

# Felles Akutt Mottak -

*Visjonen om én gang ett sted -*

*et uoppnåelig mål?*

Niels Kristian Thybo og Karin Rønning



Masteroppgave ved Medisinsk fakultet, Institutt for helseledelse og  
helseøkonomi, kull XXI

UNIVERSITETET I OSLO

16. november 2010

# Innhold

Forord .....	5
Sammendrag .....	6
1 Innledning.....	7
2 Organiseringen av akutt helsehjelp i Asker og Bærum i historisk perspektiv .....	10
2.1 Beskrivelse av tidligere interkommunal legevaktordning.....	10
2.2 Prosessen som førte frem til FAM. ....	12
2.3 Beskrivelse av gjennomføringen .....	14
2.4 Endringer i rammebetingelser i løpet av prosessen mot FAM.....	15
2.5 Innhold i det opprinnelige FAM - konseptet.....	18
2.6 Beskrivelse av organisasjonen FAM ved oppstart i 2006 .....	19
2.7 FAM – beskrivelse av innhold og pasientflyt .....	22
3 Organisering og finansiering.....	25
3.1 Organisering av helsetjenester i et samhandlingsperspektiv .....	25
3.2 Kostnader til akuttmedisinske tjenester.....	27
3.3 Økonomiske konsekvenser av FAM .....	30
3.4 Drøftinger .....	31
4 Brukerundersøkelser og kvalitetsmålinger .....	33
4.1 Bakgrunn .....	33
4.2 Brukermedvirkning og brukerundersøkelser ved FAM .....	33
4.4 Drøftinger .....	37

5	Personalundersøkelsen.....	39
5.1	Metode.....	39
5.2	Statistiske metoder.....	40
5.3	Deskriptiv statistikk.....	41
5.3.1	Kommunikasjon og behandlingsnivå.....	42
5.3.2	Hva hindrer behandling på riktig nivå.....	44
5.3.3	Samarbeid, arbeidsmiljø og kompetanseoverføring.....	46
5.3.4	Vurderinger av henvisninger til akuttmottaket.....	49
5.3.5	Akuttmedisinske tjenester etter innføring av FAM.....	51
5.4	Åpne spørsmål i personalundersøkelsen.....	53
5.5	Ambulansetjenesten.....	55
5.6	Drøftinger.....	57
6	FAM 2010.....	63
6.1	Organisasjon.....	63
6.2	Pasientsortering ("Triage") i FAM.....	63
6.3	Pasientflyt og – prosess i FAM.....	64
6.4	Observasjonspost.....	65
6.5	Kompetanseheving.....	66
6.6	Rotasjon av personell.....	67
6.7	Målstyring.....	68
7	Diskusjon.....	70

7.1	Våre funn .....	70
7.2	Svakheter ved våre studier .....	71
7.3	Norske erfaringer.....	72
7.4	Utenlandske erfaringer .....	73
7.5	Andre integrerte modeller for akuttmedisinske tjenester .....	76
7.6	Ulike aspekter ved full integrering.....	76
7.7	Mulige endringer i dagens modell for å nå målene med FAM .....	78
7.8	Alternative modeller for å nå målene .....	79
8	Oppsummering og konklusjon .....	81
9	Referanser.....	84
10	Vedlegg.....	86

# Felles akutt mottak - visjonen om én gang ett sted - et uopnåelig mål?

## Forord

Felles akutt mottak (FAM) for kommunene Asker og Bærum, og Sykehuset Asker og Bærum åpnet 1.3.2006. Utredning av tiltaket startet allerede tidlig i 1990 - årene, og har vært preget av en rekke omorganiseringer med tilsvarende endring av rammebetingelser. Masteroppgaven er en beskrivelse og analyse av FAM, med fokus på samhandling mellom forvaltnings - og tjenestenivåer, og på mulige kvalitetsforbedringer av tjenestene som følge av tiltaket FAM.

Vi har vår bakgrunn som hhv seksjonsoverlege ved akuttmedisinsk seksjon, Sykehuset Asker og Bærum og som kommuneoverlege i Bærum kommune. Vi har begge deltatt i utrednings - og forhandlingsprosessene knyttet til etablering av FAM i Asker og Bærum, prosesser som har tatt svært lang tid.

Våre veiledere har vært dr. polit Hilde Lurås og dr. scient Fredrik A. Dahl, Helse Sør - Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning (HØKH). Professor Terje P. Hagen ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo har vært vår veileder i slutfasen. Vi takker dem alle for gode råd og innspill ved utarbeidelsen av masteroppgaven.

Vi takker spesielt personalet ved Sykehuset Asker og Bærum samt Bærum kommune for positive bidrag til studien. Vi takker også legesekretær Camilla Johansson for praktisk hjelp med datainnsamlinger og annet sekretærarbeid

Vi har mottatt stipend fra Forskningsprogram om ledelse og organisering i helsetjenesten (HORN) ved UiO.

Bærum 16.11.2010

Karin Rønning

Niels Kristian Thybo

## Sammendrag

FAM kan forenklet beskrives som en enhet hvor kommunal legevaktordning og sykehusets akuttmottak er samordnet. Det kan være ulike modeller for slik samordning, fra kun samlokalisert, til bruk av enkelte felles ressurser og tjenester, til en helt integrert organisasjon. FAM ved sykehuset Asker og Bærum synes å være det eneste felles akuttmottak hvor legevakten delvis er samorganisert med sykehuset.

Etablering av FAM har vært en tidkrevende og kostbar prosess som i beskjeden grad har klart å innfri de opprinnelige visjonene for prosjektet. Våre undersøkelser antyder en beskjeden positiv effekt på kvaliteten av de akuttmedisinske helsetjenestene.

Vi har ikke gjort funn som sikkert indikerer at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er bedret. De ansatte vurderte i 2008 kommunikasjonen og informasjonsflyten som dårligere etter at FAM ble etablert. FAM har medført økte kostnader til akuttmedisinsk helsetjenester i Asker og Bærum. Sykehusets øvrige drift er ikke skjermet slik visjonen for FAM beskrev, dette skyldes i hovedsak at det ikke ble opprettet en observasjonsenhet.

Potensialet for FAM til å gi befolkningen enda bedre, tryggere og mer kostnadseffektiv helsehjelp hindres av gjeldende lov - og avtaleverk

I dagens situasjon mener vi at FAM bør avsluttes som et delvis integrert tiltak, og erstattes av en samlokalisert men separat organisert virksomhet. Ved å beholde samlokaliseringen bevarer man fordelene som ligger i muligheter for samhandling til pasientenes beste. Man kan skjerme sykehuset for henvendelser fra pasienter uten behov for spesialiserte tjenester, samtidig som kritisk tid kan spares for dem som trenger akutt avansert helsehjelp .

# 1 Innledning

FAM ved sykehuset Asker og Bærum er en av få eksisterende samorganiserte akuttmedisinske tjenester i Norge. I lys av Samhandlingsreformen har det vært stor interesse for slike konstruksjoner. FAM representerer en mulig arena for integrerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Det foreligger ingen evalueringer av FAM i Norge. I vår oppgave har vi derfor ønsket å evaluere dagens FAM opp mot intensjonene og visjonen i det opprinnelige FAM - prosjektet.

I begynnelsen av 1990-årene var ansvaret for legevakt fortsatt en ny oppgave for kommunene. I tillegg var oppbygging av varslingsystemer knyttet til akutte helsetjenester under oppbygging, noe som medførte at fylkene/ sykehusene skulle bygge opp AMK-sentraler (akuttmedisinsk kommunikasjon), og kommunene tilsvarende LV (legevakt)-sentraler bemannet med kvalifisert helsepersonell. I kommuner som var vertskommuner for sykehus skulle disse funksjonene i henhold til forskrift samorganiseres. I kjølvannet av disse endringene dukket ideen om et felles akutt mottak i Asker og Bærum opp.

Den opprinnelige ideen med FAM var at samorganisering og samlokalisering av kommunenes og sykehusets akuttfunksjoner skulle medføre rasjonell bruk av de samlede akuttmedisinske ressursene, gi bedre kvalitet på tjenestene og sørge for at pasientene fikk optimal behandling i en "sømløs" helsetjeneste. En viktig del av konseptet var at AMK-sentralen skulle bemannes av ansatte i begge organisasjonene. Videre skulle det etableres en observasjonspost for å redusere problemet med pasienter som ble håndtert på "feil" forvaltnings-/ kompetansenivå. . Forventningene var at dette skulle medføre rasjonell bruk av personell, og redusert press på sykehusets ressurser fordi flere pasienter kunne undersøkes og behandles på laveste effektive forvaltningsnivå (LEON prinsippet). Samtidig skulle de som henvendte seg til kommunenes legevakt med behov for spesialisert helsetjeneste få direkte tilgang til dette gjennom en akuttmedisinsk helsetjeneste som sorterte behovet på vegne av den syke. "En gang ett sted" ble mottoet for FAM.

På 1990- tallet var det flere FAM-lignende konstruksjon under utredning og utvikling i Norge, for eksempel Larvik og Trondheim. Noen av disse ble etter hvert avvirket. I det neste tiåret gikk utviklingen mot interkommunale legevaktordninger i stedet for å integrere tjenestene i et FAM.. Vi er ikke kjent med at andre FAM-lignende strukturer i Norge har vært evaluert.

Vi har valgt å inkludere en historisk beskrivelse av bakgrunn og prosess ettersom konseptet FAM var sterkt knyttet til disse. Resultatet kan vanskelig forstås uten kjennskap til rammevilkår og epoke (kapittel 2). Vi har i tillegg analysert sykehusets - og kommunenes kostnader knyttet til akuttmottak og legevakt før og etter innføringen av FAM (kapittel 3). Som en del av vurderingen av bedret kvalitet på de akuttmedisinske tjenestene har vi i tillegg til vår hovedundersøkelse gjennomgått og vurdert brukerundersøkelser utført ved Legevakten i Asker og Bærum i årene 2003 - 2005, og ved FAM Legevakt i 2006, 2007 og 2008.(kapittel 4).

I vår hovedanalyse, som er basert på en spørreundersøkelse blant ansatte, har vi samarbeidet med Helse Sør - Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning, HØKH. Senteret startet i 2005 et forskningsprosjekt for å evaluere ulike effekter av å opprette FAM. I februar 2006 (før opprettelsen av FAM) og i februar 2007 gjennomførte derfor HØKH en spørreundersøkelse til ansatte ved legevakten, ansatte i sykehusets akuttmottak og ansatte i ambulansetjenesten. Undersøkelsen inkluderte både merkantilt ansatte, sykepleiere og leger. Datainnsamlingen ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) i desember 2005, og tilrådd av personvernombudet for forskning i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i januar 2006.

Spørreskjemaene fanget dels opp aspekter knyttet til den enkelte yrkesutøvers trygghet og kompetanse, men også spesifikke spørsmål knyttet til om de ansatte opplever at pasienter blir behandlet på rett nivå og om de opplever en god samhandling om pasientene. Data fra spørreundersøkelsene i 2006 og 2007 ble av ulike grunner aldri analysert, og en planlagt 3. datainnsamling ble ikke gjennomført av HØKH.



Vår undersøkelse (2008) representerer således den manglende siste datainnsamlingen, samt analyse av alle datasettene. Vi supplerte spørreskjemaene med fire spørsmål, herav to åpne (vedlegg 5). Vi valgte etter hvert å utelate 2007 - undersøkelsen fordi den ble gjennomført ganske kort tid etter etableringen av FAM (kapittel 5).

Etter at vår datainnsamling ble avsluttet i 2008 har det skjedd store endringer i organisasjonen FAM. Disse er resultat av at man har forsøkt å løse de problemene som var tilstede eller ble avdekket ved oppstart, og dels en videreutvikling av organisasjonen både faglig og organisatorisk. Vi har derfor omtalt FAM pr. 2010 i kapittel 6. Det har vært flere organisatoriske endringer ved sykehuset både før og etter FAM. Endringene har bl.a. medført flere navneendringer av sykehuset. Vi har valgt å benytte betegnelsen "Sykehuset Asker og Bærum" i oppgaven. Fra 1.1.2010 ble sykehuset innlemmet i Vestre Viken HF, noe som har medført betydelige organisatoriske endringer på overordnet nivå. Vi har imidlertid ikke omtalt denne endringen, da den etter vår vurdering så langt ikke har hatt innvirkning på organisasjonen FAM.

## 2 Organiseringen av akutt helsehjelp i Asker og Bærum i historisk perspektiv

### 2.1 Beskrivelse av tidligere interkommunal legevaktordning

Fram til ca. 1970 var Legevakt som begrep ukjent. Huslegen var privatpraktiserende, og kunne tilkalles eller oppsøkes døgnet rundt. Legens ektefelle utgjorde oftest resten av ”vaktkorpset” - ellers var det gjerne de manuelle telefonsentralene som holdt oversikt over hvor legen til enhver tid befant seg. Publikum avgjorde selv om de kontaktet allmennlegen eller sykehuset ved akutt sykdom og skade.

På 1970’ tallet utviklet det seg kollegiale vaktordninger, hvor legene seg i mellom fordelte hvem som til enhver tid hadde vakt utenom ordinær kontortid. Dette ble innført for å skjerme legen og legens familie. Fortsatt valgte publikum selv om de skulle henvende seg til sykehuset eller til lokal lege.

Asker og Bærum kommuner har i mange år hatt en interkommunal legevaktordning. På slutten av 1970’ tallet samarbeidet kommunene og sykehuset om en kirurgisk skadepoliklinikk og legevakt fra klokken 16 - 23 og i helgene. Denne ble etter hvert også bemannet med allmennlege og kommunalt ansatte sykepleiere i tillegg til bemanning fra kirurgisk avdeling. Pasienter som møtte opp på sykehuset om natten ble tilsett av turnuslegene.

De praktiserende legene i kommunene Asker og Bærum organiserte en kollegial ambulerende vakttjeneste utenom ordinær arbeidstid fram til 1984. Sykehusets ekspedisjon fungerte som formidler av beskjeder, og etter hvert også som inn - og utleveringssted for mobiltelefon. I 1982 åpnet et nytt lokalsykehus for Asker og Bærums befolkning. Skadepoliklinikk og legevakt holdt fortsatt til i lokalene til det gamle sykehuset.

Asker og Bærum kommuner etablerte en felles interkommunal legevakt driftet av Bærum kommune 1.10.1984. Legevakten i Asker og Bærum holdt til i en del av det gamle sykehuset. Kommunene fikk leiekontrakt for 10 år, hvor oppussing på ca. 3,5

millioner utgjorde hoveddel av husleien. Det ble også etablert et kommunalt legesenter med tre fastlønnede kommuneleger i lokalene. Legesenteret var åpent hverdager fra klokken 8 til 16. Ut over senterets åpningstid overtok Legevakten lokalene. Ved inngåelse av kommunal driftsavtale i 1984 fikk allmennpraktiserende leger i kommunene forhandlet seg til en begrenset vaktplikt fra klokken 16 til 19 på hverdager. Resten av døgnet og uken baserte legevakten seg på frivillige leger med annen hovedstilling.

Lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft 1.10.1984. Den påla kommunene ansvar for å organisere en kommunal legevaksordning. Kommunene plikter å dekke alle utgifter forbundet med organisering av legevakt, inklusive lokaler og hjelpepersonell. Ordningen kunne være ambulerende, stasjonær eller blandet.

Kommunene fikk plikt til å utbetale en beredskapsgodtgjørelse til vaktlegene, med stigende satser omvendt proporsjonalt med folketallet i vaktområdet.

Privatpraktiserende leger fikk rett til kommunalt driftstilskudd, og fikk plikt til å delta i organisert legevakt. Større byer og kommuner ansatte fastlønnede allmennpraktiserende leger, disse hadde samme plikt som sine privatpraktiserende kolleger til å delta i vaktordningen.

Frem til 1992 var Asker og Bærum kommuner ansvarlig for vaktordning mellom klokken 7 og 16. Dette ble løst med ulike former for avtaler med de allmennpraktiserende legene. Dette systemet hadde flere geografiske og tidsmessige gråsoner hvor plikt og ansvar var uklart. Det oppsto regelmessig situasjoner hvor publikum ikke fikk adekvat hjelp, og systemet var vanskelig å forstå for de fleste. Sykehuset opplevde pasienter som oppsøkte sykehuset direkte som et vedvarende og stort problem.

Legevakten var, i likhet med de fleste andre norske legevakter på denne tiden, preget av mangel på stillingsinstruksjoner, prosedyrebeskrivelser, prioriteringsverktøy og klare medisinske ansvarslinjer. Legene var løst tilknyttet organisasjonen, og opererte som selvstendig næringsdrivende. Hjelpepersonell var ansatt i og lønnet av Bærum kommune, mens Asker kommune årlig refunderte sin forholdsmessige andel av utgiftene.

Legebemanningen ved Legevakten i Asker og Bærum har alltid ligget lavt sammenlignet med andre kommuner i landet. Dette skyldes dels mangel på lokaler, men også mangel på leger som ønsker å delta i vaktordningen. Antall legekontakter pr. år ved Legevakten i Asker og Bærum har økt jevnt fra 1985, med en utflating siste to til tre år før FAM. Det er nå en økende tendens igjen. Antall kontakter lå i 2007 på ca. 40 000 pr år, inkludert 7000 sykebesøk (vedlegg 8).

## 2.2 Prosessen som førte frem til FAM.

Ved Haukeland sykehus ble det i løpet av 1970' årene utviklet en akuttmedisinsk kommunikasjonsentral som hadde radioforbindelse mellom sykehusets akuttmottak, deler av ambulansetjenestene og andre akuttmedisinske transportenheter i regionen rundt Bergen. Pådriver var anestesilege Paul Forstrønen. Han ble engasjert av Helsedirektoratet, og utviklet i begynnelsen av 1980 - årene retningslinjer som førte frem til Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste (1990). Etter denne skulle hvert fylke opprette en AMK - sentral (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) lokalisert ved ett av sine sykehus. Kommunene ble pålagt å opprette en "legevaktsentral" (LV) med eget telefonnummer, knyttet opp mot AMK og til vakthavende helsepersonell ved bruk av radioforbindelse i helsenettet. Der hvor AMK var lokalisert til vertskommunen for interkommunal legevaktsordning skulle AMK og LV sentral etter forskriften samlokaliseres. Dette medførte behov for å planlegge en samordnet AMK og LV - enhet i Asker og Bærum.

Sykehusets ledelse mente at en alt for stor andel av pasienter med akutte helseproblemer ble vurdert og behandlet i sykehuset i stedet for ved legevakten. Mange pasienter oppfattet ikke forskjellen på sykehusets akuttmottak og kommunenes legevakt. Dette førte til at mange "gikk feil". Samtidig var enkelte pasienter svært misfornøyde med først å måtte henvende seg til legevakten med akutte tilstander, bli henvist til sykehuset for røntgen, tilbake til lege ved legevakten, og eventuelt til slutt nok en gang bli henvist til akuttmottaket for spesialistbehandling. I enkelttilfeller innebar dette systemet også en helserisiko. Kommunene, sykehuset, Akershus fylkeskommune (eier av sykehuset) og Fylkeslegen i Akershus startet utredning av et felles prosjekt, Felles Akutt Medisinsk Mottak (FAMM) for å bedre forholdene, og

samtidig tilpasse seg nytt lovverk. Prosjektet ble senere omdøpt til "FAM", Felles Akutt Mottak.

For pasienten er det ikke viktig hvilket forvaltningsnivå som yter helsetjenester. Tjenestene bør derfor organiseres slik at skillet mellom forvaltningsnivåene ikke er synlig for brukeren. Mange pasienter vil ha behov som befinner seg i "gråsonen" mellom forvaltningsnivåene, eller ha behov for tjenester fra begge nivåene. Der hvor det ligger til rette geografisk og med en tilstrekkelig befolkningstetthet kan man derfor anta at den akuttmedisinske tjeneste på spesialisthelsetjeneste - og kommunalt legevaktsnivå med fordel kan samorganiseres.

Visjonen for FAM ble: EN GANG ETT STED. Publikum skulle henvende seg til én ekspedisjon som skulle sortere hvilket forvaltningsnivå tjenestene skulle ytes på. Publikum skulle oppleve en "sømløs helsetjeneste".

Dette skulle medføre

- bedre kvalitet på helsetjenestene på begge nivå
- bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- effektive helsetjenester
- skjerming av sykehusets øvrige drift

Det var flere sterke motiver for å etablere FAM. Sykehuset hadde behov for et nytt og funksjonelt akuttmottak, flere legekontorer, infeksjonsavdeling med godkjent isolat, nytt journalarkiv mv. Uten samhandling med kommunene ville sykehusets behov for utvidelser neppe nådd opp på "prioriteringslisten" for investeringer i Akershus fylkeskommune, og senere i Helse Øst RHF. Sykehuset var derfor gjennom hele prosjektperioden en viktig pådriver for prosessen.

Kommunene hadde behov for nye, effektive og tidsmessige lokaler til sin legevakt. Befolkningen i kommunene hadde økt jevnt og betydelig fra 1970, med nær dobling av antall innbyggere. Pågangen ved legevakten hadde økt i enda større omfang. På grunn

av mangel på legekontorer var det i liten grad mulig å tilpasse bemanningen til svingninger i etterspørselen. Dette medførte at det i pressperioder oftest oppsto lange ventetider, lengst for pasienter med middels eller lav hastegrad. Kommunene hadde derfor også sterke incentiver til å delta i prosessen mot et FAM.

FAM har vært høyt politisk prioritert i begge kommuner og i Akershus fylkeskommune. Prosjektet har vært til politisk behandling i ulike politiske fora en rekke ganger, hver gang med politisk støtte og stor interesse. Den viktigste årsaken til politisk støtte har sannsynligvis vært forventning om at det akuttmedisinske tilbudet til borgerne skulle bli kvalitativt mye bedre. Troen på betydningen av nærhet til spesialisthelsetjenesten var stor.

### 2.3 Beskrivelse av gjennomføringen

Den første prosjektgruppen ble nedsatt i 1992, og ble ledet av Michael Bjaanes, Akershus fylkeskommune. Gruppen hadde representanter for fylkeslegen, kommunene (kommuneoverlegene), allmennpraktikere i kommunene, sykehusledelsen, legevaktens leder, tillitsvalgte for sykepleiere og leger ved sykehuset, ved legevakten, ambulansetjenesten, og brukerne.

Akershus fylke etablerte en AMK - sentral ved sykehuset Asker og Bærum.

Kommunene samlokaliserte ikke sin legevaktstelefon med AMK - sentralen fordi etablering av FAM skulle være løsningen på kravene som ble stilt i forskriften.

Sykehuset etablerte en ny prosjektledelse i et rent ”byggeprosjekt”, med prosjektleder Fanny Sætre i perioden 1998 - 2000. Prosjektgruppen utarbeidet et virksomhetsprogram for FAM i mai 1999. Det ble sendt søknad om prosjektmidler og byggemidler til Fylkestinget i 2001. Etter sykehusreformen i 2002 ble Vivi Persson engasjert som leder av prosjektets siste fase. Arkitektfirmaet som tegnet FAM sto for utforming av lokalene i tett samarbeid med brukergrupper (ansatte).

Prosjektgruppens sammensetning var over tid omtrent uendret, men med en del utskiftninger av personer. Ambulansetjenestens representant gikk ut når denne virksomheten etter 2002 ble organisert utenfor SAB HF.

## 2.4 Endringer i rammebetingelser i løpet av prosessen mot FAM

### **Fastlegereformen**

Selv om den ikke hadde noen avgjørende innflytelse preget forberedelser til – og innføring av fastlegeordningen i Norge i april 2001 utredningen av FAM i perioden rundt årtusenskiftet. Fastlegenes ansvar for øyeblikkelig hjelp til sine pasienter ble regulert gjennom egne lokale tilleggsavtaler til standard rammeavtale mellom kommunene og den enkelte fastlegen. Tilleggsavtalen regulerer bl.a. fastlegenes ansvar opp mot legevaktens døgntjeneste. Fra kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 har kommunene kunnet tilplikte fastlegene inntil 20 % stilling i offentlig allmenntilleggsarbeid, og også deltagelse i legevakt utenfor arbeidstid. Ved innføringen av fastlegeordningen ble ikke den generelle plikten til å delta i legevaktarbeid utvidet utover den allerede eksisterende, begrensede plikten tidligere lokale avtaler innebar. Historisk har allmennlegene i Asker og Bærum i liten grad deltatt i den organiserte legevaktstjenesten. Vaktene har vært - og er - i det vesentlige dekket av frivillige leger med jobb annet sted enn i kommunene.

Nær 100 % av befolkningen i Asker og Bærum er tilknyttet fastlegeordningen. Mange supplerer med bruk av legevakten og av private helsetjenester etter eget ønske og prioriterting. Effekten av FAM målt i form av akutte henvisninger fra FAM LV og akutte innleggelse i sykehuset via akuttmottaket kan derfor være vanskelig å tolke ettersom mange ulike faktorer kan forklare endringene.

### **Sykehusreformen**

Sykehusreformen i 2002 var en eierskapsreform, hvor ansvar for å yte spesialiserte helsetjenester ble flyttet fra fylkene til staten ved Helse og omsorgsdepartementet (HOD). Det ble opprettet fem regionale helseforetak som fikk et ”sørge for ansvar” for spesialisthelsetjenester. Denne reformen innebar langt større endringer for prosessen FAM enn fastlegereformen gjorde. Ambulansetjenesten ble skilt ut som en egen prehospital enhet, og var ikke lenger aktør i utredningen av FAM. AMK ved Bærum sykehus ble en del av samme divisjon, og ble flyttet først til Akershus Universitetssykehus, og senere til Ullevål Universitetssykehus. Samlokalisert AMK og

legevakttelefon falt derved ut som premiss for - og del av FAM. Ved en inkurie falt også FAM ut som investeringsprosjekt ved overføringen av Sykehuset Asker og Bærum fra fylkeskommunalt til statlig eierskap. Dette medførte en ny prosjektforsinkelse, og utredningen stoppet opp inntil det daværende Helse Øst Regionalt Helseforetak og Sykehuset Asker og Bærum vedtok å finansiere nytt bygg ved lån over driftsbudsjettet. Nytt bygg til FAM, og nye fasiliteter som kontorer, infeksjonspost, hjertelungepost med mer sto klart til åpning 1.3.2006. Aktørene i FAM - kommunene, sykehuset og ansattes tillitsvalgte gjennomførte omfattende forhandlingsrunder før endelig driftsavtale ble undertegnet.

### **Opptrappingsplanen psykisk helse (1999 - 2008)**

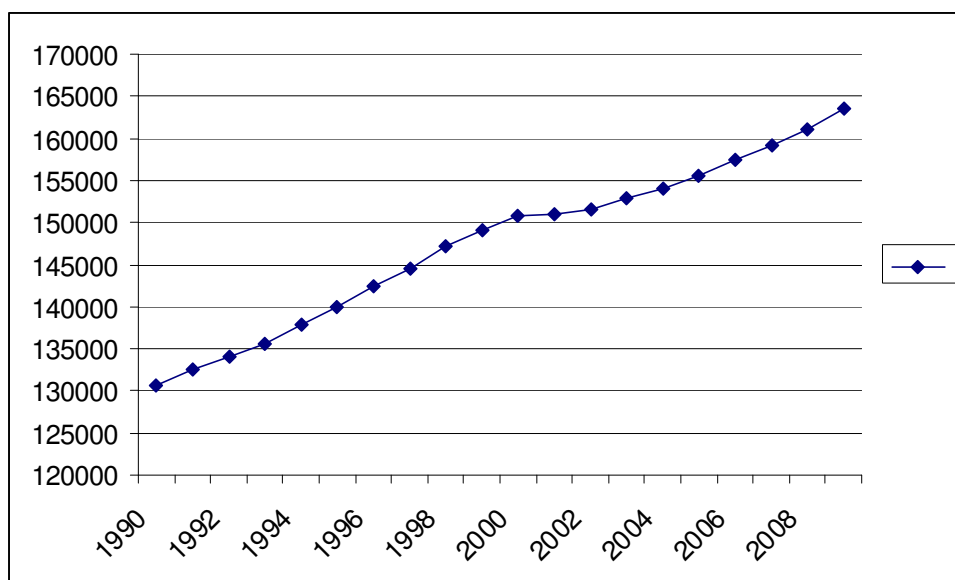
Allmennlegevakten var tradisjonelt den eneste veien inn til akuttpsykiatriske tjenester i Asker og Bærum. Under utredningen ble det tidlig fokusert på muligheten for å etablere en psykiatrisk legevakt i FAM etter modell av psykiatrisk legevakt i Lillestrøm og i Oslo. Terskelen for å få akutt psykiatrisk helsehjelp ble oppfattet som høy, og det var ofte tidkrevende å få en pasient innlagt akutt i psykiatrisk sykehus. Pasienter med akutt psykiatrisk sykdom ble oppfattet som "støy" i allmennlegevakten, og det var lite mulighet for å skjerme slike pasienter. Økende andel pasienter med samtidige rusproblemer og psykiatriske symptomer forsterket problematikken. Egen psykiatrisk legevakt ble imidlertid nedprioritert etter flere del - utredninger da spesialisthelsetjenesten verken ville prioritere økonomiske midler eller personellressurser til formålet. Som et resultat av Opptrappingsplanen psykisk helse ble det imidlertid bygget opp et mer pasientnært, mindre spesialisert tjenestenivå i form av distriktpsykiatriske sentra. Disse retter seg i stor grad mot kronikergruppen, og har både sengeplasser, akutt plasser og ambulerende akutt - team med døgnfunksjon. Bærum kommune etablerte også en trygghetsavdeling for psykisk helse, hvor personer som opplevde seg i psykisk krise selv kunne be om innleggelse for noen dager uten henvisning fra lege. FAM har en nøkkelfunksjon i forhold til samarbeid mellom akutt psykisk helsehjelp på kommunalt - og spesialisthelsetjenestenivå. Det er i tillegg opprettet en Rusakutt lokalisert til det gamle Bærum sykehus, i legevaktens tidligere lokaler.



## Helse Asker og Bærum

Kommunene hadde pr. 1.1.2009 et innbyggertall på ca.163 500. I løpet av årene FAM ble utredet og planlagt til i dag har folketallet økt med nesten 50 %, se figur 2.1.

Alderssammensetningen tilsvarer nokså nært landsgjennomsnittet, mens andelen av de eldste eldre forventes å øke mer enn landgjennomsnittet.



Figur 2.1 Befolkningsutvikling i Asker og Bærum 1999 - 2009 Kilde SSB

Folketallet i kommunene Asker og Bærum ventes å øke til rundt 170 -175 000 i 2015, med en samtidig økning av andel og antall eldre innbyggere. Sykehuset og kommunene Asker og Bærum har gjennom mange år hatt fokus på samhandling og forbedring av behandlingslinjer. Som et resultat av dette er det blant annet ikke innført noen kommunal betalingsplikt for pasienter ferdigbehandlet i sykehus slik lovverket gir anledning til. I 2003 inngikk partene en intensjonsavtale om å videreutvikle samhandling, og etablerte prosjektet Helse Asker og Bærum (HAB). Etableringen av FAM er også en del av samarbeidet i HAB. I løpet av 2006 ble HAB evaluert, og partene vedtok å videreføre samarbeidet. I tillegg til den løpende kontakten mellom partene, lages det en årlig felles handlingsplan med nye prosjekt som innebærer felles utredninger. Arbeidet i HAB har samhandling mellom forvaltningsnivåene og forbedring av behandlingslinjer som hovedfokus. I den siste delen av prosjektperioden for FAM, og i dag i forbindelse med drift, er HAB det samlende styringsleddet.

Andre prosjekter under paraplyen HAB er

- Hospice Stabekk, en spesialisert kommunal avdeling for terminal kreftomsorg.
- Intermediæravdeling ved Henie Onstad eldresenter, spesialisert på aktiv og tidlig rehabilitering av pasienter som utskrives fra sykehuset med behov for videre oppfølging som ikke kan tilbys i andre kommunale institusjoner eller pasientens hjem.

Prosjektene har vært planlagt i fellesskap mellom sykehus og kommunene, til dels også med medfinansiering i en prosjektperiode. Asker kommune har etter hvert trukket seg ut av disse prosjektene av økonomiske grunner, og har lagt tilsvarende funksjoner til sykehjemmet Bråset i Røyken.

### **Fremvekst av private helsetjenester**

I løpet av prosjektperioden skjedde det en liberalisering av "helsemarkedet", og private helsetjenester i form av både klinikker og poliklinikker vokste frem med start i Oslo - området. Slike klinikker opererte både med medlemskap, og med "drop in" konsultasjoner. En del av tilbudene er typiske legevaktstrukturer både med allmennlegevakt tjenester og akutte konsultasjoner hos spesialist. Slike tjenester betales i sin helhet av publikum. En ganske stor andel av befolkningen i Asker og Bærum har både økonomi og anledning til å benytte slike tjenester, og mange av de lokale bedriftene tilbyr sine ansatte medlemskap eller refunderer utgifter til private helsetjenester. Slike private helsetjenester er ikke åpne for akutte konsultasjoner om natten, og akutte innleggelser kanaliseres til offentlige sykehus gjennom sykehusenes akuttmottak.

## **2.5 Innhold i det opprinnelige FAM - konseptet**

I prosjektplanene for FAM inngikk følgende deler:

- Allmennlegevakt
- Bemannet legevaktbil

- AMK og LV sentral
- Akuttmottak
- Ambulansestasjon
- Observasjonspost

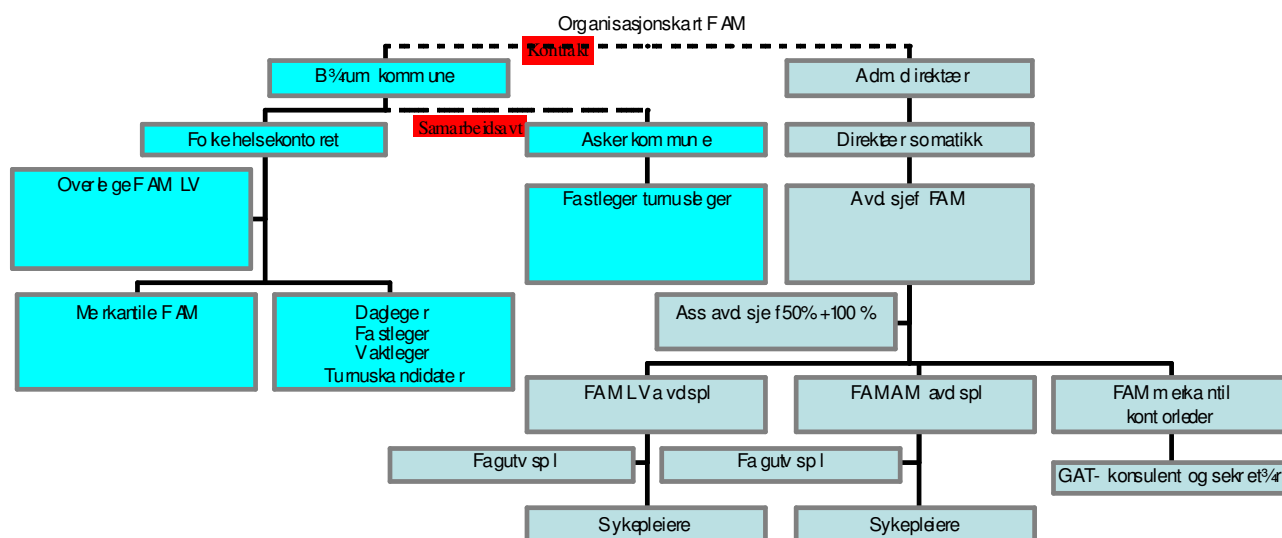
Bemannet legevaktbil ble ikke videreført som en del av totalprosjektet da finansierungsordninger ikke fantes. Etter politisk initiativ ble anskaffelse av slik bil likevel utredet av Bærum kommune i 2008, med planlagt prøvedrift i 2009. Slik bemannet legevaktbil er forøvrig en viktig del av fremtidig legevaktstjeneste beskrevet i ”Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt”, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2009, (1). Ambulansestasjon ble bygget, men ble administrativt underlagt Ullevål Universitetssykehus. Observasjonspost ble ikke etablert pga manglende finansiering.

Kommunene forutsatte at kostnadene til legevakt ikke skulle øke ved innføring av FAM, utover utgifter knytte til leie og drift av nye lokaler. Av historiske grunner hadde kommunene tilnærmet gratis lokaler i Bærum gamle sykehus. Det redegjøres for økonomiske konsekvenser av et nytt FAM i kapittel 3.

## 2.6 Beskrivelse av organisasjonen FAM ved oppstart i 2006

FAM ble organisert som en avdeling i somatisk divisjon ved Sykehuset Asker og Bærum, med nytilsatt avdelingssjef. Avdelingssjefen har personal - og budsjettansvar i FAM, og er faglig ansvarlig for kvalitet og prosedyrer for alt arbeid som utføres i FAM. I tillegg til stab har han en ledergruppe bestående av ledere for sykepleietjenesten i legevakten, leder for sykepleietjenesten i akuttmottaket og leder for merkantile tjenester. Til tross for prinsippet om samorganisering valgte man en modell med delt ledelse for sykepleiertjenestene, etter de gamle organisasjonenes linjer. En av begrunnelsene var faren for å miste spesifikk og nødvendig sykepleiefaglig kompetanse knyttet til allmennlegevakt. Enkelte i organisasjonen gir i dag uttrykk for at tettere integrering av sykepleiergruppene ville ha lykkes bedre om

de allerede fra start hadde hatt enhetlig ledelse. Organisasjonskartet (Figur 2.2) viser den kompliserte organisasjonsstrukturen i FAM (2006).



Figur 2.2 Organisasjonskart FAM

### Legetjenesten ved legevakten

FAM LV har fra 2006 hatt en 50 % overlegestilling som medisinsk faglig rådgiver, samt tre fastlønnede leger på dagtid til pasientbehandling. På hverdager fra klokken 16 - 23 er det to leger på vakt. Denne vekten dekkes av 90 fastleger fra kommunene. Om natten, på helg samt helligdag dekkes vaktene av 55 frivillige leger etter en turnusplan. Det er ulik honorering og avlønning i de forskjellige typer av vakter.

Dagtid på hverdager: Fast kommunal lønn (refusjonsinntektene fra NAV, samt pasient egenandeler tilfaller kommunene)

Natt, alle dager: eget tariffestet timehonorar på vel 700 kroner pr time (refusjon fra NAV og egenandel fra pasientene tilfaller kommunene).

Kvelder og helgedager: legen er selvstendige næringsdrivende, og mottar egenandel fra pasientene og refusjon fra NAV. Kommunene utbetaler i tillegg en mindre tariffestet beredskapslønn per time til alle legene som tar vakter i legevakten.

Disse ulike avlønningssystemene er uendret fra før innføring av FAM.

Kommunene overfører årlig et avtalt beløp for leie av lokaler og drift av FAM. Avlønning av hjelpepersonell (sykepleiere) inngår i dette beløpet. Kommunene måtte beholde arbeidsgiveransvaret for legetjenestene knyttet til FAM LV, og administrasjonen av disse tjenestene. Det finnes ikke avtaleverk som regulerer ansettelse av leger med oppgaver etter Kommunehelsetjenesteloven i et helseforetak. Kommunenes fastleger har vaktplikt i legevaktordningen. Denne plikten kan ikke overføres til sykehuset.

### **Akuttmottaket**

På akuttmottaket tar man imot pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. I tillegg til mottak av pasienter som trenger innleggelse fungerer akuttmottaket som akuttpoliklinikk for kirurgiske, og til en viss grad også for medisinske pasienter. I 2008 ble det behandlet omkring 6700 pasienter poliklinisk i akuttmottaket. De fleste av sykehusets 15.000 innleggelser kommer via akuttmottaket (vedlegg 4).

### **Lege - og sykepleietjenesten i akuttmottaket**

Legene som har oppgaver i FAM AM er turnuskandidatene og assistentleger ved medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og ortopedisk avdeling, samt i noe mindre grad gynekologisk avdeling. Overlege i bakvakt tilkalles ved behov. Alle legene på vakt har arbeidsoppgaver i alle sykehusets avdelinger, inklusive akuttmottaket. Kirurger og ortopeder utfører akutte operasjoner parallelt med arbeidsoppgavene i FAM. Dette medfører til tider lange ventetider for både akutte og polikliniske pasienter. Det medfører at det oftest er legene i utdanningsstillinger og med minst erfaring som har ansvar for å behandle pasienter med akutte tilstander.

Sykehuset Asker og Bærum har ca 110 ansatte med arbeidsoppgaver i FAM, av disse er 40 sykepleiere som kun har FAM AM som tjenestested.

Ansatte som har hele eller deler av sine oppgaver i FAM AM har ordinær lønn fra sykehuset.

### **Intern organisering i SAB HF**

Sykehuset endret ikke sin interne struktur ved innføring av FAM. FAM har ikke myndighet ("instruksjonsrett") inn i sykehusets øvrige avdelinger. Dette medfører at pasienter ofte må vente i akuttmottaket på lege med den rette kompetansen, og at ferdigbehandlede pasienter blir liggende på akuttstuer i FAM i påvente av en ledig seng på avdeling, evt. på ledig ambulanse for hjem - eller videre transport. Dette medfører unødig venting for nye pasienter, og kan gå utover faglig forsvarlig oversikt over hvem som til en hver tid venter på hva. Personell - og arealbehov blir større enn nødvendig fordi slike pasienter trenger tilsyn og eventuelt pleie mens de venter på å bli fraktet til riktig sted. Disse forholdene representerer et betydelig potensial for å spare kostnader, i tillegg til at pasienttrygghet og – bekvemmelighet kan bedres. Vi viser til kapittel 6 hvor planlagte og iverksatte tiltak (2009) for å bedre disse forholdene er nærmere beskrevet.

### **2.7 FAM – beskrivelse av innhold og pasientflyt**

FAM inneholder følgende komponenter:

#### **Felles**

- Inngang for gående pasienter med ekspedisjon for pasientmottak og triage
- Ventearealer med tilgang til publikumsfasiliteter
- Lager, laboratorium, skyllerom
- Felles personalbaser
- Samtalerom
- Kontor til administrasjon og ledelse

#### **Legevakten**

- Legekontorer og behandlingsrom for LV

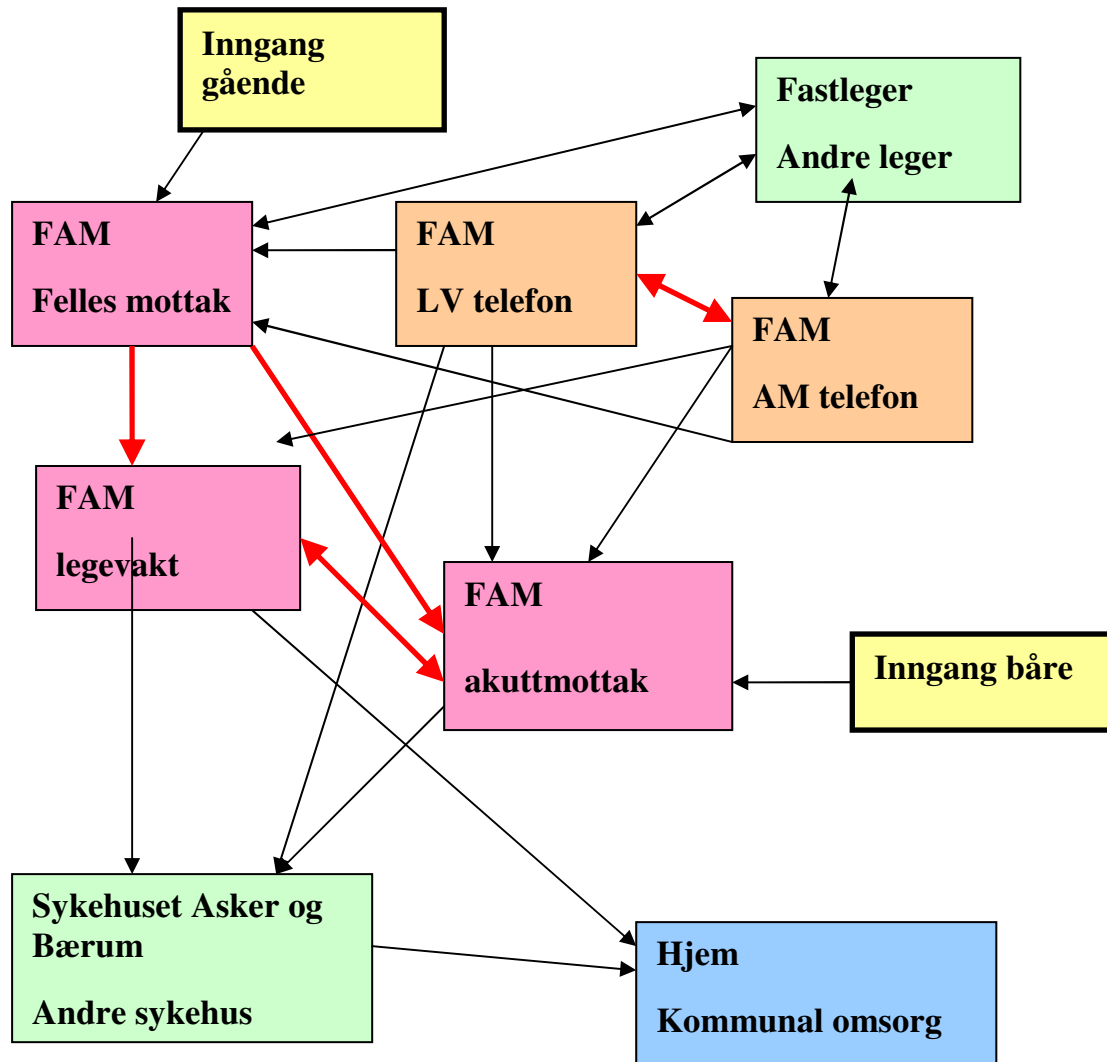
- Telefontjeneste (LV – sentral)
- Observasjonssenger (ventesenger) for dårlige pasienter før og etter legeundersøkelse

### **Akuttmottaket**

- Inngang for pasienter på båre (og pasienter som må skjermes)
- Akuttmottak med telefontjeneste
- Rom for isolat, skjerming
- Akuttstuer for traumer, hjertestans
- Undersøkelser – og behandlingsrom for AM
- Akutt røntgenavdeling (”satellitt”)
- Dikterings – og skriverom

Legevaktens og akuttmottakets lokaler er lokalisert på hver side av felles kjernerom, som kan nås fra begge sider. Det er lagt til rette for enkel fysisk kontakt mellom personellgruppene i AM og LV, samt rask forflytning av pasienter når det er nødvendig. Ettersom det ikke ble opprettet noen observasjonspost er legevaktens hvilesenger de eneste som er tilgjengelige for pasienter som må vente i seng på transport videre, eller trenger en avklarende observasjon. I motsetning til en observasjonspost (del av sykehuset) er det ingen finansiering av tjenester knyttet til slike ventesenger, men disse sengene er personellkrevende. Ansvarsforholdet kan også være i en gråsoner.

Pasienter i AM som skal innlegges kan bli liggende på behandlingsrommene eller i korridor i påvente av at sykehusavdelingene gir klarsignal for innleggelse. Dette lager fort propper i systemet, og derved unødig forlenget ventetid for nye pasienter.



Figur 2.3 Pasientflyt og samhandling i FAM. Svarte piler angir pasientflyt. Røde piler angir pasientflyt og typiske samhandlingsarenaer



## 3 Organisering og finansiering

Ulike finansierings - og organisatoriske ordninger påvirker helsetjenestene. De gir rammevilkår som legger føringer for virksomhetene, og derved påvirker utøvelsen av praksis. I Norge har finansieringsordningene i helsetjenesten variert over tid, og er ulike innen de forskjellige forvaltningsnivåene (2). Også internasjonalt i sammenlignbare land er det påfallende ulike og komplekse finansieringsformer og – modeller i helsevesenet (3).

### 3.1 Organisering av helsetjenester i et samhandlingsperspektiv

Kommunene har full anledning til å organisere sine tjenester i interkommunale ordninger. Det er laget egne særavtaler om lønn og beredskapsgodtgjørelse for leger som er tilknyttet interkommunale legevaktordninger (IKL). Det eksisterer i dag rundt 40 IKL i Norge, 21 av disse er lokalisert ved et sykehus. IKL gir reduserte kostnader for staten. I små kommuner er det ikke vanlig med stasjonær legevakt, kun sykebesøksordninger. Sykebesøksordninger utløser høyere utgifter for staten i form av refusjoner fra NAV (fra 2009 Helfo) ettersom takst for sykebesøk er vesentlig høyere enn takst for konsultasjon i et vaktlokale. Sykebesøk er også dyrere for pasienten på grunn av høyere egenandel. IKL innebærer derfor økte kostnader for kommunene, særlig for de minste kommunene(12). Etter at kostnader til transport av helsepersonell ble overført til kommunene (2004) er imidlertid forskjellen i drift av en ambulerende vaktordning og en stasjonær vaktordning noe mindre. IKL - ordningene innebærer en profesjonalisering av legevakten. Det gir mindre vaktbelastning for legene i berørte kommuner, og derved totalt mer robuste systemer. En viktig intensjon ved IKL var å bedre stabiliteten av legebemanningen i distriktene ved at vaktbelastningen går ned. Vi finner lite sikker dokumentasjon på at dette har skjedd. Sogn og fjordane legeförening hevder i en artikkel fra 2004 at redusert vaktbelastning bedre rekrutteringen: ”Redusert legevaktbelastning er det enkelttiltak som i størst grad vil bedre rekruttering av nye og stabile leger til mindre kommuner” (13). Helsetilsynets tilsynsrapport fra legevakter 2006 sier at ”Etter Helsetilsynets erfaring er det sjelden svikt ved organisering av vakt utenom vanlig arbeidstid. Imidlertid kan det i kommuner med få allmennleger være et problem med stor vaktbelastning. Dette – sammen med ønske om en høyere faglig

standard på legevaktjenesten – har ført til opprettelse av interkommunale legevakter. Dette synes å ha vært vellykket en rekke steder, og Helsetilsynet har gitt uttrykk for støtte til slike interkommunale ordninger. De virker rekrutterende og stabiliserende på legedekningen, gir en kvalitetsmessig bedre tjeneste og sikrer en forsvarlig vaktplan” (14).

Antall fastlegelister uten fastlege har gradvis gått ned de siste årene, noe som tyder på en bedret rekruttering til allmennlegetjenesten. Andelen lister uten lege (2008) er fortsatt høy i de tre nordligste fylkene hvor over 8 prosent av listene er uten lege. På landsbasis er 2,1 prosent av listene uten lege. I 2001 var denne andelen på 4,3 prosent (15).

Selv om utførelsen av tjenester er delegert til et interkommunalt organ beholder imidlertid kommunen ”sørge for” ansvaret som følger av Kommunehelsetjenesteloven.

Lovverket setter klare begrensninger i kommunenes og foretakenes adgang til å organisere tjenestene sammen. Det følger av Helseforetaksloven (hfl.) § 43 andre ledd at ”(helse)foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak”. Det betyr at helseforetak ikke kan danne virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med kommuner. Bestemmelsen er en forlengelse av Helseforetaksloven (hlf) § 7, som forbyr helseforetakene å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester i annen form enn gjennom et ubegrenset ansvar. Bakgrunnen er bl.a. å forankre ”sørge for”- ansvaret (å yte spesialisthelsetjenester) til de statlige foretakene. Spesialisthelsetjenesten er definert som en statlig velferdsoppgave og bestemmelsen sikrer en selskapsform hvor staten gjennom foretakene er fullt ansvarlig for å sørge for og finansiere tjenestene.

Virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester (for eksempel kommune - helsetjenesten) eller annen kjernevirksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten, kan eies i sameie mellom foretak og annen offentlig virksomhet, jf hfl § 43 tredje ledd. Slike virksomheter forutsetter et begrenset ansvar (BA) som organisasjonsform.

Kommunene kan på sin side eie eller drive tjenesteenheter sammen med andre, herunder helseforetak. Kommunene kan imidlertid ikke uten lovhjælp overføre

adgangen til å fatte enkeltvedtak eller annen myndighetsutøvelse til selskap eller andre organisasjonsmodeller utenfor kommunens egne organer” (4). Integrering og organisert samhandling mellom spesialisthelsetjenester og allmennlegetjenester er derfor en betydelig utfordring. Utfordringene er knyttet til så vel finansieringsordninger, ansvarsforhold, lønns - og avtalemessige forhold og lovmessige reguleringer.

### 3.2 Kostnader til akuttmedisinske tjenester

#### **Om finansiering av helsetjenester**

Rammetilskudd har vært en vanlig finansieringsmåte både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal sektor. Rammefinansiering er vanlig ved finansiering av institusjoner hvor det er vanskelig å måle aktivitet og / eller kvalitet. Systemet kombineres ofte med målstyring, eller en kontrakt som beskriver volum, kvalitet eller andre mål.

Aktivitetsbasert finansiering (ISF) er knyttet til aktivitet, eks. en sum pr. operasjon, pr. konsultasjon, pr. møte, pr. liggedøgn. I Norge er det knyttet egenandeler til polikliniske offentlige helsetjenester. Kostnadene deles mellom offentlige finansieringskilder og personen som mottar tjenester. Systemet fremmer høy aktivitet, og fører derved potensielt til dårlig kvalitet. Det innebærer også risiko for dårlig økonomisk kontroll dersom det ikke er knyttet et tak til finansiering av aktiviteten. Sykehuset finansieres med en blandet modell av rammetilskudd og ISF. Legene på legevakten er enten ansatt i kommunen, eller er selvstendig næringsdrivende. De siste er selv ansvarlige for helsehjelpen de yter. De mottar et lavt rammetilskudd fra kommunen (beredskapsgodtgjørelse), egenandel fra pasienten og ISF (takster) regulert gjennom Normaltariff-forskriften. Det er ikke noe øvre tak for ISF i dette systemet. Det kan derfor ha som effekt at legen tilpasser seg systemet ved å prioritere aktivitet som gir høy inntjening uten å ha høy prioritet ut fra faglige kriterier og medisinske behov

#### **Oversikt over kostnader og overføring knyttet til FAM**

FAM i sin nåværende form har en kompleks finansiering.

**Staten**

Kostnadene er dels overføringer fra statens to instanser:

- Helse og omsorgsdepartementet (HOD) sin eieravdeling  
(Utbetaler rammetilskudd og DRG refusjon)
- Helsetjenesteforvaltningen (Heltef- tidligere NAV)  
(Stykkprisrefusjon helsetjenester utenfor sykehus, inklusive pasienttransport)

Staten yter også kompensasjon for sykelønn og svangerskapspermisjoner, refusjon for egenandeler som kommer inn under frikortordningen samt rett til fri legehjelp for visse pasientgrupper.

**Kommunene**

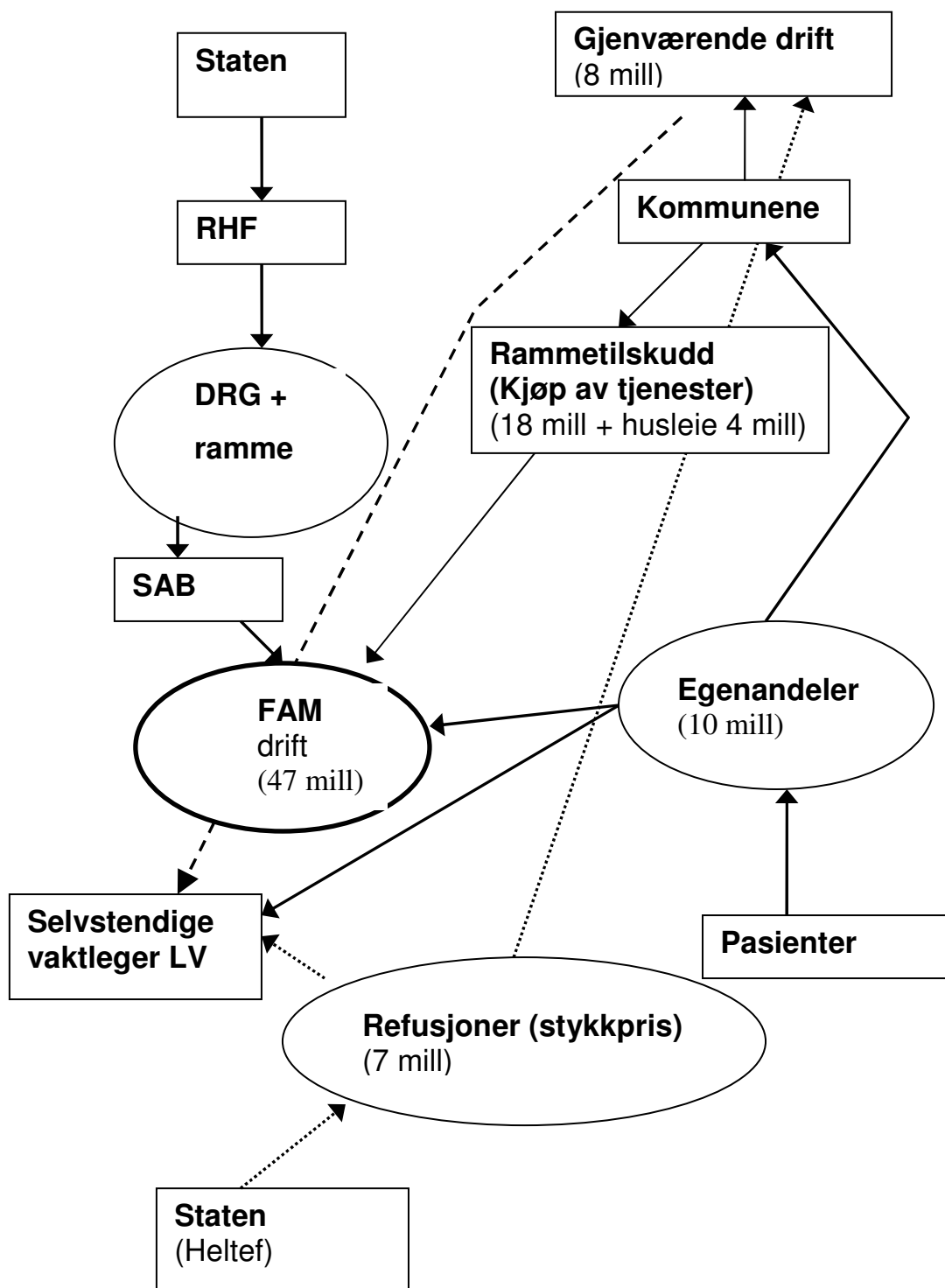
Kommunene kjøper legevaktjenester fra SAB, dekker gjenværende drift samt reiseutgifter for helsepersonell.

**Pasientene**

Brukere betaler egenandeler til sykehuset, til kommunen eller vaktlegen og egenandel ved transport. På grunn av manglende samordning kan de bli avkrevd egenandeler til flere av instansene knyttet til undersøkelse og behandling for samme helseproblem.

Kostnadene er illustrert i figur 3.1. Der hvor kostnaden er kjent fra tilgjengelige regnskap (2007) er de oppført i parentes.

Figur 3.1 Kostnader og pengeoverføringer i FAM – systemet



### 3.3 Økonomiske konsekvenser av FAM

#### For kommunene Asker og Bærum

Kommunenes netto kostnader til legevakt har økt betydelig utover budsjettert nivå. I prosjektfasen la kommunene til grunn at utgiftene til legevakt ikke skulle øke mer enn utgiftene forbundet med høyere leieutgifter. Det eksisterende lovverk og finansieringssystem har imidlertid medført at kommunene måtte beholde arbeidsgiveransvar for legene på dagtid, overlegestillingen, samt arbeidsgiveransvaret for legevakslegene. Dette inkluderer turnusplanlegging, utbetaling av beredskapslønn med videre. Kommunene sitter derfor igjen med store administrative kostnader i tillegg til økte leieutgifter. Administrative utgiftene alene utgjorde i 2007 i overkant av 8 millioner kroner (regnskapstall). Timehonorar til lege på vakt alle netter klokken 23 - 07 er inkludert i dette beløpet.

Netto kostnader til legevaktstjenester per innbygger har utviklet seg slik:

År	Netto kostnad kr.	Kroner pr innbygger
2004	18.721 mill	122
2005	18.985 mill	118
<b>FAM innført 1.3. 2006</b>		
2007	30.062 mill	187
2008	31.384 mill	192

Tabell 3.2.2 Kostnader til legevakt pr innbygger i Bærum kommune 2004 - 2008

Tallene er indeksjusterte. Kostnader til leie av lokaler er inkludert. Landsgjennomsnitt er ikke tilgjengelig. Tallene er hentet fra Regnskap Bærum kommune formål Legevakt 2004, 2005, 2007, 2008 (vedlegg 1). Det er vanskelig å finne sammenligningstall fra andre kommuner i samme periode på grunn av svært ulik regnskapspraksis. Vi har valgt å utelate kostnadene i oppstartåret 2006. Regnskapet inneholdt dette året betydelige kostnader til flytting og implementering.

### For Sykehuset Asker og Bærum.

Sykehuset Asker og Bærum har nær doblet sine utgifter til akuttmottak etter innføring av FAM. Regnskapet inneholder imidlertid ikke kostnader knyttet til lokaler og investeringer. Legenes lønn inngår i de respektive avdelingsbudsjettene. DRG - inntjening er også i det vesentlige knyttet til avdelingsbudsjettene. Sykehusets regnskap er derfor vanskeligere å sammenligne før og etter oppstart av FAM i 2006.

<b>Regnskap</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Inntekter	40, 0	43, 0	47, 7
Kostnader	41, 8	46, 6	47, 8
Resultat	-1, 8	-3, 6	-0,1

Tabell 3.2.3 Regnskapstall (mill kroner) FAM. For detaljer, se vedlegg 2.

Dette er et internt driftsregnskap for FAM. Felles administrasjon, lønn til leger samt til avdelingssjef, kostnader til serviceavdelinger, ned - og avskrivninger på inventar og utstyr, samt finanskostnader og drift knyttet til lokaler er ikke tatt med. Merinntektene utgjøres i det vesentlige av tilskuddene fra kommunene. Helseforetakets totale kostnader for FAM var i 2007 på 46,6 mill., i 2008 var den totale kostnad 47,8. Tallene er ikke medregnet renter og avskrivning av investeringer til lokaler og utstyr. Helseforetakets samlede utgift til drift av akuttmottaket steg fra 23,8 i 2005 til 28,6 mill. i 2007 og 28,6 mill. i 2008. Økningen i akuttmottakets utgifter er ut fra avdelingsregnskapet i det vesentlige en følge av økte kostnader til lønn. Administrasjonen i akuttmottaket er økt ved at det er tilsatt nyopprettet stilling som avdelingsleder, i tillegg til flere nye mellomlederstillinger.

### 3.4 Drøftinger

Arealene i den nye FAM Legevakt var større enn de gamle, med flere kontorer og større avstander mellom legekantor/ behandlingsrom og ventearealer/ personalknutepunkt. Ettersom FAM ikke inneholder observasjonsavdeling ble legevaktens observasjons- og ventesenger det eneste sted hvor pasienter i gråsonen mellom hjem og sykehus kunne observeres. Dette medførte behov for økt bemanning.

Det har derfor så langt ikke vært mulig å se noen stordriftsfordeler ved å slå sammen kommunal legevakt og sykehusets akuttmottak. Dimensjonering av bemanningen i FAM viste seg i etterkant å være for liten, noe som også medførte økte kostnader sammenlignet med budsjett.

Det er krevende å organisere en ”sømløs” og kostnadseffektiv tjeneste på tvers av lovverk, forvaltningsnivåer og avtaleverk. Disse hindringene synes å ha vært en effektiv begrensning for å nå målene med FAM. Den komplekse finansiering visualisert i figur 3.1 er i seg selv en utfordring. Sykehusets regnskapssystem er organisert slik at det er tilnærmet umulig å få frem de reelle, totale kostnadene ved FAM.



## 4 Brukerundersøkelser og kvalitetsmålinger

### 4.1 Bakgrunn

Sosial og helsedirektoratet (fra 2008 Helsedirektoratet) overtok fra 2004 det overordnede ansvaret for utvikling av kvalitet i helsetjenestene. Direktoratet ble statens organ for implementering av vedtatte helsepolitiske mål. Dette resulterte bl.a. i en 10 - årig strategi 2005 - 2015 ”Og bedre skal det bli”, utviklet i samarbeid med fagmiljøene (4).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin samhandler med Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret for helsetjenesten om flere prosjekter knyttet til kvalitetsutvikling i legevaktstjenester.

For å videreutvikle bruk av avviksrapportering som læringsmetode ved legevakter har Statens Helsetilsyn startet et prosjekt i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (5).

Et kvalitetsmål er å involvere brukere og gi dem innflytelse. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin har sammen med Kunnskapssenteret for helsetjenesten utviklet en mal for brukerundersøkelser ved legevakt. Overordnet målsetting er å forbedre kvaliteten på tilbudet (6).

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten pålegger tjenestene å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. Brukere av helsetjenester skal så langt som mulig involveres i utvikling, utforming og innhold av tjenestene, både på systemnivå og vedrørende tjenester til den enkelte pasient. Denne metodikken har kommet ulike langt i de forskjellige deler av helsetjenesten, fra godt implementert til helt fraværende.

### 4.2 Brukermedvirkning og brukerundersøkelser ved FAM

Brukere har vært representert i utredningene frem til etableringen av FAM. Ettersom de fleste bare er sporadiske brukere av akutte helsetjenester som legevakt og akuttmottak var det vanskelig å finne ”representative” brukere som også var interessert

i å delta i denne type arbeid. I utredningens første fase var også politikere representert, de er som folkevalgte naturlige ”brukerrepresentanter”.

Bærum kommune er organisert etter en ”konsernmodell”, inspirert av New Public Management. Modellen tar i bruk markedsmekanismer og begreper som bestiller - utfører modeller. Som ledd i modellen gjøres det regelmessige brukerundersøkelser, som setter fokus på brukerens tilfredshet med mottatte tjenester. Hensikten er at resultatene følges over tid, og at avvik fra ønskede eller vedtatt måltall skal føre til tiltak. Disse tiltakene skal inn i den enkelte leders resultatavtale med henblikk på kontinuerlig overvåkning av effekt. Ledere i kommunen lager hvert år en ny resultatavtale med sin overordnede, hvor kommende års målsettinger fremgår.

Fra 2003 - 2005 ble det gjennomført årlige brukertilfredshetsundersøkelser ved Legevakten i Asker og Bærum i regi av vertskommunen Bærum. Undersøkelsene ble gjennomført ved at et uttrekk av pasientene fikk utdelt spørreskjema etter konsultasjon på legevakten. Skjemaet kunne leveres på stedet, eller returneres pr. post. Antall spurte, samt svarprosent fremgår av tabellen under. I 2006 og 2007 er det gjort tilsvarende undersøkelse ved FAM i regi av TNS Gallup. De benyttet imidlertid postal levering av skjemaene, og fikk markert lavere svarprosent (29 %).

År	Antall forespurt	Antall svar	Svarprosent
2003	430	203	47%
2004	746	277	37%
2005	800	246	31%
2007	748	217	29%
2008	569	187	33%

Tabell 4.1 Brukerundersøkelser ved Legevakten 2003-2008 Tallene fra 2006 har ikke vært tilgjengelige

Vi har analysert brukerundersøkelsene fra Legevakten i Asker og Bærum i perioden 2003 til 2008. Spørsmålene i undersøkelsene kan deles i følgende undergrupper:

- Fornøydhet og trygghet med faglig kompetanse hos personell
- Informasjon om alternative helsetjenester, om egen tilstand, om ventetid og prioritering ved legevakten
- Tilgjengelighet
- Totalvurdering

Brukeren ble bedt om å gi score fra 1 - 6, der høyest verdi uttrykker høyest tilfredshet. Spørsmål, skår og fordeling mellom svaralternativene (2003 - 2007) fremkommer i tabell 4.1. Oppsummert viser undersøkelsene at fire av fem følte seg tatt på alvor og behandlet med respekt. Tre av fire var trygge på kompetansen hos personalet, 7 av ti var fornøyd med behandlingen. Lavest skårer tilgjengelighet og informasjon, særlig om prioriteringssystem og ventetid ved legevakten. Det er påfallende lite forskjell mellom funnene før og etter FAM.

Parametre som tilgjengelighet, trygghet, opplevelse av respekt og informasjon er grunnleggende for brukere av akutte helsetjenester. Disse bør derfor følges over tid. Rikshospitalet har de siste årene testet ut en løpende registrering av pasienters (evt. pårørendes) tilfredshet med avdelinger og poliklinikker ved hjelp av utplasserte datamaskiner med programvare. Fra 2008 er et slikt system også tatt i bruk ved FAM i det felles venterommet for polikliniske pasienter. Resultatene følges regelmessig sammen med annen rapportering.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Jeg følte meg trygg på sykepleiernes faglige dyktighet	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1
Jeg følte meg trygg på legenes faglige dyktighet	5.2	4.9	5.0	5.0	5.0	4.9
Jeg opplevde at de ansatte utførte jobben sin på en profesjonell måte	5.2	5.0	5.0	5.0	5.0	5.1
Legen behandlet meg med respekt	5.4	5.2	5.3	5.3	5.3	5.1
Sykepleieren behandlet meg med respekt	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4
Jeg er fornøyd med behandlingen på legevakten	5.0	4.8	4.7	4.8	4.8	4.7
Jeg fikk informasjon om det som feilte meg	5.0	4.5	4.7	4.7	4.6	4.7
Jeg fikk forklaring på viktige forhold for meg i min situasjon	4.9	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4
Jeg fikk informasjon om videre behandling	4.9	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5
Jeg fikk den informasjon jeg trengte om andre aktuelle helsetjenester	4.1	3.6	3.5	3.4	3.6	3.7
Det var lett å komme frem til legevakten på telefon	5.1	4.8	4.6	4.7	5.4	5.1
Ventetiden på behandling var akseptabel i forhold til det som feilte meg	4.7	4.8	4.4	4.4	4.5	4.6
Jeg ble raskt mottatt i ekspedisjonen	5.5	5.4	5.2	4.4	4.5	5.1
Legevaktens lokaler er lett tilgjengelig	5.1	4.9	4.6	4.7	5.4	5.4
Jeg fikk forståelig informasjon om rutinene for prioritering og ventetid på Legevakten	4.4	4.2	4.1	4.2	4.0	4.1
Jeg opplevde at legen tok min situasjon på alvor	5.3	4.9	5.1	5.1	5.1	5.0
Jeg opplevde at sykepleieren tok min situasjon på alvor	5.3	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2
Gjennomsnitt score alle spørsmål	5.04	4.78	4.74	4.71	4.80	4.83

Tab. 4.2 Brukerundersøkelse for legevakten, gjennomsnitt score for alle påstander. Skala 1 - 6, 6 er best. Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom gjennomsnittsscore (alle spørsmål) fra 2003 til 2008.

Verdien av brukerundersøkelser ligger i at fallende tilfredshetsnivå på et av undersøkelsenes spørsmål gjør det mulig for virksomheten å gjennomføre spesifikke tiltak og vurdere effekten av disse. Svar fra brukerundersøkelser er imidlertid ikke lette å tolke. Det som måles er en subjektiv oppfatning av kvalitet, "tilfredshet". Lave forventninger til tjenesten kan lett gi høy slutt-tilfredshet, mens høye forventninger kan gi misnøye.. Brukerundersøkelser gir ingen informasjon om behandlingen ved en helsetjeneste følger "best practice", det vil si. om faglige vurderinger, prioriteringer og behandlingstiltak er i tråd med god faglig standard.

I perioden 2003 - 2005 er bare 63 % av respondentene fornøyd med lokalenes tilgjengelighet, mens 67 % mente telefontilgjengeligheten var god eller svært god. Etter etablering av FAM (2007) har andelen som er fornøyd eller svært fornøyd med lokalenes tilgjengelighet økt til vel 80 %, mens telefontilgjengeligheten vanskelig kan vurderes gjennom disse undersøkelsene da nesten 60 % svarer "vet ikke" eller "ikke aktuelt". Det er vanskelig å vurdere betydningen av de enkelte spørsmålene for hvordan pasientene oppfatter kvalitet i helsetjenesten. Variabler som er viktige for én pasient kan være uten betydning for andre. Gjennomsnittlige score for samtlige spørsmål vil derfor etter vår mening være et mer robust parameter for pasientenes vurdering av kvalitet. Som tabellen viser er det ingen signifikant forskjell i gjennomsnittlig vurdering fra 2003 til 2008.

#### 4.4 Drøftinger

Publikum er gjennomgående ganske fornøyd med legevaktjenesten. Dette er i overensstemmelse med en rekke tidligere brukerundersøkelser som alle har vist en høy grad av brukertilfredshet. Lav svarprosent kan medføre at en overvekt av de mest misfornøyde tar seg bryet med å svare (11). Dette kan innebære at gjennomsnittlig skår er litt lavere enn reelt. Det er ikke gjort noen undersøkelse av "non responders" for å sammenligne verdiene. Det at fornøydheten gjennomgående er høy over tid gjør det lite sannsynlig at en slik mulig effekt behøver å vektlegges. Det er ellers påfallende like gjennomsnittlige verdier på undersøkelsens 17 variabler i årene 2003 - 2008. Vi mener derfor at verdiene kan tillegges vekt til tross for lav svarprosent. Det må

imidlertid understrekes at formålet med brukerundersøkelser har vært å identifisere forbedringspunkter, og ikke å vurdere kvaliteten på helsetjenesten.

Det er ikke utført brukerundersøkelser ved akuttmottaket.

Brukerundersøkelser gir som tidligere nevnt ingen informasjon om den medisinske behandlingen er i tråd med god faglig standard. Det er svært mange leger som deltar i legevaktordningen i Asker og Bærum. De har svært forskjellig erfaringsbakgrunn, det er derfor viktig å utvikle gode prosedyrer og behandlingsprotokoller. Dette bør gjøres for ”volumtilstander” (eks. barn med feber), og for de alvorlige, ofte sjeldne tilstandene som kan ha alvorlige konsekvenser. Et eksempel: Legevaktsleger som skriver ut antibiotika eller smertestillende medisiner uten streng faglig indikasjon vil stort sett ha svært fornøyde pasienter. De får resept, og legen slipper tidkrevende informasjon og ”forhandling” med pasient eller pårørende. Legen får også fornøyde medarbeidere (det går fort unna, ventetiden blir kortere, sykepleiere slipper å utføre supplerende diagnostiske prosedyrer). Slik behandling strider imidlertid mot god faglig standard, og mot nasjonale målsettinger om restriktiv legemiddelpolitikk både hva gjelder antibiotika og vanedannende medisiner.

## 5 Personalundersøkelsen

### 5.1 Metode

Vi startet planleggingen av oppgaven tidlig høsten 2007, og gjennomførte en omfattende kartlegging og planlegging av oppgaven ved møter og intervjuer med tidligere og nåværende involverte parter. Personalundersøkelsen i vår oppgave er en datainnsamling basert på 3. gangs innhenting av synspunkter fra ansatte i FAM ved hjelp av et spørreskjema. Spørreskjemaet ble i utgangspunktet utviklet av HØKH i 2005 som et ledd i en planlagt evaluering av FAM. Vi benyttet det samme spørreskjemaet supplert med to åpne spørsmål i vår undersøkelse i 2008.

Spørreskjemaene ble laget i 3 forskjellige versjoner, spesielt tilpasset målgrupper ut fra hvor de arbeidet i systemet før FAM. Skjemaene finnes i sin helhet i vedlegg 5. De ulike skjemaene er:

1. Å jobbe i Akuttmottaket
2. Å jobbe i Legevakten
3. Å jobbe i ambulansetjenesten (prehospitale tjenester)

I hvert skjema ble respondenten bedt om å krysse av for yrke (sykepleier, hjelpepleier, lege, merkantilt ansatt, ambulansarbeider, paramedic, annet) og for hvor lenge den enkelte hadde tatt vakter i organisasjonen. Videre ba vi om opplysninger om kjønn og alder i 10 - års grupperinger.

Spørreskjema 1 hadde en egen del for legene i akuttmottaket. Årsaken var at sykehuslegene som gruppe ikke er ansatt i akuttmottaket, men tjenestegjør der som del av vaktene på respektiv sykehusavdeling. Enkelte av sykehusets leger tar også frivillige vakter ved Legevakten. Videre ble sykehuslegene bedt om å vurdere innhold og kvalitet på henvisningene fra Legevakten. Spørreskjema 2 inneholder ikke egne spørsmål for legegruppen.

Spørreskjemaet for akuttmottak og legevakt er besvart av gruppen ”merkantilt ansatte”. I våre analyser har vi valgt å utelate besvarelsene fra disse da de var svært få.

Alle ansatte ved FAM, ansatte i ambulansetjenesten og leger som tok vakter i FAM legevakt ble presentert for undersøkelsen via egne brev både utlevert direkte og sendt den enkelte som e post og som brev. Vi presentert også undersøkelsen muntlig i diverse personalmøter. Undersøkelsen var anonym. Skjemaene var påført et løpenummer, og ble samkjørt med en koblingsliste oppbevart ved HØKH. Listen dannet grunnlaget for én purring, og ble makulert etter denne. Innsamlede skjemaer ble lest optisk ved HØKH. Rådataene ble utlevert oss som ubearbeidede filer i statistikkprogrammet SPSS. HØKH har ikke vært involvert i den praktiske utføringen av denne tredje datainnsamlingen, og har ikke analysert noen av datasettene.

Vi distribuerte og samlet inn spørreskjemaene i februar 2008, og gjennomførte en purring i april 2008. Det ble ikke foretatt noen purring i 2006 og 2007.

Datafilene vi fikk utlevert fra HØKH inneholdt innsamlede data fra 2006 (før FAM), 2007 (et år etter FAM), og fra våre egne innsamlinger i 2008. Åpne spørsmål i 2006, 2007 og 2008 har vi kommentert i oppgavens kapittel 5.7

## 5.2 Statistiske metoder

Sammenheng mellom demografiske data og ansattes svar på de ulike spørsmålene i spørreskjemaet ble analysert ved hjelp av Chi - Square test på dikotomerte data. Spørsmålsskalaene er kodet fra 1 til 5 hvor verdien av de ulike koder er oppgitt for hvert enkelt spørsmål. Chi - Square test er også benyttet på dikotomerte data for å se om det var forskjell mellom svarene i 2006 og 2008. Fischer exact test ble brukt hvor gruppestørrelsen var mindre enn 10. Dikotomering ble utført slik at gruppe 1+2 (stemmer helt + stemmer delvis)=1 og 3+4+5 (både og + stemmer dårlig + stemmer ikke) = 2. Analysene er utført med statistikkpakkene SPSS 17.0, Chicago, IL., USA og Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, versjon 2.3. En p - verdi < 0,05 ble ansett som statistisk signifikant. Undersøkerne er oppmerksomme på at den aktuelle undersøkelse ikke er hypotesetesting, og at med en p verdi på 0,05 vil gjennomsnittlig hvert 20. spørsmål falle positivt (signifikant) ut. Det er tatt hensyn til dette i tolkningen av data.



### 5.3 Deskriptiv statistikk

Det ble i alt utlevert 856 skjemaer til ansatte i de tre undersøkelsene hvorav 450 (53 %) svarte. Både antall spurte og svarprosentene økte fra 2006 til 2008. Størst økning fant vi i legegruppen i akuttmottaket, hvor antall spurte økte fra 91 til 131. De tilsvarende svarprosentene økte fra 42 % i 2006 til 55 % i 2008. I tabell 5.1.1 er det angitt detaljer for de enkelte undersøkelsene.

Den store økningen i antall leger som besvarte fra 2007 til 2008 kan blant annet forklares ved at gynekologene ved SAB ikke deltok i de to første undersøkelsene, men ble inkludert undersøkelsen i 2008.

	2006	2006	2006	2007	2007	2007	2008	2008	2008
	utlevert	besvart	%	utlevert	besvart	%	utlevert	besvart	%
Akuttmottaket	161	67	42	156	63	40	180	99	55
leger	91	32	35	101	34	34	131	73	56
sykepleier	62	29	46	40	24	60	38	21	55
merkantil	8	6	75	15	5	33	11	5	45
Legevakten	71	36	51	100	61	61	124	70	56
leger	44	22	50	75	36	48	94	50	53
sykepleier	23	13	57	21	12	57	30	20	67
merkantil	4	1	25	4	1	25	0	0	0
Ambulansetjenesten	21	21	100	20	20	100	23	13	57
Totalt	253	124	49	276	144	52	327	182	57

Tabell 5.1.1 Oversikt over utleverte og besvarte spørreskjemaer i 2006, 2007 og 2008

Erfaringsgrunnlaget målt som antall år ansatt for personalet i akuttmottaket var nærmest identisk ved undersøkelsene i 2006 og 2008, for personalet på legevakten og ambulansetjenesten var det en tendens til litt kortere erfaring i 2008. Det var ingen forskjell i kjønnsfordelingen fra 2006 til 2008 for noen av tjenestene, men det var en tendens til økende alder hos de ansatte i akuttmottaket.

Betydningen av alder samt erfaring målt i antall år ansatt ble undersøkt med Chi - Square test på de enkelte spørsmål. Verken alder eller erfaring påvirket svarene. Yrke samt tjenestested var de eneste av de demografiske dataene som slo ut. For de fleste spørsmål var det forskjell i måten sykepleiere og leger svarte på. Når det gjelder tilleggsspørsmålene i 2008 - undersøkelsen var det ingen forskjell på svarene fra leger

og sykepleiere. Det var tendens til forskjell mellom leger og sykepleiere på legevakten på spørsmålet om endring av arbeidssituasjon etter innføring av FAM. For alle spørsmålene er den grafiske fremstillingen og de statistiske beregningene derfor gjort separat for de 2 yrkesgruppene. Samtlige svar på undersøkelsens spørsmål er fremstilt i tabell form med angitt signifikansnivå. I tillegg er utvalgte data fremstilt grafisk.

### 5.3.1 Kommunikasjon og behandlingsnivå

I undersøkelsen ble det spurt om personalets vurdering av kommunikasjon og informasjonsflyt.

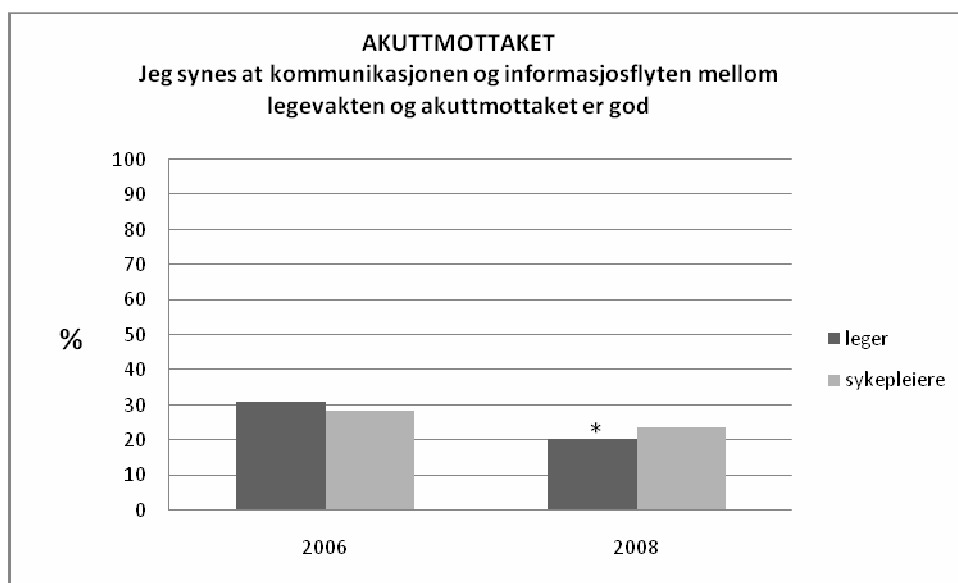


Fig. 5.4.1 Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålet. \*:p<0,01 (2008 mot 2006).

Det var færre av legene i akuttmottaket i 2008 som mente at kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket er god. Samme tendens ses i sykepleiergruppen, men her var forskjellen ikke så tydelig.

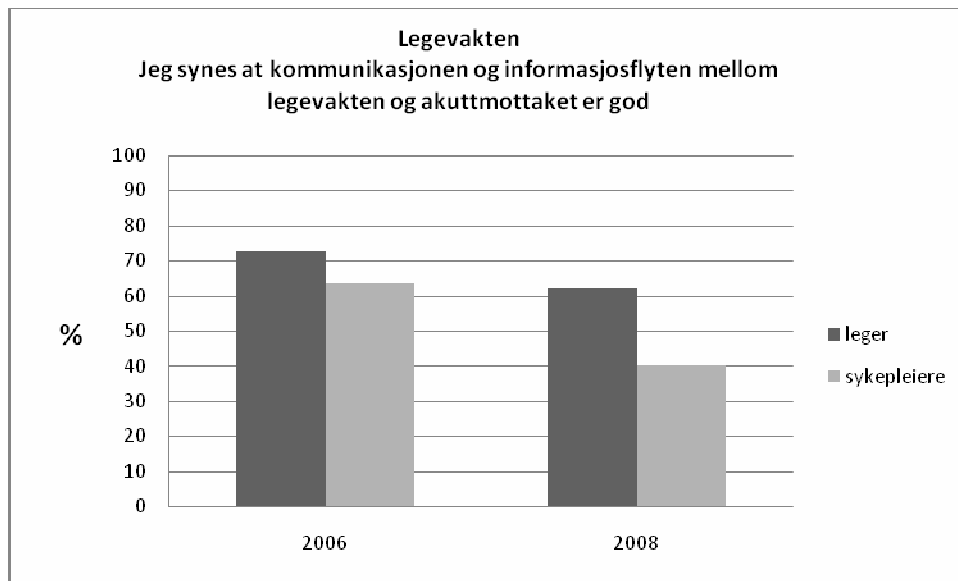


Fig.5.4.2 Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålet.

For både leger og sykepleiere på legevakten var det en tendens til at færre i 2008 enn i 2006 var helt eller delvis enige i at kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket var god.

Selv om det generelt var færre som var positive til spørsmålet om kommunikasjon og informasjonsflyt etter innføring av FAM avslørte undersøkelsen stor forskjell i vurderingen mellom legevakt og akuttmottak. Både i 2006 ( $p < 0,01$ ) og i 2008 ( $p < 0,001$ ) var det flere leger ved legevakten enn i akuttmottaket som var helt eller delvis enige i at kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket var god. Det samme gjorde seg gjeldende for sykepleiergruppen, men her var forskjellen ikke så uttalt.

Det var få både i akuttmottaket og ved legevakten som var helt eller delvis enige i at pasienter ofte ble feil sendt hjem. Det var ingen forskjell på svarene i 2006 og 2008 (tabell 5.4.1). Litt over halvparten av både leger og sykepleiere i akuttmottaket var helt eller delvis enige i at pasienter ble behandlet på rett nivå. Det var flere leger og sykepleiere ved legevakten som svarte at de var helt eller delvis enige i dette spørsmålet. Det var ingen forskjell på fordelingen av svarene før og etter etableringen av FAM for de to gruppene.

Hvor godt stemmer følgende utsagn?	Akuttmottaket				Legevakten			
	2006		2008		2006		2008	
	Leger (n=32)	Sykepl. (n=28)	Leger (n=73)	Sykepl. (n=21)	Leger (n=22)	Sykepl. (n=11)	Leger (n=50)	Sykepl. (n=20)
Jeg synes kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket er god	31,2	28,6	20,5‡‡	23,8	72,7**	63,6	62,0***	40,0
Jeg synes at pasienter ofte blir feil sendt hjem	3,1	7,1	2,7	14,3	4,5	36,4	6,0	25,0
Stort sett opplever jeg at pasienter blir behandlet på rett nivå	59,4	50,0	54,8	52,4	100***	81,8	90,0***	75,0
Det er mange pasienter på legevakten / akuttmottaket som burde vært behandlet på akuttmottaket / legevakten	46,9	67,3	52,4	52,4	4,5**	63,6	20,0	55,0
Jeg får oftest informasjon om pasienter til rett tid					77,3	72,7	70,0	70,0

Tabell 5.4.1. Prosent av personalet som var helt eller delvis enig i spørsmålene. ‡‡ angir  $p < 0,01$  for 2008 mot 2006. \*\*:  $p < 0,01$  for legevakt mot akuttmottak. \*\*\*:  $p < 0,001$  for legevakt mot akuttmottak.

### 5.3.2 Hva hindrer behandling på riktig nivå

Spørsmålene som vedrører eventuelle hindringer for behandling på rett nivå er listet i Tabell 5.5.1. Det ble ikke funnet noen forskjell på vurderingen av disse spørsmålene etter etableringen av FAM, men det var en tendens til at legene i akuttmottaket sjeldnere mente at pasienten var kommet til feil sted etter innføringen av FAM ( $p=0,065$ ).

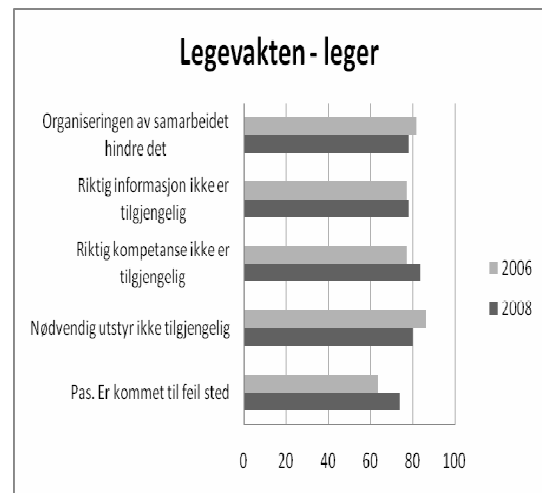
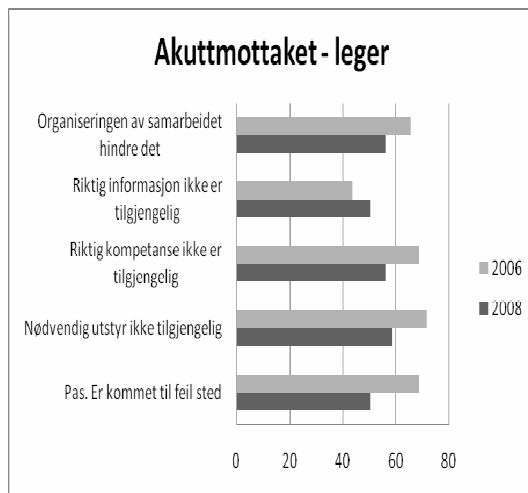


Fig. 5.5.1 Prosent av gruppen leger som svarte at de aldri, eller et par ganger i året, opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi...

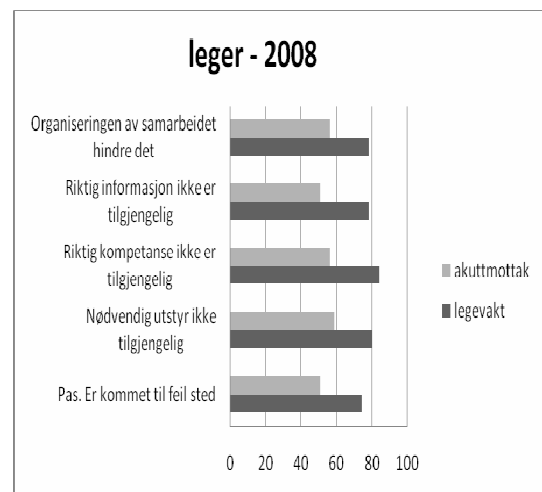
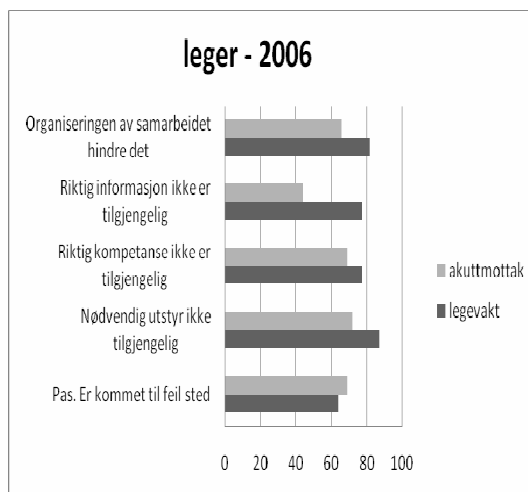


Fig. 5.5.2

Fig.5.5.3

Prosent av personalet som svarte at de aldri eller et par ganger om året opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi ...

I 2008 var det flere leger ved legevakten enn i akuttmottaket som svarte at de aldri eller et par ganger i året opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet på grunn av en av de nevnte problemstillinger (tabell 5.5.1).

For sykepleiene på Legevakten var det en økning i andel som mente at de aldri eller et par ganger om året opplever at riktig kompetanse ikke er tilgjengelig. For de øvrige spørsmålene var det for sykepleiergruppen ingen forskjell over tid eller mellom legevakt og akuttmottak

	Akuttmottaket				Legevakten			
	2006		2008		2006		2008	
	Leger (n=32)	Sykepl. (n=28)	Leger (n=73)	Sykepl. (n=21)	Leger (n=22)	Sykepl. (n=11)	Leger (n=50)	Sykepl. (n=20)
Hender det at du opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi:								
Pasienten er kommet til feil sted	68,8	46,3	50,7	52,4	63,6	54,5	74,0*	35,0
Nødvendig utstyr er ikke tilgjengelig	71,9	64,3	58,9	66,9	86,4	72,7	80,0**	70,0
Riktig kompetanse er ikke tilgjengelig	68,8	46,6	56,2	19	77,3	54,5	84,0**	80,0***
Riktig informasjon er ikke tilgjengelig	43,9	46,4	50,7	57,1	77,3*	54,5	78,0**	75,0
Organiseringen av samarbeidet mellom legevakten og sykehuset hindrer det	65,6	50,0	56,2	42,9	77,3	72,7	70,0*	70,0

Tabell. 5.5.1 Prosent av personalet som svarte at de aldri eller et par ganger om året opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi; \* angir  $p < 0.05$  for legevakt mot akuttmottak. \*\*:  $p < 0.01$  for legevakt mot akuttmottak. \*\*\*:  $p < 0.001$  for legevakt mot akuttmottak.

### 5.3.3 Samarbeid, arbeidsmiljø og kompetanseoverføring

De fleste (85,7 %) av sykepleierne i akuttmottaket i 2006 mente at arbeidsmiljøet var preget av faglig utvikling (tabell 5.6.1). Etter innføring av FAM var andelen signifikant lavere. Samme tendens var gjeldende for legene i akuttmottaket. Det var ingen forskjell i vurderingen av arbeidsmiljøet mellom leger og sykepleiere ved legevakten, og det var ingen endring mellom 2006 og 2008 for de to personalgruppene ved legevakten.

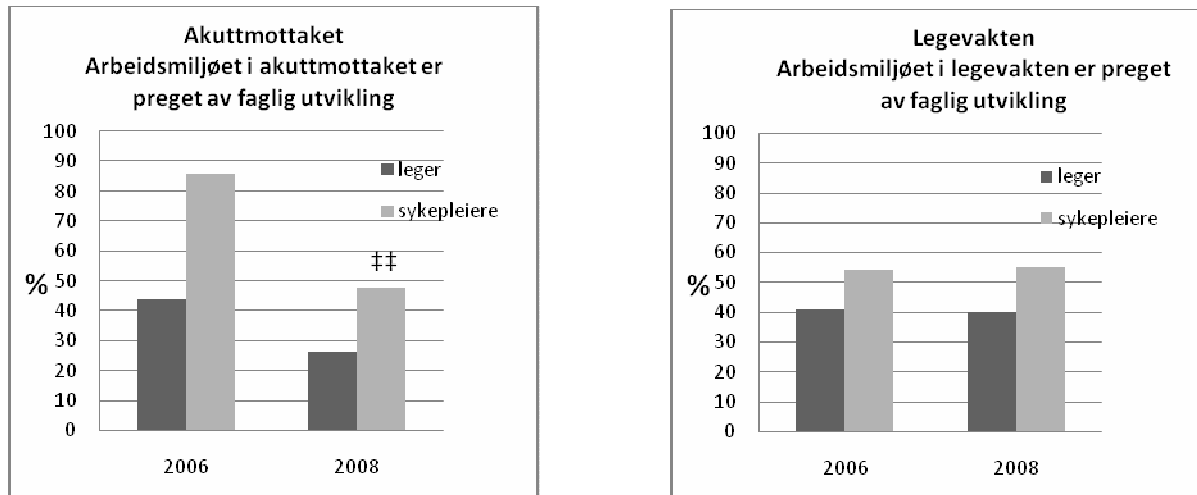


Fig. 5.6.1 Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålet. ‡‡:  $p < 0.01$  (2008 mot 2006).

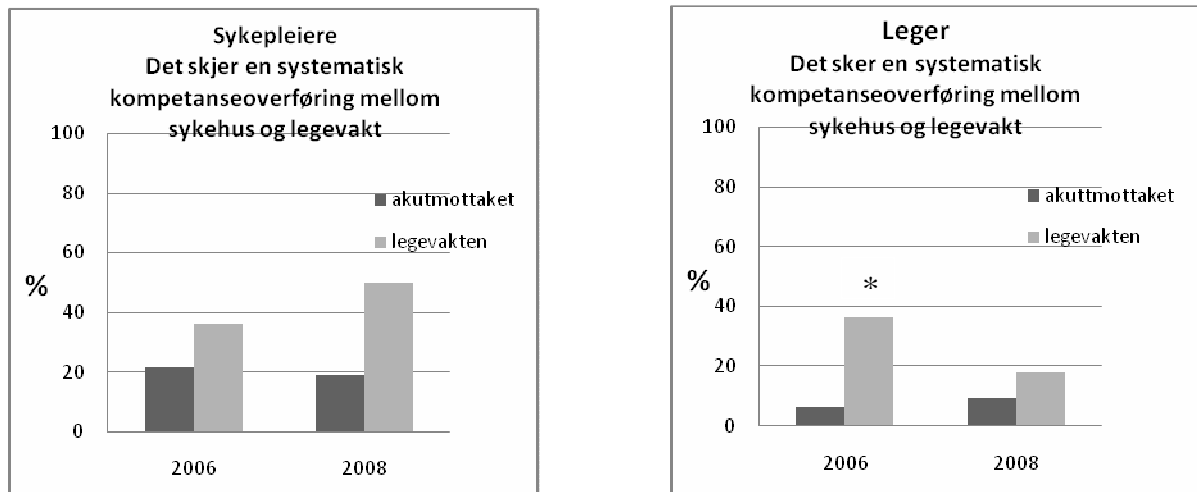


Fig. 5.6.2 Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålet. \* $p < 0.05$  (legevakten mot akuttmottaket)

Hvor godt stemmer følgende utsagn?	Akuttmottaket				Legevakten			
	2006		2008		2006		2008	
	Leger (n=32)	Sykepl. (n=28)	Leger (n=73)	Sykepl. (n=21)	Leger (n=22)	Sykepl. (n=11)	Leger (n=50)	Sykepl. (n=20)
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom legevakten og sykehuset	62,5	42,9	50,7	42,9	95,5**	90,9*	88,0***	65,0
Jeg synes at pasienter ofte blir innlagt uten at de trenger det	37,5	53,6	30,1	52,4				
Arbeidsmiljøet i akuttmottaket / legevakten er preget av faglig utvikling	43,8	85,7	26,0	47,6‡‡	40,9	54,5	40,0	55,0
Det skjer en systematisk kompetanseoverføring mellom sykehus og legevakt	6,2	21,4	9,6	19,0	36,4*	36,6	18,0	50,0
Jeg mener at min kompetanse stemmer med de arbeidsoppgaver jeg har	81,2	89,3	68,5	81,0	81,8	81,8	90,0	90,0
Min faglige utvikling preges positivt av samarbeidet med legevakten / akuttmottaket	25,0	28,6	15,1	33,3	63,6*	63,6	54,0***	75,0*
Jeg føler ikke at det er noen barriere mot å ta kontakt med kolleger på legevakten / akuttmottaket	62,5	71,4	56,2	66,7	90,9*	81,8	90,0***	80,0

Tabell 5.6.1. Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålene. ‡‡ angir  $p < 0,01$  for 2008 mot 2006. \*:  $p < 0,05$  for legevakt mot akuttmottak. \*\*:  $p < 0,01$  for legevakt mot akuttmottak. \*\*\*:  $p < 0,001$  for legevakt mot akuttmottak

Det var et fåtall av både sykepleiere og leger i akuttmottaket som var helt eller delvis enig i spørsmålet om at det skjer en systematisk overføring av kompetanse mellom sykehus og legevakt, omtrent 20 % før og 10 % etter etableringen av FAM. Personalet på legevakten svarte generelt mer positivt på dette spørsmålet. Det var her en klar



tendens til at sykepleirne var mere positive og legene mindre positive i 2008 i forhold til 2006.

Det var flere leger og sykepleiere på legevakten enn i akuttmottaket som opplevde godt samarbeid mellom legevakten og sykehuset. Det synes å være et lite fall i opplevelsen av et godt samarbeid både for legene i akuttmottaket og ved legevakten etter innføring av FAM. Omtrent 1/3 del av legene og halvparten av sykepleierne mente at pasienter ofte ble innlagt uten at de trengte det. Det var her ingen endring over tid.

Personalgruppene både i akuttmottaket og ved legevakten mente generelt at deres kompetanse stemmer med de arbeidsoppgavene de får. Det var ingen endring i dette etter innføring av FAM. Det var få sykepleiere og leger i akuttmottaket som mente at deres faglige utvikling ble preget positivt av samarbeidet med legevakten. Motsatt mente flertallet av sykepleiere og legene på legevakten at den faglige utviklingen ble positivt preget av samarbeidet. Etter innføringen av FAM var det generelt færre leger, men flere sykepleiere, som mente at den faglige utviklingen ble positivt preget. Endringene var ikke signifikante. Ingen av personalgruppene følte noen barriere mot å ta kontakt med kolleger i henholdsvis akuttmottak og legevakt. Imidlertid var det flere leger på legevakten som ikke følte noen barriere mot å ta kontakt. Funnet var uendret fra 2006 til 2008.

#### 5.3.4 Vurderinger av henvisninger til akuttmottaket

Det ses av fig. 5.7.1 at det i 2008 var en stor økning i andelen av leger som oppga ikke å ha vakter. Dette må ses i sammenheng med økt svarprosent i 2008, og tendens til økt alder hos legene i akuttmottaket i perioden mellom 2006 og 2008.

Av de 32 legene ved akuttmottaket som deltok i undersøkelsen i 2006 tok 5/29 (17,2 %) også vakter på legevakten. I 2008 deltok 73 leger mens bare 2/62 (3,1 %) også tok vakter på legevakten. Dette var et absolutt fall på 14,9 %.

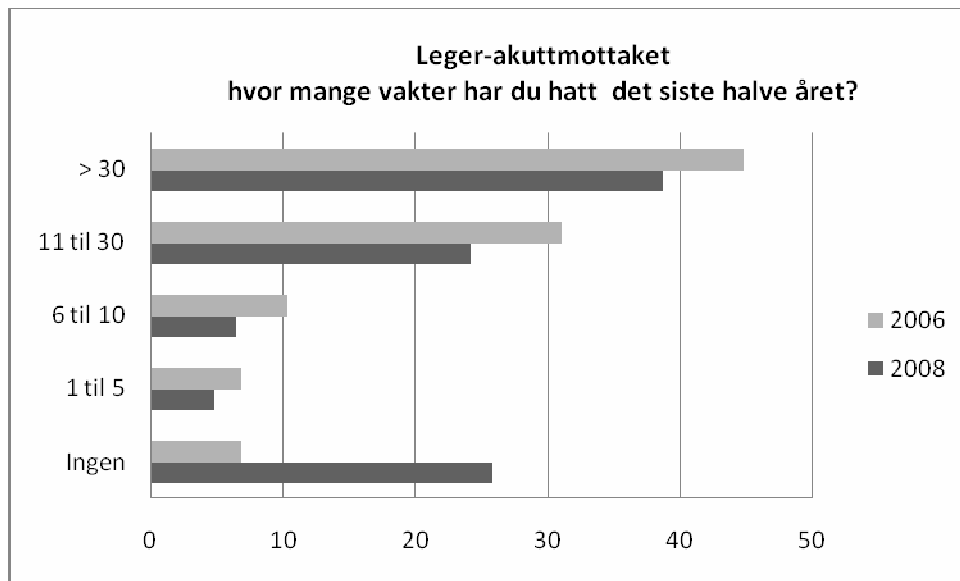


Fig. 5.7.1 Prosentvis andel av legene i akuttmottaket med henholdsvis 0; 1 - 5; 6 - 10; 11 - 30 og mer enn 30 vakter det siste halve året (2006; n=29. 2008; n= 62).

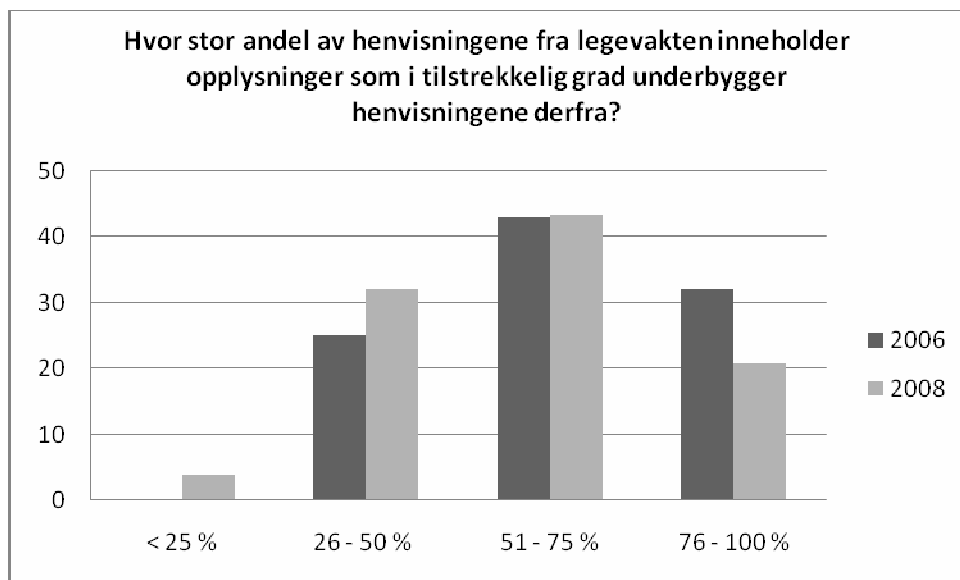


Fig. 5.7.2 Prosentvis andel av legene i akuttmottaket 2006 (n=28) og 2008 (n=53) som vurderte andelen av tilstrekkelig underbyggende henvisningene fra legevakten til henholdsvis <25 %, 26-50 %, 51-75 % og 76-100 %.

25 % av legene i akuttmottaket (2006) mente at under halvparten av henvisningene fra legevakten i tilstrekkelig grad var underbygd. I 2008 var det 35,9 % legene som mente det samme. (NS).

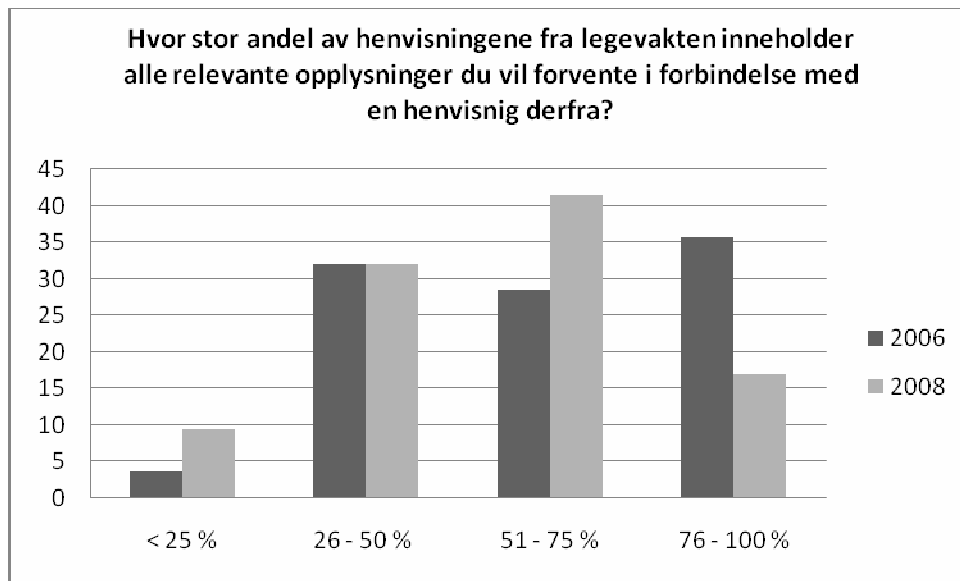


Fig. 5.7.3 Prosentvis andel av legene i akuttmottaket 2006 (n=28) og 2008 (n=53) som vurderte andelen av henvisningene som inneholdt alle relevante opplysninger fra legevakten til henholdsvis <25 %, 26-50 %, 51-75 % og 76-100 %.

35,7 % av legene i akuttmottaket (2006) mente at under halvparten av henvisningene fra legevakten inneholdt alle relevante opplysninger. I 2008 var det 41,5 % legene som mente dette.

### 5.3.5 Akuttmedisinske tjenester etter innføring av FAM

Personalet ble i 2008 - undersøkelsen stilt spørsmål om effekten av å innføre FAM på henholdsvis kvaliteten av den akuttmedisinske tjenesten og på egen arbeidssituasjon. Den totale fordeling av svarene på spørsmålet om kvaliteten er vist i figur 5.8.1.a og 5.8.1.b

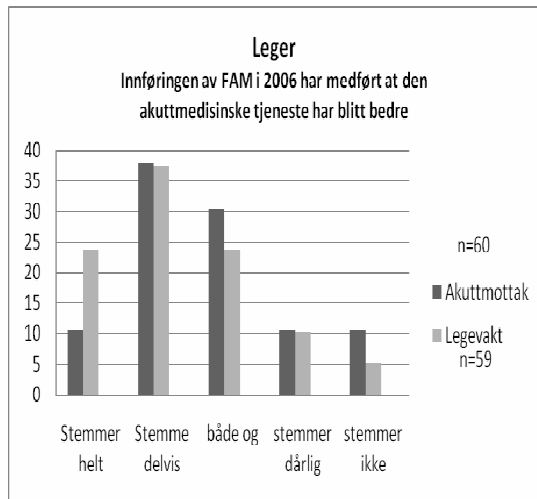


Fig. 5.8.1.a

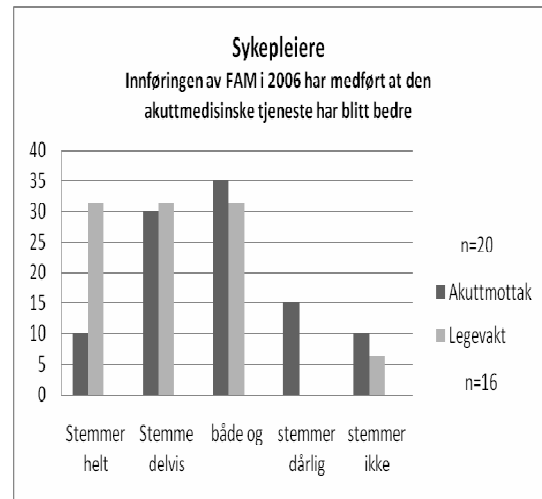


Fig. 5.8.1.b

Prosentvis svar fra personalet i henholdsvis akuttmottaket og legevakten.

Både leger og sykepleiere ved legevakten var generelt mer positive enn personalet i akuttmottaket på spørsmålet om innføringen av FAM har medført en bedre akuttmedisinsk tjeneste. Av fig. 5.8.2 fremgår det at omkring 50 % av både legene og sykepleierne på legevakten som var helt eller delvis enige i dette spørsmålet. Under 1/3 del av personalet i akuttmottaket mente det samme.

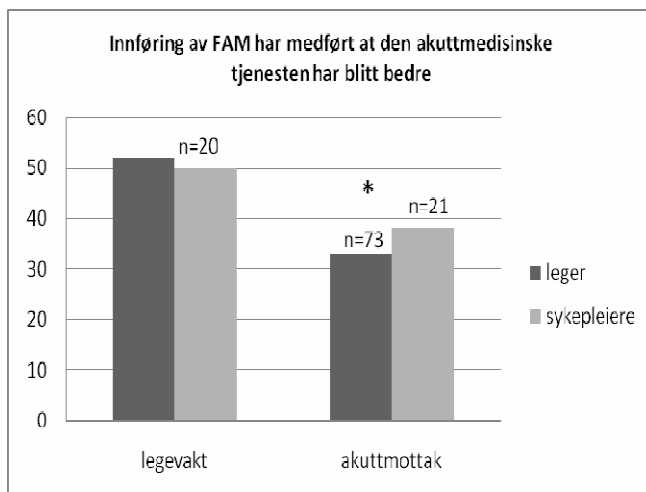


Fig. 5.8.2

Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålene. \*:  $p < 0,05$  for legevakt mot akuttmottak.

Forskjellen mellom personalet i akuttmottaket og på legevakten var enda tydeligere i forhold til betydningen av FAM på egen arbeidssituasjon. Av fig. 5.8.3 fremgår at over halvdel av legene på legevakta var helt eller delvis enig i at deres arbeidssituasjon var blitt bedre, mens 15 % av legene i akuttmottaket mente det samme. Man så den samme tendens hos sykepleierne, hvor 38 % var helt eller delvis enig på legevakten mot 9,5 % på akuttmottaket.

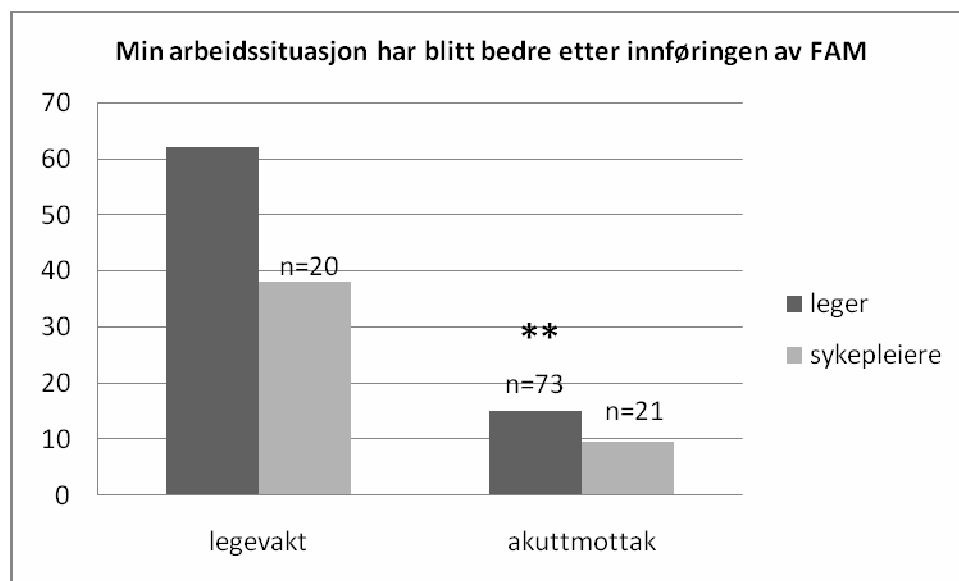


Fig. 5.8.3 Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålene.

\*\* :  $p < 0,01$  for legevakt mot akuttmottak.

#### 5.4 Åpne spørsmål i personalundersøkelsen.

Ved spørreundersøkelsen i 2008 stilte vi to åpne spørsmål:

- Hvordan mener du at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har endret seg etter innføring av FAM?
- Hvordan mener du at din arbeidssituasjon har endret seg etter innføringen av FAM?

Om lag 90 av respondentene benyttet anledningen til å gi en eller flere tilbakemeldinger på disse spørsmålene. Vi har ikke bearbeidet utsagnene systematisk, men har gjengitt et utvalg av svarene i bilag 9.

Etter vår vurdering gir en rekke av disse tilbakemeldinger grunnlag for refleksjoner. Vi har nedenfor forsøkt at gi et overordnet inntrykk av tilbakemeldingene fra de enkelte personalgrupper.

**Ambulansearbeidere** gir uttrykk for at pasientene opplever ”å være til bry”, at de er ”kasteballer”. Systemet synes ikke å gi klare retningslinjer for hvor pasientene skal tas i mot. Likeledes at ambulanse feilaktig blir brukt i stedet for drosje, eller i stedet for at lege rykker ut. En ambulanseansatt hevder at ”sykepleiere er pasientadministratorer i stedet for helsepersonell”.

**Legene ved legevakten** gir tildels uttrykk for motstridende oppfatninger: kontakten med sykehuslegene er/ er ikke bedret, lokalene er bedre, men lite effektive. En oppgir at legene ved Legevakten er lite integrert i FAM. Det påpekes at FAM inneholder hvilerom for dårlige pasienter, noe som manglet tidligere.

**Leger i akuttmottaket** hevder at det er for mange vikarleger i FAM legevakt, at det mangler erfarne fastleger. Videre påpeker både disse legene og annet personell (særlig sykepleiere i FAM legevakt) at pasientene møter et uforståelig system med ventetid i flere ledd, flere regninger m.v., men at de dårligste pasientene får lettere og bedre hjelp enn før. Flere påpeker at sykepleiere bruker mye tid på dokumentasjon på bekostning av pasientnært arbeid. De etterlyser mer teknisk assistanse ved prosedyrer i akuttmottaket.

**Sykepleiere ved Legevakten** påpeker mangel på felles pasientadministrativt IKT - system, og at merkantile oppgaver bør utføres av andre enn sykepleiere.

**Sykepleiere i akuttmottaket** gir flere uttalelser som viser at de har det for travelt, ikke har tid til å spise eller gå på wc. De opplever økt tilstrømming av pasienter og økt arbeidspress. De kommenterer også at det er bedre samhandling mellom akuttjenestene, at systemet oppleves mer helhetlig.

Generelt oppfatter vi det som positivt at så mange har benyttet anledningen til å gi uttrykk for sine oppfatninger om FAM. I sum tolker vi meningsytringene dit hen at det fortsatt mangler mye på at systemet oppleves helhetlig, at samhandlingsrutinene og sorteringsverktøyene ikke er helt på plass. Mange gir uttrykk for at de dårligste pasientene får raskere og bedre hjelp enn før, noe som har vært en hovedmålsetning for FAM.

### 5.5 Ambulansetjenesten

Vi fikk 21 svar fra ambulansetjenesten i 2006 mot 13 i 2008. Svarprosenten var høy, men gruppen var så liten at det er vanskelig å dra generaliserbare konklusjoner av materialet. Det er av samme årsak ikke mulig å påvise forskjeller i demografiske data. Svar fra ambulansetjenesten vises samlet i tabell 5.10.1.

Spørsmål	Ambulansetjenesten	
	2006	2008
Jeg opplever at informasjon jeg har om pasienter alltid blir mottatt på legevakten	66,7	50,0
Jeg opplever at informasjon jeg har om pasienter alltid blir mottatt på akuttmottaket	76,2	75,0
Jeg synes at pasienter ofte blir feil sendt hjem	4,8	16,7
Når det er avtalt at pasienten skal til legevakten henstilles vi likevel ofte om å kjøre pasienten til akuttmottaket	23,8	33,3
Når det er avtalt at pasienten skal til akuttmottaket henstilles vi likevel ofte om å kjøre pasienten til legevakten	28,6	41,7
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevakten	66,7	41,7
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og sykehuset	90,5	75,0
Stort sett opplever jeg at pasienter blir behandlet på rett nivå	85,7	66,7
Jeg opplever aldri at pasientopplysinger gitt på telefon blir feiltolket	57,1	25,0
Det hender at jeg opplever at pasienten må overhøre diskusjon om hvilket behandlingsnivå han/hun skal til	81,0	66,7

Tabell 5.10.1. Prosent av personalet som er helt eller delvis enig i spørsmålene.



## 5.6 Drøftinger

### **Kvalitet**

Undersøkelsen i 2008 inneholdt et direkte spørsmål til de ansatte om de mente innføringen av FAM i 2006 hadde medført bedre kvalitet på de akuttmedisinske tjenestene til befolkningen i Asker og Bærum, de ble dessuten spurt om de mente eget arbeidsmiljø var endret som følge av FAM.

Her kom det frem at den overveiende andelen av de ansatte ved FAM mente kvaliteten på den akuttmedisinske tjeneste var uendret eller bedret etter innføringen av FAM. En mindre andel mente kvaliteten var forverret. De ansatte ved FAM legevakt var i større grad positive enn ansatte ved FAM akuttmottak, hvor faktisk en fjerdedel mente kvaliteten var blitt dårligere. Vi fant liten forskjell mellom yrkesgruppene leger og sykepleiere. I den grad arbeidsmiljøet kan være en indikator på en velfungerende helsetjeneste var forskjellen på svarene mer avvikende mellom de to tjenestestedene. Over 60 prosent av legene på FAM legevakt var helt eller delvis enig i at deres arbeidssituasjon var bedret, mens bare 15 prosent av legene i akuttmottaket mente dette. Samme tendens var tilfellet for sykepleiene. Så store forskjeller i vurderingene mellom behandlingsnivåene ses også i en rekke andre spørsmål i undersøkelsen.

Flere av spørsmålene som ble stilt i begge datainnsamlingene er viktige for å vurdere kvalitet:

### **Mener de ansatte at pasientene blir behandlet på rett nivå**

Nesten alle leger og sykepleiere på legevakten mente at pasientene ble behandlet på rett nivå både i 2006 og i 2008, men med en fallende tendens. Bare halvdelen av leger og sykepleiere i akuttmottaket mente pasientene ble behandlet på riktig nivå. Det var liten forskjell mellom undersøkelsene i 2006 og 2008.

### **Blir pasientene som burde vært innlagt sendt hjem**

Dette er en viktig indikator på god kvalitet i den akutt medisinske tjenesten. Pasienter som sendes "feil hjem" har ikke fått den kvalifiserte helsehjelpen de skulle ha, og

risikerer både tap av helse og i verste fall liv. Antall reinnleggelser i løpet av en definert tidsperiode er mye brukt som parameter på kvalitet ved sykehusavdelinger.

De aller fleste legene i akuttmottaket og på legevakten mente at pasienter sjelden blir feil sendt hjem. Det var liten forskjell etter innføringen av FAM. I sykepleiergruppen var det flere som mente at pasientene ofte ble feil sendt hjem, men her viser svarene en tendens til bedring etter FAM. Det er imidlertid som forventet at de fleste legene synes at pasientene sjelden blir feil sendt hjem, idet det er legene som er ansvarlige for om pasienten skal sendes hjem eller innlegges. Vi registrer at sykepleierne på legevakten mener problemet med feil hjemsendte pasienter er mindre etter FAM. Man kunne forvente at økt nærhet, innsyn og samarbeide med akuttmottakets personal ville øke forventningen om utvidede undersøkelser og behandling, og derved heller forsterke deres vurdering av at pasientene ofte blir feil sendt hjem. Når vi da registrerer det motsatte tolker vi det som en reell forbedring av kvaliteten på den akuttmedisinske tjenesten etter etableringen av FAM.

### **Riktig kompetanse**

Undersøkelsen vår viser at både leger og sykepleiere på legevakten ofte opplevde at pasientenes problemer ikke ble behandlet fordi riktig kompetanse ikke var tilgjengelig, og med økende tendens etter FAM. Ved akuttmottaket opplevde de ansatte dette derimot sjelden som et problem. Både leger og sykepleiere opplevde i tillegg dette som ytterligere forbedret etter FAM. Disse vurderingene står i kontrast til svarene på spørsmålet om de ansatte i FAM mener egen kompetanse stemmer med arbeidsoppgavene de har. Før FAM opplevde fire femtedeler av både leger og sykepleiere i FAM at deres kompetanse sto i samsvar med arbeidsoppgavene. Etter FAM mente hele 90 % av leger og sykepleiere i legevakten at de hadde riktig kompetanse, mens både leger og sykepleier i akuttmottaket i 2008 opplevde at de i mindre grad enn i 2006 hadde riktige kompetanse til å løse sine arbeidsoppgaver.

Også svarene på spørsmålet om arbeidsmiljøene var preget av faglig utvikling står i kontrast til vurderingene om riktig kompetanse. I legevakten mente omtrent halvparten av leger og sykepleiere at arbeidsmiljøet var preget av faglig kompetanse, men med

liten endring etter FAM. I akuttmottaket derimot var det stor forskjell mellom yrkesgruppene både i 2006 og i 2008. I tillegg halveres her andelen både i lege - og sykepleiergruppen som opplever at arbeidsmiljøet er preget av faglig utvikling etter FAM. For sykepleiergruppen var denne reduksjonen markant.

I 2008 - undersøkelsens åpne spørsmål om bedre kvalitet kommer det frem at personalet mener det primært er de dårligste pasienter som får raskere og bedre hjelp etter etableringen av FAM. Vi finner ingen enkelt faktor som peker seg ut som forklaring på dette. Det ser derfor ut til at det kan være den fysiske samlokaliseringen i seg selv som har bedret muligheten for raskere adekvat innsats for de dårligste pasientene.

### **Bedre samhandling og kommunikasjon**

Bedre samhandling forutsetter at kommunikasjon og informasjonsflyt bedres. Undersøkelsen viser imidlertid en klar forverring. Det var få i begge yrkesgrupper i akuttmottaket som mente at kommunikasjon og informasjonsflyt mellom legevakt og akuttmottak var god i 2006, og enda færre i 2008. Reduksjonen var signifikant for legegruppen. Det var signifikant flere leger ved legevakten som mente kommunikasjon og informasjonsflyt var god i 2006 sammenlignet med legene ved akuttmottaket samme år. Det samme finner vi når det gjelder sykepleiergruppene sammenlignet med hverandre. Imidlertid viste svarene fra leger og sykepleiere ved legevakten også en fallende tendens fra 2006 til 2008.

Det ser ut til at kommunikasjon og informasjonsflyt mellom legevakt og akuttmottak har vært et problem for ansatte i akuttmottaket før FAM. Innføringen av FAM har ikke bedret dette, snarere medført en forverring. Problemet synes ikke å ha vært så stort ved legevakten før FAM, men også der har utviklingen gått i gal retning. Det var ikke mulig å endre systemer for kommunikasjon og informasjonsflyt ved innføring av FAM (se kap. 8.2). Samlokaliseringen har derved muligens eksponert denne mangel og derved påvirket de ansattes vurderinger i negativ retning.

Noe overraskende viser undersøkelsene både i 2006 og i 2008 at det er større barriere for personalet i akuttmottaket mot å ta kontakt med personalet på legevakten enn omvendt. FAM har ikke påvirket dette.

### **Effektive helsetjenester**

Effektive helsetjenester var en av intensjonene med FAM. Prosjektet FAM har imidlertid ikke definert hva som ligger i begrepet ”effektive helsetjenester”. Effektivitet kan innebære økt produksjon med uendrede ressurser, reduserte kostnader ved uendret aktivitet eller bedre kvalitet med uendret ressursbruk.

Det er helt avgjørende at de som behandler pasientene får relevant informasjon til rett tid. Dette spørsmål er alene aktuelt for legevaktspersonalet og det er derfor kun i spørreskjemaet til denne personalgruppe det er spurt om dette. Informasjonen til legevakten formidles hovedsakelig fra pasient og pårørende samt personal fra den prehospitale tjenesten og kan således ikke forventes å bli påvirket vesentlig av en omstrukturering mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten. I undersøkelsen gir de fleste leger og sykepleiere uttrykk for at de får informasjon til rett tid og det er som forventet ingen forskjell på dette etter etablering av FAM. Omkring halvparten av personalet i akuttmottaket angir at de aldri eller nesten aldri opplever at pasientens problemer ikke blir behandlet på grunn av at riktig informasjon ikke er tilgjengelig. Det er ingen vesentlig forskjell i svarene fra 2006 til 2008. Enda færre opplever dette på legevakten, men her er det en markant bedring å spore i forhold til sykepleienes tilgang til riktig sykepleiefaglig informasjon. Dette kan muligens tilskrives endret organisering med økt satsning på faglig kvalifisert personal i front i FAM.

Tilgjengelig nødvendig utstyr er en helt avgjørende forutsetning for effektive helsetjenester. Undersøkelsen viser at legevakten sjelden opplevde mangel på nødvendig utstyr verken før eller etter FAM. Dette mente også sykepleierne i akuttmottaket. Legene i akuttmottaket svarte derimot at de etter etableringen av FAM oftere kunne oppleve pasienten ikke kunne behandles fordi nødvendig utstyr ikke var tilgjengelig. Akuttmottaket er helt nyetablert med alle de nødvendige installasjoner på plass. Det er investert i nytt teknisk utstyr. Det er derfor påfallende at legene angir at

de oftere enn før opplever å mangle nødvendig utstyr. En mulig forklaring kan være at personalet ikke ble involvert i tilstrekkelig grad i prosessen med planlegging og anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr. Svarene kan også være et uttrykk for at informasjon om nytt utstyr har vært mangelfull.

### **Skjerming av sykehusets øvrige drift**

Skjerming av sykehusets drift forutsetter at pasienter behandles etter LEON - prinsippet. Pasienter som kan tas hånd om på legevakten skal ikke henvises eller kunne henvende seg direkte til sykehuset. Dette temaet blir berørt i to av undersøkelsens spørsmål. Halvparten av legene i akuttmottaket mente i 2006 at det var mange pasienter som burde vært behandlet på legevakten. I 2008 var dette nesten uendret (svak økning). I sykepleiergruppen var det i 2006 enda flere som mente mange pasienter burde vært behandlet på legevakten, men med reduksjon etter FAM. Disse svarene kan tyde på at sorteringen i det felles mottaket ikke var optimalt i 2008, og at FAM ikke hadde medført noen skjerming av sykehuset. Ved legevakten er det påfallende at under 5 % av legene mente at mange pasienter burde vært behandlet ved akuttmottaket, mens over 60 % av sykepleiergruppen mente det samme i 2006. I 2008 endret vurderingene av dette spørsmålet seg, det er flere leger og færre sykepleiere som opplever dette. Vi antar at det kan være ulik oppfatning av hva som ligger i begrepet "behandling" bak disse svarene. Behandling kan oppfattes både som prosessen å vurdere å henvise pasienten til spesialist, og som det å "ferdigbehandle" eller avslutte behandling på legevakten. Vi mener derfor dette spørsmålet må tolkes med stor forsiktighet.

Spørsmålet om pasientene ikke fikk behandling fordi de var kommet til feil sted er også vanskelig å tolke. I 2006 mente to tredjedeler av legene i akuttmottaket at pasientens problemer ikke ble behandlet fordi de kom til feil sted. Etter FAM mener omtrent halvdelen av begge personalgrupper i akuttmottaket det samme. Dette mener vi, som i spørsmålet over, kan bety at frontfunksjonen ikke har sortert pasientene "riktig". Ved legevakten er det (2008) så mange som tre fjerdedeler av legene som mener at de ofte opplever at pasientene ikke blir behandlet fordi de har kommet til feil

sted. Dette kan være et uttrykk for at pasientene burde ha oppsøkt fastlege, og ikke akuttmedisinsk tjeneste.

## 6 FAM 2010

### 6.1 Organisasjon

Ledelsen av FAM er uendret fra start slik den er beskrevet i kapittel 2.6.

Avdelingssjefen har 1,5 stilling som assisterende avdelingssjefer i sin stab.

Merkantiltjeneste, sykepleiertjenestene i FAM LV og i FAM AM har fortsatt egne ledere. Kommunene har beholdt sin administrative organisasjon (se kapittel 2.6). I tillegg kommer administrasjon og drift av bemannet legebil. Organisasjonskartet (fig. 2.2) viser hvor kompleks organisasjonen FAM er. Bærum kommune ønsket i 2007 å virksomhetsoverdra også den administrative organisasjon knyttet til FAM legevakt til SAB. Dette var imidlertid ikke mulig pga. de eksisterende lovkravene i forhold til kommunenes ansvar. Det var ikke mulig å få dispensasjon fra lovverket selv om både KS og Legeforeningen var positivt innstilt til en slik løsning.

### 6.2 Pasientsortering ("Triage") i FAM

Statens helsetilsyn utførte et omfattende systemtilsyn ved en rekke av landets akuttmottak i 2007, etterfulgt av en tilsynsrapport. Det ble funnet til dels mange og alvorlige avvik. Disse var vesentlig knyttet til mangel på skriftlige prosedyrer og retningslinjer samt kjennskap til slike, og til mangel på systematisk pasientsortering etter hastegrad (triage) og rutiner for god pasientflyt i mottakene. FAM ved sykehuset Asker og Bærum var ikke gjenstand for tilsyn, ettersom organisasjonen var så ny. Sykehuset har imidlertid gått grundig gjennom rapporten, og har analysert og forbedret sine egne rutiner knyttet til kritiske prosesser (se 6.3). Det er innført et verktøy for pasientsortering som kalles Triage, tilpasset FAM. Det samme systemet er tatt i bruk i akuttmottakene ved flere andre norske sykehus. Tidligere har både sykehuset og legevakten benyttet systemet Medisinsk Indeks, som imidlertid er utviklet til bruk i prehospitaltjenester (nødmeldetjenesten, ambulanser og helikopter). Det nye systemet "Triage" inndeler grad av hast i fem grupper. Systemet gir et mer nyansert bilde av pasientenes behov for hastegradering, og egner seg både for sykehusets akuttmottak og for legevakten. Det er prinsipielt viktig at samhandlende deler av helsetjenesten bruker samme verktøy og samme begreper. Systemet er foreløpig papirbasert. En IT basert versjon er en forutsetning for at verktøyet også kan benyttes

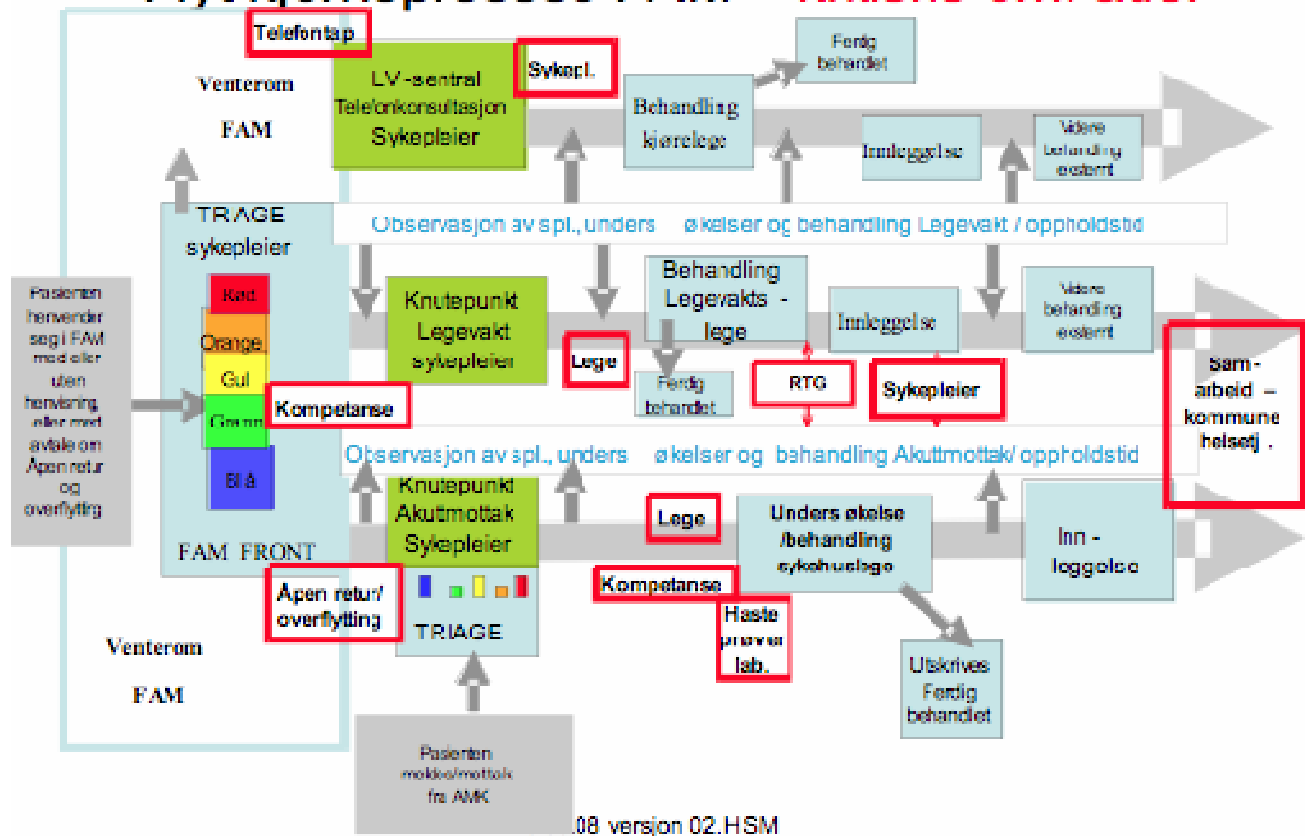
til å holde god oversikt over pasientflyten i avdelingen, og sikre at tilsyn av sykepleier og leger blir gitt innen satte frister tilpasset den enkeltes tilstand og behov. IT - versjon krever imidlertid tilpasning til elektronisk pasientjournal (EPJ) ved sykehuset og ved Legevakten. Det er et åpenbart hinder at sykehuset bruker EPJ - systemet DIPS, og legevakten WinMed. Det var imidlertid ikke mulig å få til felles IT system ved innføring av FAM på grunn av rammevilkårene som er gitt i eksisterende lovbestemmelser. Spesielt lovverket vedrørende personvern var et hinder for at få til dette.

### 6.3 Pasientflyt og – prosess i FAM

Pasientflyt kan beskrives som alle enkelthendelser og tiltak som skjer med en pasient etter at han eller hun tar kontakt med akuttmedisinske tjenester, blir mottatt, undersøkt, behandlet og blir sendt videre til hjemmet eller til sykehus. Det er svært viktig at hvert enkelt element som inngår i pasientflyten blir overvåket og analysert for å sikre kvalitet i det enkelte pasientforløp, og optimal kvalitet og ressursutnyttelse i helsetjenesten i sin helhet. Det er viktig å analysere kritiske punkter i pasientflyten, og sørge for at hvert enkelt ledd er riktig dimensjonert. Ledelsen i FAM har hatt fokus på pasientflyt for å identifisere flaskehalsen og kritiske områder. Dette er et komplisert arbeid, noe som kommer tydelig frem av flytdiagrammet under.



## Flyt kjerneprosess FAM - kritiske områder



### 6.4 Observasjonspost

Håndtering av pasienter med et behov for akutt helsehjelp gjennomgår en rivende utvikling både når det gjelder behandlingsmuligheter og diagnostikk. Det samme gjør kostnadene knyttet til spesialisthelsetjenesten. Innleggelse i høyspesialiserte sykehusavdelinger er svært ressurskrevende. Tendensen både nasjonalt og internasjonalt er å planlegge for bruk av færre senger og økt bruk av poliklinisk undersøkelse og behandling. Dette krever riktig dimensjonering av tilbudene før og etter behandlingsbehovet oppstår, slik at logistikken i systemet fungerer strømlinjeformet. En observasjonspost som mellomledd mellom akutmottak, legevakt og sykehuset er et viktig ledd i en slik logistisk forbedring idet disse postene er forberedt på rask utredning og behandling. Pasientene kan derfor rask vurderes og ofte utskrives, evt. til fortsatt poliklinisk - eller dagpostbehandling.

Observasjonspost var en vesentlig og viktig del av det opprinnelige prosjektet, men måtte utgå i siste prosjektfase av økonomiske årsaker. De fleste involverte parter mener en dette er en vesentlig mangel ved FAM, en mangel som medvirker til at potensialet i FAM ikke kan hentes fullt ut. Denne problemstillingen drøftes i en rapport fra 1999 som undersøkte betydning av å ha en observasjonspost ved Akershus universitetssykehus (7). Undersøkelsen viste at en observasjonspost som kan håndtere pasienter i grenseområdet mellom helsetjenestenivåene er viktig for å sikre pasientene behandling på riktig nivå. Forfatterne konkluderer med at en slik observasjonspost må ha adekvat og klar instruksjonsmyndighet i øvrige avdelinger og tjenester i sykehuset for å fungere optimalt og derved effektivisere bruken av ressurser. Effektmål i rapporten var blant annet "sparte liggedøgn" og antall reinnleggelser. Nettopp en observasjonspost er en viktig "suksessfaktor" ved storbylegevakten i Oslo. Før helseforetaksreformen i 2002 var Oslo som kommune og fylke ansvarlig for å finansiere både primær - og spesialisthelsetjenesten. I en slik ramme er en observasjonspost ressursbesparende, fordi innleggelser her er vesentlig billigere enn innleggelse i sykehus. I tillegg øker inntjeningen fordi sykehuset kan behandle flere pasienter (og få tilsvarende DRG -poeng) per seng per døgn.

## 6.5 Kompetanseheving

Det er innført felles opplæring av ansatt og involvert personell i viktige nød - og hasteprosedyrer. Det er godt dokumentert at felles opplæring i akuttmedisinske prosedyrer gir bedre overlevelse og mindre grad av helsesvikt hos pasientene etter behandling for traumer og alvorlig akutt sykdom. Ikke minst er det viktig med grunnleggende kjennskap til hvordan utstyret fungerer. Mange steder er det opprettet egne "traumeteam", team for hjertelungeredning m.v.

Legene som er fast ansatt i FAM legevakt med tjeneste på dagtid deltar i disse opplæringene sammen med sykepleiere og leger ved akuttmottaket og i legevakten. Det er imidlertid et problem at legene som arbeider i FAM legevakt i "vakttid" i liten grad deltar (8), og derfor mangler slik viktig kompetanse. En stor andel av legene er ikke er fast ansatte. Hver enkelt føler liten tilknytning til FAM og til annen lokal helsetjeneste. Fastlegene deltar heller ikke i slike opplæringer og samhandlingsøvelser.

De mister dermed en anledning til å opprettholde kompetanse i akuttmedisin. Så lenge legevakt er definert som vakt(plikt) utover normal arbeidstid, og derved oppleves som en uønsket ekstra belastning, vil dette forholdet neppe endre seg. Ved FAM dekker fastlegene i hovedsak kun vakter mellom 16 og 23 på hverdager, utover dette dekkes alle vakter av vikarer uten tilknytning til lokal helsetjeneste. Dette reduserer fastlegenes kompetanse innen akuttmedisin, som igjen forsterker ønsket om ikke å delta i legevaktarbeid.

I St.meld. nr. 43 (1999-2000) "Om akuttmedisinsk beredskap" omtales akuttberedskap i kommunene.

"Departementet oppfordrer til:

- At det formuleres forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i at det utarbeides faglige prosedyrer for samarbeid mellom første - og annenlinjetjenesten, samt metoder for etterlevelse av disse.
- Samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner angående etterutdanning, slik at allmennlegene og andre legevaksleger kan vedlikeholde, eventuelt oppgradere kompetansen."

I Helsetilsynets Tilsynsrapport 2006 sies det: "Kommunene må i større grad etablere faste retningslinjer for legevakttjenesten når det gjelder kompetansekrav, opplæring, journalsystemer, informasjon til fastleger og håndtering av prøvesvar. Kommunene kan ikke løpe fra sitt ansvar ved å vise til det selvstendige forsvarlighetskravet legene har."

## 6.6 Rotasjon av personell

Rotasjon av sykepleiere i FAM var en del av den opprinnelige planen for å nå visjonen med FAM. Dette var først og fremst begrunnet med at FAM skulle inneholde AMK - sentral. Å arbeide ved en slik sentral ble vurdert som såpass belastende at tjenesten skulle sirkulere blant flere. AMK ble altså nedlagt og funksjonen sentralisert før FAM var en realitet.

Det var ikke mulig å planlegge en integrert sykepleietjeneste som del av FAM før oppstart. Det var for stor motstand blant de ansatte i begge organisasjonene. Integrert sykepleietjeneste var imidlertid planlagt på ett til to års sikt. Dette viste seg vanskelig å gjennomføre, men prøves ut i et lite omfang (to stillinger) fra 2009. Disse ansatte roterer i 3- måneders bolker. Alle sykepleiere som er ansatt i FAM har jobbrotasjon som del av stillingsbeskrivelsen. Det er mange praktiske vansker med å få til rotasjon, bl.a. at mange arbeider deltid. Eksempelvis dekker enkelte ansatte dekker bare nattevakter hver tredje helg eller sjeldnere.

Full jobbrotasjon blant sykepleiere ved FAM synes å være et fjernt mål. I tillegg er det viktig å være klar over at sykepleieres grunnutdanning i stor grad er knyttet til helsehjelp som gis i sykehus. Så langt har det ikke vært etablert en formell tilleggsutdanning som kvalifiserer sykepleiere til å arbeide i det allmenmedisinske rom. Sykepleiere kan videreutdanne seg til helsesøster og jordmor, og til kliniske spesialiteter som er knyttet til sykehusavdelinger. I kommunehelsetjenesten har videre- og etterutdanning av sykepleiere hovedfokus mot pleie og omsorgssektoren samt ledelse. Dette er i ferd med å endre seg. I 2008 startet Bergen legevakt og Haraldsplass diakonale høyskole planlegging av et 60 vekttalls videreutdanningsprogram i legevaktssykepleie. Sykepleiernes ulike spesialiseringer beskrives på [sykepleierforbundet.no](http://sykepleierforbundet.no).

## 6.7 Målstyring

Den enkelte helsetjenesteytende institusjon kan sette seg lokale mål, og følge disse over tid. FAM benytter måltall som metode både for akuttmottaket og legevakten. FAM hadde i 2007 blant annet satt seg følgende mål:

- 1 Antall ubesvarte anrop i LV <10 %
- 2 Ventetid i akuttmottaket < 2 timer
- 3 Ventetid pasienter med ”middels” haste - prioritering på legevakt < 90 min

I måltavlen fremkommer det vedtatte mål, og om disse nås i halvårsperioder. Det var til dels betydelige avvik mellom mål og resultater i 2007.

For en beredskapstjeneste er det et overordnet mål å kunne besvare alle telefoniske henvendelser uten forsinkelser. For å dimensjonere telefontjenesten til faktiske etterspørsel bestiller FAM årlige telefontellinger fra et teleselskap. Det registreres bl.a. tid før svar, og andel ”mistede” anrop. Fra 2008 måles telefontilgjengeligheten indirekte ved å gjennomføre telefonmålinger, dvs. en teknisk registrering av andelen ”ikke besvarte eller mistede anrop”. I 2007 var denne andelen 20 %, noe som klart er for høyt for en akuttmedisinsk beredskapstjeneste.

Det å følge pasientenes ventetider i de ulike fasene av pasientforløpet i legevakt og akuttmottak er viktig for å dimensjonere resursbruken optimalt. Dette bidrar til å fjerne de velkjente ”flaskehalsene”. På legevakten er det allikevel ikke nødvendigvis optimalt å sikre kort ventetid på konsultasjoner som ikke har noen grad av hast. Vi ser en økende tendens til bruk av legevakt ved ikke-akutte henvendelser til tross for innføring av Fastlegeordningen i 2001. Dette undergraver ordningen i seg selv. På den andre siden kan det å kunne søke lege for mindre komplekse problemstillinger utenfor egen arbeidstid være gunstig for samfunnet i et kost-nytte perspektiv. Småbarnsforeldre er et eksempel på en gruppe som ofte velger å benytte legevakt fremfor fastlege for å unngå fravær fra jobb. Barn 0-9 år utgjør 13% av befolkningen, 5% av brukerne hos fastleger og hele 20% av brukerne av legevakt (SSB/ Fastlegeregisteret).

## 7 Diskusjon

Hensikten med å etablere FAM var å oppnå

- bedre kvalitet på helsetjenestene på begge forvaltningsnivå
- bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- effektive helsetjenester
- skjerming av sykehusets øvrige drift

FAM kan beskrives som en enhet hvor kommunal legevaktordning og sykehusets akuttmottak er samordnet. Det kan være ulike modeller for samordning, fra bruk av felles ressurser og av tjenester fra total samorganisering til kun samlokalisering.

Hensikten med å organisere et FAM er å bedre samhandling og samarbeid mellom akutte helsetjenester slik at kvaliteten på tjenestene til akutt syke bedres, og at ressursene brukes effektivt. Ved å tilrettelegge et FAM slik at det gir optimale forhold for informasjonsutveksling, kunnskapsdeling og samhandling forventes det at tilbudet til hver enkelt pasient blir bedret. FAM kan utforme og iverksette bedre prosedyrer knyttet til sortering (triage) og behandling av alvorlig syke eller skadede.

For publikum er det en fordel å kunne henvende seg til ett mottak hvor grensegangen mellom forvaltningsnivåene ikke er synlige. Faren for å forspille tid ved å oppsøke ”feil” forvaltningsnivå elimineres. Tiltaket vil derfor kunne forventes å gi en positiv effekt på liv og helse.

### 7.1 Våre funn

Vi har undersøkt effekten av å etablere FAM ved å gjennomgå kostnader før og etter for de deltagende partene(kapittel 3), brukerundersøkelser i årene 2003-2008 (kapittel 4) og ansatteundersøkelser i årene 2006 og 2008 (kapittel 5).

Personalundersøkelsen viser at ansatte både i legevakten og ved sykehuset mener at FAM har ført til bedre kvalitet på de akuttmedisinske tjenestene til befolkningen i Asker og Bærum. De ansatte mener dette i størst grad gjelder de sykeste pasientene, hvor den fysiske nærhet mellom legevakten og akuttmottaket er mest avgjørende.

Vi finner ikke støtte for at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene har økt, eller at den akuttmedisinske tjenesten er mer effektiv enn før. Bedret kvalitet synes derfor å være relatert til samlokaliseringen og ikke til samhandling. Det å tilrettelegge for samhandling i FAM har imidlertid vært kostnadsdrivende. Både legevakten og akuttmottaket har fått vesentlig økt areal, noe som krevde økt bemanning. Mer enn halvparten av kostnadsøkningen til personell kan tilskrives strukturiltak på grunn av økt samorganiseringen. Mulighetene for økt samhandling forhindres imidlertid som tidligere nevnt av en rekke lover og avtaler (se kap 3.1).

Brukerundersøkelsene viser ikke at FAM har ført til en bedre legevaktstjeneste. Det er bare spørsmålet om tilgjengelighet som viser en klar bedring. Det er lettere å finne frem til legevakten etter samlokaliseringen, hvilket i seg selv er en viktig forbedring

## 7.2 Svakheter ved våre studier

Det er knyttet store metodiske problemer til det å måle effekten av et tiltak som FAM. I en så kompleks organisasjon vil kvalitetsbegrepet kunne knyttes til mange forskjellige parametere, og det er ikke mulig å definere et eller noen få overordnede kvalitetsmål. Pasienter, ansatte og samarbeidspartnere vil ha ulike oppfatninger av som er god kvalitet i en akuttmedisinsk tjeneste.

For å undersøke om kvaliteten i de akuttmedisinske helsetjenestene til befolkningen i Asker og Bærum er blitt bedre etter innføringen av FAM har vi derfor analysert både undersøkelser blant brukere og blant ansatte ved akuttmottak og legevakt. Vårt postulat er, at det er en positiv sammenheng mellom ansattes og brukeres vurderinger av tjenestene og den medisinske faglige kvalitet på helsehjelpen som ytes. Vi må imidlertid ta visse forbehold. Innføring av FAM var en stor omveltning for mange ansatte, særlig for tidligere kommunalt ansatte sykepleiere. Sykepleiernes tillitsvalgte var sterkt i mot FAM i planleggingsfasen, og gjorde aktive forsøk på å stanse

virksomhetsoverdragelsen selv lenge etter at den var et vedtatt politisk faktum. Alle datainnsamlingene ble gjort nært i tid i forhold til oppstart av FAM. Vi må derfor forvente at noen av respondentenes svar farges negativt av følelsesmessige reaksjoner på prosessen, og derved ikke kan sies å være en nøktern vurdering av kvaliteten på helsetjenestene. En senere datainnsamling vil ventelig kunne gi en mer positiv vurdering enn vi kunne måle i 2006, 2007 og 2008. Samtidig vil færre ansatte ha erfaring med tjenestene ”før og etter”. Det har i tillegg vært en betydelig utskiftning av sykepleiere ansatt i FAM frem til i dag, særlig gjelder dette FAM legevakt.

### 7.3 Norske erfaringer

Nedleggelse av lokalsykehus med akuttfunksjoner har medført behov for å ruste opp akuttkompetansen i distriktene. Det er etablert eller prosjektert former for integrerte helsetjenester flere steder i Norge, slik som Fosen distriktsmedisinske senter (DMS), Øya helsehus i Trondheim, Alta sykestue m.fl. Disse kan være ulike ut fra ulike behov basert på avstand til sykehus, befolkningstetthet og andre lokale forhold. Et DMS vil typisk ligge i et område med lang vei til sykehus, og ha mulighet for observasjon og overvåking sammen med mulighet for veiledning fra lokalt eller regionalt sykehus. Trondheim og Bærum kommuner har etablert såkalte ”intermediæravdelinger”, hvor pasienter kommer direkte fra opphold i sykehus for videre medisinsk behandling og aktiv rehabilitering.

Oslo legevakt er den konstruksjon som vi finner mest lik FAM. Oslo legevakt har imidlertid et tydelig og sterkt sosialmedisinsk tilsnitt i tillegg til somatisk akutte behandlingstilbud. Dette til forskjell fra ulike akuttmedisinske tjenester i andre land, og fra FAM.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Universitetet i Bergen, har opprettet et nasjonalt legevaktregister. I følge dette er det registrert 12 ulike ”FAM” - lignende konsepter i Norge. To er kjent nedlagt, Halden og Larvik. Nedleggelsene var følger av helseforetaksreformen (2002), som førte til at flere lokalsykehus ble nedlagt og funksjonene overført til større sykehus i regionen. Noen slike ”FAM”- lignende strukturer er organisert som interkommunale legevakter lokalisert ved et sykehus, og



er i varierende grad samorganisert med sykehuset. Det finnes pr 2009 21 interkommunale legevakter lokalisert ved sykehus. Det er ingen kjent evaluering av noen av disse.

Vi ønsket å gjøre en kartlegging av alle norske FAM - lignende enheter i vår oppgave. Vi henvendte oss til alle landets fylkesmenn, samt direkte til organisasjonene vi kjente til høsten 2007. Vi ba om prosjektbeskrivelser, rapporter, evalueringer eller andre beskrivelser. Vi fikk bare svar fra Lillehammer kommune, hvor interkommunal legevakt hadde flyttet inn i sykehusets lokaler. Ordningen kom i stand for å redusere kostnader både ved sykehuset og i kommunene.

I rapporten ”er hjelpa nærmast - forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt” (1) konkluderes det med at legevakttjenestene i Norge må reguleres bedre i forskrifts form enn de er i gjeldende lovverk. Handlingsplanen foreslår at FAM – konseptet ikke videreutvikles. Det forslås i stedet å øke antallet interkommunale legevaktordninger, styrke bruken av medisinsk nødnett og IKT - løsninger, innføre bemannet legevaktbil, samt styrke forbindelsene mellom interkommunale legevakter og prehospitaltjenester (ambulansetjenesten). Det tas også til orde for å samhandle tettere med andre vaktordninger som for eksempel brannvesenet.

I Trondheim var kommunen og sykehuset i full gang med å utrede et FAM da utredningen i Asker og Bærum startet. Prosessen ble imidlertid avbrutt etter få år på grunn av de vanskelige rammevilkårene. Kommunen etablerte en stasjonær allmennlegevakt i fysisk tilknytning til akuttmottak og skadepoliklinikk. Denne ble bemannet med kommunalt ansatt personell og leger fra allmennlegetjenesten. Etter at sykehuset ble erstattet av det nybygde St. Olavs hospital har kommunen etablert en interkommunal allmennlegevakt noen få hundre meter fra sykehuset.

#### 7.4 Utenlandske erfaringer

Vi har gjort systematiske søk i en rekke databaser, som Cochrane, Embase, Medline, Med Nytt, PubMed og SveMed+. Vi har også søkt i nettsteder som sykehusplan.no (9) og i diverse tidsskrifter. Vi har brukt søkeord som ”Primary care”, ”Secondary care”,

“Health reform”, “Cooperation”, “Practice guidelines”, “Integrated care”, “Integrated services”, “Out of hours services”, “Shared care”.

Det er etter hvert en omfattende base av litteratur knyttet til integrerte helsetjenester fra en rekke land. I flere publikasjoner vi fant var hovedproblemene beskrevet som et overforbruk av spesialiserte akutt helsetjenester på grunn av manglende tilbud om helsehjelp og omsorgstjenester på primærhelsetjenestenivå. Tjenestene finnes kanskje ikke, har for dårlig kapasitet, mangler kompetanse eller er lite tilgjengelige av ulike grunner. Andre rapporter og artikler beskriver utfordringer knyttet til svært spredt befolkning med store avstander, hvor geografien i seg selv førte til forsøk med etablering av DMS - lignende strukturer og telemedisinske tjenester. Antall sykehussenger beregnet på akutt helsehjelp blokkeres av pasienter med behov for behandling og pleie på et primærhelsetjenestenivå. Flere av prosjektene har bestått i å styrke kompetanse og utstyr i primærhelsetjenesten ved å flytte deler av spesialisthelsetjenesten ut til primærhelsetjenesten.

En annen viktig begrunnelse for å opprette integrerte helsetjenester er å møte behov for akutt behandling og rehabilitering i den aldrende befolkningen. Dette er en kommende stor utfordring for de fleste utviklede land. Presset på helsevesenet vil bli størst i land med dårlig oppbygde primære helse - og ikke minst omsorgstjenester.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin konkluderer slik i et innspill til utredning av ”samhandlingsreformen” i 2008 (Vedlegg 7):

”Ut fra den tilgjengelige vitenskapelige litteraturen med relevans for området, er det grunn til å være skeptisk til nytteeffektene av samordning av sykehusenes og primærhelsetjenestenes oppgaver. Studier tyder på at man lett kan få økt ressursbruk uten påviselige helseeffekter, og at man tilslører tjenestenes egenart der primærhelsetjenestene skal bruke lite ressurser på de mange og sortere ut de mulig sykeste, og at sykehusene skal bruke sine ressurser på en selektert gruppe med større behov og større effekt av ressursbruken.”

### **Erfaringer fra Sverige**

I Sverige er all legetjeneste organisert og finansiert på ett forvaltningsnivå- länet (tilsvarende fylkesnivået i Norge). Allmennlegetjeneste tilbys i lokale Vårdsentraler. Tidligere ble all legevaktjeneste organisert ved at allmennlegene i nedslagsfeltet til et sykehus bemannet sykehusets akuttmottak utenfor ordinær arbeidstid. De utgjorde en integrert del av bemanningen i akuttmottaket. I de senere år har flere län gått over til å tilby akutte allmennlegetjenester lokalt i vårdsentralene for å redusere antallet pasienter som dukker opp i akuttmottaket uten avtale. Det er også utviklet et landsdekkende system for telefonrådgiving (helsepersonell) kombinert med en omfattende web-tjeneste med informasjon til publikum. Publikum kan henvende seg direkte til sykehusspesialist, men mot en økt egenbetaling.

### **Erfaringer fra Danmark**

Publikum henvender seg telefonisk ved behov for akutt helsehjelp. De blir henvist til ambulanse, sykehus inklusive ”skadestuer”, egen lege neste dag eller til regionale vaktentraler. Også i Danmark er både allmenn- og spesialistlegetjenesten organisert på et nivå tilsvarende norske fylker (amt).

Både i Sverige og i Danmark er ansvaret for akutte legetjenester i vanlig kontortid dekket av den ordinære allmennlegetjenesten, døgnåpne legevakter finnes knapt innenfor offentlig helsetjeneste. Det er også i stor grad allmennlegene som dekker legevaktarbeidet, i motsetning til i Norge hvor en økende andel av legevaktarbeidet utføres av vikarer.

### **Erfaringer fra Finland**

Regionale vaktentraler (57) bemannes stort sett av innleid helsepersonell fra bemanningsbyråer. De grunnleggende organisatoriske, økonomiske og regulatoriske forholdene er ellers så forskjellige fra norske forhold at videre sammenligning ikke gir mening.

(Kilder: Egne besøk, personlige meddelelser og presentasjoner av Legevakter i Norden, Nklm: <http://helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=8&ci=4749&lg=1> )

## 7.5 Andre integrerte modeller for akuttmedisinske tjenester

Vi har ikke funnet FAM - lignende organiseringer utenfor Norge. Ulik organisering av helsetjenestene samt demografiske forskjeller gjør at sammenlignende vurderinger er vanskelige. I andre europeiske land, i USA, Canada, og i Australia er forskjellene mellom rurale og sentrale strøk langt større enn i vårt land. Akutte helsetjenester leveres ofte i storbyene som "Accidents and Emergencies Departments"(AED), ulike former for akuttmedisinske sentre med stort fokus på skader og ulykker. Det engelske parlamentet har evaluert førstelinje helsetjenester i rapporten "Inquiry report on GP Access & Health Improvement in Primary Care" (10)

Om AED - lignende strukturer:

"Overall respondents did not feel that AED departments were the right environment for primary care services, one potential problem was with new rotations of trainee doctors who tend to overestimate risk, and consequently overorder diagnostic tests, unnecessarily driving up costs and patient time".

Det å flytte primærhelsetjenestens akutte helsetjenestetilbud inn i spesialisthelsetjenesten synes således å være særegent for FAM ved Sykehuset Asker og Bærum. Tendensen i andre land ser ut til å være motsatt- det etableres akutte helsetjenester i kommunene for å unngå at pasienter "oversvømmer" den spesialiserte helsetjenesten.

## 7.6 Ulike aspekter ved full integrering

### **Økonomiske aspekter ved full integrering**

Med dagens finansieringsordninger vil full integrering medføre at inntektene fra pasientegenandeler faller. Det vil bl.a. ikke lenger være mulig å innkreve opptil fire egenandeler under samme behandlingsforløp. Likeledes vil deler av refusjonen fra NAV falle bort, sammen med deler av DRG refusjonen fra staten.

Det er vanskelig å se for seg at man kan beholde stor ulikhet i avlønningssystemene ved full integrering. Fastleger og frivillige vaktleger har i dag aktivitetsbasert inntjening. God betaling for enkle problemstillinger gjør det vanskelig å lage rutiner

hvor behandlingen av mindre kompliserte, vanlige tilstander blir delegert til sykepleiere.

I perioden fra 23 til 07 alle dager mottar LV - legene et timehonorar basert på egen tariffavtale for interkommunale legevaktordninger. Sykehuslegene betjener FAM som en del av sitt lønnede arbeid i sykehuset. Sykepleiere og merkantilt ansatte er alle ansatt i FAM, på likt lønnsnivå. En integrering kan derfor være lønnsom for staten, det vil spare pasienter for egenandeler, men kan ødelegge en sårbar rekruttering av frivillige leger til legevakter fordi legene vil tjene vesentlig mindre.

### **Mulige gevinster av faglig integrering og samhandling i FAM**

Faglig integrering og samhandling kan medføre at en større andel akuttmedisinske problemstillinger kan håndteres på allmennlegenivå, og således spare bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser. Primærlegenes portvakt funksjon må imidlertid styrkes. Dette for å håndheve LEON prinsippet (helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå). Felles ansvarslinjer og evt. fravær av økonomiske incentiver knyttet til ”mange lette pasienter” kan gjøre det mulig å delegere behandling av enklere eller lite alvorlige tilstander fra lege til sykepleiere. Dette er i seg selv et tiltak som kan spare bruk av legeressurser, men vil også påvirke summen av egenandeler og refusjoner (FFS) som tilflyter FAM – systemet ettersom det bare finnes få ISF-baserte refusjoner for behandling hos sykepleier.

### **Nødvendige forutsetninger for full integrering**

Kommunene må virksomhetsoverdra hele legevaktsfunksjonen til Sykehuset Asker og Bærum for å oppnå full integrering. Gjenværende administrative oppgaver i kommunene må i så fall overføres til sykehuset. Det mangler imidlertid et avtaleverk (tariffavtale) som regulerer ansettelse av allmennleger i et HF. Dette må forhandles frem mellom KS og Den norske legeforening som en egen særavtale. Fastlegeavtalene må også reforhandles, slik at fastlegenes plikt til å delta i kommunal legevaktordning overføres til helseforetaket.

Det bør vurderes om deler av den offentlige finansieringen (refusjoner fra NAV) i dagens FAM kan overføres som et rammetilskudd til sykehuset, slik at midlene kan

omdisponeres lokalt. Det er sannsynligvis mange hindringer som må forseres for å oppnå dette. Bl.a. er rett til refusjon for legehjelp (også ved legevakt) en individuell rett etter Folketrygdloven.

### **Elektroniske verktøy (IKT)**

IKT - verktøy kan utnyttes mye bedre enn tilfellet er i dag. Det har ikke vært mulig å ta i bruk et felles pasientadministrativt system (elektronisk journal - EPJ, og regnskapssystem) fordi tjenestene er forankret i ulike forvaltningsnivå og i ulikt lovverk. Dette lager rigide og tungvinte IKT prosedyrer. Lovverket setter i dag en hinder for å dele informasjon fra journal på annet vis enn gjennom epikrise. Mangel på informasjonsdeling er potensielt helsefarlig. Det er viktig å etablere en felles IT - plattform for effektiv og trygg informasjonsutveksling. I dag skjer informasjonsutveksling stort sett manuelt.

I utenlandske integrerte prosjekter er oftest informasjonsdeling via felles EPJ en forutsetning for integreringen, og en viktig del av prosjektene. Det ser ut som at andre lands lovverk knyttet til informasjonssikkerhet og forvaltningsnivåer i mindre grad er til hinder for felles IKT - løsninger.

### **7.7 Mulige endringer i dagens modell for å nå målene med FAM**

Dagens FAM er en samlokalisert, men bare delvis integrert helsetjeneste. Ett av tiltakene som kan føre til at man når målsettingen med FAM er at kommunene ansetter leger på fast lønn ved alle "tilstedevakter" i legevakten. Dette vil gi FAM instruksjonsrett overfor legene på samme måte som de har for alt øvrig personell i FAM. Vi mener at dagens kompliserte ansettelses- og avlønningssystem ikke er forenlig med behovet for å utvikle felles prosedyrer, felles trening, opplæring og felles forståelse av prioriteringer. Konsekvensene blir imidlertid at fastlegene i ennå større grad enn i dag slipper sin plikt til å delta i den organiserte legevakten. Det vil være hensiktsmessig fortsatt å la fastlegene ha ansvar for ambulerende vakt. Vi antar det kan bli problemer med å rekruttere det nødvendige antallet kvalifiserte leger til faste stillinger til å dekke legevaktens totale behov. Det vil i tillegg kreve at Helsedirektoratet godkjenner tilstrekkelig antall nye legehjemler.

Et annet tiltak som kan gjøres innenfor dagens modell er å etablere den planlagte observasjonsposten. Det vil øke mulighetene for å nå målene om at FAM skal føre til kostnadseffektive helsetjenester og skjerme sykehusets øvrige drift.

## 7.8 Alternative modeller for å nå målene

### **Helt integrert FAM i helseforetaksregi.**

En annen mulig løsning for å øke samhandling i den akutt medisinske tjenesten er å overdra ansvaret til de eksisterende HF-er. Dette vil imidlertid fortsette en lovendring som gir kommunene mulighet for å overdra behandlingsansvaret til sekundærhelsetjenesten. En slik løsning ville umiddelbart løse kompetanseproblemet og gi bedre mulighet for kvalitetsforbedrende tiltak i form av felles opplæring og prosedyrearbeid samt bedre samhandling ved å etablere felles IKT-løsninger, men vil samtidig kreve en styrkelse av legevaktens ”gate-keeper” funksjon for å minske risikoen for at for mange pasienter vil bli håndtert på et for høyt behandlingsnivå. Konsekvensene av full integrering er grundig diskutert i kapittel 3.4. Det er ikke mulig med dagens lov- og regelverk å gjennomføre en sådan modell.

### **Samlokalisering uten samorganisering.**

Våre undersøkelser antyder at den moderate positive effekt på kvaliteten av den akutt medisinske tjenesten primært er knyttet till samlokalisering og at en betydelig del av de økte omkostningene er betinget av samorganiseringstiltak. En nærliggende fremtidig modell kunne således være å bevare samlokaliseringen men reverserer den delvise samorganisering. Beslutning om dette kan tas av Helseforetaket og Asker og Bærum kommune innen gjeldende lov- og regelverk.

### **Reversering av FAM.**

Tjenesten kan fremover flyttes helt ut av sykehuset og organiseres under primærhelsetjenesten som en form for interkommunal tjeneste med styrket akuttmedisinsk faglig deltakelse. Denne løsningen betinger en bevist satsing på faglig utdanning av akuttmedisinere i primærhelsetjenesten, og vil i stor grad være avhengig av et fremtidig samarbeide med både legeföreningen og sykepleierforbundet. Sett i

forhold til de aktuelle politiske føringer er dette sannsynligvis den mest aktuelle løsning for fremtidig akuttmedisinske helsehjelp generelt, men løsningen er, jvf. tidligere argumentasjon mest hensiktsmessig i områder hvor avstandene er store og befolkningstettheten er lav. I et område som Asker og Bærum er kravet til helsehjelp stort og avstanden til sykehuset kort, hvilket øker den direkte kontakten til sykehuset og dermed risikoen for at pasientene tas hånd om på et for høyt behandlingsnivå og vil således ikke være en effektiv helsetjeneste eller skjerme sykehusets øvrige drift.



## 8 Oppsummering og konklusjon

I dagens helsesystem er det mange, og tilsynelatende uoverstigelige utfordringer i knyttet til å få FAM til å fungere som tenkt i visjonen ”en gang ett sted”. Hindringene er knyttet til ulik regulering i lov og forskrift, manglende avtaleverk mellom aktørene, mangel på felles IKT - systemer og et komplisert finansieringssystem. Potensielle stordriftsfordeler er derfor vanskelige å hente ut, og den interne samhandlingen blir unødvendig vanskelig. Viktige elementer i et effektivt FAM mangler finansiering i dagens system - for eksempel en observasjonsenhet og en bemannet ambulerende legevaktbil.

Økonomisk har FAM vært et kostbart prosjekt. Sykehusets utgifter til drift av akuttmottaksdelen av FAM har fra 2005 till 2007 økt med ca. 3,8 mill kr (16 %), noe som i stor grad kan tilskrives lønnsoppgjør og prisindeks. Kommunene økte i samme periode sine utgifter til legevakt med ca.10,2 mill. (54 %). Kommunene er således påført en betydelig ekstra kostnad knyttet til legevaktstjenesten

Samkjøring av to kulturer (sykepleiere i legevakt og sykehusets akuttmottak) koster tid og penger. Det samme gjør utvikling av felles prosedyrer, pasientadministrative systemer osv. FAM har synliggjort behovet for opplæring, samhandling og fagutvikling. Eksempelvis arrangeres det (og stilles krav om) jevnlig felles kurs i hjertelungeredning. Slike tiltak var ikke ivaretatt i de gamle organisasjonene. Kostnader til opplæringstiltak og fagutvikling har derfor vært en nødvendig økning som ikke kan belastes FAM i seg selv.

Når kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal fungere i team i et felles akutt mottak avdekkes store kulturforskjeller. Slike utfordringer lar seg løse over tid, og det er stort potensial for kompetansebygging og – overføring i et FAM. Selve innføringen er en stor omveltning for mange av de ansatte. Dette må håndteres profesjonelt, med riktig fokus og tilstrekkelig ressursbruk i omstillingsfasen.

Enkelte målbærer frykt for at for mange ”kommunale” akutt syke pasienter vil bli behandlet på spesialistnivå i et FAM. Dette vil i så fall ikke være forenlig med LEON -

prinsippet, og vil ikke være kostnadseffektivt. Utenlandske studier har vist at det å sette erfarne generalister inn i ”sorteringsfunksjonen” i et akuttmottak tvert i mot fører til redusert forbruk av spesialiserte og begrensede ressurser.

En observasjonspost er viktig for å sikre at pasienter blir behandlet på riktig nivå, og sparer ressurser ved at pasienter som viser seg ikke å ha behov for sykehusinnleggelse kan vurderes og eventuelt behandles utenfor en høyspesialisert og kostbar sykehusavdeling.

De fleste akuttmottak i norske sykehus og de fleste legevaktordninger har store problemer med å sikre tilstrekkelig kompetanse og erfaring hos personell i frontlinjen. Norske sykehus bruker sine akuttmottak som en viktig arena for opplæring av turnuskandidater og underordnede leger. Det er derfor gjennomgående leger med liten erfaring som møter akutt syke personer først. I kommunehelsetjenesten er det en stor utfordring å sikre fastlegereformens ideologi om legens gjennomgående ansvar for sine ”listepasienter” - også når tilstanden er akutt. Det er også en klar trend at legevaktene i hele landet i økende grad betjenes av legevikarer uten tilknytning til lokal eller regional helsetjeneste, mange er korttidsvikarer fra andre land. Ved FAM, Sykehuset Asker og Bærum, er fastlegenes andel av samlet vakttid svært lav. Få av legene som tar vakter har noen tilknytning til lokal helsetjeneste.

Legenes arbeid ved legevakt er i hovedsak avlønnet med stykkpris, og legene har et selvstendig ansvar for kvaliteten på arbeidet som utføres. Dette gjør det vanskelig for FAM som organisasjon å sikre gjennomgående god kvalitet og gode retningslinjer for prioritering, samhandling og behandling.

Trolig vil et tettere samarbeid mellom fastlegene og sykehusene gi positive effekter på kommunikasjon og samhandling ut over den som rent konkret skjer i FAM, og bidra til forbedring også innenfor andre områder enn i det akuttmedisinske feltet.

Norsk helsevesen er i endring. Behovene for helsetjenester endrer seg i takt med demografiske endringer, endring i sykkelighet og forventninger til helsevesenet. Oppgaver omfordes både innen spesialisthelsetjenesten og mellom forvaltningsnivåene. Et av resultatene er reduksjon av antall lokalsykehus med

akutfunksjoner. I kommunehelsetjenesten sentraliseres legevaktfunksjonene, ofte i form av interkommunale løsninger. Disse strukturendringene gjør at befolkningens behov for akutte helsetjenester må dekkes på nye måter. Ulike varianter av FAM - konseptet tilpasset lokale forhold kan være gode alternativer. Noen forutsetninger må etter vår vurdering være på plass for å lykkes:

- Fastlegene må ha hovedansvaret for legevaktsfunksjonene, og bør være ansatt i organisasjonen når de har vakt
- Akuttmottakene må ha umiddelbar tilgang til riktig fagkompetanse
- Nødvendige deltjenester, som observasjonsenhet og bemannet legevaktbil må sikres finansiering
- Det må gjøres nødvendige endringer i lov - og avtaleverk.

Etter vår vurdering ville FAM hatt større muligheter for å innfri forventninger og **visjoner** om man hadde forankret tiltaket i en forsøkslov.

### **Våre anbefalinger:**

I dagens situasjon mener vi at FAM bør avsluttes som et delvis integrert tiltak, og erstattes av en samlokalisert men separat organisert virksomhet. Ved å beholde samlokaliseringen bevarer man fordelene som ligger i gode muligheter for samhandling, og kan skjerme sykehuset for henvendelser fra pasienter uten behov for spesialiserte tjenester. Vi anbefaler kommunene i så stor grad som mulig å ansette leger ved legevakten i stedet for å benytte frivillige vikarleger. Dette kan sikre kvalitet og samhandling, og samtidig opprettholde LEON-prinsippet og fastlegens ansvar for egne pasienter. Vi mener at dagens forsøksordning med bemannet legevaktbil gir nødvendig økt kapasitet og kvalitet i den ambulerende legevaktsordningen. Ordningen bør kontinueres. Ettersom flere interkommunale legevakter har innført en slik ordning er det sannsynlig at finansieringen sikres på kort sikt. Ordningen møter også behovet som "eldrebølgen" utløser. Sykehuset på sin side bør etablere en observasjonspost for å oppnå mer kostnadseffektiv bruk av sykehussengene.

## 9 Referanser

- 1 Nklm rapport 1- 2009 ”Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt”  
*Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin UiB 2009.*
- 2 NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- 3 OECD 2004: The OECD Health Project Summary Report
- 4 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. (kap. 8.1.5 3., tredje avsnitt)
- 5 Klagesaker fra legevaktjenesten – hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil?  
[http://www.unifobhelse.no/upload/Pasopp\\_08\\_7\\_legevakt\[1\].pdf](http://www.unifobhelse.no/upload/Pasopp_08_7_legevakt[1].pdf)
- 6 Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt  
<http://www.unifobhelse.no/Projects.aspx?site=8&description=0&project=2326>
- 7 H. Melsom, S. Mellesmo: Nødvendighet av innleggelser belyst ved en undersøkelse av øyeblikkelig hjelp ved Sentralsykehuset i Akershus”  
*Senter for helseadministrasjon UiO, Rapport 1999:2*
- 8 NAV 2007, J.P.Nossen; Hva skjer på legekantorene  
[Hva skjer på legekantorene?](#)
- 9 Rapport SINTEF 2009  
[http://www.sykehusplan.no/data/rapport\\_a12019\\_sluttrapport\\_fra\\_internasjonalt\\_seminar.pdf](http://www.sykehusplan.no/data/rapport_a12019_sluttrapport_fra_internasjonalt_seminar.pdf)
- 10 ”Inquiry report on GP Access & Health Improvement in Primary Care”  
*3.2.3 A & E Departments, All Party Parliamentary Group, Primary Care and Public Health, Juli 2008 11*
- 11 B. Eidsvoll, L. Gullestad: Kvalitet av legevakt, akuttmottak og observasjonsenhet bedømt av pasienter og personalet  
*Senter for helseadministrasjon UiO, Spesialoppgave 2003*
- 12 Rapport fra arbeidsgruppe: Økonomiske forhold ved interkommunalt legevaktsamarbeid med stasjonær legevakt og LV-sentral (IKL)  
*HOD 2007*  
[Økonomiske forhold ved interkommunalt legevaktsamarbeid med stasjonær legevakt og LV-sentral \(IKL\) - regjeringen.no](#)

85

13 [Kommuner med liten legevaktsbelastning foretrekkes](#)

*Tdnlf 2004*

14 [Kommunale legevakter - Helsetilsynets funn vurderinger - Helsetilsynet](#)

*Helsetilsynet 2006*

15 Data fra allmennlegetjenesten

*Helsedirektoratet 2010*

## 10 Vedlegg

- Vedlegg 1: Regnskap formål 43250 Legevakt Bærum Kommune 2007 + 2008
- Vedlegg 2: Regnskap 2006, 2007, 2008 FAM, SAB HF
- Vedlegg 3: NAV, Jon Petter Nossen: Regnskapstall Legevakt Asker og Bærum 2007
- Vedlegg 4: Aktivitetsrapportering i Akuttmottaket SAB HF
- Vedlegg 5: 5a: Spørreskjema for akuttmottaket  
5b: Spørreskjema for legevakten  
5c: Spørreskjema for ambulansetjenesten  
(tilleggsspørsmål i 2008 ligger i hvert enkelt skjema)
- Vedlegg 6: Utvalg av svar på de åpne spørsmålene
- Vedlegg 7: Rapport om FAM. Steinar Hunskaar, Nasjonalt kompetansesenter for legevakt 2009

Vedlegg 1 Regnskap formål 43250 Legevaktjenester 2007 + 2008,  
Bærum kommune

<b>Utgifter:</b>	<b>2 007</b>	<b>2008</b>
Lønn og sosiale utgifter	8 131 602	9 069 772
Driftsutg./ Sykepleierlønn til SAB*	17 999 151	19 001 718
Kjøp av varer og tjenester	732 430	225 293
Ekstern husleie til SAB	3 913 443	3 913 443
Overføringsutgifter/ Forbr.matr+medisiner	1 668 029	1 155 011
Sum brutto utgifter	32 444 655	33 365 236
<b>Inntekter:</b>		
Salgsinntekter (Egenandeler)	(1 951 301)	(2 717 331)
Overføringer fra staten (Refusjoner Nav)	(1 431 154)	(1 393 814)
Sykelønnsrefusjoner	(139 821)	(335 349)
Refusjon moms	(37 780)	(9 396)
Innbet av tap på fordringer	(1 155)	(535)
Sum inntekter	(3 561 211)	(4 456 425)
<b>Sum netto utgifter</b>	<b>28 883 444</b>	<b>28 908 811</b>

Note: Regnskapet viser totale utgifter til formål legevakt, inkludert lønns - og driftsutgifter knyttet til administrasjon av legetjenestene som kommunene måtte beholde ved virksomhetsoverdragelsen. Overføringer til SAB HF utgjøres utgiftspostene merket med \* - kr. 21 912 594 (2007), kr. 22 915 161 (2008)

## Vedlegg 2 Regnskapstall FAM SAB HF HF 2006 - 2007 - 2008

## Regnskap FAM 2006-2008

	NOTE	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Regnskap 2008
31 Salgsinntekt,avgiftsfri	1	959 841	1 055 380	1 164 928
32 Pasient-/behandlingsrelaterede inntekter	2	885 483	-81 810	-273 185
33 Pasient-/behandlingsrel. tilskudd/refusjoner	3	25 087 225	24 050 222	27 770 981
39 Annen inntekt	4	13 067 034	17 999 151	19 053 023
<b>SUM INNTEKTER</b>		<b>39 999 583</b>	<b>43 042 943</b>	<b>47 715 747</b>
40 Forbruk av innkjøpte varer		3 846 268	3 530 603	3 348 583
41 Forbruk av innkjøpte varer		0	0	609 224
45 Kjøp av fremmedytelser	5	4 285 735	3 975 670	3 106 540
<b>Sum varekostnad</b>		<b>8 132 003</b>	<b>7 506 273</b>	<b>7 064 347</b>
50 Lønn til ansatte		21 402 338	24 758 024	30 032 552
51 Lønn til ansatte overtid/ekstrahjelp mv		5 751 468	6 347 075	2 990 582
52 Fordel i arbeidsforhold		4 575	6 000	12 626
53 Annen oppgavepliktig godtgjørelse		25 600	0	170
54 Arbeidsgiveravgift og pensjonskostnad		6 345 423	7 701 233	8 199 421
55 Annen kostnadsgodtgjørelse		0	0	0
56 Kompetanse og rektuttering		180 568	281 554	173 001
58 Offentlige refusjoner vedr. arbeidskraft	6	-1 329 719	-2 338 348	-2 331 242
59 Annen personalkostnad		55 646	206 447	59 939
<b>Sum lønn- og personalkostnad</b>		<b>32 435 897</b>	<b>36 961 985</b>	<b>39 137 049</b>
61 Transport- og fraktkostnader		28 299	33 748	71 977
65 Utstyr og driftsmateriale		428 141	625 836	0
66 Reparasjon, vedlikehold og service		28 615	123 970	528 803
67 Ekstern tjeneste		16 395	132 039	55 631
68 Kontorkostnad, trykksak o.l.		419 343	323 753	66 610
69 Telefon, porto o.l.		197 062	211 724	394 310
70 Kostnad transportmidler		16 428	142 058	239 956
71 Kostnad og godtgj. for reise,diett,bil o.l.		50 949	62 880	0
73 Salgs-, reklame- og representasjonskost.		6 330	0	39 119
74 Kontigent og gave		1 691	1 629	2 842
76 Lisens- og patentkostnad	7	1 950	297 325	700
77 Annen kostnad		68 717	183 048	149 491
<b>Sum andre driftskostnader</b>		<b>1 259 920</b>	<b>2 138 006</b>	<b>1 549 439</b>
<b>SUM KOSTNADER</b>		<b>41 827 820</b>	<b>46 606 264</b>	<b>47 750 835</b>
<b>RESULTAT</b>		<b>-1 828 237</b>	<b>-3 563 321</b>	<b>-35 088</b>
	kontroll	1 828 237	3 563 320	35 089

## NOTER:

1. Salg av medisiner og utstyr til pasienter på legevakten
2. FAMs andel av ISF-inntekter pga. høyere aktivitet enn planlagt
3. Rammeinntekt fra sykehuset
4. Inntekter fra Kommunene til drift av legevakten. I 2006 finansierte Kommunene drift i 10 mnd
5. I hovedsak innleie av vikarer fra eksternt vikarbyrå
6. Syke- og fødselspenger
7. Lisenskostnad for Profdoc på legevakten. Kun 2007



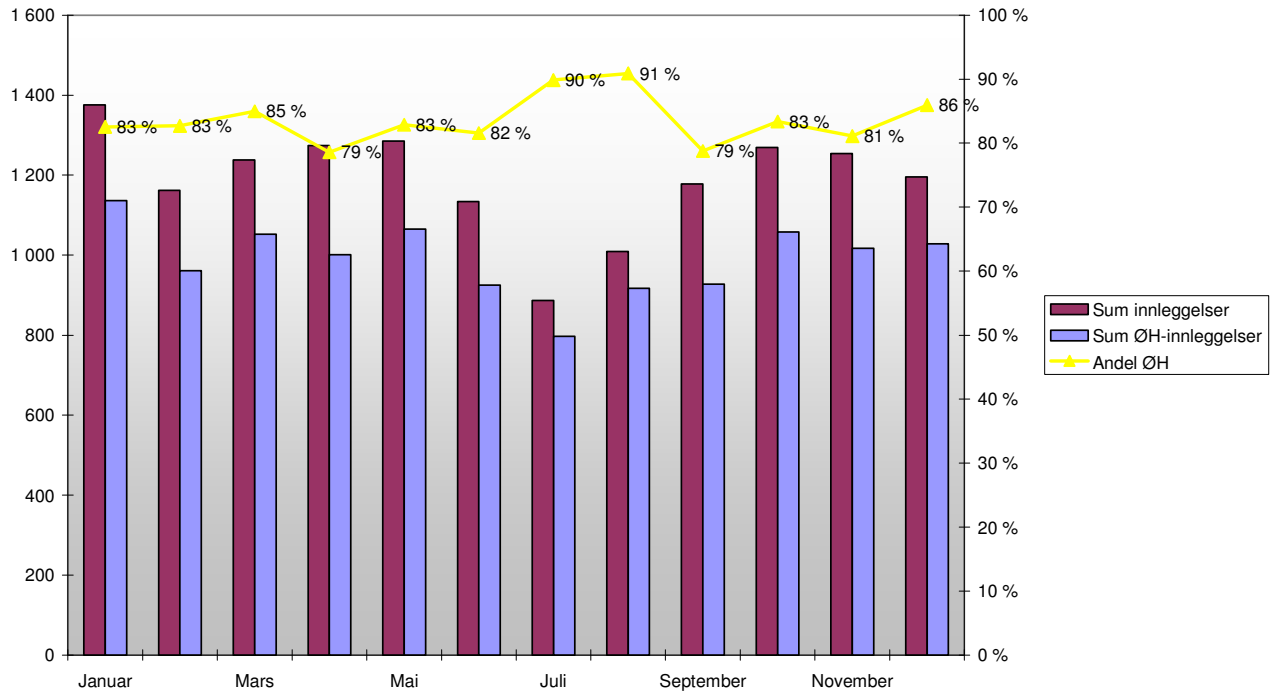
## Vedlegg 3 NAV Regnskapstall Legevakt Asker og Bærum 2007

<b>Total refusjon fra NAV:</b>	<b>Kroner</b>
Konsultasjoner	6 059 894
Sykebesøk	648 734
Andre kontakter	115 483
I alt refusjoner	6 824 111
<b>Egenandeler belastet pasienten:</b>	
Konsultasjoner	3 839 362
Sykebesøk	168 343
Andre kontakter	1 123
I alt egenandeler	4 008 828

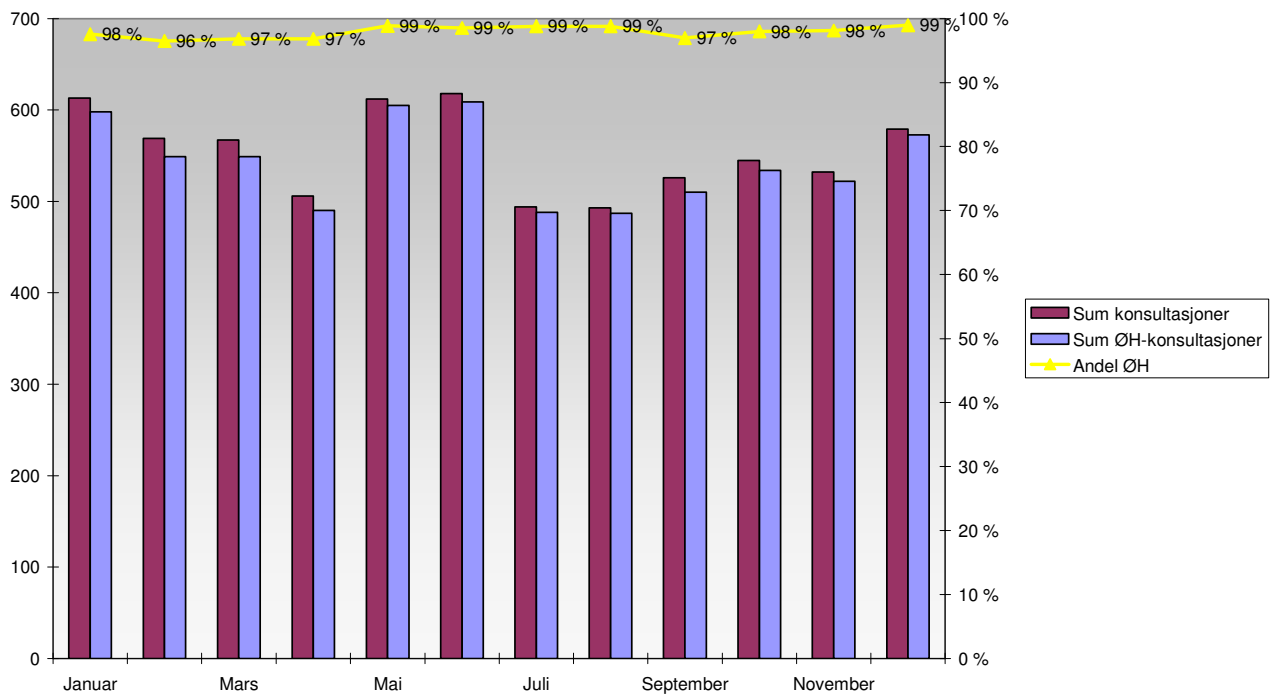
Legevaktkontakter med Asker og Bærum som praksiskommune 2007(personlig meddelelse, J.P. Nossen, NAV )

Vedlegg 4 Aktivitetsrapportering i Akuttmottaket SAB HF  
2008

Antall innleggelser 2008



Poliklinisk aktivitet i akuttmottaket 2008



## Vedlegg 5 Spørreskjemaer brukt i datainnsamlingen 2008

## Å jobbe i akuttmottaket

### 1. Yrkesgruppe

Sykepleier
  Hjelpepleier
  Lege
  Merkantilt
  Annet

### 2. Hvor lenge har du hatt vakter i akuttmottaket?

Mindre enn 6 mnd.
  F.o.m. 6 mnd. til 1 år
  F.o.m. 1 til 2 år
  F.o.m. 2 til 3 år
  3 år eller mer

### 3. Kjønn

Mann
  Kvinne

### 4. Alder

Under 30 år
  30-39 år
  40-49 år
  50-59 år
  60 år eller eldre

### 5. Hvor godt stemmer følgende utsagn?

	Stemmer helt	Stemmer delvis	Både- og	Stemmer dårlig	Stemmer ikke
Jeg synes kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at pasienter ofte blir feilsendt hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stort sett opplever jeg at pasienter blir behandlet på rett nivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er mange pasienter i akuttmottaket som burde vært behandlet på legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Er det noen typer pasienter du i særlig grad mener blir behandlet på feil nivå? (BRUK STORE BOKSTAVER)

**7. Hender det at du opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi**

	<i>Nei, aldri</i>	<i>Ja, et par ganger i året</i>	<i>Ja, ca. en gang i måneden</i>	<i>Ja, ca. en gang i uka</i>	<i>Ja, daglig</i>
Pasienten er kommet til feil sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nødvendig utstyr ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riktig kompetanse ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riktig informasjon ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av samarbeidet mellom legevakten og sykehuset hindrer det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Hvor godt stemmer følgende utsagn?**

	<i>Stemmer helt</i>	<i>Stemmer delvis</i>	<i>Både og</i>	<i>Stemmer dårlig</i>	<i>Stemmer ikke</i>
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom legevakten og sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at pasienter ofte blir innlagt på sykehuset uten at de trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsmiljøet i akuttmottaket er preget av faglig utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det skjer en systematisk kompetanseoverføring mellom sykehus og legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener at min kompetanse stemmer med de arbeidsoppgaver jeg har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min faglige utvikling preges positivt av samarbeidet med legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ikke at det er noen barriere mot å ta kontakt med kolleger på legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Har du noen synspunkter på samhandlingen mellom legevakten og akuttmottaket som du ikke har fått gitt uttrykk for i dette spørreskjemaet?**

**For leger:**

10. Hvor mange vakter har du hatt i akuttmottaket det siste halvåret?

- Ingen       1 - 5       6 - 10       11 - 30       Flere enn 30

11. Tar du også vakter på legevakten?

- Ja       Nei

12. Hvor stor andel av henvisningene fra legevakten inneholder opplysninger som i tilstrekkelig grad underbygger henvisninger derfra?

- Mindre enn 25% av henvisningene  
 26-50% av henvisningene  
 51-75% av henvisningene  
 76-100% av henvisningene

13. Hvor stor andel av henvisningene fra legevakten inneholder alle relevante opplysninger (kliniske, laboratoriemessige, EKG, etc.) du ville forvente i forbindelse med en henvisning derfra?

- Mindre enn 25% av henvisningene  
 26-50% av henvisningene  
 51-75% av henvisningene  
 76-100% av henvisningene

14. Hva mener du eventuelt er mangelfullt i henvisningene fra legevakten?

## Å jobbe på legevakten

### 1. Yrkesgruppe

Sykepleier     Hjelpepleier     Lege     Merkantilt     Annet

### 2a. Hvor lenge har du hatt vakter på legevakten?

Mindre enn 1 år     F.o.m. 1 til 2 år     F.o.m. 2 til 3 år     3 år eller mer

### 2b. Hvor mange vakter har du hatt på legevakten det siste halvåret?

1 - 5     6 - 10     Flere enn 10

### 3. Kjønn

Mann     Kvinne

### 4. Alder

Under 30 år     30-39 år     40-49 år     50-59 år     60 år eller eldre

### 5. Hvor godt stemmer følgende utsagn?

	Stemmer helt	Stemmer delvis	Både-og	Stemmer dårlig	Stemmer ikke
Jeg synes kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom legevakten og akuttmottaket er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får oftest informasjon om pasienter til rett tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at pasienter ofte blir feilsendt hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stort sett opplever jeg at pasienter blir behandlet på rett nivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er mange pasienter på legevakten som burde vært behandlet i akuttmottaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Er det noen typer pasienter du i særlig grad mener blir behandlet på feil nivå? (BRUK STORE BOKSTAVER)

Snu arket

### 7. Hender det at du opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi

	<i>Nei</i>	<i>Ja, et par ganger i året</i>	<i>Ja, ca. en gang i måneden</i>	<i>Ja, ca. en gang i uka</i>	<i>Ja, daglig</i>
Pasienten er kommet til feil sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nødvendig utstyr ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riktig kompetanse ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riktig informasjon ikke er tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av samarbeidet mellom legevakten og sykehuset hindrer det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8. Hvor godt stemmer følgende utsagn?

	<i>Stemmer helt</i>	<i>Stemmer delvis</i>	<i>Både- og</i>	<i>Stemmer dårlig</i>	<i>Stemmer ikke</i>
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom legevakten og sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsmiljøet på legevakten er preget av faglig utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det skjer en systematisk kompetanseoverføring/tilbakemelding/opplæring mellom sykehus og legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener at min kompetanse stemmer med de arbeidsoppgavene jeg har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min faglige utvikling preges positivt av samarbeidet med sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ikke at det er noen barriere mot å ta kontakt med kolleger på sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9. Har du noen synspunkter på samhandlingen mellom legevakten og akuttmottaket som du ikke har fått gitt uttrykk for i dette spørreskjemaet?

**TILLEGGSSPØRSMÅL TIL FAM-STUDIEN:**

Innføring av FAM i 2006 har medført at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har blitt bedre

*stemmer helt*  *stemmer delvis*  *både og*  *stemmer dårlig*  *stemmer ikke*

**Hvordan mener du at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har endret seg etter innføring av FAM?**

Min arbeidssituasjon har blitt bedre etter innføringen av FAM i 2006

*stemmer helt*  *stemmer delvis*  *både og*  *stemmer dårlig*  *stemmer ikke*

**Hvordan mener du at din arbeidssituasjon har endret seg etter innføring av FAM?**



## Å jobbe i ambulansetjenesten

### 1. Yrkesgruppe

Ambulansearbeider  Paramedic

### 2. Hvor lenge har du arbeidet i ambulansetjenesten?

Mindre enn 3 år  F.o.m. 3 til 14 år  15 år eller mer

### 3. Kjønn

Mann  Kvinne

### 4. Alder

Under 30 år  30-39 år  40-49 år  50-59 år  60 år eller eldre

### 5. Hvor godt stemmer følgende utsagn?

	Stemmer helt	Stemmer delvis	Både - og	Stemmer dårlig	Stemmer ikke
Jeg opplever at informasjon jeg har om pasienter alltid blir mottatt på legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at informasjon jeg har om pasienter alltid blir mottatt i akuttmottaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pasienter ofte blir feilsendt hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det er avtalt at pasienten skal til legevakten henstilles vi likevel ofte om å kjøre pasienten til akuttmottaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det er avtalt at pasienten skal til akuttmottaket henstilles vi likevel ofte om å kjøre pasienten til legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever stort sett godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stort sett synes jeg at pasienter blir behandlet på rett nivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever aldri at pasientopplysninger gitt på telefon blir feiltolket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det hender jeg opplever at pasienten må overhøre diskusjon om hvilket behandlingsnivå han/hun skal til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Har du noen synspunkter på samhandlingen mellom ambulansetjenesten, legevakten og akuttmottaket som du ikke har fått gitt uttrykk for i dette spørreskjemaet? (BRUK STORE BOKSTAVER)

**TILLEGGSPØRSMÅL TIL FAM-STUDIEN:**

Innføring av FAM i 2006 har medført at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har blitt bedre

*stemmer helt*  *stemmer delvis*  *både og*  *stemmer dårlig*  *stemmer ikke*

**Hvordan mener du at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har endret seg etter innføring av FAM?**

Min arbeidssituasjon har blitt bedre etter innføringen av FAM i 2006

*stemmer helt*  *stemmer delvis*  *både og*  *stemmer dårlig*  *stemmer ikke*

**Hvordan mener du at din arbeidssituasjon har endret seg etter innføring av FAM?**

## Vedlegg 6 Utvalg av svar på de åpne spørsmålene i 2008

Ved spørreundersøkelsen i 2008 stilte vi to åpne spørsmål:

1. Hvordan mener du at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har endret seg etter innføring av FAM?
2. Hvordan mener du at din arbeidssituasjon har endret seg etter innføringen av FAM?

Om lag 90 av respondentene benyttet anledningen til å gi en eller flere tilbakemeldinger på disse spørsmålene. Tilbakemeldingene er ikke systematiserte i noe spesielt analyseverktøy. Et utvalg av svarene er sitert under:

### Tilleggsspørsmål 1:

Hvordan mener du at den akuttmedisinske tjenesten til befolkningen har endret seg etter innføring av FAM?

### Ambulanseansatte:

Vanskelig å finne rette vedkommende på lv som skal ha rapport. Ofte føles det som om ingen hverken på mottak eller lv vil ha pasienten.

Bedret for dem med størst medisinsk behandlingsbehov - forverret til de øvrige (grunnet en voldsom redusert effektivitet).

Pas blir ikke feilsendt hjem pga tilstand, men feilsendt til oss, kunne tatt drosje/annen transport svært ofte. Lgv rekvirerer sykebil til oppegående pasienter, ofte. Til tider store vanskeligheter å få kjørelege ut i svært nødvendige situasjoner (dødsfall).

Lett med ett sted å levere, men opplever stadig surr og rot med tanke på hvor pasienten skal lgv/mott. Ofte diskusjon med amb om hvorfor pas skal til mott. Kan vel heller begynne på lgv etc.

Vi kjører til ett sted så får de bli enige om hvem som skal ta pasienten.

Ambulansetjenesten opererer med medisinsk/operativ manual og som ved alle andre legevakter i Oslo/Akershus vurderer paramedic hvor pasienten skal leveres. Det er også den eneste legevakt som "ikke" tar imot på en høflig måte om man ikke har meldt inn. Det er også mye flott personell på legevakt, men for det meste oppleves pasientene som et problem.

Kasteball mellom legevakt og mottak. Det virker også tydelig at det er underbemanning i mottak. Frustrasjon og utslitt personell kan oppleves.

Føler at det er flere konflikter og uro i de ulike personalgruppene etter fam ble innført.

## Leger ved legevakten:

Mer upersonlig miljø. Lengre avstander, dårligere hjelp fra sykepleierene, delvis fordi staben i stor grad er skiftet ut, delvis fordi sykepleierene er lite tilgjengelige, selv om de stort sett er flere enn før.

Leger er lite integrert i arbeidsmiljøet på legevakten. Kompetanseoverføringen mellom sab og legene ved legevakten er minimal og finner bare sted ved konferering ved eventuelt innleggelse.

Bedre lokaler, bedre organisering, men: Mindre effektivitet og kanskje lengre ventetider? Personvernet er dårlig ivaretatt i hvilerom og i "luka". Hovedvurdering: Det medisinske faglige innholdet er stort sett uforandret

De nye lokalene er store og moderne, men mindre effektive og jeg opplever at det praktiske samarbeidet med staben på lv er mindre smidig. Innredningen av kontorene kunne vært mer gjennomarbeidet og mer i overensstemmelse med det de fleste har i praksisene sine.

Bedre flyt, lettere å få hjelp, tryggere for lv leger.

Større venteværelse. Hvilerom for dårlige pasienter.

### Leger ved akuttmottaket:

De har blitt mer kravstore. Dersom lv ikke gir tilfredsstillende info, "kreves" spesialistutredelse for til tider meningsløse bagateller og de blir henvist.

Inntrykket er lenger ventetid. Sykepleiere har mindre tid til pasientene. Sykepleiene dårligere tilgjengelighet bl. A. er de fraværende ved gyn. Us. Kommer først ved ti minutter etter at de er tilkalt. (gynekolog)

Legevakten har slik jeg ser det, for mye vikarer. Har sjeldent eller andri møtt en erfaren fastlege. De har ansatt nyutdannede og nyinnflyttede kollegaer som etter mitt skjønn ikke har nok kompetanse for å gi fam den kvalitet som vel er intensjonen.

(anestesilege)

Inntrykket er lenger ventetid. Sykepleiere har mindre tid til pasientene. Sykepleiene dårligere tilgjengelighet bl. A. er de fraværende ved gyn. Us. Kommer først ved ti minutter etter at de er tilkalt. (gynekolog)

FAM må forbedre/ferdiggjøre pasienten adekvat før videresendelse i systemet. Opplever at støttepersonell er altfor opptatt av å få pasienten ut av mott, noe som reduserer kvaliteten. Aku pas bør ha fått veneflon, skiftet klær på og tatt relevante prøver /urinprøve/røntgen. Dette fungerer for dårlig. Sykepleiers oppgave må klargjøres, mangel her skaper masse ekstraarbeid for overfylte sengeposter og forsinket videre behandling.

(anestesi)

Det er ikke samhandlingen det er noe galt med, men hver institusjon for seg. Det er rett og slett ulovlig/uetisk av legevakten å ta full takst for å sende folk på røntgen. Altfor få pleiere i mottak, med for mange pålagte ikke kliniske oppgaver. Det må kunne gå ann å få samlet regning. Det må tydeliggjøres for pasienter at de er forkjellige institusjoner og hvorfor de venter.

Pas behandles ikke ferdig på lv. Pas skyves over på et ..... Nivå. Eks udisloserte frakturer som opplagt ikke skal sykehusbehandles står timer i kø og fortrenger også "viktigere" pasientgrupper.

(ortoped)

## Sykepleiere Legevakten:

Forskjellige datasystemer er hinder for samarbeid og felles prosedyrer. Hinder for effektivitet i pasientflyt. Felles bruk av dips for leger i lv og sykehus vil gi bedre kvalitet i pasientbehandling (innsyn i journal for legevaktslege.

Fysiske avstander mellom lv og aku redusert, raskere behandling av dårlige pasienter. Kortere avstand mellom lv, aku og røntgen, alt på ett sted. Bedre utstyr og mer utstyr. Mer kompetanse for pasienten i nærhet (f eks hjertesteam). Ett sted for henvendelse skapte feil forventninger for pasientene, fastleger er første ledd i de fleste situasjoner.

Merkantile oppgaver bør ivaretas av merkantilt personell, - betalingsrutiner, - håndtering av prøvesvar etter legekonsultasjon (lab+rtg), - kontroll av pasientlister i dips mot betalingsrutiner. Faglig utvikling/felles fora for leger i lv/sykehus.

Dårlige pasienter som har behov for akutt behandling som er mer omfattende enn det vi kan gi på legevakten kan komme rett inn til aku. Bra for pasientene med brudd/frakturer da vi også har akutt røntgen i området.

Betalingsprosedyrer som er forskjellig forvirrer og irriterer pas, også vanskelig for personalet/ressurskrevende

Pas henvender seg på en plass, trenger ikke tenke på om de skal henvende seg på akuttmottak (sykehuset) eller legevakt. Pas blir henvist til riktig behandlingsnivå ved henvendelse direkte.

Kompetansestrid. Uklare skiller mellom lv og aku.

Det kan være vanskelig å hastegradsvurdere en pas og ev plassere pasienten i riktig behandlingsnivå, ettersom at man ikke har samme sorteringsverktøy/kriterier i lv versus aku. Pasientsortering blir ofte personavhengig, alt etter hvor "streng" akuttmottaks koordinator er den aktuelle dagen

Når pasienter som er meldt inn til aku blir liggende på hvilerommet på lv kan de bli liggende uten tilsyn/observasjon, dette er skummelt i.f.t. dårlige pasienter og det skjer ofte.

## Sykepleiere akuttmottaket:

Noen pasienter skulle vært behandlet hos primærlege/lv/polikl. Alt for mange i akuttmottak som ikke har noe der å gjøre.

Økt tilstrømning av pasienter - større arbeidspress. Lavere terskel for å henvise pasienten videre inn til aku. Mange erfarne kollegaer har sluttet.

Akuttmedisinsk tjeneste er ikke blitt bedre i form av bedre ressurser/ressurstilgang, kompetanse. Men pasientflyten mellom legevakt sykehus er bedret i og med samlokalisering. Gir et bedre helhetsinntrykk av akuttmed. tjeneste

Det går raskere å ta imot pasienter fra legevakten eller pasienter som melder seg mot legevakten og som trenger akutt hjelp blir kjørt på riktig sted på kort tid.

Flere pasienter bør utredes på lv først. "Psykososiale pasienter" blir henvist fra lv til akuttmottak (føles ofte det er av bekvemlighetsårsaker).

Mindre vei mellom lv og aku - raskere behandling - tilsyn ved alvorlige tilstander. Pasienten har kun ett sted å forholde seg/henvende seg til - raskere sortering av pas som skal direkte til sykehus.

Høyere arbeidspress. Mindre forsvarlighet. Mindre fokus på faglighet. Mindre arbeidsglede. For mange personer å forholde seg til, for mye adm. Personell tilknyttet til akuttmottak (drift). Dårlig ledelse

Omorganisering og sammenslåing har ført til redusert faglig fokus for aku.

## Tilleggsspørsmål 2

Hvordan mener du at din arbeidssituasjon har endret seg etter innføringen av FAM?

## Ambulansearbeidere:

Økning i belastning og vurderingsturer av pasienter grunnet lite aktivitet av kjørelege.

Fam har fratatt delegert amb personell muligheten i mange tilfeller til å avgjøre rett beh nivå. Dette mener jeg er feil  
Flere unødvendige ledd å gå igjennom for å få levert pasient til legevakt. Ofte ber legevakt om at det gjøres ny vurdering i mottak før pasienten går inn til lv. Dette er uhørt og oppleves provoserende

Opplever i større grad å arbeide alene. Kommuniserer med spl, men via skjemaer og data, mindre ansikt til ansikt. Opplever at spl er pasientadministratorer mer enn helsepersonell. Tempo er roligere, men antallet behandlede pasienter per vakt er lavere. Samarbeidet lgv/mottak er ikke det mest kritiske, men derimot den interne org på lgv. Behov: Internkontroll, bedre prosedyrer og .....støtte, faglig.

Mer upersonlig miljø. Lengre avstander, dårligere hjelp fra sykepleierne, delvis fordi staben i stor grad er skiftet ut, delvis fordi sykepleierne er lite tilgjengelige, selv om de stort sett er flere enn før.

## Leger ved Legevakten

Avstanden mellom legevakt og akuttmottaket er kort, derfor har man mulighet for å gå direkte til mellomvakten for å diskutere problemer og vise dem EKG, for eksempel. Eller de kan komme og se på pasienter på legevakten, dette skjedde 2 - 3 ganger med meg. Dette var ikke aktuelt på den gamle legevakten

Bedre lokaler. Noe dårligere stemning i lv mtp samarbeidet med akuttmottaket. Stort minus: Jeg opplever at pasienter ligger på lv (delvis timesvis) i påvente av de kan trilles bort på akuttmottaket. (Dette ved stort press på akuttmottaket).

Det er gode lokaler, lettere innleggelse for pasienten. Lettere undersøkelse, bedre kontakt med sykehuset.

Positivt med nærhet til sykehuset. Negativt med lang fysisk avstand mellom legekantor og knutepunkt. Fører til mye unødvendig løping.

Mulighet for vakthavende lege på sykehus å komme innom for å se til pas. Dette kan hindre unødvendig innleggelse ved usikkerhet hos legevakslege



## Leger Akuttmottaket

Dårligere fysiske rammer for legene mhp IT og kontorfasiliteter.

Mulig lettere tilgjengelig legevakt

Opplysninger om prøver som er tatt, og faglig vurdering av pasientens plager i stedet for opprømsing. Opplever unntaksvis at noen (få) av legene mangler grunnleggende kompetanse innen særdeles viktige områder! Og tar ikke tilbakemelding på dette

Bedre dialog med legevakten

Synes av og til at det tar noe lenger tid i nye fam enn det gamle. Mer tid til elektronisk registrering, mindre til til assistanse fra hjelpepersonell i mottak. Må gjøre flere prosedyrer uten assistanse enn tidligere

Synes det av og til er for enkelt av legevaktslegen å sende pasienten videre, for de har for "mye" å gjøre.

Det er færre rom i nye aku, hvilket medfører mye arbeid med plassering av pasienter. Sengene fylles fort opp, og det blir raskt en stemning som dreier seg om å bli raskt "ferdig" med pasienten, fremfor fokus på kvalitet. Generelt synes undertegnede at sykepleierne bruker uforholdsmessig

mye tid på dokumentasjon; De kunne med fordel fulgt med inn til pasienten sammen med legene, fremfor å dokumentere i dips.

Ny funksjon, nye utfordrende oppgaver. Kontinuerlig kompetanseutvikling, større fagmiljø. Ny organisering av ledelse gir flere muligheter for fagutvikling av personell i avdelingen. Del av større organisasjon med flere støtteavdelinger (IT, IST, portør osv). Delaktig i en organisasjon/nærvær og fagmiljø. Høyere støynivå på grunn av mange ansatte på felles avd.

Bedre/systematisk fagutvikling. Muligheter til større faglige utfordringer (rullering).

## Sykepleiere Akuttmottaket

Flere travle vakter, ingen spisepause eller dobesøk. Dårligere turnus. Større sykefravær. Stor utskiftning av personell. Nye flotte lokaler.

Mye mer å gjøres. Mindre faglig forsvarlighet. Litt mindre arbeidsglede.

Arbeidsmengde matpause/går på wc kan ofte utebli, særlig på senvakter. Lettere å henvise pasient til aku fra lv bare for sikkerhets skyld?

Travlere vakter, lengre avstand mellom akuttrom og øvrige behandlingsrom fører til mye mer gåing. Dårligere vaktrom, ikke noe sted å spise maten uten å bli sett. Flere å få hjelp fra på travle vakter. Har fått hjelp av kollegaer på lv når de har hatt det stille og vi har det travelt.

## Vedlegg 7 Notat om Felles akutt mottak Steinar Hunskår 2008,



## Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Kalfarveien 31, 5018 Bergen  
Tlf. +47 – 55586500 Fax. +47 – 55586130  
post@legevaktmedisin.no  
www.legevaktmedisin.no

Bergen, 4.september 2008

Arbeidsgruppen  
”En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene”

V/Even Klinkenberg  
Seniorrådgiver  
Avdeling sykehustjenester  
Helsedirektoratet

### Felles akuttmottak (FAM)- en integrering av første- og andrelinjetjenesten

Vi viser til møte i arbeidsgruppen onsdag 20. august 2008 der Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) var invitert til å innlede til diskusjon om Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i et akuttmedisinsk perspektiv samt om erfaringer fra felles akuttmedisinsk mottak (FAM). Som kjent gikk innleggene om FAM ut av tidsmessige grunner. Vi har derfor laget et oppsummerende notat av det vi hadde tenkt å presentere for gruppen.

#### FAM i Norge

Kjennetegnet ved felles akuttmottak er at legevakten er fysisk en del av akuttmottaket der sykepleiere/medarbeidere er ansatt i helseforetaket og legevaktlegene har arbeidsavtale med kommunen og er selvstendig næringsdrivende i legevaktarbeidet. Kommunen betaler helseforetaket etter ulike fordelingsnøkler (leieutgifter, driftutgifter). Legevaktsentralen kan ligge i eller utenfor FAM eller i AMK-sentralen.

#### Ulike modeller

Organisatorisk finnes det kommunale og interkommunale FAM-modeller. Legene kan være fast ansatte kommuneleger eller fastleger eller andre som har avtaler med kommunen. Legevaktlegene kan administreres av kommunen eller av helseforetaket (lege eller sykepleier). Medisinsk ansvar ligger som regel hos medisinsk faglig ansvarlig i kommunen, men kan også være definert til den enkelte lege i vakt. For å sikre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten har noen etablert Samarbeidsråd, der rutiner, prosedyrer og erfaringer diskuteres.



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er faglig knyttet til  
Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen  
og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens  
kommunikasjonsberedskap (KoKom)



I følge vårt nasjonale legevaktregister var det i 2007 13 FAM med i alt 31 deltakende kommuner. Per i dag er det 12 med til sammen 29 kommuner da ett FAM er lagt ned (Larvik).

### **Erfaringer**

Det er ingen kjente systematiske evalueringer fra FAM-modellen. Noen har gjort interne undersøkelser/vurderinger, men disse er ikke tilgjengelige.

Erfaringer som er beskrevet i Veileder for etablering og drift av interkommunale legevakter (IS 13/2003 SHDir) er at fordelene med FAM kan være at pasientene har ett sted å henvende seg til ved skader og sykdom. FAM kan gi god ressursutnyttelse ved fleksibel bruk av helsepersonell og jobbrotasjon. Det er kort vei til spesialister og mulighet for rådgøring, samt bruk av sykehusets røntgen og laboratorietjenester.

Ulempene som har vært beskrevet er at ulike arbeidsgivere kan utfordre samarbeid og felles tilhørighet og dermed styrkeforholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten. I store sykehus kan det oppstå utfordringer med fullstendig jobbrotasjon i alle akuttmottakets enheter (medarbeidere). I tillegg kan modellen skape urealistiske forventninger fra pasienter om innleggelse og ressursbruk.

### **Internasjonale erfaringer**

Det er få studier som direkte kan overføres til norske forhold, men noen relevante studier viser effekter ved å kombinere tjenestenivåer.

#### **Allmennleger i sykehusets akuttmottak**

Det er gjort studier fra sykehus der man som alternativ til sykehusets leger har engasjert allmennleger til å arbeide med sortering, tidlig diagnostisering og første behandling i akuttmottaket. Studiene viser at allmennleger i akuttmottak i forhold til utdanningsleger i sykehus kan redusere antall innleggelse og tid til beslutning. Bruk av laboratorium, røntgen og annen teknologi reduseres, det samme gjør kostnadene. Effektene er fra moderate til tydelige, og har vært brukt som argumenter fra sykehusets side om å fortsette slike ordninger.

Hvis utgangspunktet derimot er at aktiviteten alternativt kunne vært utført av allmennleger under vanlige allmennmedisinske rammevilkår (legevaktstasjon/legekontor), viser erfaringer og studier at allmennleger som får tilgang på mer ressurser innen diagnostikk og behandling, samt har større nærhet til sykehus, øker antall innleggelse, og tid til beslutning. Modellen gir økt bruk av laboratorium, røntgen og annen teknologi, i forhold til legevakt utenfor sykehus. Også kostnadene økes. Den økte ressursbruken og de økte kostnadene kan ikke knyttes til økt helseeffekt.

#### **Shared care**

Uttrykket brukes i internasjonal litteratur for en aktivitet som går på utarbeiding av felles retningslinjer mellom første- og andrelinjetjenesten for diagnostikk, og oppfølging av kronisk syke. I forhold til tradisjonell praksis viser studier at dette gir en mer systematisk oppfølging, men gir økt bruk av laboratorium, røntgen og annen teknologi. Kostnadene økes, og det har vært vanskelig å påvise signifikant helseeffekt.

#### **Engelsk utredning 2008**

I juli i år publiserte det engelske parlamentet en rapport som evaluerer førstelinjetjenesten: "Inquiry report on GP Access & Health Improvement in Primary Care" (All Party

Parliamentary Group, Primary Care and Public Health, Juli 2008). Spørsmålet om effektivisering av legevakt, akuttmedisin og "out-of-hours care" diskuteres. AED departments (Accidents and Emergencies Department) kan til en viss grad sammenliknes med en integrert FAM-modell. I kapittel 3.2.3 oppsummeres erfaringene slik:

#### 3.2.3 A & E Departments

*"Overall respondents did not feel that AED departments were the right environment for primary care services, one potential problem was with new rotations of trainee doctors who tend to overestimate risk, and consequently overorder diagnostic tests, unnecessarily driving up costs and patient time".*

### Samlet vurdering fra Nklm

Nklm mener at det finnes svært sparsom dokumentasjon på effektene av FAM-modellen for norsk legevakt, både positive og negative. Vi har registrert at ett FAM er nedlagt. Det er mange uavklarte juridiske forhold angående eventuelle integrerte modeller på tvers av tjenestenivåene i Norge.

Ut fra den tilgjengelige vitenskapelige litteraturen med relevans for området, er det grunn til å være skeptisk til nytteeffektene av samordning av sykehusenes og primærhelsetjenestenes oppgaver. Studier tyder på at man lett kan få økt ressursbruk uten påviselige helseeffekter, og at man tilslører tjenestenes egenart der primærhelsetjenestene skal bruke lite ressurser på de mange og sortere ut de mulig sykeste, og at sykehusene skal bruke sine ressurser på en selektert gruppe med større behov og større effekt av ressursbruken.

På grunn av norsk geografi og befolkningsplassering er det lite trolig at FAM tilknyttet lokalsykehus kan bli en gjennomgående modell for norsk legevakt. De største byene vil trolig i økende grad satse på store, døgnåpne legevakter, og de aller minste sykehusene vil trolig miste akutfunksjonene. Den gruppen sykehus som da står tilbake, vil dekke en mindre del av landets geografi og befolkning. Det er selvsagt ikke til hinder for at man ut fra lokale forhold satser på en FAM-løsning enkelte steder i framtiden, når forholdene gjør dette ønskelig.

Nklm mener at FAM ikke bør foreslås som en ønsket generell modell for integrerte legevakt- og sykehustjenester nå. Forsøk med tilknyttede evalueringsprosjekt bør muligens planlegges. Lokale avtaler og ordninger bør fortsatt kunne etableres, men det er viktig at erfaringer dokumenteres og formidles.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskaar  
professor, forskingsleiar

## Vedlegg 8 Aktivitetstall legevakten 2003 - 2007

<b>Aktivitetstall legevakten 2003 - 2007, legekontakter inkl. sykebesøk</b>					
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
	2907	3387	3614	3519	3510
	2799	3011	3198	3092	2998
	3271	3142	3883	3539	3221
	3320	3265	3482	3589	3274
	3376	3606	3968	3540	3518
	3378	3246	3384	3565	3292
	3230	3100	3408	3271	2906
	3455	3583	3187	3245	3120
	2973	3104	3247	3361	3037
	2948	3391	3318	3327	3085
	3272	3015	3389	3122	3064
	3965	3612	3911	3674	4111
<b>Total pr år</b>	<b>38894</b>	<b>39462</b>	<b>41989</b>	<b>40844</b>	<b>39136</b>
Gjennomsnitt pr. mnd	3241	3289	3499	3404	3261