

Framtidas legevakt: VISJON LEGEVAKT 2015

AV STEINAR HUNSKÅR

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i oppdrag å utarbeide eit forslag til ein handlingsplan for utvikling av legevakttenesta i Norge. Planen vart oversendt Helsedirektoratet 5. januar 2009. Handlingsplanen er på 75 sider og kan lesast på Nklm sine nettsider www.legevaktmedisin.no.

Planen skulle innehalde følgjande element:

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

Legevakt i 2008

Etter innleiande kapittel vert det gitt ei omfattande oversikt over korleis legevakttenestene er organisert. Det vert også presentert data for kven som bruker legevakttenestene, driftsomfang og kva diagnoser og hastegradar legevakt handlar om. Dei fleste kommunane deltek i interkommunalt legevaktsamarbeid, og dette er vanlegast i dei mindre kommunane. Tilsaman har vi no litt over 200 legevaktdistrikt. Legevakt har stort klinisk omfang, med i underkant av to millionar kontaktar totalt, 1,3 mill konsultasjonar og nesten 100 000 sjukebesøk i året. Om lag kvar sjuande innbyggjar er i kontakt med legevakt årleg, men om lag halvparten av alle born 0–9 år og eldre over 80 år har kontakt med legevakt kvart år.

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

Eit likeverdig og godt fagleg tilbod over heile landet til utsette for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar, er framleis eit godt stykke unna, men gjennom sterke nasjonale satsingar, oppstart av kompetansehevingstiltak og



Steinar Hunskaar

Forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og professor, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

interesse og motivasjon hos legevakter og enkeltpersonar, har ein komme godt i gang. Men erfaring og kompetanse er varierende på grunn av ulikt pasientvolum og kor lenge mottaka har eksistert.

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

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

Naudetat i bakleksa!

Konklusjonen er at legevakttenesta i dag er ein naudetat i bakleksa. Nklm meiner at legevakttenestene ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga vi har sett i resten av helsetenesta dei siste ti åra.

Vi konkluderer med at kommunal legevakt treng betydeleg opprustning og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtida sine krav. Sjølve handlingsplanen består av ei lang rekke forslag om ulike former for myndighetskrav og andre tiltak. Nklm tilrår at kommunal legevakt skal forankrast i ei eiga forskrift. Landet bør organiserast i mellom 60 og 80 legevaktdistrikt, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggjarar innan eit rimeleg areal. Ordningar av ein slik storleik vil vere tilstrekkeleg store til å tilfredsstille foreslåtte forskriftskrav og moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Samla kostnader for årleg drift av ei ny legevaktordning i tråd med forslaga i handlingsplanen vert berekna til i underkant av 3,5 milliardar kroner, av dette er 2,7 milliardar nettoutgifter for kommunane.

Visjon LEGEVAKT 2015

Kapittel seks i rapporten er ein visjon om framtidas legevakt: *VISJON LEGEVAKT 2015*.

Visjonen skal vere ein overordna omtale av kva legevakt skal vere, for kven og kva, og korleis vi bør starte på vegen mot å gjere kommunal legevakt til ein profesjonell naudetat med høg kvalitet, spesifiserte oppgåver og likeverdige tenester over heile landet. Tiltaka og planen skal vere tilpassa norsk geografi og busetnad, tilgjengelege og nye ressursar, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon, og framstå som samhandlande med andre aktuelle helsetenester på kommunalt nivå og i andrelinjetenesta, samt andre relevante offentlege etatar og tenester.

Vi har valt å framstille visjonen langs tre dimensjonar:

- Det medisinsk-faglege perspektivet
- Pasientperspektivet
- Organisasjonsperspektivet

Visjonen tek utgangspunkt i det typiske, både folketalmessig og geografisk, men vi er vel vitande at det må gjerast organisatoriske tilpassingar for dei minste og største driftseiningane. Faglege kvalitetskrav og kva som er forsvarlege tenester, skal likevel vere grunnleggande likt.

Det medisinsk-faglege perspektivet

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

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

Legevakt har fleire funksjonar:

- Vere ein del av den allmenne helseberedskapen i kommunen.
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstandar som er akutt livstruande, og som krev at pasienten må raskt til sjukehus.
- Diagnostisere tilstandar som krev tilvising til eller innlegging i sjukehus utan særleg tidstap.
- Største volumet av legevakttjenester vil framleis vere å diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstandar, der pasienten ikkje har trong for sjukehusbehandling.

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

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

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

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

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

Pasientperspektivet

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

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

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

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

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

Organisasjonsperspektivet

Kommunane skal organisere seg i legevaktdistrikt som gjer det mogeleg å drive legevakt i form av veldrivne legevakt-

stasjonar med profesjonell fagleg og administrativ leiing, med same kvalitetskrav og krav til internkontrollsystem som i andre etatar og organisasjonar. Kvart distrikt skal ha sin eigen legevaktsentral lokalisert saman med legevakta, og kan bestå av ein eller fleire kommunar eller delar av kommunar. Eit legevaktdistrikt skal alltid vere likt definert, uavhengig av dag og tid på døgnet.

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

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

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

Legevakt skal vere ein integrert del av dei prehospitale akuttmedisinske tenestene. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med dei andre aktørane, inkludert avanserte kommunikasjonsløysingar via naudnettet og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansetenesta, AMK og sjukehus, samt brannvern og politi når det er naudsynt. Legevakta bør vere lokalisert langs logisk reiseveg til sjuke-

hus for dei fleste pasientane, og den bør lokaliserast nær eller saman med sjukeheim, base for heimetenester i døgn-drift, brannstasjon, ambulansestasjon eller lokalsjukehus, der slike finst.

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

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

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

intern opplæring, og tek systematisk del i trening, vidare opplæring og samhandlingsøvingar.

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

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

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

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Steinar.Hunskar@isf.uib.no

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**