Ti år i legevaktens tjeneste

Nklm 2005–2015

uni Research
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Innhold

Forord 3
Hilsen fra Helsedirektoratet 4
Hilsen fra Uni Research Helse 5
Nklms visjon og mandat 6

DEL 1: **TI-ÅRSKAVALKADE 2005–2015** 7
Året 2005 8
Året 2006 9
Året 2007 10
Året 2008 11
Året 2009 12
Året 2010 13
Året 2011 14
Året 2012 15
Året 2013 16
Året 2014 17
Året 2015 18

DEL 2: **NOEN VIKTIGE PROSJEKTER** 21
Nasjonal handlingsplan for legevakt 22
Nasjonalt legevaktregister 24
Vakttårnprosjektet 26
Årsstatistikk fra legevakt 28
Overgrepsmottak 30
Legevakthåndboken 32
Telefonråd 33
Nasjonal uniformering 34
Etikk i legevakt 35

DEL 3: **DOKTORAVHANDLINGER** 37
Legevakt og akuttmedisin 38
Legevakta, høy aktivitet og trygge vurderinger 39
Legevakt er en viktig del av helsetjenesten for psykisk syke 40
Brystsmerter på legevakten 41
Lang veg, lite legevakt 42

DEL 4: **PUBLIKASJONER 2004–2015** 43

DEL 5: **NASJONALE OG INTERNASJONALE IMPULSER** 53

DEL 6: **NKLM I MEDIA** 61
Nklm på nett 62
Nklm i media 63

DEL 7: **FOLK, PENGER OG HUS** 69
Ansatte 70
Nklms referansegruppe 72
Kalfarveien 31 73
«Spissøen» 74
Økonomi 74
Nklm frå idé til oppstart – Ei personleg forteljing 76

Tittel:
Ti år i legevaktens tjeneste.
Nklm 2005–2015.

Institusjon:
Nasjonalt kompetansesenter
for legevaktmedisin,
Uni Research Helse, Bergen

Ansvarlig:
Forskningsleder Steinar Hunskår

Forfatter:
Nasjonalt kompetansesenter for
legevaktmedisin

ISBN: 978-82-92970-95-9 (pdf)
978-82-92970-96-6 (trykt)
ISSN: 1891-3474
Rapport: Nr. 6-2015

Tilgjengelighet: Pdf og trykt
Antall sider: 84
Publiseringsmåned: Desember 2015

Oppdragsgiver:
Nasjonalt kompetansesenter for
legevaktmedisin, Uni Research Helse

Sitering:
Ti år i legevaktens tjeneste. Nklm
2005–2015. Rapport nr. 6-2015.
Bergen: Nasjonalt kompetansesenter
for legevaktmedisin, Uni Research
Helse, 2015.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmennmedisin, 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.

Web: www.legevaktmedisin.no
E-post: legevaktmedisin@uni.no
Telefon: +47 55 58 65 00
Telefaks: +47 55 58 61 30

Besøksadresse:
Kalfarveien 31, Paviljongen

Postadresse:
Kalfarveien 31, 5018 Bergen

Grafisk design og produksjon: Bodoni
Illustrasjoner: Øivind Hovland

Miljømerket trykksak 2041 0699

FORORD

Gratulerer med 10-årsjubileet!

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) feirar hausten 2015 at det er 10 år sidan senteret starta opp verksemda si.

Under behandlinga av Akuttmeldinga i juni 2001 støtta eit stort fleirtal i Stortinget utviklinga av eit slikt senter i Bergen, og departementet vart bedt om å utvikle tiltaket vidare. Senteret var opprinneleg planlagt å skulle ha oppgåver innan utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forsking, epidemiologisk overvaking og statistikk, kvalitetssikring med vekt på metodar for eigenkontroll og tilbakemelding. Først i 2004 vart imidlertid endeleg vedtak om å opprette senteret gjort av helseminister Ansgar Gabrielsen og det vart gitt pengar for drift frå 2005.

Ti år er ikkje lang tid, men i denne samanheng synes vi det er grunn til å både feire og å markere Nklm si verksemd. Dette festskriftet er ein del av 10-årsmarkeringa. Vi håpar at mange av våre samarbeidspartar og andre som er opptatt av legevakt vil synes heftet gjev eit interessant innblikk mange av aktivitetane og resultata Nklm har medverka til i åra 2005–2015 for å utvikle legevakttenestene i Norge. Skriftet skal også vere eit historisk arkiv over viktige hendingar for Nklm i perioden. Til slutt har vi tatt med ei samla oversikt over forhistoria som førte fram til starten i 2005.

God lesnad!

Steinar Hunskår
forskingsleiar

Hilsen fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet gratulerer Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin med 10-årsjubileet. Senteret har i løpet av disse ti årene utviklet seg til et velfungerende kompetansemiljø som tjenestene og myndighetene har stor respekt for og nytte av.

Oppstart

Opprettelse av Nklm ble foreslått i St. prp. Nr. 1 (2004–2005) og vedtatt samme år. I stortingsproposisjonen ble det pekt på at Helsetilsynet gjennom behandling av tilsynssaker og ved kartlegging hadde avdekket at kommunene i varierende grad fulgte opp sitt ansvar for å sikre forsvarlige tjenester knyttet til legevakt. Det ble også påpekt en mangelfull erkjennelse av kvalitetskrav, rutiner og sikring av kompetanse.

Spesifikasjonene var klare: Etablering og drift av Nklm skulle igangsettes høsten 2004, byen var Bergen og senteret skulle knyttes til universitetet der. Oppdraget skulle hovedsakelig være forskning og faglig utvikling innen legevaktmedisin i primærhelsetjenesten. Senteret ble opprettet av den gang Helsedepartementet og skulle jobbe på oppdrag fra departement og direktorat samt samarbeide med relevante fagmiljøer. Forventningen var at senteret skulle bli et viktig fagmiljø for etterutdanning av allmennleger i akuttmedisin. Og slik ble det – og mye mer.

Rolle

Nklm skal gi råd, høringssvar og utredninger til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. I årenes løp har det blitt mange vektige innspill til utviklingen på legevaktfeltet. God forskning i regi av Nklm har utkrystallisert nye faglige og organisatoriske anbefalinger. Med fingeren på pulsen kom «... er hjelpa nærmast» i 2009 etter bestilling fra Helsedirektoratet. Utredningen pekte på sentrale problemer og ga forslag til løsninger.

Samfunnets behov for robuste og tilgjengelige løsninger kan lett komme i konflikt med andre forhold. I distriktene konkretiseres problemet når overkommelig arbeidssituasjon for legen skal balanseres mot publikums behov for at «hjelpa er nærmast». Forskning fra Nklm som viser at legekonsultasjonsraten i vakt faller 16 prosent for hver mil i avstand fra legevakten er viktig. Det peker på at samfunnets valg av løsning har omkostninger. Interkommunalt legevaktsamarbeid gir mer robuste løsninger blant annet gjennom bedre stabilitet i legedekningen, men kostnaden er at avstanden til pasienten blir så stor at mange ikke tar kontakt. Slike dilemmaer er viktig å avdekke når kloke valg skal treffes.

Nklm er blitt en viktig faglig premissleverandør når ny politikk skal utformes på legevaktfeltet. Eksempler på dette er innspill til Akuttutvalgets delrapport i desember 2014, og leveranser til Helsedirektoratet i utviklingen av ny akuttmedisinforskrift.

Samarbeid og ledelse

Helsedirektoratet gir via statsbudsjettet årlige driftstilskudd og møter jevnlig Nklm i dialogmøter.

Som oppdragsgiver ser vi Nklm som en dyktig leverandør, en fleksibel samtalepartner, mangfoldig på repertoar og en viktig faglig aktør med en tydelig stemme. Dette skyldes ikke minst Steinar Hunskår, leder gjennom hele Nklms første 10 år og hans dyktige stab og store kontaktnett. Under Hunskårs uredde, meningssterke ledelse har sentrale helsemyndigheter fått mange tydelige og godt underbygde råd. Det ligger styrke og muligheter i faglig utålmodighet!

Resultater

Helsedirektoratet vil trekke frem noen områder i en mangfoldig produksjon av vitenskap og veiledning:

- Vakttårnprosjektet som presenterer pålitelige og representative data fra utvalgte legevakter. Funnene gir utgangspunkt for ulike typer forskning, og prosjektet har en innebygget fleksibilitet som gjør den anvendelig for ad hoc registreringer som f.eks. ved svineinfluensaen.
- Årsstatistikken gir bakgrunnsdata som viser faktisk bruk av legevakt. Hvor mange har i årets løp vært i kontakt med legevakten, hvor mange ringte, hvor mange møtte opp direkte og hvor mange utrykninger ble det. Hvordan var forbruk av laboratorieprøver? Hvor mange av legevaktslegene var spesialister i allmennmedisin? Slike problemstillinger og svar gir grunnlag for å forstå kompleksiteten i tjenesten, identifisere problemer og teste ut endringer og hypoteser på årsaker.
- I årenes løp er det produsert mange gode doktorgrader med funn og analyser som blir retningsgivende for framtidig utvikling.
- Nklm er en viktig instans for de mange legevaktene rundt om i landet som strever med spørsmål om kvalitet, internkontroll, myndighetskrav og organiseringsmuligheter.
- Gjennom utvikling av kurskonsepter, egne arrangerte kurs og bidrag til den eksterne kursfloraen, representerer Nklm en viktig instans i opplæring av framtidig og nåtidig legevaktpersonell, med økt kompetanse og bedre pasientbehandling til følge.

Gratulerer!

Helsedirektoratet hilser jubilanten og er takknemlig for kyndige råd, vektige innspill og rask service fra dyktige medarbeidere. Vi gratulerer Nklm med de første 10 årene. Helsedirektoratet ser frem til samarbeidet i tiden som kommer.

Bjørn Guldvog
helsedirektør

Hilsen fra Uni Research Helse

I Uni Research Helse er vi svært glade for å ha Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som det nest største av våre syv forskningssentre/grupper.

Helsedepartementet valgte i sin tid å legge Nklm til Bergen med oss som kontraktspartner, og gjennom ti år har Nklm vært en stabil og i økende grad integrert del av virksomheten vår.

Uni Research Helse er en avdeling i aksjeselskapet Uni Research AS som i hovedsak eies av Universitetet i Bergen (85 %). Selskapets formål er allmennyttig og eventuelle overskudd føres tilbake til virksomheten i form av investeringer. Uni Research Helse driver forskning innen fagområder som har betydning for helse, livsstil og arbeid – viktige tema både for enkeltpersoner og samfunnet som helhet. Vi har ca. 125 ansatte, de fleste er lokalisert i Bergen. Avdelingens omsetning var på ca. 93 mill. kroner i 2014. Hoveddelene av midlene kommer fra ulike deler av forvaltningen. Andre kilder er Norges forskningsråd, næringslivet og ideelle organisasjoner.

Nklm har stått for en viktig del av vårt engasjement for forskning i primærhelsetjenesten, og har hatt en god produksjon av vitenskapelige studier og også doktorgrader. Selv om kompetansesenteret ikke er en ren forskningsgruppe, men har nasjonale oppgaver innen utredning, fagutvikling og kompetanseheving på legevaktfeltet, har det kommet godt ut i nasjonale forskningsevalueringer. Forskningen ved Nklm er svært samfunnsrelevant, og var et viktig bidrag til at avdelingen fikk nasjonal basisbevilgning som forskningsinstitutt.

Nklm setter også Uni Research Helse på kartet i mange sammenhenger med sin nasjonale synlighet og som deltaker i viktige fagpolitiske debatter. Tilsatte ved Nklm har hatt viktige verv og oppgaver i avdelingen. Vi ser også en viktig og vesentlig økning i prosjektsamarbeid i avdelingen og i år har vi, etter initiativ fra Nklm, satt i gang en viktig satsing på e-læring. Fra ledergruppen kjenner jeg forskningsleder Steinar Hunskår som en entusiastisk pådriver for Nklms virksomhet, men også som en som bidrar med gruppens ressurser til avdelingens felles utvikling. I tillegg er han en viktig og klok sparringspartner for meg som stiller gode og kritiske spørsmål til vår virksomhet, samtidig som han er en støttende kollega. Vi opplever at Nklm er en sammensveiset gjeng medarbeidere med et godt arbeidsmiljø, og som brenner for sitt fagområde. Det gir de beste forutsetninger for mange nye år med god forskning og fagutvikling på legevaktfeltet.

Hege R. Eriksen
forskningsdirektør
Uni Research Helse

Nklms visjon og mandat

Helsedepartementet etablerte i 2004 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Vi skal bidra til at legevaktfeltet følger den nødvendige faglige og organisatoriske utvikling, og medvirke til nasjonalt forbedringsarbeid og god kvalitet i tjenesten.

Nklm har en «følge med»-rolle og et samfunnsoppdrag som sammenfattes i følgende punkter:

- 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 legevakter og kommuner om organisering og drift av legevakt
- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning
- Gi råd, høringssvar og utredninger til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet

Nklm prøver å oppnå disse målene gjennom ulike virkemidler og en variert prosjektportefølge. Fleksibilitet, omstillingsevne og høy motivasjon for arbeidet med legevakttjenesten skal være sentrale kjennetegn ved staben ved Nklm. Våre prosjekter og vår forskning skal ha et anvendt siktemål, og ha kort vei fra idé, via rapportering og til anvendelse eller aksept i praksisfeltet. Noen prosjekter er langsiktige og faste, som Nasjonalt legevaktregister, Vakttårnprosjektet og Årsstatistikk for legevakt. Andre er kortsiktige og ad hoc-preget som svar på nye problemstillinger og aktuelle politiske forslag, eller oppdrag fra Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet.

Organisering

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er organisert under Uni Research, og er en enhet i avdelingen Uni Research Helse. Nklm er faglig knyttet også til Forskningsgruppe for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen.

Helsedirektoratet er kontraktspartner med Uni Research Helse og legger rammene for virksomheten gjennom bevilgning og dialogmøter.

DEL 1

TI-ÅRS-KAVALKADE 2005–2015

Årsmeldingen er et av Nklms viktigste produkter. Der oppsummerer vi året som er gått og gir status for igangsatte prosjekter og tiltak. Den er vår største informasjonskanal, ved siden av nettsidene, og fungerer også som årsrapport til Helsedirektoratet for virksomheten. På de neste sidene har vi laget en samling av små og store saker fra årsmeldingene 2005–2015.

Året 2005

Administrasjon og ansatte

I et senter i etableringsfasen er det mye praktisk som må på plass før man kan profilere seg aktivt utad. I den forbindelse ble det utarbeidet brevark, visittkort, powerpointpresentasjon og informasjonsbrosjyre med tilhørende plakater til bruk på konferanser og møter. Første delen av året var det bare Signe Tønsaker og Steinar Hunskår som var i aktivitet.

Men fra 1. august 2005 var følgende fra første tilsettingsrunde på plass:

- **Jesper Blinkenberg,** fastlege i Askøy og spesialist i allmennmedisin, 40 % stilling
- **Elisabeth Holm Hansen,** sykepleier, leder av GRUK, Skien, 100 % stilling
- **Tobias Nieber,** fastlege i Etne og spesialist i allmennmedisin, 80 % stilling
- **Janecke Thesen,** fastlege i Osterøy og spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, 40 % stilling
- **Erik Zakariassen,** sykepleier, cand.polit., undervisningsstilling i Stiftelsen norsk luftambulanse, Bergen, 50 % stilling

Et to dagers oppstartseminar ble holdt i juni 2005 for å forberede og samkjøre staben. For 2005 fikk senteret en tildeling på i underkant av 3,3 millioner kroner. Ettersom de fleste tilsatte startet først i august, ble en million kroner stående ubrukt.

Fag og fagutvikling

I mandatet og tildelingsbrevet ble det satt opp sju hovedpunkter som styringssignal for hvilke prioriteringer Nklm skulle ha for sin virksomhet. Vi gikk tidlig i gang med planlegging av prosjekter innen samtlige områder. Gjennom en idé-dugnad fikk vi inn nærmere 25 prosjektforslag. Disse ble utredet og prioritert, og utvalgte prosjekt førte til utvikling av konkrete prosjektsamarbeid. Ansvarsområder ble delegert til senterets ansatte, og noen prosjekt var allerede godt i gang innen året var omme:

Den livsviktige telefonen

I DAG SNAKKER VI MED
ELISABETH HOLM HANSEN

ALDER: 47 år
SIVIL STATUS: Gift, to barn
YRKE: Sykepleier, ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen
AKTUELL: Tildelt Legevaktprisen 2005

Den første kontakten med legevakten kan være livsviktig. Elisabeth Holm Hansen har fått Legevaktprisen 2005 for sin innsats for å sikre at du får den hjelpen du trenger når du ringer.

– Du har utviklet et elektronisk oppslagsverk for sykepleiere som tar telefonen, eller sitter i luken på legevakt. Hvordan fungerer oppslagsboken?
– Når noen ringer legevakten kan det gjelde alt fra flis i fingeren til akutt hjertestans. Uansett hvorfor folk ringer, skal de få en god, faglig vurdering. Ting kan både hjelpes vanse og bedre ut enn de er. Oppslagsboken, som er utviklet i nært samarbeid med leger, er et hjelpemiddel for sykepleiere til å stille de rette spørsmålene og kartlegge tilstanden hos pasienten, sier Elisabeth Holm Hansen.

– Hvor viktig er den første telefonen til legevakten?
– Veldig viktig! Spørsmålet er alltid: Hvem må til lege fort, og hvor mye haster det? Undersøkelser viser at cirka halvparten

skikkelig glad! Å få en slik pris er svært motiverende.

– Du har jobbet som legevaktsykepleier i en årrekke, sittet i styret i Norsk legevaktforum i syv år og vært leder for den interkommunale legevaktordningen i Skien og Siljan. Hva fascinerer deg ved legevaktmedisin?
– Det utrolige mangfoldet! På legevakten handler det om alt fra det helt enkle, ukompliserte til det alvorlige, superakutte. Jobben er uforutsigbar og spennende. Hele tiden må du forholde deg til mange forskjellige situasjoner.

– Aldri kjedelig, med andre ord?
– Ikke på noen måte. I tillegg jobber vi nært med legene, og er avhengige av hverandre.

– Dere møter også ulike typer pasienter?
– Ja, alt fra gravide og småbarn til eldre og rusmisbrukere.

– Og de fleste ser dere aldri igjen?
– Noen ser vi av og til, mens andre ser vi aldri igjen. Noen er dessuten på gjennomreise, eller turister.

På legevakten handler

TrinnVis kvalitetssystem for legekontor og legevakter

Prosjektet skulle utvikle et elektronisk kvalitetssystem for legekontor og legevakter med særlig fokus på pasientrettet virksomhet og personopplysninger.

Nasjonalt legevaktregister

Allerede under utredningen av senteret ble det foreslått et Nasjonalt legevaktregister. Hensikten med registeret var å gi grunnlag for offentlig statistikk og rapportering, men også gi innsyn i legevaktorganiseringen i landet.

Vakttårnprosjektet

Vi så også tidlig behov for et epidemiologisk dataregister for legevaktvirksomheten i landet. Ved hjelp av representative «Vakttårn» satte vi i gang innledende arbeid til «Vakttårnprosjektet». Vakttårnene skulle være et frivillig utvalg av representative og motiverte legevakter, utvalgt etter definerte kriterier, som skulle levere statistikk til bruk i ulike forskningsprosjekter.

Allmennpraktikerstipend

I 2005 stilte Nklm finansiering av seks månedsverk allmennpraktikerstipend til disposisjon for Norsk Selskap for Allmennmedisin.

Nidarosprisen

Annethvert år blir Nidarosprisen tildelt en allmennmedisiner som har gjort fremragende innsats for utviklingen av faget gjennom utdanning, informasjon og fagutvikling.

Dette året ble Steinar Hunskår tildelt Nidarosprisen for sitt initiativ til å skrive og utgi læreboka «Allmennmedisin – klinisk arbeid».

Legevaktprisen

Legevaktkonferansen 2005 ble arrangert i Tromsø dette året og vår egen forsker Elisabeth Holm Hansen fikk tildelt Legevaktprisen for sitt mangeårige engasjement for legevakt, for sin innsats i Norsk legevaktforum og for prosjektet «Telefonråd».

Året 2006

STABSMØTE 2006: *Fra venstre: Steinar Hunskår, Signe Tønsaker, Gunnar Bondevik, Erik Zakariassen, Jesper Blinkenberg og Janecke Thesen. Foto: Ukjent*

I stabsbudsjettvedtak høsten 2006 tok Stortinget sikte på full drift av Nklm fra 2008. I praksis betydde dette at 2006 og 2007 ville bestå av to år med planleggings- og oppbyggingsperspektiv, men også med god drift og fokus på faglige aktiviteter. Gjennom styringsdialog med Sosial- og helsedirektoratet fikk Nklm tilslutning til vår strategi for organisering og innhold av våre aktiviteter. Vi fikk også sette i gang en ny runde med ansettelser i fagstillinger, og kom omtrent opp på det planlagte nivå i løpet av dette året.

Styringsdialog

Etter avtale med Unifob AS og hovedarbeidsgiver UiB tok professor Steinar Hunskår på seg ansvaret som forskningsleder og daglig leder for senteret inntil videre. Dette ble formalisert som en 20 % stilling i Unifob AS. Denne ordningen skulle gjelde for årene 2006 og 2007.

I 2006 hadde vi for første gang styringsdialog med fyldig representasjon fra SHdir. Møtet ble holdt i lokalene til Institutt for samfunnsmedisinske fag i Bergen og gikk over to dager i februar måned. Mandat og prosjekter ble gjennomgått, og i all hovedsak fikk vi tilslutning til igangsatte prosjekter.

Brukerundersøkelser ved legevakt

Senteret ønsket å utarbeide en nasjonal mal for brukerundersøkelser av pasienttilfredshet ved legevakter. Det ble inngått et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som hadde lang erfaring med slikt arbeid, både praktisk og vitenskapelig.

Diagnostisk utstyr ved norske legevakter

Ved hjelp av en spørreundersøkelse som skulle sendes til alle norske legevakter ville vi kartlegge hvilket utstyr man hadde tilgjengelig for diagnostikk og behandling, laboratorietjenester og kvalitetskontroll av tester og utstyr. Resultatene skulle koples mot legevaktregisteret for å se om det var andre karakteristika ved legevakten som kunne forklare eventuelle forskjeller i bruken av diagnostisk utstyr.

Nasjonalt legevaktregister

Arbeidet med nasjonalt legevaktregister fortsatte i 2006 og vi sendte ut spørreskjema til alle kommuner i landet og til ledere av stasjonære legevakter. Tidlig i 2006 nådde vi målet med innhenting av data fra samtlige legevakter i landet. Registeret gav nå grunnlag for offentlig statistikk og rapportering, og det gav innsyn i legevaktorganiseringen i landet.

Generisk legevaktbrosjyre

Formålet med legevaktbrosjyren var å gi befolkningen enhetlig informasjon om norske legevakter. Brosjyren gav informasjon om legevaktens funksjoner, spesielt i forhold til grensegang mot fastlegevirksomhet i vanlig arbeidstid/kveldspraksis, om prioriteringssystem og tilgjengelighet. Det ble gitt en kort oversikt over tilstander som nødvendiggjør kontakt med legevakten mot tilstander som kan vente til neste vanlige arbeidsdag. Brosjyren ble trykket både på nynorsk og bokmål og kunne lastes ned fra nettet, evt. tilpasses lokale forhold og printes ut lokalt. Den kunne også bestilles ferdig trykket.

STYRINGSDIALOG 2006: *Fra venstre: Guri Spilhaug og Vegard Nore (SHdir), Elisabeth Holm Hansen, Tobias Nieber og Steinar Hunskår (Nklm), Inger Rytter (SHdir), Egil Bovim (KoKom). I tillegg deltok Jon Hilmar Iversen fra SHdir (fotograf for anledningen).*

Året 2007

I 2007 fikk Nklm en stor og spennende utfordring. Helsedirektoratet gav oss ansvar for kompetansehevingstiltak for overgrepsmottakene som skulle etableres ved legevakter i alle fylker. De kommende årene skulle vi gjennomføre kurs, utvikle læremateriell, etablere prosjekter og ha flere aktiviteter innenfor dette området.

2007 var et godt virkeår da vi fikk se mange konkrete resultater av arbeidet vårt. Vi publiserte en rekke artikler om norsk legevakt, vi etablerte internasjonale kontakter og vi var involvert i Legevaktkonferansen, med faglig utgangspunkt i Bergen legevakt og Nklm.

LEGEVAKT-PRISEN 2007: *Steinar Hunskår får overrakt prisen av leder Per Magne Mikaelsen i Norsk legevaktforum. Foto: Inger-Lise Echoldt*

LEGEVAKT-KONFERANSEN 2007: *Fra arrangementet i Grieghallen. Foto: Bergen Reiselivslag / Willy Haraldsen*

Referansegruppe

Vår aller første referansegruppe ble oppnevnt dette året. Den skulle gi råd til senteret om faglig profil og prioriteringer. Referansegruppen hadde sitt første møte i september samme år.

Evaluering av legevakt for sykehjem og hjemmeboende eldre med spesielle behov

I 2007 startet Bergen kommune en ordning med egen legevakt for hjemmeboende eldre med særlige behov. Legevakten skulle være i funksjon kl. 16–20 på hverdager og kl. 12–18 i helg- og høytidsdager. Den skulle primært bemannes med byens tilsynsleger, og ordningen skulle evalueres etter ett års drift. Datainnsamlingen hadde en varighet på ett år fra prosjektets start. En avsluttende rapport til Bergen kommune var ventet i 2008. Bergen kommune og Nklm skulle samarbeide om evalueringen av prosjektet. Prosjektleder var Knut Steen, overlege ved Bergen legevakt. Nklm og Bergen kommune stod for finansieringen.

VÅR ALLER FØRSTE REFERANSEGRUPPE: *Fra venstre: Hans-Johan Breidablik, Kristine Dreyer, Elisabeth Swensen, Lars Wik, Christina Brudvik og Per Magne Mikaelsen. Foto: Ukjent*

Legevaktkonferansen 2007 i Bergen

Elisabeth Holm Hansen og Steinar Hunskår var med i programkomitéen for den årlige Legevaktkonferansen som ble holdt i Grieghallen i Bergen dette året. I tillegg deltok begge som møteledere. På programmet var det en egen sesjon om «Forskning ved legevakt» i regi av Nklm. I tillegg deltok to av senterets ansatte i sesjonen «Trening av lokale akuttmedisinske team». Legevaktkonferansen 2007 ble svært vellykket og av flere karakterisert som den beste i sitt slag hittil.

Legevaktprisen

Prisen, som årlig deles ut av Norsk Legevaktforum, gikk dette året til Steinar Hunskår. Prisen var et litografi av Bergenskunstneren Alexander Stub. Juryen gav følgende begrunnelse for utnevnelsen:

«Legevaktprisen 2007 går til en person som gjennom mangeårig innsats for norsk allmennmedisin har vært med på å sette norsk legevaktmedisin på kartet. Med sin akademiske grunnholdning og bakgrunn har han de siste årene bidratt til at norsk legevaktmedisin endelig har fått den plass den fortjener innenfor det medisinske forskningsmiljøet. Prisvinneren er kjent som en dyktig veileder, og karakteriseres som visjonær, strategisk og målrettet.»

Året 2008

I oktober 2008 arrangerte vi vårt første seminar for administrativ- og medisinskfaglig ledelse ved overgrepsmottak. Bakgrunnen for seminaret var å komme i dialog med mottakene om sentrale utfordringer og satsingsområder, og få innspill til hvordan Nklm på best mulig måte kan utøve sine funksjoner på dette området. 20 av 24 overgrepsmottak var representert og vi fikk gode innspill på hvilke utfordringer mottakene møtte. Seminaret ble godt evaluert og har siden vært et årlig arrangement.

I 2008 hadde vi flere nye og spennende prosjekt på gang, blant annet Lege/ambulansealarm i helseradionettet og formidling av forskning via internett og andre mediekanaler. Her presenteres et utvalg av prosjektene vi jobbet med i 2014.

Lege/ambulansealarm i helseradionettet -en studie av bruk, tilgjengelighet og respons

I samarbeid med KoKom undersøkte vi bruken av helseradionettet til varsling av lege og ambulanse ved rød respons sett fra AMK-sentralenes ståsted. Til dette gjennomførte vi et todelt prosjekt:

1. Landsomfattende registrering av varsling via helseradionettet ved rød respons i AMK-sentralene
2. Spørreundersøkelse til AMK-sentralene om deres rutiner for varsling av lege og ambulanse ved rød respons

Legevakt på internett

Hensikten med denne studien var å undersøke tilgjengelighet til lokal legevaktinformasjon (telefonnummer) via internett. Tre ulike inngangsporter ble brukt: Telefonkatalogen, kommunenes hjemmesider og Google. Ved søk etter legevakt + kommunenavn fikk man i telefonkatalogen opp det aktuelle telefonnummeret som første treff i 40 % av tilfellene. I ytterligere 49 % av tilfellene var det mulig å lete seg frem til nummeret med utgangspunkt i trefflisten, men dette var ikke alltid like logisk. For de resterende 11 % var det ikke mulig å finne telefonnummeret på denne måten.

Med utgangspunkt i kommunenes hjemmesider var det i 45 % av tilfellene lett å finne frem til legevaktens telefonnummer. Nesten like mange, 43 %, ble karakterisert som vanskelig tilgjengelig, og i 12 % av tilfellene var det ikke mulig å finne telefonnummeret på denne måten.

Etterpå ble det utarbeidet en logo for legevakt for bruk på ulike nettsider. Bildet kunne lastes ned og plasseres godt synlig på kommunens treffside. Hvis den lokale legevakten hadde en egen nettside eller egen side i kommunens nettsider, kunne bildet fungere som link til denne.

Formidling gjennom media

I 2008 satset Nklm aktivt på formidling av egen forskning og aktiviteter gjennom media. Utsendelse av pressemeldinger, kronikker og populærvitenskapelige artikler førte til en rekke ulike oppslag både i riksdekkende aviser, lokalaviser, Dagens medisin og populærvitenskapelige tidsskrift. Tema som ble omtalt var for eksempel kompetanse ved legevaktsentraler, interkommunalt samarbeid om legevakt, vold mot kvinner, rus og legevakt, legevakt på internett, utrente leger i legevakt og bruk av legevakt fremfor fastlege.

Høringer

Dette året avga Nklm høringsuttalelse på følgende punkt:

- Luftambulansetjenestens retningslinjer for bruk av luftambulanse
- Håndbok i kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner
- Håndbok for redningstjenesten
- Felles sambandsreglement for nødetatene
- Forslag til studieplan for videreutdanning i legevaktsykepleie ved Haraldsplass diakonale høgskole

Året 2009

Legebemannet utrykningsbil

Legevakta i Drammensregionen IKS, Sykehuset Buskerud HF, Nklm og Stiftelsen Norsk Luftambulanse innledet et samarbeid i forbindelse med legebemannet utrykningsbil, og sluttrapport ble publisert i september samme år.

Bakgrunnen for studien var at Legevakta i Drammensregionen IKS og Sykehuset Buskerud ved klinikk for akuttmedisin og prehospitale tjenester hadde gjennomført et felles prosjekt med det formål å vurdere om beredskapsressursene (legevakt og ambulansetjeneste) kunne utnyttes mer hensiktsmessig ved å etablere en legebemannet utrykningsbil.

Prosjektets formål:

- Vurdere om beredskapsressursene (legevakt og ambulansetjeneste) kan utnyttes mer hensiktsmessig ved å etablere en legebemannet utrykningsbil
- Vurdere kvalitativ gevinst ved organisert samarbeid mellom lege i vakt og ambulansepersonell, og for de pasienter som blir betjent av ordningen
- Vurdere kost-nytte av nåværende organisering og organisering av legebemannet utrykningsbil

Akuttmedisin i Austevoll

Kommunelege Sverre Rørtveit var prosjektleder og Steinar Hunskår veileder for et stort akuttmedisinsk prosjekt i Austevoll kommune hvor alle leger og ambulansemedarbeidere i kommunen deltok. Målet med prosjektet var å få oversikt over det egentlige volumet og behovet for akuttmedisinsk innsats i norske lokalsamfunn. Først og fremst for at helsepersonellet skulle få bedre kunnskap om hva som er det reelle bildet av tilstander de vil møte, og dermed også få innblikk i hvilke områder man burde øke sine ferdigheter på.

I Austevoll – en øykommune uten fastlandsforbindelse sør for Bergen – med 4391 innbyggere per 1. januar 2006, ble det gjort en prospektiv kartleggingsundersøkelse. Leger og ambulansepersonell fylte ut hver sine registreringsskjema for hver enkelt akuttmedisinsk hendelse. Det ble stilt spørsmål innenfor områdene pasientkarakteristika, skadested, tidsbruk i ulike faser av aksjonen, personell som har tatt del i aksjonen, arbeidsfordelingen mellom disse, kliniske observasjoner, behandlingstiltak, alvorlighetsvurderinger ved meldingsmottak og ved undersøking, vurdering av fysiske forhold ved utrykking, behandling og transport og vurdering av kommunikasjonsforhold. Datainnsamlingen ble avsluttet i 2007 og to artikler ble trykt i Tidsskriftet i april 2009.

Kartlegging av alminnelige helseplager i legevakt

Høst/vinter 2008–2009 ble det gjennomført en observasjonsstudie av 210 legekonsultasjoner i legevakt på kveldstid der observatøren hadde bakgrunn som reseptarfarmasøyt og lege. Målet med studien var å kartlegge omfanget av alminnelige helseplager i norsk legevakt. Ut i fra tilstandens varighet, eventuelle kompliserende faktorer og om pasienten hadde søkt råd hos annet helsepersonell, gjorde vi en kvalitativ vurdering om problemstillingen kunne vente til avtalt konsultasjon hos fastlegen, eller håndteres annet sted, for eksempel på apoteket.

Svineinfluensahenvendelser til legevakt

I 2009 herjet svineinfluensaen i store deler av verden og Nklm engasjerte seg i svineinfluensahenvendelser til legevakt. Legevaktene som deltar i Vakttårnprosjektet registrerte fra august 2009 alle henvendelser relatert til svineinfluensa. Formålet med registreringen var å få oversikt over omfang henvendelser og hvilken belastning dette påførte legevaktene. En rapport ble publisert året etter.

Bekymringsbrev og handlingsplan

I desember 2009 sendte vi et bekymringsbrev til Helsedirektoratets avdeling for kommunale helsetjenester med tittelen *«Overgrepsmottak – status 2009. Organisatoriske, økonomiske og faglege utfordringar»*. Bakgrunnen var informasjon som hadde kommet frem i forbindelse med kartleggingsundersøkelsene og lederseminar som viste at de organisatoriske og økonomiske rammene og vilkår ellers ikke var gode nok.

Undersøkelsen i Bergen viste at seks av ti legevaktbesøk var unødvendige. Her fra legevakten i Kristiansand. (Foto: Arkivbilde)

Seks av ti legevaktbesøk unødvendige

Altfor mange bruker legevakten som legekontor på kveldstid, konkluderer en ny rapport.

Året 2010

I 2010 hadde vi en litt dårligere budsjettsituasjon enn forventet som la en viss demper på mulighetene våre ved å sette i gang større prosjekter og til å ansette i de stillingene vi etter planen skulle ha. Likevel kan vi se tilbake på 2010 som et godt virkeår med både videreføring av gamle prosjekt og oppstart av nye, spennende prosjekt. I tillegg kan vi se tilbake på minneverdige hendelser som for eksempel første avlagte doktorgrad hvor hele prosjektet er gjennomført ved Nklm.

Brukerundersøkelser på legevakt

I 2010 utviklet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nklm et spørreskjema for å fange opp pasienters erfaringer i møte med legevakt. Skjemaet kom ut i to versjoner; ett skjema for nasjonale brukerundersøkelser og ett skjema for lokale brukerundersøkelser på legevakt. I tillegg ble det laget en praktisk veileder for legevakter som ønsket å bruke skjemaet for lokale brukerundersøkelser.

Arbeidet med å utvikle spørreskjemaet og resultater fra en pilotundersøkelse ble i 2010 publisert i to vitenskapelige artikler. I desember samme år ble det gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse på legevakt, og det ble satt i gang et arbeid med å utvikle et mer omfattende forskningsprogram for brukererfaringer på legevakt.

Er det farlig å jobbe i legevakt?

Erfaringer og tilbakemeldinger ved Sandnes legevakt viste at mange var redde for å jobbe i legevakt. På bakgrunn av dette gjennomførte Sandnes legevakt våren 2007 en risiko- og sårbarhetsanalyse for ansatte i legevakt. Dette var et pilotprosjekt, og ingen visste hvordan forholdene var på et nasjonalt plan. Sandnes legevakt ønsket derfor å gjennomføre en kartlegging blant ansatte i legevakt i Norge.

Nklm tok prosjektet ett skritt videre med det formål å undersøke uønskede hendelser som ansatte i legevakt var blitt utsatt for, hvor ofte dette hadde forekommet og hvilke helsemessige konsekvenser disse hendelsene medførte. Alle ansatte ved 20 legevakter fikk tilsendt et spørreskjema høsten 2008. Rapport og artikkel i Utposten ble publisert i 2010.

Fastleger og andre leger på legevakt

Fastlegene har i utgangspunktet plikt til å delta i legevakt, men undersøkelser viste at bare ca. halvparten av dem deltok fullt ut. Noen hadde formelt fritak fra vakt, andre gav fra seg vaktene sine til andre leger. Dette så vi på som en uheldig utvikling da fastlegene var antatt å være best kvalifiserte til å håndtere legevaktpasienter.

Hensikten med dette prosjektet var å sammenligne regningskort fra fastleger og andre leger som har legevakt. Vi undersøkte om det fantes systematiske forskjeller i praksisprofilene til disse to legegruppene. NAV leverte en datafil med opplysninger om samtlige regningskort levert fra legevakt i året 2006. Vi fikk opplysninger om legene (kjønn, alder, praksiskommune og fastlege/annen lege), pasientene (kjønn, alder, bostedskommune) og kontaktdata (tidspunkt, diagnoser, takster). Artikkel ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 2, 2010.

Spesialkurs – Fotokurs «Superbruker»

I oktober 2010 arrangerte Nklm i samarbeid med Kripos et fotokurs for medisinsk personell ved mottakene. Målsettingen med kurset var å gi deltakerne mer kunnskap om krav til bilder brukt i rettslig sammenheng og forskriftsmessig lagring av bildene. I vår kartleggingsundersøkelse av overgrepsmottakene i 2009 ble det avdekket ulik praksis på dette området, og Nklm ønsket å bidra til å skape en felles praksis ved å rette fokus på fotografmessige forhold og juridiske aspekt ved fotografering. Alle mottakene fikk mulighet å delta med en deltaker som skal inneha superbrukerkompetanse ved mottaket. 21 mottak deltok på spesialkurset.

Del A. Skal svarast av alle

1. Kva slag kontakt hadde du med legevakta? *(Sett berre eitt kryss)*
   - Berre telefonkontakt ☐
   - Telefonkontakt og deretter til legevaktlokalet ☐
   - Direkte til legevaktlokalet utan telefon på førehand ☐
   - Telefonkontakt og deretter sjukebesøk heime ☐
   - Anna ☐

		Ja	Nei
2.	Var det denne type kontakt du ønskte?	☐	☐
3.	Korleis tok du/de kontakt med legevakta?	☐	På telefon -> gå til spørsmål 4.
		☐	Kom direkte til legevaktlokalet utan å ringe på førehand -> gå til spørsmål 6.
		☐	Hadde sjukebesøk heime -> gå til spørsmål 16.

PASIENTERFARINGER: *Utsnitt fra spørreskjema.*

Året 2011

Store og små begivenheter var også å spore i 2011 og oppstart av landets første videreutdanning i legevaktsykepleie var en stor milepæl dette året. På forskningsfeltet ønsket vi blant annet å se nærmere på internasjonale samarbeid, men mindre lokale problemstillinger/prosjekt på legevakt som håndhygiene og sykepleierråd ved innringing til legevakt ble også løftet frem. Under kommer en kort beskrivelse av noen av prosjektene vi jobbet med i 2011.

Hygienekampanjen og infeksjoner på legevakt

Tidligere studier har vist at god håndhygiene kan redusere forekomsten av luftveisinfeksjoner og tarminfeksjoner.

I forbindelse med svineinfluensaepidemien høsten 2009 iverksatte myndighetene en kampanje for bedre hygiene. Vi ønsket å undersøke om kontaktraten for infeksjonssykdommer på legevakt ble endret mens denne kampanjen pågikk. Data ble hentet fra alle elektroniske refusjonskrav fra legevaktleger i årene 2006–2009. Kontaktrater for ni infeksjonsdiagnoser høsten 2009 ble sammenliknet med et gjennomsnitt av de tre høsthalvårene 2006, 2007 og 2008.

Høsten 2009 var kontaktraten for influensa ti ganger høyere enn de tre foregående år. I samme periode var kontaktraten for andre luftveisinfeksjoner og tarminfeksjoner redusert. Myndighetenes hygienekampanje kan ha bidratt til dette resultatet.

Artikkel ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening 2011, nr. 7.

Sykepleierråd på legevakt, forstår pasienter informasjonen, og hva fører rådene til?

I studien undersøkte vi hvordan innringere til en legevaktsentral oppfattet de medisinske rådene som ble gitt av sykepleier, om rådene ble fulgt, og hva kontakten førte til.

Fra en stor legevakt i Norge ble lydloggsamtaler som endte med medisinsk råd fra sykepleier, den første og siste rådgivningen på hver vakt, valgt ut over en periode på to måneder. Samtalene fra lydloggene ble skrevet ned i et utarbeidet skjema og informasjon fra samtalene ble sammenlignet med intervju av de samme innringerne etter en uke. 100 innringere ble intervjuet på telefon.

Resultatene viste at 99 av 100 innringere sa at de forstod rådene, 93 fulgte rådene, 79 fikk svar på det de lurte på, 74 stolte på sykepleiers vurdering, 22 kontaktet fastlegen i etterkant, 11 kontaktet legevakten i etterkant og fem ville helst ha snakket med lege. Ved sammenligning av de seks felles spørsmålene fra lydlogg og intervju var det diskrepans på 18 % mellom gitte råd og innringers forståelse av rådene. Ikke-norske innringere fulgte i mindre grad rådene gitt av sykepleiere enn de norske innringerne.

Forskningsevaluering ved Norges forskningsråd

Uni helse, nå Uni Research Helse, deltok i NFRs fagevaluering (2010-2011) av biologi, medisin og helsefag, og Nklm ble evaluert av en gruppe internasjonale fageksperter som del av prosessen. Det ble levert omfattende dokumentasjon av våre forskningsaktiviteter for de siste fem årene. Vi ga også selvevaluering, inkludert vurderinger av våre styrker og svakheter. Uni helse møtte evalueringskomiteen våren 2011. Rapporten kom i november 2011. Resultatet av evalueringen ble karakter «fair/good».

Den samfunnsmessige betydningen av forskning ved Nklm ble beskrevet av ekspertpanelet på følgende måte: Ettersom mange av forskningsprosjektene er initiert i nært samarbeid med det kliniske praksisfeltet, uttrykker de et behov, og det er mulig å anvende resultatene i kliniske situasjoner. Dette bedrer kvaliteten i primærhelsetjenesten, og reduserer tidsgapet mellom vitenskapelige funn og praktisk anvendelse.

Pris til Janecke Thesen

Janecke Thesen ble på Legeforeningens landsstyremøte i mai 2011 tildelt Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten. Prisen ble begrunnet med at hun hadde vært en vesentlig pådriver for et omfattende kvalitetsarbeid innenfor norsk allmennmedisin i mer enn ti år.

KVALITETSPRISEN 2011: *Janecke Thesen. Foto: Tone Morken*

Høringsuttalelser

I 2011 avga Nklm følgende høringsuttalelser:

- Revidering av rundskriv – Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – Oppgaver og samarbeid
- Etablering av nasjonal kjernejournal
- Forslag til ny helse- og omsorgslov – om følgende områder:
  1) Forskning i primærhelsetjenesten
  2) Legevakt, heldøgns kommunal akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste
  3) Overgrepsmottak – helsehjelp og rettsmedisinske tjenester til personer utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner
- Nasjonal helse- og omsorgsplan. Fremtidens helsetjeneste – trygghet for alle. Akuttmedisin
- Plan for overgrepsmottak for Sogn og Fjordane

Året 2012

En dårligere budsjettsituasjon de siste par årene gjorde at aktiviteten i 2012 måtte tilpasses deretter. Utover bevilgningen fra Helsedirektoratet lykkes vi likevel i å få støtte fra eksterne kilder til flere prosjekter, og flere personer fikk støtte fra eksterne kilder. Dette gjorde at vi beriket miljøet vårt og hadde mulighet til å opprettholde aktivitet og utvikling. Under er noen av prosjektene vi jobbet med i 2012 beskrevet.

Innføring av felles nasjonalt legevaktnummer

Nklm fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å innhente tekniske og organisatoriske data som var nødvendig for å kunne innføre et felles nasjonalt legevaktnummer. Innsamlede data inngikk som en del av Nasjonalt legevaktregister.

Brukerundersøkelser på legevakt

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nklm har gjennom flere år samarbeidet om å utvikle spørreskjemaer for å fange opp pasienters erfaringer i møte med legevakt. I tillegg er det laget en praktisk veileder for legevakter som ønsker å bruke skjemaet for lokale brukerundersøkelser.

I desember 2010 ble den første nasjonale brukerundersøkelse på legevakt i Norge gjennomført under ledelse av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nasjonal rapport fra undersøkelsen ble publisert i januar 2012. Rapporten viste at legevaktene får gode tilbakemeldinger fra brukerne på mange områder, spesielt på spørsmål om kommunikasjon og kontakt med personellet ved legevaktene. På noen områder rapporterte brukerne dårlige erfaringer, spesielt knyttet til tilgjengelighet og organisering. Det var store forskjeller mellom legevaktene som deltok.

Fastlegenes listelengde og pasientenes bruk av legevakt

Mange pasienter som oppsøker legevakt kunne like gjerne ha konsultert fastlegen. Mange hevder at de bruker legevakt fordi tilgjengeligheten er dårlig hos fastlegen. Hensikten med denne studien var å kartlegge befolkningens bruk av legevakt sett i forhold til ulike karakteristika ved fastlegene og deres lister.

Prosjektet baserte seg på kobling mellom flere eksisterende databaser: HELFO, Fastlege-databasen og Folkeregisteret. Data omfattet alle pasienter som hadde kontakt med legevakt i løpet av 2008. En artikkel ble publisert i Tidsskrift for den norske legeforening i 2012. Hovedfunnene var at pasienter fra lange lister, fra solopraksiser og fra åpne lister brukte legevakten minst. Legevakten ble ellers mest brukt i utkantstrøk. Det var svært stor variasjon fra legevakt til legevakt, noe som tydet på at mange fastleger burde legge til rette for flere akuttpasienter.

Innvandrere på legevakt

Det finnes lite data om innvandrerhelse i Norge, men flere studier har pekt på at innvandrerpasienter ofte oppsøker legevakt i stedet for fastlegen. Hensikten med denne studien var å kartlegge innvandreres bruk av legevakt og eventuelt forskjeller mellom norske og utenlandske legevaktsleger. Prosjektet baserte seg på kobling mellom flere eksisterende databaser: HELFO, Fastlege-databasen og Folkeregisteret.

To artikler fra prosjektet ble publisert i 2012. De viktigste funnene var at innvandrere generelt brukte legevakten noe mindre enn nordmenn, men det var store variasjoner. Arbeidsinnvandrere fra Europa brukte legevakten lite, asylsøkere brukte den mer. Uspesifikke smerter uten nærmere diagnose var svært hyppig blant irakere og somaliere. Vel 20 % av vaktlegene var innvandrere, men de utførte mer enn 30 % av arbeidet. Det var ellers små forskjeller i arbeidsmåte mellom norske leger og innvandrerleger.

Formidling gjennom media

2012 var et år der vi hadde en rekke oppslag i media, spesielt i forbindelse med TV2 sin føljetong denne høsten om situasjonen ved ulike legevakter rundt i landet. Vi opplevde at media i økende grad henvendte seg til oss etter å ha lest våre forskningsresultater og ønsket ytterlige uttalelser fra våre ansatte. At legevakt ble satt på dagsorden på denne måten opplevde vi som svært positivt, og vi oppfattet at vi ble sett på som en kilde til faktakunnskap og solid forskning rundt temaet legevaktmedisin.

8 | NYHET | BERGENSAVISEN TIRSDAG 30. OKTOBER 2012

Fastlegene: Tilgjengeligheten endrer pasientenes valg

LEGEVAKT FORAN FASTLEGE

Utilgjengelige fastleger med få akuttimer gjør at pasientene heller velger legevakten.

BERGEN LEGEVAKT

Linda Hilland
linda.hilland@ba.no

dig flinke, mens andre «lekker» pasienter i stor grad til legevakten. De er ikke flinke til å sette av akuttimer på dagtid, sier Hogne Sandvik, fastlege og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Undersøkelsen fra bergensforskerne viser at pasienter fra mannlige fastleger, unge fastleger og innvandrerfastleger bruker legevakten mer enn kvinnelige fastleger, eldre fastleger og norske fastleger.

FAKTA Legevakt

- Sammenlignet med andre land brukes legevakten mye i Norge og ofte for tilstander som gjerne kunne tas hånd om av fastlegen.
- I 2010 var det i overkant 1,75 millioner pasientkontakter ved norske legevakter. Tre av fire kontakter var legekonsultasjoner.

Året 2013

Ambulant akuttfunksjon i psykiatri i Nordhordland

I mars 2010 startet Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland (DPS) et prosjekt som skulle gi økt tilgjengelighet til den lokale voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenesten ut over ordinær arbeidstid. Prosjektet var et samarbeid med Nordhordland interkommunale legevakt (NLV) og bestod i at vakthavende lege ved NLV skulle ha mulighet til å konferere med psykologspesialist ved DPS ved tvil om håndtering av psykiatriske problemstillinger. Evalueringen av prosjektet ble utført som aksjonsforskning, og bygde på registrering av alle kontakter og intervjuer med involverte parter gjennom de tre første prosjektårene. Rapporten ble publisert i august 2013.

Evalueringen viste at prosjektet ga økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten i psykiatri i Nordhordland. Vaktpsykologen ble i gjennomsnitt kontaktet 1-1,5 ganger per uke, noe som tilsvarer ca. to henvendelser per 1000 innbyggere per år. Prosjektet ga økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid, hovedsakelig i form av at flere pasienter fikk tilbud om oppfølging på DPS-nivå. Behovet for tvangsinnleggelser eller innleggelser i psykiatrisk sykehus ble ikke redusert. Prosjektet hadde stor verdi for alle involverte og ble godt mottatt. Det ga økt kvalitet på akuttvurderingene og stor læringsverdi for legevaktleger og -sykepleiere.

Forebygging av vold mot legevaktpersonell

Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge hva legevaktene i Norge hadde av tiltak for å forebygge vold mot legevaktpersonell. Det ble samlet inn data fra alle norske legevakter om tiltak i forbindelse med datainnsamlingen til Nasjonalt legevaktregister i 2012.

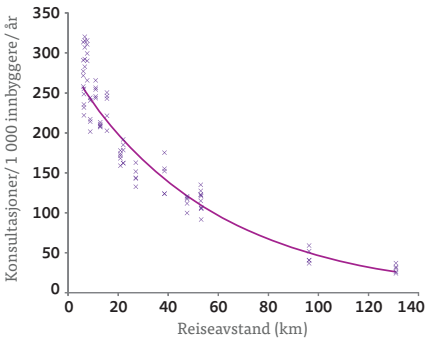
Resultatene fra undersøkelsen ble presentert på nasjonale og internasjonale konferanser og publisert i internasjonalt tidsskrifter. Resultatene fra prosjektet dannet grunnlag for å vurdere hva som trengs for å skape tryggere arbeidsplasser i legevakt.

Geografi og legevaktsøkning

Ved lokalisering og organisering av legevakt, vil gjennomsnittlig reiseavstand for befolkningen mellom hjemadresse og legevaktlokalet være en vesentlig faktor. Det er grunn til å tro at lengre reisevei fører til høyere terskel for å kontakte legevakten. Nklm har belyst denne problemstillingen gjennom en rekke underprosjekter, og prosjektet ga data for Guttorm Raknes sin doktoravhandling i 2015. Viktige funn:

- Økende reiseavstand var sterkt assosiert med lavere bruk av legevakten, nærmest uavhengig av demografiske og sosioøkonomiske faktorer.
- Konsultasjonsraten ved legevakt falt til under det halve ved en reiseavstand på 43 km eller mer, kontaktraten ved 77 km eller mer.
- Andelen kontakter som førte til konsultasjon var klart fallende ved økende reiseavstand.
- Økende avstand var assosiert med reduksjon i henvendelser av alle hastegrader, også de mest akutte.

FIGUR 1: *Reiseavstand og konsultasjonsrate i legevakt*



PLoS One. 2014;9(2):e89287

Legevaktkonferansen 2013 i Sandnes

Årets Legevaktkonferanse ble arrangert av legevakten i Sandnes, Gjesdal, Klepp og Time. Konferansen ble avholdt ved Quality Hotel Residence i Sandnes 5.–7. september. Nklm sendte åtte deltakere til konferansen, av disse holdt fem innlegg. Steinar Hunskår og Ingrid Hjulstad Johansen holdt

LEGEVAKTKONFERANSEN 2013: *Steinar Hunskår holder innlegg ved årets legevaktkonferanse i Sandnes. Foto: Vivian Midtbø*

plenumsforedrag med henholdsvis tema: «Nytt fra legevakt i Norge. Help og råd til prosjekt» og «Psykiatri og rus på legevakt. Epidemiologi og utfordringer». Robert Burman, Guttorm Raknes og Svein-Denis Moutte holdt henholdsvis parallellsesjoninnleggene: «Brystsmerter på legevakt», «Geografisk avstand og bruk av legevakt» og «Barn med smerter».

Kompetanseoppbygging ved overgrepsmottak: Grunnkurs og spesialkurs

Det årlige nasjonale grunnkurset for medisinsk personell ved landets overgrepsmottak ble arrangert i Bergen 11. og 12. mars 2013 på Radisson Blu Royal Hotel, Bryggen. Kurset hadde 82 deltakere og ble gjennomgående godt evaluert. 28 leger deltok på kurset.

Kurs 2 av spesialkurset «Vold i nære relasjoner – håndtering ved legevakt/overgrepsmottak» ble arrangert 9. og 10. oktober på Solstrand Hotel & Bad. Dette kurset er en videreføring av kurs 1, som ble arrangert både i 2011 og i 2012. Kurset hadde 34 deltakere, herav sju leger. Representanter fra ATV, Senter for krisepsykologi, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst og Hordaland Politidistrikt foreleste i tillegg til Nklms egne krefter. Kurset ble godt evaluert.

Året 2014

2014 var preget av to viktige nasjonale satsinger med stor relevans for legevaktområdet: Forslag til revisjon av akuttmedisinforskriften og arbeidet i regjeringens akuttutvalg. Den nye akuttmedisinforskriften hadde vært etterlengtet i flere år. I september dette året leverte Nklm et omfattende høringssvar der vi pekte på det vi mente var bra ved forslaget, det som burde justeres og det vi var kritiske til.

Norsk legevaktforums årlig styremøter ved Nklm gir rom for et godt og nært samarbeid. I henhold til inngått avtale om samarbeid omkring de faglige og økonomiske sidene ved Lederkonferansen for medisinske og administrative ledere av legevakter, arrangerte vi sammen denne årlige konferansen. 2014-konferansen var den tiende i rekken og ble avholdt den 18.-20. mars ved Solstrand Hotel og Bad rett sør for Bergen.

Oppfølging av Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt

Regjeringens Akuttutvalg skal utrede et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. I denne forbindelse leverte Nklm høsten 2014 en rapport på bestilling fra Akuttutvalget: «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene». Rapporten tar for seg følgende tema:

I. Forslag til nasjonale krav til legevakt
   a. Status over legevakttjenesten 2014
   b. Forslag til nasjonale krav og veiledende standarder
   c. Modellskisser for legevakt i hele/deler av landet

II. Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Patient safety culture in European Out-of-hours services (SAFE-EUR-OOH)

Nklm/Uni Research Helse, Institutt for global helse og samfunnsmedisin/UiB, det Nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (I trygge hender) og European research network for Out-of-hours primary health care (EurOOHnet) startet i 2014 et samarbeid for å undersøke pasientsikkerhetskulturen ved legevakter i fem europeiske land (Slovenia, Nederland, Italia, Kroatia og Norge). Målsettingen er å validere spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire – SAQ (Ambulatory Version) i hvert av deltakerlandene. I tillegg vil man undersøke hva som karakteriserer pasientsikkerhetskulturen på legevaktene, samt studere likheter og forskjeller mellom landene.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Organisering, pasientflyt og klinisk kvalitet

I 2012 tok Nklm initiativ til et prosjekt for å få nasjonale data om organisering, innhold og pasientstrøm i det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet (ØHD). Formålet med studiet var å styrke kunnskap om kvalitet i dette nye helsetilbudet, og effekt på pasientstrøm gjennom helsetjenesten. Vi ønsket å gjøre en landsomfattende systematisk innsamling av data fra ØHD-enhetene. Datainnsamlingen skulle bestå av to sett med registreringer. Det ene settet med data om organisatoriske forhold og innhold i alle landets øyeblikkelig hjelp døgnenheter. Det andre settet med data om hver pasient og klinisk innhold i deres ØHD-opphold.

I november 2014 hadde prosjektet fått alle nødvendige tillatelser etter formelle søknadsprosesser til REK og Datatilsynet, men grunnet manglende finansiering fra Helsedirektoratet måtte prosjektet dessverre avlyses.

DAGENS Medisin

Helse- og innovasjonssatsinger må komme i statsbudsjettet for 2015

Nyheter | Debatt | Blogger | Leder | Legeliv | DM-Quiz | DM-TV | Jobbmarkedet | DM Arena | Annonsere

Siste nytt | Helsepolitikk | Forskning | Kreft | Hjerte og kar | Legemidler | Folkehelse | Livsstil | Psykisk helse | Jobb og utdann

Oppdatert 21.08.14 Nyheter

Skjerper kravene til kompetanse på legevakten

Året 2015

Nklm feirer i 2015 at det er ti år siden senteret startet opp virksomheten sin. Under behandlingen av Akuttmeldingen i juni 2001 støttet et stort flertall i Stortinget utviklingen av et slikt senter i Bergen, og departementet ble bedt om å utvikle tiltaket videre. Senteret var opprinnelig planlagt å skulle ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk, kvalitetssikring med vekt på metoder for egenkontroll og tilbakemelding. Først i 2004 ble likevel endelig vedtak om å opprette senteret gjort av helseminister Ansgar Gabrielsen og det ble gitt penger for drift fra 2005.

JUBILEUMSKAKE: *Nklm feirer sitt ti-årsjubileum med en rekke arrangementer. Foto: Arngeir Berge*

Jubileum

Ti år er ikke lang tid, men i denne sammenheng synes vi det er grunn til å både feire og å markere Nklm sin virksomhet. Den 26. august hadde vi et fagseminar med 80 deltakere der helsedirektøren, KS og presidenten i legeforeningen kom med tanker om framtidens legevakt i tillegg til innlegg fra senterets forskere.

Nettkurs for fastleger/legevaktleger om vold i nære relasjoner

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017: Et liv uten vold legger opp til at det utvikles og gjennomføres et e-læringskurs for fastleger (tiltak 21). Nklm har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage dette nettkurset ettersom senteret i flere år har bygd seg opp kompetanse innenfor håndtering av pasienter utsatt for akutt fysisk og/eller seksuell vold ved norske overgrepsmottak.

Som ytre ramme jobbes det mot et kurs med ca. seks timers arbeidsomfang, delt opp i ni moduler. Én av modulene skal omhandle temaet kvinnelig omskjæring og tvangsekteskap. Kurset skal være ferdig ved utgangen av 2015.

Legevaktprisen 2015

Vi gratulerer Per Magne Mikaelsen med Legevaktprisen 2015! Under årets Legevaktkonferanse i Trysil ble den gjeve prisen delt ut til Mikaelsen for sitt sterke engasjement som leder av Norsk Legevaktforum, og for hans markedsføring av legevaktens mangfold og utfordringer i en årrekke.

Mikaelsen, som selv egentlig skulle dele ut årets Legevaktpris, var godt i gang med talen til en annen kandidat da scenen ble kuppet og utdelingen fikk en annen vending. En overrasket Per Magne Mikaelsen dediserte prisen til legevakten i Drammensregionen.

Endelig er den nye akuttmedisinforskriften vedtatt!

Helt siden 2009 og stortingsvedtaket om Samhandlingsreformen har sterkere forskriftsfesting av kommunal legevakt stått på dagsorden. Nå vet vi at forskriften skal gjelde fra 1. mai, mens nasjonalt legevaktnummer 116117 skal være i drift fra 1. september i år. Forskriften er endret en del i forhold til det som var forslaget fra i fjor sommer. Det er tydelig at Departementet har lest innvendingene og kommentarene fra Nklm og Helsedirektoratet, og Nklm har fått gjennomslag for minst to store og en del mindre poeng. Legevakt som allmennmedisinsk arbeid blir tydeliggjort ved at vaktkompetansen først og fremst blir oppnådd gjennom allmennmedisin og erfaring fra legevakt og allmennpraksis. Forslaget om å la en del andre spesialiteter komme i særstilling framfor andre, sammen med allmennmedisin, er borte. Dette var Nklm sitt standpunkt i høringsrunden. Det blir kompetanse- og kurskrav både for vaktlegene, sykepleierne og andre medarbeidere i legevakt. Det blir krav om bachelorutdanning, praksis og opplæring for operatørene i legevaktsentralen. Her blir det et stort arbeid med å oppfylle kravene i løpet av de neste årene, som er gitt som overgangsperiode.

Vi har fått med sykebesøk som spesifikk oppgave for legevakten. Utrykningsplikten blir som i forslaget, det betyr i praksis at alle legevakter må ha godt utstyrt legevaktbil. På nettsidene våre finnes den ferske Nklm-rapporten om uniformering av både personer og biler. Forskriften er mer overordnet enn

LEGEVAKTPRISEN 2015: *Per Magne Mikaelsen takker for Legevaktprisen. Foto: Øystein Berg*

vi opprinnelig så for oss. Nå starter arbeidet med å videreutvikle legevakten i lys av de nye føringene.

Medarbeidere ved Nklm fikk første og tredje pris for årets oversiktsartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2014

Knut Steen (Nklm og Bergen legevakt) ble tildelt prisen for årets oversiktsartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2014, for artikkelen «Bør traumatiske hudsår lukkes innen åtte timer?» Steen har undersøkt den eksisterende evidensen for at hudsår bør lukkes innen åtte timer for å hindre infeksjon, og konkluderer med at det per i dag ikke finnes gode nok kliniske studier til å kunne påvise en slik tidsgrense. Man trenger resultat fra robuste, randomiserte og kontrollerte studier før gode vitenskapelig funderte retningslinjer vil kunne foreligge.

Hilde Fjeld (RELIS Sør-Øst og Oslo Universitets sykehus) og Guttorm Raknes (Nklm og RELIS Nord-Norge) sin artikkel «Er det virkelig farlig å kombinere metronidazol og alkohol?» ble kåret til den 3. beste oversiktsartikkelen. I artikkelen konkluderer forfatterne med at klinisk relevant interaksjon mellom metronidazol og etanol ikke er bekreftet i nyere forsking.

Legevakthåndboken

Kom i 5. utgave fra 17.09.15. Nye oppdateringer i siste versjon er ordningen med kommunale akutte døgnopphold (KAD-senger) som blir en landsdekkende ordning fra 1. januar 2016, akuttmedisinforskriften, nasjonale retningslinjer for Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten og noen akuttmedisinske prosedyrer. Det er i tillegg gjort små endringer i eksisterende oppslag. Appen for android og iphone er oppdatert og forbedret, og er nå tilgjengelig for brukere.

– Ti år som akutt-medisinsk bærebjelke

GRATULERER! Helsedirektør Bjørn Guldvog gratulerer forskningsleder Steinar Hunskår ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Helsedirektør Bjørn Guldvog karakteriserte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) som en viktig bærebjelke i akuttmedisin da senteret markerte sitt 10-årsjubileum.

BERGEN: Bjørn Guldvog gratulerte jubilanten på vegne av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

– NKLM har vært en tydelig stemme – både pågående og utålmodig – og dette har gitt gode resultater. Dere bidrar til at legevakttjenesten blir en del av primærhelsetjenesten. Vi får nå bedre oversikt over legevakttjenesten, hilste helsedirektøren.

«Pådriver»

– Senteret har satt legevaktmedisin på dagsordenen og vært en viktig pådriver for å få forskriftsfestet kvalitetskrav ved norsk legevakt, la Guldvog til overfor Dagens Medisin.

Forskningsleder Steinar Hunskår ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin oppsummerer de ti første årene til kompetansesenteret slik: – Vi er ikke fremme, men vi er på god vei. Det har skjedd masse positivt på feltet, blant annet har det skjedd en profesjonalisering av kompetanse og utstyr, i tillegg har vi fått ny akuttforskrift.

«Må frem i køen»

– Vi er utålmodige, og fortsatt må mange felt styrkes, som kortere responstider, formalisering av system for vaktleger og bedring av økonomiske rammevilkår, tilføyer Hunskår.

– Legevaktmedisin er et forskningssvakt område og havner ofte bakerst i køen. Senteret har gjort en viktig jobb for å løfte legevaktmedisin frem i lyset og vært en viktig leverandør av kunnskap, sier president Marit Hermansen i Legeforeningen.

Kristine Askvik
redaksjonen@dagenmedisin.no

Fortsatt må mange felt styrkes, som kortere responstider, formalisering av system for vaktleger og bedring av økonomiske rammevilkår

Steinar Hunskår, leder av forskningen ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

HELSEDIREKTORATET GRATULERER: *Helsedirektør B.G. gratulerer Nklm med de første ti år på junileumsseminar 26. august 2015.*

02

DEL 2

NOEN VIKTIGE PROSJEKTER

Prosjektporteføljen til Nklm er svært variert, med spennvidde fra det lokale til det nasjonale, fra enkle registreringer til doktorgradsprosjekter, fra administrasjon og juss til epidemiologi og klinikk. Vi ser en utvikling mot enda mer digitale produkter, som for eksempel e-læringskurs og støtteverktøy for pc og smarttelefon. Vi prøver å gjøre en innsats som skal medvirke til bedre kvalitet i legevakttjenestene i et vidt perspektiv.

… er hjelpa nærmast!

Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt

Dette dokumentet, *Handlingsplanen* i daglegtale, er utan tvil Nklm sitt viktigaste og mest kjente produkt. Det var i oktober 2008 at Nklm fekk i oppdrag frå Helsedirektoratet å utarbeide eit forslag til ein *handlingsplan* for utvikling av legevakttenesta i Norge. Planen vart levert til helseministeren og helsedirektøren i januar 2009 og inneheldt følgjande element:

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

Rapporten er delt inn i 9 kapittel på til saman 75 sider. Den inneheld ei lang rekke vurderingar, forslag til ny organisering og til eit fagleg løft for tenesta. Eit hovudpunkt var at sentrale krav til legevakt måtte forskriftsfestast, enten i eiga forskrift eller som ei utviding av forskrift om prehospital akuttmedisin.

Rapporten startar med ei oversikt over sentrale utviklingstrekk i legevakttenesta. Kapittel 3 gjev ei oversikt over lover og reglar med relevans for legevakt. Kapittel 4 omtalar korleis legevakttenestene er organisert. Det vert også presentert data for kven som bruker legevakttenestene, driftsomfang og kva diagnosar og hastegradar legevakt handlar om. I 2008 var det litt over 200 legevaktdistrikt. Legevakt har stort klinisk omfang, med i underkant av 2 millionar kontaktar totalt, 1,3 millionar konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk. Legevaktene er svært ulike når det gjeld ressursar, lokale og system. Små og mellomstore legevakter ligg etter dei store. Det er rekrutteringsproblem for legar til legevakt, berre omlag halvparten av fastlegane deltek fullt ut i legevakt.

FIGUR 1: *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. …. er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.*

Samla sett er dei fleste legevaktene svært små organisasjonar, som vert drivne med enkle midlar. Dette gjer dei fleste legevaktene til lite robuste einingar med store utfordringar for både fagleg og administrativt kvalitet. Kapittel 5 er ein samla situasjonsanalyse og oversikt over nokre av dei sentrale utfordringane som legevakttenestene står ovanfor i åra som kjem. Konklusjonen i rapporten er godt kjent, nemleg at legevakttenesta er *ein naudetat i bakleksa*. Kommunal legevakt treng betydeleg opprusting og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtida sine krav.

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

Kapittel 7 utgjer den eigentlege handlingsplanen, og består av ei lang rekke forslag om ulike former for myndigheitskrav og andre tiltak. Nklm tilrår at kommunal legevakt skal forankrast i ei eiga forskrift. Landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggarar innan eit rimeleg areal. Ordningar av ein slik storleik vil vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstille krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Kapittel 8 gjev ei oversikt over dei økonomiske og administrative konsekvensar av forslaga. Samla kostnader for årleg drift av ei ny legevaktordning i tråd med forslaga i handlingsplanen vert berekna til i underkant av 3,5 milliardar kroner, av dette er 2,7 milliardar nettoutgifter for kommunane. Kapittel 9 avsluttar rapporten med ei dokument- og litteraturliste.

Planen godt mottatt

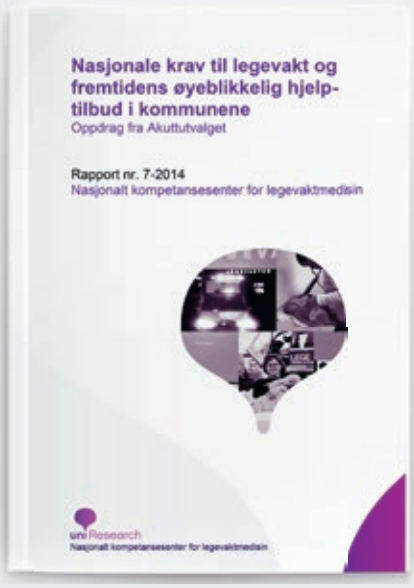
Helseminister Hanssen uttalte at planen var i samsvar med det reformarbeidet han såg for seg i helsetenesta framover. Planen fekk svært god mottaking hos legevaktene, i fagmiljøa elles og i relevante organisasjonar. Legeforeningen har hatt legevakt som eit satsingsområde dei siste åra og går inn for mange forslag som har sitt utspring i handlingsplanen. Helsedirektoratet la hovudtankane til grunn i sine forslag til styrking av legevakttenesta i sine tilrådingar til departementet.

HANDLINGSPLANEN TIL STATSRÅDEN: *Steinar Hunskår overleverer Handlingsplanen til helseminister Bjarne Håkon Hanssen og helsedirektør Bjørn-Inge Larsen. Foto: Helsedirektoratet*

Samhandlingsreforma og Stortinget

Stortinget behandla våren 2010 Samhandlingsreforma, og i det høve fekk Nklm høve til å presentere planen. Eit samla Storting ga sin tilslutning til Helse- og omsorgskomiteens innstilling om legevakt: "Komiteen viser til at Nklm på oppdrag fra Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til handlingsplan for legevakt. I sin situasjonsanalyse konkluderer senteret med at det er et stort potensial for bedre samhandling mellom legevakten og andre kommunale tjenester. Nklm mener også at legevakttjenestene ikke har utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen en har hatt i resten av helsetjenesten de siste ti årene. Komiteen ber regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt, fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt. De må utgjøre ryggraden i legevakttjenesten."

Deretter skjedde det lite relativt lenge. Nklm var utolmodige, noko som vart vektlagt for helseminister Jonas Gahr Støre da han besøkte Nklm i november 2012. I mai 2013 fremma Fremskrittspartiet forslag om at regjeringa Stoltenberg skulle legge fram ein handlingsplan for legevakt for å sikre kvalitet, kompetanse og tilgjenge for brukarane. Forslaget vart imidlertid forkasta av Stortingsfleirtalet, medan heile opposisjonen (noverande regjeringsfleirtal) stemte for.



FIGUR 2: *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.*

Revidert akuttmedisinforskrift 2015

Sjølv om ikkje departementet gjekk inn for eigen legevaktforskrift, har ein stadig arbeidd med enkelttiltak. Nasjonalt legevakttelefonnummer 116117 kom i 2015. Revidert fastlegeforskrift inneheld strengare krav til vaktplikt for fastlegane. Revidert akuttmedisinforskrift frå 2015 har mange nye krav som har sitt utspring i Handlingsplanen, mellom anna satsing på auka kompetanse hos vaktlegane og sjukepleiarar i legevaktsentralane.

Oppdrag frå Akuttutvalget: Ny handlingsplan?

Regjeringa sitt Akuttutval skal gjennomføre ei utgreiing av den delen av den akuttmedisinske kjeda som er utanfor sjukehus, med leveringsfrist hausten 2015. I 2014 ga utvalet Nklm i oppdrag å utrede «*Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene*», i form av ein status over legevakt i 2014, komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt rettleiande standardar, utvikle ei modellskisse for legevakt i heile/deler av landet og komme med ei omtale av akutttilbodet i kommunane i framtida. I motsetning til i Handlingsplanen la Nklm denne gongen meir vekt på funksjonskrav og tidskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tenestekrav. Pasientperspektivet og kliniske tilhøve er og meir synlege i denne rapporten enn i Handlingsplanen frå 2009. Rapporten vart sendt til departementet som vedlegg til Akuttutvalet sin delrapport om legevakt.

Avslutning

I ettertid kan vi slå fast at Handlingsplanen var eit viktig dokument som sette både fagleg og politisk dagsorden. Vi var nok meir utolmodige og optimistiske enn det var grunn til, å endre både lovverk, forvaltning og kommunale organisasjonar er tunge prosessar som tek tid. Nklm meiner at gjennomføring av mange av forslaga i Handlingsplanen framleis skal ha høg prioritet for vårt arbeid på den fagpolitiske arenaen.

Nasjonalt legevaktregister

FIGUR 1: *Legevaktorganisering i Norge. Rapporter fra Nklm 2005–2014*

Bakgrunn

Noe av det første som ble gjort etter oppstarten av Nklm var å legge grunnlag for et nasjonalt legevaktregister med systematisk oversikt over landets legevakter og legevaktsentraler. Et nasjonalt legevaktregister hadde tidligere ikke eksistert, og skulle inneholde opplysninger om legevaktenes organisering og drift, samt et kontaktadresseregister til legevaktene.

Noen spørsmål som blir besvart med data fra legevaktregisteret er

- Hvilke kommuner samarbeider om legevakt?
- Hvem er leder for legevakten?
- Hvordan er legevakten bemannet?
- Hvilken kompetanse har legevaktpersonalet?
- Hvordan er vaktlegen lønnet?

Metode

Dataene ble først samlet inn ved hjelp av spørreskjema til alle kommunene i landet, senere ved direkte kontakt med leder for hver legevakt. Spørreskjemaet har blitt sendt ut hvert annet år siden 2005. Noen av spørsmålene har blitt gjentatt ved hver undersøkelse, noe som har gjort det mulig å studere endringer i legevaktene over tid. Andre spørsmål har kun blitt stilt en gang, for eksempel i forbindelse med et konkret forskningsprosjekt (for eksempel sikkerhetstiltak i legevakt) eller etter oppdrag fra Helsedirektoratet (om legevaktsentraler og legevaktnummer).

Resultater

Legevaktregisteret har vært grunnlag for statistikk og rapportering, og har vært et viktig utgangspunkt for forskning. Nklm har publisert en rekke rapporter (figur 1) og artikler fra legevaktregisteret. I tillegg har det vært flere mediaoppslag basert på funn fra registeret. Data fra Nasjonalt legevaktregister har vært kunnskapsgrunnlag for sentrale dokumenter om legevakt, som Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt (2009), Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene – Oppdrag fra Akuttutvalget (2014) og Legeforeningens innspillrapport for en bedre legevakt (2015).

Generelt viser dataene fra Nasjonalt legevaktregister at det er store variasjoner i hvordan legevaktene i Norge er organisert og bemannet. Her presenteres noen funn fra legevaktregisteret i perioden 2005–2014.

Større og færre legevakter

I perioden 2005–2014 var det en tendens mot større og færre legevakter i Norge, og det vil også si en utvikling mot flere interkommunale legevakter. Mens det var 220 registrerte legevakter i 2009, var dette redusert til 191 legevakter i 2014. Over halvparten av legevaktene var interkommunale i 2014. Noe av hensikten med å stimulere til større legevakter, var å få et større fagmiljø og dermed øke kvaliteten på legevakttjenestene. Til tross for større legevakter, viser imidlertid registeret at det i samme periode skjedde lite med bemanning, kompetansekrav og opplæring, noe som er viktige forutsetninger for å oppnå bedre kvalitet i legevakt (figur 2).

Sykepleiere er legevaktledere

Selv om omtrent halvparten av legevaktene var administrativt ledet av leger i 2014, utgjorde sykepleiere en stor gruppe på 40 prosent. Av de administrative lederne i

Nyheter

Bekymring for kvaliteten på rådene fra legevaktsentralene:

«Alle» betjener legevaktpasienter

Hovedinngang
Akuttmottak
Legevakt

FIGUR 3: *Faksimile om konsekvenser av legevaktsentraler som er betjent av personale uten kompetanse på sykepleiernivå. Dagens medisin 28.02.2008.*

NYTT HUS: Ålesund legevakt har nylotvt nye lokaler, men er plassert med avstand til resten av bygningene ved Ålesund sjukehus. Resultatet er at lege og sjukepleier som er alene på jobb selv må håndtere det som kommer av krevende og noen ganger truende pasienter. ARKIVFOTO: STALE WATTØ

Forsker: – Uakseptabelt å være alene på jobb

FIGUR 4: *Faksimile av oppslag om å være alene på jobb på legevakt. Sunnmørsposten 3.april 2013.*

LEGEVAKT-AVSLØRINGENE:

Språkproblemer truer pasientsikkerheten

En av ti legevaktleger har språkproblemer, sier forsker til TV 2.

FIGUR 5: *Faksimile av oppslag om konsekvenser av språkproblemer hos legevaktleger. TV2 2.10.2012.*

02:42

Legevakt-forsker slår alarm etter ny rapport:

Legevaktene har blitt verre - større risiko for at du blir feilbehandlet

FIGUR 2: *Faksimile fra TV2-oppslag om konsekvenser av at legevaktdistrikter blir større uten at dette er fulgt opp av bedret bemanning og kompetanse. TV2*

hel stilling er flertallet sykepleiere. Denne fordelingen har holdt seg stabil i perioden.

For lav kompetanse i legevaktsentralen

I 2009 hadde en av tre legevaktsentraler annet personale enn sykepleier til å betjene telefonen, i de fleste tilfellene var dette personale med lavere kompetanse enn sykepleier. Nklm har vært bekymret over dette, særlig ettersom det i økende grad satses på at legevaktsentralen skal brukes både til å sortere på alvorlighetsgrad og til å gi faglige råd til pasientene (figur 3). Andelen uten sykepleierfaglig kompetanse synes imidlertid å ha blitt mindre de siste årene.

Lege alene på vakt

I 2014 ble det registrert at de aller fleste legevaktene (80 %) kun hadde en lege på vakt på kveld, natt og helg. De fleste (80 %) manglet også organisert bakvakt for lege i vakt, for eksempel lege som kan kalles ut ved akutte situasjoner eller som vaktlegen kan konferere med ved behov. I tillegg var til enhver tid 40 % av legevaktene uten sykepleier på vakt. Nklm har konkludert med at dette kan ha negative konsekvenser både for den medisinsk-faglige kvaliteten og for legevaktpersonalets sikkerhet på legevakt (figur 4).

Legevaktleger med språkproblemer

I 2012 ble det registrert opplysninger om lege som var alene på vakt «i går kveld», basert på ønske om å kartlegge kompetansen hos legevaktleger. Vi fant at ca ti prosent av de aktuelle legene hadde norskspråklige problemer. Leger med språkproblemer vil sannsynligvis ha ekstra utfordringer i forhold til å kunne gjøre en god jobb på legevakt (figur 5).

Fastlønn uvanlig for leger i legevakt

I 2014 hadde litt under halvparten av legevaktene fastlønn for leger på natt, mens svært få (12–18 %) hadde fastlønn for leger på kveld og helg. Det er ikke funnet betydelige endringer i hvordan legevaktlegen blir lønnet de siste årene. Det er grunn til å tro at avlønningssystemet har konsekvenser for hvordan legevaktoppgavene blir løst.

Veien videre

Nasjonalt legevaktregister har de siste ti årene gitt en betydelig kunnskap om organisering og drift av norske legevakter. Et regelmessig oppdatert legevaktregister vil sannsynligvis fortsatt være en sentral kunnskapskilde for status og endringer i legevakttjenesten i Norge i årene framover. Denne kunnskapen er en viktig basis for å kunne velge strategier til å videreutvikle tjenesten til beste for befolkningen.

Vakttårnprosjektet

- *Hva slags innbyggere bruker legevakten?*
- *Hvilke dager er travlest?*
- *Hvor mange bruker legevakten på natten?*
- *Hvor alvorlig syke er legevaktpasientene?*
- *Hvor ofte rykker legevaktlegen ut med ambulanse?*

Systematisk innrapportering fra syv utvalgte legevakter har bidratt til å gi svar på disse enkle, men viktige spørsmålene. Takket være innsatsen til disse «Vakttårnene» kan Nklm nå med større sikkerhet levere statistikk med betydning for praktisk planlegging av legevakttjenester sentralt og lokalt, og som kunnskapsgrunnlag for prioriteringer og organisering av fremtidens akuttmedisinske tjenester.

Bakgrunn

Oppretting og kvalitetssikring av registre innen legevakt står helt sentralt i mandatet til Nklm. For spesialisthelsetjenesten har det lenge vært enkelt å skaffe oversikt over aktiviteten, ettersom det finnes et sentralt register (Norsk pasientregister, NPR) med opplysninger om all kontakt, både i og utenfor sykehus. Selv om sterke krefter jobber for å få på plass et tilsvarende primærmedisinsk register, er det fremdeles mange år til det vil være mulig å få tilsvarende oversikt over legevakt-Norge. Nklm har derfor måttet finne andre løsninger. Et sentralt redskap har vært tilgangen på datafiler fra HELFO med opplysninger om alle regningskort generert legevakt. Disse årsstatistikkene (jfr. side 26) gir langt på vei et godt bilde av aktiviteten fra legevaktlegene fra hele landet samlet, men det er viktige begrensninger. Registreringene er i stor grad motivert ut fra å sikre legevaktlegene inntekt for jobben som gjøres, noe som blant annet bidrar til at opplysninger om diagnoser (ICPC-2 koder) er unøyaktige. Kontakter som ikke genererer regning blir ikke registrert, og årsstatistikken kan derfor ikke si noe om tjenester utført av sykepleiere og annet personell. Regningskortene inneholder begrenset informasjon, blant annet er det ingen opplysninger om hastegrad. For å skaffe seg et godt og relevant kunnskapsgrunnlag fant Nklm det nødvendig å opprette Vakttårnprosjektet for å samle inn informasjon om norsk legevakt på egenhånd.

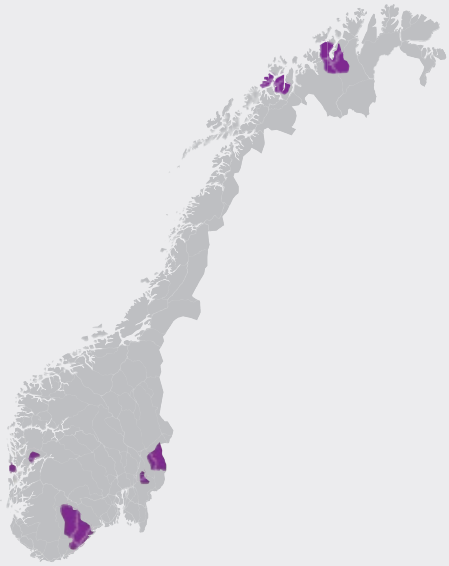
Sykepleier og forsker Elisabeth Holm Hansen var som leder av Vakttårnprosjektet sammen med Steinar Hunskår særlig sentral for opprettelsen og driften av Vakttårnprosjektet de første årene. Elisabeths PhD-avhandling omhandler Vakttårnprosjektet; filosofien bak, metoden, validering og de første resultatene. Ole Johan Eikeland har som dataansvarlig hatt en helt essensiell rolle, blant annet som hovedforfatter av de årlige rapportene.

Metoden

Målet for Vakttårnprosjektet var å registrere all medisinsk relevant kontakt i legevakt i et utvalg kommuner hvor befolkningen samlet sett var så stor og representativ at det skulle være mulig å beregne pålitelige nasjonale anslag på legevaktaktiviteten. Samtlige 433 kommuner ble i 2005 invitert til å delta. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste bidro i utvelgelsen av kommunene. Faktorer som ble vurdert var befolkningsstørrelse, grad av befolkningsendringer, alders- og kjønnssammensetning, grad av sentralitet, type næringsliv i kommunen, kommuneøkonomi og inntektsnivå. Syv legevakter med i alt 18 kommuner ble til slutt valgt ut (se figur 1). Vakttårnkommunene utgjorde i 2013 med sine 232 000 innbyggere 4,6 % av folketallet i Norge, og 4,9 % av landarealet.

Selve datainnsamlingen skjer ved at medarbeiderne ved de syv legevaktene registrerer opplysninger for hver enkelt kontakt, ideelt samtidig som de tar kontakt første gang. Tid for henvendelse, hjemkommune, alder og kjønn registreres. Unikt for Vakttårnprosjektet er registrering av hastegrad i henhold til Norsk medisinsk indeks. Hvem som tar kontakt og hvordan registreres også. Dette gir et bilde på i hvilken grad telefon eller direkte oppmøte benyttes, eller om hvor ofte AMK eller annet helsepersonell tar kontakt på vegne av pasienten. Spesielt for Vakttårnprosjektet er at også eventuelle tiltak som ikke innebærer kontakt med lege registreres. Så vidt vi kjenner til er dette den eneste kilden til å tallfeste hvor stor sykepleiernes bidrag i legevakttjenesten er.

De første seks årene brukte Vakttårnprosjektet et dataprogram utviklet av sykepleier Alfons Kemming ved Tromsø legevakt. Fra 2013 av har registreringene skjedd via en web-basert modul. Den nye løsningen har stor grad av fleksibilitet, og har blant annet gjort det mulig å følge registreringene i sanntid. Oppdateringer og endringer kan foretas fortløpende uten å måtte ha tilgang til hver enkelt datamaskin på de ulike legevaktene.



FIGUR 1: *Vakttårnprosjektet samler data om all legevaktaktivitet i 18 kommuner, fordelt på 7 legevakter. De opprinnelige vakttårnene er: Alta, Tromsø, Austevoll, Kvam, Arendal, Nes (Akershus) og Solør. Solør legevakt- og alarmsentral ble nedlagt 01.01.2014, men aktiviteten i Solørkommunene registreres inntil videre av Elverum og Glåmdal interkommunale legevakt.*

Det er også mulig med lokale tilpasninger, og Nklm er behjelpelig med å dokumentere andre aktiviteter utover standardrapportering, noe som er med på å øke nytteverdien og motivasjonen for å delta i prosjektet. I spesielle situasjoner kan også Vakttårnprosjektet utvides med flere variabler. For eksempel ble svineinfluensatilfeller registrert spesifikt under epidemien i 2009.

Funn

Hovedfunnene publiseres i årlige rapporter. Resultatene for hvert Vakttårn oppsummeres i enkeltrapporter som brukes til vurderinger, planlegging og evaluering av legevakttjenesten lokalt.

Viktigst er likevel samlerapporten som inngår i Nklms offisielle rapportserie. Her presenteres resultatene fra Vakttårnprosjektet under ett, og estimater for legevaktaktiviteten for hele landet ekstrapoleres ut fra funnene. Samlerapporten distribueres til alle legevakter i Norge og til sentrale beslutningstakere og benyttes i politiske prosesser for å dokumentere aktivitet, ressurser og behov.

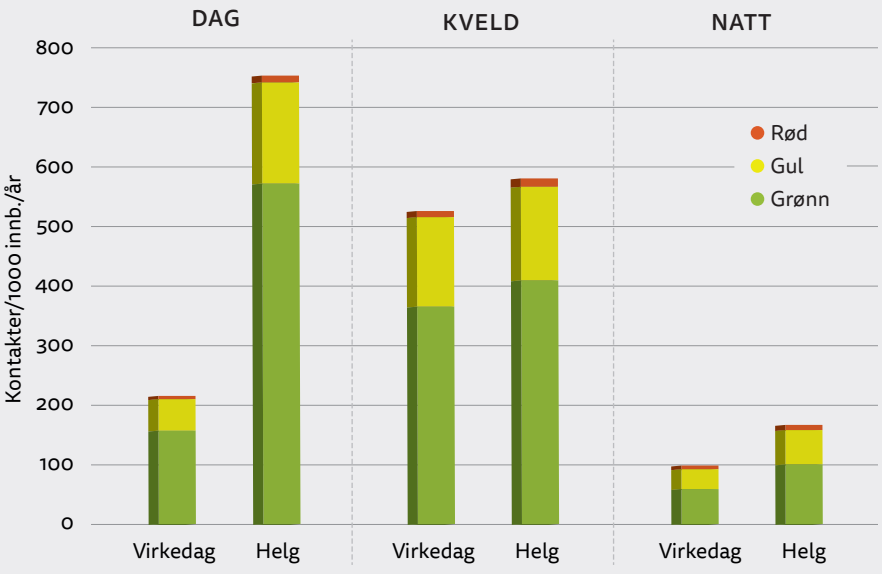
Vakttårnprosjektet har både gitt ny kunnskap og bekreftet og tallfestet mange antakelser om legevakt. For eksempel vet vi nå mer om fordelingen av de ulike hastegradene (se figur 2). Nedgangen i antall sykebesøk sees også tydelig i data fra vakttårnprosjektet, og vi har i flere år sett at pasienter i større grad møter opp direkte på legevakten uten å ta kontakt på telefonen først. Sammenhengen mellom økende reiseavstand og lavere bruk av legevakttjenestene ble først identifisert i Vakttårndata.

Ut over de årlige rapportene, har Vakttårnprosjektet generert en rekke vitenskapelige artikler som har blitt publisert i internasjonale tidsskrifter. Data samlet inn av Vakttårnlegevaktene har vært involvert i de fleste av doktorgradene som er utgått fra Nklm.

Styrker og svakheter

Vakttårnprosjektets største styrker ligger i det relativt store befolkningsgrunnlaget data samles inn fra, i tillegg til de unike opplysningene som registreres. Data er nå samlet inn sammenhengende siden 2007, noe som gir verdifulle bakgrunnsdata for å studere effekten av fremtidige endringer i organiseringen av legevakter, helsevesenet generelt og kommunestruktur.

Prosjektet har imidlertid viktige begrensninger. Det kan stilles spørsmål ved hvor representative Vakttårnkommunene i realiteten er, selv om det var det som var hovedsiktemålet i utvelgelsesprosessen. Det er en svakhet at Midt-Norge ikke er representert, det ikke finnes noen vakttårn i et sammenhengende område mellom Tromsø og aksen Hardanger–Elverum. Hawthorne-effekten kan også være til stede: Den tette kontakten mellom Nklm og Vakttårnene kan ha ført til at medarbeiderne med tiden har endret sin håndtering av pasienter på en måte som ikke er representativ for norske legevakter. En særlig utfordring er at det er fare for at kontakter ikke registreres i databasen. Dette skyldes blant annet at vakttårnlegevaktene har mange medarbeidere, og det er utfordrende å sørge for at alle har tilstrekkelig opplæring i bruken av registreringsverktøyet. Dessverre er det ikke mulig å lage et vanntett system for å unngå at enkelte legevaktkontakter ikke blir registrert. Nklm bruker mye krefter på å følge opp registreringene og for å fange opp fall i registreringsfrekvens som kan skyldes manglende registrering. Det har vært en nedgang i aktiviteten i Vakttårnlegevaktene til tross for at årsstatistikken basert på regningskort har vist økt aktivitet på landsbasis. Det er derfor grunn til å være forsiktig i tolkningen av beregninger av legevaktaktivitet basert på ekstrapoleringer basert på Vakttårnprosjektet. Databasen er likevel verdifull fordi enkelte mangler i datamaterialet ikke er til hinder for at viktige utviklingstrekk kan fanges opp og studeres.



FIGUR 2: *Annualiserte kontaktrater i Vakttårnprosjektet i 2014 for de ulike hastegradene ved ulike tidspunkter. Aktiviteten på dagtid (kl. 08.00–16.00) er 3–4 ganger høyere lør-, søn- og helligdager sammenlignet med vanlige virkedager. På nattestid (kl. 23.00–08.00) er trafikken betydelig lavere, men røde og gule henvendelser utgjør en større andel.*

Vakttårnprosjektets fremtid

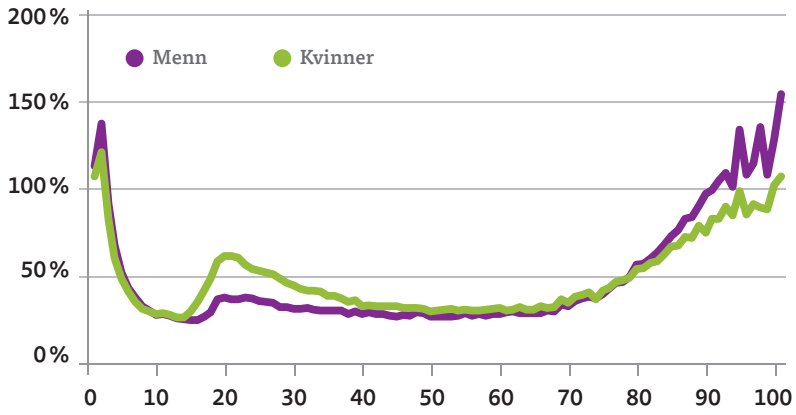
Til tross for begrensningene vil Vakttårnprosjektet levere nyttige data om norsk legevakt i mange år fremover. Først ved opprettelsen av et eventuelt primærmedisinsk pasientregister med mulighet for forskning på legevakt, vil det være aktuelt å revurdere behovet for å videreføre prosjektet. Innføring av felles telefonnummer for legevakt (116 117) og en eventuell kommunereform er viktige nært forestående hendelser som vil bli studert i Vakttårnprosjektet. Registrering av kontaktårsaker (med tilhørende ICPC-2-koder) ble innført i 2014, noe som har gitt prosjektet en klinisk dimensjon. Flere prosjekter er allerede satt i gang i den forbindelse, for eksempel om ulike pasientgruppers bruk av legevakt og hvilken rolle sykepleierne spiller i håndteringen av ulike problemstillinger. Data fra Vakttårnprosjektet har vært en del av kunnskapsgrunnlaget for flere sentrale dokumenter om legevakt. Viktige eksempler er Handlingsplanen (2009), Akuttutvalgets rapport (2014) og innspillsrapporten fra Legeforeningen (2015). Det er all grunn til å tro at Vakttårnprosjektet vil fortsette å være premissleverandør for fremtidens legevakt i Norge!

Årsstatistikk fra legevakt

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. Statistikk og epidemiologisk kartlegging har stor verdi i seg selv, og slike data kan brukes som utgangspunkt for bedre planlegging av virksomheten både nasjonalt og lokalt, og til forsknings- og utviklingsarbeid.

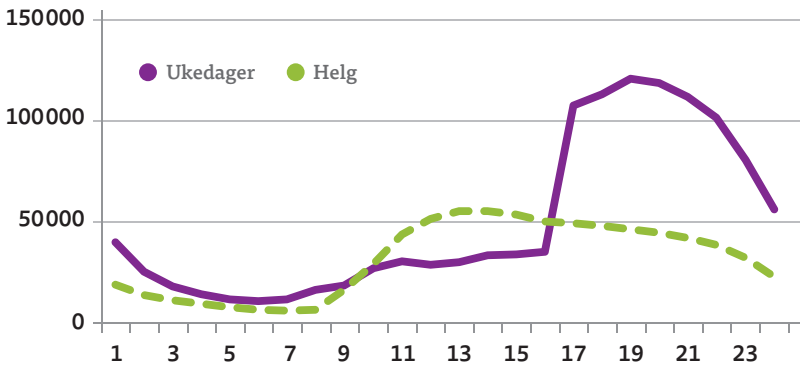
På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nklm derfor utarbeidet årlige statistikker, basert på regningskortene som vaktlegene sender til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Nklm har så langt utarbeidet slike statistikker fra 2006 til 2014. Regningskortene inneholder opplysninger om personalia og diagnoser, samt takstkoder for ulike typer pasientkontakter, og tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført.

Det var i 2014 ca. 1,35 millioner konsultasjoner med lege, 65 000 sykebesøk og 493 000 telefonkontakter. Antall konsultasjoner har ikke endret seg så mye de siste årene, men det har vært en økning av telefonkontakter. Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. I 2014 var det bare vel 65 000. 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 1: *Befolkningens bruk av legevakt (kjønn og alder)*

Det er små barn og gamle som bruker legevakten mest. I aldersgruppen 15–40 år dominerer kvinnene, mens gamle menn oftere bruker legevakt enn gamle kvinner. Toppen omkring 20-årsalderen skyldes trolig studenter som ikke har fastlege på studiestedet og derfor er henvist til å bruke legevakten.



FIGUR 2: *Antall kontakter med legevakt gjennom døgnet*

På dagtid er det fastlegene som tar seg av de fleste pasientene, men når disse stenger kontoret om ettermiddagen, skjer det et tydelig hopp i antall kontakter på legevakten (lilla kurve). I helgene har fastlegene stengt, og da er legevaktbruken jevnere gjennom døgnet (grønn kurve). Totalt skjer 40 % av alle legevaktkontakter i helgene.

TABELL 1: *Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. Det var i overkant av 230 000 legevaktkontakter på grunn av skader i 2014.*

	KVINNER	MENN
Bruddskader	1,1	1,3
Forstuvning/forstrekning/ute av ledd	2,0	2,6
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	0,8	1,0
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	0,3	1,1
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	2,5	4,7
Forbrenning/skoldning	0,3	0,4
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	1,3	1,8
Forgiftninger	0,3	0,3
Andre skader	0,9	1,4
Alle skader (total)	9,5	14,6
N (antall skader for kvinner og menn)	99 685	132 241

Tabellen over viser skadenes andel (%) av alle kontakter for menn og kvinner. Det er tydelig at menn er mer utsatt for skader enn kvinner. Menn dominerer alle skadekategorier unntatt forgiftninger. Det var størst kjønnsforskjell for kategoriene øyeskader og penetrasjonsskader. Forklaringen er trolig at menn er mer utsatt for slike yrkesskader, samt at gutter og menn gjerne har en mer risikofylt atferd. Aldersgruppen 10–15 år har høyest andel skader i forhold til totalt antall legevaktkontakter. Denne aldersgruppen er særlig utsatt for brudd, forstuvninger, hodeskader og penetrasjonsskader. Øyeskader hører først og fremst til yrkesaktiv alder, mens forbrenning rammer de aller minste. Forgiftninger er vanligst blant unge voksne.

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 2014 ble bare 20,2 % av alle konsultasjonene utført av spesialist i allmennmedisin.

TABELL 2: *Tabellen viser hvordan vaktlegenes takstbruk har endret seg over tid, fra 2006 til 2014.*

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Spesialist allm.med.	26,1	22,5	21,2	21,1	20,9	21,8	20,4	20,2
Lang konsultasjon	32,1	32,7	33,6	34,1	35,0	36,2	38,2	37,7
Laboratorium	30,3	35,2	36,9	37,8	39,9	41,0	41,0	41,0
EKG	3,9	4,9	5,1	5,4	5,6	6,1	6,5	6,7
Småkirurgi	10,5	10,9	10,6	10,7	10,0	10,3	10,7	10,9
Kontakt hj.sykepleie	3,3	3,2	3,2	3,4	3,5	4,1	4,6	5,2
Sykmelding	6,9	7,2	6,4	5,2	5,2	4,9	4,5	4,1
Antall konsultasjoner	1 238 791	1 323 453	1 328 643	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801	1 352 209

Tallene viser i hvor stor andel (%) av konsultasjonen de ulike takstene har vært brukt. Vi ser at spesialister i allmennmedisin deltar mindre og mindre i legevakt. Bruk av tidstakst (når konsultasjonen varer mer enn 20 minutter) har vist en økende tendens, det samme har bruk av laboratorium og EKG. Vaktlegene tar også oftere kontakt med hjemmesykepleien. En kan ellers merke seg at bruken av sykmelding har avtatt betydelig siden toppen i 2007.

Overgrepsmottak

Fagfeltet overgrepsmottak

Nklm har siden 2008 hatt ansvaret for kompetanseoppbygging, fagutvikling og forskning knyttet til fagfeltet overgrepsmottak. Bakgrunnen for Nklms oppdrag var oppfølging av St. prp nr.1 (2004–2005) der Helsedirektoratet fikk ansvaret for å gjennomføre tiltak som skulle styrke helsetjenestetilbudet for volds- og voldtektsutsatte. Helsetjenesten skulle styrkes gjennom stimuleringsmidler, etablerte overgrepsmottak skulle videreutvikles, og nye mottak skulle etableres slik at det ble minst ett overgrepsmottak i hvert fylke. Helsetjenesten skulle være kommunalt lokalisert ved interkommunal eller kommunal legevakt, og overgrepsmottakene skulle ta i mot både pasienter utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Tilbudet skulle være døgnkontinuerlig, og det skulle stilles faglige kompetansekrav til de ansatte. Fagområdet ble definert som en del av legevaktmedisinen og innenfor Nklms ansvarsområde.

Nklm tok på seg oppgaven i nært samarbeid med legevakten i Oslo kommune. I første omgang var tidsperspektivet for prosjektet satt til 3 år, og 1,5 årsverk ble avsatt til prosjektet. Kjersti Alsaker, Grethe E. Johnsen og Signe M. Zachariassen ble ansatt i deltidsstillinger i 2007 og 2008. I 2010 ble Helle Nesvold ansatt. Alsaker, Johnsen og Nesvold hadde relevante doktorgrader innen fagfeltet.

RAPPORTER: *Nklm har kartlagt situasjonen ved overgrepsmottakene i flere omganger.*

Kompetanseutvikling

Nklms fokus på kompetanseutvikling ble lagt på medisinske, psykologiske og rettsmedisinske forhold. Det ble utviklet grunnkurs, der målet var å gi grunnleggende kunnskap innen akutt behandling og sporsikring. Deretter ble kursrekken videreutviklet med kurs innen klinisk rettsmedisin, fotodokumentasjon og vold i nære relasjoner. Mottakene ga tilbakemelding om at det var ønskelig med påbygging av grunnkurset, og oppfølgingskurs ble tilbudt. Vi bestemte oss tidlig for at det var sentralt å få etablert et seminar for lederne ved mottakene. Gjennom årlige lederseminar har overgrepsmottakene blitt godt kjent med hverandre og fått til mange felles prosesser. Seminarene har gitt oss mulighet til å gå i dialog med lederne om sentrale utfordringer og satsingsområder, og derigjennom gitt innspill til hvordan Nklm best mulig kunne utøve sine funksjoner på dette området.

TABELL 1: *Antall kurs fra 2008 til 2015*

KURS	ANTALL	DELTAKERE
Grunnkurs	13	925
Kurs i klinisk rettsmedisin	4	104
Kurs i vold i nære relasjoner	4	140
Kurs i fotodokumentasjon	1	21
Oppfølgingskurs	2	140
Totalt	24	1330

Prosjekter

Nklm har siden 2008 kartlagt ulike forhold ved mottakene (se figur 1).

Kartleggingen av mottakenes organisatoriske, økonomiske og personellmessige forhold i 2008 og 2009 viste at det var behov for:

- En felles økonomisk plattform
- Systematisk kompetanseoppbygging
- Innføring av forskrifter
- Nasjonale standarder for sentrale prosedyrer

Kartlegging av beredskapssituasjonen ved overgrepsmottak i 2011 viste at:

- Ventetiden ved de fleste mottak var akseptabel, men mange mottak manglet kontinuerlige vaktordning og tjensteplaner
- Lederne beskrev at de har mange engasjerte og dedikerte medarbeidere

- Nklm mente at det ikke kunne anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige ubetalte vaktordninger

Kartlegging av overgrepsmottakene status per juni 2014:

- Mottakene drev «vanlig drift» og driften bar ikke preg av nedbygging
- De fleste mottak var ikke forberedt på ny organisering fra 2015
- Det var bekymring for drift i 2015
- Det forelå ingen nye avtaler i spesialisthelsetjenesten
- Et flertall av mottakene var imot en modell der pasienter utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner skulle behandles på to ulike nivå

Profilering

Nklm har etablert nettsider for overgrepsmottak tilpasset mottakenes faglige behov. Nettsidene gir bl.a. en oversikt over mandat, landets overgrepsmottak, faglige prosedyrer og protokoller, prosjekter, kurs og konferanser. Sidene skal også ha en nytteverdi for legevakter som ikke selv har et overgrepsmottak.

I 2009 utarbeidet Nklm en informasjonsbrosjyre til bruk ved alle overgrepsmottak. I første omgang ble den utformet på norsk og engelsk. Våren 2010 ble den oversatt til seks andre språk. I 2010 startet Nklm et samarbeid for å utvikle en informasjonsbrosjyre om seksuelle overgrep mot gutter og menn. Brosjyren «Seksualisert vold mot gutter og menn» kom i 2011.

En tjeneste i utvikling – ny organisering

De kommunalt finansierte overgrepsmottakene har vært et tjenestetilbud under stadig utvikling og oppbygging. I våre kartlegginger og dialoger med overgrepsmottakene har lederne og andre ansatte uttrykt bekymring for at organisatoriske, faglige og økonomiske rammer ikke har vært tilstrekkelig for å gi et tilfredsstillende behandlingstilbud. Nklm har gjennomgående hatt fokus på overgrepsmottakenes organisering og rammer, og formildet våre synspunkter til Helsedirektoratet. I Forslag til Nasjonal handlingsplan (2009) skisserte vi utfordringer og problemområder, og ga forslag til tiltak. Departementet kom på høsten 2010 med forslag til ny Kommunal helse- og omsorgslov der lovfesting for overgrepsmottakene ikke ble nevnt, og da loven ble vedtatt ble det ingen lovfesting av mottakene til tross for at Justisdepartementet gikk sterkt inn for dette i sin høringsuttalelse.

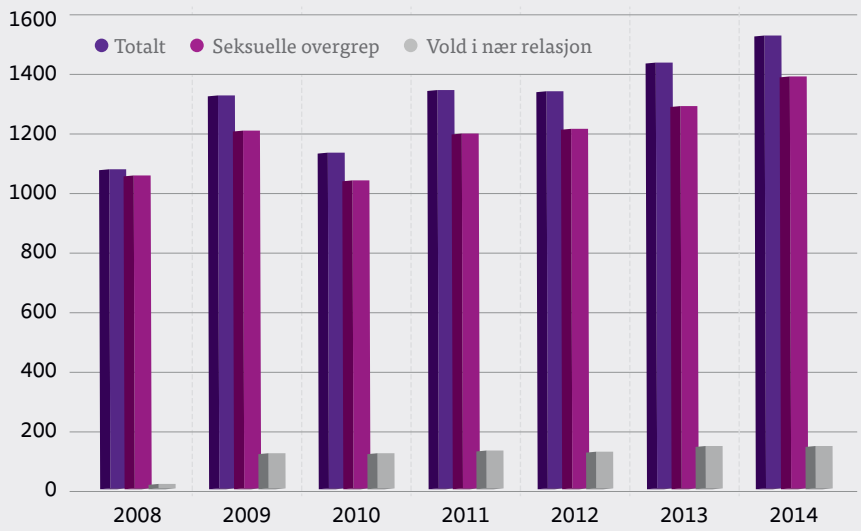
I 2012 gjennomførte Nordlandsforskning en evaluering av mottakene. Rapporten viste at ikke alle mottak klarte å levere like godt på alle områder. Manglende finansiering og uforutsigbare vaktordninger ble fremhevet. Rapportens funn var viktige innspill i det videre arbeidet med hensyn til organisering, forankring og finansiering av mottakene. I rapporten fremkom det at Nklm gjorde et utmerket arbeid med kompetansehevingstiltak, og vi ble fremhevet som en viktig støtte og ressursinstans for overgrepsmottakene som de kunne henvende seg til i det daglige arbeidet. Helsedirektoratet var også svært tilfreds med hvordan Nklm løste sine oppdrag.

BROSJYRER: *Nklm har utgitt flere informasjonsbrosjyrer.*

Stortinget vedtok i 2013 at ansvaret for mottak og behandling av voksne utsatt for seksuelle overgrep skulle forankres i spesialisthelsetjenesten fra 2015, mens pasienter utsatt for vold i nære relasjoner fortsatt skulle få behandling på kommunalt nivå. I statsbudsjettet for 2015 ble overføringen av ansvaret for mottakene utsatt til 2016, og det ble vedtatt at eksisterende, robuste kommunale mottak skulle videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner.

I 2015 arbeidet Nklm tett med mottakene og departementet for å gjennomføre overgangen på en best mulig måte for pasientene og mottakene. Vi utarbeidet faglige anbefalinger til departementet som vi mente burde legges til grunn for å sikre den kvalitetsforbedringen som den organisatoriske endringen var begrunnet med.

FIGUR 1: *Kartlegging av antall pasienter ved mottakene fra 2008–2014.*

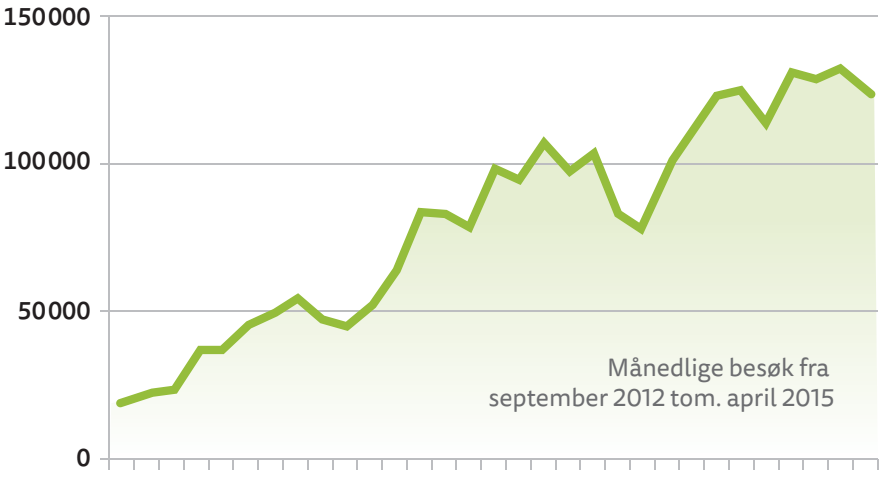


Legevakthåndboken
– fra papir til nett og app

Du er lege i legevakt. Alarmen går, du hiver deg bak i ambulansen og rykker ut mot et barn som har fått noe i halsen. Det koker i hodet ditt. Er luftveiene helt blokkerte, er barnet bevisst? Hva var prosedyren igjen, bukstøt eller ryggstøt? Hva gjør du da...? Griper etter smarttelefonen og slår opp i Legevakthåndbok-appen så klart. Et par minutter senere, når ambulansen er fremme, er du klar til å redde liv.

Nå er nemlig oppdatert kunnskap alltid tilgjengelig for legevaktlegen. Nklm har sammen med Gyldendal Akademisk utviklet den elektroniske versjonen av Legevakthåndboken. Helsebiblioteket sørger for at alt er gratis. Dette er med på å heve kvaliteten på norsk legevakt.

FIGUR 1: *Besøk på www.lvh.no har eksplodert*



Hva er Legevakthåndboken?

Legevakthåndboken er en praktisk håndbok for legevaktleger og turnusleger. Studenter, ambulansepersonell og annet legevaktpersonell kan også dra nytte av den. Her kan helsepersonell raskt finne fram til informasjon om symptomer og sykdommer, og håndtering av disse. I tillegg inneholder den råd om livreddende behandling og håndtering av skader og ulykker. Stoffet er spisset mot sykdommer og skader vi møter på legevakt. Legevaktens oppgaver er avgrenset mot det fastlegen tar seg av. Akuttmedisindelen er rettet mot allmennlegenes funksjon i den akuttmedisinske kjeden, og korresponderer med innholdet i det obligatoriske kurset i akuttmedisin for allmennleger.

Elektronisk versjon har tatt av

I september 2012 ble den nye elektroniske og nettbaserte versjonen av Legevakthåndboken, som er tilgjengelig via www.helsebiblioteket.no og direkte www.lvh.no, lansert på Legevaktkonferansen i Trondheim. Det tok ikke lang tid før det var 500–1000

brukere som besøkte nettstedet daglig. Deretter har bruken økt jevnt og trutt. Nå er den femdoblet.

Legevakthåndboken er også laget som en offline applikasjon («app») for smarttelefon og nettbrett. Den inneholder alt stoffet i Legevakthåndboken og kan lastes ned fra App Store eller Google Play. App'en har blitt lastet ned over 80.000 ganger, og det er derfor grunn til å tro at det er langt flere enn legevaktleger som har lastet den ned.

Hvem står bak?

Legevakthåndboken ble opprinnelig gitt ut som papirbok, første gang i 1993 med Cecilie Arentz-Hansen og Kåre Moen som forfattere. Boken var i mange år turnuslegens «beste venn» på legevakt. Men i 2010 var det behov for ny revisjon, og Gyldendal Akademisk kontaktet da Nklm for bidrag til det faglige innholdet. Ingrid Hjulstad Johansen og Jesper Blinkenberg fra Nklm tok over ansvaret som redaktører for Legevakthåndboken. Med seg i arbeidet har de hatt utvalgte allmennleger med interesse for legevaktmedisin, og ressurspersoner fra spesialisthelsetjenesten. Forlaget Gyldendal Akademisk er utgiver og har stått for layout og teknisk tilrettelegging. Helsebiblioteket har bidratt økonomisk slik at både Legevakthåndboken på nett og app er gratis for brukere i Norge.

Legevakthåndboken oppdateres jevnlig i tråd med fagutvikling og nye retningslinjer. Neste oppdatering kommer i løpet av høsten 2015.

Telefonråd

Telefonråd er eit elektronisk beslutningsstøtteverktøy utvikla spesielt for sjukepleiarar og helsesekretærar ved norske legevakter og allmennlegekontor.

Verktøyet skal brukast i lag med eigenvurdering, og helsefagleg utdanning er derfor ein føresetnad for å bruke verktøyet. Telefonråd kan bidra til å strukturere samtalen med pasienten ved hjelp av viktige spørsmål ein bør stille, gje råd til innringar og rettleie om når pasienten bør ha konsultasjon hos lege. Verktøyet skal og bidra til likebehandling ved at alle som kontaktar legevakt eller allmennlegekontor skal få dei same råda for dei same plagene. Ein helsesekretær frå eit allmennlegekontor poengterte akkurat dette i eit intervju i Helsesekretæren nr. 5, 2013, om det å bruke Telefonråd: «*For pasienten blir det veldig ryddig og trygt at svaret er likt uavhengig av hvem man snakker med…Likeledes er det en fordel at det er med på å samkjøre legevakt og legekontorer*». Telefonråd er også eit nyttig verktøy ved opplæring av nye medarbeidarar. Vidare gir det godt grunnlag for faglege diskusjonar, då programmet inneheld mykje faktakunnskap som er spissa opp mot allmennmedisinske problemstillingar som alle kan ha nytte av- både nyutdanna personell og dei som har vore lenge i yrket.

Starten

Telefonråd blei i starten gitt ut som to separate oppslagsverk: «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» (Den norske legeforening/Lærdal foundation) som dekkjer tidskritiske hendingar og «Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontor», som dekkjer rådgjeving ved generelle allmennmedisinske problemstillingar. Medarbeiderråd starta som eit grasrot prosjekt ved legevakta i Skien i 1989, der motivasjonen var kvalitetsforbetring i tenesta og færre feilvurderingar. Dei to verktøya blei lansert i eit felles dataprogram for fyrste gong i 2003 under namnet Telefonråd, i regi av Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) ved Kunnskapssenteret, leia av Bjørnar Nyen og med Elisabeth Holm Hansen som ein sentral medarbeidar.

Nklm tek over i 2012

Medarbeidardelen i Telefonråd blei total revidert i 2011, og informasjonen er kvalitetssikra gjennom mellom anna Norsk Elektronisk Legehåndbok, Legevakthåndboken og Best Practice. Elisabeth Holm Hansen, no ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, spelte ei viktig rolle i oppdateringsprosessen. Nklm overtok det redaksjonelle ansvaret for Telefonråd i 2012, etter ønskje frå Kunnskapssenteret. Holm Hansen er no redaktør medan Vivian Midtbø er medredaktør. Telefonråd er fritt tilgjengeleg og kan lastast ned gratis frå Helsebiblioteket sine nettsider, helsebiblioteket.no.

Framtida

I 2015 er ny revidering av innhaldet i Medarbeiderråd under arbeid. Den eksisterande informasjonen skal kvalitetssikrast og nye artiklar skal skrivast. Vi veit at over halvparten av legevaktene i Noreg brukar Telefonråd, men at det sannsynlegvis er færre som brukar det ved allmennlegekontora. Vi håpar at medarbeidarar ved både legevakter og allmennlegekontor vil fortsette å bruke Telefonråd også i framtida, og at endå fleire vil ta det i bruk. Kvalitetssikra råd, samt gode og like prioriteringar, er viktig for sikkerheita og for at publikum skal ha eit likeverdig helsetilbod. Ein skal få same hjelp for dei same plagene uansett kvar i landet ein oppheld seg, og aktiv bruk av Telefonråd kan bidra til akkurat dette!

Nasjonal uniformering

LEGEVAKTUNIFORMER: *inneklær (til venstre) og utrykningsklær (til høyre). Foto: Arngeir Berge*

Formål

En uniform skaper ensartethet og samhørighet. For legevakttjenesten i Norge er dette vesentlig for å løse noen av arbeidsoppgavene. Uniform forplikter, skaper trygghet og identifisering, samt gir nødvendig autoritet. Kombinert med faglig kvalitet på det arbeid som utføres, skal dette bidra til en positiv oppfattelse av ansatte i legevakttjenesten, og understreke det den enkelte og tjenesten står for.

Uniformen er en del av personlig verneutstyr for den enkelte ansatte. Frem til i dag har ansatte på noen legevakter brukt sine private klær på jobb.

Ansvar

Arbeidsmiljølovens (AML) § 3-2 – om personlig verneutstyr, pkt. 4, omhandler anskaffelse av hensiktsmessig verneutstyr til arbeidstakerne der det ikke på annen måte kan tas forholdsregler for å oppnå tilfredsstillende vern om liv og helse.

AML § 2-1 og 2-2, pkt. 1 stiller krav til arbeidsgiver i forhold til fullt forsvarlig arbeidsmiljø og AML § 2-3, pkt. 1 og 2 pålegger arbeidstaker å medvirke til forsvarlig arbeidsmiljø og bruke formålstjenlig vernetøy.

Norge er underlagt EU's rådsdirektiv om personlig verneutstyr. Direktivet omhandler også godkjenningsprosedyrer vedrørende utstyr. Utstyr merket med CE-merking og EN 471 er sertifisert utstyr.

Forslag til uniformering

En arbeidsgruppe har på oppdrag fra Nklm og Norsk legevaktforum utredet et forslag til uniformering, som blir tilrådd som en nasjonal standard for legevakt. Dette dokumentet gir føringer for en lik uniformering av legevaktpersonell i Norge. Det er ønskelig at en får til en ensartet bekledning for at legevaktens helsepersonell skal fremstå mer som en samlet gruppe enn i dag.

Det vil være ledelsen for det enkelte legevaktdistrikt som må iverksette innføring av denne standarden. Det enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar å se til at uniform blir benyttet mest mulig ensartet under utøving av tjenesten.

Legevakttjenesten er og vil bli en sentral del av den akuttmedisinske kjede. Dette sammen med samfunnets behov for at også lege i vakt skal kunne være mobil, og ha mulighet for rask respons i akutte medisinske situasjoner, vil kreve at tjenesten både har nødvendig utrykningstøy og egnet kjøretøy med godt medisinsk utstyr for å kunne utøve nødvendig helsehjelp.

Legevaktuniform ute

Personell som rykker ut til sykebesøk og akutte hendelser/ulykker skal ha egnet arbeidstøy som innfrir vernebestemmelsene.

Legevaktuniform inne

Arbeidsuniform benyttes av helsepersonell som tjenestegjør på legevaktmottak og legevaktsentral. Hensikten med arbeidstøy er å redusere faren for spredning av infeksjoner via tekstiler og hindre forurensning av privat tøy. Riktig bruk av arbeidstøy har til hensikt både å beskytte brukeren mot smitte og hindresmitteoverføring til utstyr, mat og pasienter. Uniformen skal identifisere helsepersonellet overfor pasienter og andre.

Eget arbeidstøy skal brukes av alt personale som er i pasientrelatert arbeid. Legevaktuniformene er nå satt i produksjon og mange legevakter har tatt dem i bruk. Opplysninger om bestillingsrutiner finnes på Nklms hjemmesider.

Legevaktbil

Arbeidsgruppen tilrår at Legevakten skal ha uniformerte kjøretøy, som evt. også kan benyttes til utrykningskjøring når dette er nødvendig.

Vedrørende kjøretøy for legevakten kreves det forankring hos myndighetene. Her må noen lovmessige forhold utredes videre. Ansvaret for dette må sentrale helsemyndigheter ta.

Etikk i legevakt

I kjølvannet av den såkalte «ambulansesaken» i Sofienbergparken i 2007, ble det stilt spørsmål om involvert helsepersonell ved sin håndtering av denne situasjonen bidro til forskjellsbehandling av pasienter. Dette aktualiserte behovet for å styrke den etiske kompetansen i helsetjenesten generelt, og i legevaktarbeid spesielt. Etter avtale med Helsedirektoratet besluttet Nklm å lage en plan for ulike aktiviteter på området knyttet til legevaktfeltet spesielt. Som ledd i dette ble prosjektet «Etikk i legevaktarbeid» utført.

Formålet med prosjektet var å utvikle undervisningsmateriell som vil kunne bidra til å styrke den etiske kompetansen til legevaktpersonell, bidra til anvendelsen av etisk teori spesifikt på legevaktfeltet og å bevisstgjøre ledere og nøkkelpersonell ved legevakter om behovet for fokus på etikk.

Prosjektet har resultert i flere produkter og aktiviteter fra 2010 og seinere år. «Etikk i legevaktarbeid» er et studiehefte som også ble publisert i Nklms rapportserie i 2010. Det er utviklet en forelesningsmodul og det har vært en betydelig formidlingsaktivitet rettet mot legevakter, fastleger, turnusleger og utdanningsinstitusjoner. Prosjektet har også resultert i publiserte artikler i Utposten og i det internasjonale forskningstidsskriftet Bioethics.

Etikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nklm

Studieheftet skal kunne fungere på en variert og fleksibel måte, tilpasset ulik tidsbruk og ulike formål og rammer. Innholdsmessig er det bygd opp med en innledning om hva etikk er, hvorfor vi bør fokusere på etikk i helsetjenesten generelt og legevakttjenesten spesielt, og hva som legges i begrepet etisk kompetanse. Sentralt er også en samling på ti kasuistikker av helsehjelpssituasjoner med klar relevans for legevaktsarbeid. Ved hjelp av spørsmål inviteres leserne til å reflektere i felleskap over de etiske sidene ved de gitte situasjonsbeskrivelsene.

STUDIEHEFTE: *Etikk i legevaktarbeid.*

Leserne utfordres til å trekke konklusjoner om hvordan situasjonen bør håndteres og de oppfordres til å trekke paralleller til personlige erfaringer og forholdene ved egen legevakt. Kasuistikkene er utviklet på bakgrunn av innspill fra tilsatte ved Nklm om etisk utfordrende legevaktsituasjoner. Innspillene ble så sortert i henhold til den teoretiske analysen i heftet. På denne måten blir ulik strukturer og vilkår som kjennetegner etiske kliniske situasjoner representert i kasuistikkene på en systematisk måte.

I studieheftet har vi også lagt vekt på å formidle lederes ansvar for å tilrettelegge for en kontinuerlig utvikling av medarbeidernes etiske kompetanse. Studieheftet er ment for alle grupper legevaktpersonell. Det er distribuert til legevakter, turnuslegekull og fastleger, og brukes i ulike videreutdanningstiltak. Heftet er blant annet pensum ved studiet i legevaktsykepleie ved Haraldsplass diakonale høgskole. Det er gratis og kan fås ved henvendelse til Nklm. Det er hittil distribuert i 4000 eksemplarer, sist i 2015 til de tre ferskeste turnuslegekullene.

Engelskspråklig vitenskapelig artikkel

Artikkelen med tittelen *Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: a theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS)* ble publisert i 2011 i et høyt vurdert tidsskrift for medisinsk etikk, Bioethics. Den diskuterer det overordnede formålet med såkalte «clinical ethical support services (CESS)» som skal bidra til helsehjelp med høy etisk kvalitet gjennom å fremme etisk kompetente beslutninger. Artikkelen gir en sammenfattet oversikt over etiske spenninger som opptrer i klinisk helsehjelp, og hvordan etisk kompetanse kan heves. Forfattere er Kristine Bærøe og Ole Frithjof Norheim.

Prosjektet lever videre

Prosjektet ble formelt avsluttet i 2011, og engasjerte både interne og eksterne personer. Vi fokuserte på aktiviteter som har synliggjort etiske problemstillinger på legevakt for flest mulig relevante personer. «Kompetansehevning» i etikk vil i vesentlig grad måtte baseres på selvrefleksjon og dialog. Følgelig har vi i dette prosjektet lagt særlig vekt på praktiske tillæringsmetoder, men også på resultater som skal ha nytte utover selve prosjektperioden. Nklm har fått mange positive tilbakemeldinger på dette prosjektet, som også vil kunne gi effekter i årene som kommer gjennom bruk av studieheftet og de publiserte artiklene.

03

DEL 3

DOKTOR-AVHANDLINGER

Å gi medarbeiderne muligheter til å utvikle prosjektene til personlige doktorgradsprosjekter, har vært en målsetting siden starten. Doktorgradsprosjekter gir økt motivasjon og god forskerutdanning for den enkelte. Den sterke kvalitets-sikringen slike prosjekter blir underlagt, gir nødvendig kvalitetssikring for senteret både når det gjelder kompetanse hos de ansatte og forskningsresultatene. Fem doktorander har vi hatt så langt, og flere er på god vei.

Legevakt og akuttmedisin

«Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine».

Erik Zakariassen disputerte onsdag 26. mai 2010 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine».

Gjennom fire undersøkelser er legevaktlegers deltakelse i håndteringen av de mest alvorlig syke og skadete pasienter utenfor sykehus, såkalte rød respons pasienter, blitt undersøkt. Studiene har avdekket at kun halvparten av legevaktdistriktene i Norge har gode rutiner for bruk av helsevesenets radiosamband. Dette kan påvike nødmeldesentralenes (113) muligheter for raskt å varsle legevaktlegen ved rød respons.

Av alle kontakter til legevaktene i Norge ble 2 % definert som rød respons, men med store forskjeller mellom legevaktdistriktene. En tredel av kontaktene kommer via nødmeldesentralene, og totalt resulterte nesten halvparten av alle kontakter i utrykning for ambulanse og legevaktlege. Nødmeldesentralene skal varsle legevaktlegene ved rød respons, men gjorde det bare i halvparten av rød responstilfellene.

Det var store forskjeller mellom de tre undersøkte sentralene. Når legevaktlegen var varslet, rykket de imidlertid ut til pasientene i 43 % av tilfellene. En fjerdedel av pasientene ble transportert til legevakten. Dobbelt så mange pasienter ble transportert direkte til sykehus når legevaktlegen ikke ble varslet, sammenlignet med når legevaktlegen ble varslet. Omtrent to tredeler av fastlegene hadde legevakt siste 12 måneder. Bredden i erfarte akuttmedisinske hendelser er stor med brystsmerter, tungpust og psykiatri som de vanligste akuttmedisinske situasjonene for fastleger i vakt.

Tidspunkt og sted for prøveforelesningen:

25.05.2010, kl. 14.15.

Oppgitt emne: «Fastlegens rolle i norsk akuttmedisin. Kompetanse, interesse og tilgjengelighet».

Sted: Auditorium 2, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Tidspunkt og sted for disputasen:

26.05.2010, kl. 10.30.

Sted: Auditorium 2, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Foto: Lars-Erik Wollebæk

PERSONALIA:

Erik Zakariassen (f.1965) er utdannet sykepleier med hovedfag fra 2000 ved UiB. Han har arbeidet i Stiftelsen norsk luftambulanse siden 1996 og ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, siden 2005. Han jobber nå som forsker i halv stilling ved begge arbeidsplassene.

«Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counselling».

Tidspunkt og sted for prøveforelesningen:

18.11.2011, kl. 10.30.

Oppgitt emne: «På hvilke viktige områder innenfor primærhelsetjenesten kan sykepleiere erstatte leger? En kunnskapsbasert tilnærming med henblikk på norske forhold».

Sted: Auditorium 1, BB-bygget Jonas Lies vei 91.

Tidspunkt og sted for disputasen:

18.11.2011, kl. 12.00.

Sted: Auditorium 1, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Legevakta, høy aktivitet og trygge vurderinger

Elisabeth Holm Hansen disputerte fredag 18. november 2011 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counselling».

Gjennom etablering av et representativt utvalg av legevakter i Norge ble alle henvendelser og aktiviteter registrert kontinuerlig gjennom et helt år. I de samme legevaktene ble sykepleiernes fastsetting av hastegrader undersøkt. I en stor legevakt ble det også undersøkt om innringerne forstod rådene som ble gitt av sykepleier på telefonen, i hvilken grad de fulgte rådene og hva kontakten førte til.

Studiene har avdekket store variasjoner i henvendelser til legevakt med høyest kontaktrate for barn og eldre. Norge hadde den høyeste kontaktraten til legevakt sammenlignet med studier fra andre land, med unntak av Danmark. Tilstander som ikke haster utgjorde 76 % av alle henvendelsene og 2 % var akutte, alvorlige tilstander. Legekonsultasjoner utgjorde 63 %, mens sykebesøksandelen og utrykning av lege og ambulanse var lav. Dersom pasienter kontaktet legevakten på telefonen endte 55 % av kontaktene i en legekonsultasjon, mens 91 % av kontaktene endte i en legekonsultasjon når pasientene møtte direkte opp på legevakten. Sykepleierne håndterte 24 % av alle kontaktene.

Sykepleiernes fastsetting av hastegrad viste totalt 77 % korrekte vurderinger i henhold til Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp. Studien fant en undervurdering av hastegrad som var betydelig lavere enn tilsvarende studier i andre land. Samsvar mellom sykepleiernes vurderinger var høy og revurderingene viste god konsistens. Av innringerne som fikk råd av sykepleier på telefonen sa 99 % at de forstod rådene, og flesteparten sa de fulgte dem. Ved sammenligning av lydlogg var det diskrepans på 18 % i forståelse av rådene. Innringere som ikke snakket flytende norsk var mindre trygge på sykepleierne, og fulgte rådene i mindre grad enn andre innringere. Etter kontakt med sykepleier kontaktet 22 % av innringerne fastlegen, enten fordi de var bedt om det eller fordi de var usikre. 11 % av pasientene re-kontaktet legevakten. Sykepleierne ble utfordret på faglighet, kommunikasjon og forsikring om at rådene var forstått.

Foto: Jan Kåre Wilhelmsen

PERSONALIA:

Elisabeth Holm Hansen (f.1957) er utdannet sykepleier med videreutdanning i forebyggende helsearbeid og er Master of Public Health (MPH) fra Universitetet i Tromsø. Hun har blant annet arbeidet som sykepleier og leder ved Skien interkommunal legevakt i 15 år, vært leder for Stiftelsen GRUK (nå Kunnskapssenteret) i 5 år og har jobbet ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse i Bergen siden 2005, der hun nå jobber som forsker i full stilling.

Legevakt er en viktig del av helsetjenesten for psykisk syke

«Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway».

Tidspunkt og sted for prøveforelesningen:
19.06.2013, kl. 10.15.

Oppgitt emne:
«Diagnostiske og behandlingsmessige utfordringer når vaktlegen mistenker at en pasient som presenterer fysiske symptomer er somatiserende».

Sted: Birkhaugsalen (Rom D303), sentralblokken, Haukeland Universitetssjukehus, Jonas Lies vei 65.

Tidspunkt og sted for disputasen:
19.06.2013, kl. 12:15.

Sted: Birkhaugsalen (Rom D303), sentralblokken, Haukeland Universitetssjukehus, Jonas Lies vei 65.

Ingrid H. Johansen disputerte onsdag 19. juni 2013 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway».

Norge er ett av få land i verden der primærhelsetjenesten er portvakt for spesialiserte helsetjenester for psykisk syke. Fastleger har hovedansvar for sine listepasienter innenfor vanlig arbeidstid. På kveld, natt, helg og helligdager organiserer kommunene legevakt som skal gi innbyggerne nødvendig helsehjelp i fastlegens fravær. Avhandlingen undersøkte bruk av legevakt relatert til psykisk sykdom, og hvilke utfordringer legene opplevde i pasientkontaktene.

Avhandlingen bygger på tre epidemiologiske og en kvalitativ studie. Resultatene viser at psykisk sykdom sjelden er kontaktårsak til legevakt, men har økt hyppighet i perioder hvor fastlegene er mindre tilgjengelige. Alvorlighetsgraden vurderes høyere enn for andre typer kontakter. Mange av kontaktene er rusrelaterte, og disse skjer ofte på natt. Selvmordsforsøk, psykoser og akutt rusmisbruk ses oftere på legevakt enn hos fastlegen.

De fleste legevaktkontakter håndteres uten innleggelse. Ved innleggelse sendes mange pasienter til somatiske avdelinger. Legevaktleger opplever usikkerhet og utrygghet i møte med pasienter med psykisk sykdom. Mange legevaktleger beskriver dårlig samhandling med spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Legene etterlyser bedret mulighet til å ivareta pasientene frem til hjelp kan gis på riktig omsorgsnivå.

Den lave legevaktforekomsten av kontakter relatert til psykisk sykdom tilsier at det de fleste steder i Norge neppe er pasientgrunnlag for døgnkontinuerlige spesialiserte psykiatritjenester i tillegg til muligheten for akuttinnleggelse. Avhandlingen viser også at organisatoriske forhold rundt legevakt er til hinder for optimal hjelp til disse pasientene. Legevaktlegene trenger mer støtte dersom de skal kunne gi god primær helsehjelp til psykisk syke.

Foto: Tone Morken

PERSONALIA:
Ingrid H. Johansen (f.1972) er fra Salangen og utdannet lege ved Universitetet i Bergen i 2000. Hun har arbeidet som allmennlege, med rusbehandling og er nå på Bergen legevakt. Siden 2006 er hun tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse. Avhandlingen utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Professor Steinar Hunskår har vært hovedveileder, med Tone Morken og Benedicte Carlsen som biveiledere. Studien har vært støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond.

«Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway».

Tidspunkt og sted for prøveforelesningen:
12.06.2015, kl. 10:15.

Oppgitt emne:
«Muligheter og begrensninger for forebygging av hjerte- og karsykdom i allmenn praksis».

Sted: Auditorium 1, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Tidspunkt og sted for disputasen:
12.06.2015, kl. 12:15.
Sted: Auditorium 1, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Brystsmerter på legevakten

Robert A. Burman disputerte fredag 12. juni 2015 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway».

Forekomst, undersøkelser og behandling av pasienter med brystsmerter utenfor sykehus er blitt undersøkt i to forskningsprosjekter. Den første studien viste at brystsmerter er det hyppigst forekommende symptomet (22 prosent) blant dem som ringer nødnummeret 113 og som AMK-sentralen kategoriserer som mest alvorlig syke, såkalte «røde responser». Studien viste at de fleste pasientene med brystsmerter ble lagt inn på sykehus, men bare en firedel ble vurdert til å være alvorlig syke ved undersøkelsen. AMK-sentralene hadde betydelige vansker med å velge riktig hastegrad for pasientene; en for høy hastegrad kan bidra til raskere hjelp for flere pasienter, men er samtidig ressurskrevende og kan føre til samtidighetskonflikter for legevaktlegen og ambulansene.

Den andre studien undersøkte legevaktlegers diagnostikk, behandling og toleranse for risiko ved håndtering av brystsmertepasienter. De fleste pasientene ble undersøkt for mulig hjertesykdom, men pasientene hadde et stort spekter av ulike årsaker til sine brystsmerter, og under halvparten ble innlagt med mistanke om akutt hjerteinfarkt.

Legevaktlegene var ganske ulike i sin håndtering, og ikke alle legene diagnostiserte pasienter i tråd med gjeldende retningslinjer og ny kunnskap. Forskjeller i «toleranse for risiko» har en stor innvirkning på hvordan legevaktlegene håndterer pasienter med brystsmerte. Studien viste også at legene varierte betydelig i hva som påvirker deres valg om pasientene skal innlegges i sykehus eller ikke. Det var ingen større forskjeller i «toleranse for risiko» mellom kvinnelige og mannlige leger, eller mellom uerfarne og erfarne leger. Funnene tyder på at legene bør få mer opplæring om hvordan brystsmertepasienter skal håndteres utenfor sykehus, med særlig fokus på risikovurdering for hjerteinfarkt og legens egen toleranse for risiko.

Foto: Privat

PERSONALIA:
Robert A. Burman (f.1981) er utdannet lege fra Universitetet i Bergen i 2007. Han har vært forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, siden 2009. Han arbeider nå også som allmennlege i spesialisering ved Vennesla legesenter og overlege ved Kristiansand legevakt. Doktorgradsarbeidet utgår fra Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Veiledere har vært Steinar Hunskår og Erik Zakariassen.

Lang veg, lite legevakt

Guttorm Raknes disputerte 02.09.2015 for dr. philos.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlinga: «Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt».

«Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt».

Det er sterk samanheng mellom aukande reisetid og -avstand og redusert bruk av legevakt. For kvar km ekstra veg til legevaktlokalet, minkar legekonsultasjonsraten med mellom ein og to prosent. Dette er hovudkonklusjonen i avhandlinga som er basert på forsking ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse i Bergen.

Bruk av og avstand til legevakt i norske kommunar har blitt undersøkt med ulik tilnærming i fire studiar. Lang avstand var assosiert med sjeldan kontakt med legevakta i 10 kommunar knytt til Arendal legevakt, unntaket var telefonkonsultasjon med lege. Også frekvensen av dei mest akutte tilfella vart redusert med aukande avstand.

Utvikling og kvalitetssikring av ein ny metode basert på postnummer for å berekne gjennomsnittsavstand til legevakt for innbyggjarane i ein kommune er ein sentral del av avhandlinga. Analyse basert på rekningskort frå legevaktlegane i 315 kommunar viste ein samanheng mellom avstand og bruk av legevakt i same storleiksorden som i dei andre studiane. Forbruket av legevakttenester var lågare ved interkommunale legevaktar i eller nær ved sjukehus enn i ein-kommunelegevaktar utanfor sjukehus, uavhengig av avstand.

Doktorgradsarbeidet viser også at dei aller fleste nordmenn har kort reisetid og reiseavstand til legevakt. I 2011 var median maksimal reisetid 22 minutt. I alt 40 av kommunane hadde meir enn ein time til legevakt, men folketalet i desse kommunane utgjorde berre 2 % av folketalet.

I diskusjonen kring sentralisering av legevakt i Noreg har reisetid og reiseavstand fått stor merksemd. Resultata frå avhandlinga syner at det er avgjerande å ta omsyn til reisetid og reiseavstand i planlegginga av legevaktstrukturen. Tiltak for å motverke ulikskapar i bruk av legevakt på grunn av avstand bør vurderast.

Tid og stad for prøveforelesning:
1.9.2015, kl. 10.15.

Sjølvvald emne:
«Faktorar som gir (for) høg og (for) låg bruk av akuttmedisinske tenester».

1.9.2015, kl. 12.15.
Oppgitt emne:
«Kor langt kan vitskapleg dokumentasjon hjelpe oss med å finne balansen mellom omsynet til kvalitet og nærleik ved organisering av helsetenestetilbod?».

Stad: Auditorium 1, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Tid og stad for disputas:
2.9.2015, kl. 10.30.

Stad: Auditorium 1, BB-bygget, Jonas Lies vei 91.

Foto: Privat

PERSONALIA:

Guttorm Raknes (f.1974) er lege og forskar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. Han er spesialist i klinisk farmakologi og overlege ved RELIS Nord-Norge. Han er tidlegare fastlege i Bodø og Steigen.

DEL 4

PUBLIKASJONER 2004–2015

Nklm er ikke først og fremst en forskningsinstitusjon, men forskningen vår gir viktige bidrag til kunnskapsutviklingen innen og kunnskapen om norsk legevakt. Vi har en god produksjon av forskningsartikler i forhold til antall forskningsårsverk. Vi har en klar målsetting om at alle resultater fra prosjektene våre skal omsettes i «produkter», enten det er en enkel prosjektrapport eller en avansert engelskspråklig vitenskapelig originalartikkel.

Publikasjoner

2004

ARTIKLER 2004

Hetlevik Ø, Hunskår S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskrift for Den norske legeforening 2004; 124: 813-5.

Rørtveit S. Utplassering av hjartestartar – nyttar det? Tidsskrift for Den norske legeforening 2004; 124: 316-9.

Steen K, Hunskår S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskrift for Den norske legeforening 2004; 124: 365-6.

Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two year prospective study. Medical Science Monitor 2004; 10: CR75-9.

Steen K, Hunskaar S. Gender and physical violence. Social Science & Medicine 2004; 59: 567-71.

2005

ARTIKLER 2005

Hunskår S. Fri oss frå den nye distriktsmedisinen. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125: 1879.

Hunskår S. Eg ønskjer meg 1000 nye fastlegar til jul. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125: 3518.

Steen K. Violence in an urban community. An accident and emergency department perspective. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag og Institutt for kirurgiske fag, Universitetet i Bergen, 2005.

Thesen J. From oppression towards empowerment in clinical practice - offering doctors a model for reflection. Scandinavian Journal of Public Health 2005; 33: 47-52.

2006

ARTIKLER 2006

Aamland A, Blinkenberg J. Legevakthåndboken – to skritt frem og ett tilbake. Utposten 2006; 35(4): 46.

Bratland SZ, Hunskår S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskrift for Den norske legeforening 2006; 126: 166-9.

Hunskår S. Festtale 5.5.2006 på Soria Moria for Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin. Utposten 2006; 35(4): 38-40.

Hunskår S. Legevakta under lupa. Tidsskrift for Den norske legeforening 2006; 126: 3083.

RAPPORTER 2006

Hunskår S, Hansen EH. Rapport fra pilotprosjektet «Vakttårn». Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2006.

Hunskår S, Hansen EH. Legevaktorganisering i Norge, Rapport fra en registerstudie. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2006.

Danielsen K, Garratt A, Bjertnæs ØA, Hunskår S. Måling av pasienters erfaringer med legevakt: En systematisk litteraturgjennomgang. PasOpp-rapport nr. 6-2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

2007

ARTIKLER 2007

Alsaker K, Moen BE, Kristoffersen K. Comparing quality of life instruments in a population of abused women. Quality of Life 2007; 2: 125-39.

Alsaker K. Tap av helse ved vold i nære relasjoner. I: Storberget B. Bjørnen sover. Oslo: Aschehoug, 2007: 65-71.

Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. The British Journal of General Practice 2007; 57: 741-7.

Hansen EH, Hunskår S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1344-6.

Malterud K, Thesen J. Boblebad og pseudomonas-infeksjon – et lokalt utbrudd. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1779-80.

Morken T, Mageroy N, Moen BE. Physical activity is associated with a low prevalence of musculoskeletal disorders in the Royal Norwegian Navy: a cross sectional study. BMC Musculoskeletal Disorders 2007; 8: 56.

Morken T, Mehlum IS, Moen BE. Work-related musculoskeletal disorders in Norway's offshore petroleum industry, 1992–2003. Occupational Medicine 2007; 57: 112-7.

Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskår S, Blinkenberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organisering av legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1335-8.

Otterlei B, Bentzen N. Færre fastleger deltar i legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1351-3.

Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1347-50.

Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 2513-6.

Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH, Nieber T, Thesen J, Bondevik GT, Hunskår S. Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 127: 1339-42.

RAPPORTER 2007

Eikeland OJ. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport 2006. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2007.

2008

ARTIKLER 2008

Alsaker K, Moen BE, Kristoffersen K. Health related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner. Social Indicators Research 2008; 86: 497-509.

Blinkenberg J. Å henvise – eller ikke henvise. Utposten 2008; 37(3): 1.

Blinkenberg J. Kvalitetsarbeid i våre hjerter. Utposten 2008; 37(4): 1.

Blinkenberg J. Mal for akuttmedisinkurs for allmennleger. Utposten 2008; 37(4): 33-6.

Blinkenberg J. TrinnVis – en firkantet runding. Intervju med Janecke Thesen. Utposten 2008; 37(5): 7-10.

Blinkenberg, J. Er norsk akuttmedisin på nett? Scandinavian Update Magazine 2008; 1(1): 45-7.

Fagan M. Blir otitt og tonsillitt behandlet likt på legevakt og legekontor? Tidsskrift for Den norske legeforening 2008; 128: 2340-2.

Hansen EH, Hunskaar S. Development, implementation, and pilot study of a sentinel network ("The Watchtowers") for monitoring emergency primary health care activity in Norway. BMC Health Services Research 2008; 8: 62.

Johnsen GE, Asbjørnsen AE. Consistent impaired verbal memory in PTSD: a meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2008; 111: 74-82.

Johnsen GE, Kanagaratnam P, Asbjørnsen AE. Memory impairments in posttraumatic stress disorder are related to depression. Journal of Anxiety Disorders 2008; 22: 464-74.

Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: A qualitative study about unintended intimidations. Scandinavian Journal of Public Health 2008; 36: 92-8.

Moe E, Bondevik GT. Hvorfor velger pasienten legevakten framfor fastlegen. Sykepleien Forskning 2008; 3: 128-34.

Morken T, Fossum S, Horn AM et al. Self-efficacy in counseling in Norwegian chain pharmacies: A cross-sectional study. Research in Social and Administrative Pharmacy 2008; 4: 375-83.

Torsteinsen R, Morken T, Strand LI. Utvikling og reliabilitetstesting av Ergorisk – et verktøy for å vurdere risiko ved fysisk arbeid. Fysioterapeuten 2008; 75(5): 21-8.

Try E, Morken T, Hunskår S. Livskrisehjelpen ved en legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2008; 128: 2056-9.

Zakariassen E. Allmennlegen viktig ved rød respons. Utposten 2008; 37(6): 15-7.

Zakariassen E, Hunskaar S. GPs› use of defibrillators and the national radio network in emergency primary healthcare in Norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2008; 26: 123-8.

Zakariassen E, Hunskår S. Motivasjon og mestringsfølelse hos brukere av defibrillator. Tidsskrift for Den norske legeforening 2008; 128: 2167-9.

Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners› experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. Emergency Medicine Journal 2008; 25: 528-33.

RAPPORTER 2008

Blinkenberg J, Jensen Å, Press K. Lege/ambulansealarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons. En undersøkelse gjennomført i samarbeid med KoKom. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Blinkenberg J, Nieber T, Thesen J. Akuttmedisinkurs for allmennleger – en kursmal. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Blinkenberg J, Nieber T, Thesen J. Akuttmedisinkurs for allmennleger – en rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Danielsen K, Førland O, Garratt Andrew. Ny metode for å måle erfaringer med legevakt. PasOpp-rapport 2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

Eikeland OJ. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport frå 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Morken T, Hunskår S, Blinkenberg J, Hansen EH, Tønsaker S, Zakariassen E. Legevaktorganisering i Norge – Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Sandvik H, Hunskår S. Legevakt på Internett – en rapport april-2008. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Try E, Hunskår S, Morken T. Henvendelser til livskrisehjelpen i Bergen 2006. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

Aasmoe N, Andersen CM, Hunskår S, Hansen EH. Kartlegging av pasienttilstrømming til Porsgrunn legevakt 2006 – rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.

2009

ARTIKLER 2009

Alsaker K. Vold i nære relasjoner – fra å være den utvalgte til å bli den utsatte. Utposten 2009; 38(5): 29-33.

Alsaker K, Moen BE, Baste V. Employment, experiences of intimate partner violence and health related quality of life. Journal of Psychology and Counseling 2009; 1: 60-3.

Blinkenberg J. Vitaminpille i høstmørket. Utposten 2009; 38(6): 1.

Blinkenberg J, Hunskår S. Elektronisk kommunal beredskapsplan i legevaktsentral. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 1624-7.

Blinkenberg J, Jensen Å, Press K. Helseradio og varsling ved rød respons sett fra AMK. Utposten 2009; 38(2): 29-33.

Danielsen K, Førland O. Pasienters og pårørendes erfaringer med legevaktene i Arendal, Kvam og Tromsø. Resultater fra en pilotundersøkelse. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, februar 2009.

Førland O. Brukerundersøkelser. Utposten 2009; 38(7): 28-30.

Førland O, Zakariassen E, Hunskår S. Samhandling mellom ambulansearbeider og legevaktlege. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 1109-11.

Hansen EH. Unplanned paediatric care pathways. British Journal of Healthcare Management 2009; 15: 553-4.

Hansen EH, Zakariassen E, Hunskaar S. Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. BMC Health Services Research 2009; 9: 123.

Hunskår S. Framtidas legevakt: Visjon legevakt 2015. Utposten 2009; 38(1): 33-6.

Johnsen GE. Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser – hva skal vi gjøre og hva virker? Utposten 2009; 38(5): 35-8.

Johnsen GE, Asbjørnsen AE. Verbal learning and memory impairments in posttraumatic stress disorder: the role of encoding strategies. Psychiatric Research 2009; 165: 68-77.

Johansen IH, Morken T. Grunnleggende bra om forskning i ny utgave. Utposten 2009; 38(1): 41.

Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to psychiatry and substance abuse in Norwegian casualty clinics. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2009; 27: 180-5.

Morken T, Bull N, Moen BE. The activity on a Norwegian Occupational Health mailing list 1997-206. Occupational Medicine 2009; 59: 56-8.

Rebnord IK, Thue G, Hunskår S. Utstyr, laboratorieanalyser og medikamenter ved kommunale legevakter. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 987-90.

Rørtveit S, Hunskår S. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 735-7.

Rørtveit S, Hunskår S. Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 738-42.

Rørtveit G, Hunskår S. Samhandlingsreformen og universitetene. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 1622.

Steen K, Mjeldheim M, Hunskår S. Legevakt for alders- og sykehjemmene. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 2223-5.

Thesen J. Trygg hos fastlegen og på legevakta. Utposten 2009; 38(2): 25-8.

Zakariassen E. Hjertestartere – et noe forsømt barn i Norge? Ambulanseforum 2009; 34: 22.

Zakariassen E. Legevakten i Norge – en nødetat. Scandinavian Update Magazine 2009; 2: 39-41.

Zakariassen E, Hansen EH, Hunskaar S. Incidence of emergency contacts (red responses) to Norwegian emergency primary healthcare services in 2007 – a prospective observational study. Scandinavian Journal of Trauma, Resucitation and Emergency Medicine 2009; 17: 30.

RAPPORTER 2009

... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Welle-Nilsen LK, Morken T, Granås AG Hunskår S. Alminnelige helseplager i legevakt. Rapport nr. 2-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Kortversjon. Rapport nr. 3-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Eikeland OJ, Hansen EH, Press K, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport frå 2008. Rapport nr. 4-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Hallgren IL, Mikaelsen PM. Legebemannet utrykningsbil i legevakt. Rapport nr. 6-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Hermstad-Pedersen I. Bruk av båt til helseoppdrag i Norge – en undersøkelse med vekt på legevakt. Rapport nr. 7-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2009.

Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2009. Rapport nr. 8-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2009.

Blinkenberg J, Bovim E, Hansen EH. Forprosjekt prehospitalt beslutningsstøtteverktøy. Rapport KoKom 2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, 2009.

Bratland SZ, Bondevik GT. Klagesaker fra legevakt – hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil? I: Læring av feil og klagesaker. Rapport nr. 7-2009. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2009: 63-72.

2010

ARTIKLER 2010

Alsaker K, Kristoffersen K, Moen BE, Baste V. Threats and acts of intimate partner violence reported by users at Norwegian women's shelters. Journal of Interpersonal Violence 2011; 26: 950-70.

Bjertnaes OA, Garratt A, Ruud T, Hunskaar S. The General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ): validity and reliability following the inclusion of new accessibility items. Family Practice 2010; 27: 513-9.

Burman R. Akutte brystsmerter utenfor sykehus – kun hjertesmerte? Scandinavian Update Magazine 2010; 3(3): 30-3.

Bærøe K, Norheim OF. Etikk i legevakt. Utposten 2010; 39(3): 36-40.

Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. BMC Family Practice 2010; 11: 73

Garratt AM, Danielsen K, Forland O, Hunskaar S. The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC):data quality, reliability, and validity. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2010; 28: 95-101.

Hermstad-Pedersen I, Morken T, Hunskår S. I samme båt – spesialist- og primærhelsetjenesten samarbeider om sjøtransport. Utposten 2010; 39(1): 18-21.

Joa TS, Morken T. Å jobbe i legevakt, "Er det farlig det?". Utposten 2010; 39(3): 30-3.

Johnsen GE. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Utposten 2010; 39(3): 24-7.

Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2010; 28: 160-5.

Morken T. Båten, ein ressurs for legevakten. Intervju med fastlege Sverre Rørtveit. Utposten 2010; 39(1): 22-3.

Nyen B, Hansen EH, Bondevik GT. Kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Sykepleien Forskning 2010; 5: 221-6.

Nyen B, Hansen EH, Foss MK. Sykepleiernes håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Sykepleien Forskning 2010; 5: 130-6.

Prestegaard K, Thesen J, Løchen E. Felles refleksjon over kvaliteten på eget legekontor. Utposten 2010; 39(6): 28-31.

Sandvik H, Hunskår S. Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2010; 130: 135-38.

Welle-Nilsen LK, Morken T, Hunskaar S, Granas AG. Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2011; 29: 39-44.

Zakariassen E. Akuttmedisinske henvendelser til AMK-sentraler i Norge – epidemiologi, hvem varsles og hvem rykker ut. Scandinavian Update Magazine 2010; 3(3): 54-57.

Zakariassen E. Red response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag. Universitetet i Bergen, 2010.

Zakariassen E, Burman RA, Hunskaar S. The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway – a prospective population based study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2010; 18: 9.

Zakariassen E, Hunskaar S. Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway – a prospective population-based observational study. BMC Emergency Medicine Journal 2010; 10: 5.

RAPPORTER 2010

Sandvik H, Morken T, Hunskår S. Evaluering av TrinnVis Kvalitetsarbeid. Rapport nr. 1-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Johnsen G, Alsaker K, Hunskår S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Rapport nr. 2-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Press K, Hansen EH, Hunskår S. Influensapandemien høsten 2009: Henvendelser til legevakt. Rapport nr. 3-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Joa TS, Morken T. Er det farlig å jobbe i legevakt? Rapport nr. 4-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Eikeland OJ, Hansen EH, Press K, Tønsaker S, Hunskaar S. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2009. Rapport nr. 5-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Bærøe K, Norheim OF. Etikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport nr. 6-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

2011

ARTIKLER 2011

Abrahamsen HB, Finsnes K. Mer simulering. Tidsskrift for Den norske legeforening 2011; 131: 2369-71.

Blinkenberg J, Brandstorp H, Flingtorp LD, Nysether EL, Nielsen BK, Thesen J. Akuttmedisin for allmennleger på nett. Utposten 2011; 40(7): 6-9.

Blinkenberg J, Brandstorp H, Nyseter EL, Nielsen BK, Thesen J, Flingtorp LD. Elektroniske læringsressurser som supplerende læringsmetode for akuttmedisin tilpasset allmennleger og turnuskandidater – et pilotprosjekt. Rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2011.

Bratland SZ. Uønskete hendelser – kan bekreftelsesfellen unngås? Utposten 2011; 40(3): 20-1.

Burman RA. Samhandling mellom psykiatrien og fastlegene – frem og tilbake like langt? Utposten 2011; 40(6): 28-30.

Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S. Acute chest pain – A prospective population based study of contacts to Norwegian emergency medical communication centres. BMC Emergency Medicine 2011; 11: 9.

Bærøe K, Norheim OF. Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: A theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services (CESS). Bioethics 2011; 25: 394-402.

Ellensen E. Organisering av prehospital akuttmedisin i Norge. Scandinavian Update 2011; 4(4): 19-21.

Førland O, Mjeldheim M. Ny videreutdanning for sykepleiere i legevakt. Scandinavian Update 2011; 4(4): 8-11.

Hansen EH. Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counselling. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag. Universitetet i Bergen, 2011.

Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. BMJ Quality & Safety 2011; 20: 390-6.

Hansen EH, Hunskaar S. Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011; 19: 48.

Huibers LA, Moth G, Bondevik GT, Kersnik, J, Huber CA, Christensen MB, Leutgeb R, Casado AM, Remmen R, Wensing M. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. BMC Family Practice 2011; 12: 30.

Johnsen GE, Kanagaratnam P, Asbjørnsen AE. Patients with posttraumatic stress disorder show decreased cognitive control: Evidence from dichotic listening. Journal of the International Neuropsychological Society 2011; 17: 344-53.

Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. BMC Health Services Research 2011; 11: 132.

Rørtveit S, Hunskår S, Wensaas KA, Simonsen KA, Rørtveit G. Influensapandemien hausten 2009 i ein vestlandskommune. Tidsskrift for Den norske legeforening 2011; 131: 675-9.

Sandvik H, Hunskår S. Hygienekampanjen høsten 2009 – færre infeksjonstilfeller på legevakt? Tidsskrift for Den norske legeforening 2011; 131: 680-2.

RAPPORTER 2011

Årsmelding 2010. Rapport nr. 1-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2011.

Eikeland OJ, Hansen EH, Hunskår S, Press K, Tønsaker S. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2010. Rapport nr. 2-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2011.

Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2011.

Blinkenberg J, Brandstorp H, Nyseter EL, Nielsen BK, Thesen J, Flingtorp LD. Elektroniske læringsressurser som supplerende læringsmetode for akuttmedisin tilpasset allmennleger og turnuskandidater – et pilotprosjekt. Rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2011.

2012

ARTIKLER 2012

Alsaker K, Morken T, Baste V, Campos-Serna J, Moen BE. Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2012; 91: 301-7.

Blinkenberg J. Mer enn klippfisk. Rapport fra Portugal. Utposten 2012; 41(4): 32-6.

Blinkenberg J. Råflink raddis med bredt spekter. Intervju med Sverre Rørtveit. Utposten 2012; 41(7): 2-5.

Giesen PR, Bondevik GT, Christensen MB, Remmen R. Position Paper EurOOHnet. Rete di ricerca europea per la continuità assistenziale nelle cure primarie. Rivista QQ 2012; 2: 16-20.

Hunskår S. Se hva som skjer! Bergens Tidende 02.11.2012.

Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2012; 30: 55-60.

Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA, Hunskaar S. Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. Nordic Journal of Psychiatry 2012; 66: 40-8.

Johansen IH, Morken T, Hunskår S. How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness: A prospective observational study. International Journal of Mental Health Systems 2012; 6: 3.

Lillemoen PKS, Kjosavik SR, Hunskår S, Ruths S. Føreskriving av legemiddel mot AD/HD 2004-8. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 1856-60.

Morken T, Hansen EH. Nasjonalt legevaktnummer skal gi bedre tilgjengelighet – hvor ringer folk i dag? Utposten 2012; 41(4): 16-9.

Morken T, Haukenes I, Magnussen LH. Attending work or not when sick – what makes the decision? – A qualitative study among car mechanics. BMC Public Health 2012; 12: 813.

Rebnor IK, Sandvik H, Hunskaar S. Use of laboratory tests in out-of-hours services in Norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2012; 30: 76-80.

Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Clinical practice patterns among native and immigrant doctors doing out-of-hours work in Norway: a registry-based observational study. BMJ Open 2012; 2: e001153.

Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Fastlegepasienters bruk av legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 2272-66.

Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 2277-80.

Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC Health Services Research 2012; 12: 308.

Senneseth M, Alsaker K, Natvig GK. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. Journal of Advanced Nursing 2012; 68: 402-13.

Thesen J, Burman RA, Selnes LD. Grunnleggende tiltak for en bedre fastlegeordning. Dagens Medisin 21.06.2012.

Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 674-6.

Zakariassen E, Ellensen E. Blir det sikrere med felles nødnummer? Kronikk. Bergens Tidende 16.11.2012.

RAPPORTER 2012

Årsmelding 2011. Rapport nr. 1-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.

Morken T, Øen TO, Hunskår S. Kjennskap til og bruk av legevakt- og nødnummer – en befolkningsundersøkelse. Rapport nr. 2-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.

Johnsen GE, Hunskår S, Alsaker K, Nesvold H, Zachariassen SM. Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011. Rapport nr. 3-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.

Eikeland OJ, Hansen EH, Tønsaker S, Hunskår S. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2011. Rapport nr. 4-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.

Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.

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.

Danielsen K, Holmboe O, Hansen SL, Førland O, Bjertnæs ØA. Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vakttårn-legevaktene. Kunnskapssenteret, PasOpp-rapport nr. 01 - 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

2013

ARTIKLER 2013

Blinkenberg J. Bildet. Temaartikkel. Utposten 2013; 8: 22-4.

Blinkenberg J, Morken T. Turnusleger – en del av legevakten. Tidsskrift for Den norske legeforening; 133: 385-6.

Hunskår S. AF 75 år – fagforening og fagleg forening. Utposten 2013; 42(5): 34-5.

Hunskår S. Med hjerte for forskning og formidling. Intervju. Utposten 2013; 42(6): 2-5.

Hunskår S, Raknes G. Buavstand avgjer bruk av legevakta. Bergens Tidende 24.11.2013.

Johnsen GE, Kanagaratnam P, Asbjørnsen AE. Posttraumatisk stressforstyrrelse er forbundet med kognitive dysfunksjoner. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2013; 50: 201-7.

Johansen IH. Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Universitetet i Bergen, 2013.

Morken T, Ingrid HJ. Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres – a cross-sectional study. BMC Health Services Research 2013; 13: 384.

Raknes G. FAQ for fastlegen om LDN. Utposten 2013; 42(4): 12-3.

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 Services Research 2013; 13: 222.

Raknes G, Hunskår S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42(6): 6-9.

Raknes G, Vorren S. Prevensjon og livssyn: Kan p-piller forhindre implantasjon av befruktet egg? Utposten 2013; 42(3): 46-7.

Rørtveit S, Meland E, Hunskaar S. Changes of triage by GPs during the course of prehospital emergency situations in a Norwegian rural community. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2013; 21: 89.

Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rortveit G. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. PLoS One, 2013; 8: e69408.

RAPPORTER 2013

Årsmelding 2012. Rapport nr. 1-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Gustavsen LM, Alsaker K. Vold i nære relasjoner på et overgrepsmottak: Ressursbruk og kompetansebehov. Rapport nr. 2-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskår S. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2012.

Rapport nr. 4-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Nordhordland, 01.03.10-28.02.13. Rapport nr. 5-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Johansen IJ, Eikeland OJ. Evaluering av prosjektet «Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland». Et samhandlingsprosjekt mellom Nordhordland legevakt og Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Norhordland. Rapport nr. 6-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2013.

2014

ARTIKLER 2014

Alsaker K. Voldens virkninger på kvinners sosiale liv og arbeidssituasjon. I: Narud K, red. Vold mot kvinner. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2014: 229-40.

Alsaker K, Moen BE, Baste V, Morken T. Vold i parforhold kan gjøre lønnsarbeid vanskelig. Tidsskrift for kjønnsforskning 2014; 38: 270-86.

Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2014; 27: 1-7.

Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås ECT. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. BMC Health Services Research 2014; 14: 139.

Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S. Management of chest pain: a prospective study from Norwegian out-of-hours primary care. BMC Family Practice 2014; 15: 51.

Diaz E, Raza A, Sandvik H, Hjørleifsson S. Immigrant and native regular general practitioners in Norway. A comparative registry-based observational study. European Journal of General Practice 2014; 20: 93-9.

Ellensen EN, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres – a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2014; 22: 2.

Fjeld H, Raknes G. Er det virkelig farlig å kombinere metronidazol og alkohol? Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134: 1661-3.

Hjortdahl M, Zakariassen E, Wisborg T. The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicinetechnicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2014; 22: 47.

Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen MB, Bondevik GT. EurOOHnet – the European research network for out-of-hours primary health care. European Journal of General Practice 2014; 20: 229-32.

Melf K, Chayakul P. Peace-Health Education for Medical Professionals. I: Healing under fire. The case of Southern Thailand. Bangkok: The Deep South Relief and Reconciliation (DSRR) Foundation and the Rugiagli Initiative (tRI), 2014: 86-93.

Morken T, Johansen IH. Utsatt, men ikke sikret? Tiltak mot trusler og vold på legevakt. Utposten 2014; 43(1): 6-8.

Raknes G, Morken T, Hunskår S. Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134: 2145-50.

Raknes G, Morken T, Hunskår S. Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134(22): 2151-5.

Raknes G. Dikloracetat (DCA) og kreft. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2014; 10: 29-30.

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.

Steen K. Bør traumatiske hudsår lukkes innen 8 timer? Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134: 1657-60.

RAPPORTER 2014

Årsmelding 2013. Rapport nr. 1-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

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

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

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.

Johnsen GE, Hunskår S, Zachariassen SM, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottakene – Status per juni 2014. Rapport nr. 5-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Aksnes A, Mikaelsen PM, Valdersnes G, Zachariassen S, Øen TO. Legevakt – Nasjonal uniformering. Rapport nr. 6-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

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.

Berven N, Johansen IH, Brekke OA. Evaluering av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk). Rapport nr. 3-2014. Bergen: Uni Research Rokkan-senteret, 2014.

2015

ARTIKLER 2015

Abrahamsen HB, Sollid SJM, Öhlund LS, Røislien J, Bondevik GT. Simulation-based training and assessment of non-technical skills in the Norwegian Helicopter Emergency Medical Services: a cross-sectional survey. Emergency Medicine Journal 2015; 32: 647-53.

Blinkenberg J. Kompis til besvær. Utposten 2015; 44(2): 55.

Bondevik GT, Holst L, Haugland M, Bærheim A, Raaheim A. Interprofessional workplace learning in primary care: Students from different health professions work in teams in real-life settings. International Journal of Teaching and Learning in Higher Education 2015; 27: 175-82.

Brudvik C, Tariq H, Bernardshaw SV, Steen K. Infeksjoner i sår som er suturert på legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2015; 135: 759-62.

Hunskår S. Nasjonale krav til legevakt. Utposten 2015; 44(1): 8-12.

Hunskår S. Felles allmennmedisinsk lærebok i Skandinavia. Utposten 2015; 44(6): 24-7.

Hunskår S, Zakariassen E. Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner. Tidsskrift for Den norske legeforening 2015; 135: 654-7.

Moen BE, Baste V, Morken T, Alsaker K, Pallesen S, Bjorvatn B. Menstrual characteristics and night work among nurses. Industrial Health 2015; 53: 354-60.

Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study BMC Family Practice 2015; 16: 51.

Moutte SD, Brudvik C, Morken T. Physicians' use of pain scale and treatment procedures among children and youth in emergency primary care – a cross sectional study. BMC Emergency Medicine 2015; 15(1): 33.

Rebnord IK, Hunskaar S, Gjesdal S, Hetlevik Ø. Point-of-care testing with CRP in primary care: a registry-based observational study from Norway. BMC Family Practice 2015; 16: 170.

Rørtveit G, Bratland SZ. Primærhelsetjenesten – til inspirasjon eller frustrasjon. Utposten 2015; 44(6): 10-11.

Sandvik H. Fastlegers stabilitet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2015; 135: 2016.

Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rortveit G. Primary care utilisation among patients with influenza during the 2009 pandemic. Does risk for severe influenza disease or prior contact with the general practitioner have any influence? Family Practice 2015; 32: 56-61.

Thomassen AG, Hystad SW, Johnsen BH, Johnsen GE, Laberg JC, Eid J. The combined influence of hardiness and cohesion on mental health in a military peacekeeping mission: A prospective study. Scandinavian Journal of Psychology 2015; 56: 560-6.

RAPPORTER 2015

Årsmelding 2014. Rapport nr. 1-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

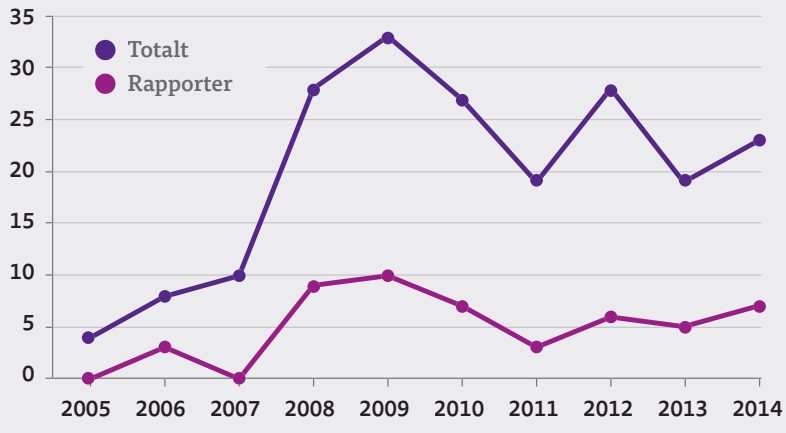
Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

Eikeland OJ. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2014. Rapport nr. 3-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskår S. Fastlønn på legevakt. Rapport nr. 4-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

Raknes G, Hunskår S. Ein studie av innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117 i utvalde legevakter. Rapport nr. 5-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

«Ti år i legevaktens tjeneste. Nklm 2005–2015». Rapport nr. 6-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.



FIGUR 1: *Publikasjoner fra Nklm 2005–2014.*

05

DEL 5

NASJONALE OG INTERNASJONALE IMPULSER

For å samkjøre staben og planlegge driften fremover har Nklm internseminarer for de ansatte og eventuelt inviterte gjester. Vanligvis har vi et endagsseminar om høsten og et todagers seminar om våren der det inngår besøk til en av landets legevakter. Annet hvert år har vi reist til utlandet. På denne måten får vi impulser om drift og utvikling av legevakt og ser hvordan lokale problemstillinger løses. Nklm har også engasjert seg i internasjonalt prosjektsamarbeid om legevakt.

Nasjonale og internasjonale impulser

Helt siden Nklm startet i 2005 har vi arrangert årlige internseminar. Her setter vi av tid til å fokusere på vår egen aktivitet, samtidig som det er et mål for oss å opprette internasjonale kontakter og prosjektsamarbeid med relevante fagmiljøer i utlandet. Internseminarene har fungert som en tankesmie, og mange gode idéer har sprunget ut fra disse seminarene. I tillegg til det faglige utbyttet opplever vi at internseminarene er viktige for det sosiale samholdet. Dette prioriteres sterkt ettersom de aller fleste ved senteret jobber andre steder ved siden av Nklm, og vi ikke har anledning til å treffes like ofte som ved flere andre arbeidsplasser. De faste vår- og høstseminarene begynte i 2007.

INTERNSEMINAR 2007: *Bildet viser staben i faglig diskusjon. Foto: Ukjent*

MØTE MED FORSKERE I NIJMEGEN: *Fra venstre Sylvie Lo Fo Wong, Steinar Hunskår, Linda Huibers, Grethe E. Johnsen, Tone Lagro og Kjersti Alsaker. Foto: Ukjent*

SYKKELTUR I NEDERLAND: *Steinar Hunskår leder an. Foto: Tone Morken*

Høsten 2008 var vi på vår første utenlandstur, til Nijmegen, Nederland. Forskningsleder dr. Paul Giesen ved UMC St. Radboud drev et forskningsprogram for legevakt med stor relevans for våre prosjekter. I løpet av to dager fikk vi gjennom omvisninger, foredrag og diskusjoner økt kjennskap til legevaktmedisin i Nederland, og nye perspektiver på vår egen organisering og faglige nivå. Det sosiale samholdet ble ytterligere styrket av en artig sykkeltur langs Nijmegens landeveier.

NEDERLAND 2008: *16 interesserte og motiverte Nklm-medarbeidere. Foto: Ukjent*

VOSS 2009: *Spasertur til Voss legevakt. Foto: Tone Morken*

Våren 2009 reiste vi til Voss og la inn et besøk til legevakten som ligger ved Voss sjukehus. Om høsten besøkte vi Bergen Brannvesen og hadde møte i den nye hovedbrannstasjonen i Bergen. Her ga brannsjef Helge Eidsnes oss innblikk i regionale og nasjonale utfordringer for redningstjenesten og hvordan endret risikobilde og klimaendringer stiller nye krav til redningstjenesten.

LUFTAMBULANSE-BASEN I BERGEN: *Steinar Sellevold gir omvisning i hangaren. Foto: Tone Morken*

Høsten 2010 år besøkte vi Stiftelsen Norsk Luftambulanse i Bergen. Regionsjef Steinar Sellevold, Region Vest, ønsket oss velkommen og redegjorde for den «kompliserte» organisasjonsformen Luftambulansen har, for så å gi oss omvisning på helikopterbasen. Sentralt på det faglige programmet stod drøfting av internasjonale samarbeid og orientering om status for Overgrepsmottak med tanke på planlagte prosjekter.

2010: *Besøk ved Hovedredningssentralen i Stavanger. Foto: Ukjent*

Våren 2010 la vi internseminaret til Stavanger med innlagt besøk til Hovedredningssentralen på Sola. Hans G. Christensen stod for presentasjon og omvisning og snakket om beredskap, redningsmateriell og helsefaglig relevante aspekter som kommunikasjon og samarbeid med lokal helsetjeneste/legevakt/AMK. Fastlege Ruth Midtgarden fra Universitetssykehuset i Stavanger og Ivar Halvorsen fra Rogaland legeforening hadde innlegg og deltok sammen med Kristian Lexow, leder i Norsk resuscitasjonsråd, på deler av seminaret. Den resterende delen ble brukt til å diskutere Samhandlingsreformen og det neste strategiske grepet for Nklm.

LEGEVAKT I DANMARK: *Fra sentralen på Skadestuen i Århus. Foto: Tone Morken*

Våren 2011 la vi internseminaret til Århus. Det ble arrangert besøk til Præhospitalen (AMK- og ambulansetjenesten), Lægevakten, Skadestuen og Overgrepsmottaket. Våre danske forbindelser holdt foredrag om organisering av legevakt, akuttpsykiatri og samhandling, triage, kostnader og pasientflyt, brukerundersøkelser og de prehospitale tjenester/samarbeid med legevakten. Erika Christensen, sjef for Præhospitalen, og Morten Bondo Christensen, Grethe Moth og Lone Flarup fra det allmennmedisinske forskningsmiljøet i Århus var viktige støttespillere både i planlegging og gjennomføring av seminaret. Flere derfra er også med i EurOOHnet samarbeidet.

Høsten 2011 ønsket vi å få bedre oversikt over Legevakten i Bergen sine mange funksjoner. Høstens internseminar ble avviklet i Kranen kafé i Solheimsviken, etterfulgt av omvisning på Bergen legevakt. På Bergen legevakt ble vi møtt av Frank van Betten, Knut Steen, Torbjørn Hiis Bergh, Eivind Damsgaard, Tor Grimstad, Jorunn Marie Olsen og Anne-Margrethe Stokken. Knut Steen presenterte Bergen legevakt, funksjoner, driftsomfang og historikk. Etterpå fikk vi en omvisning gruppevis på alle avdelingene, inkludert den nye rusakutten. Den faglige samtalen på høstens seminar dreide seg om legevaktenes planer i forbindelse med samhandlingsreformen. I tillegg hadde vi ide-dugnad med følgende spørsmål: «Korleis kan Nklm bidra i ein informasjonskampanje om felles, nasjonalt legevaktnummer?»

INTERNSEMINAR HØSTEN 2011:
Idé-dugnad i Kranen kafé. Foto: Tone Morken

Våren 2012 befant internseminaret seg i Alta. Ragna Iren Eikanger, leder for Alta-kommunale legevakt tok oss med på besøk til legevakten og sykestuen.

ALTA 2012: *Ansatte ved Nklm og Alta legevakt utenfor Alta helsesenter og legevakt. Foto: Tone Morken*

På høsten 2012 ble internseminaret holdt i Bergen med innlagt besøk til politihuset, Hordaland politidistrikt. Her så vi på politiets og legevaktens rolle innenfor rus og psykiatri og i forbindelse med utrykning ved ulykker og overgrepssaker. Visepolitimester John Reidar Nilsen og politiadvokat Sidsel Isachsen deltok fra politiets side. Andre interessante tema som ble tatt opp på høstens seminar var fastlegeforskriften og arbeidsmiljøundersøkelsen.

Våren 2013 fant seminaret sted i Stockholm. Vi ble svært godt tatt imot av våre svenske kolleger, som hadde satt opp et variert og interessant program for oss. Det ble arrangert besøk til forskjellige avdelinger ved Karolinska Universitetssjukhus og Södersjukhuset (SÖS). Deriblant Centre for Family Medicine, Karolinska Institutet, ved Lars Agréus, Lättakuten Karolinska, ved Lena Lindén, Akutmottagningen för våldtagna kvinnor, SÖS, ved Lotti Helström, og Se och behandla, SÖS ved Jenny Liu. Katarina Bohm og Veronica Lindström gav oss dessuten en innføring i prehospital forskning ved SÖS.

Høsten 2013 ble internseminaret holdt på Os. Her besøkte vi Samnanger og Os legevakt som holdt til i helt nye lokaler, samlokalisert med brannstasjonen. Leder ved legevakten, Siri-Linn S. Fotland, gav oss omvisning i de nye lokalene, samt en presentasjon om hvordan veien frem mot den nye legevakten har vært, om samspillet mellom legevakten og brannstasjonen, og om fordeler ved å være samlokalisert på denne måten. Under høstens fagseminar ble den politiske situasjonen for legevakt trukket frem som et viktig satsningsområde, sammen med nasjonalt legevaktnummer 116 117, kommunale akuttsenger, telefonråd og forskningsdatabase for fastlegeordningen.

SAMNANGER OG OS LEGEVAKT:
Vi studerer den nye legevaktbilen. Foto: Siri-Linn Schmidt Fotland

SAMNANGER OG OS LEGEVAKT:
Nklm på besøk. Foto: Siri-Linn Schmidt Fotland

ISLAND 2015: *Nklm på ridetur! Foto: Tone Morken*

Våren 2014 fant internseminaret sted i Norheimsund. Her ble vi mottatt av leder for legevakten i Kvam, Arne Aksnes, som gav oss en flott presentasjon av legevakten og arbeidet med det planlagte interkommunale legevaktsamarbeidet Hardanger/Voss. Vi fikk også omvisning i nye lokaler, som ligger samlokalisert med ambulansestasjon, hjelpemiddelsentral, sykehjem og rehabiliteringsenhet, samt dialyseenhet. Sentralt på dagsorden dette seminaret stod Helsedirektoratets utspill om å tone ned forskningsaktiviteten ved nasjonale kompetansesentre. Nklm, som alltid har oppfattet forskning som svært viktig for sin virksomhet, ventet i spenning på hva det endelige samfunnsoppdraget ville bli, og om dette ville påvirke Nklm sitt «innhold» og den byråkratiske struktur rundt kompetansesentre generelt.

På høsten 2014 ble internseminaret holdt i Knarvik. Her besøkte vi Nordhordland legevakt som for kort tid siden bygget om sine lokaler til å inneholde KAD-enhet og dialyseenhet, i tillegg til legevakten. Vi fikk presentasjon av legevakten og driften av KAD-enheten ved leder av legevakten, Grethe Fosse og overleger ved KAD-enheten, Kristian Simonsen og Sigfrid Christine Reisegg, samt omvisning i både de nye og de gamle lokalene.

ISLAND 2015: *Helsesentert på Selfoss. Foto: Tone Morken*

Jubileumstur til Island i mai 2015!

6.–9. mai 2015 drog vi til Island, delvis for å feire 10-årsjubileet sammen med senterets ansatte, og delvis for å lære mer av våre Islandske kollegaer. Vi hadde blant annet et fint besøk på Selfoss Health Centre med flotte verter som snakket norsk for anledningen.

Foto: Tone Morken

FORTS. FRA S 57

Tiårets siste internseminar ble arrangert på Hotel Terminus i Bergen, samme sted som vi holdt vårt første seminar for ti år siden. På dette seminaret fikk vi et innlegg om sorgarbeid ved legevakt av nyansatte Siri-Linn S. Fotland. I gruppesamtalen fulgte vi opp spørsmål som helsedirektør Bjørn Guldvog, avdelingsdirektør i KS, Helse- og velferdsavdelingen, Rune Hallingstad og påtroppende president i Den norske legeforening Marit Hermansen stilte måneden før under sine innlegg på jubileumsfesten. Dagen ble avsluttet med en jubileumsfest for venner og kollegaer i Kalfarveien 31.

PROSJEKTPRESENTASJON: *Siri-Linn S Fotland holder innlegg. Foto: Arngeir Berge*

ANSATTE PÅ INTERNSEMINAR SEPTEMBER 2015: *Fra venstre Siri-Linn S Fotland, Marie Ljones, Gunnar Bondevik, Ingrid Rebnord, Guttorm Raknes, Jorun Tennebekk, Jesper Blinkenberg, Tone Morken, Gro Flatøy, Signe Zachariassen, Eirin Ellensen, Svein Z Bratland, Grethe Johnsen, Ingrid H Johansen, Steinar Hunskår, Knut Steen, Silje Furu og Arngeir Berge. Foto: Ukjent*

Eur O:O:H net

European research network for **Out-Of-Hours** primary health care

I likhet med utviklingen i Norge har også andre europeiske land hatt store endringer i organisering av legevakttjenesten. Til tross for ulikheter i geografi og kultur er det felles utfordringer som er sammenlignbare. I mange land ser man en avtagende interesse blant allmennleger for å delta i legevakt. Det er en økende andel leger som arbeider deltid, samt store utfordringer med rekruttering av leger til distriktene. I tillegg er det endringer i populasjonen med en generell befolkningsvekst, migrasjon, flere eldre og økende forventinger til lett tilgjengelige helsetjenester utenom kontortid. Flere land rapporterer bekymringer når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet ved legevakttjenesten, og ønsker mere kunnskap om hvordan den kan bedres. Organisering av legevakttjeneste er derfor et aktuelt helsepolitisk tema også utenfor Norge.

Uavhengig av geografi og kultur vil det alltid være mennesker som trenger helsehjelp utenom vanlig kontortid – «out-of-hours» utgjør tre firedeler av døgnet. Noen land har løst dette med å gi et desentralisert tilbud gjennom primærhelsetjenesten. Andre har prioritert en sentralisert legevakttjeneste, gjerne tilknyttet sykehus. Her kan pasientene møte direkte i «emergency departments» uten å kontakte primærhelsetjenesten på forhånd. For å redusere kostnadene, og sikre rett nivå av helsetjeneste, er det stadig flere som innfører telefontriage. I enkelte land gjøres slik triagering av leger, i andre av sykepleiere.

De ulike modellene har alle sine fordeler og ulemper. En forskergruppe i Nijmegen, Nederland, så mulighetene som kunne ligge i et europeisk samarbeid innen dette fagområdet. I 2008 tok de initiativ til et europeisk forskningsnettverk i legevaktmedisin. Nklm ble kontaktet tidlig, og var en aktiv part da EurOOHnet – the European research network for out-of-hours primary health care – ble opprettet i 2010. Etter den tid har det vært en gradvis økning i antall medlemsland.

I dag (2015) er forskere fra 12 land tilknyttet EurOOHnet: Belgia, Danmark, England, Italia, Kroatia, Nederland, Norge, Polen, Slovenia, Spania, Sveits og Tyskland. Alle medlemmene tilhører et forskermiljø i hjemlandet, enten et universitet eller en annen forskningsinstitusjon. Nettverket blir ledet av et styre, hvor Nklm har sin representant i perioden 2012–2017. De årlige EurOOHnet konferansene har vært arrangert i Nijmegen (2010), Bergen (2011), Antwerpen (2012), Heidelberg (2013), Aarhus (2014) og Roma (2015). I 2016 skal konferansen være i Bled, Slovenia. På konferansene presenteres forskningsprosjekter innen legevaktmedisin fra alle medlemslandene. I tillegg er det en presentasjon om legevaktorganiseringen i vertslandet, med besøk av lokal legevakt. Målsettingen er å utveksle erfaringer med ulike legevaktmodeller, samt stimulere til felles forskningsprosjekter.

Inntil nå har EurOOHnet hatt fem felles forskningsprosjekter. Det første

EUROOHNET 2011: *Noen av deltakerne på EurOOHnet-møtet i Bergen samlet på Fløyen. Foto: Reinilde Seuntjens*

handlet om hvilke kliniske problemstillinger pasienter kommer med på legevakt i europeiske land. Dernest var det en studie om etterlevelse av nasjonale retningslinjer for behandling av urinveisinfeksjon på legevakt. I et tredje prosjekt undersøkte en informasjonsoverføring mellom legevakt, pasientens allmennlege og sykehus. En fjerde studie om telefontriage avdekket store variasjoner i håndtering av ulike kliniske problemstillinger.

Nklm leder et pågående EurOOHnet prosjekt «Patient safety culture in European Out-of-hours services (SAFE-EUR-OOH)», hvor mer enn 2000 helsearbeidere ved legevakter i fem europeiske land deltar. Målsettingen er å utvikle nasjonale verktøy for å identifisere faktorer som kan utfordre pasientsikkerheten. Verktøyet skal kunne bidra til å iverksette tiltak for å bedre kvaliteten på legevakt.

Som et av de større forskningsmiljøene innen legevaktmedisin i Europa, har Nklm gitt viktige bidrag til opprettelsen og utviklingen av EurOOHnet. Nettverket gir muligheter til fortsatt internasjonalt forskningssamarbeid innen fagfeltet. Dette vil være til stor nytte – ikke bare for Nklm og norsk legevaktmedisin – men også for våre legevaktkolleger i andre land.

Utfyllende informasjon om EurOOHnet finnes på nettsiden www.euroohnet.eu

06

DEL 6

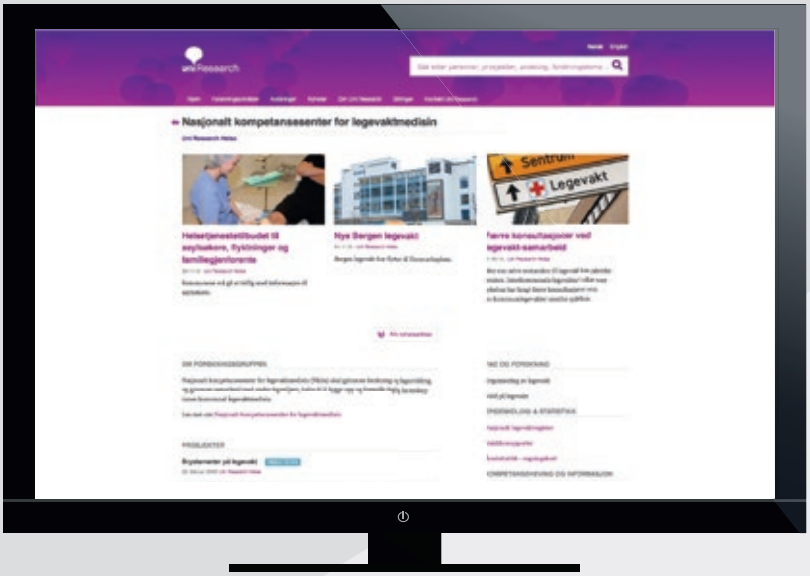
NKLM I MEDIA

Nklm har hatt en bevisst strategi om å synliggjøre legevaktfeltet i media. Vi prøver å få oppmerksomhet om enkeltsaker, om publikasjoner, om hendelser og å vise fram de ansatte for omverdenen. Enkelte ganger er det media som kommer til oss med saker, der vi kommenterer eller gir faktaopplysninger. Vi har også en omfattende informasjonsvirksomhet gjennom aktive nettsider med blant annet aktuelle nyheter, vi har Nyhetsbrev og vi prøver å få erfaring med sosiale medier.

Nklm på nett

Nettsidene www.legevaktmedisin.no

Nklm har siden 2005 hatt nettstedet www.legevaktmedisin.no. Sidene har hatt flere ulike utforminger, sist fra 2014 da Uni Research lanserte nye nettsider. Som underavdeling av Uni Research Helse fikk også Nklm da ny profil på sine sider.



Sidene har informasjon om bl.a.:

- Nklm generelt og de ansatte
- Nyheter
- Forskningsprosjekter
- Publikasjoner
- Overgrepsmottak
- Veiledere, faglige prosedyrer og rutiner
- Informasjonsmateriell
- Kurs og konferanser

Nettnyheter omfatter egne nyheter og relevant stoff fra andre medier relatert til Nklm, legevakter og overgrepsmottak.

NYHETSBREV:
Alle kan abonnere på vårt nyhetsbrev

Nyhetsbrev

Siden 2005 har Nklm gitt ut Nyhetsbrev. Brevet blir utgitt 4 ganger i året og distribueres både elektronisk og i papirversjon.

Nklm på Twitter

Nklm har siden mai 2013 vært på Twitter med brukernavn @legevaktmedisin. Her presenterer vi nyheter om egen forskning og egne arrangementer, og vi videreformidler legevaktrelevante nyheter fra andre twitterbrukere og fra media generelt. I tillegg bruker vi kanalen til å følge med på hva som opp-tar våre samarbeidspartnere og andre viktige meningsbærere.

TWITTER: *https://twitter.com/legevaktmedisin*

Nklm i media

Nklm har et tett og konstruktivt forhold til både aviser, radio og TV. Massemedia sees på som en viktig kanal for å formidle kunnskap og forskningsresultat.

Nklm har i økende grad opplevd at massemedia henvender seg til oss for å få informasjon om ulike aspekt ved legevaktmedisin.

På HØYDEN

15.1.2007

Lettere å finne lege

Leger på vakt dagtid har blitt lettere tilgjengelige i Norge de siste fire årene. I 2002 nådde bare fire av ti telefoner til legevaktsentraler frem til en lege på vakt. I fjor fikk man hjelp i nesten åtte av ti tilfeller. Dette viser en ny undersøkelse fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Av Lars Holger Ursin

– Dette betyr en viktig forbedring i kontakten med legevakten på dagtid, sier professor Steinar Hunskår ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Han er forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, som gjennomførte undersøkelsen like før jul ved hjelp av TNS Gallup.

Testen gjelder det nummeret du skal slå når du er akutt syk, og trenger legehjelp samme dag – men ikke har behov for ambulanse med sirener og blålys. Samtlige oppgitte

Leger skal helst være lett tilgjengelig når du er akutt syk - selv om du ikke trenger ambulanse. Det var ikke alltid tilfelle da Helsetilsynet testet daglegevakttjenesten i

Språkproblemer truer pasientsikkerheten

En av ti legevaktleger har språkproblemer, sier forsker til TV 2.

Ane Rostad
Stokholm

Tirsdag 02. oktober 2012, kl.

BERGENS TIDENDE LØRDAG 2. MAI 2009 kronikk 35

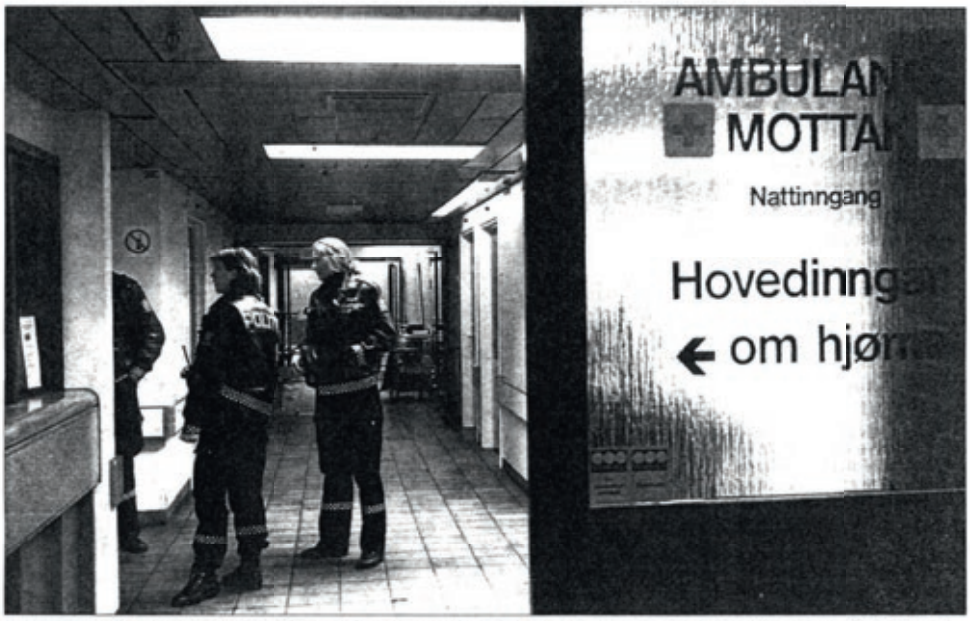
En undersøkelse viser at kvinnelige legevaktleger gjør færrest feil, mens leger av utenlandsk opprinnelse befinner seg i faresonen. I begge tilfeller kan det finnes ulike forklaringer.

Når legehjelpen haster

KRONIKK

Svein Zander Bratland seniorrådgiver, Statens helsetilsyn, Oslo og

Gunnar Tschudi Bondevik førsteamanuensis, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB



SKADEPOTENSIAL: *Det store skadepotensialet som foreligger når legehjelpen haster, bør føre til tiltak i form av retningslinjer og sterkere bistand fra Helsedirektoratet. Likeledes bør det være en oppgave for Legeforeningen sentralt og lokalt å legge til rette for leger med utenlandsk opprinnelse slik at de kan oppnå en best mulig norskkulturell og lokal kompetanse.*

ARKIVFOTO: TOR HØVIK

Hvilke risikofaktorer kan føre til feil på legevakt? Det er ikke tvil om at de fleste feil begås når helsehjelpen haster. Ved henvendelser til legevakt vil det relativt ofte foreligge tilstander der feil kan føre til en alvorlig forverring av sykdom eller skade. Det samme gjelder for øyeblikkelig hjelp-situasjoner i allmennlegens kontortid. Legevakttjeneste kommer for de fleste leger i forlengelse av den ordinære kontortiden, og oftest med base utenfor legens kontor. Legene må selv være bevisste på de spesielle faglige utfordringer ved legevakt – risikosituasjoner og eventuelle mangler i støttefunksjoner – for å kunne motvirke at det blir gjort feil.

16 timers vakter

Det er derfor viktig å identifisere forhold som kan føre til behandlingsfeil i slike situasjoner. Det er ikke uvanlig at fastleger har 16 timers legevakter fra kl. 16 til 08 mellom to ordinære kontordager.

De senere årene har det vært fokusert på leger med utenlandsk opprinnelse. En norsk undersøkelse som ble publisert for et par år siden, antydet en overrepresentasjon av feil begått av leger uten norsk so
undersø
satte va
leger. Sid
øker i n
det grun
forholde
på å finn
risikoen

disse tilfellene kunne dødsårsaken settes i sammenheng med symptomer og funn som hadde vært presentert for legen.

Hva viste undersøkelsen?

Klagernes hovedanliggende var at legenes tiltak ble oppfattet som feil eller mangelfulle. I en firedel av hendelsene ble det i tillegg kla-

ikke er kjent. Vi vet altså noe om antall klagesaker, men mindre om den enkelte leges vaktdeltakelse. Å beregne vaktdeltakelse – og særlig vaktbelastning – er svært vanskelig. Det handler ikke bare om hvor ofte leger har vakt, men også om antall pasienter pr. time, hvor lang vakten er, om det er natte- eller helgevakt, og om vakten kommer

fakta

legevaktmedisin

- Undersøkelsen som kronikken bygger på legges fram i sin helhet av forfatterne under en konferanse i Bergen 4.-8. mai.
- Konferansen legger fram oppdatert kunnskap legevaktmedisin.

kvinnelige medisinstudenter skåret høyest når det gjaldt kognitive og affektive holdninger til klinisk kommunikasjon. På samme tid er god forståelse av språk og kulturelle særegenheter avgjørende for tilfredsstillende kommunikasjon. Her stiller leger med utenlandsk opprinnelse naturlig nok med et handikap.

Hvilke tiltak må til?

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i sitt forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt pekt på flere faktorer som kan redusere risikoen for at vikleger kan gjøre feil. Legevaktsituasjonene må være godt utstyrt

DAGENS MEDISIN
UAVHENGIG NYHETSAVIS FOR HELSEVESENET

Kommuner og AMK-sentraler bryter forskrift

15-06-2010 **Både kommuner og AMK-sentraler bryter forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, ifølge nytt doktorgradsarbeid.**

Halvparten av landets kommuner rapporterer at de ikke har rutiner for bruk av helseradio blant leger i vakt. Dermed bryter de forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

AMK-sentralene bryter den samme forskriften når de varsler legevaktlegene i bare halvparten av de såkalte rød-respons-tilfellene. Dette viser doktorgradsarbeidet til Erik Zakariassen. Nødmeldesentralene skal, ifølge forskriften, varsle legevaktlegene ved rød respons, men gjorde det i bare halvparten av tilfellene.

Varierende praksis

Les også:

- Får helsetrygdkort i Spania
- Foreslår at færre skal behandle alvorlig skadde
- Hjertestart på internett
- Trusler og vold på legevakten
- – Risikovurdering redder liv

nrk

Norge

01.07.2011

Frykter flere voldtektsmenn går fri

Det er store forskjeller mellom hvordan overgrepsmottak sikrer spor etter mulige overgrep. Dette bildet fra legevakten viser et offer med bloduttredelser på halsen.

– Voldtektsmenn kan gå fri fordi mange overgrepsmottak vet for lite om å sikre bevis, frykter nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

ELLEN BORGE KRISTOFFERSEN
ellen.borge.kristoffersen@nrk.no

Publisert 01.07.2011 04:37.

Det er store forskjeller mellom hvordan overgrepsmottak sikrer spor etter mulige overgrep. Verst er det utenfor de største byene.

LES: 29 overfallsvoldtekter hittil i år

Melder ikke om skader

I forbindelse med en mulig voldtektssak kan en bloduttredelse være beviset for at noe ulovlig og veldig ufrivillig kan ha skjedd.

– Fordi det sier noe om at dersom en kvinne forklarer at hun har blitt holdt hardt rundt armen ser vi her at her er det funn som passer med hennes forklaring, sier overlege Helle Nessvold ved overgrepsmottaket i Oslo.

Nessvold forteller om flere eksempler der man på bilder ser at det er tydelige spor av halsgrep, mens det i journalen ikke er nevnt med et eneste ord.

En bloduttredelse for at noe ulovlig ufrivillig kan ha sk bildet fra legevakt person med store ryggen.

– Overgripere kan gå fri

Steinar Hunskaar er leder for det nasjonale kompetansesenteret for legevaktsmedisin. Han er redd for at overgripere i verste fall går fri på grunn av at bevis er borte.

– Kunnsk … or va
de rundt …

DAGENS Medisin

De fleste følger legevaktrådene

18-10-2011 **Det store flertallet av de som får medisinske råd når de ringer til legevakten, følger rådene.**

Lisbeth Nilsen

Norske forskere har undersøkt hvordan innringere oppfatter de medisinske rådene som er gitt av sykepleier på en større legevakt i Norge.

Studien gir svar på om rådene følges, og hva som skjer med pasientene i etterkant av telefonkonsultasjonen.

Mer enn ni av ti
Hele 93 prosent av 100 innringere som ble intervjuet, fortalte at de hadde fulgt de medisinske rådene. Ikke etnisk norske innringere fulgte i mindre grad rådene gitt av sykepleiere enn de etnisk norske.

Få oppsøkte legevakt
Nær åtte av ti fikk svar på det de lurte på, og 74 prosent stolte på sykepleierens vurdering. Bare fem prosent oppga at de helst ville ha snakket med en lege.

Det var drøyt to av ti som kontaktet fastlegen sin i etterkant, og 11 prosent som oppsøkte legevakt.

Ikke helt forstått
Resultatene viser at så godt som alle, 99 av 100, sa at de forstod rådene, melder Unihelse. Ved sammenligning av de seks felles spørsmålene fra lydlogg og intervju, er det enkelte forskjeller mellom rådene som ble gitt og innringers forståelse av rådene. En måte å sikre seg at rådene blir forstått riktig, er å be innringeren om å gjenta rådene, ifølge forskerne.

Artikkelforfatterne bak den publiserte studien er Elisabeth Holm Hansen og Steinar Hunskår.

Les også:
- Kommunikasjonstrening for leger hjelper
- Vil redde liv med lik praksis
- Stilte helseministeren til veggs
- Usikkert om kompetanseløkkasje
- Spesialistgodkjenning gjennom Helsedirektoratet fra 1. oktober

Tre av fire kunne ha ventet

Av alle som drar til legevakten, er det kun en fjerdedel som har akutt behov for legetilsyn.

– En god del av de som ikke trenger akutt legetilsyn burde heller bruke fastlegen på dagtid. En telefon til legevakten på forhånd vil ofte kunne avklare dette, sier Guttorm Raknes, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Raknes har, sammen med to andre, forsket på hvor alvorlig henvendelsen er. De har også satt på sammenhengen mellom hvor ofte man oppsøker legevakt, og hvor langt fra den man er bosatt.

– Jo lenger unna legevakten man bor, jo sjeldnere oppsøker man legevakten, sier Raknes.

Mer alvorlig i Storgata
Ifølge Christian Ekker Larsen, kommunikasjonssjef for Helseetaten i Oslo kommune, var det ved allmennlegevakten og vaktlegevakten totalt 220.000 legekonsultasjoner i Oslo i fjor.

NYHETENE

Utanlandske legar gjer flest feil på legevakten

Er du mann og har hjerteinfarkt ligg du dårleg an. I alle fall om du vert undersøkt av ein utanlandsk lege.

Det med andre:

– Me veit at det er mange norske kommunar kor det er innvandrarlegar som ikkje beherskar det norske språket sikkeleg, og i alle fall i verbalsituasjonar kor det kan verta slik at dei språkproblema legen allereie har kan verta store når det er mykje stå og bråk og stressa situasjonar, seier Svein Zander Bratland til TV 2.

ANNONSE
Det er enkelt å bake!
PÅ INSPIRASJON PÅ DANSUKKER.NO
Dan Sukker

Les også:

Jakob (8) døde etter å ha blitt avvist to ganger på legevakten

Legevakttjenesten får nesten to millioner henvendelser årlig. De skal vurderes, sorteres og behandles i til dels stort tempo.

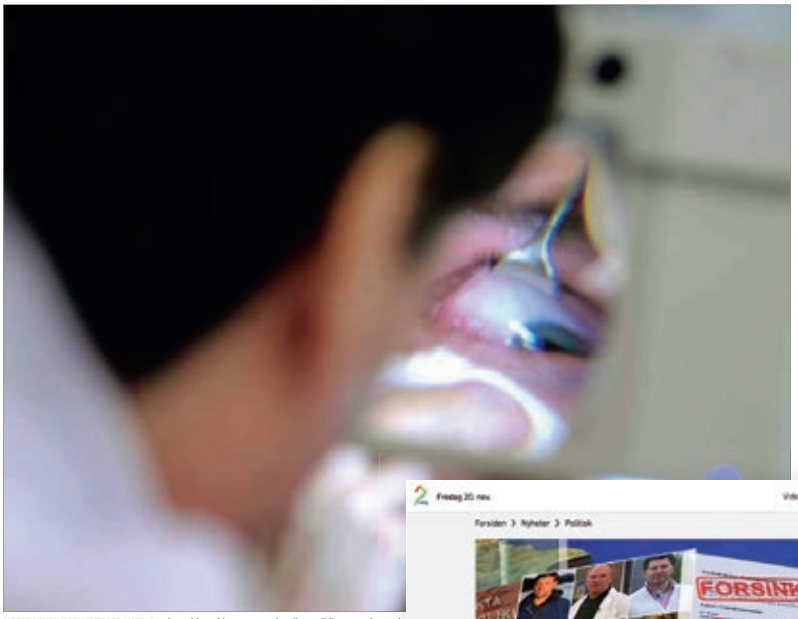
Se hva som skjer!

LEGEVAKT

Steinar Hunskår, forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, og professor i allmennmedisin UiB

«Disse legene må aldri mer få praktisere» og «legevakten er sikkert grei nok ved småskader, men skjønner seg lite på alvorlig sykdom». Dette er utsagn fra klagesaker reist av pårørende som er berørt av medisinske feil med tragiske utfall. De har kommet til orde i TV 2s reportasjer om legevakttjenesten i Norge.

Etter hvert har det kommet fram at legevaktene rundt om i landet sliter med manglende ressurser, dårlige vaktordninger for legene og stor bruk av turnusleger og andre leger med liten erfaring og kompetanse. En satsing på denne viktige helsetjenesten for folk flest blir etterlyst, både som helsemessige sikkerhetsnett utenfor normal arbeidstid og som støttefunksjon til oppgaver kommunene har fått som følge av Samhandlingsreformen. Helseministeren er utfordret, og lovet i trontalen at han skulle ha et spesielt fokus på legevakttjenesten og ta tak i spørsmålene om kompetansekrav og flere forskrifter.



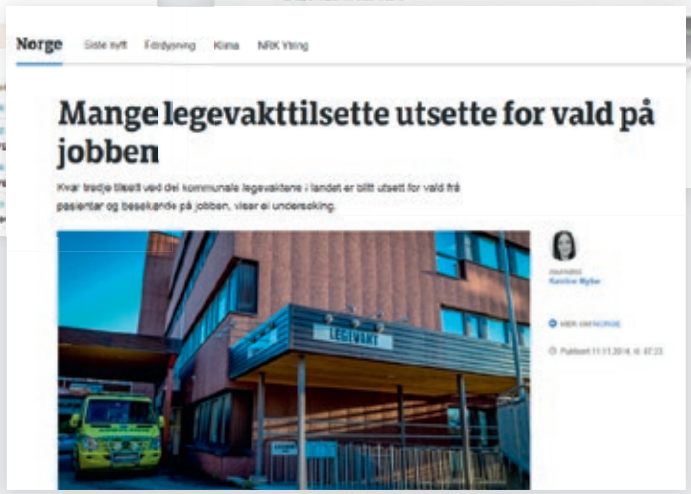
KOMPLEKS LEGEVAKTMEDISIN: *Det kan siden skje uventet alvorlig utvikling som ingen ku sjelden tilstand det ikke var rimelig å oppdage, skriver Steinar Hunskår. På bildet behandl*

Krevende felt

Det er uforholdsmessig mange klagesaker fra legevakt, og forskning antyder at både erfaring, språkproblemer og legeutdanning i utlandet påvirker risiko for feil og klage. «Feil på legevakt» er imidlertid et sammensatt problem, som ikke bare dårligere medvirkning fra spesialister i allmennmedisin og fastlegene, og en økende bruk av turnusleger og vikarer.

festes for å sikre likeverdige helsetjenester over hele landet.

Samhandlingsreformen



Nyheter for deg som jobber i helsevesenet | **DM Nyhetsbrev** | **DM Facebook** | **DM Twitter** | **RSS**

DAGENS Medisin

Helse- og innovasjonssatsinger må komme i statsbudsjettet for 2015

Nyheter | Debatt | Blogger | Leder | Legeliv | DM-Quiz | DM-TV | Jobbmarkedet | DM Arena | Annonsere | Or

Siste nytt | Helsepolitikk | Forskning | Kreft | Hjerte og kar | Legemidler | Folkehelse | Livsstil | Psykisk helse | Jobb og utdanning

Oppdatert 21.08.14 *Nyheter*

Skjerper kravene til kompetanse på legevakten

SKJERPER KRAV: Steinar Hunskår i Najsonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ønsker skjerpede
på legevakten velkommen.

- Kommunene har ikke nok leger med oppfylt kompetanse slik den ny
De må skaffe seg disse legene, sier Steinar Hunskår.

10 // NYHETER

HELSE // Ved to av tre legevakter er det berre ein person på vakt delar av døgnet. I tillegg har dei minst tryggleiksutstyr, viser ny rapport.

Dårleg tryggleik på små legevakter

FAKTA

Legevaktundersøking

30

Vi velt at det er ein del hendingar med trugsmål og vald mot legevaktpersonell.

Medisin | Nyheter | Debatt | DM Arena | DMTV

Legger inn annenhver brystsmerte-pasient

Halvparten av legevaktpasientene som kommer inn med brystsmerter blir innlagt på sykehus, men ikke alle har hjertesykdom.

Publisert: 2014-04-14 09:05

AMBULANSE FORUM

Legevakthåndboken tilgjengelig som app

ETT TEAM: Sykepleier Ingrid Hage og administrativ leder Siri-Linn Schmidt Fotland ved legevakten i Os møter i den samme uniformen når de er på jobb. Sindre Horgen (5) og mamma Marianne Hogholm kommer innom fordi Sindre har vondt i ørene. **FOTO: PAUL S. AMUNDSEN**

Vil ha uniformerte legevaktansatte

Ansatte ved legevaktene har vært så anonyme på jobb at ikke alle skjønner hvem de er. I fremtiden vil de fleste kle seg som ved legevakten på Os.

Torunn A. Aarøy

Publisert: 24.feb. 2014 22:05 Oppdatert: 24.feb. 2014 22:13

07

DEL 7

FOLK, PENGER OG HUS

Når vi skal oppsummere 10 års virksomhet, må vi også omtale folkene, pengene og lokalene litt mer systematisk, uten at det må få altfor sterkt preg av "arkivstoff" og statistikk. Men rammene er viktige for innholdet og resultatene. Det samme er forhistorien og arbeidet for å opprette et nasjonalt senter for legevakt; hvorfor ble Nklm som det ble?

Ansatte

Følgende personer har vært ansatt i 2015:

- **Kjersti Alsaker,** forsker, sykepleier, dr.polit. I tillegg førsteamanuensis ved Avdeling for Helse- og Sosialfag, HiB.
- **Arngeir Berge,** spesialrådgiver, cand. polit.
- **Jesper Blinkenberg,** forsker, lege og spesialist i allmennmedisin. I tillegg fastlege/legevaktlege i Askøy.
- **Gunnar Tschudi Bondevik,** forsker, dr. med., spesialist i allmennmedisin. I tillegg professor v/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB og fastlege/legevaktlege i Bømlo.
- **Svein Zander Bratland,** forsker, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og ph.d.-kandidat. I tillegg seniorrådgiver i Statens helsetilsyn og kommuneoverlege i Bergen.
- **Robert A. Burman,** forsker, lege, ph.d. I tillegg legevaktsjef i Kristiansand.
- **Gro Flatøy,** forsker, sykepleier, MPH.
- **Siri-Linn Scmidt Fotland,** forsker, sykepleier.
- **Nikolai Fuglseth,** forsker, lege.
- **Silje F. Furu,** forsker, lege. I tillegg fastlegevikar i Bergen.
- **Steinar Hunskår,** forsker, dr. med. og spesialist i allmennmedisin. Forskningsleder og daglig leder v/Nklm. I tillegg professor II v/ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB og fastlege/legevaktlege i Lindås.
- **Ingrid H. Johansen,** forsker, lege, ph.d. Under spesialisering i allmennmedisin. I tillegg fastlegevikar i Bergen.
- **Grethe E. Johnsen,** forsker, spesialist i klinisk psykologi, ph.d. I tillegg militærpsykolog ved Stressmestringsteam – Vest, Forsvarets sanitet.
- **Marie L. Ljones,** MSc. Humanbiologiske fag, studieretning medisinsk cellebiologi. Førstekonsulent ved senteret.
- **Klaus Melf,** forsker, lege. I tillegg kommuneoverlege i Bergen kommune.
- **Vivian Midtbø,** forsker, sykepleier, MPhil.
- **Tone Morken,** forsker, fysioterapeut, dr.philos. Nestleder v/Nklm. I tillegg førsteamanuensis v/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.
- **Helle Nesvold,** forsker, lege, ph.d. I tillegg overlege ved Overgrepsmottaket i Oslo, Oslo kommune Legevakten.
- **Dag Ståle Nystøyl,** forsker, lege. I tillegg legevaktlege ved Bergen legevakt.
- **Guttorm Raknes,** forsker, lege, dr.philos., spesialist i klinisk farmakologi. I tillegg overlege ved RELIS Nord-Norge.
- **Ingrid Keilegavlen Rebnord,** forsker, lege og spesialist i allmennmedisin, ph.d.-kandidat. I tillegg fastlege i Fjell.
- **Ingrid Rokstad,** forsker, lege.

- **Hogne Sandvik,** forsker, dr. med. og spesialist i allmennmedisin. I tillegg fastlege i Bergen.
- **Knut Steen,** forsker, dr. med. og spesialist i allmennmedisin. I tillegg fastlege i Bergen.
- **Jorun Seim Tennebekk,** Bch. Adm.Org. Førstekonsulent ved senteret.
- **Janecke Thesen,** forsker, lege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin.
- **Signe Tønsaker,** førstekonsulent og administrativ leder v/Nklm.
- **Stein Vabo,** forsker, fastlege og spesialist i allmennmedisin.
- **Signe M. Zachariassen,** førstekonsulent ved senteret.

Andre personer knyttet til Nklm:

- Ole-Johan Eikeland, cand.polit. Innleid konsulent (Efu – Eikeland forsking og undervisning). Ansvarlig for datainnsamling til Vakttårnprosjektet, analyse og publisering.
- Eirin Nybø Ellensen, lege, ansatt i Stiftelsen norsk luftambulanse i stipendiatstilling. Veiledning og kontorfellesskap v/Nklm. Ph.d.-kandidat.
- Sverre Rørtveit, spesialist i allmennmedisin. Fastlege i Austevoll. Ph.d.-kandidat med veiledning fra Nklm.

THINGVELLIR NASJONALPARK:
Nklm på tur til Island, mai 2015.
Foto: Arngeir Berge (stativ)

- **Erik Zakariassen,** forsker, sykepleier, cand.polit., ph.d. I tillegg fagsjef forskning v/Stiftelsen norsk luftambulanse, førsteamanuensis II v/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.

Tidligere ansatte:

- **Kristine Bærøe,** forsker, ph.d.
- **Oddvar Førland,** forsker, sykepleier, cand.polit.
- **Elisabeth Holm Hansen,** forsker, sykepleier, MPH, ph.d.
- **Sverre Laading Hansen,** forsker, lege.
- **Rita Helland,** konsulent ved senteret.
- **Magnus Hjortdahl,** forsker, fastlege.
- **Marit Johnsen,** forsker, fastlege.
- **Åse Kvinnsland Kodal,** cand.polit. Seniorkonsulent ved senteret.
- **Svein-Denis Moutte,** forsker, lege.
- **Tobias Nieber,** forsker, fastlege og spesialist i allmennmedisin.
- **Marianne Nome,** forsker, lege.
- **Kenneth Press,** forsker, lege.
- **Eva Try,** forsker, sykepleier.
- **Lina Welle-Nilsen,** forsker, lege.

Tidligere prosjektmedarbeidere:

- **Marianne Bollestad,** forske, legevaktlege, prosjekt om urinveisinfeksjoner.
- **Ursula Goth,** forsker, ph.d., prosjekt om innvandreres bruk av legevalt.
- **Kristin Hågøy,** forsker, fastlege, prosjekt om egenskade på legevakt.
- **Rune Larsen,** forsker, anestesilege, prosjekt om fastleger i Sogn og Fjordane og deres forhold til legevakt.
- **Martha H. Mjeldheim,** forsker, sykepleier, registrering av data om bruk av ny legevaktordning for aldersinstitusjoner i Bergen.
- **Eva Moe,** forsker, sykepleier, prosjektmedarbeider, prosjekt ved Legevakten i Arendal.

Nklms referansegruppe

Referansegruppa for Nklm skal bistå med å videreutvikle Nklm, dets virksomhet og oppgaver, innenfor de rammer som framgår av beslutningsdokumentet, mandatet og styringsdialog med oppdragsgiver.

Referansegruppa skal blant annen diskutere og gi råd om:

- Strategier og veivalg
- Overordnede planer og dokumenter
- Framdrift og utvikling av Nklms arbeid
- Kunnskapsutvikling og forskning
- Konkrete fagutviklings- og forskningsprosjekter

Referansegruppa skal fungere som et kontakt- og støtteapparat for Nklm og dets ledelse. Arbeidet skal være dialogbasert og det er ingen krav om at gruppa kommer fram til felles synspunkt. Referansegruppa skal være rådgivende, dvs. at den ikke vil ha noen besluttende myndighet. Det er vanligvis 1-2 årlige møter.

Referansegruppa skal bestå av inntil 8 medlemmer fra relevante organisasjoner og institusjoner, og oppnevnes for en periode på 2 år av gangen, med anledning til ny oppnevning flere ganger. Medlemmene skal inkludere personer som har fagekspertise med relevans for Nklm i vid forstand, og på ulike måter representere brukere, utøvere og beslutningstakere innen det legevaktmedisinske feltet. Det skal legges særlig vekt på at det i gruppa skal finnes personer med innsikt i praktisk utøvelse av legevaktmedisin, i planlegging og ledelse fra første- og andrelinje-tjenesten, og med erfaring fra forskning- og fagutvikling, samt ha medlemmer med tilknytning til relevante organisasjoner. Dessuten bør gruppa ha bredde i medlemmenes geografiske tilknytning og en rimelig kjønnsbalanse.

MØTE I NKLM SIN REFERANSEGRUPPE, MARS 2015: *Fra venstre: Christina Brudvik, Jorun Seim Tennebekk, Siri-Linn Schmidt Fotland, Steinar Hunskår, Per Magne Mikaelsen, Jan Erik Nilsen, Rune Hallingstad og Marit Hermansen. Foto: Tone Morken*

Medlemmer 2007–2015:

- **Hans-Johan Breidablik,** 2007–2013, leder 2007-2009, lege, fagdirektør i Helse Førde HF.
- **Christina Brudvik,** 2007–2015, leder 2009-2013, førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen, fastlege ved Fana legekontor.
- **Kristine Dreyer,** 2007–2015, sykepleier, rådgiver ved KoKom.
- **Siri-Linn Schmidt Fotland,** 2013-2015, sykepleier, leder for Samnanger og Os legevakt.
- **Øystein A. Furnes,** 2011–2013, fastlege i Førde og legevaktsjef ved Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale legevakt.
- **Rune Hallingstad,** 2013–2015, fagleder og samhandlingssjef i Kommunesektorens organisasjon (KS).
- **Marit Hermansen,** 2013–2015, fastlege, leder i Norsk forening for allmennmedisin, kommuneoverlege i Grue kommune, medisinsk ansvarlig ved Solør legevakt.
- **Per Magne Mikaelsen,** 2007–2015, lege, daglig leder ved Legevakta i Drammensregionen IKS og leder av Norsk legevaktforum.
- **Jan Erik Nilsen,** 2011–2015, lege, daglig leder Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS).
- **Elisabeth Swensen,** 2007–2013, representant for Nasjonalt senter for distriktsmedisin og fastlege i Seljord.
- **Lars Wik,** 2007–2009, lege, daglig leder for Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS).

Foto: Entra Eiendom AS

KALFARVEIEN 31

Eit stort primærmedisinsk akademisk fellesskap

Nklm har sidan starten hatt kontora sine i Kalfarveien 31 (bilde) nær Bergen sentrum. Vi held til i «Paviljongen», som er den lange tredelte murbygningen til høgre på bildet.

Entra Eiendom AS overtok bygningsmassen i Kalfarveien 31 i år 2000, og sidan 2003 har Universitetet i Bergen ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), Nasjonalt folkehelseinstitutt (i hovudsak Medisinsk fødselsregister),og seinare Uni Research Helse, vore leigetakarar i hovudbygget og Paviljongen.

I Paviljongen held Nklm til saman med ei anna forskingsgruppe i Uni Research Helse, nemleg Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen (AFE Bergen). I tillegg har IGS plassert dei allmennmedisinske fag- og forskingsgruppene her. Paviljongen er såleis eit stort allmennmedisinsk forskingsmiljø, kanskje det største i landet samla på ein plass.

Nklm har sidan starten samarbeidd tett med IGS. Vi har felles rutinar for post, kopiering og kontorrekvisita. I hovudhuset er det felles kantine og resepsjon. Vi har felles bruk av undervisnings- og møterom. Nklm disponerer fjorten kontor, mange av dei med kontorplass til to personar, samt møterommet Spissøen (se ramme neste side). Kontorsituasjonen har lenge vert ein utfordring, men bedra seg stort hausten 2015 då vi fekk tre ekstra kontor til disposisjon. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal flytte frå Kalfarveien 31 i 2016. Det kan da komme store endringar når det gjeld kontorplassering på området, men til gjengjeld er Nklm sikra tilstrekkeleg med kontor for lang tid framover.

Bygningane i Kalfarveien 31 rommar mykje historie. Hovudhuset, «Pleiestiftelsen for spedalske no 1», sto ferdig til bruk i 1857. Arkitekt var Hans Hansen Kaas, og bygget vart rekna som eit moderne sjukehus på den tida. Huset er på heile 3450 kvadratmeter, og var i si tid den nest største trebygningen i Norge. Bygget inneheldt 40 «sygeværelser», fem store arbeids- og spiserom, eit kapell, eit sentralkjøkken, vaskeri og tørkeloft, eige badehus, eige latrinehus og vaktarbustader. Legen Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841–1912) kom til Pleiestiftelsen i 1868. I 1873 oppdaga han leprabasillen, som førte til at sjukdomen vart forstått og meir effektive tiltak kunne settast inn. I hovudbygget er Armauer Hansen sitt kontor og laboratorium tatt vare på i om lag uendra form, som «Armauer Hansens minnerom», og det høyrer i dag til Lepramuseet.

FORTSETELSE FRA S. 73

«Spissøen»

Det viktigaste møterommet til Nklm er oppkalla etter Kari Nilsdatter Spissøen frå Moster, som var pasient ved Pleiestiftelsen. Overlege Gerhard Henrik Armauer Hansen vart i 1881 frådømt stillinga si ved institusjonen etter å ha blitt dømt etter tiltalen:

«At det naadigst befales, at Læge ved Pleiestiftelsen for Spedalske No 1, konstitueret Overlæge for den spedalske Sygdom, Gerhard Henrik Armauer Hansen skal sættes under Justitiens Tiltale for den 3 November 1879 at have stukket den i nævnte Pleiestiftelse indlagte spedalske Pige Kari Nilsdatter Spidsøen i Øiet med en Stærnaal, der kort i Forveien var ført gjennem en Knude hos en af den knudede Form af Spedalskhed lidende Patient.»

Dommen var historisk og prinsippielt viktig, og truleg den første forskingsetiske dom i Norge. Den set klare grenser for kva ein kan tillate seg å gjere i framskrittet og forskinga sitt namn. Dommen fekk presedens ved ei rekke seinare rettssaker.

Kari Nilsdatter fekk liten glede av dommen. Ho var kommen til Pleiestiftelsen i 1863, 16 år gammal. Året etter dommen vart ho flytta til St. Jørgens hospital, og der døydde ho i 1884, 37 år gammal, etter meir enn 21 år som hospitalslem.

Steinar Hunskår, 2005

Økonomi

«Departementet vil herved meddele vår beslutning om økonomisk støtte til oppbygging og drift av et kompetansesenter som omsøkt over statsbudsjettet kap.724 post 21. Departementet tar sikte på en opptrapping av finansieringen som innebærer oppstart høsten 2004 og full drift i løpet av 2007. Sosial- og helsedirektoratet skal ha oppfølgingsansvaret av senteret og forvalter tilskuddsmidlene.» Sitatet er henta frå brev datert 30. september 2004 frå Helsedepartementet om etablering av eit Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen. Alt i november 2003 løyvde Sosial- og helsedirektoratet kr 50 000 for å dekke utgifter til planlegging, og for budsjettåret 2004 vart det gitt eit tilskot på kr 1 350 000 til bruk i startfasen.

Forskingsselskapet Uni Research AS, avdeling Uni Research Helse, er kontraktpartnar ovanfor Helsedirektoratet. Uni Research Helse har også overordna ansvar for personaladministrasjon og økonomi ved senteret. I 1986 vart Uni Research etablert som Unifob AS, først som stiftelse og seinare som aksjeselskap i 2003. Universitetet i Bergen er hovudeigar med 85 % av aksjane.

Helsedirektoratet er det overordna styringsorganet til Nklm, og legg rammene for senteret. Årlege løyvingar gir grunnlag for drifta, og faste dialogmøter skapar god kommunikasjon og samarbeid om retningslinjer og mål. Dette styrkar Nklm sitt forsett om å vere eit viktig kompetansesenter og rådgivingsorgan for oppdragsgivar. Dei siste åra har løyvingane til legevaktmedisin og overgrepsmottak blitt fast post på statsbudsjettet, overgrepsmottak kom inn med eige budsjett i 2008. Sjølv om beløpet er gitt i statsbudsjettet, må vi i januar kvart år sende søknad med budsjettforslag til Helsedirektoratet. Nklm er også forplikta til årleg å rapportere til Helsedirektoratet, og revisorattestert rekneskapsrapport og årsmelding blir lagt ved rapporten.

Tabellen viser dei årlege løyvingane til Nklm, fordelt på basisdrifta ved senteret og med tillegg av den øyremerka summen

TABELL: *Tildelte midlar frå 2005 til 2015 i millionar NOK*

ÅR	BASISLØYVING	OVERGREPSMOTTAK		ANDRE KJELDER
2005	3,300		0,700	Sosial- og helsedirektoratet
2006	6,200			
2007	7,514			
2008	7,842	3,400	0,460	Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)
2009	8,017	3,600	0,850	AMFF
2010	8,000	3,032	1,275	AMFF
2011	8,268	2,556	0,319	Nasjonalt senter for distriktsmedisin og AMFF
2012	9,155	2,108	0,450	AMFF
2013	8,769	2,700	0,810	Helse Vest og AMFF
2014	8,635	3,027	2,000	Helsedirektoratet
2015	11,400	2,800	0,760	AMFF

til kompetansehevande tiltak ved overgrepsmottaka. Tabellen viser også at Nklm har ein del andre midlar, enten betaling for spesifikke ekstraoppdrag for departement eller direktorat, stipendiatmidlar frå fond eller enkelte gongar frå samarbeidspartnar i forskingsprosjekt.

Året 2007 er på mange måtar eit «nøkkelårstal» for den økonomiske utviklinga i Nklm. Gjennom ein avtale med Helsedirektoratet vart det dette året i budsjettet for legevaktmedisin bestemt eit ønska driftsnivå og stillingsomfang ved Nklm, dette vart sett til 7,9 årsverk. I følgje årsmeldinga for 2013 var Nklm rundt 2 millionar kroner bak denne målsettinga det året. Figuren viser at basisløyvinga til Nklm nærmast sto stille i mange år. Med tildelinga for 2015 på 11,4 millionar er vi nær ønska driftsnivå og stillingsomfang i jubileumsåret.

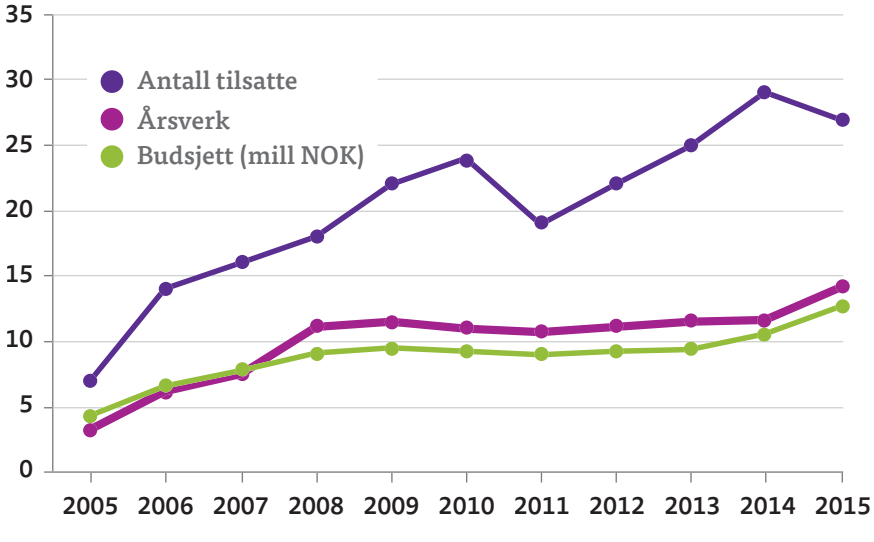
Lønskostnader utgjer ein stor del av budsjettet, og i takt med resten av samfunnet har utgiftene til løn uka opp gjennom åra. I tillegg til det som går fram av tabellen, samarbeider Nklm med Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) om stipendiatstillingar, i 2015 har vi to personar inne i dette samarbeidet, der arbeidsplass og rettleiing vert gitt av Nklm, medan SNLA dekker lønskostnadane og er arbeidsgjevar.

Årsverk og personar *i gjennomsnitt totalt pr år:*

Ser vi på tabellen som viser tildelte midlar frå 2005 til 2015, er det sjølvsagt eit stort sprang i storleiken på kronebeløpet frå 2005 til 2015. Utviklinga må ein også sjå i forhold til årsverk og tal på tilsette. I startsåret var det totalt 4,3 årsverk fordelt på 7 tilsette, mens det i 2014 totalt var 10,6 årsverk fordelt på 29 tilsette. For åra 2008 til 2014 har løyvinga frå Helsedirektoratet i gjennomsnitt lagt på 8,4 millionar for legevaktmedisin, og 2,9 millionar for overgrepsmottak. I desse åra har tilskotet lagt omtrent på same beløpet, utan særleg auke frå år til år. Når det gjeld årsverk og tilsette frå 2008 til 2014, viser det ein auke på 1,5 årsverk, mens tal personar har variert frå 18 til 29. Inkludert i desse tala er også stillingar med bidrag frå andre finansieringskjelder, slik tabellen med tildelte midlar viser. Dei fleste tilsette har deltidsstillingar, som varier frå 5 til 80 %. For året 2015 fekk Nklm ein solid auke i basisløyvinga over Statsbudsjettet. Det er ei positiv utvikling med tanke på den vidare aktiviteten ved Nklm, og vi vonar at løyvingane framover vil gjere det mogeleg å halde på det driftsnivået vi no har. Forslaget til statsbudsjett for 2016 tilseier at Nklm blir tildelt 11,4 millionar kroner, det same som for 2015. Vi får altså ikkje kompensasjon for løns- og prisauken det kommande året, men dette er på line med mange andre kompetansesenter og institusjonar som vert finansiert over statsbudsjettet.

PENGER: *Nklm får sine bevilgninger over Statbudsjettet. For året 2015 var omtalen slik: Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over kap. 762, post 70. Det ble bevilget 8,7 mill. kroner i 2012 og 2013 og 11 mill. kroner i 2014. Tilskuddet foreslås videreført med 11,4 mill. kroner i 2015.*

FIGUR 1: *Økonomi og tilsatte i Nklm 2005–2015*



STEINAR HUNSKÅR

Nklm frå idé til oppstart
– Ei personleg forteljing

Forhistoria til Nklm er ei god historie, men også fagleg interessant og spennande nok for dei som var involverte. Denne artikkelen er forteljinga om kvifor og korleis Nklm kunne oppstå, og om kven som var med, slik eg opplevde det. Målet er ikkje berre å ta vare på detaljane av museale årsaker, men eg har også eit håp om at forteljinga kan vere av interesse for fleire. Kortversjonen av kvifor eg starta arbeidet med å opprette eit senter for legevaktmedisin er slik:

- Det var ein god ide!
- Det var eit fagleg behov!
- Det var rett timing!
- Bergen var plassen!

Bakteppet: Fastlegeordninga manglar institusjonar

Først i 1981 fekk kommunane ansvar for å organisere legevakt, men det var inntil årtusenskiftet liten systematisk eller samordna innsats knytt til utøvinga av legevaktmedisin. Ingen hadde eit spesielt ansvar for fagutvikling og forsking i faget, og verken interesseorganisasjonar, kommunane, universiteta eller andre makta å sette tenesta sitt faglege innhald på dagsorden. Fastlegeordninga som vart innført 1. juni 2001, sikra at alle innbyggarar har ein definert allmennlege. Det vart organisert interkommunale legevaktordningar utover 1990-talet, og for fastlegane kunne dei nye ordningane bety mindre hyppig vakt, meir fritid, meir ordna arbeidstilhøve og eit større fagleg miljø. Men utfordringane auka også, fordi større einingar gjev større variasjon og hyppigare eksponering for meir alvorlege sjukdommar og skader, større krav til handtering av avansert utstyr, faste prosedyrar og kvalitetssikring av tenesta. Mange tok derfor til orde for auka fokus på det faglege innhaldet.

Innføring av føretaksreforma og fastlegeordninga førte til ein uheldig asymmetri for fagutvikling og forsking. Spesialisthelsetenesta tok grep om forsking, utviklingsarbeid og kvalitetsforbetring som sakna motstykke i primærhelsetenesta. Allmennmedisinen som fagfelt hadde ingen fungerande bestillarfunksjon for større forskingsprogram, metodevurderingar eller omfattande utviklingsarbeid.

Fleire såkalla «nasjonale kompetansesenter» hadde blitt oppretta innanfor fagfelt der det var trong for å sikre, bygge opp og formidle kompetanse innan eit særskilt område. Eg hadde sjølv medverka til å få oppretta eit *Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger* ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i 1994, finansiert av Kvalitetssikringsfond I i Den norske legeforening. Senteret var i drift nokre år, før finansieringa tok slutt. Saman med dåverande direktør John Arne Røttingen i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utvikla, og seinare publiserte, eg ein argumentasjon for at fagfeltet allmennmedisin trong vesentleg meir ressursar, strukturelle endringar og faglege institusjonar for at faget skulle kunne utviklast og følgje kunnskapsutviklinga, basert på faget sine eigne premissar og tradisjonar.

Haga-utvalet, Akuttmeldinga og ein busstur med departementet

Utredninga «*Hvis det haster*» *(NOU 1998:9, Haga-utvalet)*, kom med fleire forslag for å auke kvaliteten i den allmennmedisinske delen av det akuttmedisinske arbeidet. Utvalet gjekk inn for minstekrav til kommunal legevaktteneste, omtalte trongen for kvalitetssikring, og gjekk inn for å styrke primærleganes kompetanse i akuttmedisin.

Stortingsmelding nr. 43 (1999–2000) (Akuttmeldinga) støtta opp om Haga-utvalet sine synspunkt på dei fleste punkta om legevakt. Men departementet meinte at ei rekke tiltak for å styrke den akuttmedisinske tenesta i kommunane allereie var på plass: fastlegeordninga, tiltak for fleire legar og nye former for samarbeid om legevakt. Konkrete fagmiljø vart ikkje foreslått styrka eller oppretta. Derimot foreslo regjeringa å opprette eit kompetansemiljø for prehospital akuttmedisin i spesialisthelsetenesta, knytt til Universitetet i Oslo (seinare NAKOS). Såleis vart denne stortingsmeldinga eit nytt eksempel på at det vart dokumentert manglar og kompetansebehov i heile den akuttmedisinske kjeda, men berre spesialisthelsetenesta skulle styrkast med kompetansemiljø eller andre spesifikke tiltak. Eg opplevde Akuttmeldinga som altfor defensiv når det gjaldt å sikre ei god utvikling av legevakt, ikkje minst på tiltakssida når det gjaldt kven som skulle utvikle tenesta. Her var det tid og rom for å arbeide for eit kompetansesenter.

Eg var i åra 1999–2002 nestleiar i Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling, der professor Ole Danbolt Mjøs var ein markant leiar. Gjennom dette vervet trefte eg mange frå helsedepartementet og helsedirektoratet. Vi reiste mellom anna rundt til fylkeskommunane og sette oss inn i sjukehusdrifta. Manglande utvikling i primærhelsetenesta var stadig eit diskusjonstema. På ein av turane våre sat eg på bussen saman med avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i Kommunetenesteavdelinga i Sosial- og helsedepartementet, eg kjende han godt frå før. Eg utfordra han til å kommentere ein tanke eg hadde, om å opprette eit senter for legevaktmedisin. Hans tilbakemelding var at det var to strategiar; enten å utvikle ideen gjennom faglege kanalar, forslag og utredningar, noko som ville vere usikkert og i beste fall ta år, eller å arbeide for politisk gjennomslag gjennom eit vedtak, og såleis raskt binde opp byråkratiet. Dersom Stortinget og stortingskomiteen sa noko om saka under behandlinga av Akuttmeldinga, ville det vere eit viktig signal til departementet. Det er ulike styrker eit slikt signal

kan ha, frå definitive vedtak til tilrådingar og kommentarar. Politisk arbeid måtte difor bli strategien min det neste halvåret.

Ein indikasjon på at tida var den rette for å få departementet interessert i legevaktutviklinga, var at dei arrangerte ein erfaringskonferanse om interkommunale legevaktordningar i Ålesund 15.–16. mars 2001. Konferansen vart arrangert av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Bakgrunnen var at departementet dei siste åra hadde vore opptatt av legevakt i samband med planlegging av fastlegeordninga. 20 millionar kroner var investert i interkommunale samarbeidsprosjekt, og meir enn 150 kommunar hadde fått prosjektstøtte. Kjell Røynesdal representerte Sosial- og helsedepartementet, og meinte at interkommunalt samarbeid var løysinga på mange av utfordringane for legevakta framover. Departementet ville heilt sikkert arbeide vidare med organisering og finansiering av legevakt dei neste åra.

Akuttmeldinga i Stortinget. Ei politisk finte

Akuttmeldinga skulle behandlast i juni 2001. 14. mai 2001 sende eg ein e-post med tittelen «Konfidensielt – legevakt» til 4 personar:

Kjære alle saman!

Eg vil starte eit arbeid for å etablere eit SENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN i Bergen, og treng ei gruppe viktige personar som medspelarar i ein hektisk utredningsperiode. Difor denne meldinga. Dersom du kan tenke deg å vere med på dette, vil eg gjerne ha snarleg svar, dersom ikkje, slett meldinga slik at den aldri har eksistert! Meiner du at dette er ein dårleg ide eller ikkje kan gjennomførast, vil eg svært gjerne ha svar, slik at verdifull tid kan brukast på noko anna. Eg treng ei gruppe med kritiske, men innflytelsesrike personar for å klare dette. Eg skal ta meg av skrivinga, men de vil få tekstar til gjennomsyn og kommentar.

Senteret bør involvere fleire legevakter som laboratorium (land og by),universitetet, KoKom, Bergen kommune, NSD, RTV.

Eg har allereie kontakt i departementet, og pengane er der hvis vi begrunnar godt nok. Meir dersom positiv respons!

Dei fire personane var Egil Bovim, direktør ved KoKom, Ola Jøsendal, kommunelege 1 i Radøy, legevaktsjef ved Nordhordland interkommunale legevakt og leiar av Offentlige Legers Landsforening (OLF), Gunnar Ramstad, fastlege i Bergen, styremedlem i Alment praktiserende lægers foreining (APLF) og tidlegare leiar av Legeforeningen sitt legevaktutval, og Knut Steen, overlege ved Bergen legevakt. Alle ville vere med, og vi hadde fleire møter med og utan pizza for å drøfte saka. Tida var knapp.

Skal ein få gjennomslag i ein stortingskomité, må ein argumentere kort og konsist. Ei må heller ikkje vere opptatt av kven ein er politisk samd med, men kven som kan utgjere eit fleirtal. Dette var Jens Stoltenberg si første regjering (mindretalsregjering frå Ap, støtta av Sp og SV). Mange partirepresentantar i Sosialkomiteen måtte difor kontaktast, med saksordførar Sonja Sjølie (H) i spissen. Eg ringte systematisk ein representant frå kvart parti og la fram saka. Argumentasjonen var primærhelsetenesta, rettferd i høve til spesialisthelsetenesta og det andre påtenkte senteret (NAKOS), distrikts-Norge og kvalitetsutfordringane der som måtte møtast. Eg møtte stor interesse frå mange. Eg følgde opp med personlege telefaksar til Sonja Sjølie (H), Asmund Kristoffersen (Ap), Are Næss (KrF) samt eit brev til heile komiteen. Kristoffersen lova å fremje saka i komiteen, Næss (frå Hordaland) vart spesielt følgt opp i fleire samtalar med tanke på å støtte plasseringa i Bergen. Eg avslutta brevet slik:

«Eit slikt senter står ikkje i motstrid til eit planlagt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin, som er ei høgspesialisert teneste av stor verdi for kommunehelsetenesta, men som utgjer ein mindre del av aktivitetane i legevakttenesta. For dei mange distrikta med lang veg til sjukehus og for dei nye, store legevaktdistrikta, er trongen for systematiske kompetansehevande tiltak presserande. Stortinget bør signalisere at eit slikt kvalitetshevande tiltak er ønskjeleg, og at Departementet får i oppdrag å utvikle tiltaket vidare.»

Det var mildt sagt stor spenning knytt til innstillinga frå komiteen som kom 5. juni og om forslaget gjekk gjennom i Stortinget

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Helsedepartementet har besluttet å gi støtte til etablering og drift av et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 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.

Hovedoppgavene til kompetansesenteret vil være 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 skal organiseres i UNIFOB AS, Universitetsforskning Bergen, og knyttes faglig både til Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen.

Senteret har ledige flere

fagstillinger/ forskerstillinger:

Personer i fagstillingene skal arbeide med senterets forskningsoppgaver, formidling, undervisning og annen faglig virksomhet. Stillingene kan være på heltid eller deltid ned til minimum 30%. Angi ønsket stillingsbrøk i søknad. Ved tilsetting blir det lagt vekt på å skape et arbeidsfellesskap der ulike interesser og kompetanser dekkes, med tanke på senterets totale virksomhet og oppgaver. Det kan bli aktuelt med en blanding av faste tilsettinger og engasjementstillinger for spesielle oppdrag eller forskningsoppgaver.

Til minst en av stillingene ønskes lege med bakgrunn innen allmennmedisin eller samfunnsmedisin. Erfaring fra legevaktarbeid (klinisk, administrativt, forskning) vektlegges. Annen relevant bakgrunn/spesialitet kan også være av interesse. Personlige egenskaper som skal til for delta i et tverrfaglig miljø i oppbyggingsfasen av senteret vil vektlegges sterkt.

Til andre stillinger er det nødvendig med høyere utdanning og helst også helsefaglig bakgrunn, men søkere med annen bakgrunn og kompetanse kan også bli vurdert, spesielt vil erfaring med prosjektarbeid og medisinsk og helsefaglig relatert forskning bli vektlagt.

Lønn etter avtale. Unifob har tegnet personalforsikring for sine ansatte. De som blir tilsatt må rette seg etter de retningslinjer som til enhver tid gjelder for stillingene. Kvinner blir spesielt oppfordret til å søke.

Arbeidssted:
Senteret får lokaler ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, i Kalfarveien 31, nær Bergen sentrum.

UNIFOB
UNIVERSITETSFORSKNING BERGEN
UNIFOB AS

Stillingene ligger også på www.uib.no og www.halos.no

Utfyllende opplysninger om stillingene kan fås ved henvendelse til prosjektleder, professor Steinar Hunskår ved Institutt for samfunnsmedisinske fag/Seksjon for allmennmedisin, på telefon 55 58 61 26 eller epost Steinar.Hunskar@isf.uib.no

Søknad vedlagt CV/oversikt over utdanning og tidligere praksis, samt bekreftede kopier av vitnemål og attester sendes Unifob AS/HALOS, Christiesgt. 13, 5015 Bergen, **innen 25. februar 2005.**

PÅ JAKT ETTER ANSATTE: *Første utlysing etter personar i fagstillingar. Februar 2005.*

12. juni 2001. Eit breitt fleirtal gjekk inn for å opprette NAKOS, medan FrP og SV ikkje støtta legevaktsenteret:

> *«Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, viser også til at det i Bergen har vært arbeidet med en prosjektskisse for et nasjonalt senter for legevaktmedisin knyttet til Seksjon for allmennmedisin og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret er tenkt å ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk, kvalitetssikring med vekt på metoder for egen kontroll og tilbakemelding, og ha et legevaktmedisinsk «laboratorium» bestående av tre legevaktdistrikt. Dette flertallet mener et slikt senter vil kunne bli av stor verdi for de mange distrikt som har lang vei til sykehus, og for de nye store legevaktsdistriktene, hvor behovet for systematiske kompetansehevende tiltak er presserende. Dette flertallet vil støtte utviklingen av et slikt senter og ber departementet utvikle tiltaket videre.»*

Prosjektskissa som det vart vist til, var på dette tidspunktet på 1-ei side (!). Vi hadde fått gjennomslag for ideen, sjølv om den ikkje var omtalt i stortingsmeldinga, og det sit vanlegvis langt inne å pålegge regjeringa kostnadskrevjande tiltak som ikkje er utreda. Pålegg til regjeringa må helst gjerast gjennom såkalla «romartalsvedtak», og det fekk vi ikkje. Men vi fekk eit «ber departementet»-vedtak, og det er også ganske så forpliktande. Vi hadde innkassert første viktige delsiger og var i gang, kanskje mest som eit resultat av «frekkhetens nådegåve» på eit rett tidspunkt.

Oppfølgjing av stortingsvedtaket

Like etter Stortingsvedtaket tok eg kontakt med Kjell Røynesdal i departementet for å få vite kva som no ville skje, og kva som ville vere lurt av oss å gjere. Han svarte at det ikkje var nokon automatikk i at det no vart pengar til eit senter for 2002. Eventuell støtte måtte uansett løysast i det interne budsjettet i Helseavdelinga, under ein post som omfatta legevakt, distriktsmedisin i Tromsø, og ei rekke andre føremål. Men departementet hadde fått eit oppdrag som dei var pliktig å følgje opp.

I løpet av nokre dagar gjorde Egil Bovim og eg ferdig ei meir omfattande prosjektskisse på 14 sider. Når ein les dette dokumentet i dag, ser ein at dei viktigaste arbeidsområda var på plass, organiseringa var slik den vart, og dei økonomiske rammene antyda til 4–5 millionar ved full drift (i 2002). Skissa sendte vi til departementet med ønske om kontakt, noko vi meinte vi var i posisjon til, på bakgrunn av stortingsvedtaket. I dette dokumentet foreslo vi senteret som eit 5-årig prosjekt. Vi hadde fleire møter der vi laga lister over viktige personar og organisasjonar som måtte orienterast og ikkje minst få med på lag. Forankring var viktig, og vi måtte ikkje lage konfliktar med andre. Diskusjonen om «senter» eller «prosjekt» var også viktig. Ein senter gir inntrykk av noko fast og langvarig, i motsetnad til eit prosjekt. «Senter» var målsettinga og nemnt i stortingsvedtaket, «prosjekt» kanskje strategisk lettare å få på plass. To nye personar vart inkludert i diskusjonane; Frank van Betten, legevaktsjef i Bergen, og Grete Wold, kommunelege i Meland og tidlegare medlem av Haga-utvalet. Styringsgruppa i KoKom vart informert og slutta seg til Bovim sitt arbeid i saka. For eigen del hadde eg berre lausleg orientert instituttstyrar Grethe Tell om initiativet, og ingen vedtak var gjort som formelt kunne binde opp UiB eller Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Bovim og eg var så i møte i Sosial- og helsedepartementet 5. september 2001. Der fekk vi innsikt i tankegangen deira og gode råd om korleis eit departement arbeider med saker som dette. Ei tilbakemelding var at vi trengte ikkje lenger argumentere så sterkt for sjølve saka, tiltaket var jo vedtatt utreda i Stortinget. Framtidige dokument måtte heller omtale framdrift, planar og økonomi. Vi vart tilrådd å komme med eit uformelt innspel om eit «Forprosjekt til Nasjonalt senter for legevaktmedisin». Allereie 28. september skreiv vi brev der vi foreslo mandat for eit utgreiingsarbeid lagt til UiB eller KoKom, med ei kostnadsramme på 320.000 kroner. Svaret kom 20. november 2001, der vi fekk innvilga søknaden fullt ut. Det vart gitt ein tidsfrist for oppdraget til 1. april 2002. No skulle vi endeleg få planlegge senteret i full breidde og vise fram alle dei gode ideane vi hadde.

Dagen før dette fekk vi kopi av eit brev som departementet hadde sendt til GRUK i Skien, der dei fekk 1,25 millionar kroner for å drive kvalitetsutvikling i legevakt. Vi vart i utgangspunktet svært bekymra, da dette jo var ei sentral oppgåve for eit eventuelt legevaktsenter i Bergen. Gleda var difor stor da det i tildelingsbrevet til GRUK sto omtalt at dei skulle samarbeide med det nye senteret i Bergen, som var forventa oppretta i løpet av 2002. Indirekte fekk vi såleis vite at departementet ville gå inn for senteret, dagen før vi fekk vite at departementet ville utgreie det.

I desember 2001 var det høyringsrunde for oppretting av eit «Nasjonalt Akuttmedisinsk Kompetansesenter» (NAKOS). Det medisinske fakultet ved UiB høyrer da for første gong om legevaktsenteret og fakultetsleiinga tok kontakt for å få informasjon. I høyringsuttalen skriv fakultetet at det påtenkte kompetansesenteret ikkje måtte vere til hinder for ei vidare utvikling av eit legevaktmedisinsk senter i Bergen.

Utgreiing om et nasjonalt senter for legevaktmedisin

I samband med oppretting av Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) og overføring av oppgåver frå Helsedepartementet til det nye direktoratet, vart det avtalt at den bestilte utgreiinga skulle sendast dit innan 20. mai 2002. Utgreiinga skulle omtale aktivitetar i senteret, prioritere aktivitetane, og rapporten skulle omtale eit forslag til framdrift, inkludert økonomi, tiltaksrekkefølgje og styringsorgan. Vi engasjerte lege og spesialist i allmennmedisin Atle Klovning som konsulent og sekretær for arbeidet. Eit viktig element i utgreiinga var eit dagseminar (idédugnad) den 15. mars 2002 med 10 eksterne deltakarar som representerte viktige faglege og organisasjonsmessige samarbeidspartnarar for eit eventuelt senter for legevaktmedisin. Deltakarane kom med synspunkt på legevaktfaget, på trongen for eit kompetansesenter og prioritering av aktivitetar. Dei var unisont samde om at legevaktfaget mangla ein fagleg base og ei adresse for faglege aktivitetar. Det var såleis full oppslutning om at eit nasjonalt kompetansesenter bør utviklast og at det hadde potensial til å kunne bli ein viktig bidragsytar i å heve faget sin status og kvalitet.

Utgreiinga på 17 sider vart sendt til SHDIR den 21. mai 2002. Eit samandrag er gitt i ramma. Dei ulike aktivitetane var omtalt

Sammendrag:

Nasjonalt senter for legevaktmedisin: Utdanning, FOU og kvalitetssikring med vekt på det faglige innholdet av legevakttjenesten i kommunene

En utredning etter oppdrag og mandat fra Sosial- og helsedepartementet i brev av 20. november 2001, avgitt til Sosial- og helsedirektoratet 21. mai 2002.

Utredningen viser behovet for, og gir en plan for opprettelse av et Nasjonalt senter for legevaktmedisin. Den gir en beskrivelse av prioriterte aktiviteter i senteret, og beskriver forslag til framdrift, inkl. økonomi, tiltaksrekkefølge og styringsorganer. Senteret foreslås opprettet med oppstart i 2002, og med full drift fra 2004 med et årlig budsjett på om lag 5,5 millioner kroner.

Basert på tidligere forslag, diskusjonene fra idédugnaden (dagsseminaret), andre kontakter og synspunkter innhentet i løpet av utredningstiden og diskusjoner i utredningsgruppen, foreslås det at Senteret i starten, og så snart som mulig, må konsentrere seg om å få på plass noen hovedsatsninger som det er stort behov for, som det er godt grunnlag for å komme i gang med, og som det er spesielle forutsetninger for lokalt:

1. Legevaktepidemiologi og statistikk
2. Legevaktmedisinsk laboratorium
3. FOU og kvalitetssikringsaktiviteter
4. Utdanningsaktiviteter

Deretter bør følgende emner prioriteres:

5. Samarbeid og samordning med andre relevante fagmiljø i Norge
6. Oppdragsforskning, evalueringsarbeid og prosjekt for andre

Nasjonalt senter for legevaktmedisin bør knyttes til Seksjon for allmennmedisin (SAM), UiB, og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen. En mulighet er å knytte senteret til UiB via UNIFOB (oppdragsavdelingen ved UiB). SAM blir faglig forankringspunkt ved UiB, sammen med KoKom. Alternativt kan Senteret bli egen stiftelse eller bli en avdeling i en ny organisasjon der også KoKom inngår. Det siste alternativet kan også ses i sammenheng ned en eventuelt endret tilknytning for KoKom, slik det blir diskutert i SINTEFs ferske evalueringsrapport om KoKom. Vi ser det ikke som naturlig eller ønskelig at Senteret blir knyttet til et helseforetak.

Etter vår mening ligger forholdene spesielt godt til rette for å plassere et Nasjonalt senter for legevaktmedisin til Bergen, hvor det finnes noen helt sentrale fagmiljø som kan gå inn i Senteret med kompetanse, ressurser og aktiviteter fra starten av.

De fire viktigste er:

- SAM
- KoKom
- Kirurgisk institutt, Avdeling Bergen legevakt, UiB
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Bergen

ganske detaljert og det vart gitt ei rekke eksempel på konkrete prosjekt som seinare er gjennomført. Eksempel er Nasjonalt legevaktregister, Årsstatistikk for legevakt, aktivitetsdata frå eit utval legevakter (omtalt som vakttårnaktiviteter) og å utvikle kompetansekrav for legevaktpersonell.

Men utgreiinga inneheldt òg ei rekke forslag som ikkje er blitt gjennomført. Først og fremst er dette tiltak av meir klinisk karakter, samt undervisningstiltak. Eit eksempel er Legevakt-NOKLUS, med deltaking i kvalitetssirklar, der innsending av driftsdata blir analysert og kommentert ut frå nasjonale data, eit anna er bruk av nettverk og registerdata for multisenterstudiar av sjeldne hendingar og tilstandar. Ein spennande idé som vart via ganske stor plass i utgreiinga, var oppretting av eitt eller fleire legevaktmedisinske «laboratorium», i form av legevakter som kunne ha funksjonar som filialar der legevaktsenteret dreiv opplæring, øving og utvikling av praktiske prosedyrar og ferdigheiter, samt praksisnær forsking. Vi tenkte for eksempel at desse kunne levere drifts- og styringsdata utover det som var mogeleg via rutinedata, kunne fungere som ein arena for hospitering og undervisning, kunne ha FOU-aktivitetar og oppdragsverksemd, drive utprøving av nytt utstyr eller prøve ut nye modellar for arbeidsdeling etc. Rapporten peika ganske konkret på Nordhordland legevakt og Bergen eller Oslo kommunale legevakt som aktuelle lokalitetar. Rapporten peika også på at det var mangel på spesifikke utdanningstiltak innan legevaktfeltet, både for legevaktlegar og anna legevaktpersonell. Det vart difor tatt med forslag om utvikling av eit ganske omfattande kurstilbod i det nye senteret sin regi. Oppdragsforsking og evalueringsarbeid vart omtalt, men ikkje prioritert som oppgåver for senteret i starten.

Så skjedde det ein liten kalamitet i byråkratiet. 12. juni 2002 kom det ein e-post frå SHDIR som etterlyste utgreiinga. Eg responderte frå ferie at rapporten for lengst var levert, slik avtalen var. Eg fekk da følgjande e-post tilbake:

> *Hei, kan du gi meg mer info...Hvilken brevdato har det? Dernest, er avsender nasjonalt senter eller universitetet i Bergen? Siden det er en ny organisasjon her tar det litt tid før postrutinene*

fungerer optimalt slik at innkomne brev havner i rett avd osv.... Hvis brevet er kommet bort, når er du tilbake fra ferie og en evt kopi kan framskaffes pr mail eller faks? Mvh NN.

Alarm: Spesialisthelsetenesta overtek?

Rapporten vart funnen, men det vart ei kortvarig glede. Direktoratet opplyste at «søknaden er funnet og overført til Avdeling for spesialisthelsetjenester». Der vart den av alle ting sendt til og behandla i Fagrådet for kompetansesenter i spesialisthelsetenesta. Vi fekk vite at dette Fagrådet i første omgang skulle sjå på prosjektet/søknaden ut frå at dei tidlegere hadde vurdert ein søknad om eit kompetansesenter for sjøfartsmedisin. Prosjektplanen vår ville bli tatt opp på det neste møtet den 10. september 2002. Dersom Fagrådet var einig i at vi hadde eit godt prosjekt, ville dei tilrå det for Sosial- og helsedirektoratet, og deretter «går vel saken videre til departementet», som dei lakonisk skreiv i ein forklarande e-post... Vi fann grunn til å minne direktoratet om at vi ikkje hadde skrive ein søknad, men faktisk utreda eit senter med bakgrunn i stortingsvedtak og på oppdrag frå Sosial- og helsedepartementet.

Men så høyrde vi ingenting på lenge. Egil Bovim og eg funderte på korleis vi skulle gripe saka an. Det kan vere farleg å mase, kanskje var det mykje godt tankearbeid på gang? På den andre sida ville det jo vere ille om heile saka låg i ein skuff eller i bunken hos ein sakshandsamar som hadde langtidspermisjon. Heile hausten og vinteren gjekk, det var heilt stillstand og ingen signal frå Hovudstaden. I april 2003 lukkast eg med å få kommunisert til helseminister Dagfinn Høybråten personleg at han hadde ansvar for ei sak som sto i stampe. Like etterpå får Bovim litt tilfeldig innsyn i eit brev frå SHDIR der det sto at GRUK i sitt kvalitetsarbeid for legevakt skulle ha samarbeida med det nasjonale legevaktsenteret i Bergen som eigentleg skulle ha vore oppretta i løpet av 2002. Direktoratet beklaga i brevet at etableringa av det nasjonale legevaktsenteret er forseinka og innser at mogelege synergieffektar som dette samarbeidet skulle gi, er blitt borte som følgje av forseinkinga. Vi trakk dermed den slutninga at tanken om eit legevaktsenter ikkje var lagt bort. Min første tanke var at direktoratet no var blitt minna om saka etter min intervensjon mot statsråden. Men brevet frå SHDIR var datert ei veke før mitt inngrep, så den samanhengen heldt ikkje.

Den som ventar på noko godt, ventar ikkje forgjeves

Som troll av øskje kjem det så ein e-post frå SHDIR den 27. juni 2003 til Bovim og meg frå ein sakshandsamar i Avdeling for kommunale tenester:

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er blitt forsinket pga omstendigheter i forvaltningen av saken. Som saksbehandler har jeg lest utredningen. Jeg beklager forsinkelsen og håper at interessen for etableringen stadig vekk er til stede. Saken er nå forankret i avdeling for kommunale tjenester og vi er blitt bedt om en tilråding overfor departementet.

Både lokalisering og tilknytning til UIB og Kokom er gitt i Stortingets vedtak ved behandling av Innstilling S.300 (2000–2001), men jeg har et par spørsmål som jeg håper dere kan hjelpe meg med i forhold til valg av organisasjonsmodell. I utredningen skisseres flere modeller for organisering, hvilken modell mener dere er mest hensiktsmessig for å kunne oppfylle kompetansesenterets målsetning? Hvor mye ressurser er det realistisk å sette av til forprosjektfasen i inneværende år? Vil full drift være mulig fra 1.6.2004 hvis styringsgruppa blir konstituert i løpet av høsten 2003?

Når disse spørsmål er besvart så vil en tilråding om videre framdrift og etablering gå fra Sosial- og helsedirektoratet til helsedepartementet. Takk for deres tålmodighet.

Med vennlig hilsen Per Gunnar Dahl

Dette var jo fantastisk godt nytt. Ikkje berre var saka tatt opp att, men det verka avklart at det skulle bli eit senter, at det skulle vere i *Bergen*, og at ein ville samarbeide med oss om framdrift, styringsgruppe og organisasjonsform. I denne e-posten er det dessutan for første gong eg kjenner til brukt namnet *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*, slik det seinare vart ståande. Eg veit framleis ikkje kor denne namneendringa stammar frå.

Bovim og eg svarte på spørsmåla frå direktoratet i eit brev den 6. august 2003. Hovudpunkta var:

- Vi kunne forsikre direktoratet om at interessa framleis var til stades.
- Vi foreslo eit budsjett for normal drift på 6,2 millionar 2005-kroner og ei oppbygging i løpet av 2004.
- Det var fleire aktuelle modellar for tilknyting og organisering; UiB, KoKom eller ei stifting. Den siste ville krevje omfattande utgreiing av juridisk karakter og ta lang tid. KoKom kunne vere aktuell, men låg i eit helseføretak og ville vere utfordrande i høve til primærhelsetenesta. Tilknyting til UiB er juridisk og administrativt enkelt, men ein annan modell enn det direktoratet tidlegare var kjent med gjennom NAKOS og KoKom.

Allereie tre veker etterpå får vi informasjon om at eit utvida divisjonsmøte i direktoratet har vedtatt å innstille til Helsedepartementet å etablere eit nasjonalt senter for legevaktmedisin. Den 9. september 2003 vart tilrådinga sendt. Helsedepartementet etterspurte deretter ein del presiseringar som gjaldt budsjettet, prioritering av oppgåvene i startfasen og korleis senteret kunne vere eit virkemiddel for å utvikle kommunane sine utfordringar på legevaktfeltet. Det vart halde eit møte i Oslo 11. november, der også direktør Arne Svindland i UNIFOB AS var med. Han gjorde greie for korleis UNIFOB AS var eit instrument for å handtere eksternfinansierte oppdrag til UiB, og korleis arbeidsgjevaransvar og kontraktstilhøve ville bli handtert. Hans innlegg vart tatt godt i mot, og direktoratet ga uttrykk for at med senteret plassert i UNIFOB AS, ville juridiske problemstillingar som kontrakt, revisjon og arbeidsgjevaransvar vere tilfredsstillande løyst. Han lova også svært låge overhead-kostnader, noko som ikkje har halde stikk, og som derfor har vore utfordrande å handtere sidan.

Like etter nyttår 2004 sendte SHDIR si endelege tilråding til Helsedepartementet om å opprette eit Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen knytt til UiB

ved UNIFOB AS (sjå ramme). Så vart det igjen ganske stille. Men saka var no tilbake hos avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i departementet, og han var det jo mogeleg å purre. Han svarte i april at han hadde dårleg samvit, og at han hadde dokumentet med heim kvar kveld for å få lest det ferdig (!). I revidert nasjonalbudsjett i mai skulle finansminister Per Kristian Foss spare pengar til skattelette, og dermed vart det endringar i dei postane som senteret skulle få pengar frå. Dessutan måtte den endelege avgjerda takast som formell «beslutningssak» av helseminister Dagfinn Høybråten.

Til min store frustrasjon måtte eg komme til avdelingsmøte i Helsedepartementet i ferien min for å fortelje om kompetansesenteret. Møtet var viktig, fortalte Røynesdal, men var uformelt. Dessutan beordra han meg til å bruke overhead-foilar, ikkje PowerPoint. Etter presentasjon og diskusjon fekk eg vite at det såkalla «beslutningsdokumentet» skulle utarbeidast for statsråden i løpet av eit par veker med tanke på underskrift siste veka i juni.

Statsråden går av! Men pengane kom

Om føremiddagen 18. juni 2004 kom meldinga om at det var gjort endringar i Kjell Magne Bondevik si andre regjering (2001-2005). Dagfinn Høybråten (KrF) og fem andre statsrådar var skifta ut. Ansgar Gabrielsen (H) var ny helseminister. Dette kunne bli krise og langvarig utsetting. Av erfaring veit vi at ein ny minister treng tid til å sette seg inn i sakene, og at han vil vere forsiktig med å skrive under saker han ikkje kjenner bakgrunnen til. Vi kunne òg frykte at ein minister frå Høgre ville vegre seg mot nye offentlege arbeidsplassar. På den andre side var saka godt førebudd og av relativt lite økonomisk omfang. Vi måtte håpe det beste.

20. august fekk eg melding om at statsråd Gabrielsen hadde godkjent opprettinga av senteret. Det ville bli utarbeida eit offisielt brev og sendt ut ei pressemelding. Pressemeldinga (sjå ramme neste side) vart laga av Røynesdal i samarbeid med meg og 29. september 2004 vart sett som dato for offentleggjering av saka.

Dagen etter pressemeldinga vart det offisielle brevet til Universitetet i Bergen sendt, og samtidig vart det sendt brev til SHDIR om å følgje opp etableringa og drift av senteret, inkludert å gje oppstartmidlar for 2004 slik

Brev til Helsedepartementet frå SHDIR 12. januar 2004

Tilråding om etablering av et nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Sosial- og helsedirektoratet avholdt den 11. november i 2003 et møte med Professor Steinar Hunskår ved universitetet i Bergen UIB seksjon for allmennmedisin og Direktør Egil Bovim i Kokom og Direktør Arne Svinland i UNIFOB AS. Vår tilråding er basert på innspill i møtet og innsendte innspill pr 1. desember fra oppdragsmottakeren. Direktoratet oversender med dette sin endelige tilråding samt underlagsdokumenter.

Senterets primæroppgaver bør ligge innenfor disse prioriteringene:

A. Nasjonal epidemiologi/ statistikk for legevaktområdet.
B. Brukerperspektiv på legevaktaktivitetene
C. Tjenestens plass i helheten.
D. Kompetanseheving. Senteret skal vektlegge aktiviteter på et overordnet nivå: drive utdanningsaktiviteter, men ikke bli en stor kursarrangør.

Direktoratet mener senteret skal være et kunnskaps-og forskningsmiljø med rådgivning, utredning, forskning og formidling innen sitt ansvarsområde. Det bør være senterets oppgave å identifisere relevante men lite påaktede forskningsområder, foreslå forbedringer av metoder, indikatorer og systemer for å øke kunnskapen om og analysen av legevaktsfeltet virksomhet.

Kartlegging og forskning på data bør være prioriterte arbeidsoppgaver. For eksempel er det nasjonalt i dag liten systematisert kunnskap om legevakt. Direktoratet mener senterets virksomhet bør bygges opp av en kunnskapsinnhenting om aktiviteter på legevaktsområdet slik det beskrives i del A. Det vil være med på å gi senteret et startgrunnlag for framtidig drift. For å kunne generere arbeidsoppgaver av flere dimensjoner er det nødvendig å se alle fire punktene i sammenheng over flere år.

Helsedepartementet etterspør en økonomisk vurdering. Gitt de ulike estimater for full drift med 5-6 årsverk synes det å være et behov for en årlig bevilgning omkring 6–7 millioner kroner. Direktoratet mener det er realistisk å peke på tredelt faseinndeling før senteret er i full drift. Derfor vil det være et behov for å gradvis opptrapping av bevilgning. En planleggingsfase pågår nå, og noen utgifter vil påløpe de kommende måneder. Direktoratet har ytt et oppstarttilskudd på kr. 50.000 i november 2003 for å dekke utgifter til planleggingen. En etablerings- og oppstartfase planlegges i andre halvår 2004. Det er allerede startet vurdering av aktuelle lokaler for senteret, og det kan bli aktuelt å betale leiekostnader for disse fra sommeren 2004. Det er stipulert med i alt åtte kontorer for å huse åtte hel- og deltidsstillinger og som skal møbleres og utstyres før det kan påregnes full drift. Direktoratet anser disse beregningene for å være innenfor den ramme som er stipulert men mener det bør søkes løsninger som gir samdriftfordeler med andre aktiviteter i UNIFOB eller ved UiB. Administrative ressurser bør nødvendigvis ikke være på plass i fulldriftsomfang før senteret er etablert. En slik tilnærming vil kunne redusere etableringsutgiftene med 10–15 %. Disse beregninger er gitt at ansettelser kan skje andre halvår 2004. Direktoratet mener dagens arbeidsmarked vil kunne tale for en rask rekrutteringsprosess.

Forslaget til full drift gir et budsjett på kr. 6.500.000 i 2005-kroner (forventet lønns- og prisstigning fra i dag er inkludert), fullt ut i samsvar med det vi tidligere har oppgitt og med summen stipulert i direktoratets brev til Helsedepartementet av 9. september 2003. Direktoratet vil stå behjelpelig med ytterligere bistand i etableringen av senteret hvis helsedepartementet har behov for det.

Med vennlig hilsen

Berit Eivi Nilsen
avdelingsdirektør

Per Gunnar Dahl
førstekonsulent

at ein kunne betale for husleige og lyse ut stillingar. I SHDIR var det seniorrådgjevar Guri Spilhaug som no var ansvarleg for saka. I november fekk vi tilskotsbrev på kr 1.350.000 for 2004, vesentleg meir enn vi hadde bruk for og hadde bedt om. Grunnen var at direktoratet hadde pengar igjen og måtte kvitte seg med dei før året var omme. Slik kunne «overskotet» plasserast i Bergen og bli overført til neste år etter søknad. I tilskotsbrevet var det ein generell omtale av kva pengane skulle brukast til, men direktoratet kalla Egil Bovim og meg inn til møte 7. desember 2004 for å diskutere prosessen rundt etableringa og planane for 2005.

Av referatet går det fram at senteret allereie er etablert i brukande lokale og innkjøp av naudsynt utstyr er i gang. Stilling som fagleg leiar og som administrasjonsmedarbeidar var utlyst med frist 9. desember 2004. Utlysing av fleire fagstillingar var planlagt så snart dagleg leiar var tilsett. Inntil medarbeidarar var på plass, ønska direktoratet at vi kom i gang med noko aktivitet raskt, slik at senteret vart synleggjort. Eksempel var web-side, nyheitsbrev, diskusjonsforum på nett osv. og elles snarast å komme i gang med aktuelle prosjekt for å skape fagleg aktivitet. SHDIR var opptatt av at senteret etablerte gode samarbeidsrelasjonar med andre aktørar i feltet, som NAKOS, GRUK og KoKom. Senteret skulle vere aktiv pådrivar for forsking, slik organiseringa i universitetsmiljøet la til rette for.

Medarbeidarar kjem, senterleiaren uteblir

Eg vart tilsett av Unifob som prosjektleiar i oppstartfasen med 20 % stilling i Unifob, med eit tidsperspektiv ut året 2005. Førstekonsulent Signe Tønsaker starta 11. april i 100 % stilling. Ho kom frå økonomistilling ved UiB, slik at administrative prosedyrar og økonomiforvaltning var tidleg på plass.

Det lukkast ikkje å få tilsett senterleiar. Det var tre søkarar ved første utlysing. Ein person fikk tilbod om stillinga, men tok ikkje i mot. Vi hadde seinare kontakt med fleire aktuelle personar, men stillinga vart ikkje fylt. Ny utlysing skjedde i desember med søknadsfrist i januar 2006, men det meldte seg ikkje søkarar. Det var aldri meininga frå mi side at eg skulle bli hengande med stillinga som leiar ved Nklm. Min funksjon skulle vere rolla som grundar; utvikle ideen, argumentere den fram og starte opp prosjektet. Deretter skulle andre overta. Eg ville heilt sikkert finne nye idear å arbeide for. Men sjølv om eg gjorde eit par forsøk på å overtale andre til å overta, enda det med at eg sa opp hovudstillinga mi ved UiB, og fekk fast stilling som leiar ved Nklm, med tittel forskingsleiar. Men det skjedde ikkje før i 2011, etter meir enn fem år med konstituering og mellombels stillingsprosentar.

Det vart i februar 2005 utlyst fagstillingar/forskarstillingar i Senteret (ramme: faksimile av utlysingstekst). Det kom heile 26 søknader til stillingane, derav seks legar. Mange søkarar var svært godt kvalifisert. Egil Bovim og eg føretok prioriteringa etter fleire møter om strategien framover og kva kompetanse, utdanningsbakgrunn, prosjekt- og forskingserfaring og personlege eigenskapar vi var ute etter. Etter vurdering og intervju vart det gitt tilbod til fem personar, som alle tok i mot stillingstilbodet:

- Jesper Blinkenberg, fastlege i Askøy og spesialist i allmennmedisin, 40 % stilling
- Elisabeth Holm Hansen, sjukepleiar, leiar av GRUK, Skien, 100 % stilling
- Tobias Nieber, fastlege i Etne og spesialist i allmennmedisin, 80 % stilling
- Janecke Thesen, fastlege i Osterøy og spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, 40 % stilling
- Erik Zakariassen, sjukepleiar, cand.polit., undervisningsstilling i Stiftelsen norsk luftambulanse, Bergen, 50 % stilling.

Alle fekk kontrakt frå 1. august 2005, så frå denne datoen var alle tilsette på plass i Senteret, med totalt 4,3 årsverk. Frå tilsettingstidspunktet og til start i stillingane hadde

Pressemelding

NR.: 54 • DATO: 29.09.2004

Etablering av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Helsedepartementet har besluttet å gi støtte til etablering og drift av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 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. Dette vil være viktig for at innbyggerne skal kunne få best mulig medisinsk hjelp når akutte situasjoner inntreffer. Senteret etableres høsten 2004 og forventes å være i full aktivitet i løpet av 2007.

Kompetansesenteret er en del av oppfølgingen av Stortingets behandling av Akuttmeldingen (St.meld. nr. 43 (1999-2000)). Det er også et nødvendig bidrag til forskning og fagutvikling innenfor allmennmedisin i Norge.

Hovedoppgavene til kompetansesenteret vil være 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
- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning

Senteret organiseres under UNIFOB ved Universitetet i Bergen og knyttes til Seksjon for allmennmedisin, UiB, og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i Bergen.

Signe Tønsaker og eg god kontakt med dei tilsette om ulike faglege og administrative spørsmål som førebuing til oppstarten. Det vart utarbeidd brevark, visittkort og PowerPoint-presentasjonsmal. Vi laga også informasjonsbrosjyre med tilhøyrande plakatar med UNIFOB-profil til bruk på konferansar og møter. Eit to dagars oppstartseminar vart halde i juni 2005 for å førebu og samkøyre staben.

For 2005 fekk senteret ei tildeling på i underkant av 3,3 millionar kroner. Ettersom dei fleste tilsette starta først i august, og det ikkje vart tilsett fagleg leiar i løpet av året, vart ein million kroner ståande ubrukt.

Resten er historie ...

I årsmeldinga for 2005 skreiv eg at rammene for Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin hadde falle godt på plass (forkortinga Nklm var enno ikkje innført). Vi var svært nøgde med det fysiske og faglege arbeidsmiljøet og den faglege profilen: «Vi ser mange spennende arbeidsoppgaver framfor oss til beste for faglig kvalitet og fagutvikling innenfor det legevaktmedisinske feltet, fastlegeordningen og primærhelsetjenesten generelt. Vi håper våre oppdragsgivere i SHDIR og Departementet deler denne oppfatningen, og vil bruke oss aktivt for å oppnå de mål som er satt for virksomheten.»

Om resultata står i høve til forventningane, håpar eg kan vurderast etter gjennomlesing av heile jubileumsheftet.

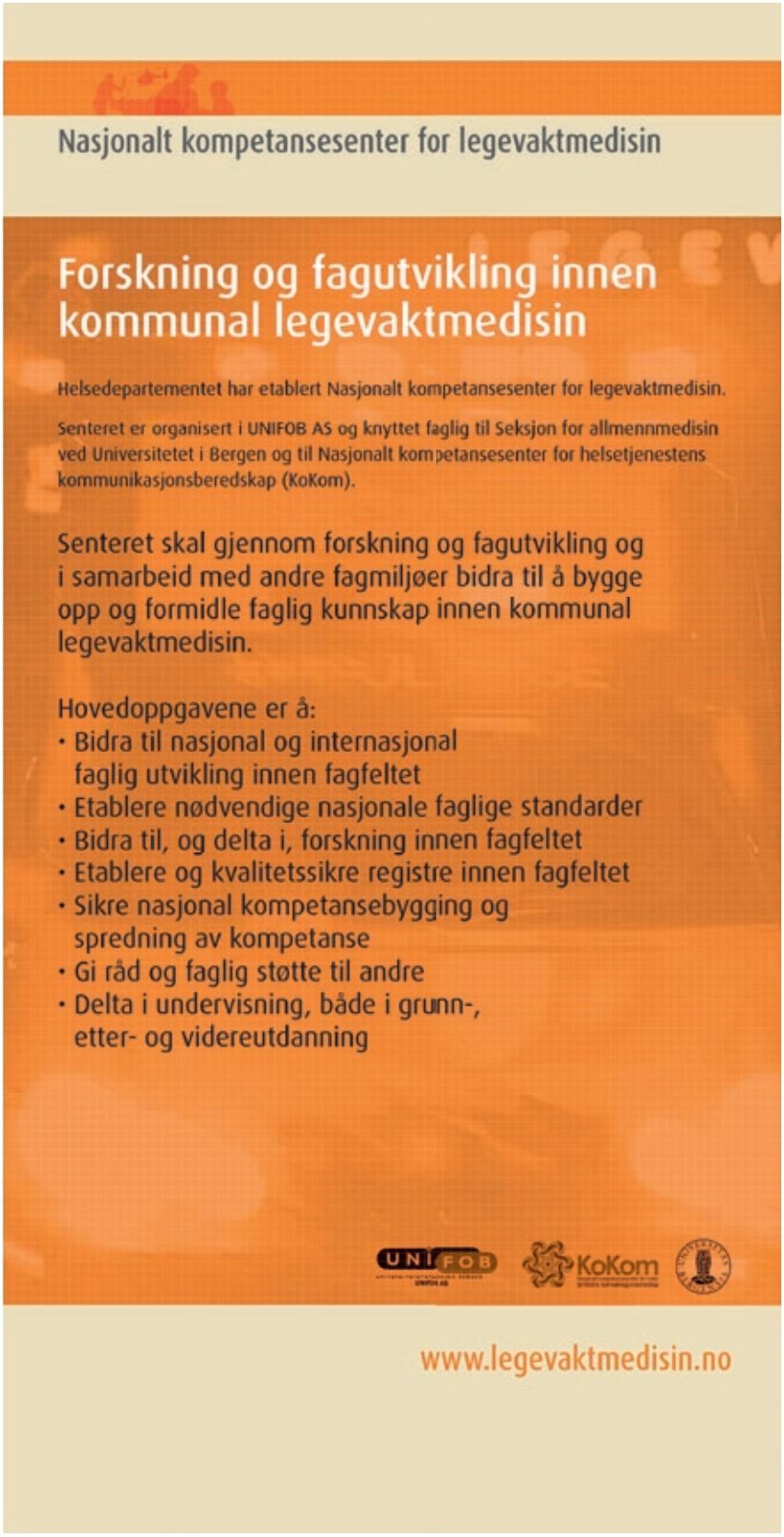
Litteraturliste

Hunskår S, Røttingen JA. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2637-9.

Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1998.

Skjerven T, Schei E, Mjanger R. Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1069-73.

St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.



PROFILERING: *Vår første brosjyre frå 2005*

uni Research
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

ISBN: 978-82-92970-95-9 (PDF) • ISBN: 978-82-92970-96-6 (TRYKT)