

Tromsø | 05/2013

# Interkommunal legevaktssamarbeid kan styrke pasientsikkerheten

Anita Monsen Pedersen  
MK-08

Veiledere:

Ivar Johannes Aaraas, Nasjonalt senter for Distriktsmedisin

Svein Steinert, Nasjonalt senter for Distriktsmedisin

## **Innholdsfortegnelse**

Resymé.....	s. 3
Introduksjon.....	s. 4
Nordreisa kommune.....	s. 4
Kåfjord kommune.....	s. 4
Interkommunal legevakt.....	s. 5
Setting.....	s. 7
Legevakten i Nordreisa.....	s. 7
Legevakten i Kåfjord.....	s. 7
Materiale og metode.....	s. 8
Resultat.....	s. 9
Diskusjon.....	s. 15
Nordreisa kommune.....	s. 15
Kåfjord kommune.....	s. 15
Avstand og legevaktsorganisering.....	s. 16
Akuttberedskap, bilambulanse.....	s. 17
Samarbeid mellom ulike grupper av helsepersonell.....	s. 17
En fremtidig legevaktsorganisering.....	s. 18
Konklusjon.....	s. 20
Kildehenvisninger.....	s. 21

## Resymé

Denne oppgaven tar primært for seg to legevakter i distriktet med store avstander, der man ser på problemstillingen rundt kommunenes ofte anstrengte økonomi, som reiser spørsmål om interkommunale legevaksordninger. Oppgaven belyser i stor grad pasientsikkerheten slik situasjonen er i dag, og om denne vil endres ved et legevaktssamarbeid med flere kommuner.

For å besvare problemstillingen er det utført et observasjonsstudie der all aktivitet på legevakten i to utvalgte kommuner er registrert i en uke hver. Aktiviteten er registrert på et særskilt undersøkesskjema designet for denne oppgaven.

Materialet viste store likheter, men også flere forskjeller. Forskjellene synes i stor grad å være påvirket av at kommunene har organisert legevakten på ulike måter.

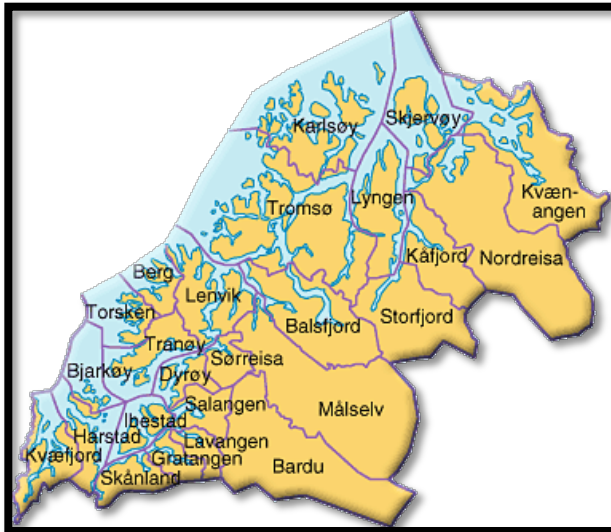
Pasientsikkerheten ble spesielt vurdert ved hastegradene akutt alvorlig og mulig livstruende som begge krevde umiddelbar vurdering og behandling, der man fant at pasientsikkerheten i stor grad er ivaretatt slik legevaktene er organisert i dag.

Det er allikevel mye rom for forbedringer i begge legevakter, slik at man får en ennå bedre og mer forsvarlig legevaksorganisering.

Dette kan gjøres gjennom en interkommunal legevakt. Denne organiseringen vil skape en større avstand til lege utenfor kontortid og i utgangspunktet svekke pasientsikkerheten, men for å opprettholde en forsvarlig beredskap for mulig livstruende og akutt alvorlige hendelser kreves en lege i bakvakt og økt beredskap for bilambulanse. Pasientsikkerheten vil på den måten fortsatt være ivaretatt ved en interkommunal legevaksordning.

## Introduksjon

Lengst nord i Troms fylke finner vi kommunene Nordreisa, Kåfjord, Skjervøy og Kvænangen. Oppgaven tar primært for seg kommunene Nordreisa og Kåfjord.



**Figur 1 – Kart over Troms fylke. Figuren illustrerer kommunene i Nord-Troms i forhold til hverandre og i forhold til Tromsø kommune der nærmeste sykehus er lokalisert. Kilde: <http://www.kafjord.kommune.no/troms-fylke.5206-864.html>**

### *Nordreisa kommune*

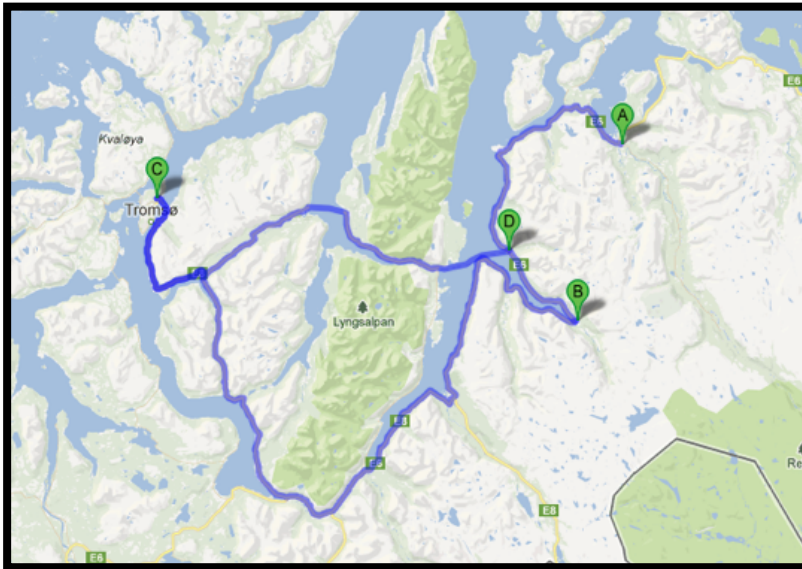
Nordreisa kommune (1) hadde per 1.1.2012 et folketall på 4805 (2) personer. De aller fleste av disse er lokalisert på Storslett, der man også finner DMS Nord Troms og Helsesenteret Sonjatun med blant annet legekontor og legevakt. Like utenfor Storslett ligger tettstedet Sørkjosen, med blant annet Sørkjosen Lufthavn. I kjøreavstand fra Sonjatun til UNN er det 142 km via fergeforbindelsene, og 236 km via Nordkjosbotn (se figur 2). Denne kjøreturen tar uavhengig av veivalg i overkant av tre timer.

### *Kåfjord kommune*

Kåfjord kommune (3) er en kommune som per 1.1.2012 hadde et folketall på 2185(2) personer. Kommunene strekker seg langs E6 med en kystlinje på 8 mil, og ligger langs E6 lenger sør enn Nordreisa kommune. Kommunen har tre tettsteder; Manndalen, Birtavarre og Olderdalen, der Birtavarre er stedet som ligger i midten. Her finner man Kåfjord Helsestasjon med blant annet legekontor og legevakt.

Fra legevakten er det to alternative kjørestrekninger til nærmeste sykehus, UNN (se figur 2). Alternativet rundt Olderdalen har en strekning på 113 km, men involverer fergeforbindelser, mens alternativet via Nordkjosbotn har en strekning på 170 km. Uansett veivalg vil kjøreturen være beregnet til i overkant av to timer.

Alternative transportmåter til UNN fra de ulike legevaktene er ambulanshelikopteret. Standard flytid når de flyr sine faste traseer er 20-25 minutter til Birtavarre og 25-28 minutter til Storslett (personlig meddelelse fra leder i akuttmedisinsk avdeling, helikopteret, UNN).



**Figur 2 – Kjørestrekninger fra legevaktene i Nordreisa og Kåfjord kommune til Universitetssykehuset Nord-Norge.**

**A – Sonjatun, Nordreisa kommune  
B – Kåfjord Legekontor, Kåfjord kommune  
C – Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø kommune  
D – Olderdalen, Kåfjord kommune**

**Kilde: Google Maps**

### *Interkommunal legevakt*

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har utarbeidet en rapport om forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt (4). I den er det tall fra 2007 som viser at nær 75 % av landets kommuner deltok i interkommunale legevakter, og dette var mest utbredt i de minste kommunene. Videre har NKLM foreslått hvordan landets legevakter kan organiseres slik at de tilfredsstillers forskriftskrav og moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Dette innebærer blant annet å organisere legevaktene i interkommunale legevakter.

Per i dag deltar verken Nordreisa, Kåfjord, Skjervøy eller Kvenangen i interkommunal legevakt. Skjervøy kommune har vært en initiativtaker til et slikt samarbeid mellom alle fire kommuner, og fremmet i 2009 et forslag om dette. Dette er en løsning de ønsker pga vanskeligheter med rekruttering av leger i stillinger grunnet høy vaktbelastning. Kåfjord og Kvenangen kommune har takket nei, mens Nordreisa kommune har takket ja.

Dersom en slik samarbeidsavtale med alle fire kommuner inngås har forfatter hatt uoffisielle samtaler med politikere i kommunene, der det kommer frem at legevakten

lokaliseres i Nordreisa kommune. I tillegg til å ha flest innbyggere, vil også denne kommunen ligge i midten av alle samarbeidskommuner.

Kåfjord kommune er den av disse kommunene som langs E6 ligger lokalisert nærmeste UNN. Ved en slik samarbeidsavtale vil pasientene fra ytterpunktet i Kåfjord ha en kjøreavstand på ca 1 ½ time til legevakten. Dette er i retning bort fra sykehuset. Vil dette være en forsvarlig ordning?

I denne oppgaven stiller forfatter spørsmål om pasientsikkerheten er forsvarlig slik situasjonen er i dag, og om den vil bli forsvarlig ved et slikt legevaktssamarbeid.

## **Setting**

### *Legevakten i Nordreisa*

Legekontoret har seks fastleger i arbeid og en turnuslege. Legevakten er organisert slik at den enkelte legen betjener legevakten fra kl. 0800 på morgenen og ett døgn fremover. Unntaket er helgene, der en lege har vakt fra fredag morgen til mandag morgen.

Vakthavende lege befinner seg på legekontoret fra klokken 08 – 16, der han betjener legevaktshenvendelser og akutte hendelser. Arbeidstygden blir da innenfor kontortid. Etter kl. 16, vil legen i samarbeid med legevaktsentralen prioritere pasienter som ikke kan vente til kontortid neste dag. Dette gir lite pasienter på kvelds- og nattestid. Med til sammen syv leger kan de ha en slik vaktordning, der vaktbelastningen per lege da blir relativt liten.

Det er stasjonert to ambulanser på Storslett. Døgnbilen er operativ hele døgnet for ren akuttberedskap, mens dagbilen er operativ mellom kl. 08 – 20 fra mandag til fredag, og i tillegg til akuttberedskap, har denne vanlig syke-transport- oppdrag.

### *Legevakten i Kåfjord*

I Kåfjord kommune har de tre fastleger og en turnuslege. Kommunelege I deltar ikke i legevakt, mens en særordning gjør at kommunens legevakt betjenes primært av to leger. Disse to legene har seg imellom organisert legevakten der de hver betjener den 14 døgn av gangen. Når den enkelte legen ikke betjener legevakten er han heller ikke tilstede i kommunen. Dette betyr at han samtidig som han betjener legevakten, også tar hånd om sine fastlegepasienter. Videre gjør dette at legen primært på dagtid har fastlegepasienter, mens legevakthenvendelsene betjenes på ettermiddagen og kvelden. Legevaktsentralen i Kåfjord har ingen silingsfunksjon og slipper alle henvendelser gjennom til vakthavende lege som selv gjør en vurdering. Dette gir et større arbeidspress og lange arbeidsdager. Ordningen i Kåfjord kommune gir en høy vaktbelastning og er sårbar dersom en av disse legene faller ifra. Ordningen vil ikke være rekrutterende for nye leger, og den strider mot forslagene i NKLMs handlingsplan for legevakter.

I Birtavarre er det også stasjonert to ambulanser, en døgnbil og en dagbil, med tilsvarende funksjon som i Nordreisa, der eneste forskjell er at dagbilen er operativ fra kl. 08-18 mandag til fredag.

## **Materiale og metode**

I forbindelse med denne oppgaven er det registrert all aktivitet på legevakten i Nordreisa og Kåfjord kommune i syv døgn hver. I Nordreisa er aktiviteten registrert i tidsrommet 12.12.11 – 18.12.11, mens i Kåfjord er aktiviteten registrert i tidsrommet 02.01.12 – 08.01.12. I begge tilfeller har vakthavende leger bekreftet at de ukene materialet er samlet inn, i store trekk er representativ for en vanlig uke ved den enkelte legevakt.

Aktiviteten er registrert på et særskilt undersøkesskjema designet for denne oppgaven. Skjemaet bestod av 20 punkter, og ble utfylt fortløpende under hver enkelt konsultasjon av forfatter i oppgaven. Den informasjonen som ikke kom frem under konsultasjonen ble registrert i etterkant. Forfatter hadde rollen som observatør ved alle konsultasjoner. På skjemaet ble det registrert kjønn, alder, ukedag, tid på døgnet, kontakttype, reisetid, ventetid på kontoret og konsultasjonstid. Det ble også registrert om pasienten hadde med seg pårørende, type problemstilling og vurdering av hastegrad før og etter undersøkelsen. Hastegradene var inndelt i ikke alvorlig, akutt alvorlig og mulig livstruende. Ved henvendelsene som var registrert som akutt alvorlig eller mulig livstruende, ble det også registrert om det ble utført spesielle prosedyrer som luftveistiltak, venekanyler, medikamenter eller EKG, og hvilken type helsepersonell som utførte tiltaket. Det ble også registrert om pasient trengte videre oppfølging, og hvor neste oppfølgingssted var, type transport til neste oppfølgingssted og beregnet tid til neste sted. I etterkant av konsultasjonen ble legen spurt om den enkelte tilstanden kunne vært behandlet hos fastlege, ikke legevakt, og om hvor sikker legen var i sin beslutning angående diagnose, tiltak og videre plan. Dette ble gradert i fem grader fra helt sikker til ganske usikker. Dersom annet helsepersonell var involvert i konsultasjonen ble de bedt om en vurdering av om pasientsikkerheten var ivarettatt under konsultasjonen. Dette var gradert i fem grader fra tvilsom til meget godt ivarettatt. Punktene som omhandlet ventetid på kontoret, konsultasjonstid og om pasienten hadde med seg pårørende er ikke videre analysert, da dette ikke ble vurdert som relevant for oppgaven.



## Resultat

I Nordreisa var det 98 henvendelser til legevakten i løpet av en uke (2,04% av befolkningen), i Kåfjord var det 49 (2,24% av befolkningen). Det er ikke registrert personopplysninger, slik at man ikke vet om samme person har kontaktet legevakten flere ganger.

Kjønns- og aldersfordelingen i legevaktshenvendelsene mellom de ulike kommuner fremgår i tabell 1.

**Tabell 1 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune**  
**KJØNNS- OG ALDERSFORDELINGEN**

ALDER	NORDREISA KOMMUNE N = 98		KÅFJORD KOMMUNE N = 49	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)
< 20	9 (9,2 %)	10 (10,2 %)	2 (4,1 %)	5 (10,2 %)
20 – 70	28 (28,6 %)	39 (39,8 %)	12 (24,4 %)	23 (46,9 %)
> 70	7 (7,1 %)	5 (5,1 %)	6 (12,2 %)	1 (2,0 %)
Totalt	44 (44,9 %)	54 (55,1 %)	20 (40,8 %)	29 (59,2 %)

Tabell 2 viser at det i Nordreisa var få konsultasjoner i helgene, mens det i Kåfjord var forholdsvis mange.

**Tabell 2 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune**  
**UKEDAG**

UKEDAG	NORDREISA KOMMUNE N = 98	KÅFJORD KOMMUNE N = 49
	Antall (prosent)	Antall (prosent)
Mandag til fredag	87 (88,8 %)	35 (71,4 %)
Lørdag og søndag	11 (11,2 %)	14 (28,6 %)

Tabell 3 viser at de fleste konsultasjoner på legevakten i Nordreisa var på dagtid, mens i Kåfjord var de fleste konsultasjoner på ettermiddagen og kvelden.

**Tabell 3 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune**  
**KONTAKTTIDSPUNKT PÅ DØGNET**

<i>KONTAKTTIDSPUNKT</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 98	<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 49
	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)
Dagtid: 8 - 16	82 (83,7 %)	9 (18,4 %)
Ettermiddag/kveld: 16 - 23	9 (9,2 %)	33 (67,4 %)
Natt: 23 - 08	7 (7,1 %)	7 (14,2 %)

Måten pasienten hadde kontakt med legevakten på var stort sett likt i begge kommuner. De aller fleste pasienter, hhv 98 % i Nordreisa og 95,9 % i Kåfjord møtte legen på legevaktlokalet. I Nordreisa foregikk to konsultasjoner utenom legevaktlokalet, hhv 1 konsultasjon på sykehjem og 1 konsultasjon i politiarresten. I Kåfjord var det også to konsultasjoner som foregikk utenfor legevaktlokalet, der var det hhv 1 konsultasjon bestående i utrykning med ambulanse og 1 hjemmebesøk.

Tabell 4 viser pasientens tidsbruk til legevakten.

**Tabell 4 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune**  
**TIDSBRUK TIL LEGEVAKT**

<i>TIDSBRUK</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 98	<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 49
	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)
1-10 min	74 (75,5 %)	12 (24,5 %)
11-30 min	18 (18,4 %)	35 (71,5 %)
31-60 min	5 (5,1 %)	1 (2,0 %)
Ikke aktuelt (feks; lege oppsøkte pasient)	1 (1,0 %)	1 (2,0 %)

Problemstillingene pasientene presenterte er registrert med utgangspunkt i International Classification of Primary Care (ICPC), som er kodesystemet for primærhelsetjenesten. Mindre organer og problemstillinger er slått sammen i tabellen.

**Tabell 5 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune**  
**DIAGNOSE ETTER ORGANSYSTEM**

<i>ORGAN DIAGNOSE</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 98	<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 49
	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)
Fordøyelse	2 (2,0 %)	3 (6,1 %)
Sanseorganer	13 (13,3 %)	3 (6,1 %)
Hjerte-kar	6 (6,1 %)	3 (6,1 %)
Muskel-skjelett	15 (15,3 %)	4 (8,2 %)
Psykisk	6 (6,1 %)	2 (4,1 %)
Luftveier	14 (14,3 %)	11 (22,4 %)
Hud	7 (7,1 %)	7 (14,3 %)
Urinveier	10 (10,2 %)	3 (6,1 %)
Traume/vold/skader	12 (12,2 %)	4 (8,2 %)
Annet, feks svangerskap, endokrine sykdommer, blodsykdommer etc	13 (13,3 %)	9 (18,4 %)

Ved spørsmål om hastegrad før og etter undersøkelsen, ble samme hastegrad holdt i de aller fleste tilfeller, slik man ser fremgår i tabell 6. Der hastegraden ble justert, ble i hovedsak mulig livstruende og akutt alvorlig nedjustert til en lavere hastegrad. I Nordreisa var det to tilfeller der hastegraden ble oppjustert etter undersøkelse. Et tilfelle gikk fra ikke alvorlig til akutt alvorlig, der problemstillingen førte til innleggelse på sykehjem for observasjon og behandling. Et annet tilfelle gikk fra akutt alvorlig til mulig livstruende, der problemstillingen var akutt oppståtte ryggsmarter, først tolket som muskel- skjelett problematikk, men som etter undersøkelse var mistenkt aortaaneurisme, der pasient ble fraktet til sykehus med helikopter.

**Tabell 6 - En ukes registrering av legevakthenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune  
HASTEGRAD VED KONTAKT OG ETTER UNDERSØKELSE**

<i>HASTEGRAD</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 98		<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 49	
	Ved melding	Etter undersøkelse	Ved melding	Etter undersøkelse
Mulig livstruende	2,0 %	2,0 %	16,3 %	6,1 %
Akutt alvorlig	13,3 %	8,2 %	14,3 %	16,3 %
Ikke alvorlig	84,7 %	89,8 %	69,4 %	77,6 %

I alle henvendelser som ved kontakt ble registrert som akutt alvorlig eller mulig livstruende, ble det også registrert type tiltak utført hos pasient og hvem av helsepersonellet som utførte tiltaket. Dette kommer frem i tabell 7. Flere tiltak kan være utført på samme pasient.

**Tabell 7 - En ukes registrering av legevakthenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune  
TYPE TILTAK UTFØRT HOS PASIENTER REGISTRERT SOM AKUTT ALVORLIG ELLER MULIG  
LIVSTRUENDE, OG HVEM SOM HAR UTFØRT TILTAKET**

<b>TILTAK</b>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> Tiltak utført av:			<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> Tiltak utført av:		
	Lege	Ambulanse	Sykepleier	Lege	Ambulanse	Sykepleier
Venekanyle		3	6	1	3	
Luftveilstiltak	1	3	3	4	1	
Medikamenter	5	1	1	8		
EKG	3	1		4		
Stabilisering av frakturer				2		
Andre		1		3		

Et annet punkt i registreringen tok for seg vakthavende leges vurdering om denne tilstanden kunne vært behandlet hos fastlege, ikke legevakt. I Nordreisa mente de at dette var tilfellet i 49,0 % av konsultasjonene, mens i Kåfjord mente de at dette var tilfelle i 10,2 % av konsultasjonene.

Etter legevaktskonsultasjonen ble de aller fleste pasienter sendt hjem, mens hver tiende pasient ble innlagt på sykehus. Dette fremgår av tabell 8.

**Tabell 8 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune  
STED FOR VIDERE OPPFØLGING**

<i>VIDERE OPPFØLGING</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 98	<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 49
	Antall (Prosent)	Antall (Prosent)
Hjem	86 (87,8 %)	40 (81,6 %)
Sykehus	9 (9,2 %)	5 (10,2 %)
Sykehjem	2 (2,0 %)	2 (4,1 %)
Annet	1 (1,0 %)	2 (4,1 %)

I tabell 9 kan vi se at av de pasienter som ble innlagt på sykehus, ble de alt etter hastegrad, transportert dit på ulike måter.

**Tabell 9 - En ukes registrering av legevaktshenvendelser i Nordreisa og Kåfjord kommune  
TRANSPORTTYPE TIL SYKEHUS**

<i>TYPE TRANSPORT</i>	<i>NORDREISA KOMMUNE</i> N = 9	<i>KÅFJORD KOMMUNE</i> N = 5
Egen hjelp	1	2
Taxi	2	0
Ambulanse	4	3
Helikopter	2	0

I spørsmålet om hvor sikker legen var i sin beslutning angående diagnose, tiltak og videre plan, var det en tydelig forskjell mellom kommunene. I Nordreisa var legen helt sikker til ganske sikker i 90,8 % av tilfellene, men var mer usikker til veldig usikker i 9,2 % av tilfellene. I Kåfjord var legen helt sikker til ganske sikker i 100 % av tilfellene, og ikke i noen tilfeller usikker.

I begge kommuner var det 24 hendelser der annet helsepersonell i tillegg til legen var tilstedet. Disse henvendelsene var i stor grad henvendelser med hastegrad akutt alvorlig og mulig livstruende. I disse tilfellene vurderte helsepersonell at pasientsikkerheten var ivaretatt godt i ett tilfelle, og meget godt i alle andre tilfeller.

Som observatør gjorde forfatter egne observasjoner som ikke fremgår av registrert materiale. Det ble ikke observert noen tilfeller med dødelig utgang, så lenge pasienten var legevaktens ansvar. Forfatter har ikke hatt mulighet å følge pasienttilfeller, og vet således ingenting om videre forløp.

## Diskusjon

Denne studien har sammenlignet to nabokommuners legevaktstjeneste for å belyse situasjonen slik den er i dag for pasientsikkerheten, og for bedre å kunne svare på om pasientsikkerheten vil styrkes eller svekkes ved et interkommunalt legevaktssamarbeid. Materialet viser store likheter, men også flere forskjeller. Forskjellene synes i stor grad å være påvirket av at kommunene har organisert legevakten på ulike måter.

I begge kommuner er det forholdsvis like mange som tar kontakt med legevakten med henhold til kjønn og alder. Kontakttype er lik i begge kommuner, i all hovedsak er det konsultasjon på legevaktlokalet. Dette tyder på at behovet for legevaktstjenesten er tilnærmet lik i begge kommuner.

### *Nordreisa kommune*

I dag ser man at situasjonen i Nordreisa kommune gir liten vaktbelastning per lege. Vakthavende lege har arbeidstynghen innenfor kontortid i ukedagene, og har relativt liten arbeidsmengde etter kontortid og i helgene, slik at legen på vakt i stor grad er våken og opplagt. Legevaktssentralen vil i samarbeid med vakthavende lege prioritere pasienter som ikke kan vente til kontortid neste dag for vurdering og behandling. Dette sikrer at pasienter som trenger det får den hjelpen som behøves. Ordningen fungerer bra slik den er i dag. Allikevel, grunnet spørsmål om økonomi, ønsker Nordreisa kommune å forandre på dette med å opprette et interkommunalt legevaktssamarbeid med sine nabokommuner.

### *Kåfjord kommune*

I Kåfjord kommune er situasjonen annerledes. Kommunen ønsker per dags dato ikke å delta i et interkommunalt legevaktssamarbeid, da kommunelege I stiller spørsmål om pasientsikkerheten vil bli ivaretatt tilfredsstillende dersom avstanden til lege blir større enn den er i dag. I dag er vaktbelastningen i Kåfjord ekstremt høy, der den enkelte lege har kontinuerlig legevakt i 14 dager. Legen har konsultasjoner primært for fastlegepasientene i kontortiden. Legevaktssentralen i kommunen har ingen silingsfunksjon, og slipper dermed alle henvendelser gjennom til legen. Dette fører til at svært få av henvendelsene konsulteres innenfor kontortid i ukedagene, men gir da til

gjengjeld et stort arbeidspress etter kontortid og i helgene. Over 80 % av alle legevaktskonsultasjoner skjedde på ettermiddag, kveld og på natten, i motsetning til Nordreisa der bare 16 % av hendelsene skjedde i samme tidsrom (tabell 3).

Organiseringen i Kåfjord vil raskt gi en trøtt og uopplagt vakthavende lege, som i verste fall ennå har 13 døgn igjen av sin vaktperiode. Et avgjørende spørsmål er da om ikke situasjonen slik den er i dag gir en større fare for pasientsikkerheten enn slik situasjonen vil bli ved et interkommunalt legevaktssamarbeid.

### *Avstand og legevaktsorganisering*

Argumentet til kommunelege I i Kåfjord for ikke å delta i et interkommunalt legevaktssamarbeid var store avstander. Dette er noe man ikke kommer bort i fra, men dette er noe man kan ha en løsning på. Tabell 6 viser at 80-90 % av henvendelsene til legevakten i begge kommuner er henvendelser som ikke er av en alvorlig art. Dette er henvendelser som ikke trenger øyeblikkelig vurdering og behandling, men kan vente til time hos fastlegen. De resterende 10-20 % er henvendelser av en mer alvorlig art som krever rask vurdering og behandling, men viser allikevel at det bare var 2 % i Nordreisa og 6,1 % i Kåfjord som var mulig livstruende og trengte umiddelbar behandling. Den forskjellen som vises her kan skyldes at i Nordreisa vurderes hastegrad i et samarbeid mellom legevaktssentral og vakthavende lege, og legevaktssentralen bruker "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp" som et verktøy for beslutning av hastegrad. I Kåfjord står legen alene i beslutning om hastegrad, og bruker ikke denne indeksen, men eget skjønn. Det er rimelig å tro at prosentdelen av hastegrad mulig livstruende i Kåfjord vil gå ned dersom man også der bruker annet verktøy som et ledd i beslutningen. Dette viser uansett at tilstander som er mulig livstruende ikke forekommer hyppig. De fleste av disse tilstandene vil involvere AMK, og dermed også en utrykning med ambulansetjenesten for tidlig å sikre primær behandling. For disse situasjonene vil man ved en interkommunal legevakt kunne ha en bakvaktordning etter kontortid, men de vil sjelden ha behov for utrykning.

Uavhengig av hvor legevakten lokaliseres ved et interkommunalt samarbeid, vil det være store avstander til hver ytterpunkt. Nordreisa og Kåfjord kommune har til sammen mange små tettsteder, men det største tettstedet finner man på Storslett i Nordreisa. Halvparten av alle pasienter i begge kommuner til sammen bodde inntil 10 minutter



unna legevakten i Nordreisa. Det vil være naturlig å tenke seg til at en legevakt primært organiseres her, spesielt også dersom andre kommuner deltar i samarbeidet, da Nordreisa vil være midtpunktet. Dette fører til at pasienter fra Kåfjord vil ha en lang vei til legevakt i retning fra sykehuset. Fra ytterpunktet i Kåfjord vil det på det lengste ta ca 1 ½ time å kjøre til legevakten i Nordreisa. Dersom det viser seg at pasienten trenger sykehuskrevende behandling, men ikke er av så alvorlig art at bakvakt rykker ut, vil pasienter få opptil 3 timer forsinket behandling i sykehus bare i forlenget transporttid. Ved livstruende tilstander der helikoptertransport og samarbeid med AMK er aktuelt vil imidlertid transporttiden i hovedsak være den samme som i dag.

#### *Akuttberedskap, bilambulanse*

Videre fremgår det av tabell 9 at ambulanse oftest er involvert i de pasienter som skal transporteres til sykehus. Med opptil 3 timer økt transporttid vil ambulansetjenesten som fungerer som akuttberedskap være flere timer på veiene, og færre timer i beredskap, og dermed vil akuttberedskapen i den enkelte kommune være svekket. Dette kan løses med å øke akuttberedskapen i kommunene. Det som i dag er dagbiler i kommunene, kan omorganiseres til også å være døgnbiler, slik at hver kommune til enhver tid har to ambulanser i aktiv tjeneste. Dette er et ansvar som hviler på UNN og staten, og en slik omorganisering vil koste mer penger, men denne ekstrautgiften kommer en ikke utenom dersom forsvarlig beredskap skal opprettholdes.

#### *Samarbeid mellom ulike grupper av helsepersonell*

I Nordreisa hadde legevakten et mer etablert akuttmottak, der legesekretærer assisterte legen på dagtid, og sykepleiere fra sykehjemmet assisterte legen etter kontortid. Assistentene behersket i stor grad bruken av utstyr og fungerte godt sammen med legen. Det var til gjengjeld et dårligere samarbeid med ambulanspersonell, der ambulanse avleverte pasienter til assistent eller lege og forlot akuttmottaket. De kom tilbake når pasient var ferdigbehandlet av lege, dersom de fikk et nytt oppdrag fra AMK der den samme pasient skulle transporteres til neste avlevering, oftest sykehuset. Dette begrensede samarbeidet kan være blant årsakene til at vakthavende lege normalt ikke

rykker ut til pasient med ambulanse selv om problemstillingen er av mulig livstruende art, og legen dermed tidligere kunne startet behandling.

Legevakten i Kåfjord er her annerledes. Vaktstående lege har lite samarbeid med legesekretærer eller sykepleiere og står oftest uten dem i akuttmottaket. De færreste sykepleiere fra sykehjemmet behersket bruken av utstyret i akuttmottaket.

Legesekretærene behersket dette til en viss grad, men ikke nok til å kunne stå alene. Vaktstående lege har til gjengjeld et godt samarbeid med ambulanspersonell, og rykker ofte ut sammen med dem på akuttoppdrag. Ambulanspersonellet forlater ikke akuttmottaket før videre tiltak er klarlagt, og fungerer dermed som assistenter for legen i akuttmottaket. Ordningen i Kåfjord gjør at legen sikrer tidlig primær behandling, at legen og ambulanspersonell kjenner hverandre og sine begrensninger og fungerer godt sammen i arbeidet når tidsfaktoren er liten. Kommunen vil slik situasjonen er i dag, men også i en interkommunal legevaksordning, kunne hatt god nytte av Bjarkøymodellen (5). Modellen innebærer regelmessig tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening der også sykepleiere, legesekretærer og annet helsepersonell er inkludert. Det medfører at også de føler seg trygge i akuttmedisinske situasjoner og kan bedre bistå lege og ambulanspersonell, men også å selvstendig kunne håndtere akutte hendelser, dersom for eksempel lege og ambulanse er opptatt med andre pasienter.

### *En fremtidig legevaksorganisering*

I Kåfjord ser man blant annet at luftveisinfeksjoner og hudsykdommer i uforholdsmessig høy grad behandles på legevakt sammenlignet med Nordreisa (tabell 5). Dette, samt det faktum at over 80 % av tilfellene ved legevakten i Kåfjord behandles utenfor kontortid, sammenlignet med Nordreisa, der over 80 % av tilfellene behandles innenfor kontortid, gjør at det foreligger et stort potensiale for å forbedre organiseringen av legevakten. Dette vil kunne bidra til skjerpet beredskap for alvorlige livstruende tilstander.

I en større organisert legevakt ville befolkningsgrunnlaget være mye høyere, og dermed vil det være strengere organisert prioritering av hvilke pasienter som får en vurdering og behandling av legevakt. Dette, og fordi avstanden til legevakten for en større del av befolkningen vil være lengre, vil føre til færre ikke alvorlige henvendelser hos legevakt. Dette har man sett er tilfelle i en studie gjort i Radøy kommune i Hordaland før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning (6).

En større organisert legevakt vil også lettere kunne jobbet mot handlingsplanen NKLM har utarbeidet som et forslag for å sikre at legevakten er en profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesifiserte oppgaver og gir et likeverdig tilbud for hele landet (5). I denne rapporten fremgår det blant annet at situasjonen i dag viser store ulikheter innenfor ressurser, lokaler og systemer, der de største legevaktene er kommet lenger i arbeidet mot å ha et godt, velfungerende legevaktorganisering. Handlingsplanen fremmer blant annet forslag om krav til grunnkompetanse hos leger og annet helsepersonell som arbeider i legevakten, krav om utstyr, medisinsk personell tilgjengelig og et forslag om et felles nasjonalt telefonnummer for legevakt. Slik situasjonen er i dag har begge kommuner en lang vei igjen før de oppfyller disse kravene.

## **Konklusjon**

Et interkommunalt legevaktssamarbeid vil ha flere fordeler og ulemper. Ordningen er pengebesparende for kommunene, gir bedre arbeidsvilkår for legene som deltar i legevakt og sist men ikke minst vil det gi en mer effektiv og formålstjenelig legevakt. Ulempene er større avstand til legevakten for mange av innbyggerne, det vil være vanskeligere å slippe gjennom til legevakten og det kan bli lengre ventetid for time hos fastlegene, da færre blir behandlet på legevakten.

Det er rom for bedre samhandling både i Nordreisa og Kåfjord, slik at man får en bedre og mer forsvarlig legevaktsorganisering, og dermed også øker pasientsikkerheten. Disse forbedringene kan gjennomføres gjennom organisering av interkommunal legevakt.

For de akutte og livstruende hendelser som krever samarbeid med AMK og utrykning med ambulanshelikopter vil transporttiden til sykehus ikke øke dersom Nordreisa og Kåfjord samarbeider i en større interkommunal legevakt, og pasientsikkerheten er dermed fortsatt ivaretatt.

## Kildehenvisninger

1. Nordreisa kommune's hjemmeside: [www.nordreisa.kommune.no](http://www.nordreisa.kommune.no)
2. Statistisk sentralbyrå: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
3. Kåfjord kommune's hjemmeside: [www.kafjord.kommune.no/fakta-om-kaafjord.4945334-152693.html](http://www.kafjord.kommune.no/fakta-om-kaafjord.4945334-152693.html)
4. **Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin.** ... er hjelpa nærmest!  
Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen:  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Unifob helse, 2009.
5. **Tidsskr Nor Lægeforen** 2011; 131:28-31
6. **Tidsskr Nor Lægeforen** 2004; 124:506-7