Helsedirektoratet

Sekretariatet for Akuttutvalget

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 15/3507-10
Saksbehandler: Per Magne Mikaelsen
Dato: 15.09.2015

Drøftingsnotat om fremtidens legevaktsentraler

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag fra akuttutvalget om fremtidens legevaktsentraler av 17.06.2015.

Vedlagt følger Helsedirektoratets drøftingsnotat.

Vennlig hilsen

Rolf J. Windspoll e.f.
avdelingsdirektør

Per Magne Mikaelsen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste, Steinar Olsen;Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste, Bjørn Jamtli

Helsedirektoratet - Divisjon primærhelsetjenester
Avdeling allmennhelsetjenester
Per Magne Mikaelsen, tlf.:
Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Drøftingsnotat om fremtidens legevaktsentraler

Oppdrag fra Akuttutvalget

Drøftingsnotat

Helsedirektoratet

Drøftingsnotat

Fremtidens legevaktsentraler

Publikasjonens tittel:	Drøftingsnotat
Utgitt:	9/2015

Kontakt: Per Magne Mikaelsen
Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24 16 39 71
www.helsedirektoratet.no

Innhold

1. Status – dagens situasjon 5
Krav til legevaktsentral 5
Nasjonalt legevaktnummer 5
Organisering av legevaktsentraler og legevaktdistrikt 6
Kompetanse og kvalitet 7
Ansvar og ledelse 7
Henvendelsene 8
Tilgang til LV-sentral 8
Svartid på legevakttelefon 9
Utviklingstrekk de siste årene 10
Oppsummert 10
2. Utfordringer 11
Større legevaktdistrikter kan gi færre legevaktsentraler 11
Mangel av felles elektronisk kommunikasjonsplattform i helsevesenet 11
Endring av sykehus - og ambulansestruktur 11
Krav til kompetanse og aksesstid ved legevaktsentralene 12
Hvordan demografiske forhold påvirker legevakt og legevaktsentralen 13
Effekter av samhandlingsreformen 13
Oppsummert 14
3. Teknologiske og organisatoriske muligheter for kortere svartid (axesstid) 14
Felles svartjeneste 14
Juridiske forhold 14
Organisatoriske forhold 14
Teknisk løsning 14
Virtuell LV-sentral 16
Samarbeidende LV-sentraler 16
Oppsummert 16
4. Samarbeid med øvrige deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste 16
Sømløs helsetjeneste 16
Samhandling 17
Trygghetsalarm 17
Velferdsteknologi og «Patient-at-home» 17
Utvikling mot ”helsevaktsentral”- jf. primærhelsemeldingen 2015 17
Ressursbruk 18
Tjenester nærmere hjemmet 19
Oppsummert 19
5. Lokal tilhørighet og lokalkunnskap 19
Oppsummert 21

6. Kjernefunksjoner og kompetanse ..... 21 Feltkode
En drøfting av hva legevaktsentralenes kjernefunksjoner bør være i framtiden ..... 21 Feltkode
Oppsummert ..... 22 Feltkode
7. Forslag til en bedre legevaktsentralfunksjon ..... 23 Feltkode
Oppsummert ..... 24 Feltkode
8. Helsedirektoratets oppsummering ..... 24 Feltkode
9. Viktige definisjoner ..... 25 Feltkode

1. Status – dagens situasjon

Krav til legevaktsentral
Legevaktsentral er omtalt i akuttmedisinforskriftens § 3 d, der det bl.a. pekes på at medisinsk nødmeldetjeneste skal være et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp.

Kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødhjelp (113) inngår i dette systemet. 80 prosent av alle henvendelser til legevaktsentralen skal normalt besvares innen to minutter.

For å sikre svartjenesten ved legevaktsentralen skal det planlegges for alternative svarsted. Legevaktsentralene skal etter § 13 kunne motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer eller fast legevaktnummer.

Det er et krav at LV-sentralen skal kunne videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentral, eller øyeblikkelig hjelp til annen legevaktsentral.

Personellet ved LV-sentralen skal være personell med relevant helsefaglig utdanning og med gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. LV-operatøren skal kunne gi medisinskfaglige råd og veiledning til innringer, samt kunne prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp.

LV-sentralen skal også videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette omfatter i tillegg til lege i vakt, også fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.

Det er viktig å merke seg at LV-sentralen har varslingsoppgaver knyttet til håndtering av kriser, og operatørene bør ha kjennskap til beredskapsplanene for den eller de kommunene den betjener.

Helsedirektoratet er kjent med at dagens forskriftskrav ikke er innfridd ved mange LV-sentraler og man har etter hvert også fått kunnskap om at det er manglende direktenummer til legevakt, mangelfull teknisk kapasitet på telefonsystem og svarsted er ikke godkjent med legevaktsentralutstyr. Ved flere LV-sentraler er det mangelfull internkontroll og det kan synes som det mangler ROS-analyse av driften ved mange LV-sentraler. Et fåtall LV-sentraler har etablert reservesvarsted, mens det for LV-sentraler i nødnett er etablert «fallback-løsning» til annen telefoniløsning.

Nasjonalt legevaktnummer
Nytt nasjonalt legevaktnummer ble innført 1. september i år, og er i samsvar med revidert forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus § 12 og 13.
Dette betyr at du vil oppnå kontakt med en legevakt ved å ringe 116 117, uansett hvor du befinner deg i landet.

Trenger noen å komme i kontakt med en legevakt, har man frem til 1.september måtte vite det lokale legevaktnummeret for å få nødvendig helsehjelp. I enkelte legevaktdistrikter har man blitt møtt med en telefonsvarer, som opplyser om ett nytt telefonnummer en må ringe for å komme i kontakt med den legevaktslege eller LV-sentral som svarer deler av døgnet.

Mye av dette er blitt enklere ved bruk av et nasjonalt legevaktnummer, men også her kan det oppstå utfordringer. Det er ikke helt enkelt å rute mobilanrop og IP-telefoner til riktig LV-

sentralen, da det kan være mangelfull eller feil adresseinformasjon. Legevaktsentralene dekker i en del tilfeller mindre geografiske områder, noe som gjør teknisk ruting vanskelig. Politiets operasjonssentraler (02800) benytter samme løsningen, men har pr i dag 27 svarsteder i forhold til legevaktens ca. 110 svarsteder.

For å håndtere avvik er det etablert menystyring for postnummer eller landsdel/fylke/LV-sentral valg.

Organisering av legevaktsentraler og legevaktdistrikt
Den historiske utvikling både av antall legevakter og legevaktsentraler viser en jevn nedgang over flere år. I 2007 var det 230 legevaktordninger, der 114 var kommunale og 116 interkommunale. I 2015 er det utenom kontortid 111 interkommunale legevaktsdistrikter og 80 kommunale – ialt 191 legevaktordninger som utgjør en reduksjon på ca 20 legevakt-distrikter (ca 10 %).

På dagtid er det svært mange kommuner som har legevaktordninger i egen kommune, kombinert med fastlegepraksis/allmennhelsetjenesten. Noen av legevaktdistriktene har flere legevaktstasjoner deler av døgnet tilpasset befolkningens behov. Disse døgnvariasjonene må LV-sentralene forholde seg til.

Reduksjon av antall legevaktdistrikter, både kommunale og interkommunale, viser at det er flere kommuner som har slått seg sammen i større legevaktdistrikter.

Når det gjelder LVS viser tallene at det i 2007 var 165 LVS og antallet var i 2012 redusert til 116 LVS. Det er interessant å registrere forholdstallet mellom antall legevakter (191) og legevaktsentraler (110). En legevaktsentral kan håndtere flere legevaktdistrikter og legevaktstasjoner, og samordning av legevaktsentraler trenger ikke påvirke organisering av legevaktdistrikter, og tilstedeværelse av lokalt legevaktpersonell.

Antall/år	2007	2009	2012	2015	Red 2015-2007
LV	230		203	191	39
LVS	165	164	116	110	45

Det er i dag 27 LV-sentraler som dekker kun en kommune og 11 av disse LV-sentralene er i del-døgndrift og rutes til annen sentral deler av døgnet, slik at rene kommunale LV-sentraler i døgndrift er 16.

Det innebærer at man i perioder av døgnet er 83 interkommunale LV-sentraler som dekker 412 kommuner, i snitt ca. 5 kommuner pr. LVS, eller i alt 5 LV-sentraler pr. fylke.

Kommunene er i løpet av de siste årene bedt om å rydde opp i sine løsninger på dette området som per i dag ikke tilfredsstiller de forskriftsmessige krav som gjelder. Innføring av nasjonalt legevaktnummer 1. sept. 2015 medvirket også i at det ble fortgang i endret LVS-organisering. Også krav til operatørkompetanse ved LVS og nødnettinnføring påvirker organiseringen.

Helseforetakene drifter legevaktsentraler for en del kommuner. I dag drifter AMK Stavanger, AMK Haugesund, AMK Førde, AMK Namsos, AMK Helgeland og AMK Kirkenes LV-sentralfunksjon. Fra 1. sept. endret dette seg og når vi er ferdig med nødnettinnføringen vil det trolig kun være tre AMK sentraler som også drifter legevaktsentralfunksjoner i tillegg til å håndtere 113 (en-en-tre).

AMK-sentralene blir etter hvert mer rendyrket på sine primæroppgaver knyttet til håndtering av livskritiske hendelser og koordinering av ambulanseressurser.

25 % av legevaktene har eget legevaktlokale med tilhørende legevaktsentral.

Kompetanse og kvalitet
Operatørene ved legevaktsentralene skal etter ny akuttmedisinforskrift ha bachelorutdanning og relevant praksis, i tillegg til spesifikk utdanning som LV-operatør. Dette forventes innført i løpet av en 3 års periode (2018).

Over 90 % av LV-sentralene har sykepleier til å betjene LV-sentralen på kveld, natt og helg. Noen færre har sykepleier på dagtid, og bemannes av f.eks. helsesekretær. Teoretisk opplæring varierte fra 0 timer til 6 uker, og praktisk opplæring varierte fra ikke formalisert opplæring til seks måneders opplæring (Nasjonalt legevaktregister 2012).

Halvparten (51 %) av LV-sentralene har lydlogg, mens 68 % rapporterte at de bruker et pasientjournalsystem. 73 % rapporterte at de oftest/alltid tildeler pasientene tidspunkt for konsultasjon når de henvender seg på telefon, og 84 % rapporterte at de oftest/alltid setter hastegrad etter prioriteringssystem (Nasjonalt legevaktregister 2012).

Når det gjelder triage og beslutningsstøtte bruker 68 % Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og 56 % Telefonråd (Nklm rapport 7-2014)

Som en del av bl.a. kompetanseutviklingen innføres det nå krav om lydlogg ved legevaktsentralene til bl.a. bruk i veiledning av operatører og kvalitetssikring av tjenesten. Dette skjer ved utrulling av nødnett og blir integrert i denne løsningen.

Derimot fremkommer det områder som bør være gjenstand for systematisk forbedringsarbeid når det gjelder planverk, beredskap og samarbeid med andre tjenesteytere. Disse forhold innebærer avvik som ikke er i tråd med gjeldende regelverk og må forutsettes at kommunene løser innenfor gjeldende rammer.

Gode vurderinger bygget på faglig kunnskap i forhold til *triagering* av pasienter med hensyn til behov for omsorg vil kunne redusere unødvendige sykehusinnleggelser, og tilbud om behandling på rett nivå.

Ansvar og ledelse
Etter helsepersonelloven (1999) er det enkelte helsepersonell ansvarlig for den helsehjelp de yter. Dette innebærer bl.a. at LVS-operatør er ansvarlig for meldingshåndtering, vurdering og hastegradsfastsetting av henvendelser til legevaktsentralen. Helsedirektoratet kjenner ikke til om at alle LVS-operatører har kunnskap om lovverket og det ansvar som påhviler den enkelte helsearbeider. I legevaktsammenheng har man ofte benyttet begrep om helsepersonell som hjelpepersonell, dvs. legens medhjelper.

Helsedirektoratet mener det er viktig at alt helsepersonell i sin utøvelse av helsehjelp er klar over det ansvar man har, herunder å yte faglig forsvarlig helsehjelp, henvise pasienten til annet helsepersonell når dette er nødvendig eller søke rådgivning hos andre helsearbeidere f.eks. legevaktslege, når egen kompetanse ikke strekker til.

Det er ikke definerte krav til leder av LV-sentral eller legevakt. Fra definisjonskatalogen (2012) finner vi funksjonene definert slik:

Leder legevaktsentral	Den leder som har administrativ og systemmessig ansvar for legevaktsentralen, dens personell og oppgaver/funksjoner.
Legevaktsjef	Den leder som har administrativt og systemmessig ansvar for legevakten, dens personell og oppgaver/funksjoner.
Legevaktlege	Lege som har vakt i et definert legevaktdistrikt.

Legevaktlege er ikke leder ved legevaktsentralen og har ikke ledelsesmessig ansvar for LVS-operatørene. LVS-operatørene har selvstendig ansvar og rapporterer direkte til nærmeste leder.

Imidlertid vil legevaktlege være medisinsk beslutningstaker i de behandlingssituasjoner som oppstår, der legevaktlege er kjent med situasjonen og pasientens behov for helsehjelp.

Henvendelsene
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har sett nærmere på nordmenns bruk av legevakten. Resultatet viser at 75 prosent av alle tilstandene som får behandling på legevakten kan klassifiseres som ikke akutte. Rapporten konkluderer med at mange av disse pasientene kunne ha ventet til fastlegekontoret åpnet dagen etter. 2-3 prosent av henvendelsene dreier seg om akutte livstruende tilstander som krever umiddelbar medisinsk behandling (rød respons). De resterende kommer i kategorien gul respons, det vil si tilstander som krever undersøkelse og behandling i løpet av 1-2 timer.

Tilgang til LV-sentral
Tilgjengeligheten for befolkningen til kommunale legevakttjenester har vært og er tildes varierende mellom kommunene.

Legevaktsentralen skal ha tilstrekkelig kapasitet og det er en uttrykt målsetting at pasienten ringer legevaktsentral først, for å få råd om videre behandlingsløp, fastlege, legevakt eller evt. akutthjelp ved sykehus.

Flere mindre kommuner har ikke hatt eget dedikert nummer for legevakt og legevaktsentral, selv om forskriftskravet er ca. 25 år gammelt. Det er også for liten svarkapasitet ved en del LV-sentraler, og det er ingen robuste løsninger for håndtering av bortfall av infrastruktur, brudd på telelinjer og f.eks. brann eller bygningsmessige problem ved mange legevaktsentraler.

Helsedirektoratet merker imidlertid endring i positiv retning, som medfører at man i de fleste kommuner har mer fokus på legevakt og legevaktsentralfunksjon 24/7 (hele døgnet hele uken). Dette ser man ved innfasing av nødnett i landets LV-sentraler og ved etableringen av nasjonalt legevaktnummer 116 117. Det er lengst nord i landet tjenesten har størst mangler sett i lys av formelle krav. Noe av dette kan skyldes at legevakten dekker store områder, men mindre populasjoner på 1 - 2 000 innbyggere. Lege- og helsesenter har gjerne samme nummeret som legevakttelefonen har utenom kontortiden, og da er den gjerne besvart på sykestua. Det er også eksempler fra Helgelandskysten hvor det i noen kommuner også var vaktlegen som var legevaktsentral med mobiltelefonen «i baklomma».

Anropene til LVS preges av et stort mangfold. Det er, alt fra korte samtaler hvor samtalene ender opp som en overføring til AMK eller andre tjenestesteder, eller avtale om konsultasjon

på legevakten; til mer tidkrevende samtaler med ustabile pasienter og til pasienter med behov for råd og medisinsk veiledning. Slike forhold gjør at samtaler på LVS kan bli av lengre varighet enn tilsvarende samtaler på AMK og det foreligger rapporter om at gjennomsnittlig samtaletid i LVS ligger på mellom 4 og 6 minutter. Flere LV-sentraler har kun en operatør-plass og sårbarheten ved dette gjør at det blir liten bufferkapasitet når det blir et visst trykk i gitte perioder.

Svartid på legevakttelefon

I noen mindre vaktdistrikt er det en til to henvendelser til legevakten utenom kontortiden. Befolkningen er vant med at dersom legevakttelefonens eneste inngående linje er opptatt, da prøver man på igjen. Ellers ringer man 113 og får hjelp via AMK-sentralen for å få kontakt med den akuttmedisinske kjede.

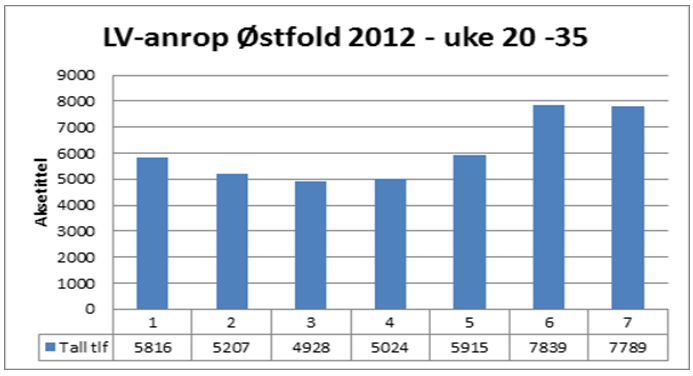
Helsedirektoratet har merket seg at det også i større populasjoner kan være vanskelig å få kontakt med store legevaktsentraler, hvor ventetid over 10 minutt ikke er uvanlig til tider på døgnet. Dette kan skyldes flere forhold, bemanningen kan være for lav og det mangler systemer og organisering hvor man kan sette over innringere som har stort og akutt behov for å snakke med helsetjenesten. Selv LVS-er med stort befolkningsgrunnlag har gjerne kun en LVS-operatør på nattevakt.

Det er per i dag ikke mulig å komme med samlede data fra landets LVS om aksesstid; fordi slike data er manglende. Østfold er pilotfylket for 116 117 og har 5 LV-sentraler. Det har vært mulig å hente ut noe data i løpet av 2012 om svartider på legevaktsentralene via Telenors registreringer. Tallene er basert på rådata og har ikke gjennomgått en vitenskapelig kvalitetssikring. Videre vil det via nødnett sin rapportløsning for kontrollrom (les: LV-sentral) bli mulig å hente ut enda flere aktivitetsregistreringer, men dette er ikke klart pr. i dag.

Første halvår 2012 var det 76 657 samtaler og fordelingsmønsteret viser flest telefoner i helger og på mandager. Det er ikke uventet flest telefoner i helgene når fastlege ikke er tilgjengelig. Det var totalt 27 506 samtaler som utgjør ca. 35 % av ukas totale antall.

Andel ubesvarte telefoner er gjennomsnittlig for uken 3,12 %, men det er noe høyere tall for fredager og lørdager.

Det ble for 15 ukersperioden 14. mai – 2. september i 2012 tatt ut en spesiell rapport hvor en i tillegg til å se på variasjoner fra ukedag til ukedag, samt antall anrop pr. time.



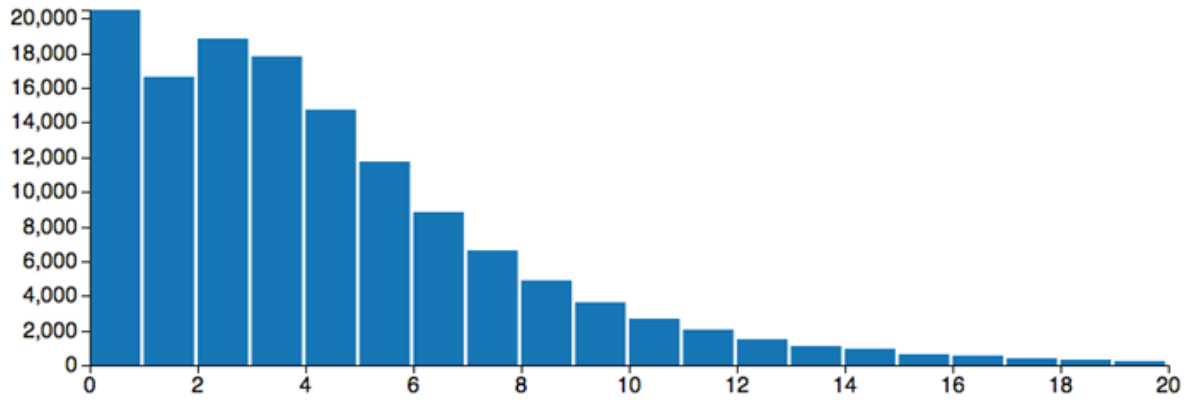
Lørdager har et gjennomsnitt på 21,8 anrop pr time. Tilsvarende tall for søndager er 21,6 LV-henvendelser.

Den mest hektiske perioden i løpet av lørdag/søndag, nemlig tidsperioden kl. 09 til kl. 15. Antall LV-henvendelser ligger mellom 34,6 og 34,9 for hele Østfold. Ut fra vurdering vil det i

helgene være en variasjonsbredde for antall anrop per time per LVS fra 4,3 til 8 telefoner pr legevaktsentral (277 000 innbyggere og 5 LVS-er).

Fra Telenor sin rapportering for 2013/2014 har vi bearbeidet data knyttet til aksesstiden. Denne forholdsmessig lik gjennom hele døgnet. Mellom 86 og 89 % av LV-samtalene besvares innen 30 sekund (gj.snitt er 86,9 %) og innen 1 minutt er i alt 89 % av LV-samtalene besvart.

Samtaletidene på LV-henvendelser er ut fra tidligere rapporter fra Nklm vurdert til å være gjennomsnittlig 4 minutter. Dette stemmer med data fra Østfold.



Figuren viser samtaletiden ved LV-henvendelser ved LVS i Østfold. Som vi ser har hovedtyngden av henvendelsen en tidsbruk på mindre enn 5 minutter (kun tall fra jan.-okt.) 2013 (10 mnd.)(n=135.000 samtaler). 65 % av samtalene er 5 min eller kortere, og 74 % er 6 min eller kortere. Ca. ¼ av samtalene varer lenger enn 6 minutter.

Utviklingstrekk de siste årene
Befolkningens bruk av legevakt er preget av stabilitet med om lag 2 millioner henvendelser årlig. Det er ingen indikasjoner på store endringer i henvendelsesrater, hva man bruker legevakten til, diagnosespekter eller hastegrad (Nklm rapport 7-2014)

Det foreligger ingen studier på om lang svartid påvirker pågang av alternative tjenester, men det er ikke usannsynlig at dette kan påvirke pågangen til fastleger, hjemmebaserte tjenester og AMK – sentraler. Samtidig vil man kunne forvente at lav tilgjengelighet til disse aktuelle tjenestene vil kunne føre til økt antall henvendelser til legevaktsentralene.

Vakttårnrapporteringer viser klart at økt befolkning i visse perioder av året fører til økt bruk av legevakt. Hyttefolk og andre sesongturister kan føre til en mangedobling av befolkingen i legevaktdistriktet og krever organisatoriske tiltak.

Helsedirektoratet registrerer at det spesielt i Finnmark er meget høgt bruk av 113 i forhold til befolkningen. Det kan tenkes at manglende svarkapasitet ved legevaktsentralen kan medvirke til at dette er høyere enn for landet ellers. Dette bygger på faktisk kunnskap om mangelfull svartjeneste og telefonkapasitet både teknisk og operatørmessig.

Oppsummert
- LVS er regulert i ny akuttmedisinforskrift

- Det er innført nasjonalt legevaktnummer
- Store reduksjoner i antall legevaktsentraler og LV-sentralfunksjon er på veg ut av AMK
- Kompetanse hos LVS-operatør skal styrkes
- LVS-operatør er helsepersonell og ansvarlig for utøvelse av helsehjelp
- Legevaktlege er ikke ansvarlig for LVS-operatør
- Leder har systemansvar for helsetjenesten
- En stor andel av henvendelser til LVS kan vente til neste dag
- Tilgang til LV-sentral er ikke god nok, og det er geografiske ulikskaper
- Svartid på legevaktsentral kan bli bedre – og det er mulig å få til
- LV-sentralene har sesongmessige variabler

2. Utfordringer

Større legevaktdistrikter kan gi færre legevaktsentraler
I takt med reduksjon av antall legevakter ser vi en trend mot utvikling av større legevakt-distrikter og færre legevaktsentraler. Operatørene får dermed et større geografisk område og en større befolkning å forholde seg til. Som en følge av dette kan man forvente at kunnskapen om lokalgeografiske forhold og den enkelte pasient blir lavere til lengre man fjerner seg fra legevaktstasjonen.

I hvilken grad moderne teknologi og telemedisin kan kompensere for avstand og lokale kjennskap til lokale forhold, må vurderes. Dette er forhold som blir nærmere drøftet i kapittel 4.

Med større avstander til legevakt kan legevaktsentralen få flere henvendelser som avsluttes med telefonråd. Det stilles derfor store krav til den som besvarer telefonen.

Direktoratet mener at man bør vurdere om det kan være aktuelt for legevaktsentralen å ha en lege tilgjengelig for telefonhenvendelser for et større område, f.eks. et helt fylke. Dette vil kunne virke positivt for den enkelte pasient, som kan få en legevurdering på telefon og kanskje slippe å reise langt til en legevaktstasjon. Videre vil man unngå å forstyrre legevaktsleger som har konsultasjoner eller er på utrykning.

Mangel på felles elektronisk kommunikasjonsplattform i helsevesenet
Denne utfordringen er godt kjent og problematisert i ulike sammenhenger. Manglende muligheter for informasjonsutveksling og rask tilgang til nødvendig pasientdata kan ha stor betydning for å kunne gi øyeblikkelig hjelp pasienten adekvat medisinsk behandling. Kjernejournal er nå tilgjengelig i store deler av landet også gjennom legevaktsentralen.

Endring av sykehus - og ambulansestruktur
Det har de senere år vært en endring av sykehusstrukturen i Norge med færre sykehus i distriktene og en sentralisering av blant annet akuttkirurgien og ambulansetjenesten. Dette kan gi økte utfordringer for legevaktene i form av flere mer krevende akuttmedisinske oppdrag, lengre ventetid på ambulanse og lengre reisevei med behov for medisinsk behandling og overvåking av legevaktlege. Dette virker også inn på legevaktsentralenes

oppgaver og håndtering av henvendelsesvolumet, når vaktleger evt. er opptatt med dårlige pasienter på veg i ambulansen eller venter på nødvendig behandling og transport. Det er ikke alltid at det er tilgang til legespesialister fra spesialisthelsetjenesten prehospitalt.

Krav til kompetanse og aksesstid ved legevaktsentralene
Ny forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus setter krav om at 80 % av telefonsamtalene skal besvares innen 2 minutter og bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

De fleste legevaktsentralene har sykepleier til å betjene legevaktsentralen på kveld, natt og helg. Noen færre har sykepleier på dagtid, og bemannes av f.eks. helsesekretær.

Det må rekrutteres flere helsepersonell med bachelorutdanning. Det kan være en utfordring noen steder hvor det er vanskelig å rekruttere helsepersonell. Videre må det trolig økes noe bemanning på LV-sentralen i enkelte kommuner for å ivareta svartidskravet. Alternativt må det søkes etablert samhandlingssystemer mellom LV-sentraler.

Over 90 % av pasientene er fornøyd med å få snakke med sykepleiere. De er også fornøyd med den rådgivningen som blir gitt. Utfordringsbildet er her i hovedsak knyttet til responstid (meddelelse fra Nklm).

Det er direktoratet sin vurdering at legevaktsentralen, som primært skal gi tilgang til øyeblikkelig hjelp-tjenester, må ha krav om kortere svartid enn fastlegen. Begrepet øyeblikkelig hjelp er et noe uklart begrep, men vil i denne sammenheng bli definert av innringer/pasient selv i forhold til den konkrete situasjon.

Tallene fra Østfold, med opp i mot åtte telefoner i snitt per time per legevaktsentral i de mest travle timene på døgnet, kombinert med en samtaletid på rundt 5 minutter, indikerer etter vår oppfatning at det er et stort potensial for forbedringer. Mer effektiv bruk av triage og telefonstøttesystemer, og en generell styrking av operatørkompetanse er forhold som vil kunne redusere aksesstiden, samt øke kvaliteten på denne tjenesten. Videre må det gjøres en vurdering av antall operatørplasser for den enkelte legevaktsentral. I tillegg kommer muligheten til å ta i bruk teknologiske løsninger. Sistnevnte vil bli drøftet i kapittel 3.

Driftsdata som kan brukes fortløpende, ledelse og endringsadferd, bruk av lydlogg i veiledning, gevinster av å jobbe sammen og organisatoriske forhold er viktige momenter i denne sammenheng.

24 timers samfunnet
Befolkningen er i stadig økende grad blitt vant med å få utført tjenester store deler av døgnet alle dager. Man vil ha ordnet sine gjøremål når det passer best for en selv. Dette gjenspeiles i legevaktene med at stadig flere pasienter som oppsøker disse etter kl.

Eksempel:
En pasient, som skal på jobb oppsøker legevakten kl. 06.00 med en øyekatarr. Vedkommende får behandling i form av øyedråper, og kan møte på jobb kl. 07.00.

Alternativet er at vedkommende pasient må vente til fastlegekontoret åpner, forsøke å få en time i løpet av dagen, og dermed gå glipp av en arbeidsdag.

Ser man på de samfunnsmessige og samfunnsøkonomiske konsekvensene av ikke å ta i mot denne pasienten er disse langt større enn kostnadene til denne konsultasjonen. Vedkommende slipper egenmelding, dessuten intet produktivitetstap for arbeidsgiver og samfunnet.

1600 med mindre alvorlige tilstander. De begrunner dette med at de trengte hjelp nå, eventuelt ikke ønsket å vente til neste dag eller ta fri fra jobben for å oppsøke sin fastlege på dagtid.

Her må helsevesenets ulike tjenesteytere i større grad vurdere om det kan ha samfunnsmessig og samfunnsøkonomisk betydning å se på dagens tradisjonelle åpningstider.

Hvordan demografiske forhold påvirker legevakt og legevaktsentralen

Befolkningstilveksten fra fastlegeordningens start til utgangen av 2015 er stipulert til 950 000[1] Frem mot 2030 vil andelen eldre øke sterkt, med tilsvarende reduksjon i andelen yngre. Aldersgruppen over 67 år vil øke med 64 %, mens gruppen over 80 år vil øke med 56 %. Samlet sett vil man rundt 2030 passere en million i aldersgruppen 67 år og eldre. Utviklingen forventes å fortsette og utgjør således en varig endring i alderssammensetningen.

Vi vet at sykelighet øker med alder og med kunnskap om nåværende forbruk av helsetjenester vet vi at gruppen eldre over 70 år har fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper. Befolkningsgruppen over 80 år utgjør ca. 5 % av den totale befolkningen, men legger beslag på 45 % av de somatiske sykehussengene[2]. Et stort antall innleggelser går gjennom legevakt.

Tall fra Norsk helsenett viser at 72 % av heldøgns innleggelse i sykehus er øyeblikkelig hjelp. Av disse kommer 60-80 % gjennom legevakt[3] og ved riktig bruk av legevakten må disse pasienten vurderes hastegradsmessig av LVS-operatøren.

En betydelig andel av gruppen over 70 år vil ha flere sykdommer og vil være brukere av flere legemidler.

Som følge av dette vil kravene til ressurser innenfor de ulike helsetjenestene endre seg betydelig fremover. Alt dette er forhold som må kalkuleres inn når man skal beregne fremtidig kapasitet og kompetanse innenfor legevakttjenesten.

Effekter av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har medført at kommunen i større grad har ansvar for innbyggere med alvorlige og ressurskrevende medisinske tilstander. Den kommunale hjelpetjenesten skal håndtere sykere pasienter, ofte med flere innbyrdes kompliserende tilstander som er både medisinsk, bemanningsmessig og teknisk krevende. Dette innebærer at det faglige nivået må være høyere, ferdigheter på en rekke nye tilstander må innarbeides og mestringsrepertoaret må være bredere. Mengdetrening er en viktig faktor når nye ferdigheter skal opparbeides og kan by på utfordringer når spekteret av det som skal håndteres i førstelinjen blir stort.

Kommunens hjelpeapparat består av forskjellig typer helsepersonell med ulik bakgrunn og oppgaver. For innbyggere med komplekse og sjeldne lidelser innebærer det oppfølging av et høyt antall generalistutdannet helsepersonell som kanskje ser tilstanden denne ene gangen i livet. For legevaktsentralen gir dette viktige føringer.

---

[1] https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/Tabellgrunnlag%202014-4.xls

[2] Helsedirektoratets rapport IS-1966 Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten

[3] https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/Sider/5/5-6-Innleggelser-i-spesialisthelsetjenesten.aspx

De blir ikke bare kontaktet av pasienter med alvorligere tilstander, de blir også kontaktet av deres helsepersonell som i mindre grad kan gjøre rede for dem og ikke minst blir telefonen mottatt på sentralen av en person som kanskje er uten erfaring og kompetanse på lidelsen. Dette gir økende krav til at legevaktsentralen har innarbeidet gode rutiner for rask konferering med vakthavende lege og at det foreligger gode manualer for håndtering av henvendelser.

Oppsummert

- færre legevakter og større legevaktsentraler
- flere og eldre pasienter og mer sammensatte tilstander – vanskeligere vurderinger på LVS
- vurdere lege tilgjengelig for telefonhenvendelser for et større område for telefonkonsultasjon og vurdering av pasientens tilstand
- demografiske forhold fører til flere og endrede oppgaver for legevaktsentralene
- behov for elektronisk kommunikasjon knyttet til pasientinformasjon
- samhandlingsreformen gir utfordringer for større kompleksitet ved LVS

3. Teknologiske og organisatoriske muligheter for kortere svartid (axesstid)

Felles svartjeneste
Etableringen av et felles legevaktnummer gjør det mulig å rute trafikken i telenettet på ulike måter. Det kan lettere etableres felles svartjenester for legevaktsentralene, der man etablerer enten store legevaktsentraler, f.eks. en pr fylke, eller ved at man benytter dagens legevaktsentralstruktur og øker samhandlingen dem imellom. Dette omtaler vi senere i avsnittet.

Juridiske forhold
Både juridisk og organisatorisk vil samarbeid og overføring mellom sentraler by på utfordringer. Dagens lovregler krever at helsepersonell må være tilsatt i samme organisasjon for å dele pasientsensitiv informasjon. Det medfører at dersom man skal arbeide på tvers av ulike legevaktdistrikter, må det sørges for at dette blir etablert som en felles organisasjon. Dette kan da være at man etablerere alle legevaktsentralene i ett fylke eller egnet geografiske området til å fungere sammen som en organisatorisk enhet med felles ledelse og juridisk ansvar for tjenesten.

Organisatoriske forhold
Organisatorisk har vi allerede pekt på at det må etableres en enhet, og vi diskuterer ikke noe videre hvilken organisatorisk ordning dette skal være. Helsedirektoratet vil imidlertid peke på at det kan være interkommunale selskap (IKS) eller at det er knyttet til en vertskommune, f.eks. sammen med en hovedlegevakt for fylket/regionen.

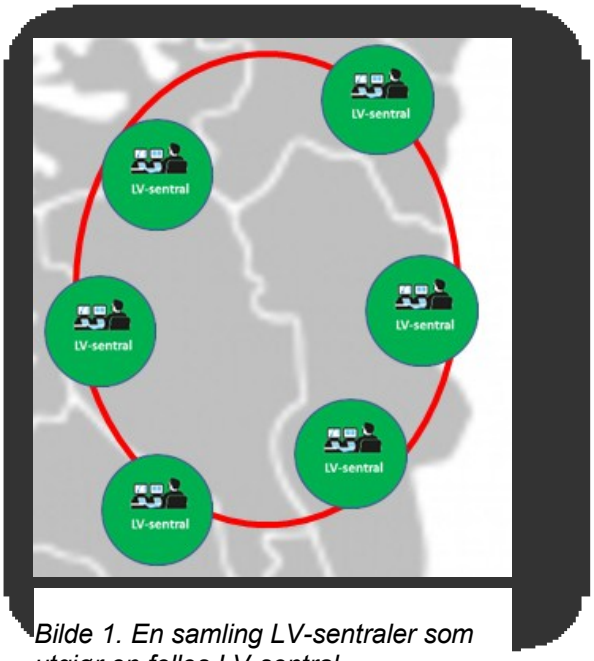
Teknisk løsning
Teknisk vil det kunne gjøres på ulike måter. Det kan etableres en køordning, der anrop primært settes til lokal legevaktsentral, og hvis det ikke er svar der innen en definert tid, så går den til et definert svarsenter eller blir lagt ut i felles kø, som fordeles etter tur i køen inn til en av LVS-operatørene som er ledig.

Alternativt kan det legges i en felles kø der det alltid vil gå til første ledige LVS-operatør.

Det er i dag krav til at alle LV-sentraler skal svare både 116117 og eget 8 sifret legevaktnummer. Man kan både beholde dagens lokale legevaktnummer eller et felles nummer for en samlet virtuell LV-sentraler. Dette løses teknisk i telenettet. Imidlertid vil et dedikert nummer til en enkelt LV-sentral da ikke garantere å komme til den spesifikke LV-sentralen, men kan komme inn i køen til de samarbeidende LV-sentralene. Dette gitt at tidsfaktoren skal styre. Skal det være lokal ruting som er viktigst, kan det fortsatt gå kun til den spesifikke sentralen.

Det vil være ulike tilnærminger til hvordan man prioriterer hva som er best. Tidsmessig vil nok anrop rutet inn til en felles kø på det jevne gi bedre meridiantid, mens det på en liten LV-sentral som oftest vil kunne svares rimelig rask, ut fra at pasienttilgangen kan være liten. Det siste vil kanskje gi mer «lokal» kunnskap om innringer. Nærhet og lokalt kunnskap drøftes i eget kapittel.

Med hensyn til å svare innen så kort tid som det vises til i Skottland, må det nok påregnes mer operatører på vakt ved LV-sentralen. Nasjonalt har man et mål å henstille publikum til å ringe først, noe både legevakten i Bergen og Oslo har pekt på at det har de ikke kapasitet til å håndtere i dag. Imidlertid er det grunn til å vurdere om dette vil gi riktigere bruk av legevakt som øyeblikkelig hjelp, jf. Nklm sin undersøkelse som viser at 75 % av henvendelsene til legevakt ikke er akutte og mange kunne vente til neste virkedag og oppmøte hos fastlegen.



Bilde 1. En samling LV-sentraler som utgjør en felles LV-sentral.

Bilde 2. Selvstendige LV-sentraler, men med gjensidig avtale om å hjelpe hverandre ved stor pågang eller bortfall av infrastruktur

Virtuell LV-sentral
En samling av ulike geografisk plassert svarsteder (LV-sentraler) som inngår i samarbeidende LV-sentralgruppe, kan vi kalle en virtuell LV-sentral. Store Norske Leksikon anfører at ordet *virtuell* stammer fra latin vir – virtualis - som betyr *styrke, kraft*. Norsk Synonymordbok tolker *virtuell virkelighet* synonymt med *kunstig virkelighet.*

Med virtuell LVS (VLVS) menes en *felles LVS-sentral der personalet befinner seg fysisk på flere lokalisasjoner, men arbeider i et felles virtuelt kontrollrom.*

Nye former for kommunikasjonsteknologi og moderne IKT-løsninger med forbedret programvare for krisehåndtering og ledelse, muliggjør elektronisk samlokalisering av flere adskilte krisesenter og kontrollrom til en fullverdig funksjonell enhet. Elektronisk støtteverktøy og automatisk generering av virksomhetsdata og styringsdata vektlegges i denne utviklingen.

Viktige momenter ved virtuelle LV-sentraler er økt totalkapasitet og redusert sårbarhet ved bortfall av en fysisk sentral

Dette er mye likt de organisatoriske forholdene man i Helse Vest jobber med for å få alle 4 AMK-sentralene i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger til å jobbe sammen som en sentral – AMK Helse Vest

Samarbeidende LV-sentraler
Forskriften peker på at LV-sentralen må ha et alternativ svarsted. ROS-analyser bør ligge bak de valg man gjør med hensyn til organisering av dette.

Det vil praktisk være mulig at to kontrollrom/LV-sentraler jobber sammen, der man f.eks. har 30 sekund å svare ett anrop ved primærsentralen før dette anropet blir rutet inn på en egen kø som gir fortrinn i sekundærsentralen. Man kan også vurdere å ha felles kø og den operatøren som er eller blir først ledig svare første innringer i køen.

Teknologien kan understøtte ulike løsninger og kommunene må ta stilling til hvordan man best kan organisere virksomheten.

Oppsummert

- ulike kontrollrom kan virke sammen som en LV-sentral.
- det kan være to eller flere LV-sentraler som jobber sammen
- man kan ha felles kø eller videreruting av inngående samtaler
- organisasjon og juridiske forhold må avklares

4. Samarbeid med øvrige deler av kommunenes helse- og omsorgstjeneste

Sømløs helsetjeneste
Helsetjenesten skal være så sømløs som mulig med minst mulig tap av kompetanse og med god oversikt der en tjeneste slipper og en annen overtar. Dette fordrer godt samarbeid og god kommunikasjon. Legevaktsentral, legevaktlege, fastlege, sykehjem og hjemmetjeneste

må ha gode kommunikasjonslinjer slik at mulige misforståelser raskt kan avklares og plan for oppfølging legges.

I de aller fleste kommuner er det nå tilrettelagt for elektronisk kommunikasjon mellom legevakt, fastlege, sykehjem og hjemmetjeneste (PLO-melding) ved siden av faks og telefon. Legevaktsentralen er et sentralt ledd i denne kommunikasjonslinjen og vil være sentral i videreutvikling av en sømløs helsetjeneste.

Samhandling
I § 4 i den reviderte akuttmedisinforskriften pålegges kommune og helseforetak å sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Øvelse er nødvendig dersom tjenestene skal klare å fungere optimalt sammen under pressede akuttsituasjoner. Det er avgjørende at kommunen legger til rette for at forskriften kan virke etter intensjonen, og at legevaktsentralene også blir øvet.

Helsedirektoratet har inntrykk av at øvelser ikke har hatt tilstrekkelig prioritet i legevakten generelt og i liten grad i selve legevaktsentralen.

Trygghetsalarm
Trygghetsalarm oppleves av mange som en vesentlig sikkerhet i hverdagen. I mange tilfeller går alarmen til vaktsentraler som ikke er bemannet med helsepersonell. Det bør ses nærmere på om trygghetsalarm bør knyttes nært til de som kjenner brukerne, for eksempel den lokale legevaktsentralen /helsevaktsentralen.

Velferdsteknologi og «Patient-at-home»
Velferdsteknologi åpner for nye måter å overvåke og måle funksjoner og medisinske parametere. Teknologien er et supplement til forhåndsbestemt nærhet, og kan brukes til presis, tidsstyrt, sikker intervensjon der ett av fortrinnene kan være redusert mulighet for brukerfeil.

Muligheten til å følge detaljert med i sykdomsutvikling og monitorere kroppsfunksjoner vil kunne legge til rette for at flere pasienter kan bo hjemme med bedre livskvalitet lenger. Imidlertid fordrer det god teknisk og medisinsk kompetanse hos helsepersonellet som overvåker. Helsedirektoratet mener legevaktsentralen kan ha en sentral rolle innenfor velferdsteknologi.

Utvikling mot ”helsevaktsentral”- jf. primærhelsemeldingen 2015
Helsevaktsentral er tenkt som et bredt anlagt system der ulik form for bistand ytes når behovet for hjelp er nyoppstått og har karakter av å måtte avklares raskt. Helsevakten kan omfatte ressurser fra den kommunale helsetjenesten, det regionale helseforetaket og frivillige organisasjoner. Summen av tjenestene fra partene utgjør et differensiert og bredt tilbud. De offentlige aktørene er pålagt og gjensidig forpliktet til å samarbeide og skape tjenestene til en sammenhengende kjede.

Det bør vurderes om legevaktsentralen kan ha en sentral rolle i denne sammenheng. Fra bare å være en tradisjonell mottaker og videreformidler overfor brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, vil tjenesten dreies mot en langt større brukergruppe med et langt videre bistandsbehov. Det kan tenkes at forskjellige typer av velferdsteknologi kan ha sin ”alarmmottak” i dette systemet.

Telemedisinske løsninger har vært kjent i mange år, og de fleste kjenner til vAKE-prosjektet. Det er i flere kommuner og helseforetak nå prosesser på gang med mer bruk av telemedisin i vanlig konsultasjonsarbeid. Det pågår også tilsvarende prosesser i ambulansetjenesten, der man ønsker å kunne utveksle informasjon mellom legevaktlege, LVS og ambulanse.

Det vil være aktuelt for legevaktsentralen å integrere telemedisin i sin virksomhet. Dette kan gi bedre samhandling mellom hjemmetjenesten og legevakten, men også med sykehjem og andre institusjoner. Bruk av videobasert konsultasjon kan redusere behov for at lege reiser i sykebesøk, at pasienter kommer til legevaktstasjon eller at man unngår bruk av ambulanseressurser for å transportere pasient til/fra legevakt.

Tilsvarende kan det også være for oversending av biometriske data; EKG, saturasjon, puls og BT. Elektronisk auskultasjon har ikke fått noen stor utbredelse, men kan også være aktuelt. Legevaktsentralen kan være kommunikasjonsknutepunkt for dette, og tidligere nevnte legevaktlege for telefonkonsultasjon kan kanskje være den ressursen som også utfører de telemedisinske vurderingene.

Dette fordrer et utstrakt samarbeid med andre tjenesteytere, herunder kunnskap om hverandres funksjons- og ansvarsområde og muligheter for utveksling av elektronisk pasientinformasjon.

I denne sammenheng bør man drøfte i hvilken grad dette vil "vanne ut" den opprinnelige tilstedeværende legevaktmedisinske kompetanse i legevaktsentralen, og om en slik utvidet ordning vil påvirke tjenestens tilgjengelighet for de som trenger den mest.

Det kan være en mulighet å la den tradisjonelle legevaktsentralen være en del av helsevaktsentralen, og evt. også utvikle et gjensidig samarbeid relatert til tidssammenfallende oppgaver. Helsepersonellet må da fylle de kravene som er stilt til LVS-operatør.

Det må også vurderes om man ute i kommunene bør opprettholde lokale Helsevaktsentraler for å dra nytte av lokalkunnskapen. I denne sammenheng vil man også kunne dra nytte av å knytte sykepleiere på legekontor og i den kommunale pleie – og omsorgstjenesten tettere på hverandre.

Dessuten bør man vurdere om helsepersonell fra pleie – og omsorgstjenesten i større grad kan bidra med innsats i akuttmedisinske situasjoner. Dette forutsetter regelmessig trening og effektiv varsling fra legevaktsentralen.

Ressursbruk
Ved LEON prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå) får bruker tilgang til god og tilstrekkelig helsetjeneste med minst mulig ressursbruk.

Gjennom legevaktsentralen er legevakta det stedet man henvender seg på kveld, natt og helg ved akutt oppståtte problemer. I tillegg til diagnostikk og behandling fungerer den som en sorteringssentral der pasient skal få nødvendig helsehjelp.

Mange henvendelser avsluttes med råd fra sykepleier, noen blir bedt om å oppsøke fastlege på dagtid eller blir henvist f.eks. til hjemmetjenesten, De fleste treffer vaktlegen som også vil gjøre en sortering. Mange pasienter legges inn på sykehus, noe som er et svært ressurskrevende tiltak.

Tjenester nærmere hjemmet
For de fleste vil et tilbud nærmest mulig hjemmet være å foretrekke. Utenom dagtid er sykehus i dag det eneste alternativet når pasienten ikke kan bo hjemme. Fra 1.jan. 2016 har alle kommuner lovpålagt plikt til å ha kommunale akutte døgnplasser. Dette vil være et verdifullt alternativ når sykehusinnleggelse ikke er medisinsk indisert, men pasienten av ulike grunner ikke kan sendes hjem.

Ved å trekke inn nye deler av den kommunale tjenesten i vaktordningen, kan det tilrettelegges for at noen av disse pasientene likevel kan reise hjem etter en akuttvurdering på legevakt ved å få tilpasset bistand i hjemmet for en kortere eller lengre periode. Det er da viktig at legevaktsentralen er kommunikasjonsknutepunktet og er orientert om situasjonen på forhånd, og kan gi nødvendig støtte i pasientomsorgen.

Oppsummert

- pasienter er tjent med sømløse tjenester og legevaktsentralen kan ha en sentral oppgave her
- LVS må være en del av akuttmedisinske kjede og være tilstrekkelig øvet
- mottak av trygghetsalarmer og andre monitoreringsoppgaver må kunne ivaretas av legevakt-/helsevaktsentralen
- pasienter som bor hjemme må kunne få nødvendig telemedisinsk overvåkning i legevakt-/helsevaktsentralen
- LVS skal medvirke til fornuftig ressursbruk tilpasset pasientens behov
- LVS må være en trygghetsfaktor for pasienter som oppholder seg hjemme, enten sentralen er lokal eller dekker et større område.

5. Lokal tilhørighet og lokalkunnskap

Ideen bak helseradionettet var at det var viktig å få de nærmeste ressursene tidlig fram og at innsatspersonellet, både de som tok imot meldingene og utøvde tjenestene til publikum, var kjent med brukerne, ressursene og ikke minst geografien i nærområdet.

Noe av kjerneideen i overlege Paul F. Forstrønens pionerarbeid med helseradionettet var å engasjere lokalsamfunnet og knytte det lokale hjelpeapparatet tett til hendelsene – nærhets-prinsippet sammen med fagkyndighetsprinsippet.

Både lokal lege, hjemmesykepleietjenesten og sykepleierne på institusjonene og andre lokale ressurser skulle involveres i og løse oppgavene sammen.

Lokalkunnskapen om befolkningen, språket, kulturen, spesielle utfordringer i mindre geografiske områder og i spesielle familier ble sett på som spesielt nyttig og viktig. Ofte vet man i lokalsamfunnet hvor ressursene befinner seg, hvilke kompetanse den enkelte hjelper har, hvem som er spesielt god på hva, hva som er beste og sikreste veivalg for å komme raskt fram med ressurser. Dette er faktorer som kan være meget sentrale når det haster i det norske helsevesen.

Det har mange steder i landet blitt opplevd som en trygghet i lokalsamfunnet å ha legevaktsentralen lokalt. Det hender seg at lokalbefolkningen ringer lokal legevaktsentral fremfor 113 også ved livstruende tilstander. Det siste er ikke ønskelig, og Helsedirektoratet

forsøker gjennom informasjonskampanje å klargjøre hvor ringer man for ulike helseproblemer.

Mange steder har LVS-operatørene andre sykepleieoppgaver i tillegg deler av døgnet. Dette støtter opp om at flere funksjoner kan beholdes og utøves lokalt. Ved mindre legevaktstasjoner er det naturlig at sykepleier betjener både LV-sentral og deltar i klinisk pasientarbeid.

Dette medfører at LV-sentralen ikke alltid kan overholde krav til svartid. Det må da etableres samarbeid med andre svarsteder/LVS-er som man overfører anropet til, enten med fast overløp etter en gitt tid, eller at henvendelsen går direkte til annen LVS.

Direktoratet vil her også peke på at en virtuell LV-sentral kan løse denne utfordringen. Det vil også motsatt være slik at legevaktsentraler i små populasjoner vil kunne ha kapasitet til å svare for legevakthenvendelser i større bosetninger.

Som tidligere omtalt vil en virtuell LV-sentraler også ha større svarkapasitet ved stor pågang, eksempelvis ved epidemier/pandemier.

Etter hvert som forventningene og kravene til både ansatte og sentralens funksjon og kunnskapen om gjeldende krav har økt, har det vært tendens til sammenslåing og reduksjon av antall sentraler. Revidert akuttmedisinforskrift påvirker denne tendensen.

Selv om lokal LVS kanskje ikke alltid har oppfylt myndighetskravene, har den mange steder i landet blitt opplevd som en trygghet og ressurs i lokalsamfunnet. Men Helsedirektoratet er også kjent med at det flere steder i landet har blitt opplevd motsatt, at det er blitt for nært forhold mellom legevaktsentralens personell og brukerne, spesielt i små kommuner.

Nedlegging av lokale legevaktsentraler også kan medføre nedleggelse av legevaktstasjoner, selv om det ikke er til hinder at man organiserer ulikt.

Direktoratet ser at spesielt i forbindelse med forarbeidet til og innføringen av nødnett og felles legevaktnummer 116 117, har det skjedd store forandringer med sentralisering og sammenslåing av og reduksjon i antall sentraler.

Noen av sammenslåingene kan virke spontane og lite nøye planlagt og styrt, uten risiko-vurdering eller konsekvensutredning i forkant. Kvalitetskravene i ny akuttmedisinforskrift og kostnadene med å oppfylle forskriftskravene og innføringen av nødnett, har vært kommunenes begrunnelse for å legge ned og slå sammen flere sentraler.

Nklm har vist at sentralisering av LV medfører redusert bruk av LV - tjenestene. De påpeker at «*dette utfordrer et uttalt velferdsmål i Norge om likeverdige helsetjenester til alle og at helsevesenet selv i stor grad induserer en systematisk urettferdighet i tjenestetilbudet gjennom en ny organisasjonsform*».

Nklm kommenterer at dette ikke bare er en praktisk, men også en etisk utfordring. Imidlertid er det ikke selvsagt at endringer av LVS-struktur påvirker organisering av legevaktstasjoner og nærhet til befolkning hele eller deler av døgnet.

Det vil også være mulig å se på samlokalisering av legevaktstasjon med sykehjem eller kommunale akuttdøgnplasser, der helsepersonell kan delta i behandling av legevaktens pasienter.

Oppsummert

- forbedring av og innføring av nye tekniske løsninger og økte krav til kompetanse og utstyr kan bare til en viss grad kompensere for fordelene med en lokal LV-sentral som er en integrert del av og samarbeider med et velfungerende og samkjørt lokalt hjelpeapparat
- for brukeren er nærheten til hjelpen en effekt som må vurderes, spesielt på legevaktstasjonsorganiseringen
- sentralisering av legevakttjenesten ser ut til å redusere bruken av tjenesten og kan føre til ulikhet i helsetilbud
- operatører ved lokale LVS kan og må delta ved klinisk legevaktarbeid
- kompetanse kan etableres ved at LVS-operatører har rotasjonsjobb mellom fastlegekontor, sykehjem, LVS og legevaktstasjon
- LVS kan organiseres på ulike måter og det kan etableres ulike samarbeidsløsninger
- det er vanskelig å bemanne LVS for uforutsigbare pågangstopper.
- viderekoblingsfunksjoner til andre sentraler er derfor påkrevet, kanskje er dette spesielt viktig på sentraler som er bemannet med kun en LVS-operatør
- det må vurderes virtuelle LVS

6. Kjernefunksjoner og kompetanse

En drøfting av hva legevaktsentralenes kjernefunksjoner bør være i framtiden

Som vist tidligere i dette drøftingsnotatet har legevaktsentralen hatt en lang utvikling frem mot dagens organisering av legevaktsentralene, med et felles nasjonalt legevaktnummer som siste og svært viktige tiltak. Men selve kjernefunksjonen, mottak, vurdering, rådgivning og formidling av øyeblikkelig medisinsk hjelpebehov i befolkningen har vært relativt uendret.

Men kravet om stadig effektivisering, den teknologiske utvikling, krav om samhandling, mer brukervennlige tjenester og sist, men ikke minst legevaktmedisinske fremskritt, vil helt sikkert føre til ytterligere endringer av legevaktsentralenes organisering og funksjon i nær framtid.

Det unike med legevaktsentralene i dag er deres tilgjengelighet 24/7, allmennmedisinske kompetanse og ikke minst kunnskap om befolkning og sykelighet i sitt distrikt. Det er derfor mange interessenter som vil melde seg på og mene noe når man begynner å drøfte alternative funksjonsområder knyttet til denne tjenesten, som f.eks. Helsevakta i Trondheim.

Slik primærhelsetjenesten i dag er organisert med sin fastlegeordning på dagtid, vil befolkningen ha et behov for å henvende seg om akutt sykdom hele døgnet. Primært er fastlegen kontaktpunktet, men det er fortsatt utfordringer knyttet til å få kontakt med flere av fastlegene i kontortiden. Dette er noe kommunene og fastlegene må ordne opp i.

Sett i lys av en stadig eldre befolkning, ofte med sammensatte lidelser, er det også nødvendig med god breddemedisinsk kompetanse, som er en vesentlig del av kjerne-funksjonen i legevaktsentralen.

I hvilken grad andre akutte hjelpebehov i befolkningen skal inngå som en del av legevaktsentralens funksjonsområde, f.eks. i form av Helsevaktsentral, vil være avhengig av

lokale forhold. Legevaktdistriktets størrelse, ressurser i legevaktdistriktets pleie – og omsorgstjeneste og den lokale fastlegeordningen vil ha betydning i denne sammenheng.

Dessuten må brukerperspektivet tillegges stor betydning. Den enkelte bruker ønsker rask hjelp til sine akutte hjelpebehov og er lite opptatt av tjenestens organisering.

Selve organiseringen av legevakttjenesten, og herunder legevaktsentralene, vil som tidligere nevnt, kunne møte store utfordringer, men dette må følges opp av risiko – og sårbarhetsanalyser for å sikre at det faglige legevaktmedisinske aspektet blir ivaretatt for alle innbyggerne i legevaktdistriktet.

Kontaktform til legevaktsentralen har tradisjonelt vært telefon. Men det er stadig nye former for kommunikasjon mellom mennesker, og bruk av alternative kommunikasjonskanaler blir mer og mer vanlig.

Det må legges til rette for at både SMS, epost og evt. chattetjenester kan integreres i kontrollromsutstyret til nødnett. Det er tatt høyde for SMS knyttet til 116 117, men Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (NKom – tidligere post og teletilsynet) mener at man skal avvente oppstart av tjenesten inntil man har vunnet erfaringer også i andre land.

Ved innføring av denne type kommunikasjonstjenester må man trolig sikre tilstedeværelse i legevaktsentralen hele tiden, eller utvikle elektroniske verktøy som kan håndtere denne type henvendelser. Det må her legges til at i mange mindre legevaktsentraler sitter ikke folk «stand bye» ved kontrollenheten til nødnett, men utfører også andre oppgaver. Alternativt må man rute elektroniske henvendelser til dedikterte legevaktsentraler som har kapasitet og tilstede-værelse til å håndtere dette.

Når det er etablert kontakt med den som søker kontakt med LV-sentralen, må man også kunne bruke bildeoverføring mellom pasient og LV-sentral / legevaktlege, som en kommunikasjonsform. Sikkerhetsmessige forhold må selvsagt vurderes av kompetent organ i forkant.

Oppsummert

- legevaktsentralens kjernefunksjon vil fortsatt være mottak, vurdering, rådgivning og formidling av øyeblikkelig hjelp
- stadig effektivisering, teknologiske utvikling, krav om samhandling og mer brukervennlige tjenester, samt legevaktmedisinske fremskritt vil påvirke legevaktsentralenes funksjon
- utvikling av Helsevaktsentral med integrert legevaktsentral må vurderes
- legevaktsentralen må håndtere større mengde henvendelser og mer sammensatte medisinske problemstillinger
- publikum sitt kommunikasjonsbehov må være førende for utvikling av mer elektronifiserte legevaktsentraler, der pasientsikkerhet uansett må være viktigst

7. Forslag til en bedre legevaktsentralfunksjon

Forhold knyttet opp i mot forbedringstiltak for hurtigere svartid anses svart ut i det som er drøftet i kapitlene over.

Når det gjelder forbedringstiltak for å møte større krav til rask og effektiv samordning med kommunale og andre aktuelle beredskapsorganisasjoner ivaretas dette til stor grad gjennom det nye nødnettet, hvor nødetatene kan samhandle i et lukket samband i beredskapssituasjoner.

AMK, ambulansetjenesten og legevaktene har gjennom flere år tradisjon for å samhandle ved alt i fra mindre akuttsituasjoner til større ulykker og beredskapssituasjoner. Det gamle Helseradionettet hadde sine begrensninger, blant annet ved at det ikke hadde dekning i enkelte områder, både i sentrale strøk og i distriktene. Dessuten kunne det avlyttes.

Nødnettet er et viktig kommunikasjonsverktøy i beredskapssituasjoner og gir større muligheter for sikker kommunikasjon på tvers av etater. Primært er dette politi, brann, legevakt, akuttmottak, AMK og ambulansetjeneste.

Enkelte kommuner har også utstyrt sine fastleger, psykiatritjenester og pleie – og omsorgspersonell i vakt med Nødnettradioer. De frivillige organisasjoner har fått nødnettradioer fra staten, og kan på denne måte være tilgjengelig for å delta i beredskapssituasjoner i kommunen. I hvilken grad sistnevnte grupper bør inngå i denne beredskapskjeden avhenger av legevaktens organisering og utrykningsmuligheter, legevaktdistriktets størrelse og kommunikasjonsforholdene i legevaktdistriktet.

Imidlertid må man legge til grunn at ressurser i den akuttmedisinske kjede er i nødnett og på en sikker og trygg måte kan kommunisere med LV-sentral og andre utrykningsressurser.

I tillegg til et velfungerende radiosamband trenges det elektroniske loggløsninger, f.eks. nettbaserte programmer for dette formålet, slik at de ulike bidragsyterne kan rapportere inn og følge hverandres aktivitet. Elektronisk pasientjournal med bl.a. oppslag i kjernejournal og tilgang til nødvendig medisinsk informasjon må løses for legevakt og LV-sentraler.

For å styrke kompetansen, samt redusere sårbarheten, bør det tilrettelegges for at en vaktlegefunksjon i legevaktsentralen kan dekke et større område. En modell kan være å opprette en hovedlegevakt som basestasjon for et større område/region, samt utplassere satellitter /legevaktstasjoner som driftes som et samlet legevaktdistrikt, med hovedlegevakten som ansvarlig for kompetanseutvikling og drift.

Ledelsen i legevaktdistriktet må ta ansvar for bemanning, prosedyrer og retningslinjer, faglig utvikling og øvrige nødvendige administrative funksjoner. Tilhørende kommuner og legevaktdistriktet må ha klare samarbeidsavtaler og ansvarsavklaringer.

Det er heller ingen tvil om at det må utvikles bedre datakommunikasjonsløsninger for legevaktsentralene opp mot lege i vakt, annet helsepersonell knyttet til legevaktordning og helse- og sosialtjenesten i sin helhet. Her er det store utfordringer, som bør løses med standardiserte opplegg, som også understøtter god kommunikasjon med spesialist-helsetjenesten. Mange oppdrag som svares på LV-sentraler går videre til AMK-sentralen og blir ambulanseoppdrag, samtidig som det er flere henvendelser som skal til legevakt som blir mottatt på medisinsk nødhjelp 113.

Det kan være en kvalitetsøkning å få redusert antall LVS-er på dagtid, og det bør vurderes å samordne LVS-tjenesten hele døgnet. Dette kan gi større mengdetrening på LV-

operatørene, samt redusere antall personer som skal ha opplæring og trening som LV-operatør, herunder bruk av nødnett kontrollromutstyr. Det vil også kunne gi innsparinger for investeringer i nødnett kontrollromutstyr for staten og kommunene, samt driftsutgifter for samme enheter.

På den andre side vil det være fornuftig å knytte LV-sentral opp imot legevaktstasjon, der legevaktoperatør også deltar i klinisk pasientbehandling. Dette drøfter vi senere gjennom en modell med LVS-operatører fordelt på ulike geografiske posisjoner i en form for virtuell LV-sentral.

Oppsummert

- Legevaktsentralen må innfri svartidskrav og evt. redusere denne ytterligere.
- nødnett gir mulighet for legevaktsentralen til å delta i kommunal beredskap, og legevaktsentralen er ett av kommunenes kontrollrom som er tilgjengelig 24/7
- legevaktsentralen må kunne koordinere akuttmedisinske ressurser i legevaktdistriktet
- legevaktsentralen må kunne kommunisere elektronisk med annet helsepersonell
- legevaktsentralen kan være lokalisert flere steder, men fremstå samlet som en legevaktsentral i legevaktdistriktet underlagt en felles ledelse som har ansvar for fag og drift.

8. Helsedirektoratets oppsummering

Helsedirektoratet oppsummer våre drøftinger omkring legevaktsentralen slik:

- Det er en utvikling mot med færre legevakter og større legevaktsentraler. Flere og eldre pasienter og mer sammensatte tilstander medfører vanskeligere vurderinger på LVS. Man må vurdere lege tilgjengelig for telefonhenvendelser for et større område for telefonkonsultasjon og vurdering av pasientens tilstand.

- Demografiske forhold fører til flere og endrede oppgaver for legevaktsentralene. Samhandlingsreformen gir utfordringer for større kompleksitet ved LVS og behov for elektronisk kommunikasjon knyttet til pasientinformasjon

- Legevaktsentralens kjernefunksjon vil fortsatt være mottak, vurdering, rådgivning og formidling av øyeblikkelig hjelp. Krav til stadig effektivisering, teknologiske utvikling, krav om samhandling og mer brukervennlige tjenester, samt legevaktmedisinske fremskritt vil påvirke legevaktsentralenes funksjon.

- Operatører ved lokal LVS kan og må delta ved klinisk legevaktarbeid. Kompetanse kan etableres ved at LVS-operatører har rotasjonsjobb mellom fastlegekontor, sykehjem, LVS og legevaktstasjon.

- Utvikling av Helsevaktsentral med integrert legevaktsentral må vurderes, og legevaktsentralen må håndtere større mengde henvendelser og mer sammensatte medisinske problemstillinger.

- Pasienter er tjent med sømløse tjenester og legevaktsentralen kan ha en sentral

oppgave her. LVS må være en del av akuttmedisinske kjede og være tilstrekkelig øvet. Mottak av trygghetsalarmer og andre monitoreringsoppgaver må kunne ivaretas av legevakt-/helsevaktsentralen. Pasienter som bor hjemme må kunne få nødvendig telemedisinsk overvåkning i legevakt-/helsevaktsentralen.

- LVS skal medvirke til fornuftig ressursbruk tilpasset pasientens behov og må være en trygghetsfaktor for pasienter som oppholder seg hjemme, enten sentralen er lokal eller dekker et større område.

- Publikum sitt kommunikasjonsbehov må være førende for utvikling av mer elektronifiserte legevaktsentraler, der pasientsikkerhet uansett må være viktigst. Legevaktsentralen må innfri svartidskrav og evt. redusere denne ytterligere.

- Nødnett gir mulighet for legevaktsentralen til å delta i kommunal beredskap, og legevaktsentralen er ett av kommunenes kontrollrom som er tilgjengelig 24/7. Legevaktsentralen må kunne koordinere akuttmedisinske ressurser i legevaktdistriktet og må kunne kommunisere elektronisk med annet helsepersonell

- Legevaktsentralen kan være lokalisert flere steder, men fremstå samlet som en legevaktsentral i legevaktdistriktet underlagt en felles ledelse som har ansvar for fag og drift.

- LVS kan organiseres på ulike måter og det kan etableres ulike samarbeidsløsninger. Det er vanskelig å bemanne LVS for uforutsigbare pågangstopper. Viderekoblings-funksjoner til andre sentraler er derfor påkrevet, kanskje er dette spesielt viktig på sentraler som er bemannet med kun en LVS-operatør.

- Ulike kontrollrom kan virke sammen som en LV-sentral eller det kan være to eller flere LV-sentraler som jobber sammen. Man kan ha felles kø eller videreruting av inngående samtaler. Organisasjon og juridiske forhold må avklares.

- Forbedring av og innføring av nye tekniske løsninger og økte krav til kompetanse og utstyr kan bare til en viss grad kompensere for fordelene med en lokal LV-sentral som er en integrert del av og samarbeider med et velfungerende og samkjørt lokalt hjelpeapparat.

- For brukeren er nærheten til hjelpen en effekt som må vurderes, spesielt mht. organisering av legevaktstasjoner. Sentralisering av legevakttjenesten ser ut til å redusere bruken av tjenesten og kan føre til ulikhet i helsetilbud.

9. Viktige definisjoner

Kommunal legevakt(ordning)	Organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.
Leder legevaktsentral	Den leder som har administrativ og systemmessig ansvar for legevaktsentralen, dens personell og oppgaver/funksjoner.

Legevakt	Se kommunal legevaktordning.
Legevaktbil	Bil som disponeres av legevaktlege til sykebesøk og kjøring til akutt/hasteoppdrag.
Legevaktdistrikt	Geografisk område som legevakt har ansvaret for.
Legevaktlege	Lege som har vakt i et definert legevaktdistrikt.
Legevaktsentral	Fagsentral betjent av helsepersonell, normalt for mottak, prioritering og formidling av henvendelse til legevakt eller oppdrag til hjemmesykepleier og jordmor, rådgivning til innringer og varsling av leger ved behov for medisinsk nødhjelp. Anmerkning: Forkortes til LV-sentral eller LVS. Se også helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
Legevaktsentralområde	Geografisk område som legevaktsentral har ansvaret for.
Legevaktsjef	Den leder som har administrativt og systemmessig ansvar for legevakten, dens personell og oppgaver/funksjoner.
Legevakttelefonnummer	Et fast telefonnummer til legevaktsentralen.
Aksesstid	Tidsintervallet fra en instans blir oppringt/anropt til instansen svarer.