

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Nasjonale krav til legevakt

■ STEINAR HUNSKÅR • Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Regjeringens Akuttutvalg utreder den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Utvalget har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i oppdrag å utrede «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene». Her er hovedpunktene i rapporten.

I 2014–15 foregår det flere store og viktige prosesser som angår utviklingen av den kommunale legevakttjenesten i Norge. Blant annet arbeider regjeringens Akuttutvalg med en helhetlig gjennomgang av den delen av den akuttmedisinske kjeden som er utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Utvalget skal også levere innspill til en stortingsmelding om primærhelsetjenesten, som etter planen skal legges frem våren 2015, der omtale av legevakttjenesten blir sentral. Akuttutvalget ga sommeren 2014 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse (Nklm) i oppdrag å utrede «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene» (1).

Hovedpunktene i oppdraget var å gi en status over legevakttjenesten i 2014, komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet og komme med en beskrivelse av fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. I 2009 utga Nklm på oppdrag fra Helsedirektoratet et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakttjenesten i Norge. Handlingsplanen (2) har siden vært det ledende referansedokumentet for diskusjoner omkring utvikling av legevakt, både politisk, i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, i kommunene og i

tjenesten selv. Den nye rapporten (FIGUR 1) er på mange måter en oppdatering av Handlingsplanen. Den gjentar mange av de samme problemstillingene, men er også en videreutvikling ved at den er mer konkret på for eksempel tids- og ytelseskrav til legevakttjenesten. Den har også et sterkere pasientperspektiv, ved at den gir en rekke eksempler på hvordan konkrete kliniske oppgaver kan løses under ulike geografiske og organisatoriske legevaktmodeller.

Legevaktepidemiologi

Kapittel 3 i rapporten gir en oppdatert beskrivelse av dagens legevakttjeneste og de siste års utvikling. Resultatene er i det vesentligste hentet fra Nklm sitt Nasjonalt legevaktregister (3), Vakttårnprosjektet (4), Årsstatistikk fra legevakt (5) og mange prosjektrapporter og forskningspublikasjoner om legevakt. Hvis man skal oppsummere noen utviklingstendenser for legevakttjenesten de siste 5–10 årene, kan kanskje de to paradoksale stikkordene stabilitet og endring være dekkende.

Befolkningens bruk av legevakt er preget av stabilitet. Legevakt er en stor virksomhet som ruller og går døgnet rundt med om lag to millioner henvendelser i året. Det er ingen indikasjoner på store endringer i henvendelsesrater, hva man



FIGUR 1

braker legevakten til, diagnosespekter eller hastegrad. Demografiske endringer, flere og sykere eldre pasienter med multimorbiditet i kommunene, kommunale akutt-senger eller endringer i det alminnelige sykdomsmønster, lar seg vanskelig oppdage over noen få år i de tilgjengelige nasjonale registerdataene.

Innenfor et bilde preget av stabilitet, er det likevel store lokale forskjeller. Som Vakttårnprosjektet viser, varierer legevaktsøkningen mye mellom legevaktene. På mikronivå er det store forskjeller i aktiviteten gjennom uken, døgnet og delvis også sesongen, som for eksempel svineinfluensaepidemien i 2009, ferieuker i enkel-

te kyst- eller fjellkommuner eller lokale hendelser som stengte veier eller folkerike arrangementer. Noen legevakter har fått ansvaret for kommunale akutttsenger, som gir nye pasientgrupper og spesielle utfordringer. De siste par årene har Nklm dokumentert den store geografiske ulikheten i legevaktbruken, der avstand til tilbudet har mye større betydning enn først antatt (6). Det gjelder alle hastegrader og tiltak, og det synes ikke som om det innføres kompenserende ordninger. Det har heller ikke vært særlig debatt om det faktum at om lag halvparten av barn under ni år og halvparten av personer over 75 år, er i kontakt med legevakten årlig. Andelen grønne henvendelser holder seg høyt og er muligens svakt økende, uten at det er gjort spesielle generelle grep for eventuelt å flytte en del pasienter til fastlegene på dagtid.

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

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

- Det er ikke kommet ny akuttmedisinfor-skrift (men forslag foreligger i mai 2014)
- Store legevakt-distrikter gir problematiske forskjeller i legevaktbruk
- Mange nye, store legevakt-distrikter har bare én lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaktordninger

- Nklm har ikke registrert særlig forbedring av utstyr, bruk av legevaktbil eller praktisk trening
- Legekompetansen er synkende
- Fastlegedeltakelsen fortsetter å synke
- Sykebesøktallet fortsetter å synke
- Utrykninger ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder
- Spesialisthelsetjenesten, spesielt bil- og luftambulansetjenesten, melder om mindre samhandling fra legevakt. Utrykket «abdisering fra store landområder» er blitt brukt
- Mange KAD-enheter har mangelfull legebereidskap og delvis manglende diagnostisk og terapeutisk utstyr i forhold til oppgavene, selv om variasjonen her er stor

Handlingsplanen konkluderte med at legevakt var en «nødetat i bakleksa», og at legevakt-tjenestene ikke hadde utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen vi har sett i resten av den akuttmedisinske kjeden de siste 10 årene. Denne konklusjonen må dessverre stå uendret også i 2014, og på noen sentrale områder er situasjonen verre enn i 2009.

Hva skal legevakten være? Visjon legevakt 2015

Basert på Handlingsplanen beskriver den nye rapporten VISJON LEGEVAKT 2015, med nødvendige oppdateringer og tilpasninger utfra vår vurdering av situasjonen i dag. Visjonen er en overordnet omtale av hva legevakt skal være, for hvem og for hva. Kommunal legevakt skal være en offentlig profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesifiserte oppgaver og likeverdige tjenester til alle over hele landet. Norsk geografi og bosetning, tilgjengelige og nye medisinske ressurser og teknologier, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon tilsier at det må være noe variasjon i tilbudene utfra lokale forutsetninger.

Legevakt må bli mer innrettet mot beredskap, akuttmedisin og det som haster. Volumet av direkte pasientkontakter (legekonsultasjoner) bør reduseres noe i forhold til i dag. Men utover den egentlige akuttmedisinske beredskapen har befolkningen fremdeles behov for, og nytte av, legetjenester utenom vanlig arbeidstid for fastlegeordningen. Dette gjelder for tilstander som gir pasientene stort ubehag, tilstander som kan forverres ved lang ven-

tetid på medisinsk vurdering eller behandling, eller tilstander og symptomer som utløser stor uro eller frykt for helseskade. I tillegg er det et stort antall turister og andre som tilfeldig oppholder seg i kommunen, også på dagtid, og som den ordinære fastlegeordningen ikke har som oppgave å ta seg av.

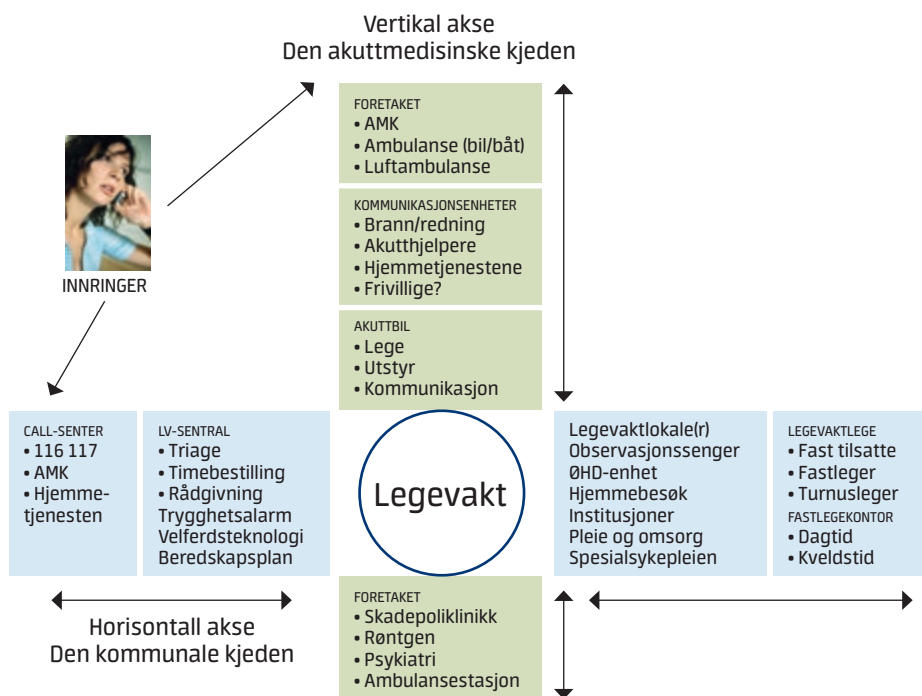
Pasienter med problemstillinger som kan vente til neste virkedag, skal sikres tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akuttmedisinske tjenester til egne pasienter på dagtid må styrkes, og alle som etter medisinsk vurdering trenger time samme dag, skal få tilbud om dette fra fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikke henvises til legevakten. Økt bruk av utvidet åpningstid på fastlegekontorene om ettermiddagen og tidlig kveld mandag til torsdag, kan minke pågangen til legevakt. Det skal forventes at fastlegen reiser i sykebesøk til pasienter som ikke kan komme til legekontoret. Nklm mener fortsatt at det er et potensiale for flytting av pasienter fra legevakt til fastlege, men omfanget er usikkert, dog kanskje i størrelsesorden 200 000 pasienter i året.

Pasienter eller andre som opplever behov for akutt og livreddende medisinsk vurdering eller intervensjon skal fortrinnsvis nytte det felles nasjonale nødnummeret for helse (113). Hvis hjelpen kan vente litt, skal alle gjennom det felles nasjonale legevaktnummeret 116117 hele døgnet komme i kontakt med den legevaktssentralen som dekker det aktuelle området, for raskt å få en god faglig vurdering og prioritering av tilstanden. Kontakt med legevakt skal i de aller fleste tilfeller først skje via telefon, også ved de største legevaktene.

Kommunene skal organisere seg i legevakt-distrikter som gjør det mulig å drive legevakt i form av veldrevne legevaktstasjoner med profesjonell faglig og administrativ ledelse. Distriktet skal ha en eller flere faste, godt utstyrte legevaktstasjoner i egne lokaler med kvalifisert lege/leger i tilstedevakt, minstenormen skal i utgangspunktet være to leger på vakt. I store legevakt-distrikt med flere leger i aktiv tjeneste kan en ha ulike funksjoner med parallelle vaktplaner, som for eksempel vaktordning for kommunale helseinstitusjoner, kjørende sykebesøkslege, lege som gir telefonråd og er i støttefunksjon for legevaktssentralen, bakvakt for beredskap eller utdanning/veiledning, lege med særskilt ansvar for KAD-senger, i tillegg til vanlig konsultasjonsvirksomhet og beredskap på legevaktstasjonen. Legen skal aldri arbeide alene, og skal ha tilgang til transport (lege-

vaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utrykningskjøretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utrykning og sykebesøk. Slik skal legevakt være en god, forsvarlig og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrende arbeidsoppgaver for alle medarbeidere.

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



FIGUR 2: En pedagogisk modell for en integrert fremtidens legevakttjeneste, med en vertikal (akuttmedisinske) og en horisontal (kommunal) akse.

Legevakt er allmennmedisin

Av og til diskuteres hvem som er «best» rustet til å være legevaktlege. Nklm argumenterer fortsatt for at legevaktarbeid slik vi definerer det i Norge, er en del av allmennmedisinen. Både den særskilte første-linjediagnostikken og det store omfanget av vanlige allmennmedisinske problemstillinger tilsier at allmennmedisinsk kompetanse er helt avgjørende for god kvalitet. Forskning viser også at sentral allmennmedisinsk kompetanse som kommunikasjon med pasienten og konsultasjonsteknikk, har avgjørende verdi for sykdomsforløpet, pasientens mestringsevne, fremtidig egenomsorg, fremtidig bruk av legevakt og om det utvikler seg situasjoner med risiko for pasientklager.

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

Vi har også belyst påstanden om at fastlegene «ikke tar i mot øyeblikkelig hjelp», men i stor grad henviser til legevakten. Det er uomtvistet at mange steder er der for liten kapasitet i fastlegeordningen, og at legevakten opplever pågang tidlig på etter-

middagen fra pasienter som burde ha kommet til på fastlegekontoret. Likevel er det slik at det på landsbasis blir tatt i mot mange flere akutt-tilfeller daglig i fastlegeordningen enn på legevakt. På legevakt kan det regnes ca. 900 000 legekonsultasjoner årlig. Men de ca. 2 000 legekontorene tar trolig i mot ca. fire millioner akutt-pasienter i året, fire til fem ganger så mange som legevakttjenesten samlet! Det er ønskelig at fastlegeordningen skal øke kapasiteten, minke ventetiden på time og ikke minst ta enda flere akutt-pasienter. Men volummessig er det fastlegeordningen som håndterer klart flest vanlige «legevakt-pasienter».

«Nye tider»: Respons- og ventetider også på legevakt?

I andre land er det systemer for å måle vente-, svar- og responstider i mange sammenhenger i den akuttmedisinske kjeden, herunder legevakt og lignende organisasjoner. Formålet kan være pasientsikkerhet, men også internkontroll, økt brukertilfredshet og kvalitetsindikatorer med eller uten tilknyttede økonomiske incentiver. Akuttutvalget ba Nklm komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, for legevakttjenesten.

Der er derfor naturlig for Nklm å vurdere innføring av vente-, svar- og responstider. Som kjent fastslår fastlegeforskriften at fastlegen skal tilby akutt-hjelp på dagen

og ellers time til listeinnbyggerne innen fem virkedager. Det er krav om at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. I forslag til ny akuttmedisinfor-skrift foreslår Departementet at det stilles noe strengere krav til svartid i LV-sentral enn til fastlegekontorene. Ut fra noe varierende praksis i andre land foreslås det at svarsystemet i LV-sentralen innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter.

I rapporten diskuteres en rekke mulige tids- og responskrav. Nklm går inn for at det bør settes noen slike krav.

Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

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

er plassert i krysningspunktet mellom disse aksene (FIGUR 2).

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

Nederst i denne akse har vi plassert noen enheter som også ligger i foretakene og som kan være mer eller mindre involvert i samhandling med legevaktstasjonene: Ambulansestasjoner, røntgenenhet, felles skademottak, psykiatriske enheter (DPS, akutt-team, spesialistpoliklinikk etc.), samt akuttmottaket.

Den *horisontale akse* inneholder kommunale tjenester i og omkring legevakten, med en førstekontaktarm på den ene siden (legevaktssentralen og dens mulige oppga-

ver) og utøvende aktuelle kommunale enheter og virksomheter på den andre (eksempelvis KAD-senger, andre institusjoner, fastlegene, spesialiserte tilbud).

Nklm mener at utrykningsplikten ved akutte tilstander er absolutt, og samtidighetskonflikter og stort volum av mindre viktige tilstander ikke kan være argumenter mot å rykke ut på alle alarmer. Med dette mener vi at legevaktlegen skal motta og vurdere alarmer fra AMK og LVS, og deretter som utgangspunkt rykke ut med ambulans eller egen transport til pasient/skadested. Dersom utrykning ikke skjer, skal det gis særskilt medisinsk eller operativ begrunnelse, som må dokumenteres. Legens utrykningsplikt bør omtales i legevaktens/kommunens samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten, og det kan på grunnlag av denne også utvikles lokale prosedyrer. For eksempel kan det tenkes at i de største byene kan det beskrives typeeksempel på «fast track-pasienter» der legevaktlege vanligvis ikke forventes å rykke ut.

Indikasjonene for å rykke ut må være vide, og ha en glidende overgang til akutte sykebesøk. Det er vanskelig å fastsette nøyaktige krav til antall utrykninger. Fra ulike undersøkelser fra Nklm og fra AMK-statistikk kan det anslås at behovet er mellom 10–20 pr. 1000 innbyggere pr. år utenom

vanlig åpningstid for fastlegekontorene. Tall fra Nasjonalt legevaktregister 2014 viser at det er legevaktbil ved 36 prosent av de 191 legevaktene. Nklm har gjennomført en utredning med tanke på uniformert legevaktbil.

Akutthjelpere (first responders)

Flere land har ordninger for akutthjelpere/førstehjelpere i tidsrommet frem til helsepersonell kan nå frem til pasienten. I Norge forekommer liknende ordninger hvor annet helsepersonell, brannvesen, frivillige organisasjoner etc., mer eller mindre organisert utfører førstehjelp frem til helsepersonell kan starte sin behandling. Bruken av akutthjelpere som del av den akuttmedisinske kjeden reiser imidlertid problemstillinger av både juridisk, økonomisk og praktisk art. Skal helsetjenesten ta i bruk slike ordninger som en fast del av beredskapen, må responsen være forutsigbar, kompetent og integrert i alarmerings-systemet fra AMK og legevaktssentralen. Et viktig poeng må være at akutthjelpere ikke skal erstatte det offentlige tilbudet, men fungere som et kompensierende tiltak inntil helsetjenesten selv kan komme til unnsetning og dermed et supplement til den profesjonelle innsatsen. Tjenestens innhold vil vanligvis være førstehjelp ved

TABELL 1: I rapporten er det gitt mange konkrete anbefalinger. Her er noen av de viktigste.

- 90 prosent av befolkningen i legevakt-distriktet skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 prosent skal ha maksimalt 60 minutter.
- 95 prosent av befolkningen og alle tettsteder i legevakt-distriktet må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20-40 sykebesøk pr. 1000 innbyggere pr. år.
- Etter beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under to timer ved gule hastegrader og under seks timer ved grønne hastegrader.
- Det skal alltid være minst to leger på vakt i legevakt-distriktet.
- Alt legevaktarbeid skal være fastlønnet.
- Ventetiden i legevaktens venterom skal være under 1 time for minimum 80 prosent av pasientene.
- Helsedirektoratet skal utarbeide kravspesifikasjoner til akuttmedisinsk utstyr, laboratorietjenester og medikamentlager for bruk i legevakt.
- Lege i vakt eller bakvakt skal ha tilgang på uniformert bil til bruk ved utrykning og til sykebesøk. Bilen skal være utstyrt med nødvendig utstyr til akuttmedisinske oppdrag og kommunikasjonsutstyr.
- Legevakten skal ha elektronisk journalsystem for alle henvendelser og kontakter tilpasset både funksjon i legevaktssentralen, legevakt, sykebesøk og utrykning. Journalsystemet skal være integrert med den akuttmedisinske kjeden, også ambulans og AMK, med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering.
- Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utenfor legevaktstasjonen, herunder bakvakt, lege i sykebesøk og utrykning, skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevaktstasjon.
- Legevaktlegen og legevaktssentralen skal være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulans, slik at de også kan motta digitale meldinger, kliniske opplysninger, kartposisjon og bilder. Dette gjelder også legevaktbil.
- Bakvakt skal ha tilgang til journal og journalføre råd, og bør kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter.
- Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, må enten være spesialist i allmennmedisin eller allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum to års erfaring innen allmennmedisin eller et år som fast ansatt legevaktlege. Andre leger kan ha selvstendig vaktkompetanse, kravene må fastsettes i forskrift.
- Tid til trening o.l. skal ha et omfang på minst 25 timer med lønn i året for alle legevaktleger. Minst sju timer i året skal være praktisk trening i akuttmedisin.
- Sykepleier er best kvalifisert for arbeid i legevaktssentral og legevakt sammen med vaktlegen.
- Sykepleier skal ha minimum to års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opplæringsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert femte år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. Før alenevakt i legevaktssentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst tre måneders praksis fra legevakt.
- Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.

akutt sykdom og skade, samt klargjøring for videre behandling. Ferdigheter som luftveishåndtering og oksygenbehandling, hjertelungeredning (inkludert bruk av defibrillator), stans av blødninger, forebygge sirkulasjonssvikt og enkel immobilisering er typiske eksempler. I tillegg kan slikt personell bidra ved sikring av skadested og pasient. Nklm synes ikke man bør foreslå en generell stor satsing på akuttgjelpere, men med en ny hjemmel for avtaler i den reviderte akuttmedisinforskriften kan akuttgjelper-ordninger være aktuelle flere steder og bedre integrert enn i dag.

Nasjonale krav til fremtidens legevakt

Kapittel seks i rapporten inneholder en rekke konkrete forslag til nasjonale krav til fremtidens legevakt. I motsetning til i Handlingsplanen har Nklm denne gang ikke lagt vekt på hvordan kravene eventuelt skal forankres eller hjemles. Dessuten kommer vi med flere funksjonskrav og ytelseskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tje-

nestekrav. Noen slike krav er begrunnet i medisinske tidskritiske forhold, mens andre må oppfattes som servicekrav for befolkningen. Tabell 1, som er gjengitt på side 11, viser en del av de mest sentrale kravene som Nklm mener skal stilles til legevaktene i fremtiden.

Modeller for legevaktdistrikter: Fra teori til praksis!

Rapporten avslutter med hvordan Nklm ser for seg et mulig legevakt-Norge i fremtiden, basert på beskrivelsene og forslag til system- og funksjonskrav som finnes i kapitlene foran. Vi har ikke gjort noe forsøk på nøyaktig og reelt å dele landet inn i legevaktdistrikter. Vi har likevel gitt en rekke eksempler på hvilke konkrete geografiske områder i landet vi tror kunne tilpasses de distriktstypene vi foreslår (TABELL 2). Dersom alle legevakter organiseres som beskrevet, vil Norge sannsynligvis kunne deles inn i 75-25 legevaktdistrikter. Antall legevaktstasjoner vil anslagsvis bli 100-150.

REFERANSER

1. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT, Ellensen E, Furu SF, Johansen IH, Melf K, Midtbø V, Morken T, Raknes G, Rebnord IK. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
2. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
3. 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.
4. Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
5. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
6. Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42 (6): 6-9.

■ STEINAR.HUNSKAR@UNI.NO

TABELL 2: Nklm mener at fremtidige legevaktdistrikter kan passe inn i minst et av tre typeeksempler, eventuelt med lokale tilpasninger.

TYPE	KJENNETEGN	MULIGE GEOGRAFISKE OMRÅDER
I Legevakt i befolkningstett region	<p> Dette er legevakter med kort maksimal reisetid til (nærmeste) legevaktstasjon. Reisetiden til sykehus fra både pasientens hjemsted og legevaktstasjonen er vanligvis kort.</p> <p> Over halvparten av befolkningen vil kunne dekkes av slike legevakter, men anslagsvis bare ca. 10 prosent av arealet i Norge. Vi antar at det vil kunne bli 10-15 slike legevaktdistrikter, vanligvis med minst 200 000 innbyggere.</p>	Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Østfold, Akershus, Oslo, Drammensregionen, Mjøse-regionen, Vestfold, Grenland, Stavangerregionen, Bergensregionen og Trondheimsregionen.
II Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten	<p> Dette er legevaktdistrikter med lang maksimal reisetid til legevaktstasjonen. Reisetiden til sykehus fra pasientens hjemsted er kort for de fleste, men lang for et mindretall. Reisetiden fra legevaktstasjonen til sykehus er kort.</p> <p> Anslagsvis vil en tredel av befolkningen og om lag 40 prosent av landarealet kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det ville kunne organiseres 25-35 slike legevaktdistrikter i landet, vanligvis med 30 000-100 000 innbyggere.</p>	Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Lillehammer/Gudbrandsdalen, Hamar/Hedmark, Gjøvik med omland, Tynset med omland, Kongsberg/Numedal, Arendal/indre Aust-Agder/Telemark, Kristiansand med omland, Haugesund med omland, Stord/Sunnhordland, Voss/Hardanger, Førde/Sunnfjord/Ytre Sogn, Nordfjordeid/Nordfjord, Volda/Sunnmøre, Ålesund med omland, Molde med omland, Kristiansund med omland, Orkdal, Røros med omland, Levanger/Innherred, Steinkjer, Namsos/Namdalen, Vefsn, Rana, Sandnessjøen/Midt-Helgeland, Bodø, Narvik/Ofoten, Harstad med omland, Stokmarknes/Vesterålen, Lofoten, Tromsø med omland, Hammerfest med omland og Kirkenes med omland.
III Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus	<p> Denne legevakttypen karakteriseres av lange avstander, både til legevakt og fra legevakt til sykehus. Mange innbyggere vil ha reisevei over maksimalkrav, og lokale legevaktstasjoner og bakvaktordninger er aktuelle dersom befolkningsgrunnlaget tilsier det.</p> <p> Anslagsvis 15 prosent av befolkningen, men om lag 40 prosent av arealet vil kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det kan være grunnlag for 25-40 slike legevakter, med et innbyggertall på 20 000-40 000 innbyggere.</p>	Denne og lignende legevaktmodeller kan være aktuelle i Nord-Gudbrandsdalen, deler av Hedmark, Valdres, Hallingdal, Øvre Telemark, Setesdal, Flekkefjord med omland, Egersund med omland, Ryfylke, områder rundt Bergen, Sogn, øyene i Møre og Romsdal, kysten av Sør-Trøndelag, Brønnøysundregionen, Rødøy/Lurøy/Nesna/Træna, Finnsnes, Indre Troms, Nord-Troms og deler av Finnmark (utenom «nær»-området til sykehusene).