



DEN NORSKE
LEGEFORENING

En legevakt for alle, men ikke for alt

Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt



Statusrapport 2015

En legevakt for alle, men ikke for alt

**Legeforeningens innspillsrapport
for en bedre legevakt**

Redaksjon:

Samfunnspolitisk avdeling ved Sara Underland Mjelva (prosjektleder) og Mattis Dahl Åmotsbakken.

Referansegruppe:

Marit Hermansen (leder), Ivar Halvorsen, Christian Grims-gaard, Leif Edvard Muruvik Vonen, Jens Kristian Lind-Larsen, Bjørn Nordang, Ailin Harlem, Andreas Johan Landsnes.

Fotos:

Colourbox

Legeforeningen

Leif Otto Halland (Helse Førde)

Design og omslag: Samfunnspolitisk avdeling ved Lisbet T. Kongsvik.

Sideombrekking og trykk: 07 Media – www.07.no

Statusrapporten ble godkjent desember 2014.

Presidenten har ordet

Legevakten preges i dag av for stor grad av tilfeldig organisering, sviktende rekruttering og fravær av systematisk kvalitetsarbeid. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin beskrev i 2009 norske legevakter som «nødeteat i bakevja». I 2014 mener de denne konklusjonen fremdeles står seg. Dette er bakgrunnen for at Legeforeningen har utarbeidet en innspillsrapport med forslag til tiltak vi mener vil kunne gi legevaktstjenesten et nødvendig kvalitetsløft.

Legevakten har en viktig rolle som en trygghetsskapende institusjon. Det skal være enkelt å kontakte legevakten når man er engstelige for sin egen eller andres helse. Legeforeningen mener likevel at legevaktstjenesten i for stor grad har mistet sin opprinnelige funksjon som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Bedre bemanning, gode prioriteringsverktøy, godt samarbeid med fastlegene og tilgang på utrykningskjøretøy, er tiltak vi mener vil styrke beredskapen og gi et bedre tilbud til de sykeste pasientene. God tilgjengelighet hos fastlegen på dagtid er også et nødvendig grep for å løfte legevaktens beredskap. Legeforeningen mener det er nødvendig med en plan for videreutvikling av fastlegetjenesten. Våren 2015 kommer den første stortingsmeldingen om primærmedisin noensinne.

Alle mennesker opplever sin egen helse forskjellig. Det vil alltid være varierende grad av alvorlighet hos pasienter som kontakter legevakten. Derfor må pasientene møtes på ulike måter. Noen trenger medisinsk faglige råd over telefonen, noen trenger veiledning og hjelp til å kontakte fastlegen, mens andre har behov for umiddelbar legehjelp. En velorganisert legevakt er en viktig forutsetning for at ulike henvendelser til legevakt møtes med rett tiltak.

Legeforeningen etterlyser at kommunene tar et større ansvar for legevaktstjenesten. Det er på tide å legge bak seg restene av en tradisjon der legevakten er den enkelte leges ansvar, mens kommunene kun skal administrere ordningen. Vi mener kommunene må forpliktes til å ha et godt planverk basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Det må settes av ressurser til administrering og ledelse i legevaktene, slik at krav til kompetanse, opplæring, trening og forbedringsarbeid blir satt i system. Vi foreslår at legevaktdistriktene skal ha en legevaktoverlege, og at det opprettes fagrådsmøter og driftsmøter for alle ansatte.

Legevakt er allmennlegearbeid. Men med en presset fastlegeordning – som til stadighet pålegges flere nye oppgaver, er det på tide å se på andre måter å sikre god kompetanse i legevakt enn gjennom pålegg av fastlegene. God kompetanse sikres best gjennom god organisering som tilrettelegger for god fagutøvelse. Da vil legevaktene evne å trekke til seg flinke fagfolk.

Det gjøres mye godt legevaktarbeid rundt om i landet. Men tilfeldighetene rår i for stor grad. Som pasient eller pårørende skal du vite at du får nødvendig hjelp på legevakten. Og det er viktig at ansatte ved legevaktene jobber under faglig forsvarlige og trygge forhold. Til nå har den politiske viljen til å ivareta dette ikke vært stor nok. Vi håper både nasjonale og lokale helsemyndigheter tar våre innspill på alvor.



Hege Gjessing
President

Innholdsfortegnelse

Presidenten har ordet	3
Legeforeningens politikk for en trygg og forsvarlig legevakt	6
1 En legevaktjeneste på stedet hvil	9
Legevakt i hverdagen: Å leve med usikkerheten.	9
Prioritering og tilgjengelighet – hvem skal behandles og hvem skal sendes hjem?	10
Legevakt – et servicekontor?	10
Fra servicekontor til beredskap?	10
Legevakt – en del av en helhetlig helsetjeneste.	10
Fra Vennesla til Oslo til Nesna – en felles løsning for alle?	11
2 Kommunen har ansvaret.	13
Kommunene må utføre risiko- og sårbarhetsanalyse	13
Krav om en kommunal akuttmedisinsk plan.	13
Lokale forhold må avgjøre behandlingstilbudet.	14
Legevaktens tjenesteinnhold må avklares	15
Lokale samarbeidsorganer må videreutvikles	15
Kommuneoverlegen må gis et overordnet medisinsk faglig ansvar.	16
Døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og legevakt: Behov for samordning	16
Legevakten må ivareta sykehjemspasientenes behov	17
3 Bedre organisering av legevaktjenesten.	19
Legevaktdistrikt – organisatorisk fasilitator for legevaktstasjonene.	19
Legevaktoverlege i alle legevaktdistrikter	21
Fagrådsmøter og driftsmøter bidrar til god organisering	21
Utstyr ved legevaktene – lokalsamfunnet avgjør	22
Legevaktbil i alle legevaktdistrikter	22
Uniformerte legevaktansatte gir bedre tilgjengelighet.	23
4 Legevakt – en tjeneste i endring?	25
Respekt for individuelle oppfatninger av sykdom og skade	25
Økt forventning til legevaktens tilgjengelighet må erkjennes.	25
Legevakt og fastlege er ikke det samme	25
Legevaktene må kartlegge bruksmønster og avklare behov	26
Akuttmedisin på legevaktene må ivaretas	26
Observasjonssenger på alle legevakter	26
Mulighet for utrykning	27
Beredskap må lønnes	27
Tilgjengelighet i legevakt	28
Reiseavstand påvirker legevaktbruk	28
Kommunene må vurdere kompensierende tiltak	29
Førstekontakt via telefon.	29
Behov for kompetent personell i legevaktsentralene.	30
Felles legevaktnummer skaper økt bevissthet	30
Hjelp til egenomsorg	31
Gode sorteringsrutiner er god og effektiv pasientbehandling	31

God tilgjengelighet hos fastlegen.	31
Bedre telefontilgjengelighet og effektive kommunikasjonsløsninger.	32
Behov for flere fastleger	32
Flere leger på vakt	33
5 Viktige forutsetninger for kvalitet i legevakt	35
Allmennmedisin er bærebjelken på legevakt	35
Krav til legevaktkompetanse	36
Synkende deltakelse fra fastlegene på legevakt	36
Flere fast ansatte legevaktleger	36
Gode legevakter sikrer rekruttering av fastleger	37
Legevaktarbeidet må differensieres.	37
Legevakt som læringsarena	37
Systematisk opplæring av alle nyansatte	37
Trening gir trygghet.	37
Faglig utvikling må prioriteres	38
Vikarbruken må kvalitetssikres	38
Legevakt – en viktig læringsarena for turnusleger	39
Hvordan spille turnuslegene gode?.	40
Kvalitetsarbeid i legevakt.	40
Litteraturliste	42

Legeforeningens politikk for en trygg og forsvarlig legevakt

Legevakt skal være en trygghetsskapende institusjon for befolkningen. Legevakttjenesten har blitt forsumt av politikerne i lang tid: Mange legevakter preges av svak organisering, sviktende rekruttering og fravær av systematisk kvalitetsarbeid. Legevakten fremstår ikke som en moderne helsetjeneste. Legevakten har også gradvis mistet sin opprinnelige rolle som en viktig lokal akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) oppsummerte i 2009 norske legevakter som «Ein naudetat i bakevja». Befolkningen må være trygg på at de kan få nødvendig helsehjelp når man er bekymret for sin egen eller andres helse. Det er behov for omfattende endringer for å skape gode og trygge legevakter, og nasjonale myndigheter må vise vei. Endringene må evne å se legevakttjenesten som en del av en helhetlige tjeneste og ivareta lokale behov.

1. En legevakt for alle, men ikke for alt

I møte med legevakten skal folk oppleve å bli ivaretatt og føle seg trygge på at de får den hjelpen de trenger. Pasienter må enkelt kunne kontakte legevakten når de er engstelige for egen eller sine nærmestes helse. Alle legevakter må ha gode rutiner for prioritering av pasienter og sørge for forsvarlig håndtering av tilstander som haster.

- Legevaktens primæroppgave må være det som virkelig haster
- Pasienter og helsepersonells opplevelse og vurdering av sykdom og smerte kan være ulike. I slike tilfeller må pasientens behov respekteres.
- Legevaktene må organiseres sånn at ulike behov møtes med rett tiltak. Eksempler kan være: legekonsultasjon, medisinsk råd på telefon, eller veiledning og hjelp til å få time hos fastlegen

2. Akuttberedskapen må komme i første rekke

Legevakt er definert som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste og representerer nødhjelpen i kommunene. Det er urovekkende at mangel på bemanning, kompetanse og utstyr fører til at mange legevakter ikke er i stand til å ivareta sin rolle som beredskapstjeneste. Legevakter må være dimensjonert til å ivareta beredskap, samtidig som man håndterer pasienter med behov for enkel legehjelp.

- Forsvarlig legedekning må sikre at legevaktene er i stand til å hjelpe personer som er alvorlig syke og/eller kritisk skadet
- Hovedregelen for alle legevakter bør være minimum to leger på vakt
- Alle legevaktstrikter må ha en legevaktbil tilgjengelig med nødvendig utstyr. Sambruk av kommunehelsetjenestens kjøretøy kan vurderes
- For å bedre beredskapen i legevakt bør det gjøres forsøk med fastlønn på dag og kveld

3. Trygghet for alle

Mange kommuner er nødt til å samarbeide for å kunne sikre befolkningen en legevaktstjeneste av høy kvalitet. Samtidig medfører sentralisering av legevaktstjenester at deler av befolkningen får lengre reisevei til nærmeste legevakt. Det er avgjørende at medisinskfaglige premisser ligger til grunn for sammenslåinger, og konsekvenser av sentralisering må alltid vurderes nøye. Befolkningen gis en falsk trygghet dersom sentralisering skjer på feil premisser. Motsatt må man ikke gi befolkningen et inntrykk av at nærhet skaper trygghet ved å tviholde på lokale legevaktstasjoner som ikke er i stand til å gi forsvarlig legehjelp.

- Sentralisering eller desentralisering av legevakttilbud må være godt faglig forankret
- Konsekvenser av sentralisering av legevaktstjenesten må undersøkes nærmere
- Kommuner må planlegge og vurdere kompenserende tiltak for de deler av befolkningen som har lang reiseavstand til nærmeste legevaktstasjon

4. Allmennmedisin er bærebjelken i legevakt

Det store omfanget av vanlige allmennmedisinske problemstillinger tilsier at allmennmedisinsk kompetanse er avgjørende for god kvalitet. Allmennleger må derfor utgjøre grunnfjellet i legevaktstjenesten. At legevaktarbeid er pålagt fastlegene er imidlertid et uheldig utgangspunkt for en viktig arbeidsoppgave. Det bør utvikles flere modeller for organisering av legevakter slik at kompetanse og beredskap blir godt ivaretatt.

- Legevakt er allmennlegearbeid
- Leger fra andre spesialiteter enn allmennmedisin kan også arbeide i legevakt. Det må stilles krav til gjennomført opplæring og regelmessige vakter
- Viktige tiltak for å få fastlegene tilbake i legevakt er tydelige krav til legevaktens faglige innhold og bedre arbeidsvilkår

5. Førstekontakt via telefon

Majoriteten av henvendelsene på legevakt er enkle medisinske problemstillinger som ikke haster. Mange pasienter kan enkelt få råd og hjelp over telefon. Dette bidrar til å avlaste tjenesten, hindre overforbruk og sørger for at legevakten blir mer tilgjengelig for de pasientene som virkelig har behov for akutt legehjelp.

- Telefonkontakt bør være den primære henvendelsen til legevakt
- Førstekontakt via telefon åpner for tildeling av tid for oppmøte, og kan bidra til å redusere misnøyen i befolkningen med lang ventetid på legevakten
- Telefontjenesten må bemannes av kompetent helsepersonell med kontinuerlig tilgang på legeveiledning

6. God tilgjengelighet hos fastlegen

God kapasitet hos fastlegene er viktig for at legevakten skal kunne ivareta sin akuttfunksjon. For mange pasienter vil en time hos fastlegen gi mulighet for bedre oppfølging og behandling enn på legevakten.

- Fastlegene må ha god kapasitet til å hjelpe pasienter samme dag
- Det er behov for flere fastleger

7. Kommunen har ansvaret

Kommunene har det endelige ansvaret for å sikre innbyggerne en forsvarlig legevaktstjeneste. Dette ansvaret har ikke blitt godt nok ivaretatt og kvaliteten i legevaktstjenesten varierer for mye. Kommunene må forpliktes til å ha et godt planverk basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Planene må brukes i dimensjonering og organisering av legevaktstjenesten. Kommuneoverlegen og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) må ha en sentral rolle i arbeidet.

- Kommuner må utføre risiko- og sårbarhetsanalyser for å vurdere behov og innhold ved legevakten(e)
- ROS-analyser må danne grunnlag for kommunens akuttmedisinske plan
- Kommuneoverlegen må sikres innflytelse i prosesser som har betydning for det kommunale helsetilbudet slik at faglig forsvarlighet sikres.

8. Bedre organisering av legevaktstjenesten

Kvalitet på legevakt er ikke et spørsmål om ansattes kompetanse alene. Det er et sterkt behov for en kraftig organisatorisk og administrativ opprusting av legevaktene.

- Legevaktdistrikter må ansette egne legevaktoverleger
- I store legevaktdistrikter må det være en legevaktoverlege i minimum 50 prosent stilling. Øvrige legevaktdistrikter anbefales å ikke ha mindre enn 20 prosent stilling
- Driftsmøter og faglige rådsmøter er organiserende prinsipp som må være hovedregelen i alle legevaktdistrikter

9. Kvalitetsarbeid må prioriteres

Alle legevakter må organiseres som lærende organisasjoner som driver kontinuerlig utviklingsarbeid. Lærings- og forbedringsarbeid må bli en integrert del av legevaktdriften.

- Kvalitetsarbeid må være en del av legevaktoverlegens ansvarsområde
- Kvalitetsarbeid på legevakt må ha to akser: systemarbeid (opplæring, etablering av faglige rutiner) og læring av egen praksis (samldata, oppfølging av uønskede hendelser og individuelle rapporter)



«I møte med legevakten skal pasienter oppleve å bli ivaretatt og føle seg trygge på at de får den hjelpen de trenger»



1

En legevaktjeneste på stedet hvil

(...) legevakt er en veldig viktig del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den akuttmedisinske kjeden. Jeg har ikke skiftet mening etter at vi overtok regjeringsansvaret. Jeg mener fortsatt at vi trenger en helhetlig tilnærming i arbeidet med å videreutvikle legevaktjenesten.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie i Stortingets spørretime 15. januar 2014

I 2009 utga Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) en nasjonal handlingsplan for legevaktjenesten som beskrev en legevaktjeneste i bakleksa: «Kommunal legevakt trenger betydelig opprusting og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgavene i takt med fremtidens krav til faglig og administrativ kvalitet», konkluderer rapporten¹. Legeforeningen deler denne vurderingen. Det er behov for sterkere føringer for hvordan man kan sikre høy faglig standard, stabile vaktordninger og rutiner for kvalitetsarbeid i legevakt. Variasjoner i behov og utfordringer må tilpasses lokale løsninger. Samtidig viser denne variasjonen at flere kommuner ikke er i stand til å gi befolkningen et forsvarlig legevakttilbud.

Frem til nå har det vært liten vilje fra politisk hold til å ta grep for å løfte legevaktjenesten. I 2011/2012 fremmet Høyre et forslag der de ba regjeringen legge frem en plan for videre oppfølging av Nklms forslag til tiltak for en styrket legevaktjeneste². FrP fremmet året etter forslag til *Nasjonal handlingsplan for legevakt*, der de blant annet ba regjeringen utarbeide en plan for krav til kompetanse, opplæring og faglig standard i legevakt³. Begge forslagene ble nedstemt av Stortinget. Daværende helseminister, Jonas Gahr Støre, hevdet på sin side at legevaktjenesten var styrket gjennom en revidert fastlegeforskrift og økte bevilgninger til kommunene⁴. Verken revidert fastlegeforskrift eller økte

bevilgninger til kommunene har gitt legevaktjenesten et kvalitetsløft. Legeforeningen mener det er behov for nye grep slik at pasientene kan få et godt og forsvarlig faglig tilbud, uavhengig hvor i landet man befinner seg. Det må stilles tydeligere krav til hvordan kommunene organiserer legevakten, med tilstrekkelig legebemanning, støtte fra annet helsepersonell og systemer som sikrer god kvalitet.

Legevakt i hverdagen: Å leve med usikkerheten

«Mitt første møte som turnuslege på legevakten er langt fra noen solskinnshistorie. Jeg fikk adressen til legevakten og ble gitt en nøkkel. Jeg fikk beskjed om at jeg kunne ringe et bakvaktnummer dersom jeg hadde noen spørsmål. I tillegg fikk jeg telefonnummer til sykepleier i nærheten som kunne komme og assistere ved behov. Det var det. Jeg fikk ingen opplæring i journalsystemet eller de lokale rutinene. Heller ingen omvisning. Jeg måtte selv lete i skuffer og skap på kontoret for å bli kjent med hva som fantes av medisiner og utstyr til akutt behandling. Beskjeden jeg fikk var at «slik er det her» og «alle andre leger har klart det før deg». Jeg var forberedt på at det første møte med legevakt kunne være tøft, men dette var ikke bare tøft, det var uforsvarlig».

Lege (36)

Med begrenset politisk oppmerksomhet og en legevaktjeneste på stedet hvil, hvordan er så hverdagen ved landets legevakter? Hva møter legevaktlegen? En legevaktlege kan i løpet av en vakt behandle overfladiske sår og benbrudd, for så plutselig å befinne seg i ekstremsituasjoner hvor det må tas beslutninger i skjæringspunktet mellom liv og død. Mellom disse ytterpunktene befinner det seg en gruppe pasienter som har behov for

avklaring om hvorvidt deres situasjon er farlig. Dette er faktorer som bringer legen i en annen arbeidssituasjon enn i sin vante tilværelse på fastlegekontoret. Dette stiller krav til god kompetanse og etablerte rutiner som gir trygge rammer for legevaktarbeidet.

Prioritering og tilgjengelighet – hvem skal behandles og hvem skal sendes hjem?

«Vi vil at legevakten skal lære av sine tragiske feil og slutte å avvise folk. Vi forventer en legevakt som fungerer, hvor man skal komme til og bli tatt på alvor».

Intervju med pårørende, Tv2, 9. september 2012.

Dramatiske hendelser i helsetjenesten finner raskt veien til mediene. Det er flere og sammensatte årsaker til at disse hendelsene skjer. Men dessverre rapporteres det gjennomgående om flere uheldige hendelser i legevakt enn i andre deler av helsetjenesten. Tilsynssaker har avdekket mangelfulle dokumentasjonssystemer, mangelfull samhandling og svikt ved sikring av opplæring og kvalifikasjoner av helsepersonell⁵.

Legevakten står i en særstilling blant befolkningen både i funksjon og som trygghetsskapende institusjon. Vissheten om dette skaper igjen både trygghet og forventning om at man som pasient vil bli ivaretatt ved mer eller mindre akutte hendelser og sykdom. Legevakten som trygghetsskapende faktor i et lokalmiljø eller en by er utvilsomt positiv.

Med legevakts rolle som et viktig tilbud for befolkningen, stor pågang og svært varierte pasientgrupper, befinner legevaktlegene seg i en klinisk hverdag hvor mange grunnleggende hensyn kontinuerlig må avveies: Haster det med avklaring eller behandling for denne pasienten? Må pasienten legges inn på sykehus? Kan pasienten vente og heller oppsøke fastlegen førstkommende dag?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten undersøkte i tidsrommet 2010–11 erfaringer fra et representativt utvalg brukere av syv legevakter i Norge⁶. Brukerne var godt fornøyd med kommunikasjonen med legevakten og følte seg generelt godt ivaretatt av personalet. Det ble imidlertid også rapportert om dårlige erfaringer fra legevaktbesøk hos pasientene, hvor pasientene hadde mest å utsette på tilgjengelighet og organisering av legevakten. Over halvparten av respondentene var misfornøyd med ventetiden, og 66 prosent svarte de ikke var fornøyd med informasjonen om hvor lang ventetid som måtte påregnes. I Direktoratet for forvaltning og IKTs (Difi) innbyggerundersøkelse¹ får legevakten en total poengsum på 61 («delvis godt inntrykk») av 100 («svært godt inntrykk»)⁷. Legevakt kommer dårligst ut i undersøkelsen når den sammenliknes med andre offentlige helsetjenester².

¹ Ifølge Difi (2013) gjennomføres undersøkelsen «blant et representativt utvalg av befolkningen fra 18 år og over. Utvalget blir trukket tilfeldig fra Folkeregisteret og omfatter i utgangspunktet 30 000 personer. Det blir trukket respondenter for hvert kjønn innen fem aldersgrupper i hvert fylke».

² De øvrige helsetjenestene fikk følgende poengsum: Fastlege (75), sykehus

Legevakt – et servicekontor?

Mange legevakter opplever sterk pågang på kveldstid og blir nærmest en erstatning for fastlegene etter ordinære åpningstider. Undersøkelser viser at mange pasienter ikke har forsøkt å komme i kontakt med fastlegen grunnet erfaringer med – eller forestillinger om – lang ventetid og uvitenhet om at fastlegen er det beste kontaktpunkt for det aktuelle problemet⁸. Mange kan også synes det i utgangspunktet er mer beleiliggende å ta kontakt med legevakten. Legevakt skal ikke være et servicekontor for mennesker som finner det mer praktisk å gjøre unna legebesøket etter arbeidstid enn å få time hos fastlegen. Det betyr ikke at legevakten ikke skal behandle alminnelige sykdommer. Enkelte skader og tilstander er medisinsk sett ufarlige, men de kan være svært ubehagelige. Pasienter må kunne kontakte legevakten når de er engstelige for egen eller sine nærmestes helse.

Det synes å være et manglende samsvar mellom befolkningens forventninger til rask og trygg legehjelp og legevakts ressursgrunnlag og opprinnelige funksjon som akutt hjelp. Dette er en grunnleggende utfordring for legevakttjenesten som helhet.

Fra servicekontor til beredskap?

Legevakt som døgnåpen uprioritert tjeneste gir kø, prioriteringsproblemer og i verste fall feildiagnostisering og feilbehandling. Det er godt dokumentert at et gjennomgående høyt pasientvolum og tidspress øker faren for feilvurderinger⁹. I tillegg vet vi at legevakter som er dårlige til å prioritere, medfører et økt press på sykehusene. Små endringer i henvisningsfrekvens på legevakt gir store endringer i arbeidsbelastningen på sykehus³. Dette illustrerer godt hvordan en dårlig organisert legevakttjeneste får store konsekvenser for den øvrige helsetjenesten.

Nordmenn har store og sammensatte forventninger til helsetjenesten. Flertallet ønsker rask og selvbestemt tilgjengelighet uten betydelig egenbetaling, og med stor valgfrihet¹⁰. Befolkningens økende forventninger og krav om en helsetjeneste som alltid er tilgjengelig, som gir rask og riktig diagnose og behandling, utfordrer helsetjenesten. Ikke bare stiller dette krav til innhold og leveranse, men også i hvilken grad helsetjenesten selv bidrar til å forsterke disse forventningene. I utviklingen av legevakttjenesten er det viktig å balansere pasienttilfredshet mot hva som anses som god og effektiv pasientbehandling, maksimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser og fagfolks evne til å prioritere.

Legevakt – en del av en helhetlig helsetjeneste

Forbedring av legevakttjenesten krever et godt samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten. Stor forekomst av grønn haste-

(65) og helsestasjon (74).

³ Dersom en legevakt som håndterer 96 prosent av pasientene selv og viderefører de resterende fire prosentene til spesialisthelsetjenesten, reduserer antall henvendelser til 95 prosent og henviser fem prosent videre, vil sykehuset oppleve en økning i pasienttilstrømmingen på hele 25 prosent (Hentet fra Nasjonal handlingsplan for legevakt 2009, side 38)

grad⁴ viser at flere av henvendelsene på legevakt kan håndteres av fastlegene på dagtid. Områder som har lav dekning av fastleger har høyere konsultasjonsfrekvens ved legevaktene¹¹. En studie har vist at det er stor variasjon i legevaktbruk mellom pasienter ved ulike fastlegekontorer i ett og samme område. Hovedårsaken er organiseringen av fastlegekontorene¹². Dette illustrerer viktigheten av et godt samarbeid mellom legevakt/kommune og de lokale fastlegekontorene. I tillegg har legevakt en viktig rolle som portfunksjon og selvstendig sorteringsmekanisme mot spesialisthelsetjenesten. Organisering og drift av øvrige helsetilbud har således betydning for legevakt. Nye oppgaver for kommunene fordrer et tett samarbeid og avklaring av ansvarsforhold og oppgaver. Tiltak og løsninger for en styrket legevakt må evne å se legevakten som et ledd i en helhetlig helsetjeneste. Personellet i legevakt må ha kompetanse som gir tjenesten en slik rolle.

Fra Vennesla til Oslo til Nesna – en felles løsning for alle?

Norge er et lite land med stor geografisk utstrekning bestående av mange kommuner med varierende størrelse og befolknings tetthet. Flere kommuner har i perioder stor andel turister og hyttefolk, andre opplever rask befolkningsvekst, med en økende andel innvandrere og eldre. I tillegg varierer rekruttering og tilgang på nødvendig helsepersonell. Ulikt pasientgrunnlag, geografi og rekruttering, tilsier at legevaktene står overfor ulike utfordringer. Mindre kommuner har gjerne rekrutteringsutfordringer som kan gi sårbare vaktssystemer og stor belastning på de få legene som deltar. Styrken for småkommuner er imidlertid en tettere kobling med legetjenesten og helsetjenesten for øvrig. Større byer kan ha lange ventetider og prioriteringsutfordringer, i tillegg til at flere legevakter organiseres som selvstendige enheter, gjerne frikoblet fra resten av helsetjenesten.

Dette gjør innretning og organisering av legevakt komplisert, fordi legevaktdistrikter må ta hensyn til lokale forhold som vanskeliggjør universelle løsninger. Samtidig er det avgjørende at standarden på legevaktene er lik over hele landet: Legevaktene må kunne utføre god pasientbehandling av høy kvalitet, uavhengig av hvor i landet pasienten befinner seg. Det er organiseringen og virkemidlene som må tilpasses lokale forhold.

⁴ Definisjonen av grønn hastegrad, ifølge Norsk indeks for medisinsk nødhjelp: Tilstander som ikke haster mer enn at de kan vente til første pas-sende anledning eller ofte til neste dag hos fastlegen.



*«Alle kommuner må ha en plan for hvordan
øyeblikkelig hjelp skal sikres i kommunen»*



2

Kommunen har ansvaret

Alle kommuner er forpliktet til å ha et forsvarlig medisinsk tilbud til personer som trenger akutt hjelp 24 timer i døgnet. Det er viktig at arbeidet med å utvikle legevakttjenesten ikke skjer isolert. Kommunenes styrke og fortinn ligger i å ha mange tjenester og virkemidler å spille på og muligheter til å se tjenestene i sin helhet. Bedre samarbeid mellom legevakttjenesten og øvrige deler av det kommunale tjenestetilbudet kan gi en rekke fordeler. I hvilken grad kommunene evner å trekke på ulike instansers kompetanse og bemanning, varierer. Kommunen har som øverste forvalter det endelige ansvaret for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Dette ansvaret innebærer at kommunene også må *forplikte* seg til en hensiktsmessig organisering.

Kommunene må utføre risiko- og sårbarhetsanalyse

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) er en metode som gir en oversiktlig presentasjon av risikobildet ved å identifisere og vurdere uønskede hendelser. Hensikten med risiko- og sårbarhetsanalyse er å identifisere svake sider ved organisasjon, teknologi, materiell, personell osv., for så å kunne sette inn målrettede og effektive forebyggende tiltak eller justeringer.

Alle kommuner bør pålegges å utføre risiko- og sårbarhetsanalyser med jevne mellomrom for å sikre at legevakttilbudet er dimensjonert ut i fra de reelle behovene, og at problemområder identifiseres og løses. En slik analyse må ta utgangspunkt i et sett fare- og ulykkehendelser. I en ROS-analyse av legevaktene, bør blant annet følgende forhold gjennomgås: legeberedskap, legebemanning, sykepleierbemanning, sikkerhet for ansatte og pasienter, kvalitet på legevakttilbudet, responstid, rekruttering, øvrige kommunale tjenester og samarbeid med fastlegene.

Legeforeningen mener:

- Kommunen må forpliktes til å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for å vurdere trygghet og sikkerhet ved legevakten.
- Sannsynlighet og konsekvens av de hendelsene en legevakt skal håndtere må ses i sammenheng med bemanning, kvalitet på legevakttilbudet, rekruttering, responstid m.v.
- ROS-analysen må danne grunnlaget for kommunens akuttmedisinske plan
- Kommuneoverlegen må ha en sentral rolle i utarbeidelse av ROS-analysen

Krav om en kommunal akuttmedisinsk plan

Det har de siste årene vært lagt større vekt på systematisk beredskapsarbeid i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I Helse- og sosialberedskapsloven heter det at kommunene har en plikt til å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenesten.¹³ Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Disse planene brukes imidlertid svært sjelden. De har heller ikke som mål å fungere som et arbeidsverktøy i det daglige beredskapsarbeidet. For interkommunale legevakter kan det i tillegg være uoversiktlig å forholde seg til flere kommunale beredskapsplaner.

Akuttmedisin utenfor sykehus er en av få oppgaver i norsk helsetesen som løses ved samarbeid mellom personell og ressurser både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. I Samhandlingsreformen pålegges kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Partene skal selv finne lokale løsninger til det beste for pasientene. Akuttutvalget skriver i sin delrapport 2014 til Helse-

Sentrale faktorer som må inngå i kommunenes risiko- og sårbarhetsanalyse:	
Fokusområder 1. Sykdoms- og skadeforekomst 2. Legeberedskap 3. Legebemannning 4. Sykepleierbemannning 5. Kompetanseheving 6. Sikkerhet for ansatte 7. Kvalitet på legevakttilbudet 8. Responstid (Vaktdistriktets størrelse) 8. Rekruttering (vikarbruk) 9. Øvrige kommunale tjenester (KAD, sykehjem m.v.) 10. Samarbeid med fastlegene	Uønskede forhold Mangelfull beredskap og stor etterspørsel Ikke tilgjengelig lege Få leger i vaktordningen Mangel på kvalifisert personell Manglende opplæring, trening og kursing Vold og trusler mot ansatte Feilbehandling, underdiagnostisering, manglende system- og forbedringsarbeid For lang responstid for lege ved alvorlige akutte hendelser, «rød respons». Lang reisevei for pasienter til legevakt. Lang avstand til sykehus, begrenset tilgang på sykehushelikopter Hyppig vikarbruk Redusert kvalitet på medisinsk oppfølging i institusjon, omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg Begrenset tilgjengelighet, mangelfull behandling

og omsorgsdepartementet at de inngåtte samhandlingsavtalene om akuttmedisinske tjenester i liten grad ser ut til å fungere som et planleggingsverktøy for akuttjenesten. De mener det heller ikke ser ut til å ha betydning for pasientbehandling eller ressursbruk¹⁴. Det er viktig at disse samarbeidsavtalene faktisk resulterer i kunnskap om lokale behov og ressurser hos helseforetakene, bedre utnytting av det kommunale/interkommunale akutttilbudet og en ressursbruk som er tilpasset lokale behov.

Alle kommuner må ha en plan for akuttjenesten. Planen må ta utgangspunkt i en gjennomført ROS-analyse. En slik plan vil gjøre det enklere for kommunen å få en oversikt over tjenestetilbudet, kunne vurdere innretning og synliggjøre hvordan kommunen kan bidra til å styrke legevaktjenesten. Dette vil klargjøre kommunenes forventninger til det faglige innholdet på legevakten. Det må avklares hvilke tilstander legevakten skal håndtere og hvilke følger dette får for lokalisering, utstyr, kompetanse og opplæring. Det tydeliggjør også hva pasientene kan forvente av legevakten. En slik plan vil kunne bidra til en bedre koordinering og avklaring av oppgaver mellom legevakt, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må gjøres klart at kommuner og helseforetak ikke kan endre den akuttmedisinske beredskapen uten at det skjer i samarbeid og dialog. En plan for akuttjenesten må blant annet inneholde:

- En tydelig beskrivelse av hva legevakt skal levere av tjenester. Legevaktens faglige innhold må ses i sammenheng med fastlegeordningen, spesialisthelsetjenesten og det øvrige kommunale helsetilbudet
- Krav til utstyr på legevakten. Vurderingen må ta utgangspunkt i avstand til nærmeste sykehus og det øvrige helsetilbudet i kommunen/nabokommunene
- Beskrive tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike instanser i den akuttmedisinske kjede: ambulansetjenesten, legevakt, fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- Beskrive kompetansekrav og hvordan kommunen skal oppnå stabil vaktdekning (bemanningsplan, avlønning mv.)
- En beskrivelse av legevaktens rutiner for opplæring, sikker-

hetstiltak, behandlingsprosedyrer og akuttmedisinske øvelser

- Planen må brukes som et verktøy i kvalitetssikringsarbeid

For å sikre god forankring av planene, må kommunene invitere berørte parter (ambulansetjenesten, sykehus, legevaktleger, sykepleiere og fastleger) til å bidra i prosessen. Sentrale målsettinger for akuttjenesten må defineres og det må være en felles forståelse hos helsepersonellet hva legevakten skal levere av tjenester. Kommuneoverlegen må gis et overordnet ansvar for oppfølging av planen i tett samarbeid med legevaktoverlegen. Den må være gjenstand for diskusjon og forankres i partssammensatte utvalg, som Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalget (ALU). Planen må evalueres jevnlig og oppdateres ved behov.

Legeforeningen mener:

- Alle kommuner må utarbeide en plan for hvordan øyeblikkelig helsehjelp skal sikres i kommunene. Kravet og innhold i planen må nedfelles i akuttforskriften
- Planen må være basert på en risiko- og sårbarhetsanalyse

Lokale forhold må avgjøre behandlingstilbudet

Hva slags tjenester som skal tilbys på legevaktstasjoner, kan ikke vurderes isolert fra resten av helsetjenesten. Innretningen på legevakten må alltid ses i sammenheng med avstand til nærmeste sykehus, tilgjengelighet hos fastlegene, tilgang på kompetent helsepersonell, den samlede ressurs situasjonen mv. I tillegg legger geografi, pasientgrunnlag og bosetting viktige rammer for behandlingstilbudet på legevakten. For eksempel har byer gjerne et større omfang av besøkende, både gjestearbeidere, turister og studenter som ikke har fastlege eller har fastlegen sin i en annen del av landet¹⁵. Flere byer har også en stor andel innvandrere, som benytter legevakt oftere enn resten av befolkningen¹⁶. Dette er mennesker som vil ha behov for enkel legehjelp på legevakten. Her må legevaktene være rustet til å håndtere pasienter

Planarbeid gir resultater: Stavanger legevakt som forbilde

Stavanger legevakt utarbeidet i 2011 en systematisk plan for hvordan legevakttjenesten skulle styrkes. To særskilte forhold gjorde at behovet for en systematisk plan presset seg frem: Faglige, administrative og sosiale forhold ved legevakten hadde over tid gitt gradvis dårligere oppslutning fra fastlegene. En intern-revisjon ble gjennomført ved legevakten i 2009 hvor det ble oppdaget tre avvik og én merknad. På bakgrunn av dette bestemte kommunen og legene i felleskap at det var behov for systematiske endringer som var forankret i en helhetlig plan. Ved utarbeidelsen av planen for Stavangerlegevakten ble de sentrale utfordringene ved legevakten identifisert, blant annet telefonkø, ventetid, lav prioritering av akuttmedisin, lav oppslutning fra fastlegene. Planprosessen for Stavanger legevakt ble knyttet opp mot den lokale avtalen mellom Rogaland legeforening og kommunen.

Kilde: Særavtale Stavanger legevakt 2009–10. Hentet 9.12.2013, fra <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/Saravtale-Stavanger-legevakt-2009-20> 101/

med mindre alvorlige tilstander. I distriktene kan situasjonen være motsatt. Pågangen til legevakten er gjerne mindre, mens avstanden til nærmeste sykehus kan være stor. Det innebærer at legevakten må ha et minimum av utstyr og kompetanse til å håndtere et bredere spekter av akutte tilstander på legevakten.

Legeforeningen mener:

- Lokale forhold ved helsetjenesten, geografi, bosettingsmønster og pasientgrunnlag, må legges til grunn for organisering og dimensjonering av legevakttjenesten

Legevaktens tjenesteinnhold må avklares

I flere av Norges største byer er legevaktene i ferd med å utvikle seg til mer avanserte institusjoner med egen psykiatrisk legevakt, operasjonsstuer, observasjonsposter og overgrepsmottak. Legevaktene oppretter spesialenheter og spesialteam i form av egne enheter innenfor legevakttilbudet eller samarbeidende team, for eksempel innenfor nærmeste helseforetak, slik som egen skadeseksjon eller kirurgisk avsnitt, psykiatrisk legevakt eller oppsøkende team for akutt pleie- og omsorgsbehov. I Oslo fungerer for eksempel ordningen med ortopedisk støtte i skadepoliklinikken godt.

En samlokalisering av flere tjenester kan bidra til å gi pasienter et helhetlig tjenestetilbud for flere akutte lidelser på samme sted. Samtidig er problemstillinger på legevakt i all hovedsak av allmennmedisinsk karakter. Det er viktig at en nedbygging av

grenser mot spesialisthelsetjenesten ikke fører til at allmennmedisinske problemstillinger som hører hjemme på legevakt flyttes inn i sykehus. Legevakt må være et trygt bindeledd mellom allmennhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og den øvrige kommunehelsetjenesten. Dette krever en tydelig og forutsigbar arbeidsdeling mellom legevakt, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Selv om dette er påkrevd i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, er det et stort forbedringspotensial til å gjøre disse avtalene mer operative. Et godt samarbeid forutsetter at ansvars- og oppgavefordelingen mellom ulike nivåer i helsetjenesten er avklart.

Legeforeningen mener:

- Innholdet på legevaktene må alltid ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestens øvrige tjenestetilbud. Det må være klare kriterier for hvilke tilstander som skal behandles hvor
- Et utvidet tjenestetilbud på legevakten må forankres i samarbeidsavtaler mellom legevakten og spesialist- og primærhelsetjenesten
- De lovpålagte samarbeidsavtalene med helseforetaket er et viktig virkemiddel for å styrke kommunenes og legevaktens rolle i den akuttmedisinske kjeden.

Lokale samarbeidsorganer må videreutvikles

Å se legevakten som en del av et samlet kommunalt tjenestetilbud, betinger samarbeid og koordinering på tvers. Legevaktene må kjenne til og samarbeide godt med andre kommunale tjenester. Et viktig premiss for dette er å ha tilstrekkelig med samarbeids- og beslutningsorganer. I flere kommuner mangler dette. Det er viktig at fastleger og legevaktleger inkluderes i kommunenes strategiarbeid for hvordan utfordringer skal løses. Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) er et viktig organisatorisk og administrativt organ som må brukes til å forankre forbedringstiltak i samarbeid med legetjenesten. Sentrale utfordringer ved den enkelte legevakt kan løftes opp til LSU for en nærmere vurdering av overordnede systemtiltak. Legevakt må være fast på programmet i samarbeidsmøter mellom lokalsykehus og kommunene.

Legeforeningen har ved en rekke anledninger påpekt behovet for å styrke LSU som beslutningsorgan for forbedringsarbeid for kommunene. Dette potensialet er ikke tilstrekkelig utnyttet. Det samme gjelder for Allmennlegeutvalget. Allmennlegeutvalget må brukes aktivt for å knytte fastlegene tettere på kommunens planlegging av legevakttjenesten. Organisering av og planarbeidet for legevakten må forankres i fastlegekorpset. I mindre kommuner kan det være lokale forhold som tilsier at LSU ikke er et egnet forum. Samarbeid mellom kommunale helsetjenester foregår ofte i det daglige, uten at møtene går under betegnelsen LSU. I små kommuner er det gjerne mer oversiktlige forhold, som gjør det enklere å ha jevnlig kontakt mellom fastleger, legevakten og kommunen. Alle kommuner må forpliktes til ha faste møteplasser for å utveksle informasjon om utvikling av legevaktstjenesten, innholdet og kvaliteten i tjenesten, nødvendig utstyr, kompetansehevede tiltak og etablering og oppfølging av rutiner. I enkelte småkommuner kan interkommunalt

samarbeid være nyttig for å sikre et bredere faglig samarbeid og kvalitetssikre legetjenestene.

Legeforeningen mener:

- Bedre integrering mellom kommunale legetjenester forutsetter at etablerte samarbeidsarenaer, som LSU og ALU, benyttes mer aktivt
- Lokale samarbeidsutvalg (LSU), fagråd for legevakten og driftsmøter for legevaktlegene er sentrale organisatoriske organ som må brukes aktivt til å forankre forbedringstiltak i samarbeid med de ansatte ved legevakten
- Små kommuner med lav legedekning bør vurdere interkommunalt fagsamarbeid

Kommuneoverlegen må gis et overordnet medisinskfaglig ansvar

Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å kunne skape et legevakttilbud som er i tråd med kommunens behov. Kommuneoverlegen bør derfor ha en sentral rolle i planlegging, etablering og drift av legevakttjenesten. Kommuneoverlegen er en viktig samarbeidspartner for fastlegene og legevakten og skal være kommunens medisinskfaglige rådgiver. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan medisinskfaglig kompetanse benyttes i kommunene i dag. Kommuneoverlegene jobber mange steder i en uavklart ansvarslinje i små stillingsbrøker. Det er viktig at kommunens politiske og administrative ledelse har et godt beslutningsgrunnlag for å gjøre nødvendige prioriteringer i planlegging av legevakttjenesten. En styrket kommuneoverlege vil kunne bidra til å heve kommunenes medisinskfaglig kompetanse. Både i samhandlingsreformen og i forarbeidene til lovverket understrekes det at en styrking av kommuneoverlegen er viktig for at kommunene skal løse lovpålagte helseoppgaver.

Kommuneoverlegenfunksjonen er for i dag for avgrenset og bør få et utvidet ansvarsområde. En naturlig oppgave for kommuneoverlegen bør være å koordinere og kvalitetssikre de offentlige allmennlegeoppgavene. Kommuneoverlegen bør også få ansvar for å samle og bruke helsedata fra de medisinske tjenestene. Å sikre god informasjonsflyt mellom ledelsen i kommunen, fastlegene og legevakten, bør også være en oppgave som tillegges kommuneoverlegen. Å styrke kommuneoverlegens helhetlige lederfunksjon vil hjelpe kommuner til å fjerne «tette skott» mellom tjenestene. Det forutsetter at kommuneoverlegen gis en formell lederrolle. I dagens lovverk er han satt i en rådgiverfunksjon. For at det medisinske grunnlaget skal ivaretas i kommunenes planlegging, må kommuneoverlegen involveres i beslutninger som har konsekvenser for legevakten og det øvrige allmennlegearbeidet.

En kommuneoverlege med samfunnsmedisinsk kompetanse og nødvendige lederfullmakter kan skissere de nødvendige faglige premissene som skiller legevakt fra øvrige helsetjenester, og sette dette i et helhetlig perspektiv. Dette vil sikre en mer koordinert beredskapstjeneste og bedre pasientforløp. Det vil trolig også gjøre jobben som kommuneoverlege mer faglig utfordrende, som igjen kan bedre rekrutteringen.

Legeforeningen mener:

- Kommuneoverlegen må ha et medisinsk faglig systemansvar for alle de kommunale omsorgstjenestene
- Kommuneoverlegen må få ansvar for å koordinere og kvalitetssikre de offentlige allmennlegeoppgavene
- Medisinskfaglige premisser må ligge til grunn for kommunens planer om legetjenestene. Kommuneoverlegen må sikres innflytelse i prosesser som har betydning for det kommunale helsetilbudet slik at faglig forsvarlighet sikres.

Døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og legevakt: Behov for samordning

Kommunenes akuttmedisinske tjenester må ses under ett. Fra 1.1. 2016 får kommunene ansvar for å gi innbyggerne sine tilbud om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Denne ordningen innebærer at en del akuttpasienter med behov for døgntilbud kan tas hånd om i kommunen i stedet for å bli innlagt på sykehus. Ved utgangen av august 2013 hadde 154 kommuner opprettet et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, eller såkalte kommunale akutte døgnplasser (KAD)¹⁷. 2/3 av akuttinnleggelser i sykehus kommer fra legevakten. Det betyr at legevaktlegene har et viktig ansvar med å sortere de riktige pasientene til KAD. Hele 66 prosent av pasientene i KAD blir henvist fra legevaktlege¹⁸. Legevakten er derfor en viktig samarbeidspartner for KAD.

Selv om tilsynsoppgaver i KAD ikke er en avtalt del av legevaktforpliknelsen, har flere kommuner valgt å samlokalisere KAD med legevakt. Samlokalisering kan legge til rette for bedre utnyttelse av bemanningen på tvers av legevakt og KAD. For eksempel kan lege med ansvar for KAD fungere som bakvakt for legevakt. En slik arbeidsdeling forutsetter inngåelse av egen avtale. En viktig forutsetning er at det er tilstrekkelig med legeresurser. Det er en dårlig løsning at legevaktlegen legger pasienter inn i KAD, som de deretter får ansvar for å behandle og følge opp, samtidig som de skal drifte legevakten og ivareta beredskapen. Legevaktleger med ansvar for akutte tjenester og beredskap skal ikke pålegges ansvar for oppfølging av KAD-pasienter uten at det er tilstrekkelig med leger på vakt. Legevakten bør ikke brukes til planlagt oppfølging av pasienter som er innlagt i KAD dersom stabil bemanning og kompetanse ikke er godt nok sikret. Dette er pasienter som kan være svært syke, og som ofte vil ha behov for tilsyn av lege kort tid etter innleggelse. Det vil også svekke legevaktens beredskap betydelig.

En bedre legevaktstjeneste er viktig for at henvisnings- og beredskapsoppgaver i KAD blir godt ivaretatt. Det er viktig at økt arbeidsbelastning kompenseres med bedre bemanning og avlønning. Uavhengig om KAD-plasser er samlokalisert med legevakt eller ikke, er det viktig at det samarbeides om felles beredskapsplanlegging, trening og videreutvikling av kommunenes akuttmedisinske tjenester og fagmiljø.

Legeforeningen mener:

- Samlokalisering av KAD og legevakt krever tilstrekkelig bemanning. Ressurskamp mellom tjenestene må forhindres
- Kunnskap om kommunenes KAD-tilbud må innarbeides i legevaktens opplæringsplaner

Hva er Kommunale akutte døgnplasser (KAD)?

KAD og legevakt er ikke det samme. KAD er et tilbud for pasienter som har vært tilsett av lege. KAD skal være et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. KAD er en kommunal oppgave og det er kommunens ansvar å sikre god kvalitet på tjenesten. Det er kun kommunale leger (fastleger, sykehjemsleger, legevaktleger) som kan legge pasienter inn i KAD. KAD er med andre ord ikke det samme som observasjonssenger på legevakt hvor pasienter ligger i et mer begrenset tidsrom slik at legevaktlegen kan overvåke pasienter med uavklarte tilstander. Fra 1. januar 2016 skal alle kommuner ha kommunale akutte døgnplasser.

Kilde: Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). 2014.

Legevakten må ivareta sykehjemspasientenes behov

Sykehjemmene har endret seg i forbindelse med samhandlingsreformen, og har nå en heterogen pasientgruppe. På den ene siden multisyke, og i stor grad demente, langtidspasienter som er sårbare for flytting og miljøskifte. Disse kan også få akutte tilstander med behov for rask behandling og symptomlindring. På den andre siden mottar mange sykehjem nå utskrivningsklare pasienter fra sykehuset til ferdigbehandling. Disse pasientene er fortsatt svært syke og forverring av tilstanden kan oppstå. Mange sykehjemspasienter er heller ikke stand til å etterspørre nødvendig hjelp.

Sykehjemspasienter må sikres tilgang på rask diagnostikk og behandling. Legevaktene må ha tilstrekkelig med legebemanning, slik at alvorlige og akutte tilstander som oppstår på sykehjem prioriteres. Dette må gjøres uavhengig av geografisk avstand mellom legevakt og sykehjem.

I dag må mange legevaktleger ta vanskelige medisinske avgjørelser for ukjente og dårlige sykehjemspasienter via en telefonkonsultasjon. Dette er ikke faglig tilfredsstillende. Et to-sjiktet vaktssystem med beredskapsvakt og legevaktbil vil kunne sikre sykehjemspasienter bedre tilgang på legetjenester. Som en tilleggsordning bør sykehjemmene gjøre avtale med sykehjemslegen om ubunden tid for telefonkonsultasjoner. Sykehjemslegen har bedre forutsetninger for å gi råd over telefon enn en legevaktlege som ikke har kjennskap til pasienten fra før. Egen sykehjemslegevakt bør innføres i legevaktdistrikter der dette er hensiktsmessig. En sykehjemslegevakt vil også kunne være med og dekke beredskap for KAD-senger. Sykehjemslegevakten bør fortrinnsvis ha spesialkompetanse i utredning og behandling av pasienter med kroniske lidelser, geriatrike og multisyke pasienter.

God legedekning på dagtid er avgjørende for at sykehjemspasienter får nødvendig behandling og oppfølging. Legeforeningen har lenge etterlyst en nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem.

Legeforeningen mener:

- God beredskap på legevakt er en nødvendig forutsetning for at sykehjemspasienter får tilgang på god diagnostikk og behandling når det haster
- Sykehjemmenes akuttmedisinske behov må inkluderes i kommunenes risiko- og sårbarhetsanalyser og akuttmedisinske plan
- Legeforeningens forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem bør innføres



«Det er viktig å nærme seg mange av utfordringene med kvalitet i legevakt tjenesten på et overordnet nivå. Det er behov for en sterkere organisatorisk og administrativ opprusting av legevaktene»



3

Bedre organisering av legevaktstjenesten

Det er viktig å nærme seg mange av problemene med kvalitet i legevaktstjenesten på et overordnet nivå. Kvalitet på legevakt kan ikke kun gjøres til et spørsmål om kompetansen til enkeltleger på vakt eller sykepleiere i legevaktsentralen. Det er behov for en sterkere organisatorisk og administrativ opprusting av legevaktene.

Legevaktene i Norge er ulikt organisert. Flesteparten organiseres hovedsakelig som interkommunale ordninger (flere kommuner deltar i ordningen, legevakten har én lokasjon og én av kommunene har driftsansvar) eller som en ren kommunal ordning. Resten har en blandet organisering. Varierende geografiske forhold

og befolkningsgrunnlag er mest sannsynlig de viktigste faktorene for hvordan kommunene velger å organisere legevaktstjenesten. Ser man bort fra de største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø) er flesteparten av legevaktene i Norge svært små organisasjoner som drives med enkle midler fra et lokalt legekontor¹⁹.

Legevaktdistrikt – organisatorisk fasilitator for legevaktstasjonene

Mangel på en klar struktur og overordnet organisering i legevaktordningen medfører at det i dag er stor innholdsmessig variasjon ved landets legevakter. Dette er spesielt tydelig når det gjelder små og mellomstore legevakter. Mye av den institusjonelle problematikken som over tid har etablert seg ved mange legevakter kan tilskrives svak og tilfeldig organisering. Dette er ofte et resultat av manglende tilgang på administrative og faglige ressurser som kan etablere nødvendige og forutsigbare rutiner over tid.

Det er nødvendig med konkrete endringer i organiseringen i legevaktstjenesten for å sikre pasientene et så likeverdig og godt tilbud som overhodet mulig, samtidig som man skaper forutsigbarhet og trygghet for de ansatte. Det er nødvendig at alle legevaktstasjoner skal utarbeide opplæringsplaner, behandlingsprosedyrer og rutiner for forbedringsarbeid. Innenfor et legevaktdistrikt⁵ bør man derfor ha en hovedlegevaktstasjon som har det overordnede ansvaret for alle legevaktstasjonenes faglige innhold. Kommunene må sikre tilstrekkelig med faglige og administrative ressurser til dette arbeidet.

Mer om legevaktorganiseringen i Norge:

Alle norske kommuner har organisert legevakt, som er i tråd med pålegget gitt gjennom kommunehelsestjenesteloven. Av 191 legevakter i Norge, er 111 (58 prosent) interkommunale og 80 (42 prosent) kommunale (en kommune). I de resterende legevaktdistriktene er det både kommunale og interkommunale organisasjonsformer. Utviklingen de siste årene viser en reduksjon i antall legevakter, fra 220 i 2009 til 191 i 2014. Antall legevakter som kun dekker en kommune, er redusert fra 102 legevakter i 2009 til 80 legevakter i 2014.

Kilde: Morken, Tone; Midtbø, Vivian; Zachariassen, Signe M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Rapport nr. 4, 2014

⁵ Et legevaktdistrikt er det geografiske området som den/de aktuelle legevaktstasjon(en)e skal dekke. Store legevaktdistrikter rommer en befolkning på > 100.000. Middels: 10 000- 99 000 Små: < 10.000.

SE TIL NORD! Legevakt i Nordkapp kommune

Beliggenhet/kommunikasjon: Nordkapp legevakt har ansvar for kommunens 3 200 innbyggere. Befolkningen er nesten fordoblet sommerstid pga. turister som skal besøke Nordkapp. Legevakta er stasjonert i Nordkapp helsesenter i Honningsvåg, og alle fastlegene har kontor i samme helsesenter. Det er hhv 16,18 og 40 mil til kommunesentrene i nabokommunene, så interkommunal legevakt er ikke aktuelt.

Nærmeste lokalsykehus er i Hammerfest, 18 mil unna. Transporttiden til sykehus er 2 ½ time med bil og 20–30 minutter med fly sommerstid og ved godt vær. Vinterstid kan det være stengte veier og ikke mulig å lande fly, og det kan gå mange timer før en pasient kan være på sykehuset. Dette må det tas høyde for på legevakten.

Kommunale institusjonssenger: I helsesenteret er det fire sengepostavdelinger der én av avdelingene med 10 senger ikke har faste beboere og disponeres fleksibelt: fire av sengene er sykestuesenger som i utgangspunktet skal finansieres av Helseforetaket, men faktisk kostnad er mer enn dobbelt av tilskuddet. En sykestuepasient er en pasient som er innlagt til *diagnostisering, observasjon* eller *behandling* som alternativ til sykehusinnleggelse, eller en *utskrevet* sykehuspasient som måtte ha forlenget sitt sykehusopphold dersom sykestue ikke fantes. De øvrige sengene er kommunalt finansiert. De brukes til avlastning og kortere innleggelser for pasienter som ikke defineres som sykestuepasient, og til pasienter som venter på sykehjemsplass. Flexibiliteten gjør at det kun unntaksvis ikke er mulig å legge en pasient inn på Nordkapp helsesenter.

Utstyr og personale: Sengeposten uten faste beboere er økt bemannet, og det er alltid sykepleier på vakt. Ansvarssykepleier mottar alle legevakthenvendelsene, og vurderer hastegrad. Grønn respons henvises som regel til neste virkedag. Flere av sykepleierne har tatt eller er i ferd med å ta, videreutdanning i akuttmedisin.

I tilknytning til vaktrommet er det utstyrt et rom for akutt alvorlig syke pasienter. Der finnes akuttmedisinske medikamenter, akuttseng, hjertebrett, O2, forstøver, intubasjonsutstyr, dråpeteller, EKG, defibrillator, hjerterytmemonitor og utstyr for intravenøs/intraossøs tilgang, surstoffmåling i blodet (SaO2), blærekateterisering, ventrikkelskylling og mulighet for videobasert akuttmedisinsk konferanse med sykehus. Blodprøver som kan tas til enhver tid (når laboratoriet er stengt): Hb, glukose, CRP og Troponin-T.

Legebemanning/stabilisering: Fastlegene har nedfelt i avtalen med kommunen at det skal være minst fem faste leger i vakt. Dette innebærer at kommunen oppretter ny fastlegestilling dersom en lege går ut av vaktordningen. Per i dag er det seks faste leger der fem deltar i legevakt. Turnuslege har bakvakt de første tre månedene. Vaktgodtgjørelsen (vaktklasse 1) utbetales som lønn med pensjons- og feriepengegrunnlag.

SE TIL GJØVIK! Gjøvik interkommunale legevakt

Gjøvik Interkommunale Legevakt (GIL) er interkommunal legevakt for Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Nordre Land, Søndre Land, Gran og Lunner.

Organisering: Gjøvik kommune er vertskommune og ansvarlig for driften. Den lokale ledelse på GIL består av en avdelingssykepleier, en daglig leder og legevaktoverlegen som alle har definerte ansvars- og arbeidsområder. Gjøvik kommune er vertskommune og har inngått avtale med Sykehuset Innlandet om leie av lokaler, personell og telefoni. Legevakten har eget IT-system. Det er inngått en avtale mellom de deltagende kommuner om organisering og drift av legevakten. Det utpekes to råd: *Fagansvarlig råd:* (Fagrådet) Består av leger fra kommunene: Kommuneoverlegen, eller dennes utpekte representant, legevaktoverlegen, tillitsvalgt lege, legevaktens daglige leder samt avdelingssykepleier fra akuttmottaket. Daglig leder er sekretær for Fagrådet og innkaller til møter hver tredje måned.

Styringsråd: (Styringsrådet) Består av representanter fra kommuneadministrasjonen: Helsesjefen eller dennes utpekte representant, kommunens regnskapsfører, legevaktoverlegen, legevaktens daglige leder, representant fra Sykehuset Innlandet Akutt-medisinsk divisjon samt avdelingssykepleier fra akuttmottaket. Legevaktoverlegen er sekretær for Styringsrådet og innkaller til møter hver tredje måned.

Legebemanning: Legevakten har ca. 25 sykepleiere og 50 leger som jobber på legevakten. Legevakten skiller mellom beredskapsvakt og konsultasjonsvakt. Konsultasjonsvakt innebærer at man tar imot pasienter på legevakten. Ved beredskapsvakt er man i beredskap hjemme som ekstra konsultasjonslege på legevakten (hvis det er travelte) eller man kjører på sykebesøk ved behov. Det er ingen faglig forskjell på konsultasjonsvakt og beredskapsvakt. Vakttypene rulleres mellom alle legene. Alle legevaktleger jobber som fastleger i samarbeidskommunene eller som vikar for disse. Eneste unntak er fire turnusleger med turnus i allmennmedisin på fastlegekontorene. Turnuslegene har alltid en bakvakt med fagansvar når de har vakt.

Legevaktoverlege: Legevakten har en fast ansatt legevaktoverlege. Legevaktoverlegen ble først ansatt i 40 prosent stilling som skulle kombineres med jobb som fastlege. Etter en stund ble det inngått ny avtale med kommunen om at legevaktoverlegen avlastet noen av fastlegene som ønsket å jobbe noe mindre på legevakten. Legevaktoverlegen jobber tre vakter i uken som vanlig legevaktlege i tillegg til stilling som legevaktoverlege. Dette var nødvendig for å sikre en ordentlig inn-tjening og kombinere funksjoner mellom administrasjon og legevaktarbeid. Det gir også legevaktoverlegen innblikk i alle detaljer i legevaktens daglige drift. Det gjør at legevaktoverlegen blir godt kjent med legevaktens personale, noe som er viktig når man skal vurdere personalsaker/konflikter. Det har også vært avgjørende at legevaktoverlegen får ha mulighet til å kombinere lederoppgaver med klinisk arbeid.

Legeforeningen mener:

- Alle kommuner bør være deltakere i et legevakt-distrikt som er likt definert uavhengig av tidspunkt på døgnet
- Distriktet kan ha en eller flere legevaktstasjoner. Stasjonene skal fortrinnsvis være utstyrt med leger i tilstedevakt sammen med annet helsepersonell
- I legevakt-distrikter med flere legevaktstasjoner, må det være en hovedlegevaktstasjon med legevaktoverlege som har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for legevaktstasjonene

Legevaktoverlege i alle legevakt-distrikter

Legevakter har behov for en sterk faglig og administrativ ledelse, som klarer å ivareta behov for kompetanse, fagutvikling og kvalitetsarbeid. Mange legevakter har i dag minimalt med faglige lederressurser²⁰. Personer med faglig og administrativt ansvar har ofte små stillingsprosenter. Svært sjelden har ansvarlig lege mer enn 20 prosent stillingsandel, og det er generelt lite ressurser til opplæring og prosedyrearbeid²¹. Mangelen på medisinskfaglig ledelse medfører at ingen tar ansvar for et helhetlig kvalitetsarbeid i legevakt-tjenesten. Kommuner må sette av ressurser til administrering og ledelse i legevakter ved å ansatte legevaktoverleger i alle legevakt-distrikter. I legevakt-distrikter med flere legevaktstasjoner må det være en hovedlegevaktstasjon som bør være legevaktoverlegens base. Legevaktoverlegen må både ha myndighet til og ansvar for en overordnet virksomhetsplan for legevaktstasjonene, fordele ressurser og sørge for at utarbeidede internkontrollrutiner tilknyttet opplæring, informasjon til ansatte og avvikshåndtering etterfølges. Legevaktoverlegen må også sørge for at organisering av og planarbeidet rundt legevakten forankres i fastlegekorpsset ved å etablere samarbeid med LSU. Legevaktoverlegen bør være en av fastlegene som hører til i legevakt-distriktet.

Legeforeningen mener:

- Alle legevakt-distrikt må ha administrativ og medisinskfaglig ledelse med tilstrekkelig kapasitet
- I større legevakt-distrikter må det være en legevaktoverlege i minimum 50 prosent stilling. Øvrige legevakt-distrikter anbefales å ikke ha mindre enn 20 prosent stilling
- Legevaktoverlegen skal være spesialist i allmennmedisin og/eller samfunnsmedisin
- Systematisk kvalitetsarbeid skal være legevaktoverlegens hovedoppgave
- Legevaktoverlegen skal ha ansvar for følgende sentrale oppgaver:
 - Å sørge for en lokal og oppdatert prosedyrehåndbok
 - Etablere et system for grunnopplæringen av legevaktlegene og vikarene
 - Etablere system for opplæring og trening av hjelpepersonell og legevaktlegene
 - Behandling av klagesaker
 - Ivaretagelse og utvikling av akuttberedskap
 - Etablere system for epikriser og god journalføring i legevaktarbeidet
 - Kompetansevurdering av leger og sykepleier

Samarbeid med helseforetaket om den akuttmedisinske kjeden

Fagrådsmøter og driftsmøter bidrar til god organisering

I tillegg til lokalt samarbeidsutvalg (LSU) som en viktig samarbeidsarena og bindeledd mellom kommunen og fastlegene, mener Legeforeningen det må innføres obligatoriske driftsmøter ved alle legevakter. Et driftsmøte er en regelmessig møteplass for de ansatte ved legevakten. Hensikten med et driftsmøte er å kontinuerlig evaluere det daglige arbeidet, alt fra arbeidsrutiner, prosedyrer og bemanningsutfordringer. Driftsmøter ved hver legevakt er svært viktig for å avdekke forbedringspotensial og komme med forslag til tiltak. Det er vanskelig å stå inne for forsvarlig drift av legevakten uten at ledelsen og de ansatte møtes. Et slikt forum er selve nøkkelen til å drive systematisk forbedringsarbeid. Driftsmøter skal være lønnet arbeid og gjøres obligatorisk⁶. Dette sikrer kontinuitet, erfaringsutveksling og gjennomføring av forbedringstiltak.

I interkommunale legevakter, må det i tillegg opprettes lokale fagråd⁷. Fagrådsmøter er en møteplass hvor en fastlege i aktiv vakt fra hver samarbeidskommune deltar i faste møter med legevakten. Fagrådet vil ha viktige og sentrale koordineringsfunksjoner som vurdering av behovet for faglige retningslinjer og driftsendringer. Fagrådet kan også komme med innstillinger til lokalt samarbeidsutvalg (LSU) om ønskede endringer vedrørende fastlegenes virksomhet på dagtid.

Etableringen av fagråd og driftsmøter danner møteplasser som sikrer en kontinuerlig tilpasning av innholdet ved legevaktstasjonene. Disse foraene gjør det mulig å følge med på kvalitet og rekruttering, og sammenlikne oppgavene med ressursene. Her sikres ansatte innflytelse og gis anledning til å komme med innspill til en hverdag de kjenner best.

Legeforeningen mener:

- Driftsmøter og faglige rådsmøter er organiserende prinsipp som må være hovedregelen i alle legevakt-distrikter
- Kommunene må sikre at det avholdes driftsmøter ved alle legevaktstasjoner. Kravet må nedfelles i akuttforskriften
- På driftsmøtene må rutiner og aktuelle fagtemaer gjennomgås
- Alle legevaktlegene bør delta på driftsmøtene. Obligatorisk møteplikt må lønnes

⁶ Ved Stavanger legevakt er det inngått lokal avtale om at driftsmøter er å anse som lønnet arbeid. Her må alle legevaktleger jevnlig delta i gjennomgang av samhandlingsrutiner, sentrale faglige temaer og være fortrolige med alle sider av legevaktens drift (Stavanger kommune 2011).

⁷ Dette er etter modell fra Stavanger. I en lokal avtale mellom Stavanger kommune og Legeforeningen kom man til enighet om å innføre et lokalt fagråd bestående av en lege fra hver samarbeidskommune i legevaktarbeidet.

Utstyr ved legevaktene – lokalsamfunnet avgjør

Valg av utstyr ved den aktuelle legevakten henger sammen med hva slags lokalsamfunn legevakten skal betjene. Ved lang avstand til sykehus må legevakten i enkelte tilfeller måtte gjennomføre behandlinger som i utgangspunktet er naturlige sykehusoppgaver. I kommuner uten døgnåpne apotek må legevakten til en viss grad spille rollen som vakthavende medisinsalg. Dette må ha betydning for valg av utstyr. Det må samtidig være et grunnleggende krav om at utstyr og medikamenter ved legevakten gjør det mulig for vaktlegen å yte umiddelbar behandling ved livstruende tilstander, gi rask lindring og starte behandling av tilstander uten uforvarlig tidstap.

Det er et stort behov for forbedring av legevaktenes tilgang til sentral helseinformasjon om pasientene de skal hjelpe. IKT-løsninger er nødvendig for at ikke viktige beslutninger om undersøkelse og behandling tas på et sviktende grunnlag fordi man har mangelfull informasjon om pasientens sykdomshistorie og pågående behandling. Innføring av elektronisk pasientjournal prehospitalt, integrert med ulike journalsystemer i et felles system, og en tilgjengelig kjernejournal, må prioriteres.

Mangler dokumentasjon om grad av utstyr i legevakt

Det er svært begrenset kunnskap om hvilket utstyr legevaktleger ved kommunale legevakter har tilgjengelig for diagnostikk og behandling. Røntgen- og ultralyd-apparat og alkometer har lite omfang. 90 prosent av legevaktene anvender EKG, urinkateter, otoskop, oftalmoskop og utstyr til sårsutur, gynekologisk undersøkelse og intravenøs tilgang. Seks typer av laboratorieundersøkelser finnes ved omtrent samtlige legevakter: CRP, blodsukker, urinstrimmel, svangerskapstest, streptokokkantigentest og hemoglobin. Utstyret ved norske legevakter styres i stor grad av om legevakten er samlokalisert med legekontorer og at frittstående legevakter har noe mindre tilgang.

Kilde: Rebnord, Ingrid Keilegavlen, Geir Thue og Steinar Hunskår (2009): Utstyr, laboratorieanalyser og medikamenter ved kommunale legevakter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:987–90

Legevaktbil i alle legevaktdistrikter

For at flere legevaktleger skal kunne rykke ut og utføre hjemmebesøk, bør vaktleger ha tilgang til transport. Flere legevaktdistrikter har gått til anskaffelse av legevaktbil. Dette må være et krav i alle legevaktdistrikter. Legevaktbilen må være utstyrt med medisinsk og annet relevant utstyr, blant annet være tilknyttet nødtelefonens GPS, og registrert som utrykningskjøretøy med

mindre lokale forhold tilsier at dette ikke er nødvendig. Fortrinnsvis bør legevaktbilen ha egen sjåfør med relevant utdanning. Hovedregelen må være at leger ikke rykker ut alene med legevaktbilen. I små kommuner, eller steder der flere nødetater er samlokalisert, bør man nyttiggjøre seg av hverandre. For eksempel kan brannmenn være sjåfør på legevaktbil ved utrykning. Ved nærhet eller samlokalisering i sykehjem, kan sykepleiere være med legevaktlegen på utrykning. Sambruk av personell og kjøretøy vil i mange kommuner kunne sikre mulighet for utrykning og sykebesøk.

Å ha mulighet til å rykke ut og utføre sykebesøk er blitt viktigere enn før. Pasienter som tidligere har blitt behandlet i sykehus skal nå behandles i kommunene. Mange av disse er, eller har vært, svært syke og kan få akutt behov for legehjelp. Dersom målene om at antall innleggelser i sykehus skal reduseres, må legevaktleger delta mer på utrykning og sykebesøk. Det er dokumentert²² at antall sykehusinnleggelser reduseres når legevaktleger varsles av AMK og/eller er med på utrykning⁸. Å ha tilgang på legevaktbil vil også bidra til at legevaktleger er mer tilgjengelig for sykebesøk. Muligheten for hjemmebesøk kan være spesielt nyttig når det gjelder pasienter med psykiske lidelser. Vurderingen av disse pasientenes symptomer og funksjonsnivå er ofte lettere å gjøre i hjemmet, og vil i mange tilfeller være til det beste for pasienten.

For å ivareta tryggheten for legevaktleger er det viktig at de defineres som ansatte i kommunen når de er på vakt. Legevaktvaktleger må være dekket av kommunale forsikringsordninger

Legevaktbil ved Bærum legevakt økte antall sykebesøk

Etter at Bærum legevakt gikk til anskaffelse av legevaktbil økte antall sykebesøk med 350 prosent på hverdagene. I helgene doblet besøksantallet seg. I løpet av de første seks månedene ble det gjort hele 1 501 sykebesøk. Det ble også rapportert om færre unødvendige ambulanseoppdrag og færre unødige innleggelser i sykehus. Likeså fikk legevakten positive tilbakemeldinger på service og ventetid. Viktige samarbeidspartnere som politiet, ambulansetjenesten og sykehjem var også godt fornøyde. Dette viser med all tydelighet at legevaktlegers deltakelse i utrykningsarbeid og sykebesøk har direkte innvirkning på ambulansetrykning, sykehusinnleggelsene og pasienttilfredshet.

Kilde: Ambulanseforum (2010): Rullende legevakt for de skropeiligste. Hentet 1. august 2014.

⁸ Når en legevaktlege ble varslet av AMK ved «rød respons» ble 16 prosent fraktet direkte til sykehus. Når vaktlegen ikke var varslet/deltok ble 31 prosent fraktet direkte til sykehus av ambulanse. Hele 70 prosent av alle pasientene var i en ikke-livstruende situasjon.

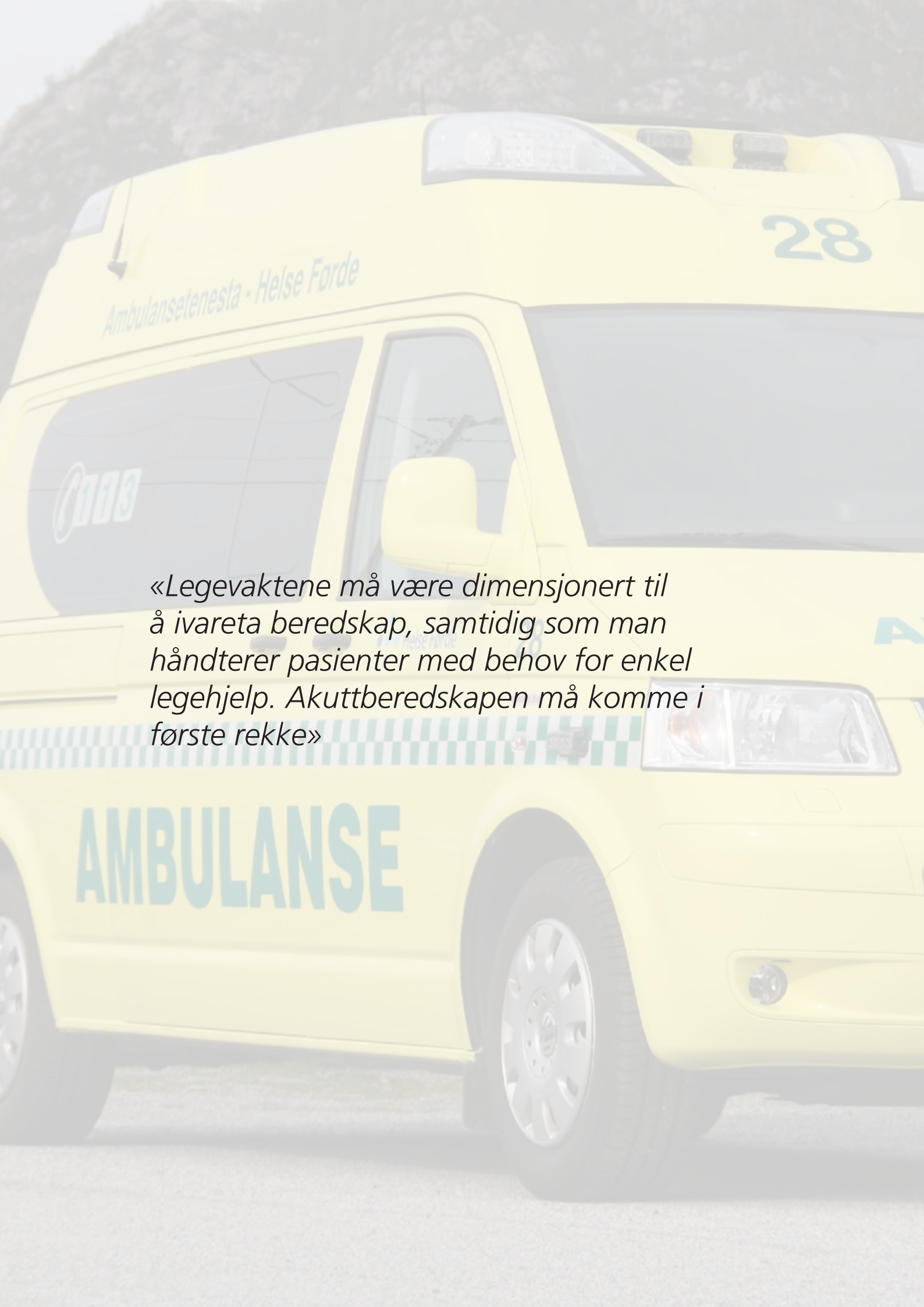
(eksempelvis ulykkesforsikring og yrkesskadeforsikring). Dette gjelder særlig når legen er med på utrykning.

Uniformerte legevaktansatte gir bedre tilgjengelighet

Det finnes eksempler på at legevaktleger ikke har fått tilgang til ulykkessteder fordi de ikke har kunnet identifisere seg. Den 22. juli 2011 kom flere ansatte fra legevakter i nærområdet til åstedet i sivil. Mange hadde store problemer med å komme seg inn og identifisere seg for politi og andre redningsetater på stedet. Legevaktansatte som var uniformert og hadde en uniformert bil, slapp derimot direkte gjennom for å hjelpe. Når tid er en sentral faktor er det viktig at det ikke reises tvil om hvem som jobber for en nødetat. Norsk legevaktforum og Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin har derfor utviklet legevaktuniformer. Flere legevakter har tatt uniformene i bruk. Tilbakemeldingene er at vaktuniformer bidrar til å øke legevaktansattes tilgjengelighet ved at ansatte blir mer synlig. Det øker også profesjonaliteten og anseelsen til legevakten som en nødetat. Ikke minst er det identitetsskapende og bidrar til tilhørighet og yrkesstolthet for alle legevaktansatte. Uniformen fungerer også som en del av ansattes personlige verneutstyr. Det bør derfor stilles krav om at alle legevaktansatte bruker legevaktuniform når de er på jobb.

Legeforeningen mener:

- Omfanget av utstyret ved hver legevakt må beskrives i kommunens akuttmedisinske plan. Utstyret må ta utgangspunkt i lokalsamfunnet legevakten skal betjene. Legevakthåndbokens anbefalinger bør benyttes
- Alle legevaktlokaler må være utstyrt med hjertestarter og ellers ha utstyr for livreddende førstehjelp
- Utstyrslisten ved hver legevakt må gjennomgås jevnlig. Ansvaret må tillegges legevaktoverlegen
- Alle legevaktdistrikter må ha en legevaktbil tilgjengelig med nødvendig utstyr. Sambruk av kommunehelsetjenestens kjøretøy kan vurderes
- Alle legevaktansatte må benytte legevaktuniform
- Utrykningskjøretøy og legevaktuniformer må finansieres av kommunen
- IKT-systemer må prioriteres



«Legevaktene må være dimensjonert til å ivareta beredskap, samtidig som man håndterer pasienter med behov for enkel legehjelp. Akuttberedskapen må komme i første rekke»



4 Legevakt – en tjeneste i endring?

Legevakten er i loven definert som en nødetat for akuttmedisinsk hjelp, mens den av brukerne gjerne oppfattes og brukes annerledes. Flere legevakter har i dag utviklet seg til å bli kvelds-åpne legekontor med pågang av pasienter med problemstillinger som verken er livstruende eller akutte²³. Det er en utfordring for legevaktstjenesten at det er etablert en forventning om at legevakten alltid skal være tilgjengelig: Mange legevakter har kapasitetsproblemer som i ytterste konsekvens kan medføre at de som virkelig har behov for akutt hjelp prioriteres feil, eller får svekket behandlingskvalitet. Kapasitetsproblemer kan også øke risikoen for feil og stress for personalet ved opphopning av pasienter.

Respekt for individuelle oppfatninger av sykdom og skade

Ulike symptomer, sykdomsforløp og opplevd behov for legehjelp erfares svært forskjellig hos ulike mennesker. For svært mange oppleves nettopp helsetilbudet som legevakten representerer en unik trygghet ved sykdom og hendelser som oppleves som akutte. Helsepersonell må respektere og ha forståelse for at behovet for akutt helsehjelp hos pasienten oppleves som nødvendig.

En pilotstudie på tre legevakter (en bylegevakt, en stor interkommunal legevakt og en mindre kommunal legevakt) viste at 6 av 10 pasienter opplevde sin egen helsetilstand som så alvorlig at de måtte ha hjelp med en gang. Bare 1 av 10 hadde forsøkt å få time hos fastlege før de kontaktet legevakten²⁴. I brukerundersøkelser kommer legevakten dårligst ut sammenliknet med øvrige deler av helsetjenesten²⁵. Disse resultatene indikerer at det er nødvendig med en avveining av legevaktens fremtidige funksjon og innhold: Hvordan skal legevaktstjenesten innrette sin grunnleggende drift i fremtiden?

Økt forventning til legevaktens tilgjengelighet må erkjennes

Det er viktig å erkjenne befolkningens økende forventning og ønsker om en helsetjeneste som er tilgjengelig 24 timer i døgnet. Pasienter må kunne stille krav til kort ventetid, god diagnostikk og optimal behandling ved akutt alvorlig sykdom. En legevakt må fungere som et sikkerhetsnett når pasientene ikke kan oppsøke sin fastlege eller øvrige hjelpeapparat.

Samtidig må ikke legevakten bli en *erstatning* for fastlegene. Legevaktene må organiseres sånn at ulike behov møtes med rett tiltak. Noen pasienter vil trenge en legekonsultasjon. For andre vil et medisinsk råd over telefon være tilstrekkelig. Pasienter med ufarlige tilstander må informeres om at fastlegen er beste kontaktpunkt, og tilbys hjelp og veiledning til å få time hos fastlegen sin. Ikke minst må legevaktene må ha gode rutiner for prioritering av pasienter, slik at ikke stor pågang hindrer forsvarlig faglig vurderinger av tilstander som haster.

Legevakt og fastlege er ikke det samme

Mange pasienter oppsøker legevaktkontoret med plager som kunne vært håndtert av fastlegen. Det er flere årsaker til dette. Noen har ikke fått time hos fastlegen – noen har ikke forsøkt en gang, mens enkelte finner det mer beilelig å oppsøke legevakten. Andre får ikke kontakt med fastlegen sin, føler seg avvist eller har vanskeligheter med å forstå systemet. For mange pasienter vil en time hos fastlegen gi mulighet for bedre oppfølging og behandling. En vurdering av sykdom av en ukjent legevaktlege kan ikke sidestilles med oppfølging hos fastlegen. Fastlegene har mulighet til å sette av tid og de kjenner pasientens sykdomshistorie. Pasientenes fastlege sikrer både faglig kontinuitet og trygghet ved en langvarig behandlings- og oppfølgingssituasjon. Når

man treffer samme lege over tid bygges en relasjon som skaper fortrolighet mellom lege og pasient.

For å sikre gode pasientforløp er det også svært viktig at samarbeidet mellom fastlegene og legevakten er god. Fastlegen må ha gode forutsetninger for å følge opp pasienten med tilgang til oppdatert sykehistorie. Dette gjelder spesielt ved overføring av epikriser og oppdatert pasientinformasjon.

Legeforeningen mener:

- Legevaktens primæroppgave er det som virkelig haster. Fastlegen er best når man kan vente
- Fastlegene må ha kapasitet for å hjelpe pasienter samme dag
- Pasienter og helsepersonells opplevelse og vurdering av sykdom og smerte kan være ulik. I slike tilfeller må pasientens behov respekteres
- Godt samarbeid mellom fastlegen og legevakten er viktig: Legevakten må ha IKT-systemer som gir fastlegene tilgang til oppdatert pasientinformasjon

Legevaktene må kartlegge bruksmønster og avklare behov

Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) samler årlig inn epidemiologiske data fra utvalgte legevakter, bedre kjent som «Vakttårnprosjektet»²⁶. Dette gir en samlet oversikt over legevaktaktivitet i Norge⁹, men gir også hver enkelt legevakt oversikt over pasientkontakter, hastegrad, demografiske kjennetegn m.v. På grunnlag av dataene blir det årlig skrevet rapporter både for den enkelte legevakt og totalt. Legevaktene som deltar i prosjektet bruker rapportene til vurderinger, planlegging og evaluering av legevaktstjenesten i de enkelte distriktene.

Demografiske kjennetegn i pasientpopulasjonen, kontaktmåte m.v kan variere, noe vakttårnprosjektet også viser. Derfor er det viktig at hver enkelt legevakt gjennomfører systematiske kartlegginger slik at tjenestetilbudet tilpasses lokale forhold: Når oppsøker befolkningen legevakten? På hvilke tidspunkt er det mest og minst pågang? Hvilke sykdommer og plager er mest vanlig? Eksisterer det store sesongvariasjoner?

Ser man bort i fra vakttårnprosjektet, anvendes systematisk kartleggingsarbeid i varierende grad. Alle legevakter må gjennomføre systematiske brukerundersøkelser for å kartlegge hvorfor pasientene bruker legevakten og til hvilket formål. Legevaktene kan tilegne seg en viss oversikt og kunnskap ved å anvende informasjon fra statistikkmodulen i sitt EPJ-system. Her kan legevaktene finne oversikt over sykebesøk, men det sier lite om alvorlighetsgrad. Legevaktene kan også bruke interne systemer til å kartlegge kontaktraten. Det er et kommunalt ansvar å sørge for at tjenesten som leveres dimensjoneres riktig og avspeiles i

bruksmønsteret og pasientenes behov. Vi vet også at hvordan legevaktene er organisert og dimensjonert har betydning for folks bruksmønster. Det er helt avgjørende at gjensidigheten mellom organisering og bruksmønster ligger til grunn når man vurderer legevaktens organisering og behov for endringer.

Legevaktene må også informere og veilede innvandrere, studenter og innflyttere om fastlegeordningen ved førstegangs registrering og sykebesøk. Systematisk informasjonsarbeid (pamfletter, brosjyrer, opplysning på hjemmesider og muntlig opplysning ved oppmøte og telefon) må innarbeides som en del av den daglige driften. Legevakten må også veilede pasienter slik at de får tilgang til fastlege.

Legeforeningen mener:

- Brukerundersøkelser, kontaktraten m.v. ved legevaktene må ligge til grunn for dimensjoneringen av tjenestetilbudet og behovsavklaringen
- Systematisk informasjonsarbeid om legevaktens funksjon og fastlegeordningen må innarbeides som en del av den daglige driften (telefon, direkte kontakt, hjemmeside, informasjonsmateriell ved oppmøte)

Akuttmedisin på legevaktene må ivaretas

Enkelte legevakter driftes i dag på en måte som gjør at beredskapen må vike til fordel for pasienter som har behov for enkel legehjelp. Dette resulterer i at flere kommuner har svekket beredskap til å ivareta kritisk syke eller skadede. God bemanning er helt avgjørende for at legevakten skal kunne hjelpe pasienter uten fastlege, og ivareta beredskapen. I Oslo har man opprettet egen allmennmedisinsk legevakt på Aker for å håndtere mindre akutte henvendelser. Oslo legevakt har i tillegg gode rutiner for hastegradsvurderinger av pasienter samt god legedekning døgnet rundt. Dette gjør at beredskapen blir godt ivaretatt. Andre legevakter skiller mellom beredskapslege og konsultasjonslege. En slik arbeidsfordeling sikrer beredskapen, og legevakten kan dermed også ta seg av pasienter med mindre alvorlige plager. Legevakter uten tilstrekkelig bemanning vil ikke være i stand til å håndtere pasienter med tilstander som ikke er akutte, samtidig som man ivaretar akuttmedisinske behov.

Legeforeningen mener:

- Enhver legevaktstasjon må innrettes slik at beredskapen og akuttmedisinen kommer i første rekke. Hjelp til pasienter med ufarlige tilstander må ikke gå på bekostning av beredskap.
- Forsvarlig legedekning må sikre at legevaktene er i stand til å hjelpe personer som er alvorlig syke og/eller kritisk skadet

Observasjonssenger på alle legevakter

Pasienter som oppsøker legevakt har gjerne tidlige og uspesifikke tegn til sykdom. På vurderingstidspunktet kan legen være usikker på om pasienten har behov for sykehusinnleggelse og ofte må medisinske beslutninger tas på usikkert grunnlag. Symptomer på mulig alvorlig sykdom kan forsvinne i løpet av noen timer. Flere legevakter har i dag mulighet for å ha pasienter til kort-

⁹ Vakttårnprosjektet utgjøres av syv legevakter som er valgt ut etter definerte kriterier slik at de samlet sett er representative for hele legevaktaktiviteten i Norge. Vakttårnet består av tilsammen 18 kommuner med ca. 230 000 innbyggere.

tidsobservasjon. Det bidrar til å øke kunnskapsgrunnlaget om pasienten og gir legen et bedre beslutningsgrunnlag. Alle legevakter må legges til rette for korttidsobservasjon av pasienter på legevakstasjonen. Dette er å tilrettelegge for god allmennmedisin. Det er imidlertid avgjørende at observasjonssenger ikke forsinket sykehusinnleggelse for de pasientene som trenger det. Forsinket eller uteblitt nødvendig innleggelse innebærer en stor pasientsikkerhetsrisiko. Observasjonssenger må heller ikke forveksles med KAD-senger, som i utgangspunktet stiller andre faglige krav og retningslinjer ved innleggelse og oppfølging av pasienter. Lokale hensyn må avgjøre omfanget av observasjonssenger og god bemanning er en nødvendig forutsetning.

Legeforeningen mener:

- Alle legevakter må ha observasjonsseng(er). Det må være en forutsetning at pasienter skal kunne få legetilsyn med kort responstid
- Omfanget må tilpasses lokale forhold

Mulighet for utrykning

Legevakten representerer nødhjelpen i kommunene. Den må derfor være rustet til å rykke ut til ulykker. Tendensen er imidlertid motsatt. Legevaktleger rykker sjeldnere ut og de drar sjeldnere på sykebesøk. Utrykningen overlates i stor grad til ambulansetjenesten²⁷. Det er viktig at stasjonære legevaktleger ikke distanserer seg fra prehospital akuttmedisin og overlater hele ansvaret til ambulansetjenesten. Ambulansepersonell uttrykker også selv at de ønsker å ha med legevaktlegen på vanskelige akuttoppdrag²⁸. At legevaktlegen er med på utrykning er i tillegg forbundet med bedre pasientbehandling²⁹. Det er også dokumentert at antall sykehusinnleggelser halveres når leger er med på utrykning³⁰.

Det må foreligge en reell praktisk mulighet for utrykning i alle legevaktdistrikter. Mange legevakter er ikke organisert slik at utrykningsfunksjonen blir godt nok ivaretatt. Dette gjelder særlig for legevakter med kun én tilstedeværende lege på vakt. 80 prosent av dagens legevakter har kun én lege på vakt på kveld, natt og helg³¹. I disse tilfellene innebærer utrykning at legevakten er uten lege, noe som kan være risikofyllt dersom det oppstår behov for akutt hjelp mens legen er borte. I motsatt tilfelle kan det være vanskelig å rykke ut til pasienter ved potensiell alvorlig sykdom når leger bruker mesteparten av tiden på problemstillinger som kan håndteres bedre av fastlegen neste dag. Legevaktene må organiseres slik at én lege er frigjort til å være i beredskap for de pasientene som virkelig har behov for legehjelp, enten det er på legevakstasjonen, utrykning og/eller sykebesøk.

Legeforeningen mener:

- Legevakttjenesten må være rustet til både å ivareta pasienter som oppsøker legevakten og rykke ut ved behov

Beredskap må lønnes

Ved de fleste legevakter er legenes lønn aktivitetsbasert¹⁰. Flere pasienter betyr mer inntekt. Legevakt med stor pågang av pasienter er velegnet for næringsdrift fordi det bidrar til å øke produktiviteten. Samtidig må ikke aktivitetsbasert lønn bidra til at det blir utført mange konsultasjoner på enkle tilstander som i utgangspunktet ikke hører hjemme på legevakten.

I hvilken grad medisinske vurderinger og beredskapstankegang vil bli enda sterkere dersom man går bort fra aktivitetsbasert lønn, er uvisst. Det trengs mer kunnskap om hva slags effekt fastlønn og stykkprisfinansiering har for pasientbehandlingen på legevakt. Det er styrker og svakheter ved begge systemer – det handler om å finne de rette kombinasjonene. Hovedutfordringen i dag synes å være at beredskap ikke lønnes godt nok, noe som svekker rekrutteringen og skaper bemanningsutfordringer. Det er viktig at arbeidsbyrden ved å være i beredskap anerkjennes. De fleste legevakter har i dag innført fastlønn på nattestid. Dette er en god løsning. Nattarbeid er belastende og få pasientkonsultasjoner gir lav inntjening. Dette gir et misforhold mellom ubekvem arbeidstid og inntjening. Alternativt kan kommuner også søke å lyse ut alt eller deler av nattarbeidet som faste deltidstillinger.

Det bør også gjøres forsøk med fastlønn for dag og kveld, særlig for leger i beredskapsvakt. Flere legevakter bør innføre et to-sjiktet vaktssystem med ulike avlønningsmodeller. Beredskapsvakt og konsultasjonsvakt må finansieres ulikt. Legevakt må ha god beredskap for uventede hendelser. Leger i beredskapsvakt vil kunne delta på utrykning, utføre sykebesøk og håndtere psykiatri- og ruspasienter. God beredskap vil særlig kunne gi en bedre tjeneste til sårbare pasientgrupper og bidra til betydelig kompetanseheving og trygghet på legevaktene. Der hvor dette ikke er mulig må man finne andre lokale løsninger som en unntaksordning, men hvor krav til bakvakt og finansiering av dette er nøye definert. Legevakter i småkommuner med liten pågang av pasienter bør innføre fastlønn for å sikre god og stabil rekruttering.

Legeforeningen mener:

- Kommunene må ha kunnskap om hva slags konsekvenser avlønningssystemer kan ha for bemanning, kvalitet og beredskap
- Kommunene må utføre pilotprosjekter med aktivitetsbasert lønn og fastlønn
- Legevaktledelsen har ansvar for å minimere uheldige sider ved avlønningssystemer
- For å bedre beredskapen i legevakt bør det gjøres forsøk med fastlønn på dag og kveld

¹⁰ Honorering av legevakt er regulert i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale. En mer presis redegjørelse av legers honorering i legevakt finnes i denne avtalen.

Tilgjengelighet i legevakt

Forventningene blant pasientene som oppsøker legevakten når det gjelder ventetid, god diagnostikk og optimal behandling ved akutt sykdom er annerledes nå enn for bare 10 år siden. Det er naturlig å forvente at pasienter vil ønske ytterligere bedring i tilgjengelighet, ventetid og kvalitet i fremtiden.

Tilgjengelighet til akutt hjelp ved legevakt kan i hovedsak ses ut fra to parametere: Fysisk reiseavstand til legevaktlokalet og graden av tilgjengelighet på telefon for å få veiledning og avklaring i akutte situasjoner. Legevakt i sentrale strøk er lokalisert i større bysentra med god tilgjengelighet til offentlig kommunikasjon og effektiv infrastruktur som gjør fremkommelighet og tilgjengelighet enklere. I en distriktskommune kan lokal geografi, avstand og offentlig kommunikasjon være svært begrensende, noe som kan resultere i reisetid over 60 minutter. Noen legevaktdistrikt dekker i dag et så stort geografisk område at deler av befolkningen opplever legevaktstjenesten som utilgjengelig grunnet lang reiseavstand. Store geografiske dekningsområder medfører også at legen er mindre tilgjengelig for sykebesøk og utrykning til sykehjem.

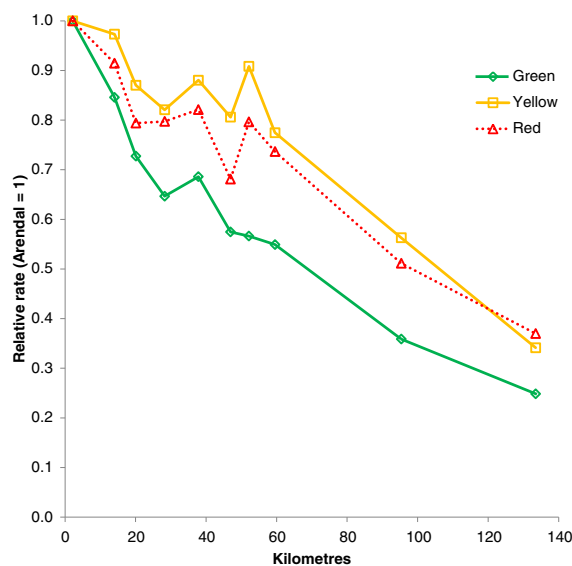
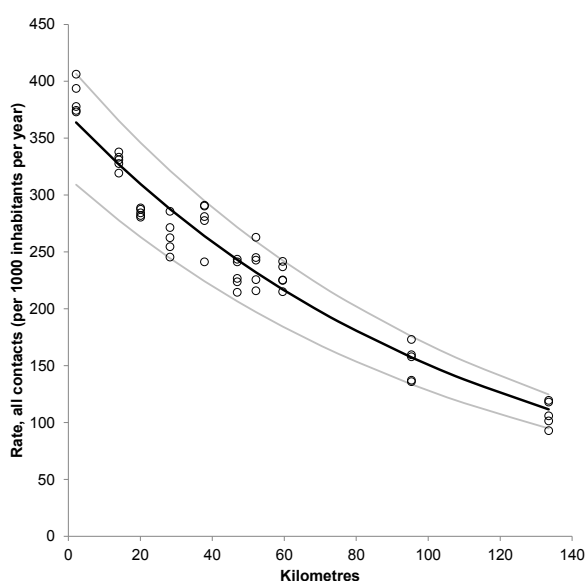
Reiseavstand påvirker legevaktbruk

Studier som har sett på reiseavstand og legevaktbruk, har vist at avstand til legevakten påvirker bruksmønsteret³². Det er vist at konsultasjonsraten ved legevakt faller til under det halve ved en reiseavstand på 43 km eller mer. Kontaktraten til legevakten halveres ved 77 km eller lengre reiseavstand. Økende avstand er assosiert med reduksjon i henvendelser av alle hastegrader, også de mest akutte. Forskningen har imidlertid ikke funnet at reiseavstand er knyttet til økt sykkelighet eller dødelighet.

I arbeidet med å styrke legevaktstjenesten kan diskusjonen fort reduseres til for eller mot sentralisering. Tilhengerne av sentralisering mener store legevaktdistrikter er avgjørende for å kunne sikre bemanning, stabile vaktordninger og gode fagmiljøer. Motargumentet er at befolkningens tilgang på akutt helsehjelp svekkes gjennom økte reiseavstander. Sentralisering kan også medføre at ansatte mister eierskap til, og kunnskap om, lokale forhold.

I enkelte områder vil sentralisering være nødvendig for å kunne sikre stabile vaktordninger og ivareta beredskapen. I enkelte småkommuner vil man ikke kunne gi et trygt legevakttilbud uten at kommuner samarbeider. Legeforeningen vil samtidig advare mot at sentralisering er ensbetydende med en bedre legevaktstjeneste. Det finnes flere eksempler på små legevakter som har laget gode systemer som ivaretar kompetanse, til tross for at de er små. Motsatt finnes det eksempel på legevakter i sentrale strøk med tilgang på god legedekning og kvalifisert personell, men der legevaktene har påvist store mangler og misnøyen blant de ansatte er stor.

Det er viktig at god kvalitet i legevakttilbudet settes som premisser i beslutninger om sentralisering. Det må ikke skapes en falsk trygghet for befolkningen ved at sentralisering skjer på feil premisser. Motsatt må man ikke gi befolkningen en falsk trygghet ved å tviholde på lokale legevaktstasjoner som ikke er i stand til å gi forsvarlig legehjelp. Medisinskfaglige premisser skal ligge til grunn for sammenslåinger, og konsekvenser av sentralisering må alltid vurderes nøye. Det er også behov for mer kunnskap om reiseavstand for å vurdere om fordelene med store legevakter veier opp for ulempene som økt reisetid.



Figur 1: Sammenheng mellom legevaktbruk og reiseavstand. Kilde: Raknes, Guttorm; Hansen, Elisabeth Holm; Hunsbår, Steinar: Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study BMC Health Services Research, 13:222, 2013.

Lokale akuttmedisinske team gir trygghet for alle – Bjarkøymodellen

Bjarkøy kommune er en liten øykommune i Sør-Troms. Befolkningen på øya bruker 1,5 time for å komme seg med bil og ambulansébåt til nærmeste sykehus. Siden 2000 har Bjarkøy kommune gjennomført en vellykket organisering av akuttmedisinske team. Kommunen har en legestilling som deles mellom to leger med lokalvakt på dagtid. På kveldstid, natt og i helger deltar kommunen i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Kommunen sto overfor store utfordringer ved akutte situasjoner: Ofte var verken leger eller ambulansetjenesten tilgjengelig ved akutt sykdom blant øyas beboere. Sykepleierne har ofte vært eneste tilgjengelige helsepersonell i disse situasjonene. I akutte situasjoner har beboerne ringet til sykehjemmet på øya, hvor sykepleierne har gjennomført utrykninger og akuttmedisinske prosedyrer som ikke er deres primær oppgaver. Siden 2000 har sykepleierne trent sammen med legene og tilgjengelig ambulanspersonell på håndtering av akuttmedisinske hendelser. Under treningen blir sykepleierne opplært i å selvstendig håndtere akuttmedisinske situasjoner og samarbeide med ambulansetjenesten. Denne opplæringen skjer internt i kommunen.

Ved varsel om en akutt hendelse rykker to sykepleiere ut med akuttutstyr som er plassert på vaktrommet ved sykehjemmet. Hvis lege ikke er tilgjengelig på Bjarkøy, gjennomfører sykepleierne akuttmedisinske prosedyrer og er i løpende kontakt med vakthavende legevaktlege eller lege på sykehuset. Erfaringene fra Bjarkøy er svært positive blant beboerne, legene og sykepleierne. Samholdet oppleves som styrket, den faglige oppdateringen er hyppig og deltakerne føler seg trygge og er godt forberedt. Kjennskapet til akuttteamet på øya er god og nyter stor tillit blant lokalbefolkningen. Det akuttmedisinske teamet på Bjarkøy er et godt eksempel på kompenserende tiltak med god organisering, som er forankret i lokale forhold og tilgjengelige ressurser. Resultatet er en trygg lokalbefolkning som vet de blir ivaretatt selv om det er lang reiseavstand til nærmeste legevakt.

Kilde: Hilpüsch, F., Parschat, P., Fenes, S. (2011). Bjarkøymodellen – et lokalt akuttmedisinsk team. Ut-posten, 13–16

Legeforeningen mener:

- Sentralisering eller desentralisering av legevakttilbud må være godt faglig forankret
- Konsekvenser av sentralisering av legevaktjenesten må undersøkes nærmere

Kommunene må vurdere kompenserende tiltak

Store geografiske variasjoner i tilgjengelighet til legevakt er en realitet i mange kommuner og som innbyggerne må forholde seg til. Ved lange reiseavstander må kompenserende tiltak vurderes. Det som er avgjørende for tryggheten til befolkningen er at kommunen har kartlagt den lokale situasjonen og iverksetter kompenserende tiltak for områdene med lang reiseavstand til legevakten. Kompenserende tiltak kan variere med lokale behov, men må inngå som en del av kommunenes risiko- og sårbarhetsanalyse. Hensikten må være å sikre innbyggerne hjelp ved akutt helsefare. Bosetningsmønster og befolkningstetthet i ulike deler av kommunen, lokal infrastruktur og ambulansstasjonenes plassering må legge viktige føringer for planleggingen og iverksettelsen av tiltakene. Eksempler på tiltak for befolkningsdelen med over 60 minutters reiseavstand kan være: Informasjonsskriv og opplysning om reiseavstand med telefonnummer ved akutt behov for hjelp eller lokale akuttmedisinske team i beredskap etter avtale med kommunen (Bjarkøy-modellen, se boksen i venstre spalte.)

Legeforeningen mener:

- Lang reiseavstand til legevakt er over 60 minutter
- Kommunene må planlegge og iverksette kompenserende tiltak for deler av befolkningen som har lang reiseavstand til nærmeste legevaktstasjon
- Eventuelle behov for å iverksette kompenserende tiltak må fremkomme i kommunenes risiko- og sårbarhetsanalyse. Forslag til tiltak må inngå i kommunenes planarbeid for den kommunale akutt-tjenesten

Førstekontakt via telefon

Pasienter skal ikke være redde for å møte opp på legevakten. Det er imidlertid alltid klokt å starte med en telefonhenvendelse. Da kan pasienten få kvalifisert vurdering og svar på spørsmål, uten å måtte reise til legevakten. Om oppmøte viser seg nødvendig, kan pasienten tildeles et tidspunkt, slik at lang ventetid på legevaktstasjonen kan unngås. Dette bidrar til å avlaste tjenesten, hindre overforbruk og sørge for at legevakten blir mer tilgjengelig for de pasientene som virkelig har behov for akutt legehjelp.

Førstekontakt via telefon forutsetter god bemanning som sørger for god telefontilgjengelighet for pasientene. Det er viktig at telefoner som haster ikke havner i en lang telefonkø. Når nytt nasjonalt legevaktnummer tas i bruk (116 117) vil alle innkomende telefonsamtaler komme til en operatør i nødnettet, lokalisert ved en legevaktsentral. Responstiden for alle telefonhenvendelser må derfor være kort.

Innføring av Nødnett innebærer at alle legevaktsentraler skal ha en døgnbemannet operatør. De tekniske kravene er høye. Dette medfører at små legevaktdistrikt kan se seg nødt til å inngå avtaler med større distrikt, slik at telefonene besvares av en tjeneste med mer ressurser og god veiledningskompetanse. Dette kan også bety at flere kommuner bør vurdere å slå seg sammen

i større legevaktdistrikt, selv om man beholder sin lokale legevaktstasjon.

Det er samtidig viktig å understreke at telefonrådgiving er krevende, selv for kvalifisert personell som har fått god opplæring. Man kan aldri sidestille telefonrådgiving med pasientmøter. I tvilstilfeller bør pasienter oppfordres til å møte på legevakten. Telefonkonsultasjoner må alltid journalføres. Legevaktssentralene må ha utstyr for lydlogg til å dokumentere samtaler. Samtalene må også brukes til opplæring og kvalitetssikring. Lydloggen bør oppbevares i tre år før den slettes.

En overgang til førstekontakt via telefon vil være mer utfordrende for legevakter med tradisjon for direkte oppmøte. Disse legevaktene må sette seg klare mål for å ivareta en riktig balanse mellom andelen pasienter som ringer og som møter opp direkte.

Telefonkontakt kan gi bedre pasientflyt

I Nasjonal handlingsplan for legevakt fra 2009 er det gjort beregninger av flytting av legekonsultasjoner til telefonkontakt:

- 90 prosent av direkte oppmøtte pasienter ved store legevakter ender opp med en legekonsultasjon
- Ved telefonsamtale som førstekontakt ender 52 prosent i legekonsultasjon
- En realistisk ambisjon er å endre opptil 40 prosent av legekonsultasjonene av grønn hastegrad til å bli håndtert som telefonkonsultasjon eller av fastlegen neste dag
- I 2013 utgjorde telefonkontakt 25 prosent av alle pasientkontaktene³³

Behov for kompetent personell i legevaktssentralene

De tekniske forutsetningene ligger til rette for økt bruk av telefonrådgiving og en slik førstekontakt vil ha en særdeles viktig sorteringsfunksjon. Dette gjelder spesielt for legevakter i områder med høy befolkningstetthet. Oppfordringen til å anvende telefonkonsultasjoner i større grad enn i dag forutsetter at legevaktssentralene er bemannet med kompetent helsepersonell. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har foreslått at minstekrav til kompetanse hos personellet i legevaktssentralen skal være helsefaglig utdanning på bachelornivå, klinisk praksis og spesifisert opplæringsprogram. Det er også nødvendig å utvikle bedre faglige støtteverktøy for telefonrådgiving. Legeforeningen støtter dette. I tillegg er det også viktig at personer som jobber i legevaktssentralene har god kunnskap om lokalgeografi, samferdsel, logistikk og den lokale helsetjenesten.

Der hvor det er lang reiseavstand til nærmeste legevaktstasjon, tar pasientene ofte kontakt via telefon og får råd og hjelp fra vakt-

legen. For å kunne etablere en døgnbemannet legevaktssentral, vil det for mange kommuner være hensiktsmessig å slå sammen legevaktssentraler. Det betyr at telefonhenvendelser som tidligere ble besvart av lege, i stedet besvares av en sykepleier. Selv om telefonrådgiving kan bidra til å styrke tilgjengeligheten til rådgiving fra helsepersonell, vil samtidig store legevaktssentraler kunne redusere kvaliteten på den medisinskfaglige rådgivingen ved at oppgavene flyttes fra lege til sykepleier. Sammenslåing av legevaktdistrikter innebærer også en svekket kjennskap til lokalmiljøet hos operatørene.

Manglende kompetanse i legevaktssentralene

Det er ingen dokumentasjon på hvor mange personer som deler på vaktene i legevaktssentralene, stillingsbrøker eller hvilken klinisk erfaring og opplæring personalet har. I en undersøkelse foretatt i 2006 svarte 24 prosent av kommunene at de hadde annet personell enn sykepleiere, mot 32 prosent året etter, altså en økende tendens. De største gruppene som ble registrert i 2007 var helsesekretær (44 kommuner), hjelpepleiere (38 kommuner) og ambulanspersonell (27 kommuner).

Kilde: Hunsbår, Steinar: ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 75 sider, Rapport nr. 1, 2009

Felles legevaktnummer skaper økt bevissthet

Innføring av telefon som primærkontakt på legevaktene, vil innebære at man i flere legevaktdistrikter må endre folks bruksmønster og forventninger til legevakten. I en spørreundersøkelse som skulle se på befolkningens kjennskap til og bruk av legevakt og medisinsk nødhjelp, fremgår det at bare én av fem husket telefonnummeret til legevaktssentralen på stedet de bor³⁴. Blant personer under 30 år var det bare én av ti som visste telefonnummeret de kunne oppnå kontakt med legevaktssentralen. Legevaktnummeret 116 117 skal innføres i løpet av 2015. Legeforeningen støtter opprettelsen av et nasjonalt legevaktnummer og mener dette kan bidra til å øke bevisstheten om telefon som primærkontakt med legevakten. Helsemyndighetene må utarbeide informasjonskampanjer o.l. for å synliggjøre nasjonalt legevaktnummer

Legeforeningen mener:

- Førstekontakt med legevakt bør være via telefon. Legevakten må alltid søke å finne den beste løsningen i samråd med pasienten
- Økt bruk av telefonkontakt er avgjørende for å sikre effektiv ressursutnyttelse, hindre overforbruk av tjenesten og sikre god behandling som samsvarer med pasientenes behov.

- Førstekontakt via telefon åpner for tildeling av tid for oppmøte, og kan bidra til å redusere misnøyen i befolkningen med lang ventetid på legevakstasjonen
- Telefonsjefen skal utføres av kompetent helsepersonell med tilgang på legeveiledning til enhver tid, og det skal legges til rette for at telefonsamtalene kan dokumenteres
- Opprettelsen av et nasjonalt legevaktnummer er viktig og bidrar til å øke bevisstheten om telefonkontakt for pasientene. Responstid må forskriftsfestes og være under 2 minutter for minst 80 prosent av alle henvendelser.

Hjelp til egenomsorg

Mer enn 25 prosent av alle legevaktkonsultasjoner dreier seg helt eller delvis om såpass enkel problematikk at pasientene ved enkle tiltak kunne håndtert det selv³⁵. Evne til god egenomsorg kan i mange tilfeller gjøre at flere henvendelser kan håndteres av fastlegen og at ressursutnyttelsen i større grad treffer målgruppen for øyeblikkelig hjelp. Det er samtidig viktig å understreke at selvopplevd smerte og skade oppleves svært forskjellig hos ulike individer. For mange vil et kutt i fingeren oppfattes som smertefullt og skremmende, mens andre ikke engang anser det for å være ubehagelig. Det er viktig at pasientene får bedre hjelp og veiledning til å vurdere sin egen situasjon. Legevaktens hjemmesider bør være oppdatert med lett tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet, vanlige medisinske problemstillinger med spørsmål og svar, samt pekere til mer informasjon hos kvalifiserte informasjonstjenester (f.eks. Norsk Helseinformatikk o.l.)¹¹. Informasjonen som gjøres tilgjengelig for pasientene bør så langt det er mulig dekkes på de mest aktuelle språkene i nærmiljøet og ha som mål at tjenesten brukes slik den er tiltenkt.

Legeforeningen mener:

- Evne til egenomsorg kan bidra til å avlaste legevaktstjenesten og sørge for at de sykeste pasientene får nødvendig helsehjelp
- Legevaktens hjemmesider må være oppdatert med tilgjengelig og lettforståelig informasjon

Gode sorteringsrutiner er god og effektiv pasientbehandling

Legevakten skal sikre at når noen søker helsetjenesten for akutt medisinsk hjelp, så skal de få undersøkelse og behandling av lege når dette er nødvendig. Den som mottar henvendelser til legevaktsentralen eller i akuttmottaket på legevakten skal være faglig kvalifisert til å klassifisere og prioritere (triagere)¹² alle

kontakter, eventuelt etter drøfting med vakthavende lege. I legevaktene er det stor pågang fra en uselektert pasientpopulasjon. Mange av legevaktene i de større byene har samlokalisering mellom allmenn- og skadepoliklinikk, psykiatriske og psykososiale tjenester som muliggjør et helhetlig tilbud til pasientene. Det krever både kompetanse og ressurser for å sørge for helhetlige pasientforløp som glir godt mellom de ulike behandlingstilbudene. Gode og helhetlige behandlingsforløp blir etablert gjennom systematisk og planmessig organisering. Det må være en legevaktoverlege som har det overordnede ansvaret for å etablere gode prioriteringsrutiner og sørge for at det utføres i henhold til gjeldende planverk.

Gode sorteringsrutiner er viktig for ventetid, god diagnostikk og optimal behandling ved akutt sykdom. I tillegg bidrar det til god pasientflyt, en verdi som i pasientenes øyne er uvurderlig: De vil bli sett, informert og ivaretatt fra det sekundet de går inn på legevakten¹³.

Legeforeningen mener:

- Brukerundersøkelser og kartlegging av kontaktrate må avdekke om det er behov for etablering av triage-funksjon
- Legevaktoverlegen har i samarbeid med hjelpepersonell og legevaktlegene ansvar for lokal tilpasning av sorteringskriterier

God tilgjengelighet hos fastlegen

Nye oppgaver, blant annet som følge av ny fastlegeforskrift og Samhandlingsreformen, har de siste årene satt fastlegenes tid under press. I fastlegeforskriften er det fastsatt at fastlegene skal være mer tilgjengelig på kontoret med kortere ventetid på telefon og til konsultasjon. Samtidig er de pålagt å gjennomføre flere oppgaver utenfor legepraksisen, som hjemmebesøk, møter med andre instanser osv. At fastlegene pålegges nye oppgaver legger beslag på tid som kunne blitt brukt på pasientbehandling. God tilgjengelighet i fastlegeordningen innebærer at det i større grad hegnes om fastlegens kjerneoppgaver.

Undersøkelser viser at mange pasienter som oppsøker legevakten ikke har forsøkt å nå sin fastlege grunnet tidligere erfaringer eller forventninger om lang ventetid. Samtidig viser studier at pasienter fortrinnsvis ønsker å treffe fastlegen fremfor å oppsøke legevakten. At antall henvendelser til legevakten varierer i takt med tilgjengeligheten hos fastlegene³⁶, understreker viktigheten

¹¹ Tall fra Norsk legevaktregister viser at kun 22 prosent av legevaktene har egne nettsider. Av disse har kun 55 prosent medisinsk informasjon på nettsidene (Ref.: 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).

¹² Betegnelsen «triage» benyttes ofte om systemer for systematisk hastegradsvurdering for å avgjøre i hvilken rekkefølge pasienter skal prioriteres og hvor raskt de vil trenge medisinsk behandling. Systemene som brukes varierer mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden og mellom ulike helseforetak (Kunnskapssenteret 2011).

¹³ Legevakten i Oslo innførte i 2011 et triage-system basert på fargekoder. Etter samtale med sykepleier blir pasienten hasteradvurdert inn i en av følgende kategorier. Rød prioritet: Livstruende. Ingen ventetid. Oransje prioritet: Haster veldig. Du skal raskt tilses av lege. Målsetningen er at du blir tilsett innen 10 minutter. Gul prioritet: Haster. Dette gjelder deg som er syk, men utenfor livsfare. Målsetningen er at du vil bli tilsett innen 60 minutter. Grønn prioritet: Vanlig prioritet Dette gjelder deg som er syk, men som ikke trenger medisinsk hjelp i dag. Ventetiden er svært varierende. Blå prioritet: Haster ikke. Kan få råd fra sykepleier og eventuelt reise hjem. En slik sorteringsmekanisme basert på hastegrad er en effektiv måte å systematisere pasientstrømmen på samtidig som det skaper et viktig kontaktpunkt for gode pasientmøter.

av at alle fastlegekontorer har innarbeidede rutiner for mottak av øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Fastlegens plikt til øyeblikkelig hjelp på dagtid

Det er kommunene som har ansvar for å sikre en for-svarlig organisering av øyeblikkelig hjelp på dagtid, også beredskap for nødnett. Kommunene har mange steder ikke tatt ansvaret for å legge til rette for en effektiv beredskap blant legene. Kommunene må sikre et system for å ivareta ø-hjelp på dagtid. Utplassering av nødnettradio medfører ikke en *organisert* beredskapsordning. Det er derfor viktig at det inngås lokale avtaler. Kommunene må benytte sentrale avtaler eller tilrettelegge for beredskap gjennom lokale avtaler.

Bedre telefontilgjengelighet og effektive kommunikasjonsløsninger

Godt samarbeid mellom legevakt og fastlegene er viktig for at det gjøres god prioritering og oppfølging av pasienter. Mange akutte tilstander som håndteres av legevakten skal følges opp av fastlegen. Legevaktene må ha gode IKT-systemer slik at fastlegene kan få nødvendige opplysninger om sine listepasienter som har vært i kontakt med legevakten (med pasientens samtykke). Fastlegene må for eksempel kunne motta elektronisk epikrise fra legevaktlege hvis en pasient må legges inn på kommunalt akutt døgnopphold. Hvis legevaktssentralen får opplysninger om forhold som bør følges opp hos fastlegen må også legevaktssentralen kunne sende melding/epikrise til fastlegen om dette. Legevaktspersonalet bør også ha tilgang til fastlegedatabasen for å få oversikt over hvem som er pasientens fastlege og tilgang til timebestilling hos fastlegen ved behov for oppfølging eller ved problemstillinger som kan vente. Brukerundersøkelser viser at telefonkø er et av de viktigste ankepunktene mot fastlegens virksomhet³⁷. Tekniske løsninger som bestillings-applikasjoner på smarttelefoner, timebestilling via internett og SMS er effektive og gode løsninger som vil komme både pasientene og legevaktene til gode i det praktiske arbeidet.

Behov for flere fastleger

For legevaktens kapasitet og mulighet til å levere en kvalitetsmessig god tjeneste til akuttpasienter, må potensialet med økt involvering av fastlegene nyttiggjøres i langt større grad enn i dag. Det forutsetter at det er god tilgang på fastleger. I enkelte deler av landet har man utfordringer med å rekruttere fastleger^{38,39}. Ikke bare svekker dette tilgjengeligheten i fastlegeordningen, det får også konsekvenser for bemanningen på legevakt. I kommuner med få leger blir vaktbelastningen fort urimelig stor for de få legene som jobber der, som til gjengjeld gjør det vanskeligere å rekruttere nye fastleger og opprettholde stabil legedekning over tid.

Kan utvidede åpningstider hos fastlegene avlaste legevakten?

Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) antar at det er et potensial for flytting av pasienter fra legevakt til fastlege, men omfanget er usikkert, dog kanskje i størrelsesorden 200 000 pasienter. Dette betinger god tilgjengelighet hos fastlegene. De mener imidlertid at kveldsåpne fastlegekontorer ikke kan begrunnes utfra legevaktens behov. Kveldsåpne fastlegekontor bør først og fremst ses på som økt tilgjengelighet for fastlegenes listepasienter. Kontinuitet i lege-pasientforholdet er det grunnleggende prinsipp i fastlegeordningen. Ved å åpne opp for andre enn fastlegens egne pasienter, vil dette prinsippet svekkes. Legeforeningen støtter denne vurderingen og vil advare mot endringer som uthuler fastlegens listeansvar.

Stavanger legevakt gjorde i 2014 en beregning av legevaktkonsultasjonene for å vurdere om utvidede åpningstider på fastlegekontor kunne avlaste pågangen på legevakten. Tallene viste at det alltid var færre konsultasjoner på kveld på legevakten enn det er fastleger i vaktområdet (under 100 konsultasjoner per kveld og minst 130 fastleger). Dersom antall vaktkonsultasjoner er lik antall fastleger, og halvparten av konsultasjonene på legevakten forsøkes flyttet til fastlegene, utgjør det en halv konsultasjon per fastlege per kveld. Trolig vil man ikke klare å flytte så mange som halvparten av konsultasjonene fra legevakten til fastlegene.

Norsk kompetansesenter for legevaktmedisins analyser av influensarelaterte konsultasjoner hos fastlegene under svineinfluensaepidemien i 2009 bekrefter dette. Selv om den samlede kapasiteten i fastlegeordningen økte betraktelig i denne perioden (fastlegene hadde 125 000 influensarelaterte konsultasjoner under epidemien, legevaktene hadde kun 22 000), hadde hvert fastlegekontor i snitt kun to ekstra pasienter hver dag.

Disse beregningene indikerer at en omfattende innføring av kveldsåpne fastlegekontorer flytter aktivitet fra fastlegenes egen dagtid til kveld, og i svært liten grad flytter legevaktkonsultasjonene.

Kveldsåpne fastlegekontorer vil kunne være et tilbud til pasienter som ønsker forhåndsbestilt time på kveldstid, men altså i liten grad være effektivt for å hjelpe pasienter med behov for akutt hjelp.

Nye oppgaver, en forventet befolkningsvekst og flere fastleger som snart når pensjonsalder, vil legge ytterligere press på fastlegene. Legeforeningens beregninger viser at det vil være behov

for opp mot 500 nye fastleger hvert år i en femårsperiode⁴⁰. For at fastlegen skal kunne bruke mer tid på hver pasient må i tillegg fastlegenes lister bli kortere. Normeringen av listelengde ved fulltidspraksis bør derfor endres. I kommuner med få åpne lister må antall hjemler økes. Det må også igangsettes et utredningsarbeid som ser nærmere på rekrutteringsbehovet i fastlegeordningen i fremtiden.

Legeforeningen mener:

- Tilgjengeligheten for vurdering hos fastlegen på dagtid er avgjørende for pasientenes behov for legevakttjenester, og må styrkes
- Det må skapes insentiver for å sikre at flere fastlegekontorer kan ha utvidede åpningstider
- Samarbeidet mellom legevakten og fastlegene må bli bedre. Legevakten må ha et godt system for elektronisk kommunikasjon med fastlegene
- Det må utarbeides en oversikt over nåværende og fremtidige rekrutteringsbehov i fastlegeordningen

Flere leger på vakt

I distrikter og i små tettsteder er det ikke uvanlig at legevaktleger er alene på vakt, og med lite tilgjengelig hjelpepersonell. Åtte av ti legevakter har kun én lege på vakt på kveld, natt og helg, og bare én av fem legevakter har organisert bakvakt for lege i vakt⁴¹. Blir legevaktleger kalt ut på et hasteoppdrag er dette ensbetydende med at legevakten ikke har lege til å vurdere og behandle andre pasienter som kan være kritisk skadet eller syke. Det medfører også et betydelig ansvar som ene og alene legges på én leges skuldre.

Det er avgjørende for pasientsikkerheten og kvaliteten i legevakttjenesten at hovedregelen skal være to leger på vakt. Ingen legevaktlege bør jobbe alene, enten inne i legevaktlokalet, ved utrykning eller på sykebesøk. Samtidig vil det i enkelte småkommuner være umulig å ha to leger på vakt til enhver tid. Det vil innebære at legene i kommunen har kontinuerlig vaktjeneste. Dette vil virke svært hemmende for rekrutteringen av leger, og skape ytterligere rekrutteringsutfordringer til kommuner som allerede har vanskeligheter med å skaffe kompetente medarbeidere. I enkelte kommuner vil derfor dette kravet ikke kunne gjennomføres med dagens legeressurser. Her må det åpnes for unntaksordninger. I småkommuner bør man søke å kompensere for få legeressurser ved å trekke på annet helsepersonell i kommunen, for eksempel hjemmesykepleie, sykehjemsykepleiere m.v.

I tillegg til faglig trygghet og større fleksibilitet, vil flere leger på vakt skape et større fagmiljø. Dette ivaretar også et viktig behov for veilederfunksjon for turnusleger, vikarer og uerfarne legevaktleger. I tillegg vil to leger på vakt bidra betraktelig til å styrke legevaktens rolle som en nød- og beredskapssetat.

Legeforeningen mener:

- Hovedregelen for alle legevakter bør være minimum to leger på vakt
- Leger bør ikke være alene på legevaktstasjonen

A group of medical students in white scrubs are practicing a procedure in a clinical setting. A female student in the center is leaning forward, with her hands on the knees of a person lying down. A male student stands to her right, observing. Another student is partially visible on the left. The background shows medical equipment and a clinical environment.

«Høy kompetanse hos alle legevaktansatte sikres best gjennom en organisering som tilrettelegger for god fagutøvelse. Da vil legevaktene evne å tiltrekke seg flinke fagfolk»



5

Viktige forutsetninger for kvalitet i legevakt

Allmennedisin er bærebjelken på legevakt

Medisinfaget er i kontinuerlig utvikling. Nye metoder og behandlingsformer forandrer tradisjonelle skillelinjer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasienter som tidligere ble behandlet på sykehus, kan nå få samme behandling i kommunen. Nye teknikker kan utviske skillelinjer mellom fagfelt. Også legevaktene må følge med på den medisinske utviklingen og vurdere tiltak som fornyer og forbedrer tjenestetilbudet. Akuttmedisinen er i rask utvikling med økende krav til rask og avansert behandling utenfor sykehus. Denne utviklingen påvirker naturligvis kompetansebehovet på legevaktene. Flere legevakter har blant annet tilført spesialfunksjoner og/eller spesialteam som en del av tjenestetilbudet eller har sykehusspesialister tilgjengelig ved behov.

Legevaktarbeid, slik det defineres i Norge, er en del av allmennmedisinen. Det store omfanget av vanlige allmennmedisinske problemstillinger tilsier at allmennmedisinsk kompetanse er avgjørende for god kvalitet. Allmennlegers spesialfelt er den uselekterte befolkningen; pasienten som kommer inn på legekontoet med en ukjent problemstilling. Allmennlegenes bakgrunn fra fastlegepraksisen gjør dem bedre i stand til å undersøke og vurdere disse pasientene, enn de som har sin bakgrunn innenfor et spesialområde innen medisinen. Forskning viser også at sentral allmennmedisinsk kompetanse som kommunikasjon med pasienten og konsultasjonsteknikk har avgjørende verdi for sykdomsforløpet, pasientens mestringsevne, fremtidig egenomsorg og fremtidig bruk av legevaktstjenesten⁴².

Selv om flere legevakter utvides til å ha spesialiserte funksjoner, vil fremdeles hovedvekten av problemstillingene på legevakt være av allmennmedisinsk karakter. Kun et fåtall legevakter vil trenge egne spesialteam eller å ha andre spesialister enn

allmennleger tilgjengelig på legevakten. Legevakter bør derfor heller vektlegge utvikling av allmennlegers ferdigheter innenfor utvalgte områder innen legevaktmedisin. For eksempel bør fastleger og legevaktleger tilbys kurs hvor spesialister underviser i spesifikke legevaktproblemstillinger. Kompetansehevingstiltak må vurderes og tilpasses behovene ved den enkelte legevakt. God og systematisk tilgang på veiledning fra leger med annen spesialitet enn allmennmedisin vil i mange tilfeller være nyttig. Dette vil også kunne erstatte behovet for å ansette leger med bakgrunn fra andre spesialiteter enn allmennmedisin.

Ultralyd på Oslo legevakt

Oslo legevakt gikk i 2011 til innkjøp av to ultralydmaskiner. Maskinene brukes hovedsakelig på to indikasjoner: 1) Blødning/og eller smerter i første 12 uker av svangerskapet, 2) Mistanke om en utposning på hovedpulsåren i magen. Teamlederne, de mest erfarne legene på Oslo legevakt, utfører hovedsakelig alle ultralydundersøkelsene. Dersom noen av de mindre erfarne legene har erfaring i bruk av ultralydmaskin, for eksempel fra gynekologisk avdeling, kan de også foreta ultralydundersøkelser. Teamlegene har gjennomført kurs på 1,5 dager og enkelte har hospitert på Ullevål for en mer inngående opplæring i bruk av ultralydmaskinen. Legene er ikke spesialister sammenliknet med radiologene, men har en basiskunnskap til å håndtere pasienter som oppsøker legevakten med symptomer der ultralyd gjort samtidig med den kliniske undersøkelsen, kan bidra til å avdekke alvorlig sykdom.

Krav til legevaktkompetanse

Det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmennleger. Hovedkravet til å jobbe selvstendig på legevakt bør være spesialiteten allmennmedisin, samt leger i spesialisering (LIS) med tre års veiledning. I mange legevaktdistrikter vil det imidlertid være behov for at også andre leger deltar i vaktordningen. Flere kommuner har gode erfaringer med å bruke fast ansatte leger og sykehusleger i legevakt. Leger med engasjement og interesse for legevaktmedisin bør få anledning til å jobbe på legevakt. Forutsetningene for dette er at legene inngår i den normale vaktordningen, har tilstrekkelig antall vakter og deltar i driftsmøter, trening og opplæring. Leger fra andre spesialiteter må ha fullført opplæringsprogram og hatt regelmessige vakter med veiledning før de kan jobbe selvstendig i vakt. Motsatt bør det også stilles krav om at de allmennleger som deltar i vaktordningen, tar vakter jevnlig, slik at de føler seg trygge på legevakts rutiner og øvrig drift.

Kompetanseutfordring i legevakt kan verken løses med å stille krav til et enkelt kurs eller ved å gjøre legevakt obligatorisk i et spesialiseringsløp. Høy kompetanse sikres med god organisering som tilrettelegger for god fagutøvelse. Da vil legevaktene evne å tiltrekke flinke fagfolk.

Legeforeningen mener:

- Legevakt er allmennlegearbeid
- Leger fra andre spesialiteter enn allmennmedisin har også sin plass i legevakt. Det må stilles krav til gjennomført opplæring og regelmessige vakter
- Kompetanseoverføring fra enkelte spesialiteter vil kunne bidra til å styrke allmennlegers legevaktkompetanse

Synkende deltakelse fra fastlegene på legevakt

Det er etterhvert blitt kjent at mange fastleger ikke deltar fullt ut i legevaktordningen eller har færre vakter enn ordningen tilsier, til tross for obligatorisk plikt¹⁴. Vaktene blir byttet bort til vikarer, sykehusleger, universitetsansatte o.l. I tillegg tar mange turnusleger legevakter av økonomiske årsaker. Mye av dette kan tilskrives krevende arbeidsforhold og svært varierende rammevilkår for legevaktarbeid.

Fastlegene er forpliktet til å delta i legevakt uavhengig av standarden på den legevakttjenesten kommunen organiserer. Det er altså ikke ordinære mekanismer ved ansettelse hvor søkere kan vurdere arbeidsgiver og tjenesten før man går inn i en stilling. I de fleste andre typer virksomheter i helsetjenesten må man tilrettelegge for kvalitet for å kunne rekruttere den beste arbeidskraften.

Det er en klar tendens til at vakt deltakelsen blant fastleger er lavere i store og sentrale kommuner enn i små utkantkommuner.

Det er fem ganger så stor sjanse for at en fastlege i en utkantkommune har legevakt, sammenliknet med en fastlege i en sentral kommune⁴³. Både i Stavanger og Oslo¹⁵ har fastlegene deltatt i begrenset omfang. Fastleger i sentrale kommuner har større muligheter til å gi fra seg vakter til andre leger eller trekke seg helt ut av vaktsystemet, uten at legevakten bryter sammen⁴⁴. Det er også dokumentert at fastleger med stor belastning i ordinær arbeidstid, vegrer seg mer enn andre leger for å gå legevakt⁴⁵. I kommuner med dårligere legedekning er mulighetene for å frasi seg vaktene begrenset. Dette gjør legevaktene sårbare og det hviler et stort ansvar på fastlegene i småkommuner.

Flere fast ansatte legevaktleger

Legevakter i sentrale strøk har gjerne god tilgang på kompetent helsepersonell. Utfordringen for flere kan imidlertid være stort gjennomtrekk av ansatte som gir manglende stabilitet og hyppig bruk av vikarer. Det er til gjengjeld stor pågang av pasienter på legevakter i sentrale strøk. Mange opplever økende etterspørsel og flere sliter med kapasitetsproblemer. Dette stiller høye krav til gode rutiner og et drevent personale som kjenner godt til legevaktdriften. God kjennskap til interne rutiner og behandlingsprosedyrer er vanskelig å opprettholde med hyppige utskiftninger. For å sikre stabilitet og kontinuitet bør legevakter i distrikter der det er hensiktsmessig, ansette legevaktleger og hjelpepersonell i faste stillinger. Å ansette leger som har et engasjement for legevaktmedisin og som ønsker å jobbe der vil trolig også ha positive ringvirkninger for resten av helsepersonellet. For de minste legevaktene, som kun har åpent kveld og natt, og med relativt få konsultasjoner, vil det være vanskelig å forsvare fast ansatte legevaktleger.

For å oppnå spesialiteten i allmennmedisin, må leger jobbe et fastsatt antall timer i en åpen uselektert allmennpraksis. Dette innebærer at leger som kun jobber i legevakt ikke blir spesialister i allmennmedisin. Fast ansatte legevaktleger bør ha permisjonsordninger som gjør det mulig å ta vikariater i åpen uselektert allmennpraksis for å bli spesialister i allmennmedisin. Kommuner som har fast ansatte legevaktleger må derfor tilby disse vaktlegene mulighet for å jobbe som fastleger. Dette vil bedre kvaliteten og styrke rekrutteringen gjennom å gjøre faste stillinger i legevakt mer attraktivt.

Legeforeningen mener:

- I store byer der det er organisert døgnåpne legevakter, bør legevaktene også være bemannet med fast ansatte legevaktleger
- Fast ansatte legevaktleger må ha allmennmedisinsk kompetanse
- Kommuner og legevakter med fast ansatte leger må tilpasse ansettelsesforholdet slik at legene kan bli spesialister i allmennmedisin

¹⁴ Tall fra Norsk legevakregister viser at over halvparten av vaktene i 2013 ble tatt av andre leger; heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. Bare 43,6 prosent av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger ble utført av fastleger.

¹⁵ I 2008 hadde 350 av Oslos 450 fastleger vaktplikt (ca. en vakt per måned). Det var imidlertid bare 150 leger som aktivt deltok i tjenesten, resten satt vaktene sin bort til andre. Mange av disse vikarlegene har ikke fastlegeavtaler.

Gode legevakter sikrer rekruttering av fastleger

Legeforeningen mener det må være et mål om at fastleger *ønsker* å delta i legevaktarbeid. Fastleger har både breddekompetanse og lokalkunnskap, to viktige forutsetninger for å jobbe på legevakt. Helsetilsynet er blant dem som mener en styrking av fastlegenes deltakelse i legevakt vil bidra til å redusere antall uheldige hendelser⁴⁶.

For at flere fastleger skal delta i legevakt, må legevaktarbeid organiseres bedre. I Stavanger protesterte fastlegene mot fast deltakelse fordi forholdene ved legevakten hadde for store mangler, både hva gjaldt de generelle arbeidsforholdene, men også legevaktens faglige innhold og kvalitet¹⁶. Stavanger brukte lenge 90 prosent eksterne leger. Stavanger er ikke alene. Ved flere legevakter landet rundt har leger protestert mot hva de anser som faglig uforsvarlig forhold ved legevaktene (Tønsberg⁴⁷, Bergen⁴⁸). Det er viktig at det legges til rette for at fastlegene kan kombinere legevaktarbeid med arbeidet i sin daglige praksis, samtidig som fastlegene opplever legevaktarbeid som faglig forsvarlig.

At legevaktarbeid er pålagt fastlegene er et uheldig utgangspunkt for en viktig arbeidsoppgave, og kan medføre at kommunene i liten grad engasjerer i å modernisere legevakten. Utgangspunktet bør heller være at det inngås avtaler om oppgaver for kommunene i tillegg til fastlegepraksis, gjennom utlysning, søknad og avtaler. Det bør utvikles flere modeller for organisering og finansiering, slik at kompetanse og beredskap blir godt ivarettatt.

Legeforeningen mener:

- Det er en faglig styrke at leger som kjenner lokale forhold og allmennmedisinske problemstillinger jobber på legevakt
- Viktige tiltak for å få fastlegene tilbake i legevakt er strengere krav til legevaktens faglige innhold og bedre arbeidsvilkår
- Legevakter må legge opp til fastlegevennlig turnus, eksempelvis sen vaktstart og kortere vakter

Legevaktarbeidet må differensieres

Selv om det skal være et mål om å få flere fastleger til å delta i legevaktarbeidet, vil det i flere legevaktdistrikter være svært u hensiktsmessig å legge opp til at alle fastlegene skal ha legevakt. Et slikt krav vil innebære at fastlegene har legevakt svært sjelden. Med sjeldnere legevakt blir det sjeldnere akuttmedisinske problemstillinger, som igjen fører til at den akuttmedisinske kompetansen blir dårligere. Dersom man skal kunne ha god kjennskap til legevaktdriften, rutiner og behandlingsprosedyrer, og i tillegg føle seg bekvem med legevaktarbeid, er det ikke tilstrekkelig med legevakt kun 1–2 ganger i året.

Fastleger som deltar i vakt bør ha legevakt ofte nok til at de opprettholder god legevaktkompetanse. Der tilgangen på fastleger er stor, bør det legges opp til at en mindre gruppe fastleger med interesse og engasjement for legevaktkompetanse dekker vaktene.

Det er viktig å legge til rette for at fastleger med lang erfaring fra legevaktarbeid kan dele erfaringer og kompetanse med yngre kollegaer. Legevaktarbeid bør derfor differensieres mer enn i dag. Utvikling av prosedyrer, ansvar for veiledningsgrupper og å arrangere kurs, er eksempler på oppgaver som kan gjøres av erfarne fastleger som har interesse for legevakt. Det kan føre til at flere fastleger ønsker å delta i vaktarbeidet.

Legeforeningen mener:

- Legevakttjenesten i sentrale strøk bør samles på færre fastleger, som til gjengjeld vil være en tett integrert del av tjenestetilbudet. Disse fastlegene vil ha hyppigere vakt og bli bedre kjent med rutiner innenfor akuttkjeden
- Denne gruppen fastleger bør få fritak fra annen offentlig tjeneste
- Fastleger, som er en del av legevaktkorpset, må ha ofte nok vakt slik at legevaktkompetansen opprettholdes
- Legevaktarbeid må differensieres. Dette sikrer erfarings- og kompetanseoverføring, styrker kvaliteten og tilrettelegger for at flere fastleger kan delta i legevaktarbeid

Legevakt som læringsarena

I dag er opplæring og kompetanseutviklingen i legevakt for tilfeldig og variabel. Bare halvparten av legevaktene har skriftlig kompetanse- og opplæringsplan for sykepleiere og legevaktleger⁴⁹. Det må stilles krav til kompetanse hos de som arbeider i legevakt. Kompetanseutvikling innebærer prosedyregjennomgang, øvelse og samhandlingstrening. Det må være obligatorisk deltakelse i tverrfaglige driftsmøter, trening og samhandling med ambulansene, trening på akuttprosedyrer i tverrfaglige team, samt akuttmedisinske kurs.

Legevaktene bør også kunne brukes som undervisningsarena for medisinstudenter. Det må defineres tydelige læringsmål og legevaktene må ha tilstrekkelig arealer og bemanning.

Systematisk opplæring av alle nyansatte

Ingen ansatte skal jobbe på legevakt uten å ha gjennomført nødvendig startopplæring. Dette innebærer innføring i lokale rutiner, internkontrollsystem, bruk av helseradio, lokal geografi og samhandlingstrening. Dette må ivaretas av legevaktledeelsen. Kommunene må dekke kostnadene til opplæring til alle vaktleger. Dette må gjelde alle vaktleger. Det må også tilrettelegges for at leger kan delta i kompetansehevende kurs i legevaktkompetanse, utover akuttmedisinsk trening. Fastleger kan få dekket reise og opphold for kurs fra legenes utdanningsfond. En enkel og rimelig stimulans til kompetanseheving vil være å dekke kursavgiften for spesifikke legevaktkurs.

Trening gir trygghet

Legevaktleger og personell på legevakt er helt avhengig av akuttmedisinsk trening for å levere den nødvendige kvaliteten på tjenesten og for å føle trygghet på arbeidsplassen. Det er vist at det er lite systematisk oppbygging og vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse ved legevaktene i dag⁵⁰. Samhandlingsrutiner både

¹⁶ Så lenge det fantes frivillige leger som kunne påta seg vaktene, kunne fastlegene fritas fra legevakt. Stavanger kommune og Den norske legeforening var i en forbedringsprosess i 2009 som ledet frem til viktige strukturelle forbedringer i legevakttjenesten.

internt i legevakten og med øvrig personell i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utgjør i tillegg et viktig fundament for praktisk og kontinuerlig kompetansebygging.

Spesifiserte krav til samhandling og trening med blant andre ambulansetjeneste gir en nødvendig trygghet i situasjonene som måtte oppstå for leger som rykker ut til skadested eller på legevakten. Det er opplagt at dette også er helt avgjørende for en best mulig vurdering av pasientene som foretas på et skadested eller på selve legevakten, og den videre behandlingen i den akuttmedisinske kjede. Kommunen har ansvaret for at vaktlegene og annet hjelpepersonell besitter nødvendig kompetanse. Dette må skje gjennom planlegging og gjennomføring av forskriftsfestet opplæring og trening.

Legeforeningen mener følgende elementer i opplæringstilbudet bør forskriftsfestes:

- Legevaktlegen skal beherske bruk av nødnett og helseradio
- Legevaktlegen skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin
- Legevaktlegen skal som et minstemål være sikret todagens grunnopplæring (Grunnopplæringen skal være lokalt tilpasset og inneholde: lokale rutiner, prosedyrer, internkontrollsystem og geografi)
- Legevaktlegen skal beherske norsk muntlig og skriftlig på høyt nivå

De foreslåtte punktene gjelder alle leger som skal jobbe på legevakt, også turnuslegene.

For at en slik endringsprosess skal ta form og bli en naturlig del av den daglige driften, må sikring av kompetanse fremgå tydelig av legenes og hjelpepersonellens vaktplan og inngå som honorert arbeidstid. Det er viktig at vaktleger som deltar i legevaktturnus vedlikeholder sin kompetanse som er direkte knyttet til utførelsen av arbeidet.

Legeforeningen mener følgende tiltak for legevaktleger må forskriftsfestes:

- Det skal minimum være deltakelse i akuttmedisinsk samhandlingstrening en gang per kalenderår (trening med ambulansetjenesten og tverrfaglig trening i akuttprosedyrer)
- Deltakelse i faglige driftsmøter

Helsedirektoratet kan gi dispensasjon for leger som ikke oppfyller kompetansekravene. Det må gis gode begrunnelser for å få innvilget dispensasjon.

Faglig utvikling må prioriteres

For ansatte i legevakt kan man ikke gjennomføre kompetansehevede tiltak mens man er på arbeid, utover enkel sjekk av utstyr og personlig gjennomgang av enkle rutiner. All opplæring vil derfor kreve at ansatte møter opp utenfor ordinær turnus. Dette må anes som lønnet arbeid.

Alle ansatte ved legevakten utgjør en viktig del av den samlede kompetansen. Sykepleietjenesten er i minst like stort behov for

systematisk opplæring som legene, fordi ferdighetene man trener ikke inngår i grunnutdanningen, og er spesielle for tjenesten. Selv uten formelle utdanningskrav er det helt nødvendig med ganske omfattende opplæring av nyansatte, og det er vesentlig å sikre en systematisk kompetanseheving.

Døgnskuttet drift gir også et høyt antall vakter utenom dagtid. Ofte benyttes et høyt antall små stillingsbrøker for å få vaktplanen til å gå opp. Dette kan ha en negativ effekt på stabiliteten.

Legeforeningen mener:

- Legevaktoverlege må utarbeide en opplæringsplan for leger og sykepleiere som beskriver start- og systemopplæring, akuttmedisinsk samhandlingstrening og kompetansehevingstiltak
- Alle legevakter må vektlegge utvikling av faglig kompetanse for leger, sykepleiere og annet helsepersonell

Legeforeningen mener det bør stilles følgende krav til legevaktleger:

- Akuttmedisinsk kompetanse må være et krav hos alle legevaktleger
- Alle legevaktleger må ha gjennomgått obligatorisk startopplæring. Kommunen må sørge for at kostnader til startopplæring dekkes
- Lovpålagt akuttmedisinsk samhandlingstrening må være obligatorisk
- Akuttmedisinsk samhandlingstrening og annen tverrfaglig trening bør godkjennes som kurs

Legeforeningen mener det bør stilles følgende krav til sykepleiere og øvrig helsepersonell:

- Legevakter må unngå små deltidstillinger for sykepleiere og annet helsepersonell
- Det bør gjennomføres egne kompetansedager for sykepleierne
- Det må fastsettes utdanningskrav for legevaktsykepleiere, i tråd med anbefalingene i Nasjonal handlingsplan for legevakt

Vikarbruken må kvalitetssikres

Ønsket om vakt deltakelse fra andre frivillige leger kan i byer og sentrale strøk være stort. Det kan være verdifullt at yngre sykehusleger får vedlikeholde vaktkunnskap ervervet i turnustiden og får en breddekunnskap og forståelse av kommunehelsetjenesten. Å overlate vakter til leger som ikke har erfaring fra allmennmedisinsk arbeid og lokale forhold kan samtidig være problematisk. Det er vist at hyppig bruk av vikarleger øker risikoen for feil på legevakt⁵¹. Bruken av leger uten allmennmedisinsk kompetanse og uten tilknytning til den kommunale helsetjenesten bør derfor begrenses.

Flere legevakter er imidlertid nødt til å benytte seg av vikarleger for å sikre god bemanning. Utfordringen med vikarbruk er at den ofte er vilkårlig. Det stilles ikke faglig krav til vikarlegen og det er manglende startopplæring og oppfølging av vikarlegene.

Det er nødvendig å etablere rutiner for vikarbruk på legevakt. Det kan ikke tillates at leger med vaktplikt finner egne vikarer til å dekke vaktene sine. Kommunene må ta ansvar for rekrutteringen. De må sørge for at vikarleger har tilstrekkelig kompetanse, og gis nødvendig opplæring og oppfølging. Vikarer som jobber på legevakt må være godkjent av kommunen. Kommunenes ansvar for å godkjenne vikarer må nedfelles i akutforskriften. Dette gjelder også for fastleger og turnusleger som vikarierer. Flere kommuner bør opparbeide seg en vikarpool der alle vikarlegene er godkjent av kommunen.

Hyppig vikarbruk går utover kontinuiteten i arbeidet med systemutvikling, kunnskapsutveksling og andre kvalitetshevende tiltak. Det er tidkrevende og kostbart å sikre at alle vikarleger får tilstrekkelig med opplæring og oppfølging. Dette er tid og ressurser som kan brukes til å utvikle ansattes ferdigheter og annet kvalitetsarbeid.

Legeforeningen mener:

- Alle kommuner må ha definert kompetansekrav til vikarleger. Kommunenes ansvar for å godkjenne vikarer må nedfelles i akutforskriften
- Kommuner må ha rutiner og systemer for bruk av vikarer. Leger med vaktplikt kan ikke ordne egne vikarer
- Kommuner må ha oversikt over når og hvor ofte vikarer tas i bruk, og vurdere tiltak for å redusere hyppig vikarbruk. Vikarbruk må utgjøre en del av kommuners risiko og sårbarhetsanalyse.
- Uerfarne vikarleger må ha støtte fra erfarne leger. Den av legene med mest kompetanse skal ha hovedansvar for ivaretagelse av akuttutrykking, veiledning og telefonstøtte i legevakten.

«Lærdal-modellen» – eksempel på vellykket vikarbruk

Lærdal er en liten utkantkommune med ca. 1 000 innbyggere. Kommunen er bemannet med to faste leger (hvorav en av disse er kommuneoverlege) og en turnuslege. Med kun tre leger ansatt i kommunen, blir vaktbyrden på hver lege stor. Lange avstander vanskeliggjør vaksamarbeid. Kommunen gjør derfor fast avtale med et vikarbyrå om leie av vikar ti dager per måned, fra fredag ettermiddag til neste mandag morgen. Vikaren tar alle vaktene i perioden, og kun det. Vikaren har fri på dagtid mandag-fredag, men kan ev. komme på morgenmøte og referere hvis det har skjedd viktige/dramatiske ting på vakt. Vikaren får fastlønn. Med vikarordningen er ti av månedens vakter besatt, inkludert to helger. Turnuslegen har tredelt vakt i et halvår, og tar ti. Da er det fem vakter i måneden igjen til hver av de to faste legene, som er overkommelig for kommunenes fastleger.

Forslag til opplæringsplan av leger og sykepleiere:	
Leger:	Krav
Startopplæring	Obligatorisk for nye leger med vaktplikt, utenfor vaktplanen. Holdes to ganger i året, i forbindelse om oppstart for nye turnusleger
Systemopplæring	Jevnlige driftsmøter med alle vaktleger, utenfor vaktplanen Utviklings- og kvalitetsarbeid (kurs)
Kompetanseheving	God kompetanse i akutte allmennmedisinske problemstillinger
Akuttmedisinsk samhandlings-trening (forskriftsfestet krav)	Utrykkings-, dag- og nattleger må være trent i alle relevante akuttmedisinske situasjoner og må gjennomføre årlig samhandlingstrening med ambulansetjenesten, utenfor vaktplanen Øvrige legevaktleger må gjennomfører intern trening hvert år
Sykepleiere:	Krav
Startopplæring	Obligatorisk for alle, men utenfor vaktplanen
Kompetanseheving	Obligatorisk for alle, men utenfor vaktplanen
Akuttmedisinsk trening	Det utvikles et internt treningsopplegg, for akuttmedisinske situasjoner

Legevakt – en viktig læringsarena for turnusleger

Turnusleger trenger legevakt som læringsarena for allmennmedisinsk akuttmedisin. Dette er verdifull kunnskap enten de fortsetter å jobbe i allmennmedisin eller i sykehus. Men det er avgjørende at legevakttjenesten er en trygg og faglig forsvarlig del av turnustjenesten. Turnuslegene er de minst erfarne legene i allmennmedisin og bør slippe å få ansvaret alene for befolkningens akuttmedisinske beredskap. Mange turnusleger har praktisert på større sykehus og har begrenset erfaring med selvstendig klinisk arbeid. I tillegg til at mange turnusleger også kommer fra utlandet med et annet utdanningssystem og ikke har norsk som morsmål, vektlegges praktisk trening i allmennmedisin ulikt mellom utdanningsinstitusjonene. Det samme gjelder praktisk legevaktarbeid.

Historier om ferske turnusleger som kommer til et fremmed sted, får tildelt et passord til datamaskinen på legekontoret og nøkkelen til legevaktkontoret er ikke uvanlig. Uten kjennskap til lokalgeografi og tilgang til veiledning, datasystemer og nødnett, kan det medisinske ansvaret for flere tusen mennesker på et ukjent sted være en skremmende opplevelse. Som ny og ukjent lege kan det ikke forventes at man har tilstrekkelig oversikt over dette. Det er derfor viktig at turnusleger får startopplæring før første vakt, har en følgedag med en lege kjent med forholdene ved legevakstasjonen og lokalgeografien og veiledning.

Legeforeningen mener:

- Legevakt er en viktig læringsarena for turnusleger
- Alle turnusleger må ha gjennomført obligatorisk startopplæring ved legevakstasjonen før først vakt. Opplæringskurs må anses som lønnet arbeid. Kravet må forskriftsfestes

- Turnusleger må ha akuttmedisinsk samhandlingstrening innen en måned etter oppstart

Hvordan spille turnuslegene gode?

Mange legevakter har bakvakter som skal være tilgjengelige for turnuslegene. Erfaring med bakvakt som ikke er til stede på legevakten er at de brukes i liten grad. Dette resulterer i at utdanningskandidater ikke får tilstrekkelig veiledning og hjelp ved behov. En reell kompetanseheving og trygghet på vakt vil være at det innføres et to-sjiktet vaktssystem som erstatning for bakvakt. Konkret vil dette si at erfarne legevaktleger er tilstede og har utfyllende funksjoner sammen med turnusleger og mer uerfarne legevaktleger. Ved å være bevisst en slik sammensetning av ulike erfaringer og kompetanse sikres en intern læringsarena og fagmiljø bygges. Dette hindrer også at turnusleger står alene i krevende situasjoner uten tilgang på veiledning. Samtidig får turnusleger og uerfarne leger anledning til å opparbeide seg viktig kunnskap og erfaring. Den mest erfarne legen må ha god kjennskap til den lokale legevakten. Som hovedregel bør denne legen være spesialist i allmennmedisin. Dette vil øke den akuttmedisinske beredskapen ved legevaktene.

Legevakt i distrikt og legevakt i sentrale strøk har forskjellige utfordringer når det kommer til turnusleger og generell legebemanning. I enkelte legevaktdistrikter vil en supervisjonsordning medføre en helt uansvarlig arbeidsbelastning for de erfarne vaktlegene. Her må man finne lokale løsninger som en unntaksordning, hvor kravene til bakvakt og finansiering av dette er nøye definert.

Legeforeningen mener:

- Hovedregelen må være at turnusleger ikke skal være alene på vakt
- Alle turnusleger skal ha krav på en følgedag med en erfaren vaktlege før oppstart
- Det bør innføres et to-sjiktet vaktssystem som erstatning for bakvakt
- Der hvor et to-sjiktet system medfører en uansvarlig arbeidsbelastning, kan unntak avtales lokalt

Kvalitetsarbeid i legevakt

God kvalitet bør først og fremst knyttes til resultatet av pasientbehandlingen, både hvordan pasienten oppfatter resultatet (brukeropplevd kvalitet) og den *faglige* utøvelsen av diagnostikk og behandling (medisinsk kvalitet). Et behandlingsresultat avhen-

ger samtidig av god kvalitet på alle deler i en behandlingskjede. Alle legevakter må derfor organiseres som lærende organisasjoner som driver kontinuerlig utviklingsarbeid. For å få dette til må det settes av tid og ressurser. Lærings- og forbedringsarbeid må bli en integrert del av driften og være en del av legevaktoverlegens ansvarsområde. Et arbeidsmiljø preget av trivsel har god kultur for læring, og ledelsen har ansvar for at et godt arbeidsmiljø utvikles og opprettholdes.

Kvalitetsarbeid på legevakter må ha to akser:

1. Systemarbeid

- Arbeid med organisering
- sikring av beredskap
- opplæring av alle medarbeidere
- sikring av utstyr
- utvikling av faglige rutiner som revideres jevnlig

2. Læring av praksis

Forbedringsarbeid må også skje gjennom tilbakemelding og refleksjon over egen praksis. I utgangspunktet må dette gjelde for alle medarbeidere. Dette innebærer at det settes av egen tid med tilhørende kostnad for legevakteier. I dette arbeidet kan for eksempel følgende hjelpemidler tas i bruk: 1. Videoopptak av telefonmottak/triage og veiledning i gruppe og 2. Praksisrapporter med samledata og individuelle rapporter til den enkelte lege, eksempelvis

- Antibiotikaforskrivning ved luftveisinfeksjon
- Forskrivning av B-preparater
- Bruk av diagnoseverktøy (symptom vs. spesifikke diagnoser)
- Henvisning til KAD, diskusjon av kriterier
- Henvisninger til psykisk helsevern, samle statistikk, utskrift av journal til den enkelte lege, diskusjon

Arbeidet kan med fordel legges opp som kurs. Kommunene bør i fremtiden bruke Senter for kvalitet i legekontor (SKIL¹⁷) som ressurscenter for utvikling og støtte.

På neste side følger et eksempel på hvordan legevaktene kan kartlegge sitt kvalitetsarbeid, og videreutvikle og iverksette nye tiltak.

¹⁷ Legeforeningen har etablert Senter for kvalitet i legekontor (SKIL). Formålet er å samle, utvikle og evaluere metodikk for lokalt kvalitetsarbeid. Senteret skal hjelpe til i oppstart av lokalt kvalitetsarbeid gjennom formidling av verktøy, metoder og veiledning. SKIL har som mål å utvikle målrettede og gode systemer for å registrere, rapportere og lære av egne kvalitetsdata.

Kvalitetsindikatorer for allmennmedisinsk legevakt

Praksisområde 1 – Praksisorganisering

Indikator 1	Legevakten driver <i>årlig</i> systematisk evaluering av data som belyser kvalitet i tjenesten, både servicekvalitet og klinisk kvalitet	Det produseres rapport som både har en samledel og en individuell del til hver enkelt lege.
Indikator 2	Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin	Antall spesialister eller kandidater/antall leger
Indikator 3	Det holdes fagmøter for alle som arbeider ved legevakten minst to ganger i året og det skrives referater fra møtene	Ja/nei
Indikator 4	Gjennomsnittlig ventetid på legevakten	
Indikator 5	Fastlege får rutinemessig elektronisk epikrise/journalutskrift fra konsultasjoner/sykebesøk på legevakten	
Indikator 6	Legevakten rapporterer regelmessig til fastlegene oversikt over antall kontakter med legevakten fra pasienter på deres liste	
Indikator 7	Legevakten oppfyller minimumskrav til medisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr	
Indikator 8	Legevakten har tilgjengelig spesialist i allmennmedisin for ikke-spesialister på vakt	

Praksisområde 2 – pasientsikkerhet

Indikator 9	Legevakten kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i behandlingen	NEL Prosedyrehandbok Medisinsk indeks
Indikator 10	Legevakten har rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger	Ja/nei Fritekst: beskriv
Indikator 11	Legevakten har rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene	Ja/nei

Praksisområde 3 – rettferdige tjenester

Indikator 12	Generell utforming a) Atkomstvei er trinnfri og holdes fri for snø og is b) Automatiske døråpnere tilgjengelig for person i rullestol c) Ledelinje for synshemmede d) Informasjonsskilter er tilgjengelige og har god belysning og minst 5 cm store bokstaver e) Handicap-toalett med trinnfri adgang f) HC-parkering, minst én merket plass nær hovedinngang g) Teleslynge (minislynge/skrankeslynge/samtaleforsterker/Høre-apparat)	Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Ja/nei Skår 0–7 (antall ja)
Indikator 13	Legevakten har rutiner for bruk av tolk	
Indikator 14	Fordeling av legevaktbruk vs. avstand til sentralen	

Praksisområde 4 – dialog med pasienten

Indikator 15	Legevakten har siste år aktivt innhentet brukererfaringer fra pasientene/befolkningen	Ja/nei Fritekst: hvordan?
Indikator 16	Legevakten gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer	Ja/nei Fritekst: hvordan?

Praksisområde 5: Kliniske indikatorer

Indikator 17	Sykebesøk	Antall sykebesøk/befolkning over 65 år
Indikator 18	Alle på legevakten fikk opplæring og trening i basal førstehjelp siste år	Ja – antall Nei – antall
Indikator 19	Andel av pasienter med luftveisinfeksjoner med diagnosekodene R72, R75, R76 og R81 som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V	Antall pas med luftveisinfeksjoner R/» R75 R76 R81 medhandlet med pcV/ antall pasienter med samme diagnoser
Indikator 20	Utskrevne døgndoser B-preparater/år pr. 1000 kontakter	
Indikator 21	Antall innleggelser i sykehus/100 kontakter	
Indikator 22	Antall innleggelser i KAD/100 kontakter	

Litteraturliste

- 1 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 2 Representantforslag 108 S(2011–2012) fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg. Dokument 8:108 S (2011–2012). Hentet 2. mai 2014 fra: <http://www.stortinget.no/Global/pdf/Representantforslag/2011-2012/dok8-201112-108.pdf>
- 3 Representantforslag 76 S (2012–2013) fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Kari Kjonaas Kjos og Siv Jensen Dokument 8:76 S (2012–2013). Hentet 2. mai 2014 fra: <https://www.stortinget.no/Global/pdf/Representantforslag/2012-2013/dok8-201213-076.pdf>
- 4 Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 8. oktober 2012. Hentet 2. mai 2014 fra: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-072/5/>
- 5 Zander Bratland S, Lundevall S(Red.): Læring av feil og klagesaker. Rapport 7/2009. Oslo: Helsetilsynet, 2009.
- 6 Brukererfaringer med norske legevakter: Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. PasOpp-rapport nr 1–2012. Oslo: Kunnskapssenteret, 2012.
- 7 Innbyggerundersøkelsen 2013 - Hva mener brukerne?.Difi rapport 2013:7 ISSN 1890-6583.
- 8 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 38. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 9 Hunsår S....Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 39. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 10 Botten G, Aasland OG(2000): Befolkningens ønsker om helsetjenester. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120:2995–9
- 11 Sandvik H, Hunsår S og Diaz E(2012): Fastlegepasienters bruk av legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:2272–6
- 12 Nyen B, Lindbæk M. Legevaktssøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124:508–9
- 13 Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Hentet fra 2. februar: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- 14 Akuttutvalgets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (side 82-83). Hentet 15. november fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Akuttutvalgetsdelrapport.pdf>
- 15 «Studenter misbruker legevakta»: NRK 23. september 2013. Hentet 2. februar: <http://www.nrk.no/nordnytt/studenter-misbruker-legevakta-1.11256698>
- 16 «Halvparten av innvanderne til fastlege». SSB 24. oktober 2012. Hentet 2. februar fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/halvparten-av-innvanderne-til-fastlege>
- 17 Samhandlingsstatistikk 2012-13, kapittel 7 «Oppbygging av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene». Rapport IS-2138. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
- 18 Tabell 7.2 «Oversikt over hvilken instans som har henvist til kommunalt akutt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og fordeling av innteksttid for innleggelsene. Data fra døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene per 31.8.2013». Samhandlingsstatistikk 2012-13. Rapport IS-2138. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
- 19 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 20. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 20 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 20. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 21 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 17-18, 20. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 22 Zakariassen E, Hunskaar S (2010): Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway – a prospective population-based observational study BMC Emerg Med. 2010; 10: 5.
- 23 Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunsår S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3- 2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014.
- 24 Hunsår S. ...Er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 40. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 25 Innbyggerundersøkelsen 2013. Hva mener brukerne? Difi rapport 2013:7. ISSN 1890-6583. Hentet 1.11.2014 fra <http://www.difi.no/filearchive/difi-rapport-2013-7-innbyggerundersokelsen-hva-mener-brukerne.pdf>
- 26 Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunsår S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3- 2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014.
- 27 Kindt PG, Momyr M, Sundland E, Gisvold SE (2013): Prehospital akuttmedisin uten legevaktlege? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1176–7
- 28 Hjortdahl M, Zakariassen E, Wisborg T. The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2014; 22:47
- 29 Hjortdahl M, Zakariassen E, Wisborg T. The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2014; 22:47
- 30 Zakariassen E, Hunskaar S (2010): Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway – a prospective population-based observational study BMC Emerg Med. 2010; 10: 5.
- 31 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
- 32 Raknes G, Holm Hansen E, Hunsår S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study BMC Health Services Research, 13:222, 2013

- 33 Sandvik H, Hunsbår S.   rsstatistikk fra legevakt 2013. Nr. 2, 2014, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- 34 Morken T,   en TO, Hunsbår S. (2012). Kjennskap til og bruk av legevakt og medisinsk nødhjelp – en befolkningsundersøkelse. Rapport nr.2-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research
- 35 Welle-Nilsen LK, Morken T, Hunsbår S, Granaas AG (2011). Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol 29, nr 1, s 39-44.
- 36 Halvorsen I, Meland E og Anders Bærheim (2007): Bruk av legevakt f  r og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:15–7.
- 37 Plan for Stavanger legevakt. Stavanger kommune 2011.
- 38 «Fryktar forgubbing av legestanden - fylkeslegen krev nyrekrutering». NRK 6. mars 2013. Hentet 10. april fra: <http://www.nrk.no/sognogfjordane/ropar-varsku-om-legemangel-1.10938775>
- 39 «Ingen ledige fastleger». NRK 11. september 2014. Hentet 11. september fra <http://www.nrk.no/vestfold/ingen-ledige-fastleger-1.11913404>
- 40 Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen 2015-2020
- 41 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.
- 42 Hunsbår S. ...Er hj  lpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 55. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 43 H Sandvik, S Hunsbår, E. Diaz. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Nr. 20 – 30. oktober 2012 Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132:2277–80
- 44 Sandvik H, Zakariassen E, Hunsbår S (2007): Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2513–6
- 45 Sandvik H, Hunsbår S (2007): Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1347–50.
- 46 «Høring - revidert fastlegeforskrift». Helsetilsynet 22. mars 2012. Hentet 2. februar 2014 fra: http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2012/Revidert-fastlegeforskrift-hoeringsuttalelse/#_Toc320516859
- 47 «Nå sier legene ifra». Tønsbergs blad 3. januar 2013. Hentet 2. april fra: <http://touch.tb.no/nyheter/na-sier-legene-ifra-1.7707057>
- 48 «Fastlegene svikter legevakten». Bergens Tidene 2. februar 2012. Hentet 2. april fra: <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Fastlegene-svikter-legevakten-2649268.html>
- 49 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
- 50 Hunsbår S. ...Er hj  lpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 36. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
- 51 Hunsbår S. ...Er hj  lpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr.1-2009, side 38. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum • 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 • Faks 23 10 90 10
www.legeforeningen.no

2015

ISBN 978-82-8070-109-1