykepleier i legevaktsentralen avklarer situasjonen og hastegraden. Foreldre får generelle råd om oppfølging i samsvar med Telefonråd	Hyppigere bruk av telefonkonsultasjon vil kunne avlaste legevakten, også i sentrale strøk. Beslutningsstøtteverktøy med kvalitetssikrede råd bør være tilgjengelig for mange vanlige problemer
<b>Akutte magesmerter hos arbeidsinnvandrere</b>	Polsk mann i 40-årene kommer direkte til legevakta. Han er smertepåvirket og holder seg for magen. Snakker minimalt norsk eller engelsk	Pasienten undersøkes og avklares av vaktlegen. Nødvendige undersøkelser og laboratorieprøver gjøres lokalt. Bruk av telefontolk	Tilstedevakt må ta seg av pasienter som selv møter opp på legevakten med akutte tilstander. Nødvendig undersøkelses- og laboratorieutstyr må finnes. Gode rutiner for tolketjenester
<b>Ryggsmarter med utstråling til høyre lår og legg, men uten lammelser</b>	Mann på 45 år som har hatt smerter i ryggen et par dager. Tidligere hatt isjias. Har dårlig effekt av paracetamoltabletter. Han trenger sykmelding og smertestillende	Telefonkonsultasjon med sykepleier, eventuelt vaktlegen. Generelle råd om smertestillende og andre tiltak. Tilbys time hos fastlegen neste dag, men vil ordne det selv	Legevakten bør ha mulighet til å sette opp time hos fastlege påfølgende virkedag
<b>Kutt i huden</b>	Kvinne på 53 år som har kuttet seg i armen med kjøkkenkniv, 3 cm kutt som spriker og blør	Bes om å komme til legevakten til et bestemt tidspunkt om 1-2 timer for å sy såret	Legevakten bør prioritere pasientene og gi tilbud om omtrentlig oppmøtetid for å redusere ventetid i legevaktlokalet
<b>Insulindosering av sykehjemsbeboere</b>	Sykepleier på sykehjem ringer om høyt blodsukker hos insulinbrukende pasient med diabetes som behandles for en infeksjon	Legevaktlegen har telefonkonsultasjon med sykepleier. Legen doserer ekstra insulin og avtaler oppfølgende blodsuktermålinger og observasjon av infeksjonen	Legevaktlegen bør brukes mer i fremskutt posisjon i legevaktsentralen ved egne telefonkonsultasjoner. Legen bør også gi råd om og kvalitetssikre sykepleierråd i ettertid, enten ved medlytt eller ved å signere journalnotater

Det må forventes at de aller fleste legevakter har kompetanse til å ta seg av disse tilfellene til enhver tid og å gi pasientene et likeverdig medisinsk tilbud.

### 7.2.2 Eksempler på tilstander der håndteringen kan avhenge av distriktstype

For en del vanlige, men relativt alvorlige tilstander, vil legevaktorganiseringen kunne påvirke hvordan håndteringen blir gjort lokalt. Tabell 6 viser noen eksempler på slike tilstander.

**Tabell 6. Eksempler på tilstander der håndteringen kan avhenge av distriktstype**

Tilstand	Beskrivelse
<b>Trafikkulykke</b>	To biler har kollidert front mot front på Europaveien. Føreren av den ene bilen er bevisstløs og sitter fastklemt i bilen. Føreren av den andre er bevisst og uten ytre tegn til skade, men virker forvirret. To andre passasjerer klager over nakkesmerter. Tid: Onsdag kl. 17.15
<b>Brystmerter</b>	Kvinne i 60-årene har fått akutte, sterke smerter i brystet, smertene stråler opp mot kjeven. Kvalm og blek. Sted: Hjemme hos pasienten. Tid: Lørdag kl. 11.30.
<b>Mistanke om lårhalsbrudd</b>	82 år gammel dement kvinne som har falt ut av sengen. Klarer ikke å stå på venstre fot. Smerter når hun beveger hoften. Sted: Sykehjem. Tid: Onsdag kl. 22.30
<b>Urinretensjon (får ikke late vannet)</b>	84 år gammel dement mann som er operert for prostatakreft. Han har ikke klart å late vannet siden i går kveld. Sterk smerte i nedre del av magen, engstelig for at blæren skal sprenges, urolig. Sted: Hjemmet. Tid: Søndag kl. 20.30
<b>Rus/psykiatri</b>	Kvinne som ringer fra annen kant av landet. Hennes bror (52 år gammel) som bor i legevaktdistriktet, har sendt en SMS om at han vil ta livet sitt. Kvinnen opplyser at broren har alkoholproblemer. Tid: Torsdag kl. 18.30
<b>Lungebetennelse hos skrøpelig eldre</b>	Pleietrengende kvinne på 78 år med alvorlig hjertesvikt har fått høy feber, hoste, surklende respirasjon og er blitt uklar. Det er tatt blodprøve som viser kraftig infeksjon (CRP: 110). Sted: Sykehjem. Tid: Fredag kl. 22.00

Omtalen under de ulike distriktstypene er ment å skulle anskueliggjøre hvordan lokale forhold spiller inn i håndteringen av i utgangspunktet like medisinske tilfeller. I noen tilfeller angir vi alternative løsninger utfra ulik avstand, tidspunkt, sted o.l.

## 7.3 Distriktstype 1: Legevakt i befolkningstett region

Dette er legevakter med kort maksimal reisetid til (nærmeste) legevaktstasjon. Reisetiden til sykehus fra både pasientens hjemsted og legevaktstasjonen er vanligvis kort.

### 7.3.1 Kjennetegn og mulige geografiske områder

Dette vil være legevakter i det sentrale Østlandsområdet og rundt de største byene i landet. Ingen eller svært få av innbyggerne vil ha reisevei over maksimalkravene. Det store folketallet gir grunnlag for flere legevaktstasjoner i tillegg til hovedstasjonen, slik at reisetiden blir kort for de aller fleste.

Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Østfold, Akershus, Oslo, Drammensregionen, Mjøs-regionen, Vestfold, Grenland, Stavangerregionen, Bergensregionen og Trondheimsregionen. Over halvparten av befolkningen vil kunne dekkes av slike legevakter, men anslagsvis bare ca. 10 prosent av arealet i Norge. Vi antar at det vil kunne bli 10-15 slike legevaktdistrikter, vanligvis med minst 200 000 innbyggere, men modellen kan også brukes ved færre innbyggere.

### 7.3.2 Noen utfordringer for denne legevakttypen

Erfaring tilsier at det er vanskelig å få fastlegene til å delta i vakt i sentrale strøk. Samtidig er det ikke nødvendigvis ønskelig at alle deltar fordi hver enkelt lege får vakt for sjeldent. I tillegg blir det veldig mange som må få opplæring, bli oppdatert på prosedyrer, delta i trening mv. I byer med store sykehus og i universitetsbyer med legeutdanning er det god tilgang på andre leger som ønsker å jobbe i legevakt. Dette kan føre til at en stor andel av legevaktkonsultasjonene utføres av vikarer, turnusleger, sykehusleger og leger i ikke-kliniske stillinger. Det må være en uttalt målsetting at flest mulig av

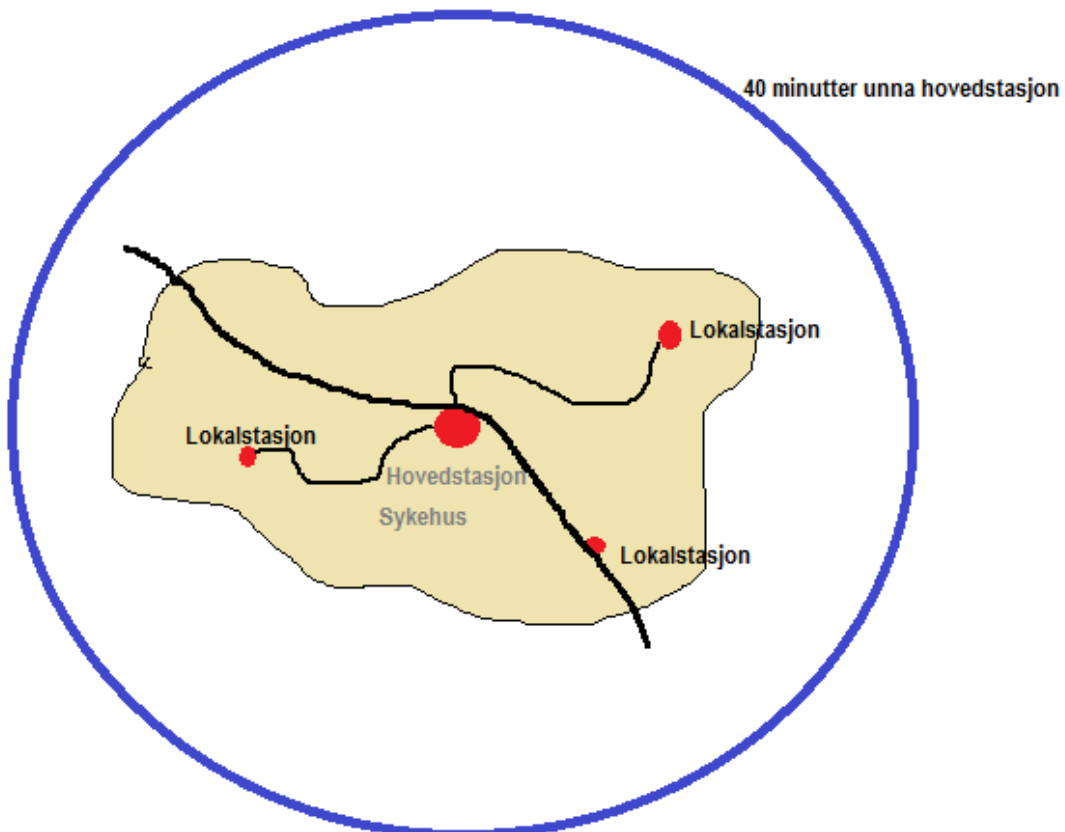
vaktene utføres av spesialister i allmenntilmedisin og av fastleger og turnusleger under utdanning, i tråd med Stortingets og akuttmedisinforskriftens forutsetninger.

Kort avstand og mange pasienter uten fastlege lokalt bidrar til høy andel ikke-akutte tilfeller og overforbruksproblematikk. Det kan også bli stort innslag av pasienter som ikke har fastlege i distriktet, men som trenger oppfølging i primærhelsetjenesten av den akutte tilstanden utover førstegangsvurderingen. Dette kan medføre at daglegevakten får mange «kontroller» som egentlig burde vært håndtert andre steder. Store legevakter kan ofte få et stort tilsig av pasienter som kommer direkte på døren. Denne utfordringen må møtes med målrettede tiltak i form av opplysningskampanjer og informasjon til de som kommer. Det finnes eksempler på større legevakter som har endret kontaktmåten radikalt fra oppmøte til telefonhenvendelse. Positive virkemidler kan være tildeling av omtrentlig time per telefon og prioritering av de som har fått og kommer til slik time. Ved planlegging av nye lokaler, bør slike legevakter ikke ligge så sentrumsnært at de ligger i «vrimlearealet» for uteliv og kulturtilbud. Nye legevakter kan godt ligge noe utenfor bykjernen, men med gode kommunikasjonslinjer for kollektivtransport og privatbil.

### 7.3.3 Beskrivelse av en tenkt legevakt etter distriktstype 1

Denne legevakten i det sentrale Østlandsområdet har et nedslagsområde på ca. 230 000 innbyggere. Det er fire byer i distriktet. Den største byen har ca. 50 000 innbyggere og har et stort sykehus med samme nedslagsfelt som legevakten. Det er ingen fjelloverganger eller ferger i distriktet, men bomstasjoner må passeres ved reise mellom byene. Figur 7 viser en prinsippskisse for legevaktdistriktet, med legevaktens hovedstasjon og tre lokale vaktstasjoner

**Figur 7. Et tenkt legevaktdistrikt etter distriktstype 1. Ringen viser at hele distriktets befolkning har mindre enn 40 minutters reisevei til nærmeste legevaktstasjon, de aller fleste betydelig kortere tid.**



### 7.3.4 Beskrivelse av den akuttmedisinske beredskapen utenom legevakten

Helseforetaket har fem ambulansestasjoner i distriktet. Disse er plassert ved alle fire legevaktstasjonene og i tillegg er det ambulanse på et annet tettsted i legevaktdistriktet. Målet er at ambulansen skal ha maksimal responstid på 15 minutter for 90 % av de røde henvendelsene. Alle ambulansene er i døgndrift og bemannet med ambulansarbeidere med fagbrev.

Det er ikke luftambulansebase i distriktet, men maksimal utrykningstid for legehelikopter er 20-30 minutter. Akuttmedisinsk avdeling på sykehuset disponerer en ambulanse/kommandobil som kan rykke ut med anestesilege og sykepleier ved større og alvorlige hendelser (katastrofer).

Brann- og redningsetaten har seks brannstasjoner. Alle stasjoner har akuthjelperfunksjon ved at det finnes hjertestarter og oksygenutstyr og hvert vaktlag har minst en person som er opplært i bruken. Hovedbrannstasjonen har redningsdykkerbil, men det er ikke full dekning av redningsdykker på alle vaktskift.

Det er godt og formalisert samarbeid mellom nødetatene og Sivilforsvaret samt frivillige organisasjoner som Røde Kors Hjelpekorps, Norsk folkehjelp og frivillige redningsdykkere.

### 7.3.5 Legevaktorganisasjonen

En slik stor legevaktorganisasjon er en stor arbeidsplass med mange ansatte. Legevaktsentralen (116117) er samlokalisert med hovedstasjonen og det er integrerte vakter («stasjoner») slik at sykepleierne sirkulerer mellom legevaktsentral, resepsjonen og klinisk arbeid (lab, skiftestue, akuttrom, legeassistanse). Det er en stor administrasjon, det er ansatt legevaktsjef, FOU-lege og flere faste overleger som er spesialister i allmennmedisin. Det er også ansatt en spesialist i indremedisin. Disse har i utgangspunktet dagarbeidstid og har ikke vaktplikt, men flere deltar i vaktssystemet frivillig. Det er også ansatt fagutviklingssykepleiere, en på heltid og flere i delte stillinger sammen med andre legevaktoppgaver.

Sengeavdelingen for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (kommunalt akutt døgnopphold, KAD) er lokalisert i legevaktens hovedstasjon. Her er det 20 senger. I tillegg er det akuttseng-enheter ved tre større sykehjem i distriktet. Sengeavdelingen er bemannet med eget fast ansatt personale, inkludert egen vaktordning for leger, med flere overleger. Det er inngått avtale om fellesbruk av personalressurser ved behov, slik at KAD-lege kan avlaste legevakten når legevaktlegen rykker ut, eller ved stor pågang.

I samarbeid med Pleie- og omsorgstjenesten og KAD-enheten er det ansatt spesialisykepleier for smertebehandling og palliativomsorg ved legevakten. Disse har først og fremst veiledningsoppgaver overfor andre, men det er bemanning med slik kompetanse alle hverdager fra kl. 08-22 og fire timer lørdager og søndager. Det er også et kommunalt psykiatriteam som samarbeider tett med legevakten. Det er egen vaktordning for sykehjemsleger på kveldstid og på dagtid i helgene, slik at legevakten belastes i liten grad med henvendelser fra sykehjemmene, unntatt om natten.

#### *Hovedstasjonen*

Legevaktens hovedstasjon er åpen til alle tider. Den ligger i distriktets største by, i umiddelbar nærhet til sykehuset, i en egen bygning bygget for formålet.

Hovedstasjonen samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten. I samme bygning har helseforetaket sitt psykiatriske akutt-team. Det er røntgentjeneste på hovedstasjonen etter avtale med foretaket, med radiograf på vakt kl. 08-22 alle dager. Det blir gjort de enkleste undersøkelsene, med vekt på skjelettrøntgen for skader med mistanke om brudd. Bilder tolkes lokalt eller overføres til sykehuset for tolkning hos radiolog der. Den skadekirurgiske poliklinikken ligger ved sykehuset, men legevakten forsøker å ta seg av alle bløtdelsskader og noen vanlige og enkle bruddskader. Ellers henvises pasienten til sykehuset etter røntgen og/eller klinisk vurdering.

Hovedstasjonen har et velutstyrt laboratorium for de fleste kliniske problemstillinger, inkludert syre-base-apparat og de fleste relevante klinisk-kjemiske analyser, og samarbeider med KAD-avdelingen om dette. Legevakten har ultralydapparat som betjenes av indremedisiner på dagtid, men en del av vaktlegene har ultralydapparat på fastlegekontoret og har i tillegg fått opplæring i relevante akuttvurderinger, slik at det ofte er lege med ultralydkompetanse på vakt. Det er flere rom med observasjonssenger (ikke KAD-senger) der pasienter kan observeres i inntil 4-6 timer.

Det er to uniformerte legevaktbiler, den ene for utrykningsbruk, den andre for sykebesøk og andre legevaktoppdrag. Det er ansatt tre ambulansesarbeidere ved legevakten og noen sykepleiere har kompetansebevis for utrykningskjøretøy. Det skal alltid være utrykningssjåfør tilstede. Legevaktlege ved hovedstasjonen skal som hovedregel rykke ut ved rød respons, enten sammen med ambulanse eller ved å benytte legevaktbil. Dessuten kjøres en god del sykebesøk, mest til institusjoner

Gjennom avtaler med fastlegene er det laget gode rutiner for fastlegeansvaret på dagtid. Innbyggerne i legevakt-distriktet skal ivaretas på sine respektive fastlegekontor, som en del av listeansvaret innenfor normalåpningstiden, for all øyeblikkelig hjelp. Det er likevel en akseptert praksis at ved skader som åpenbart trenger røntgenundersøkelse, så ringer de fleste direkte til legevaktsentralen. Fastlegene har ikke utrykningsplikt på dagtid, og er ikke tilgjengelig på nødnettet i normalarbeidstiden.

Kommunen har oppfordret fastlegekontorene om å ha åpent på ettermiddag noen dager i uken, de største hver dag, for å tilby ettermiddags- og kveldstimer til egne pasienter, inkludert noen akutt-timer, som dermed avlaste legevakten. Legevakten har god oversikt over hvilke kontorer det gjelder og åpningstidene, slik at legevaktsentralen kan videreformidle til disse på dagtid og tidlig ettermiddag.

Det finnes en kommersiell legevaktaktør som reklamerer med «legevakt» alle dager kl. 16-22, inkludert tilbud om sykebesøk. Firmaet tilbyr familiemedlemskap og har også firmaavtaler (forsikringsordning).

Gjennom en flerårig prosess har man klart å få avtaler slik at så godt som alle vakter ved legevakten dekkes av distriktets fastleger. Det er daglegevakt alle ukedager på hovedstasjonen. Daglegevakten har ansvar for utrykninger ved rød respons og skal håndtere pasienter som ikke har fastlege i distriktet (turister, studenter, pendlere etc.). Både daglegevakt og legevakt utenom normal arbeidstid inngår i legevaktturnusen for fastlegene som tilhører legevakt-distriktet, og legevakt kan utgjøre hele eller deler av deres obligatoriske kommunale tjeneste. Dette inngås som individuelle avtaler med den enkelte fastlege.

### *Lokalstasjonene*

I tre byer/forsteder i legevakt-distriktet (med ca. 25 000 innbyggere hver) er det lokale legevaktstasjoner. De er samlokalisert med et fastlegekontor, og det er en viss sambruk av «infrastruktur» som venterom, personalgarderobe og personalrom, samt mulighet for å bruke enkelte instrumenter og laborieutstyr etter noe ulike avtaler ved de tre stasjonene. Men legevaktstasjonen fremstår som en egen enhet, med egne legekontor, ekspedisjon og skiftestue til hver stasjon, og dataanlegget er koblet opp mot hovedvaktstasjonen, ikke det samlokaliserte fastlegekontoret. Hver av de lokale legevaktstasjonene bemannes av en vaktlege og en sykepleier. Åpningstiden er kl. 16-22 hverdager, og 12-18 helgedager. Som hovedregel er det fastleger i nærområdet som skal gjøre sin legevaktstjeneste ved de lokale stasjonene. For å sikre at vaktplanene dekkes opp i henhold til krav om maksimal vaktbelastning, kan imidlertid fastlegene måtte utføre legevakt ved hvilken som helst av legevaktstasjonene i distriktet. Alle vaktleger må imidlertid ha minst 12 legevakter i året ved hovedstasjonen, samt delta i opplæring, trening og administrative møter på linje med de andre.

Hensikten med lokalstasjonene er å gi befolkningen et tilbud som ligger nærmere hjemmet, med mindre behov for transport. Ved større skader, mistanke om brudd o.l. kanaliseres vanligvis pasienten av legevaktsentralen til hovedstasjonen. Likeledes tar man helst pasienter som trolig trenger lang tid, observasjon eller med atferdsproblemer direkte til hovedstasjonen, eksempler er akutt ruspåvirkning, alvorlig psykiatri, kols-pasienter o.l. Legevaktsentralen forsøker vanligvis å sørge for et jevnt

aktivitetsnivå på lokalstasjonene, delvis ved å tilby pasienter time på stasjonen som ikke er den nærmeste.

Lokalstasjonene skal først og fremst utføre legevaktkonsultasjoner etter telefonvurdering fra legevaktsentralen som ligger ved hovedstasjonen. Timelisten ved lokalstasjonen administreres av legevaktstasjonen og det arbeides aktivt for å hindre direkte oppmøte til lokalstasjonene. Vaktlegene på lokalstasjonene er tilkoblet nødnett, og kan etter vurdering fra utrykningsansvarlig lege ved hovedstasjonen kalles ut ved akutte oppdrag eller reise i sykebesøk.

#### *Vaktbemanning*

Ved hovedstasjonen er det på dagtid hverdager 2 vaktleger i tillegg til fast ansatte overleger. Det er 3 sykepleiere, hvorav 2 til legevaktsentralen. På ettermiddag/kveld om hverdage er det 3 leger til legekonsultasjoner, 1 lege til telefonkonsultasjoner (og konsultasjoner ved ledig kapasitet), 1 lege ansvarlig for sykebesøk og utrykning på rød respons, samt 6 sykepleiere (hvorav 2 til legevaktsentralen). Om natten (kl. 23-08) er det 2 leger til legekonsultasjoner, 1 lege til telefonkonsultasjoner, sykebesøk og utrykning på rød respons, samt 4 sykepleiere (hvorav 2 til legevaktsentralen).

Den ene lokalstasjonen har to legekontorer, og i perioder med stor pågang eller i «epidemisituasjoner» kan denne stasjonen bemannes med 2 leger.

Det er i alt nærmere 100 vakter for lege som skal dekkes i løpet av en uke. Men det er nærmere 300 fastleger i distriktet. I tillegg kommer 25 turnusleger og noen andre kommunale leger og andre vaktleger som har deltatt i vaktssystemet. Dersom to tredeler av legene deltar i vakt, blir det en vakt noe sjeldnere enn annenhver uke. Dersom en har en ordning med noen fast ansatte legevaktleger, blir vaktbelastningen enda mindre. Det er således ikke mangel på legearbeidskraft i et slikt distrikt. En ordning der mange av legene har legevakt som sitt offentlige legearbeid har også ført til at noen har en dagvakt hver uke og en kvelds- eller nattevakt annenhver uke. Det har ytterligere redusert presset på legene.

#### **7.3.6 Særtilfelle: De store byene**

I prinsippet er storbylegevaktene i Oslo og Bergen innbefattet i denne typen legevaktdistrikt, med bydelslegevakter tilsvarende lokalstasjonene.

Særlige utfordringer for de største byene er større befolkningskonsentrasjon og pasientmengde, en langt større fastlegepool, og mange flere pasienter uten fastlegetilknytning på stedet. Disse legevaktene har fast ansatte leger, og en stor andel av fastlegene deltar ikke i vakt. Det er ikke kultur for å involvere legevaktlege i utrykning ved rød respons. Bergen har svært få sykebesøk, mens Oslo utfører mange tusen sykebesøk årlig. Det er ofte dårligere samarbeid mellom legevakslege og ambulanspersonell. Storbylegevaktene er svært store organisasjoner med flere tilleggsfunksjoner i regi av helseforetakene. Dette kan medføre at fastlegene føler distanse og problemer med å oppfatte legevakten som et primærmedisinsk tilbud. I fremtiden bør også disse legevaktene oppfylle alle krav til kompetanse og delta i den akuttmedisinske kjeden.

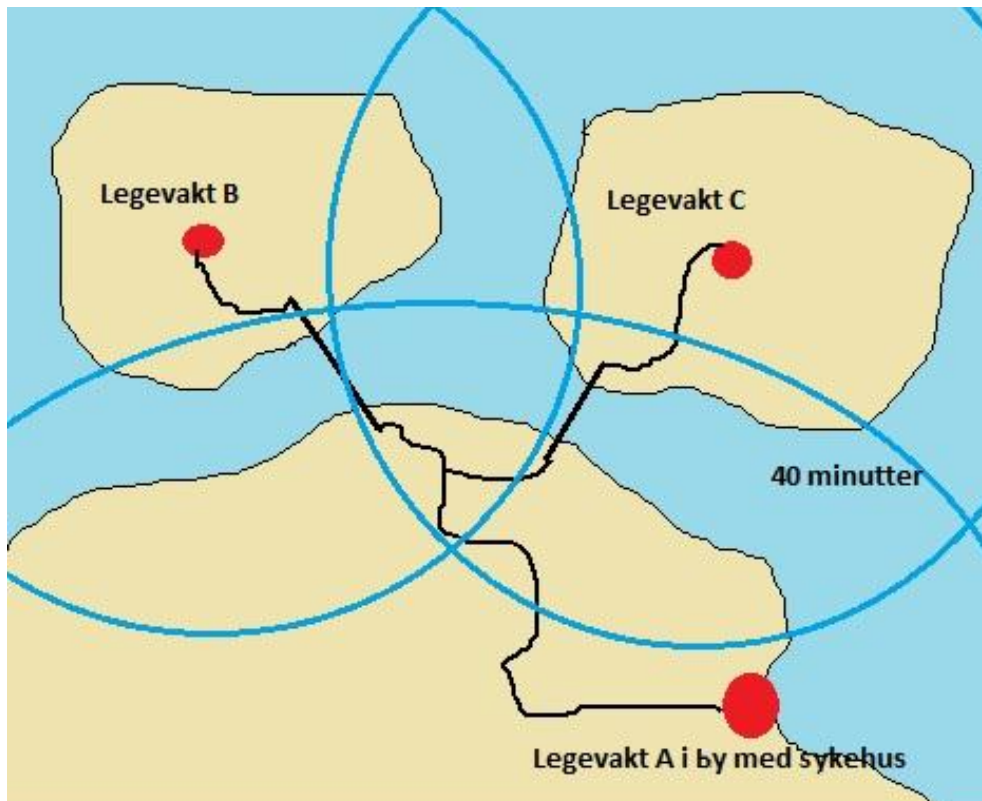
De representerer med sitt store volum og store stabsfunksjoner også muligheten for å være foregangsorganisasjoner når det gjelder modellutprøving, prosedyrer, fagutvikling og forskning.

#### **7.3.7 Særtilfelle: Randsone og kommunegrenseproblematikk**

Som et særtilfelle av distriktstype 1 tar vi med et eksempel der kommunegrenser potensielt kan forhindre den «beste» løsningen. Eksemplet illustrerer også forskjellen på ambulansetjenestens organisasjon, som ikke «kjenner» kommunegrensene, og legevaktorganiseringen, som tradisjonelt alltid følger kommunegrensene. Nklm tar i denne rapporten ikke stilling til om overordnet myndighet bør kunne påvirke legevaktorganiseringen mellom kommunene eller pålegge kommuner å samarbeide om legevakt.

Det tenkte eksemplet angår tre legevaktdistrikter, A, B og C, der A er en storkommune med 200 000 innbyggere i legevaktdistriktet, mens B og C er to landdistrikter med henholdsvis 12 000 og 18 000 innbyggere (Figur 8). På kartet er B og C tegnet som to øyer, men det kan godt være landdistrikter med fastlandsforbindelse. Det er et viktig geografisk poeng at veiene fra B og C møtes og at det så er felles hovedvei til byen og sykehus.

**Figur 8. Et tenkt legevaktdistrikt (særtilfelle) etter distriktstype 1. Ringene viser at hele distrikt A sitt areal i denne retningen har mindre enn 40 minutters reisevei til legevaktstasjonen. I distrikt B og C har også hele innbyggertallet mindre enn 40 minutters reisevei til legevaktstasjonen.**



Distrikt A kommer inn under distriktstype 1 som legevakt i befolkningstett region, med akseptable avstander til alle innbyggerne i denne regionen. Det er sykehus i bykjernen i nærheten av en døgnåpen legevakt.

Både legevaktdistrikt B og C er opprettholdt som egne legevaktdistrikter etter befolkningens og politikernes sterke ønsker. På dagtid er det et fast fastlegekontor i distrikt B og C med daglegevakt. Avstandene er små internt i distriktet, mens avstanden til sykehuset kan variere fra 35-60 minutter. Det er ambulansestasjon knyttet til legevaktstasjonene både i B og C. I tillegg har foretaket opprettet en ambulansestasjon med to ambulanser ved veikrysset. Denne dekker et stort areal i A, men er også beredskap for både B og C. Foretaket har luftet ideen om å samle alle ambulanseressursene her, men har møtt store protester fra politisk hold i B og C, som mener dette gir stort tap av beredskap.

Legevaktberedskapen i B og C er ganske lik. De har begge egen legevaktsentral, i tiden kl. 08-16 rutes anropene til 116117 til et fast legekontor i hvert distrikt. En sykepleier på hvert sted er ansatt for dette. Pasientene fordeles til fastlegekontorene. Nærmeste kontor rykker ut ved rød respons. Om kvelden til kl. 23 er hver legevaktstasjon bemannet med en lege og to sykepleiere på hvert sted, deler av tiden er det bakvakt/ekstralege for utrykning/sykebesøk.



Om natten er det alltid bare en lege og en sykepleier. En annen lege har beredskaps- og veiledningsbakvakt hjemme når det trengs. Det er ikke ansvar for KAD-senger. Begge legevakter har uniformert legevaktbil. Vaktbelastningen er akseptabel, men ikke mer, og mange mener man burde alltid ha to leger på vakt, men at det ikke er leger nok til å dekke dette. Sykepleier kan ikke delta i utrykninger om natten på grunn av hensynet til oppgavene i legevaktsentralen.

Gjennom et avisinnlegg klager en luftambulanselege på legevaktene i B og C. Legen påstår at det er altfor dårlig akuttmedisinsk service til befolkningen, at legevaktlegen stadig oftere sitter stille på legevaktstasjonen under røde responser, at bilambulansetjenesten må klare seg alene, og at luftambulansen også sjeldnere ser legevaktlegen og at problemstillingene for luftambulanselegen blir mer allmenmedisinske enn før. Anestesilegen skriver at det eneste logiske er at distrikt A, B og C blir ett legevaktdistrikt, med full samordning, og at man da bør bygge en stor legevakt ved ambulansestasjonen i veikrysset som en lokalstasjon i tillegg til hovedstasjonen i bykjernen. Da vil man få et stort, felles legevaktdistrikt på 230 000 tusen innbyggere, med ganske korte avstander og som kan forsvare et godt allmenmedisinsk og akuttmedisinsk tilbud. Det bør være én legevaktstasjon med daglegevakt og minst to leger på vakt hele døgnet. Alternativt synes vedkommende at distrikt B og C bør bygge felles legevakt ved veikrysset på distrikt As «territorium»

Responsene i det politiske miljøet i alle tre kommunene klargjør ganske snart at det ikke er interesse for å samarbeide om et felles legevaktdistrikt. Kommune A ønsker ikke samarbeid med B og C fordi det vil øke utgiftene og de ser seg godt tjent med en stor legevakt i bykjernen. Kommunene B og C ønsker samarbeid verken med A eller med hverandre, utfra argumenter om økt avstand og tap av en «god» vaktordning der de alltid har lege i kommunen.

Kort tid etter vedtar foretaket å legge ned de døgnbemannede ambulansestasjonene i B og C, og flytter disse til ambulansestasjonen ved veikrysset. Beredskap opprettholdes delvis ved at en ambulansobil stasjoneres i B og C på dagtid kl. 08-20.

Etter Nklms vurdering illustrerer dette eksemplet noen utfordringer både med å opprettholde små legevaktdistrikter, der forholdene egentlig ligger til rette for sammenslåing, og hvordan det ofte blir inngått faglige og organisatoriske kompromisser som ikke gir den nødvendige kvalitet i tjenesten. Nklm mener at nasjonale krav til legevaktstjenesten må oppfylles uavhengig av distriktets størrelse.

### 7.3.8 Pasienteksemplene

Her følger løsningsforslag og kommentarer for de seks pasienteksemplene tilpasset legevakttypen etter distriktstype 1, legevakt i befolkningstett region.

#### *Trafikkulykke*

To biler har kollidert front mot front på Europaveien. Føreren av den ene bilen er bevisstløs og sitter fastklemt i bilen, føreren av den andre er bevisst og uten ytre tegn til skade, men virker forvirret. To andre passasjerer klager over nakkesmerter. Sted: I utkanten av legevaktdistriktet, 25 minutter unna hovedstasjonen, 15 minutter unna lokal legevaktstasjon. Tid: Onsdag kl. 17.15.

Løsning: Det blir sendt trippelvarsling og redningsalarm fra AMK. De nærmeste to ambulansene og brannvesen rykker ut, og vil være på stedet innen 15 minutter. De kan starte avklaring, stabilisering og evt. transport av bevisstløs person. Luftambulanse varsles, men avventer på grunn av den korte avstanden for lokale ressurser samt det antatte skadeomfanget. Legevaktlegen rykker ut med legevaktbil fra hovedstasjonen, og ankommer noen minutter etter ambulansen. Ambulansepersonellet har konsentrert seg om den bevisstløse pasienten og stabilisering av denne. Legevaktlegen skaffer seg raskt en oversikt over situasjonen og gjør nødvendige kliniske undersøkelser av den bevisstløse pasienten, inkludert vurderinger av stabiliserende tiltak, væskebehandling og behov for transportmåte. Det vurderes slik at vaktlegen ikke følger ambulansen til sykehus. Deretter undersøker legen den andre føreren og bestemmer at ambulansen skal transportere den bevisste pasienten til hovedstasjonen for nærmere vurdering, da han virker å være i psykisk sjokk og behov for oppfølging. De to siste blir raskt

undersøkt av vaktlegen uten særlige kliniske funn, og får tilbud om konsultasjon på legevakten for å registrere skaden. Den ene ønsker det, mens den andre velger å gå til fastlegen sin i hjemkommunen neste dag hvis han føler behov for det.

**Kommentar:** Hovedstasjonen rykker ut på denne røde responsen, selv om lokalstasjon er nærmere. Det er adekvate akuttmedisinske ressurser som kommer raskt uansett, og vaktlegen ved lokalstasjonen får da ikke ødelagt utviklingen av de allerede oppsatte pasientene. Dersom ulykken var i umiddelbar nærhet av lokalstasjon eller det var åpenbar livstruende situasjon (hjertestans, stor ulykke med flere skadde o.l.) ville lokalstasjonslegen eller begge leger rykket ut. Enkelte steder vil luftambulanselege eller sykehuslege rykke ut utfra avstands- og alvorlighetsvurderinger. Både lege og ambulanspersonellet konsentrerer seg først om den mest alvorlig skadde pasienten. Legen er teamleder og ambulanspersonellet utfører oppgaver etter standard prosedyrer. Vaktlegen konsentrerer seg om kliniske vurderinger. Ved å avklare mest mulig på skadestedet, kan pasientene sorteres der og sendes direkte til rett sted (sykehus, legevaktstasjonen eller hjem). I større byer med kort vei til både legevaktstasjonen og sykehuset vil det kunne være rutine at vaktlegen ikke rykker ut, da de minst skadede selv kan ta seg frem til legevakten. Det kan likevel argumenteres for at legevaktlegen skal reise, da man ved varslingstidspunktet kan ha manglende oversikt over antall og omfang av personskader. Dessuten oppleves det at de akuttmedisinske ressursene (bil- og luftambulanse) raskt forlater skadestedet, mens lettere skadede ikke får helsearbeidere å forholde seg til på stedet.

#### *Brystsmerter*

Kvinne i 60-årene har fått akutte, sterke smerter i brystet, smertene stråler opp mot kjeven. Hun er kvalm og blek. Sted: Hjemme hos pasienten, fire minutter kjøring fra hovedstasjonen. Tid: Lørdag kl. 11.30.

**Løsning:** Legevaktlege følger ambulansen under utrykning til pasienten. EKG tas av ambulansarbeidere og sendes elektronisk til AMK. Behov for innleggelse vurderes som opplagt av legevaktlegen allerede før tilsvarende tolkning kommer fra AMK-legen. Legevaktlegen følger pasienten i ambulansen til sykehuset. Det gis standard hjerteinfarktbehandling og overvåking i ambulansen.

**Kommentar:** Det er her minimalt tidstap når legevaktlegen rykker ut sammen med ambulansen. Noen steder vil ambulanse av og til være så nær pasienten at det kan representere unødvendig tidstap å vente på legen. Akutte brystsmerter er et typetilfelle for «fast track-pasienter» der ambulanspersonellet har gode prosedyrer og kompetanse. Da kan man avtale «load and run»- strategi ved at ambulansen kjører direkte til sykehus uten involvering av legevaktlegen. I noen tilfeller der kjøretiden til akuttmottaket er så kort som antatt her, ville man knapt brukt tid på særlige behandlingstiltak utover oksygen og kanskje smertestillende.

#### *Mistanke om lårhalsbrudd*

82 år gammel dement kvinne som har falt ut av sengen. Klarer ikke å stå på venstre fot. Smerter når hun beveger hoften. Sted: Sykehjem et stykke fra legevaktstasjon. Tid: Onsdag kl. 22.30.

**Løsning:** Lege fra hovedstasjonen reiser i sykebesøk, undersøker pasienten og vurderer behov for akuttinnleggelse og smertebehandling. Bruddrisikoen vurderes som stor og det bestilles ambulanse for innleggelse i ortopedisk avdeling. Pasienten får morfin og kvalmestillende fra sykehjemmet i påvente av ambulansen og innleggelsen.

**Kommentar:** Slike pasienter bør tilbys sykebesøk for å unngå unødvendig bruk av ambulansetransport av sykehjempasienter til legevakt eller sykehus. Dessuten for å unngå unødvendig påkjenning for pasienten i form av forvirring eller smerter utløst av transporten. Dersom vaktlegen vurderer at det sannsynligvis er brudd, legges pasienten vanligvis inn med det samme. Dersom det er sent på natten og pasienten ikke er svært smertepåvirket eller det er mistanke om stor blødning, kan man vente med transport til påfølgende morgen for videre diagnostikk og behandling. Hadde hendelsen i dette

tilfellet skjedd på ettermiddagstid eller tidligere på kvelden, kunne vakthavende sykehjemslege rykket ut og utført vaktlegens oppgaver. Trolig blir for mange tilsvarende hendelser løst ved direkte rekvirering av ambulans og påfølgende transport direkte til sykehus. Ved kort vei til røntgen/sykehus kan transport, rask avklaring og tilbaketransport hvis det ikke er brudd, være adekvat, og kan avtales uten at legevaktlegen trenger å være tilstede. Mange fall av denne typen gir ikke brudd, men bløddelsskader. Det er da adekvat å avvente situasjonen til neste dag slik at lege og sykepleier som kjenner pasienten, kan foreta vurderingen, og kanskje kan akutt mobilisering ved sykehjemmets fysioterapeut settes inn.

#### *Urinretensjon*

84 år gammel dement mann som er operert for prostatakrefte. Han har ikke klart å late vannet siden i går kveld. Sterk smerte i nedre del av magen, engstelig for at blæren skal sprenges, urolig. Sted: Hjemmet. Tid: Søndag kl. 18.30.

**Løsning:** Legevaktsentralen tar kontakt med hjemmesykepleier på vakt, men ingen i vaktlaget har kompetanse på kateterisering av menn. Tilfeldigvis er det palliativsykepleier på vakt ved KAD-enheten med slik kompetanse. Hun reiser hjem til pasienten, tømmer pasientens urinblære med engangskateter, med påfølgende smertelindring. Hun vurderer pasienten som skrøpelig og ber om et ekstra tilsyn fra nattpatruljen om natten. Nattpatruljen ringer legevaktsentralen kl. 02.30. Da er pasienten igjen smertepåvirket og urolig. Lege fra hovedstasjonen drar i sykebesøk, vurderer situasjonen, legger inn permanent kateter og gir smertelindring. Det avtales med pårørende at fastlegen skal følge opp påfølgende dager, og at denne vurderer evt. videre utredning.

**Kommentar:** Legevaktsentralen forsøker å avhjelpe situasjonen på laveste omsorgs- og ressursnivå og med tilgjengelig personell. Det forsøkes å beholde pasienten i hjemmet så lenge som mulig. Sykebesøk brukes fra legevakt for å unngå unødvendig transport av skrøpelige pasienter. Etter siste vurdering av legevaktlegen, kunne innleggelse i KAD vært et alternativ.

#### *Rus/psykiatri*

Kvinne som ringer fra annen kant av landet. Hennes bror (52 år gammel) som bor i legevaktdistriktet, har sendt en SMS om at han vil ta livet sitt. Kvinnen opplyser om at broren har alkoholproblemer. Sted: En av byene med lokal vaktstasjon. Tid: Torsdag ettermiddag kl. 16.30.

**Løsning:** I første omgang kontaktes pasienten av legevaktsentralen. På bakgrunn av pasientens situasjon settes samtalen til vaktlege som forsøker å få pasienten inn til konsultasjon på hovedstasjonen, selv om det er legevaktstasjon i nærheten. Pasienten er nølende og klager på manglende transport samt at det ikke er nødvendig. Vaktlegen vurderer pasienten i behov av helsehjelp og kontakter det kommunale akutt-teamet som viser seg å kjenne pasienten godt fra før. De reiser ut og har samtale med pasienten. De følger opp med samtale også neste dag.

**Kommentar:** Oppfølging av bekymringsmeldinger er viktig. Telefonkonsultasjon brukes i første omgang. Andre kommunale ressurser involveres ved behov og når det er tilgjengelig. Alternativ til kommunal psykiatritjeneste kunne være legekonsultasjon ved sykebesøk eller på hovedstasjonen. Både observasjonsseng på legevakten og KAD-seng kunne vært aktuelle tilbud her, i tillegg til akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus ved alvorlig selvmordsrisiko.

#### *Lungebetennelse hos skrøpelig eldre*

Pleietrengende kvinne på 78 år med alvorlig hjertesvikt har fått høy feber, hoste, surklende respirasjon og er blitt uklar. Det er tatt blodprøve som viser kraftig infeksjon (CRP: 110). Sted: Sykehjem. Tid: Fredag kl. 22.00

- Løsning:** Sykepleier på sykehjemmet har gjort god klinisk vurdering og tatt relevant blodprøve. Sykehjemslege er ikke på vakt, og pasienten bør ikke avvente sykehjemslegen som kommer lørdag kl. 12. Legevaktlege reiser i sykebesøk og konstaterer lungebetennelse med behov for antibiotika. Det er sykepleier med kompetanse på intravenøs behandling på nattevakt og behandlingen startes og følges opp av sykehjemslegen neste dag.
- Kommentar:** Her er det god kompetanse på sykehjemmet og pasienten kan sannsynligvis ferdigbehandles der i kjente omgivelser. Hvis pasienten var enda mer alvorlig syk måtte innleggelse i KAD-seng eller sykehus vurderes i lys av den kompetansen som er ved sykehjemmet. Hvis terminalomsorg og behandlingsavgjørelser var diskutert på forhånd, måtte slike avgjørelser følges, og pasienten eventuelt ikke behandles eller ikke flyttes.

## 7.4 Distriktstipe 2: Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten

Dette er legevaktdistrikter med lang maksimal reisetid til legevaktstasjonen. Reisetiden til sykehus fra pasientens hjemsted er kort for de fleste, men lang for et mindretall. Reisetiden fra legevaktstasjonen til sykehus er kort.

### 7.4.1 Kjennetegn og mulige geografiske områder

Dette er legevaktdistrikter hvor et stort flertall av innbyggerne bor konsentrert rundt legevakten som igjen ligger nært sykehuset. Nærområdet til legevaktstasjonen tilsvarer på mange måter distriktstipe 1, men samtidig finnes store befolkningstynne arealer med mange innbyggere som har lenger reisevei til legevaktlokalet enn krav til maksimal reisetid. Her er det behov for bakvakter på grunn av avstand, eventuelt lokale legevaktstasjoner dersom det er befolkningsgrunnlag for det.

Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Lillehammer/Gudbrandsdalen, Hamar/Hedmark, Gjøvik med omland, Tynset med omland, Kongsberg/Numedal, Arendal/indre Aust-Agder/Telemark, Kristiansand med omland, Haugesund med omland, Stord/Sunnhordland, Voss/Hardanger, Førde/Sunnfjord/Ytre Sogn, Nordfjordeid/Nordfjord, Volda/Sunnmøre, Ålesund med omland, Molde med omland, Kristiansund med omland, Orkdal, Røros med omland, Levanger/Innherred, Steinkjer, Namsos/Namdalen, Vefsn, Rana, Sandnessjøen/Midt-Helgeland, Bodø, Narvik/Ofoten, Harstad med omland, Stokmarknes/Vesterålen, Lofoten, Tromsø med omland, Hammerfest med omland og Kirkenes med omland.

Anslagsvis vil en tredel av befolkningen og om lag 40 % av landarealet kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det ville kunne organiseres 25-35 slike legevaktdistrikter i landet, vanligvis med 30 000 – 100 000 innbyggere.

### 7.4.2 Noen utfordringer for denne legevakttypen

Lav vaktledelse fra fastlegekorpsset kan være en utfordring. Dette må møtes med konstruktive prosesser sammen med tillitsvalgte og gode økonomiske og faglige tilbud. Ustabile vaktlag med varierende kompetanse og kjennskap til lokalmiljø, system, rutiner og pasientpopulasjon er kritisk for legevaktens kvalitet. Lite allmennmedisinsk erfaring, erfaring fra et klinisk miljø med annet risikospekter, og manglende kunnskap om kommunens helsetilbud hos legevaktleger som ikke er fastlege i kommunen fører erfaringsmessig til flere innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Store forskjeller i reiseavstand fører til variasjon i bruken av legevakten innad i distriktet, dette er noe legevakten bør holde oversikt over og ta hensyn til i planlegging av tjenesten. Legevaktsentralen må tilstrebe seg å legge faglige vurderinger til grunn slik at de ikke nedprioriterer tilbud til personer med lang reiseavstand, spesielt gjelder dette utrykninger og sykebesøk.

Pasienttilgangen er ofte stor, med lang ventetid på legevakten i travle perioder. Manglende kapasitet til å håndtere stort arbeidspress og samtidige akutte situasjoner flere steder i distriktet fører til at legevaktlegen har høyere terskel for å rykke ut til akutte hendelser og sykebesøk i utkanten av

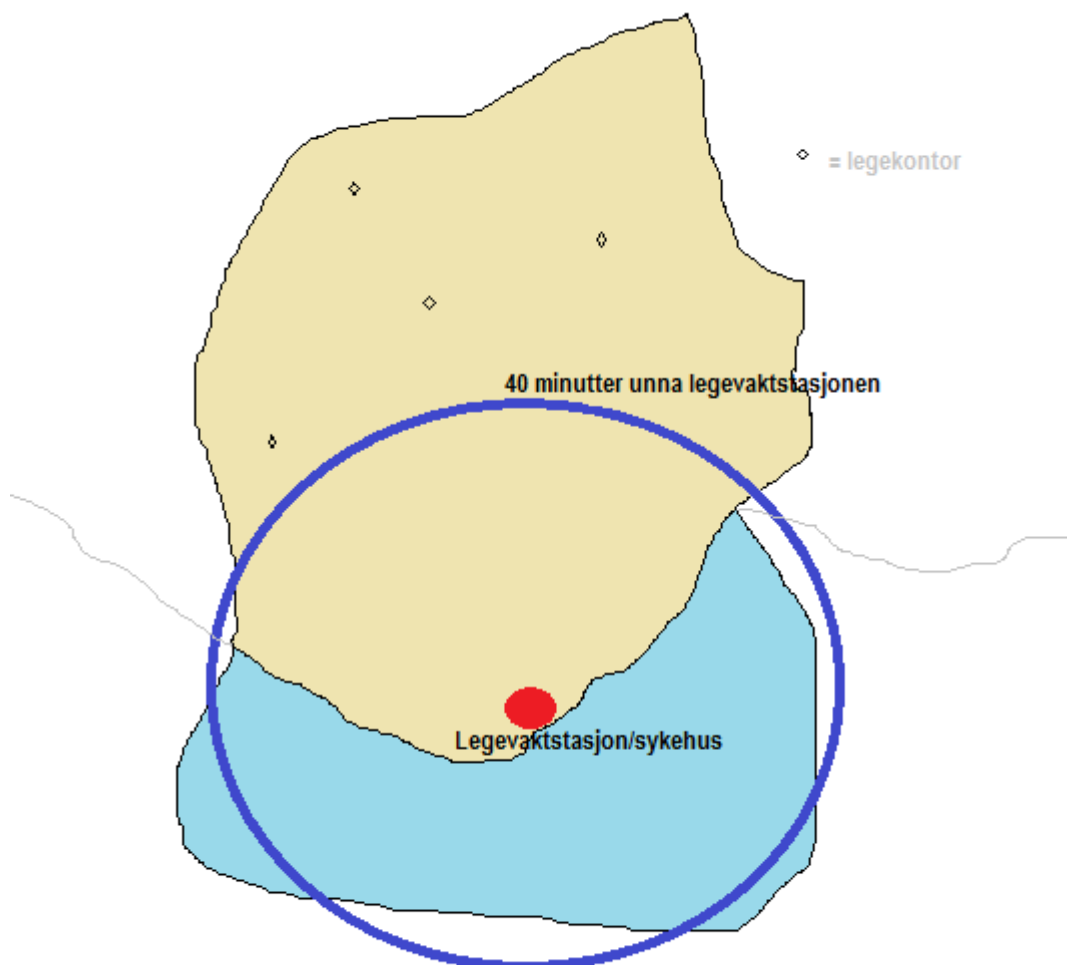
distriktet. Dette må aktivt motarbeides gjennom føring av statistikk, avviksmeldinger og personalressurser tilpasset gjennomsnittlig pågang. Ventetiden på time, på venterommet og på sykebesøk bør registreres i faste perioder.

### 7.4.3 Beskrivelse av en tenkt legevakt etter distriktstype 2

Denne legevakten betjener et område med 90 000 innbyggere. Brorparten av disse, 75 000 mennesker, bor i fire mellomstore byer langs kysten, mens de resterende 15 000 innbyggerne fordeler seg mellom tettsteder og mer spredt bebyggelse i innlandet. Noen få bor fast på øyer uten broforbindelse.

I sommermånedene nesten dobles antallet mennesker som befinner seg i kystdistriktene, med et stort tilslag av hyttefolk og tilreisende turister, både til båtliv og festivalaktiviteter, men også avsidesliggende turområder. Om sommeren er det mange som bor på øyer uten veiforbindelse, men vanligvis med kort båttur til fastlandet og vei. 90 % av befolkningen har en kjørevei på mindre enn 40 minutter til legevaktstasjonen, fra de fire kystbyene og nærliggende småsteder. Det vil si at i underkant av 10 000 mennesker har lengre reisevei til legevaktlokalet enn 40 minutter. 4 legekantor med 10 fastleger og 4 turnusleger dekker denne befolkningen, hvorav 3 fastleger er fritatt fra legevakt. Maksimal reisetid er ca. 120 minutter, dette gjelder et samfunn med ca. 1 000 innbyggere. Figur 9 viser en prinsippskisse for legevaktdistriktet, med legevaktstasjonen og de 4 fastlegekontorene i distriktet.

**Figur 9. Et tenkt legevaktdistrikt etter distriktstype 2. Ringen viser at om lag halve distriktets areal har mindre enn 40 minutters reisevei til legevaktstasjonen, men de aller fleste innbyggerne bor her.**



#### 7.4.4 Beskrivelse av den akuttmedisinske beredskapen utenom legevakten

Det er god ambulansedekning i de tettbefolkede områdene og vanligvis er det også stasjonert en ambulansetilsvarende de gamle kommunesentrene i landdistriktene. Utrykningstiden for ambulansen er mindre enn 30 minutter for 90 % av befolkningen, men maksimal utrykningstid er lang for et par tusen mennesker. Alle ambulansene er bemannet med ambulansarbeidere med fagbrev.

Det er luftambulansbase på sykehuset like ved legevaktlokalet. Flytiden er mindre enn 20 minutter til et stort befolkningsflertall, men til yttergrensene vil responstiden vanligvis være mer enn 30 minutter.

Det er godt utbygd brann- og redningstjeneste i hele distriktet. I byene er det heltidsansatt personell, mens i landdistriktene er det en kombinasjon av heltidsansatte på dagtid og deltidsansatte vaktlag ellers. Mange av brannmannskapene har førstehjelpsopplæring. Tre brannstasjoner i distriktet fungerer som akuttgjelpere med hjertestarter, men det er dårlig oversikt fra AMK over tilgjengelige hjertestartere i det meste av distriktet.

Det er godt og formalisert samarbeid mellom nødetatene og Siviltforsvaret samt frivillige organisasjoner som Røde Kors Hjelpkorps, Norsk folkehjelp og frivillige redningsdykkere. Distriktet har stasjonert flere redningsskøyter i heldøgnerberedskap. Det er tilgjengelig frivillig fjellredningsgruppe både i nærheten av luftambulansbasen og i den mest hektiske alpin- og sommersesongen også knyttet til en «turistlandsby» i det mest fjerntliggende distriktet.

I turistlandsbyen finnes også et «utekontor» for et fastlegekontor i et større tettsted nede i dalen. Kontoret ligger i tilknytning til en base for hjemmetjenesten og andre kommunale etater. Der er det også videokonferanseutstyr som kan kobles mot legevaktstasjonen. De siste årene har det vært organisert daglegevakt kl. 10-20 i disse lokalene i de mest hektiske turistukene (jule- og nyttårshelgen, vinterferien og påsken). Da har man ansatt allmennleger (vikarer) som har delt på vaktene, og det er nå en gruppe erfarne leger som går igjen år etter år.

Pleie- og omsorgstjenesten i fjellrandsonen som dekker en befolkning på om lag 2500 mennesker har organisert og utdannet akuttgjelpere. Dette er syke- og hjelpepleiere som har fått førstehjelps- og akuttmedisintidning. Det er alltid minst to slike ansatte på jobb på sykehjemmet eller i hjemmetjenestene. De har bil med hjertestarter, oksygen og noe førstehjelpsutstyr og de er tilknyttet nødnettet for alarmering. Ordningen kom i stand etter at ambulansetjenesten sentraliserte stasjonene sine og befolkningen opplevde utrykningstiden for ambulansetilsvarende som uakseptabel lang, i tillegg til at legevaktlegen var svært langt unna. Akuttgjelpere rykker ut både ved trafikkulykker og akutte medisinske tilstander.

I et annet tettsted med ambulansestasjon finnes en ubemannet reserveambulansetilsvarende som kan bemannes av en gruppe på 11 frivillige med kompetansebevis for utrykningskjøretøy og førstehjelpsopplæring, blant annet frivillige brannkonstabler. Varsling skjer ved SMS-melding fra AMK-sentralen og telefonisk tilbakemelding om hvem som rykker ut. Under utrykning har mannskapene nødnetradio. Ordningen er en avtale mellom foretaket og det lokale Røde Kors Hjelpkorps. Ordningen skal fungere som reserveløsning ved behov hvis akuttambulansen er på tur til sykehuset, noe som betyr at den kan være borte i over 4 timer.

I to av byene er det kommunalt psykiatriteam som samarbeider tett med legevakten. Det er egen felles vaktordning for sykehjemsleger på kveldstid og på dagtid i helgene for tre av de største byene, slik at legevakten belastes i liten grad med henvendelser fra sykehjemmene der, unntatt om natten.

#### 7.4.5 Legevaktorganisasjonen

Legevaktssentralen (116117) er samlokalisert med legevaktstasjonen og det er integrerte vakter («stasjoner») slik at sykepleierne sirkulerer mellom legevaktssentral, ekspedisjon og klinisk arbeid (lab, skiftestue, akuttrom, legeassistanse). Det er en passende administrasjon, det er ansatt legevaktssjef i full stilling, FOU-lege som deles med samfunnsmedisinsk stilling i kommunen og det er ansatt to faste

overleger (spesialister i allmenntilmedisin og indremedisin). Disse har i utgangspunktet dagarbeidstid og har ikke vaktplikt, men begge deltar i vaktssystemet frivillig. Det er også ansatt fagutviklingspsykiatere, en på heltid og flere i delte stillinger sammen med andre legevaktoppgaver.

Det er bare ett legevaktlokale i distriktet. Dette ligger vegg-i-vegg med sykehuset i den største byen i distriktet. Det er 12 KAD-senger fordelt på 2 lokaliteter, hvorav 10 av sengene er samlokalisert med legevakten, mens de resterende 2 ligger på sykehjemmet i et større tettsted i utkanten av distriktet. Noen fast ansatte leger roterer mellom tjeneste i KAD-avdeling og daglegevakt, en uke på hvert sted. Tilgjengelige KAD-leger kan avlaste daglegevakten når legevaktlegen rykker ut, eller ved stor pågang. Alle andre vakter dekkes av fastlegene i distriktet.

Legevaktstasjonen har et velutstyrt laboratorium for de fleste kliniske problemstillinger, inkludert relevante klinisk-kjemiske analyser, og samarbeider med KAD-avdelingen om dette. Legevakten har ultralydapparat som betjenes av indremedisiner på dagtid, men en del av vaktlegene har ultralydapparat på fastlegekontoret og har i tillegg fått opplæring i relevante akuttvurderinger, slik at det ofte er lege med ultralydkompetanse på vakt. Det er flere rom med observasjonssenger der pasienter kan observeres i inntil 4-6 timer.

Det er installert videokonferanseutstyr i forbindelse med utekontoret i «turistlandsbyen» i fjellet. Utstyret var en gave fra hotellene i bygda. Det planlegges nå utbygd med kommunale midler til flere av de mest fjerntliggende sykehjemmene eller fastlegekontorene. Sykehuset har sagt seg interessert i et spleiselag hvis sykehusspesialister kan bruke utstyret for felleskonsultasjoner og møter med fastlegene. Et mulig alternativ er å ha videoutstyret på et par av ambulansestasjoner. Dette sikrer at det er folk til stede også om kvelden og i helgene, slik at vaktlegen på hovedstasjonen kan ha noen relevante legevaktkonsultasjoner via videoutstyret, og pasienten slipper å reise den lange veien.

Fastlegene ivaretar sin øyeblikkelig hjelp-plikt på dagtid, og legevaktsentralen kan lett viderefremidle pasienter til fastlegene. Daglegevakten skal håndtere pasienter som ikke har fastlege i distriktet (turister, studenter, pendlere). I tillegg skal daglegevakten delta på utrykninger ved rød respons. Legevaktlegen skal som hovedregel rykke ut ved rød respons, legen blir med ambulanse eller benytter uniformert legevaktbil. Det har vært vanskelig å ha budsjett for fast sjåfør med kompetansebevis for utrykningskjøretøy ved legevakten. På dagtid er det inngått avtale med brannvernet som stiller med kompetent sjåfør i tidsrommet kl. 08-16. Brannstasjonen er bare to minutter kjøring unna, og vaktlegen kjører vanligvis dit for så å skifte til brannsjåføren. For ettermiddag og natt samt lørdager og søndager er det inngått en avtale med det lokale Røde Kors som stiller med sjåfør for legevaktbilen. De gjør dette på dugnad (med en liten godtgjøring fra organisasjonen), mens organisasjonen får en fast sum i året som tilskudd til sin virksomhet (kr 500 per vaktøgn).

Det er inngått avtale med de fire fastlegekontorene i de ytre delene av distriktet om daglegevakt. De har nødnetradio og akuttmedisinsk utstyr og er tilgjengelig mandag til fredag kl.08-16. Ved behov, vanligvis ved røde responser, kan disse lokale fastlegene rykke ut etter vurdering fra AMK eller utrykningsansvarlig lege på legevakten.

På bakgrunn av ROS-analyse er det opprettet bakvaktordning med vaktlege for et område som inkluderer de fleste innbyggerne som har mer enn 40 minutter reisevei til legevaktlokalet. Fastlegene i dette området har dette som sin vaktplikt, det vil si for tiden 7-delt bakvakt. For å sikre god kjennskap til rutine ved legevaktstasjonen skal de også gå 12 vakter i året ved legevaktstasjonen, men er fritatt fra all øvrig legevaktstjeneste. Bakvakten innebærer at legen skal være tilgjengelig på nødnett, og utrykningsklar ved røde responser der utrykningsansvarlig lege finner det nødvendig å kontakte bakvakten. Uniformert legevaktbil med nødvendig akuttmedisinsk utstyr er tilgjengelig for bakvakten, men ikke sjåfør. I området som dekkes av bakvakten vil det være ca. 100-200 røde responser per år, men ikke alle disse krever utrykning. I tillegg er det 50-100 andre oppdrag der det er naturlig å bruke bakvakten, selv om hastegraden er lavere. Turnuslegene i disse distriktene deltar ikke i bakvaktordningen, men har alle sine legevakter ved legevaktstasjonen. Lørdager og søndager kan det settes opp noen konsultasjoner lokalt med bakvaktlegen og det er også satt av aktiv tid på

tjenesteplanen til eventuelle sykebesøk, hvis det er behov for det. Dette gjør at en del grønne henvendelser som ikke haster, men som likevel bør håndteres i løpet av helgen, kan tas lokalt.

#### *Vaktbemanning*

På dagtid om hverdagene er det 1 lege og 3 sykepleiere (hvorav 2 til legevaktsentral), i tillegg til de faste overlegene og legevaktsjef, samt lege i KAD-enheten. Om kvelden hverdager og dag + kveld i helger er det 2 leger til legekonsultasjoner, 1 lege til telefonkonsultasjoner og konsultasjoner, 1 lege ansvarlig for sykebesøk og utrykning på rød respons, og 4 sykepleiere (hvorav 2 til legevaktsentral). Om natten fra kl. 23 er det 1 lege til legekonsultasjoner og 1 lege til telefonkonsultasjoner, sykebesøk og utrykning på rød respons. Legene dekker også akutte hendelser ved KAD-enheten om natten. Det er tre sykepleiere (hvorav to til legevaktsentral) på jobb om natten.

Det er 50-60 vakter som skal dekkes opp per uke. Det er 80 fastleger i distriktet som er naturlig i vakt ved legevaktstasjonen, legene som er aktuelle for bakvaktordningen er trukket fra. Dersom to tredeler av disse kvalifiserer for å ha legevakt og turnuslegene deltar fullt ut, blir det en vakt om lag annenhver uke. Dersom en har fast ansatte overleger som deltar eller rene vaktleger, (inkludert evt. KAD-leger) blir vaktbelastningen mindre. I tillegg kommer bakvaktlegene med sine obligatoriske stasjonsvakter.

I turistsesongen bemannes legevakten opp med en ekstra lege på dag, ettermiddag og kveld. Under festivaler og store arrangementer organiseres det et spesielt vaktlag for dette. Om sommeren da fastlegene også skal ha ferie, har man de siste årene leid inn vikarer fra et dansk vikarbyrå for å fylle vaktplanen. Alt i alt kan vaktbelastningen regnes som akseptabel til god i dette tenkte eksemplet, men om sommeren og i feriene er det problemer med nok antall leger til vaktplanen. Vikarbyråbruken om sommeren sentralt og i alpinsesongen i turistbygda er ikke ønskelig, men har vært eneste løsning til nå. Vikarene har krav om å være spesialister i allmennmedisin eller erfarne allmennleger.

#### **7.4.6 Særtilfelle: De «ekstreme»**

Noen få og små lokalsamfunn ligger så isolert til at man blant annet på grunn av værmessige forhold kan risikere å være avskåret fra transportmulighet til større legevakt eller sykehus i lengre perioder hele eller deler av året.

#### *Kjennetegn og mulige geografiske områder*

De kjennetegnes altså av at avstand til legevakt er kort, hvis den finnes, og at reisevei til sykehus er ekstremt lang og/eller upålitelig. Slike samfunn kan være egne kommuner eller del av en større kommune. Uansett må legevaktorganiseringen være slik at befolkningen både får et tilfredsstillende akuttmedisinsk tilbud og et legevakttilbud for andre problemstillinger som er oppnåelig uten urimelige anstrengelser. De fleste slike distrikter/samfunn vil ha urimelige reisetider til neste nærmeste legevaktstasjon.

Vi har ikke gjort noen nøyaktig analyse av hele landet med tanke på å identifisere alle mulige distrikter/samfunn som skal defineres som «ekstrem». Men følgende liste kan være et utgangspunkt for diskusjon, og der i alle fall elementer av problemstillinger etter denne modellen kan være aktuelle: Fedje, Træna, Leka, Røst, Værøy, Kautokeino, Karasjok, Utsira, Bykle. Stasjonene på Jan Mayen, Bjørnøya og Trollstasjonen/Antarktis har samme utfordringer, men der løses vanligvis helsetjenestetilbudet av den driftsansvarlige organisasjonen.

#### *Beskrivelse av legevakt og akuttmedisinsk beredskap*

Noen overordnede problemstillinger må finne sin løsning for slike områder:

- Hva er kommunens ansvar (legevakt, annen primærhelsetjeneste og brannvern) og hva er foretakets ansvar (ambulansetjeneste) og hvordan kan man eventuelt lage samarbeidsavtaler?
- Hva slags akuttmedisinsk utstyr skal være i dette samfunnet, inkludert transport (ambulansebil, -båt, utstyrlager)?
- Er det rimelig med lege i vakt i dette lokalsamfunnet?
- Hvilket annet helsepersonell bør være i beredskap/vakt?
- Hvilke muligheter finnes for forpliktende (avtalebasert) frivillig innsats?



Befolkningsstørrelsen er avgjørende for de fleste av vurderingene. I denne forbindelse skal vi bare se på noen vurderinger av vaktlegefunksjonen. Tilstedeværelse av lege må baseres på befolkningens størrelse og grad av utilgjengelighet. Er det uansett behov for fast primærhelsetjeneste i form av fastlege(r)? Hvis ja, er det muligheter for å lage integrerte løsninger, slik det blant annet er omtalt under distriktstype 3 (øyen), eventuelt med enda færre leger?

Det kan være aktuelt med lege(r) som har vakt på stedet over lengre perioder, kanskje mange uker i strekk om nødvendig. Slike ordninger vil blant annet kreve dispensasjon fra arbeidstidsbestemmelser, vil ha helt egne krav til avlønning og egne ordninger for at legen skal holde seg medisinfaglig oppdatert. Det kan være aktuelt med egne kompetansekrav for leger som skal delta i slike vaktordninger, f.eks. innen kirurgi og obstetikk. Forsvaret har flere typer ordninger for beredskapsleger som arbeider på sykehus i perioder som ledd i sin militære stilling (betalt av Forsvaret). Luftambulansелеger har også hatt ulike integrerte ordninger mellom beredskapsperioder med lite klinisk volum og klinisk arbeid i sykehus i perioder av en vaktplan.

Legevaktlokalet må dessuten være utrustet til å håndtere pasienter som vanligvis ville bli sendt til sykehus. Både ekstra akuttmedisinsk utstyr og telemedisinske løsninger vil være nødvendig. Kostnadene knyttet til beredskapen på slike steder er så store at det vil være naturlig at de finansieres gjennom særbevilgninger utenom kommunebudsjettet.

Rent administrativt bør de fleste slike ordninger ligge under et større legevakt-distrikt hvor hovedstasjonen ligger tett opp mot et sykehus som i distriktstype 2. Dette vil blant annet sikre ekstra tilgang på legeressurser i spesielle situasjoner, og sikre at legene som deltar blir en del av et større fagmiljø.

I skrivende stund finnes legevakt med egen lege på Leka (556), Træna (489), Værøy (777) og Røst (566), innbyggertall i parentes. Fedje (561) og Utsira (211) har fastlege, men inngår i et interkommunalt legevakt-distrikt.

#### 7.4.7 Pasienteksemplene

Her følger løsningsforslag og kommentarer for de seks pasienteksemplene tilpasset legevakttypen i distriktstype 2.

##### *Trafikkulykke*

To biler har kollidert front mot front på Europaveien. Føreren av den ene bilen er bevisstløs og sitter fastklemt i bilen, føreren av den andre er bevisst og uten ytre tegn til skade, men virker forvirret. To andre passasjerer klager over nakkesmerter. Sted: I utkanten av legevakt-distriktet, 90 minutter unna legevaktstasjonen, 25 minutter unna bakvakten. Tid: Onsdag kl. 17.15.

**Løsning:** Det blir sendt trippelvarsling og redningsalarm fra AMK. Den nærmeste ambulansen og brannvesen rykker ut, og vil være på stedet innen 25 minutter. De kan starte avklaring, stabilisering og evt. transport av bevisstløs person. Luftambulanse varsles, men er i retur fra Oslo og vil fly i møte med antatt landingstid om 40 minutter. Akutthjelp fra pleie og omsorg varsles over nødnetradio og rykker ut. Den nærmeste personen har bare 10 minutter kjøretid. Når hun er fremme, sikrer hun luftveier hos den bevisstløse pasienten og blir hos ham inntil brannvernet kommer og får han frigjort. Hun gir også ordre til tilskuere om å organisere og sikre skadestedet, få oversikt over de tilskadekomne og å gi tilbakemeldinger over nødnettet til de enhetene som er underveis. Legevaktlegen sentralt alarmerer bakvakt som rykker ut og ankommer omtrent samtidig med ambulanse og brannvern. Legevaktlegen skaffer seg raskt en oversikt over situasjonen og gjør nødvendige kliniske undersøkelser av den bevisstløse pasienten, inkludert vurderinger av stabiliserende tiltak, væskebehandling og behov for transportmåte. Det vurderes slik at vaktlegen følger ambulansen til sykehus, med planlagt møte med luftambulansen på avtalt sted. Legen og ambulansen returnerer deretter til skadestedet. Den andre ambulansen transporterer den bevisste

pasienten til legevaktstasjonen for vurdering, da han virker å være i psykisk sjokk og behov for oppfølging og er fra byen der. De to siste blir raskt undersøkt av vaktlegen uten særlige kliniske funn, og får tilbud om konsultasjon på legevakten for å registrere skaden. Den ene ønsker det, mens den andre velger å gå til fastlegen sin i hjemkommunen neste dag hvis han føler behov for det. Før innsatspersonellet forlater skadestedet har alle en kort oppsummering og diskusjon av hendelsen og en opplisting av tre bra og tre litt mindre bra forhold ved innsatsen. Dette er i tråd med et opplegg som har vært gjennomført noen ganger med godt resultat.

**Kommentar:** Bakvakten rykker ut på denne røde responsen, sammen med alle tilgjengelige akuttmedisinske ressurser som kan ankomme raskt. Både lege, brann- og ambulanspersonellet konsentrerer seg først om den mest alvorlig skadde pasienten. Legen er teamleder og ambulanspersonellet utfører medisinske oppgaver etter standard prosedyrer. Vaktlegen konsentrerer seg om kliniske vurderinger. Vaktlegen følger med i ambulansen på grunn av lang avstand og uavklart klinisk situasjon og alvorlighetsgrad. Vaktlegen gjennomfører raske kliniske vurderinger av de tre andre før avreise. Ved å avklare mest mulig på skadestedet, kan pasientene sorteres der og sendes direkte til rett sted (sykehus, legevaktstasjonen eller hjem).

#### *Brystsmerter*

Kvinne i 60-årene har fått akutte, sterke smerter i brystet, smertene stråler opp mot kjeven. Hun er kvalm og blek. Sted: Hjemme hos pasienten, 100 minutter kjøring fra legevaktstasjonen, 15 minutter fra bakvakten og 15 minutter fra ambulansen. Tid: Lørdag kl. 11.30.

**Løsning:** Legevaktlege (bakvakt) og ambulansen rykker til pasienten. EKG tas av ambulansarbeidere og sendes elektronisk til AMK. Behov for innleggelse vurderes som opplagt av legevaktlegen allerede før tilsvarende tolkning kommer fra AMK-legen. EKG viser hjerteinfarkt med behov for rask koronar intervensjon («blokking») og luftambulanse varsles. Behandling startes etter vanlige prosedyrer. Legevaktlegen følger pasienten enten i ventetid til luftambulanse, i ambulansen inntil møte med luftambulanse eller helt frem til sykehuset hvis luftambulanse ikke kan komme, eller hvis EKG ikke viste akutt infarkt med like raskt behandlingsbehov.

**Kommentar:** Det er litt tilfeldig om legevaktlegen eller ambulansen kommer først. Noen steder vil ambulansen være nær pasienten og det kan representere unødvendig tidstap å vente på legen. Akutte brystsmerter er et typetilfelle for «fast track-pasienter» der ambulanspersonellet har gode prosedyrer og kompetanse. Men lang ambulanskjøring direkte til sykehus med høyrisikopasient er indikasjon for å involvere legevaktlegen. I noen distrikter vil legevakten i samarbeid med ambulansetjenesten og hjerteavdelingen ha opplæring i trombolysbehandling, både på grunn av avstand og ofte usikre flyforhold om vinteren o.l.

#### *Mistanke om lårhalsbrudd*

82 år gammel dement kvinne som har falt ut av sengen. Klarer ikke å stå på venstre fot. Smerter når hun beveger hoften. Sted: Sykehjem 90 minutter fra legevaktstasjonen. Tid: Onsdag kl. 22.30.

**Løsning:** Lege fra legevaktstasjonen reiser i sykebesøk, undersøker pasienten og vurderer behov for akuttinnleggelse og smertebehandling. Bruddrisikoen vurderes som stor og det bestilles ambulanse for innleggelse i ortopedisk avdeling. Pasienten får morfin og kvalmestillende fra sykehjemmet i påvente av ambulansen og innleggelsen.

**Kommentar:** Slike pasienter bør tilbys sykebesøk for å unngå unødvendig bruk av ambulansetransport av sykehjempasienter til legevakt eller sykehus. Dessuten for å unngå unødvendig påkjenning for pasienten i form av forvirring eller smertefull transport. Bakvakten brukes ikke på grunn av relativ lav hastegrad, men kan vurderes. Dersom vaktlegen vurderer at det sannsynligvis er brudd, legges pasienten vanligvis inn med det samme. Dersom det er sent på natten og pasienten ikke er svært smertepåvirket, kan man vente med transport til påfølgende morgen for videre

diagnostikk og behandling. På grunn av lang reisetid og tidsbruk (over 4 timer borte fra legevaktstasjonen), er det tidseffektivt å prøve å gjøre noen undersøkelser per telefon ved hjelp av sykepleier på sykehjemmet. Dersom bruddsjansen er økt etter slik innledende undersøkelse, kan man rekvirere ambulans og påfølgende transport direkte til sykehus, da sjansen for innleggelseskonklusjon etter sykebesøk er stor.

#### *Urinretensjon*

84 år gammel dement mann som er operert for prostatakreft. Han har ikke klart å late vannet siden i går kveld. Sterk smerte i nedre del av magen, engstelig for at blæren skal sprenges, urolig. Sted: Hytte på veiløs øy om lag 20 minutter båtut fra kai nær legevaktstasjonen. Tid: Søndag kl. 18.30.

**Løsning:** Legevaktssentralen tar kontakt med redningsskøyta som er ledig. Kapteinen tilbyr seg å skyss vaktlegen til øyen. Vaktlegen drar i sykebesøk med redningsskøyta, vurderer situasjonen, legger inn permanent kateter og gir smertelindring. Det avtales med pårørende at fastlegen skal følge opp påfølgende dager, og at denne vurderer evt. videre utredning.

**Kommentar:** Legevaktssentralen forsøker å finne praktiske ordninger for å få vurdert pasienten. Vil ikke sende hjemmesykepleier med båt, dersom det likevel skulle vise seg behov for legekompentanse. Det anses ikke som formålstjenlig å be pårørende skyss pasienten til byen i tilgjengelig cabin cruiser i denne situasjonen. Det forsøkes å beholde pasienten i hjemmet så lenge som mulig. Sykebesøk brukes fra legevakt for å unngå unødvendig transport av skrøpelige pasienter. Etter vurdering av legevaktlegen, kunne innleggelse i KAD vært et alternativ. Pasienten hadde da blitt tatt med i redningsskøyta som har bære og bære plass om bord.

#### *Rus/psykiatri*

Kvinne som ringer fra annen kant av landet. Hennes bror (52 år gammel) som bor i legevakt-distriktet, har sendt en SMS om at han vil ta livet sitt. Kvinnen opplyser om at broren har alkoholproblemer. Sted: En av små byene om lag 40 minutter unna. Tid: Torsdag ettermiddag kl. 16.30.

**Løsning:** I første omgang kontaktes pasienten av legevaktssentralen. På bakgrunn av pasientens situasjon settes samtalen til vaktlege som forsøker å få pasienten inn til konsultasjon på legevaktstasjonen. Pasienten er nølende og klager på manglende transport samt at det ikke er nødvendig. Vaktlegen vurderer pasienten i akutt behov av helsehjelp og tilbyr sykebesøk, noe pasienten avslår. Vaktlegen kjenner seg svært utrygg på pasienten, og kontakter AMK med tanke på å rykke ut sammen med ambulans. AMK foreslår at også politiet skal delta. De reiser ut og treffer pasienten, som ikke opptrer truende. Han bringes frivillig til legevaktstasjonen i ambulansen uten følge av politi.

**Kommentar:** Oppfølging av bekymringsmeldinger er viktig. Telefonkonsultasjon brukes i første omgang. Andre ressurser involveres ved behov og når det er tilgjengelig. Pasienten bringes frivillig til legevaktstasjonen på bakgrunn av proaktiv holdning mot pasientens opprinnelige ønske. Pasienten kan ikke tvinges med til legevakt, det krever tvangsvedtak. Både observasjonsseng på legevakten og KAD-seng kunne vært aktuelle tilbud her, i tillegg til akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus ved alvorlig selvmordsrisiko.

#### *Lungebetennelse hos skrøpelig eldre*

Pleietrengende kvinne på 78 år med alvorlig hjertesvikt har fått høy feber, hoste, surklende respirasjon og er blitt uklar. Det er tatt blodprøve som viser kraftig infeksjon (CRP: 110). Sted: Sykehjem i ytterkanten av legevakt-distriktet. Tid: Fredag kl. 22.00.

**Løsning:** Sykepleier på sykehjemmet har gjort god klinisk vurdering og tatt relevant blodprøve. Sykehjemslege er ikke på vakt før mandag. Legevaktlege reiser i sykebesøk og konstaterer lungebetennelse med behov for antibiotika. Det er sykepleier med kompetanse på intravenøs behandling på nattevakt og behandlingen startes og følges opp av vaktlege også neste dag.

Kommentar: Her er det god kompetanse på sykehjemmet og pasienten kan sannsynligvis ferdigbehandles der i kjente omgivelser. Bakvakt brukes ikke. Det er ikke stor hast og pasienten er godt ivaretatt på sykehjemmet. Hvis pasienten var alvorlig syk måtte innleggelse i KAD-seng eller sykehus vurderes. Hvis terminalomsorg og behandlingsavgjørelser var diskutert på forhånd, måtte slike avgjørelser følges, og pasienten evt. ikke behandles eller ikke flyttes. Ved installert videoutstyr på sykehjemmet kunne det kanskje vært benyttet, men ikke så enkelt med dårlig og sengeliggende pasient.

## 7.5 Distriktstype 3: Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus

Dette er legevakter med lang maksimal reisetid til legevaktstasjonen og lang reisetid fra legevaktstasjonen til sykehus.

### 7.5.1 Kjennetegn og mulige geografiske områder

Denne legevaktstypen karakteriseres altså av lange avstander, både til legevakt og fra legevakt til sykehus. Mange innbyggere vil ha reisevei over maksimalkrav, og lokale legevaktstasjoner og bakvaktordninger er aktuelle dersom befolkningsgrunnlaget tilsier det. Kompenserende tiltak i form av akutthjelpere/førsteresponsgrupper kan også være aktuelt, det samme gjelder avtaler med frivillige organisasjoner.

Figur 10 viser en prinsippskisse for legevaktdistriktet, med legevaktens hovedstasjon og med en litt «vanskelig» geografi i form av øyer, tettsteder som ikke ligger «logisk» plassert i forhold til reiseveier og med lange avstander til sykehus langs ulike reiseveier.

**Figur 10. Et tenkt legevaktdistrikt etter distriktstype 3. Ringen viser at store deler av distriktets areal har mer enn 40 minutters reisevei til legevaktstasjonen, og mange innbyggere bor utenfor ringen. Legevaktstasjonen er plassert i tettsted med trafikk-knutepunkt, ikke i største tettsted.**



Denne og lignende legevaktmodeller kan være aktuelle i Nord-Gudbrandsdalen, deler av Hedmark, Valdres, Hallingdal, Øvre Telemark, Setesdal, Flekkefjord med omland, Egersund med omland, Ryfylke, områder rundt Bergen, Sogn, øyene i Møre og Romsdal, kysten av Sør-Trøndelag, Brønnøysundregionen, Rødøy/Lurøy/Nesna/Træna, Finnsnes, Indre Troms, Nord-Troms og deler av Finnmark (utenom "nær"-området til sykehusene). Anslagsvis 15 % av befolkningen, men om lag 40 % av arealet vil kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det kan være grunnlag for 25-40 slike legevakter, med et innbyggertall på 20 000 - 40 000 innbyggere, men eksempler kan finnes både over og under dette innbyggertallet.

### 7.5.2 Noen utfordringer for denne legevakttypen

Høy vaktbelastning er hovedutfordringen i legevaktdistrikter med få innbyggere og få fastleger. Det er få andre enn allmennlegene i distriktet som kan delta i vaktturnus. For å få dekket alle vakter ansettes ofte egne legevikarer. Dette er ofte korte og kostbare engasjementer av utenlandske leger med minimal erfaring fra norsk allmennmedisin. En annen løsning er etter lokale forhandlinger å la alle eller enkelte leger ha en vaktbelastning som overgår det som er fastsatt i sentrale overenskomster.

Kostnadene til legevaktordninger i store befolkningstynne områder er høye per innbygger, og det kan være en utfordring å få kommuneadministrasjon og lokalpolitikere til å bevilge de nødvendige ressurser. Særlig dyrt blir det dersom det er nødvendig med flere legevaktstasjoner.

I enkelte tilfeller vil det være kortere vei til sykehuset enn til legevaktlokalet for mange av innbyggerne i distriktet. For enkelte vil transport til legevakt innebære en betydelig omvei og uheldig forsinkelse for pasienter som bør transporteres raskt til sykehus. Det kan være nødvendig med avtaler med nabo legevaktdistrikter eller sykehus for håndtering av enkelte pasienttyper i deler av legevaktdistriktet.

Forhold ved veien til sykehuset, som rasfare, stengte fjelloverganger som kan gjøre transport til sykehus vanskelig i perioder. I tillegg kan luftambulansen være utilgjengelig på grunn av uvær eller samtidighetskonflikt. Dette setter ekstra krav til akuttmedisinsk kunnskap i hele distriktet, og ferdigheter og utstyr i fagmiljøet ved legevakten må tilpasses de lokale forholdene. Det kan være behov for ekstra utstyr og medikamenter. Jordmor må være tilgjengelig på nødnettet ved fødsel.

Lav vaktbeteiligung fra fastlegekorpset kan være en utfordring. Dette må møtes med konstruktive prosesser sammen med tillitsvalgte og gode økonomiske og faglige tilbud. Ustabile vaktlag med varierende kompetanse og kjennskap til lokalmiljø, system, rutiner og pasientpopulasjon er kritisk for legevaktens kvalitet. Lite allmennmedisinsk erfaring, erfaring fra et klinisk miljø med annet risikospekter, og manglende kunnskap om kommunens helsetilbud hos legevaktleger som ikke er fastlege i kommunen fører erfaringsmessig til flere innleggelses i spesialisthelsetjenesten.

Store forskjeller i reiseavstand fører til variasjon i bruken av legevakten innad i distriktet, dette er noe legevakten bør holde oversikt over og ta hensyn til i planlegging av tjenesten. Legevaktssentralen må tilstrebe seg å legge faglige vurderinger til grunn slik at de ikke nedprioriterer tilbud til personer med lang reiseavstand, spesielt gjelder dette utrykninger og sykebesøk, dessuten ved behov for båt.

### 7.5.3 Beskrivelse av en tenkt legevakt etter distriktstype 3

Det tenkte legevaktdistriktet har 26 000 innbyggere. Befolkningen bor relativt spredt, med 12 000 i og rundt det største tettstedet. Om lag 6 000 bor i og rundt et annet tettsted en halvtimes kjøretur unna, her er også hovedlegevaktstasjonen plassert. 3 000 personer bor på en øy med ferge 90 minutters kjøretur unna legevaktstasjonen, i tillegg kommer ventetid på fergen. Det er flere småøyer med 20-50 innbyggere. 1 500 bor i en fjellbygd 70 minutters kjøretur unna legevaktstasjonen, nær en fjellovergang, men på hovedveien til sykehuset.

Det tar 145 minutter å kjøre til sykehus med akuttfunksjon fra det største tettstedet. Fjellbygda ligger mellom det største tettstedet og sykehuset, slik at det derfra er kortere reisevei til sykehuset (45 min) enn til hovedstasjonen (70 min).

#### 7.5.4 Beskrivelse av den akuttmedisinske beredskapen utenom legevakten

Det er fire ambulanser, en plassert på øyen med døgnberedskap, og tre i det største tettstedet hvorav to med døgndrift. Det er ambulanserbåt stasjonert ved kai i øyens tettsted, ambulansarbeiderne er felles for båt og ambulanse og har kaserne i nytt bygg på kaien like ved legevaktstasjonen/fastlegekontoret. Båten når de andre øyene innen 25 minutter, men båten trenger nesten en time fra basen på øyen til hovedstasjonen. Det betyr at ambulanse når nesten alle innbyggerne, bortsett fra innbyggerne i fjellbygda, innen 30 minutter. Det er en pågående diskusjon om å ha en ambulanse stasjonert ved legevakten, men foretaket ønsker av økonomiske årsaker ikke å ha tre vaktstasjoner/kaserner i distriktet. Det er heller ikke ønskelig at tettstedet med 12 000 innbyggere ikke skal ha ambulansestasjon. Fergen har ikke beredskapsvakt på grunn av ambulanserbåten.

Det er fire brannstasjoner i distriktet (øyen, fjellbygda og de to største tettstedene), alle drives med deltidsansatt mannskap, men på hovedbrannstasjonen i det største tettstedet er det så mange fast ansatte at det er operativt vaktlag til stede i vanlig arbeidstid. Det er redningsbil ved hovedstasjonen, på øyen og i fjellbygda (ombygde eldre ambulanserbiler overtatt fra foretaket). Redningsbilene har hjertestarter, oksygenutstyr og noe førstehjelpsmateriell, inkludert bære (men ikke bæretransport).

På øyen har Redningsselskapet organisert et frivillig sjøredningskorps. Medlemmene bemanner en redningsskøyte, og har kort utrykningstid. Det er godt utdannede frivillige på redningsskøyta. Skøyta er hurtiggående og utstyrt med blant annet moderne navigasjon og kommunikasjonsutstyr, varmesøkende kamera, førstehjelpsutstyr, hjertestarter, sykebærer, faste brannpumper og lensepumper.

I fjellbygda er det opprettet en lokal akuttgjelder-/førsteresponsgruppe som varsles med SMS og som også er tilgjengelig på nødnettet under aksjoner. De kan rykke ut ved rød respons eller andre uavklarte situasjoner. Gruppen består av hjemmesykepleiere og frivillige fra Røde Kors. Førsteresponsgruppen har gjennomgått grunnleggende opplæring i førstehjelp, herunder behandling med oksygen, hjerte-lunge-redning, bruk av hjertestarter og traumebehandling. I vinterhalvåret er det stor utfart til fjellbygden, som har mange hytter, og i vinterferien og påsken dobles befolkningen i dette området. Forventet antall røde responser er 15 til 30 per år, det vil si omtrent en alarm annenhver uke.

#### 7.5.5 Legevaktorganisasjonen

Legevaktdistriktet er organisert med en legevaktstasjon (legevaktlokale og legevaktsentral) i det nest største tettstedet. For å sikre kortest vei for flest mulig, både til legevaktlokalet og sykehus, er legevakten de siste årene plassert her i eget bygg, og ikke i det største tettstedet. Dette var en politisk avgjørelse i forbindelse med kommunesammenslåinger, og medførte en opphetet debatt, da det største tettstedet mistet sin tidligere lokale legevaktordning. Legevaktstasjonen er samlokalisert med sykehjem, kommunal akutt døgnenhet (KAD) og brannstasjon, men har altså ikke ambulansestasjon. Legevakten har lokaler for legekonsultasjoner, akuttstue og laboratorium som drives i samarbeid med sykehjem og KAD. Det er utstyrt egen uniformert legevaktbil som er registrert for utrykning, og det er avtale med brannvernet som stiller med sjåfør ved rød respons. På denne legevaktstasjonen er det også utstyr og lokaler for akuttmedisinsk trening.

Legevaktstasjonen har et velutstyrt laboratorium for de fleste kliniske problemstillinger, inkludert syre-base-apparat og de fleste relevante klinisk-kjemiske analyser, og samarbeider med KAD-avdelingen om dette.

Det er også en legevaktstasjon på øyen med 3 000 innbyggere. Den er integrert med fastlegekontoret, som har daglegevakt alle virkedager. Stasjonen er bemannet med en lege på tilstedevakt 2 timer på kveldstid og 3 timer lørdag og søndag. Ellers er det bakvakt for rød respons og en del andre oppdrag etter avtale med vaktlegen på hovedstasjonen. Den legen som har tilstede-legevakt har også bakvakt for resten av døgnet, og fungerer som lege for to KAD- og rehabiliteringssenger på sykehjemmet. Øyen har egen legevaktbil.

Alle fastlegene i distriktet ivaretar akuttansvaret for egne pasienter. Alle har nødnettradio, og i det største tettstedet er det organisert slik at det alltid er en lege i legevaktberedskap på dagtid, selv om det ikke er så langt til legevaktstasjonen i nabetettstedet. De har akuttmedisinsk utstyr tilgjengelig. I

fjellbygda er det et fastlegekontor med to fastleger og turnuslege, den ene legen arbeider på halv tid. Kontoret er alltid tilgjengelig på nødnettradio. Ved behov, vanligvis ved røde responser, kan alle disse lokale legene rykke ut etter vurdering fra AMK eller utrykningsansvarlig lege på legevakten.

#### *Vaktbemanning*

På dagtid om hverdagene er det 1 lege og 2 sykepleiere (hvorav 1 til legevaktsentral) til stede. Om kvelden hverdager, dagtid og kveld i helgene er det 2 leger og 3 sykepleiere (hvorav 1 til legevaktsentralen). Om natten fra kl. 23 er det 1 lege på vakt. Det er 3 sykepleiere (hvorav 2 til legevaktsentralen). I tillegg er det bakvakt som befinner seg hjemme hvor som helst i distriktet, men ikke på øyen. Bakvakten dekker funksjoner både som undervisnings-/veiledningsbakvakt for turnusleger og andre ikke-vaktkompetente leger og beredskapsbakvakt for primærvakten.

Vaktbelastningen ved hovedstasjonen er en stor utfordring. Det blir gjennomsnittlig tilstedevakt eller bakvakt mer enn en gang hver uke. Det er vaktretthet hos en del av fastlegene, spesielt i det største tettstedet. Kommunen utreder nå en ordning med flere leger/kortere lister og der vaktberedskapen inngår i en totalarbeidstid og blir godkjent som offentlig legearbeid. I tillegg har man diskutert å lyse ut deltidsstillinger som legevaktleger i helgene med tanke på å rekruttere vaktkompetente leger fra sykehuset, dette vil gjøre vaktbelastningen bedre for fastlegene i distriktet.

På øyen er det egen vaktordning med 5-delt vakt. Her er det fem fastleger og turnuslege. Fastlegene har fellesliste og er tilsatt på spesielle vilkår der de dekker alt klinisk og kommunalt offentlig legearbeid gjennom en slags Nordsjø-turnus, med intensive arbeidsperioder med mye arbeid og vakt/bakvakt og lengre friperioder. Det har lyktes å rekruttere stabile leger til disse stillingene gjennom gode avtaler og gode arbeidsforhold. Ordningen er ikke dyrere enn å basere seg på mye innleie av vikarer, og man slipper å belaste fastlegene på fastlandet med vakter på øyen, noe som er upopulært. Forventet antall røde responser på øyen er 30 til 60 per år, dvs. omtrent en per uke, men legene tar seg i praksis av en god del gule responser også, slik at pasienten slipper å reise til fastlandet.

### **7.5.6 Pasienteksemplene**

Her følger løsningsforslag og kommentarer for de seks pasienteksemplene tilpasset denne legevakttypen.

#### *Trafikkulykke*

To biler har kollidert front mot front på Europaveien. Føreren av den ene bilen er bevisstløs og sitter fastklemt i bilen, føreren av den andre er bevisst og uten ytre tegn til skade, men virker forvirret. To andre passasjerer klager over nakkesmerter. Sted: I utkanten av fjellbygda, 80 minutter unna legevaktstasjonen. Tid: Onsdag kl. 17.15.

**Løsning:** Det blir sendt trippelvarsling og redningsalarm fra AMK. Lokalt i fjellbygda rykker brannvesen og akuttgjelpene ut, og vil være på stedet innen 25 minutter. De kan starte avklaring og livreddende førstehjelp. Ambulanse rykker ut fra ambulansestasjonen og AMK sender også en ambulanse fra sykehuset. Luftambulanse varsles, men har vansker med flyværet og tror ikke de kommer seg over fjellet til fjellbygda. Alternativt kan de fly langs kysten til legevaktstasjonen, men de avventer videre aksjon inntil man vet mer om skadeomfanget. Legevaktlegene bestemmer seg for å rykke ut begge to. De ringer også den ene fastlegen i fjellbygda for å purre henne ut utenom vakt, men hun er ikke hjemme. Turnuslegen kontaktes også, hun bor ikke i bygda, og har akkurat nå lenger reisevei enn vaktlegene. Den bevisstløse pasienten blir frigjort av lokalt brannvern og livreddende førstehjelp utføres av brannfolk og akuttgjelpere inntil legevaktlegene ankommer noe før ambulansen. Det vurderes slik at den ene vaktlegen skal følge ambulansen til sykehus, ambulansen fra sykehuset brukes til dette oppdraget, for ikke å svekke ambulanseberedskapen lokalt. Den andre ambulansen transporterer den bevisste pasienten til legevaktstasjonen for vurdering, da han virker å være i psykisk sjokk og behov for oppfølging. De to siste blir raskt undersøkt av vaktlegene uten særlige kliniske funn, og får tilbud om konsultasjon på legevakten for å registrere skaden. Begge ønsker det. De er turister og har ikke egen lege tilgjengelig

før i neste uke, og vil gjerne ha dokumentasjon for forsikringsselskapet. Før innsatspersonellet forlater skadestedet har alle en kort oppsummering og diskusjon av hendelsen.

**Kommentar:** AMK samarbeider med legevaktsentralen for å alarmere og å sende alle tilgjengelige akuttmedisinske ressurser til skadestedet, inkludert ambulanse fra sykehuset og eventuelt leger som ikke er på vakt. Lokalkunnskap i legevaktsentralen til personer, funksjoner og muligheter er av stor betydning. Legen er teamleder og ambulanspersonellet utfører medisinske oppgaver etter standard prosedyrer. Vaktlegen konsentrerer seg om kliniske vurderinger. Ved å avklare mest mulig på skadestedet, kan pasientene sorteres der og sendes direkte til rett sted (sykehus, legevaktstasjonen eller hjem). Førsteresponsgruppe og lokalt brannvern spiller en sentral rolle, og kan risikere å være eneste innsatspersonell på skadestedet i relativt lang tid.

#### *Brystsmerter*

Kvinne i 60-årene har fått akutte, sterke smerter i brystet, smertene stråler opp mot kjeven. Hun er kvalm og blek. Sted: Hjemme hos pasienten, i det største tettstedet, 30 minutters kjøring fra legevaktstasjonen, 5 minutter fra ambulansen. Tid: Lørdag kl. 11.30.

**Løsning:** Ambulansen rykker ut til pasienten. EKG tas av ambulansarbeidere og sendes elektronisk til AMK. Legevaktlege alarmeres og rykker ut, selv om han kommer mye senere frem enn ambulansen. Behov for innleggelse vurderes som usikkert av AMK-legen før vaktlegen ankommer. Det bestemmes derfor at pasienten skal fraktes i ambulansen til legevaktstasjonen først, for videre undersøkelser der og deretter eventuelt til sykehus. På stasjonen tas blodprøver for hjerteinfarkt (troponin) som er normal. Ambulansen returnerer til ambulansstasjon. Pasienten legges til observasjon. Etter en time får hun på nytt et smerteanfall og det observeres nå endringer i EKG. Hun overvåkes på legevaktstasjonen med multimonitor som sender data til AMK. Innledende infarktbehandling startes, luftambulanse alarmeres, og pasienten bringes til sykehus med helikopter.

**Kommentar:** Her er det klart at ambulansen kommer først og skal ikke vente på legen. Akutte brystsmerter er et typetilfelle for «fast track-pasienter» der ambulanspersonellet har gode prosedyrer og kompetanse. Men hun er en høyrisikopasient med indikasjon for å involvere legevaktlegen uansett avstand. I noen distrikter vil legevakten i samarbeid med ambulansetjenesten og hjerteavdelingen ha opplæring i trombolysbehandling, både på grunn av avstand og ofte usikre flyforhold om vinteren o.l. Det kan være aktuelt i dette distriktet på grunn av fjellovergang og mye dårlig flyvær. I dette tilfellet benyttes legevaktstasjonen til observasjon og videre undersøkelser, med god medisinsk kompetanse og utstyr. Når pasientens tilstand så brått forverres, brukes luftambulanse direkte, ikke bilambulanse som ville bruke over to timer til sykehus fra varslings.

#### *Mistanke om lårhalsbrudd*

82 år gammel dement kvinne som har falt ut av sengen. Klarer ikke å stå på venstre fot. Smerter når hun beveger hoften. Sted: Sykehjemmet på øyen. Tid: Onsdag kl. 22.30.

**Løsning:** Bakvakt på øyen drar i sykebesøk på sykehjemmet og avklarer etter at utrykningsansvarlig lege ved hovedstasjonen finner indikasjon for dette. Dersom legen vurderer at det sannsynlig er brudd legges pasienten inn samme kveld eller påfølgende morgen. Det er god kompetanse for å mestre situasjonen lokalt over natten.

**Kommentar:** Slike pasienter bør tilbys sykebesøk for å unngå unødvendig bruk av ambulansetransport av sykehjempasienter til legevakt eller sykehus. Dessuten for å unngå unødvendig påkjenning for pasienten i form av forvirring eller smertefull transport, i dette tilfellet også båttransport og deretter omlasting før lang biltransport til sykehuset. På grunn av lang vei, ferge etc. er det mest hensiktsmessig at bakvakten lokalt drar til pasienten, selv om det ikke er rød respons. Neste morgen kan øyens



ambulanse transportere pasienten til sykehus ved bruk av ordinær ferge, og omlasting unngås.

#### *Urinretensjon*

84 år gammel dement mann som er operert for prostatakreft. Han har ikke klart å late vannet siden i går kveld. Sterk smerte i nedre del av magen, engstelig for at blæren skal sprenges, urolig. Sted: Bor med frisk ektefelle i hus på veiløs øy om lag 20 minutter båtut i havgapet fra den store øyen. Tid: Søndag kl. 18.30.

**Løsning:** Legevaktsentralen tar kontakt med ambulansebåten som er ledig ved kai på øyen. Bakvaktlegen blir med i sykebesøk, vurderer situasjonen, legger inn permanent kateter og gir smertelindring. Det er behov for oppfølging av hjemmesykepleier, helst samme natt og i morgen, men det er stor ekstra ressursbruk da hjemmetjenestene ikke skal til andre pasienter på øyene i morgen. Etter vurdering av legevaktlegen bestemmes innleggelse i akuttseng ved KAD. Sykehjemmet på øyen er fullt, og ambulansebåten bringer pasienten til KAD ved hovedstasjonen etter først å ha satt bakvaktlegen av på øyen der han har vakt.

**Kommentar:** Legevaktsentralen forsøker å finne praktiske ordninger for å få vurdert pasienten. Vil ikke sende hjemmesykepleier med båt eller bare ambulansepersonell, dersom det likevel skulle vise seg behov for legekompentanse. Det forsøkes å beholde pasienten i hjemmet så lenge som mulig. Sykebesøk brukes derfor fra legevakt for å unngå unødvendig transport av skrøpelige pasienter. Etter vurdering av legevaktlegen, kunne det endt med at ektefellen kunne mestret situasjonen. Her ble bakvaktlegen brukt. Det kunne vært vurdert å bruke en av legene fra hovedstasjonen, hvor legen hadde aktiv vakt, var ledig og har sykebesøk som primæroppgave. Men han måtte da først ha kjørt med legevaktbilen en time til ferjekaien og blitt plukket opp av legevaktbåten der. Det ville likevel vært en grei alternativ løsning. Da ville også legeberedskapen på øyen blitt opprettholdt. Slik oppdraget ble løst nå, var der verken ambulanse eller vaktlege til stede på øyen i flere timer.

#### *Rus/psykiatri*

Kvinne som ringer fra annen kant av landet. Hennes bror (52 år gammel) som bor i legevaktdistriktet, har sendt en SMS om at han vil ta livet sitt. Kvinnen opplyser om at broren har alkoholproblemer. Sted: Utenfor det største tettstedet, om lag 40 minutter unna legevaktstasjonen. Tid: Torsdag ettermiddag kl. 16.30.

**Løsning:** I første omgang kontaktes pasienten av legevaktsentralen. På bakgrunn av pasientens situasjon settes samtalen til vaktlege som forsøker å få pasienten inn til konsultasjon på legevaktstasjonen. Pasienten er nølende og klager på manglende transport samt at det ikke er nødvendig. Vaktlegen vurderer pasienten i akutt behov av helsehjelp og tilbyr sykebesøk, noe pasienten avslår. Vaktlegen kjenner seg svært utrygg på pasienten, og kontakter AMK med tanke på å rykke ut med ambulanse. AMK foreslår at også politiet skal delta. Det avtales at lege og politi møtes på ambulansestasjonen og reiser samlet til pasienten. Pasienten bringes frivillig til legevaktstasjonen i ambulansen uten følge av politi. Ambulansepersonellet mente at ambulansetransport ikke var nødvendig, og at legen kunne tatt pasienten med i legevaktbilen. Men legen hadde ikke bedt om sjåfør fra brannvernet, og ville av sikkerhetsmessige grunner ikke ha pasienten aleine i bilen. Dette ble akseptert av AMK.

**Kommentar:** Oppfølging av bekymringsmeldinger er viktig. Telefonkonsultasjon brukes i første omgang. Andre ressurser involveres ved behov og når det er tilgjengelig. Pasienten bringes frivillig til legevaktstasjonen på bakgrunn av proaktiv holdning mot pasientens opprinnelige ønske. Både observasjonsseng på legevakten og KAD-seng kunne vært aktuelle tilbud her, i tillegg til akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus ved alvorlig selvmordsrisiko. Sikkerhetstenkning omkring legevaktlege aleine på vakt er også et moment her.

*Lungebetennelse hos skrøpelig eldre*

Pleietrengende kvinne på 78 år med alvorlig hjertesvikt har fått høy feber, hoste, surklende respirasjon og er blitt uklar. Det er tatt blodprøve som viser kraftig infeksjon (CRP: 110). Sted: Sykehjem i det største tettstedet. Tid: Fredag kl. 22.00

**Løsning:** Sykepleier på sykehjemmet har gjort god klinisk vurdering og tatt relevant blodprøve. Sykehjemslege er ikke på vakt før mandag. Legevaktlege reiser i sykebesøk og konstaterer lungebetennelse med behov for antibiotika. Det er sykepleier med kompetanse på intravenøs behandling på nattevakt og behandlingen startes og følges opp av vaktlegen også neste dag.

**Kommentar:** Her er det god kompetanse på sykehjemmet og pasienten kan sannsynligvis ferdigbehandles der i kjente omgivelser. Hvis pasienten var alvorlig syk måtte innleggelse i KAD-seng eller sykehus vurderes. Hvis terminalomsorg og behandlingsavgjørelser var diskutert på forhånd, måtte slike avgjørelser følges, og pasienten evt. ikke behandles eller ikke flyttes. Legevaktlegen følger opp pasienten gjennom hele helgen, per telefon eller ved nye sykebesøk.

## 8 Vedlegg

I tillegg til denne hovedteksten besto Nklms besvarelse av Akuttutvalgets oppdrag av 6 vedlegg. Tre av vedleggene er offentliggjorte rapporter i vår rapportserie, og det vises derfor også lenker til disse. To av vedleggene var artikkelmanuskripter innsendt til Tidsskrift for Den norske legeforening. Etter avtale med tidsskriftredaktøren kunne Akuttutvalgets medlemmer få innsyn i artikkelmanuskriptene for bruk internt. Artikkene er nå publisert og referansene er vist nedenfor. Det siste vedlegget besto av oppdragsbrevet.

### Rapporter

Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Lenke: <http://hdl.handle.net/1956/7903>

Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Lenke: <http://hdl.handle.net/1956/8264>

Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Lenke: <http://hdl.handle.net/1956/8352>

### Artikler

Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134 (22): 2145-50. doi: 10.4045/tidsskr.14.0437.

Lenke: <http://tidsskriftet.no/article/3258080>

Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134:2151-5. doi: 10.4045/tidsskr.14.0443.

Lenke: <http://tidsskriftet.no/article/3259441>

### Oppdragsbrev

Oppdrag til fra Akuttutvalget til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) – Nasjonale krav til legevakt og framtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene. Oslo, 7. juli 2014.

## AKUTTUTVALGET

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
Postboks 7810  
5020 Bergen

Deres ref

Vår ref

Dato: 7.7.2014

### **Oppdrag til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) – Nasjonale krav til legevakt og framtidens ø-hjelptilbud i kommunene**

Akuttutvalget ønsker å bidra til å utvikle et nytt, framtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne bedre akutte helsetjenester enn i dag. Utvalget er gitt i sitt mandat å se på den akuttmedisinske kjede som er utenfor sykehus. Utvikling av legevakt er en sentral del i dette og mandatet sier følgende: «*Når utvalget ser på legevakt, skal det utarbeide et forslag til nasjonale krav for legevakt, herunder krav til simulering/trening for faglig oppdatering.*» I løpet av høsten 2014 er Akuttutvalget bedt om å avgi en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til departementets arbeid med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten.

Akuttutvalget tok derfor allerede 21. mars 2014 kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) for å forberede en vurdering av muligheten for å gi et spesifikt oppdrag til Nklm fra Akuttutvalget. Forespørselen ble fulgt opp med oversendelse av forslag til oppdrag 14. april etterfulgt av et konstruktivt møte mellom sekretariatet i utvalget og Nklm i Bergen 2. mai 2014.

Vi henviser også til Nklms notat av 9. mai 2014 der det blir redegjort for hva som er mulig for Nklm å bidra med innen den aktuelle tidsfristen.

Akuttutvalget vil med dette gi i oppdrag til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin å utarbeide følgende prosjekter:

- 1. Forslag til nasjonale krav til legevakt**
- 2. Framtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene**

#### **1. Prosjektbeskrivelse - Nasjonale krav til legevakt**

##### **a. Status over legevakttjenesten 2014**

---

Postadresse  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Besøksadresse  
Teatergt. 9

Telefon\*  
22 24 90 90

Org no.  
983 887 406

Helse- og  
omsorgsdepartementet  
Sekretariatet for  
Akuttutvalget

Omtalen skal vektlegge data som beskriver dagens legevaktjeneste og utvikling. Det skal leveres ferske data fra den nylig gjennomførte datainnsamlingen fra Nasjonalt legevaktregister. I tillegg vil aktuelle rapporter vedlegges slik at det gis en status for utviklingen av viktige beskrivende parametre det siste tiåret.

Akuttutvalget håper også at det er mulig å få innsyn i og kunne bruke en del av de artikler som Nklm har under publisering med data fra legevakt, i den grad det er mulig av publiseringsmessige årsaker.

Når det gjelder effekten eller konsekvensene av de utvalgte kriteriene, skal Nklm prøve å gi eksempler på konsekvenser for medisinskfaglig kvalitet og økonomisk-administrative konsekvenser. En fullstendig økonomisk-administrativ konsekvensanalyse er ikke forventet, men det er mulig bes Nklm gi kvalitative vurderinger og enhetspriser og foreløpige kalkyler.

**b. Komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder. Forslaget omfatter både funksjonskrav/ytelseskrav, krav til utforming av tjenesten, krav til kompetanse og kvalitetsutvikling, krav til opplæring og trening m.m.**

Akuttutvalget ser gjerne at Nklm foreslår nasjonale krav til legevaktjenesten. Nklm bes om å drøfte ulike typer av krav (funksjonskrav/ytelseskrav, krav til utforming av tjenesten, krav til kompetanse og kvalitetsutvikling, krav til opplæring og trening m.m.) ut fra behov for en bedre tjeneste. Det skal foretas en prioritering mellom ulike krav eller typer krav, og det bør drøftes om enkelte krav kan virke normerende om de kun fastsettes som veiledende, og ikke som lovpålagte krav. Nklm bes også om å drøfte om enkelte krav skal være situasjonsbetingede, for eksempel knyttet til situasjoner med høy eller middels hastegrad, til særskilte egenskaper ved pasienten eller til geografi eller befolkningstall.

**c. Utvikle en modellskisse for lokalisering av legevakt i hele/deler av landet som illustrerer konsekvensene av et eventuelt krav til maksimal reiseavstand/reisetid til nærmeste legevakt.**

Innbyggernes avstand til legevakt varierer, ikke minst som følge av de siste årenes utvikling i retning av økt interkommunalt samarbeid om legevakt. Akuttutvalget ber om å få drøftet begrunnelse, viktighet og mulige konsekvenser av et eventuelt nasjonalt krav til maksimal reiseavstand eller reisetid til nærmeste lege i vakt, samt å få skissert en mulig modell for utforming av et slikt nasjonalt krav.

Med "modellskisse" kan for eksempel utvikles typeeksempler på legevaktdistrikter med ulik befolkning, vanskelige geografiske, klimatiske (stengte veier vinterstid og vær som gjør at fly/luftambulansse ikke er tilgjengelige) og demografiske forhold, reiseavstander etc.

**B. Prosjektbeskrivelse - Framtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene**

Formålet med oppdraget er å gi Akuttutvalget grunnlag til å foreslå utvikling av et nytt, framtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Perspektivet er dermed videre enn om man bare ser på legevaktjenesten isolert.

Akuttutvalget ønsker å fremme forslag i tråd med intensjonene fra nåværende regjering om å utvikle "pasientenes helsetjeneste", og utvalget ber Nklm om å vurdere hvordan tjenestene kan bygges tettere opp rundt innbyggernes/pasientenes behov, i form av mer nivådeling eller differensiering i tilbudet, med mer fleksibel bruk av personell fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer en drøfting av en mulig oppgavedeling og evt. tettere samarbeid med tjenester og personellgrupper som i dag ikke er organisert under kommunal legevakt, som for eksempel kommunale ø-hjelp døgnplasser, omsorgstjenesten, DPS, ambulansetjenesten m.m.

Akuttutvalget ønsker seg under dette punktet en beskrivende modell for framtidens legevakt, med vekt på integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten hvor en ser på det som karakteriseres som den utvidede akuttmedisinske kjede med den akuttmedisinske kjede som en vertikal akse og den kommunale kjeden utgjør den horisontale akse og hvor legevakt er plassert i krysningspunktet mellom disse aksene. I tillegg anser Akuttutvalget det som viktig å få belyst hvordan en kan oppnå økt mobilitet i tjenesten, enten det dreier seg om tiltak for å bringe helsepersonell ut til pasienten, eller å bringe pasienten til helsepersonellet.

Nklm bes også om å drøfte muligheten for et mer nivådelt eller differensiert tilbud, tilpasset sentrale kriterier som f.eks reiseavstander og demografi i legevaktdistriktet. I et forslag om en ny organisering bør det drøftes om det må tas hensyn til at det er ulike behov for utforming av legevakt/ø-hjelptilbud i storby, mellomstore byer og spredtbygde områder.

### **Økonomi og tidsfrist**

Akuttutvalget er klar over at dette oppdraget ikke bare har en kort tidsfrist, men i tillegg kommer i ferietiden, noe som gjør at dette er krevende situasjon for Nklm.

Akuttutvalget vil gi et tilskudd til Nklm begrenset oppad til kr 150 000, jf. avtalens punkt 5, slik at det gis muligheter for å arrangere workshops, møter i eksterne møtelokaler samt muligheten til å kunne betale noe overtid, reiser og engasjere personer på timebasis for å utføre enkelte spesielle vurderinger.

Akuttutvalget gir Nklm en frist til 1. september, jf. avtalens punkt 4, for å fullføre oppdraget.

For nærmere vilkår henvises til avtalen om oppdraget som følger vedlagt.

Med vennlig hilsen

Jan Magne Linnsund  
sekretariatsleder  
Akuttutvalget