

Bærum kommune

Gjennomgang av Asker og Bærum kommunes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

«En legevakt for alle, men ikke for alt»
- tydeligere ansvarsfordeling mellom Asker og Bærum legevakt og fastlegetjenesten

Rapport

25. januar 2017

Oppdragsgiver: Bærum kommune

Rapportnr.: R9598

Rapportens tittel: Asker og Bærum kommunes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Ansvarlig konsulent: Rune Holbæk

Prosjektmedarbeider: Astrid Nesland

Kvalitetssikret av: Hege Askestad

Dato: 25. januar 2017

Innhold

1	OPPSUMMERING	5
2	FORMÅL OG METODE	11
2.1	BAKGRUNN OG FORMÅL	11
2.1.1	Akuttmedisinforskriften	11
2.1.2	Definisjon av øyeblikkelig hjelp	12
2.2	PROSJEKTORGANISERING	13
2.3	METODE	14
2.3.1	Intervjuer	15
2.3.2	Brukerundersøkelse	15
2.3.3	Kartlegginger av fastlegene	15
2.3.4	Kartlegging av responstid hos fastlegene	15
2.3.5	Innbyggerundersøkelsen	16
3	NÅSITUASJONSBESKRIVELSE	17
3.1	ASKER OG BÆRUM LEGEVAKT	17
3.2	FASTLEGETJENESTEN I ASKER OG BÆRUM	18
4	ANALYSE OG VURDERING	19
4.1	INNLEDNING	19
4.2	INNBYGGERNES FORBRUK AV FASTLEGETJENESTER	19
4.3	INNBYGGERNES FORBRUK AV LEGEVAKTSTJENESTER	20
4.4	ANALYSE AV LEGEVAKTSFORBRUKET	21
4.4.1	Antall konsultasjoner i 2016	21
4.4.2	Responstid på telefon	21
4.4.3	Fordeling av pasienter etter triagering	22
4.4.4	Ventetid	22
4.4.5	Døgnvariasjon i forbruket	23
4.4.6	Konsultasjoner på Legevakten fordelt på pasientens fastlege	25
4.5	FASTLEGEKARTLEGGINGEN	26
4.5.1	Åpningstider	26
4.5.2	Telefontilgjengelighet hos fastlegene	26
4.5.3	Tilgjengelighet elektronisk	27
4.5.4	Tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp-timer	27
4.5.5	Oppsummering av fastlegekartleggingen	28
4.6	BRUKERUNDERSØKELSE PÅ LEGEVAKTEN	29
4.6.1	Funn fra undersøkelsen	30
4.7	INFORMASJON TIL INNBYGGERNE	35
4.8	SAMMENLIGNING MED ANDRE LEGEVAKTER	36
5	INNBYGGERUNDERSØKELSEN	37
6	ANBEFALINGER OG VALG AV MODELL	38
6.1	INNLEDNING	38
6.2	SENTRALE UTFORDRINGER OG ANBEFALINGER	38
6.3	ANBEFALINGER AV MODELL FOR VIDEREUTVIKLING AV LEGEVAKTEN OG KOMMUNENES HÅNTERING AV PASIENTER MED BEHOV FOR ØYEBLICKELIG HJELP	45
6.3.1	Våre anbefalinger for å lykkes med «En legevakt for alle, men ikke for alt»	48
6.3.2	Våre generelle anbefalinger for å videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet	48

Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Bærum kommune som vertskommune for Asker og Bærum legevakt (Legevakten), på bakgrunn av en bestilling fra politikerne i Asker og Bærum kommune.

Formålet med prosjektet er å se nærmere på kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp med fokus på ansvars- og oppgavefordelingen mellom Legevakten og fastlegene. Administrasjonen ønsker et kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for utarbeidelse av forslag til mål og tiltak for at kommunene skal kunne ivareta behov for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte enn i dagens situasjon, inkludert videreutvikling av Legevakten.

Datainnhenting og kartleggingsundersøkelser blant fastlegene og på Legevakten er gjennomført i tidsrommet november til desember 2016. Vi takker alle involverte på Legevakten og på fastlegekontorene for et godt samarbeid med å samle inn så mye unike data. I tillegg vil vi rette en spesiell takk til prosjektgruppen og styringsgruppen som har bidratt aktivt inn i prosjektet med innspill og kvalitetssikring av rapporten.

Prosjektleder i Agenda Kaupang har vært Rune Holbæk og medarbeidere i prosjektet har vært Hege Askestad og Astrid Nesland.

I tillegg til denne rapporten er det laget en egen vedleggsdel som mer detaljert beskriver funnene fra kartleggingsundersøkelsene blant fastlegene og på Legevakten, og innbyggerundersøkelsen utført av Respons Analyse som en del av dette prosjektet.

Stabekk, 25. januar 2017

Agenda Kaupang AS

1 Oppsummering

Administrasjonen i Bærum kommune har på bakgrunn av en bestilling fra politikerne i Asker og Bærum kommune, utført en gjennomgang av kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp med fokus på ansvars- og oppgavefordelingen mellom Asker og Bærum legevakt (Legevakten) og fastlegene. Agenda Kaupang har som grunnlag for denne rapporten hatt fokus på at kommunene skal kunne ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp effektivt og koordinert.

Både fastlegenes tilbud om øyeblikkelig hjelp i kontorets åpningstid og Legevaktens døgnåpne tilbud både inne på legevakten og legevaktbilen inngår i den akuttmedisinske kjeden i kommunene.

Analysene og anbefalingene er basert på følgende datakilder:

- Kartlegging av fastlegenes tilgjengelighet og deres øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Brukerundersøkelse på Legevakten
- Data fra Legevaktens fagsystem
- Kartleggingsintervjuer med sentrale ledere, fastleger og ansatte ved Legevakten
- Innbyggerundersøkelse knyttet til innbyggernes forventninger til øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Øyeblikkelig hjelp er i denne rapporten definert som innbyggernes egen opplevelse av behovet for rask vurdering og hjelp. Dette er ikke nødvendigvis i samsvar med hva som er den medisinske vurderingen. På legevakten foretas det en medisinsk vurdering av hastegraden for den enkelte pasient, mens det hos fastlegene er større variasjon i systematisk medisinsk faglig vurdering av behov. Hos enkelte fastleger legges pasientens egen opplevelse av hast til grunn og tilnærmet alle får time samme dag, hos andre tildeles time neste dag dersom det ikke er flere ledige øyeblikkelig hjelp timer ledige og det er medisinsk faglig forsvarelig å vente.

Fakta om dagens øyeblikkelig hjelp-tilbud i Asker og Bærum

- Innbyggerundersøkelsen viser at de spurte har høye forventninger til øyeblikkelig hjelp-tilbudet, men er i all hovedsak tilfredse med tilbudet i kommunene
- Antall fastlegehjemler i Asker og Bærum er 147, fordelt på 154 fastleger som fordeler seg på totalt 49 fastlegekontorer, 15 i Asker og 34 i Bærum
- Legevakten ligger på Bærum sykehus og er et interkommunalt tilbud organisert som et vertskommunesamarbeid med Bærum som vertskommune
- I 2016 var det om lag 45 000 fremmøtte konsultasjoner på Legevakten. Antallet konsultasjoner er kun svakt stigende de siste årene til tross for befolkningsvekst
- Kartleggingsundersøkelsene fra uke 47 og 48 viser at 77 % av alle øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner ved frammøte i Asker og Bærum skjer hos kommunenes ca. 150 fastleger. De resterende 23 % håndteres på Legevakten gjennom hele døgnet og alle ukedager
- Fastlegene i Asker og Bærum har gjennomsnittlig satt av 5,7 ø-hjelptimer pr. kurative dag
- Innbyggernes forbruk av legevaktjenester viser at det er den eldre befolkningen som har det høyeste forbruket av legetjenester både hos fastlege og på Legevakten
 - Innbyggerne i Asker har i 2015 flere konsultasjonskontakter hos fastlege enn innbyggerne i Bærum, mens Bærum har noen flere konsultasjonskontakter pr. innbygger på Legevakten enn Askers innbyggere
- Manchester Triage System benyttes som verktøy for å vurdere hastegrad hos pasienter som henvender seg til Legevakten
- Omtrent 35 % av alle pasientene ved Legevakten i 2016 har lav medisinsk hastegrad. Dette utgjør omtrent 15 500 fremmøtte pasienter pr. år

- Brukerundersøkelsen viser at om lag halvparten av disse svarer at de hadde oppsøkt fastlegen samme eller neste dag om de visste de ville fått en konsultasjonstime
- Prognosen for brutto driftsutgifter for Legevakt i 2016 utgjør om lag 60 mill. kr. Legevakten ligger an til et overforbruk i forhold til budsjetttrammen på 1,6 mill. kr
- Akuttmedisinforskriften stiller økte krav til kompetanse til leger i legevakt og til responstid på telefon mv., og dette vil være utfordrende for Legevakten med dagens praksis

Sentrale utfordringer denne utredningen peker på er:

- Innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men befolkningsvekst, flere eldre innbyggere, høye forventninger og nye lovkrav utfordrer dagens praksis
- Legevaktens rolle som akuttmedisinsk beredskap utfordres
- For mange pasienter med lav medisinsk hastegrad benytter pr. i dag legevakttilbudet
- Innbyggerne får for dårlig informasjon om øyeblikkelig hjelp-tilbudet
- Tilgjengeligheten hos fastlegen er avgjørende for kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Telefongitgjengeligheten på Legevakten og hos fastlegene er ikke tråd med forskriftskravet
- Det er behov for bedre informasjon, rutiner og organisering av samarbeidet mellom Legevakten og fastlegene
- Det er manglende kvalitet på styringsdata for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Utfordringene belyst over vurderes som viktige å håndtere for å sikre innbyggerne øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte. Våre videre vurderinger og anbefalinger for nødvendig videreutvikling, er basert på erfaringer fra andre kommuner og konkrete innspill fra prosjektet.

Legevaktens rolle som akuttmedisinsk beredskap utfordres med en videreføring av dagens praksis. Flere av våre informanter hevder at Legevakten står i fare for å bli et «utvidet fastlegekontor» som pr. i dag utfører en service til mange av pasientene som fastlegene i stor grad skulle utført.

Legevaktens kapasitet utfordres dersom dagens praksis videreføres. Befolkningsveksten og økningen i andel eldre gir en estimert vekst i konsultasjoner på Legevakten med omtrent 7 % fra 2016 til 2025, gitt at dagens forbruksmønster videreføres.

Dersom Legevakten først og fremst skal være en kommunal beredskapsinstitusjon og ikke primært yte service for medisinske problemstillinger med lav hastegrad utenom fastlegekontorets åpningstid, må Legevaktens rolle tydeliggjøres i kommunenes politiske miljø, administrasjon og blant befolkning generelt. Kommunenes politiske og administrative beslutningstagere bør møte medieoppslag og klager på lang ventetid for tilfeller med lav medisinsk hastegrad, med en oppklaring av hva som er et kommunalt medisinsk akutttilbud og hva slags tjenester innbyggerne kan forvente seg på Legevakten. Det må i tillegg være en aksept for at akuttmedisinsk beredskap koster og at færre pasienter på Legevakten innebærer lavere inntekter.

For mange pasienter med lav medisinsk hastegrad benytter pr. i dag Legevakttilbudet.

Spørreundersøkelsen med om lag 600 respondenter på Legevakten i uke 47 og 48 i 2016 viser et stort potensial for en annen praksis for håndtering av pasienter med lav medisinsk hastegrad. Her svarer om lag halvparten av de «blå og grønne» pasientene at de hadde oppsøkt fastlegen neste dag om de visste de ville fått en konsultasjonstime. Funnene i innbyggerundersøkelsen utført av Respons Analyse støtter dette. Fastlegene ønsker at Legevakten viderehenviser flest mulig av pasientene til dem.

Det har ikke vært nedgang i andel pasienter med lav medisinsk hastegrad til tross for vedtak om tiltak for å redusere dette i begge kommunestyrene. Legevakten viderehenviser pr. i dag ikke

pasienter med lav medisinsk hastegrad på dag og kveldstid, men har rutiner for å gjøre dette på natten. Når disse ikke viderehenvises, kan det bli kapasitetsproblemer på Legevakten som kan gjøre seg gjeldende i ventetid på triagering i pressede perioder.

Innbyggerne i begge kommunene får generelt sett for dårlig informasjon om hvor og hvordan man skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp, hva slags ansvar fastlegen har i åpningstiden og hva man skal oppsøke Legevakten for.

Det er viktig at kommunen ser informasjonsstrategien som et overordnet ansvar. Dette bør ivaretas av kommunens kommunikasjon- og informasjonsenhet i samråd med Legevakten og fastlegene.

Øyeblikkelig hjelp-tilbudet på fastlegekontorene er avgjørende for å redusere legevaktforbruket. Fastlegene i begge kommuner oppgir å ha avsatt god kapasitet på øyeblikkelig hjelp. Rundt 30 % av timene er satt av til øyeblikkelig hjelp jevnt fordelt på ukedagene, og noen få kontorer praktiserer at nesten alle timer kan bestilles samme dag. Erfaringene med dette er gode også med hensyn til økonomisk lønnsomhet for fastlegen. Kartleggingen viser at det er ulik praksis og stor variasjon mellom de ulike fastlegekontorene.

Dersom pasienter skal viderehenvises fra Legevakten, må det være tilstrekkelig sikkerhet for at de kan oppnå kontakt med fastlegen samme dag eller neste dag. Pr. i dag er det stor variasjon mellom fastlegekontorene mht. åpningstid og telefontilgjengelighet.

I tilfeller der styringsdata viser at enkelte fastleger eller fastlegekontor er overrepresentert med pasienter på Legevakten bør kommunen som avtalepart diskutere årsaker og tiltak med fastlegen.

Legevakten og fastlegene bryter pr. i dag akutforskriftens krav om telefontilgjengelighet og svartid på telefon. Forskriften krever at legevaktsentralene skal innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 % av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Det er vedtatt en styrking av bemanningen på legevaktssentralen. Det har vist seg krevende å oppnå denne styrkingen grunnet utfordringer med rekruttering og turnover. Erfaring og evaluering av dette vedtaket må danne grunnlaget for videre beslutninger for å oppfylle akutforskriftens krav til responstid.

Lokalene på Legevakten er pr. i dag for små til å øke telefonsentralen utover dagens to operatører. Det vil derfor kreves ombygging av lokalene dersom dette skal kunne skje. Med økt digitalisering av kommunale velferdstjenester, behovet for raskere respons og høyere beredskapskapasitet og behov for å viderehenvise telefoner til andre samarbeidspartnere, kan det være et strategisk grep å etablere et felles responssenter for begge kommunene med utgangspunkt i Legevaktsentralen. Et slikt grep vil kreve høy kompetanse og oversikt hos de ansatte.

Kartleggingen vår viser at telefonen på mange fastlegekontor er stengt lenge midt på dagen, og at dette sammenfaller med økt aktivitet på telefon ved Legevakten. Stikkprøver viser at det er stor variasjon i responstid på telefon hos fastlegene og vanskeligheter med å få linje inn i rushtiden om morgenen.

Det er behov for bedre informasjon, rutiner og organisering av samarbeidet mellom Legevakten og fastlegene for å kunne utvikle en helhetlig øyeblikkelig hjelp-tilbud som ivaretar pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv måte enn i dag. Å se Legevakten som en del av et samlet og koordinert kommunalt tjenestetilbud, fordrer et samarbeid på tvers som inkluderer fastlegene i kommunene. Det må legges til rette for gode møtearenaer som kan ivareta behovet for å utvikle et godt samarbeidsklima og gode beslutninger.

Legevakt er definert som allmennlegearbeid og er en av oppgavene som er tillagt fastlegene i Fastlegeavtalen mellom fastlegene og kommunene. Fastlegene i Asker og Bærum deltar i svært liten grad i Legevaksordningen. Antall vakter på Legevakten gått av fastleger i kommunene utgjør

ca. 7 % av totalt antall vakter ved Legevakten. Dette er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet som tilsvarende ligger på om lag 50 %.

Med det nye kompetansekravet i akuttmedisinsk forskrift blir det viktig for Legevakten å øke andelen leger som er allmennlege eller spesialist i allmennmedisin. Vår anbefaling er derfor at kommunen må sikre at fastlegene i Asker og Bærum deltar i Legevakten i betydelig større grad enn i dag.

En viktig forutsetning for tettere samhandling mellom Legevakten og fastlegene, og en reduksjon av pasienter med lav medisinsk hastegrad ved Legevakten, er at det systematisk sendes epikriser fra Legevakten til fastlegene om deres aktuelle listepasienter som oppsøker Legevakten. Dette skjer ikke systematisk pr. i dag, men er forventet å bedres når nytt elektronisk pasientjournalssystem tas i bruk i april 2017. Systematisk oppfølging av objektive styringsdata i forhold til utviklingen av legevaktsforbruket pr. fastlege eller fastlegekontor vil også være viktig.

Det er manglende kvalitet på styringsdata for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Dette skyldes lite tilgjengelige styringsdata for både Legevakten og for fastlegene som er en utfordring for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet fremover. Det er anskaffet et nytt journalsystem som tas i bruk i 2017. En del av gevinstrealiseringen ved anskaffelsen, er at systemet skal gi bedre styringsdata. Det bør utvikles et sett med sentrale indikatorer som det regelmessig rapporteres på. Rutiner, kompetanse og system for dette må være tilrettelagt slik at det kan rapporteres til og ivaretas av Legevaktens ledelse.

Anbefalinger av modell for videreutvikling av Legevakten og kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men befolkningsvekst, flere eldre innbyggere, høye forventninger og nye lovkrav utfordrer dagens praksis. For å sikre at kommunene skal kunne ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte, må kommunene ta et strategisk valg om Legevaktens rolle og funksjon i den akuttmedisinske kjeden. Det er ikke funnet grunnlag i innsamlet datamateriale for at det er behov for å etablere lokale legevakter og dette er derfor ikke vurdert som et alternativ.

Basert på erfaringer fra andre kommuner og gjennomgangen i Asker og Bærum kan følgende tre alternativer være aktuelle:

- Alternativ 0 – Videreføre dagens praksis med et servicenivå hvor mye av kapasiteten på Legevakten benyttes til pasienter med lav medisinsk hastegrad
- Alternativ 1 – «En legevakt for alle, men ikke for alt», strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten
- Alternativ 2 – Legevakten – et servicekontor som en døgnåpen uprioritert tjeneste

Agenda Kaupang anbefaler Asker og Bærum kommune å satse på å videreutvikle modellen beskrevet i alternativ 1 med en stram styring av hvilke kanaler som skal benyttes for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette alternativet forutsetter at kommunene overfører mest mulig av øyeblikkelig hjelp-tilbudet til fastlegene i deres åpningstid og innfører en strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten. Videre forutsetter dette en tydeligere ansvarsfordeling og enhetlig praksis mellom Asker og Bærum legevakt og fastlege-tjenesten, enn hva som er tilfellet i dag.

Dersom Legevakten først og fremst skal være en kommunal beredskapsinstitusjon og ikke primært en serviceinstitusjon, må Legevaktens rolle tydeliggjøres i kommunenes politiske miljø,

administrasjon og blant befolkning generelt. Det må i tillegg være en aksept for at akuttmedisinsk beredskap koster og at færre pasienter på Legevakten innebærer lavere inntekter.

Konsekvensene for kvaliteten for de pasientene legevakten viderehenviser vil trolig være små i og med at fastlegekontorene generelt oppgir å ha god tilgang på utstyr for diagnostisering og behandling. I tildeling av timer, vil kvalitetsforskjellen være at mens det på Legevakten foregår en medisinsk vurdering av hastegrad, er det hos fastlegene større variasjon i systematisk medisinsk faglig vurdering av behov. Hos enkelte fastleger legges pasientens egen opplevelse av hast til grunn og tilnærmet alle får time samme dag. Samtidig fremgår det i fastlegeundersøkelsen at 100 % tildeles time samme dag selv om det ikke er flere timer ledige, dersom det er nødvendig etter en faglig vurdering. Kapasitetsbegrensningen på antall øyeblikkelig hjelp-timer som er avsatt pr. kurative dag, vil likevel kunne gi pasientene en erfaring av at de ikke får time samme dag.

Konsekvensene når det gjelder servicenivået vil være at innbyggerne oppfatter en redusert servicegrad i tilgjengelighet hos Legevakten, men at det kan oppstå en opplevd økt servicegrad hos fastlegene. I likhet med andre kommunale tjenester vil det være en faglig vurdering og behovsprøving som legges til grunn for hvor innbyggerne kan få tjenesten og prioritering. Dette harmoniserer med kommunenes behov for å tenke bærekraftig og langsiktig, og er således også et viktig strategisk valg i en periode med befolkningsvekst og økt andel eldre innbyggere. Både Primærhelsemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015) og Folkehelsemeldingen, Meld. St. 19 (2014-2015) peker på at den enkelte innbygger skal kunne ta mer ansvar for egen helse.

En viderehenvissing av pasienter med lav medisinsk hastegrad vil redusere kostnadene eller hindre økt kostnadsvekst for Legevakten, men vil også medføre inntektstap. Inntektstapet på dagtid er estimert til omtrent 500 000 kr ved viderehenvissing av «blå og grønne» pasienter på dagtid. Inkluderes også en del av de «gule» pasientene, vil inntektstapet være ytterligere 350 000 kr.

Mulige årlige innsparinger på bemanning som følge av viderehenvissing av blå, grønne og delvis gule pasienter til fastlegene estimeres til å utgjøre minst 2,1 mill. kr og er utdypet i vedlegg til rapporten. Denne innsparingen kan benyttes til å omdisponere ressurser til andre deler av døgnet, videreutvikle Legevakten til å møte økte krav i forskrifter eller møte demografivekst uten økning i Legevaktens rammer. Konsekvenser av beregningen er ikke beskrevet og tidsperspektivet for mulig innsparing eller omprioritering er ikke estimert.

Med dagens forbruk av Legevakt vil demografiveksten kunne medføre en vekst på 1 900 lege-konsultasjoner i 2022 og 3 000 legekonsultasjoner i 2025 dersom man viderefører dagens praksis i alternativ 0. I tillegg kommer økte telefonkonsultasjoner og sykepleiekonsultasjoner. Både alternativ 0 og alternativ 2 vil dermed forutsette behov for økte rammeoverføringer til Legevakten og kreve økt areal og eventuelle ombygginger i eksisterende lokaler.

Agenda Kaupangs anbefalinger for å lykkes med alternativ 1 «En legevakt for alle, men ikke for alt»

- Politisk og administrativ forankring av ny strategi for håndtering av innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp
- Skape felles forståelse og aksept for en strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten både hos politikere, administrasjon og i befolkningen
- Etablere en strengere praksis i forhold til hvilke oppgaver som utføres av Legevakten
- Innbyggerne må ta et større ansvar for egen helse og å oppsøke fastlegen i åpningstiden
- Større andel av pasientene med behov for øyeblikkelig hjelp-tilbud må behandles av fastlegene ved å øke andelen tilgjengelige øyeblikkelig hjelp-timer fra dagens gjennomsnittsnivå på 5,7 timer pr. kurative dag

- Vurdere ulike løsninger for utvidede åpningstider hos fastlegekontorene
- Innføre bedre rutiner for å viderehenvise pasienter med lav medisinsk hastegrad til fastlege samme dag eller neste dag
- Pasienter med lav medisinsk hastegrad som oppsøker Legevakten utenfor fastlegens åpningstid skal ikke prioriteres og må påregne lengre ventetid enn i dag
- Benytte informasjonstavlen i resepsjonen på Legevakten mer aktivt for informasjon og spesielt hva pasienter med lav medisinsk hastegrad kan forvente seg
- Oppfylle kompetansekravet i akuttmedisinsk forskrift med godkjent allmennlege eller spesialist i allmennmedisin på vakt, ved å øke andelen fastleger som går legevakt
- Utarbeide gode styringsindikatorer som følges opp systematisk av kommunene
- Omdisponere ressurser fra dagtid i ukedagene til andre deler av døgnet og til helg/helligdager
- Lage bemanningsplaner tilpasset aktiviteten gjennom døgnet og uken basert på styringsdata
- Innsparing benyttes til å omdisponere ressurser til andre deler av døgnet, videreutvikle Legevakten til å møte økte krav i forskrifter og møte demografiveksten
- Følge systematisk opp fastlegenes tilgjengelighet og håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Agenda Kaupangs generelle anbefalinger for å videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet

- Utarbeide en felles plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunen hvor Legevaktens rolle som kommunal virksomhet tydeliggjøres
- Videreføre dagens ordning med legevaktbilen som et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden
- Utarbeide en helhetlig informasjonsstrategi til innbyggerne om hvor og hvordan man skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp
- Prioritere ressurser til ledelse av den kommunale legetjenesten
 - Tettere oppfølging av fastlegenes åpningstid og telefonåpningstid
 - Sørge for at fastlegene oppfyller forskriftskravet om elektronisk timebestilling
- Sikre en telefontilgjengelighet i tråd med forskriftskravet slik at 80 % av alle anrop besvares innen to minutter både hos Legevakten og hos fastlegene
 - Forenkle dagens praksis med triagering på telefon
 - Viderehenvise telefoner til andre samarbeidspartnere for å sikre raskere respons og høyere beredskapskapasitet på Legevaktssentralen
 - Vurdere å etablere et responscenter for begge kommuner med utgangspunkt i legevaktssentralen for anrop til hjemmebaserte tjenester, velferdsteknologi og psykososiale tilbud
 - Det anbefales ikke en praksis der alle skal ringe til legevaktssentralen før oppmøte før forskriftskravet om responstid er oppnådd
- Innføre automatisk betaling på Legevakten for å avlaste frontsykepleier og unngå ventetid på triagering
- Vurdere ett felles venterom for å få bedre oversikt på Legevakten og synliggjøre ventetiden
- Sikre gode møtearenaer mellom fastlegene og Legevakten
- Legevakten må alltid sende epikrise til fastlegene vedrørende deres listepasienter
- Forslagene og anbefalingene i denne rapporten tas med videre i rulleringen av planene for legetjenesten i både Asker og Bærum kommune

2 Formål og metode

2.1 Bakgrunn og formål

Administrasjonen i Bærum kommune har på bakgrunn av en bestilling fra politikerne i Asker kommune og Bærum kommune gjennomført en ekstern gjennomgang av kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Gjennomgangen har hatt fokus på ansvars- og oppgavefordeling mellom legevakt og fastlegene, og den skal sikre et grunnlag for videreutvikling av Legevakten.

Gjennomgangen har resultert i en sluttrapport som skal være en del av kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget for administrasjonen ved utarbeidelse av forslag til tiltak overfor politisk nivå i kommunene. Rapporten viser til noen alternativer og tiltak for at kommunene skal kunne ivareta behov for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte og kunne videreutvikle Legevakten.

Resultatmål for gjennomgangen er tiltak som skal bidra til oppnåelse av følgende mål:

- Reduksjon av andel pasienter med lav hastegrad ved Legevakten
- Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp henvender seg til og får oppfølging fra fastlegene i deres åpningstid
- Telefontilgjengeligheten er styrket på Legevakten og hos fastlegene
- Videreutvikling av Asker og Bærum legevakt

2.1.1 Akuttmedisinforskriften

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en egen forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisin-forskriften), fastsatt ved kongelig resolusjon 20. mars 2015.

Akuttmedisinforskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften, som skal være oppfylt innen mai 2018, stiller økte krav til kommunene. Det blir blant annet stilt krav om kompetanse til personell i legevakt og ambulansebil og svartid for legevakt og AMK-sentraler. Noen av kravene vil medføre behov for endringer i kommunenes beredskap og økte utgifter for kommunene. Denne økningen vil være mindre ved et interkommunalt samarbeid enn dersom de nye kravene skal håndteres i den enkelte kommune.

§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

- Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.

Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrer i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4. Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.

§ 8 Kompetansekrav til annet helsepersonell

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, jf. § 13 bokstav f, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstiller kravene i første ledd.

§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene

Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal

- a) motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer
- b) kunne kommunisere direkte og videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentral, eller øyeblikkelig hjelp til annen legevaktsentral
- c) gi medisinsk faglige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser
- d) innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 % av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter
- e) ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, herunder lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten
- f) bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

2.1.2 Definisjon av øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp er i denne rapporten definert som pasientens egen opplevelse av behovet for rask vurdering og hjelp. Dette er ikke nødvendigvis i samsvar med hva som er den medisinske vurderingen. På legevakten foretas det en medisinsk vurdering av hastegraden for den enkelte pasient, mens det hos fastlegene er større variasjon i systematisk medisinsk faglig vurdering av behov. Hos enkelte fastleger legges pasientens egen opplevelse av hast til grunn og tilnærmet alle får time samme dag, hos andre tildeles time neste dag dersom det ikke er flere ledige øyeblikkelig hjelp timer ledige og det er medisinsk faglig forsvarlig å vente. Det går frem av vår kartlegging av fastlegene at 100 % tildeles time samme dag selv om det ikke er flere timer ledige, dersom det er nødvendig etter en faglig vurdering.

Manchester Triage System – verktøy for å kategorisere hastegrad

Legevakten bruker Manchester Triage System som et verktøy for å vurdere hastegrad hos pasienter som henvender seg til Legevakten på telefon eller ved oppmøte. Triageringen baserer

seg på sykehistorie, symptomer og observasjon av vitale funksjoner og blir utført av sykepleier i resepsjonen. Det gjennomføres også triagering på telefon etter metodikk utviklet for dette.

Legevakten Asker og Bærum har flere års erfaring i å benytte Manchester Triage System for å vurdere pasienter etter hastegrad. Triageringen ble innført i 2008 og oppgradert til ny versjon i 2011. Triagering er ikke et verktøy for å begrense pasienters tilgang til Legevakten, men benyttes for å sikre at ressurser styres mot riktig hastekasus. Målet med triageringen er å kvalitetssikre pasientvurdering, styre ressurser og gi enhetlig oversikt til leger basert på metodikk. Det skal også gi bedre informasjon til pasient og pårørende. Pasientene vurderes og kategoriseres etter fargekodene rød, oransje, gul, grønn og blå.

Tabell 2-1 Beskrivelse av Manchester Triage kategoriene

Kategori	Beskrivelse
Rød	Livstruende. Ingen ventetid.
Oransje	Haster veldig. Pasienten bør raskt ses av lege.
Gul	Haster. Pasienten er syk, men utenfor livsfare.
Grønn	Vanlig prioritet. Pasienten er syk, men trenger ikke medisinsk hjelp umiddelbart.
Blå	Haster ikke. Pasienten kan få råd fra sykepleier eller reise hjem.

I fastlegens åpningstid er de ansvarlig for å ta imot og behandle alle pasienter med øyeblikkelig hjelp-behov uavhengig av triageringsfarge. I fastlegenes åpningstid har Legevakten ansvar for de pasienter som ikke har fastlege, eller ikke har fastlege i kommunen. Pasienter i denne kategorien må ofte vurderes på Legevakten uansett hastegrad.

Styringsdataene fra Legevakten viser at omtrent 35 % av alle pasientene ved Legevakten i 2016 er «grønne og blå» og disse har i all hovedsak fastlege i Asker eller Bærum.

Ventetider

MTS er et akuttmedisinsk verktøy for hastegradsvurdering der pasienter har definerte forsvarlige ventetider basert på medisinsk grunnlag. For grønne og blå pasienter er ventetiden definert som et servicenivå der det er kommunens ønskede servicenivå til innbyggerne som ligger til grunn for anbefalt ventetid. For disse pasientene har MTS i Storbritannia satt ett tidsaspekt på 2 timer som servicetid. NMTG (Norsk Manchester Triage Group) anbefaler at en følger tidsaspektene for gruppene rød, orange og gul, men at det for grønne og blå pasienter åpnes for lokale helsetjenester. Andelen av grønne pasienter i 2015 som ventet lengre enn 2 timer på legevakten er 23%. Denne gruppen pasienter kan måtte vente opptil flere dager på legetime hos sin fastlege, noe som vil kunne være fullt medisinsk forsvarlig.

Vår kartlegging har vist at det blant enkelte fagpersoner på Legevakten er uenighet om blå og grønne pasienter kan avvises/viderehenvises til fastlegen i deres åpningstid.

2.2 Prosjektorganisering

Oppdraget har vært organisert som et prosjekt med en styringsgruppe og en prosjektgruppe med bred representasjon fra begge kommunene. Det har vært gjennomført tre møter i styringsgruppen og tre møter i prosjektgruppen i perioden fra november 2016 til januar 2017.

Styringsgruppen har bestått av følgende medlemmer

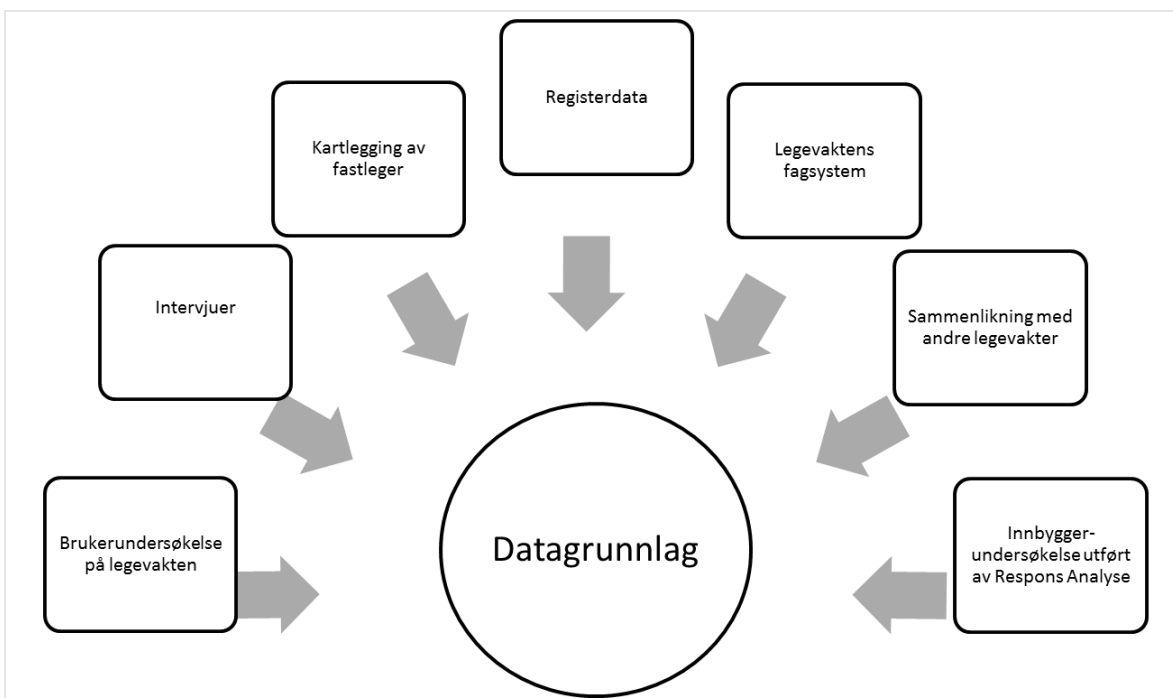
- Seksjonsleder, Bærum, Grete Syrdal
- Tjenesteleder, Bærum, Vidar Langehaug
- Fastlegerepresentant, Bærum, Geirr Setekleiv
- Fastlegerepresentant, Asker, Anne Geheb
- Samhandlingskoordinator Bærum, Anne Marie Flovik
- Virksomhetsleder, Asker, Ann Helene Arnestad
- Kommuneoverlege, Asker, Meera Grepp
- Kommuneoverlege, Bærum, Frantz Leonard Nilsen
- Rådgiver i Strategi- og utviklingsenheten, Bærum, Gøran Svedsæter
- Agenda Kaupang, Rune Holbæk

Prosjektgruppen har bestått av følgende medlemmer

- Samhandlingskoordinator, Bærum, Anne Marie Flovik
- Spesialkonsulent Folkehelsekontoret, Bærum, Karen Margrethe Kristensen
- Vikarierende overlege 2016, Legevakten, Trine Lise S. Strand
- Fastlegerepresentant, Bærum, Kirsten Schjesvold
- Fastlegerepresentant, Asker, Margrethe Wilmers
- Rådgiver i Strategi- og utviklingsenheten, Bærum, Gøran Svedsæter
- Agenda Kaupang, Rune Holbæk og Astrid Nesland

2.3 Metode

Dataene som er benyttet i dette prosjektet er valgt for å underbygge ulike sider av øyeblikkelig hjelp-tilbudet i Asker og Bærum kommuner. Det kreves ulike tilnærminger for å kunne gi et tilnærmet komplett bilde av det totale tilbudet. Vurderingen om befolkningen er sikret et godt øyeblikkelig hjelp-tilbud hviler på flere kilder og informanter.



Figur 2-1 Datagrunnlag

2.3.1 Intervjuer

Intervjuene har vært gjennomført i tidsrommet uke 47 og 48, og de ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. Det har vært gjennomført intervjuer med til sammen 15 personer. De som er intervjuet har innehatt stillinger som kommuneoverlege i begge kommuner, daglig leder for Legevakten, overlege for Legevakten, kommunalsjef i Bærum kommune, tillitsvalgt og ansatte på Legevakten og representanter for fastlegene.

Temaene som er gjennomgått i intervjuene er:

- Overordnet strategi og informasjon
- Innbyggernes forventninger og adferdsmønster ved behov for øyeblikkelig hjelp
- Pasienttilfredshet, kapasitet og ventetid
- Ledelse, styring og eierskap til legevakttilbudet, lokalisering
- Videreutvikling av kommunens håndtering av pasienter med øyeblikkelig hjelp behov

2.3.2 Brukerundersøkelse

Brukerundersøkelsen ble gjennomført på Asker og Bærum legevakt i uke 47 og 48. Alle som møtte opp på Legevakten i disse to ukene skulle bli anmodet om å fylle ut et elektronisk spørreskjema. Det var gjort tilgjengelig 2 stasjoner med digital utfylling av spørreundersøkelsen. Det var også tilgjengelig papirversjoner dersom det tekniske skulle svikte, det var for stor pågang til at pasientene kunne svare eller at det var pasienter som ikke kunne svare elektronisk. Spørreskjemaet var tilgjengelig på norsk og engelsk versjon.

Legevakten støtte på mange tekniske utfordringer med brukerundersøkelsen. For å sikre en høy nok deltakelse ble papirskjema utlevert til pasientene i luken i tillegg til de 2 stasjonene med elektronisk utfylling.

Agenda Kaupang var til stede første undersøkelsesdag og var tilgjengelig for spørsmål fra brukerne.

Data og resultatene fra brukerundersøkelsen fremkommer i analysedelen.

2.3.3 Kartlegginger av fastlegene

Det ble i uke 46 sendt ut en kartlegging av fastlegene for øyeblikkelig hjelp-tilgjengelighet i uke 47 og 48. Temaene i kartleggingen var blant annet:

- åpningstider på telefon
- åpningstider på kontoret
- metodikk for å tilby øyeblikkelig hjelp til pasienter
- antall avsatte øyeblikkelig hjelp timer pr. kurative dag
- antall faktisk behandlede øyeblikkelig hjelp-pasienter

2.3.4 Kartlegging av responstid hos fastlegene

Det ble i ukene 46 til 48 gjennomført stikkprøver av responstiden hos fastlegekontorene. Alle fastlegekontorene ble oppringt minst en gang. Generelt sett besvarer fastlegekontorene telefonen raskt, spesielt gjelder dette tidlig på dagen. Det kan synes som om kontorene bemanner opp for å møte pågangen tidlig på dagen. Noen kontorer når vi ikke gjennom til og samtalen blir koblet ned. Dette kan gjelde kontorer som har telefonsentraler som kun tillater 4 samtidige anrop.

Mange av fastlegekontorene benytter ventetiden på telefon til å informere om muligheten for å bestille timer eller bestille elektroniske resepter (e-resept).

Responstiden er videre kommentert i kapittel 5.

2.3.5 Innbyggerundersøkelsen

Innbyggerundersøkelsen ble gjennomført av Respons Analyse på oppdrag fra Bærum kommune i desember 2016 og besto av et representativt utvalg av befolkningen mellom 18 og 86 år i Asker og Bærum. 400 personer ble ringt opp og intervjuet over telefon. Undersøkelsen besto av 11 hovedspørsmål med underspørsmål og hadde som hensikt å undersøke innbyggernes forventninger, holdninger og adferd i forbindelse med øyeblikkelig hjelp.

Undersøkelsen viser at innbyggerne i Asker og Bærum har store forventninger til øyeblikkelig hjelp-tilbudet, og er nokså fornøyd med tilbudet de får.

3 Nåsituasjonsbeskrivelse

Legevakten er en sentral del av en moderne primærhelsetjeneste og utgjør sammen med en velfungerende fastlegeordning et viktig fundament for kommunens primære legetjenester. Legevakten skal være en del av den allmennmedisinske virksomheten i kommunen innenfor det akuttmedisinske tilbudet.

Fastlegene skal på dagtid ivareta behovet for øyeblikkelig legehjelp til sine egne pasienter. Utenom vanlig arbeidstid skal legevakten dekke øyeblikkelig hjelp¹. Fastlegeordningen gir fastlegen et klart ansvar for å være tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp på dagtid. Legevakten og fastlegetjenesten er ytterligere beskrevet i egne vedlegg til denne rapporten.

3.1 Asker og Bærum legevakt

Avtale om vertskommunesamarbeid om kommunal legevakt mellom Asker og Bærum kommuner ble inngått 1. januar 2012. Bærum kommune er vertskommune. Legevakten er lokalisert på Bærum sykehus, i Sandvika.

Asker og Bærum Legevakt er døgnåpen legevakt for de ca. 182 000 innbyggerne i Asker og Bærum kommune. Tjenesten er regulert i akuttmedisinforskriften av 20. mars 2015. Kommunens ansvar for legevaksordning er regulert i forskriftens § 6D og lyder følgende:

«Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet.

Legevaktordningen skal blant annet

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk, og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege og eventuelt spesialisthelsetjeneste
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.»

Legevakten er et døgndekkende legetilbud for Askers og Bærums befolkning ved akutt sykdom eller skade når fastlegekontoret ikke kan benyttes. Ved behov for legehjelp skal man som hovedregel henvende seg til egen fastlege innenfor legens kontortid. Dersom fastlegen ikke er tilgjengelig, eller ikke kan yte nødvendig hjelp, kan legevakten kontaktes på telefon eller ved oppmøte.

Asker og Bærum legevakt bemannes av fast ansatte dagleger i ukedagene, fastleger og andre leger på kveld, natt og i helger. Totalt er det 85 leger tilknyttet legevakten. Legevakten har fast ansatte sykepleiere, samt faste nattevakter. Et team på 4 sykepleiere dekker drift av legebilen, sammen med lege i vakt. Sykepleiere bruker Manchester Triage (verktøy for hastegrad/hvor lenge pasienten kan vente før legetilsyn) i kartlegging av pasienter både på telefon og for fremmøtte pasienter.

I 2016 var det om lag 45 000 fremmøtte konsultasjoner på Legevakten. Antallet konsultasjoner er kun svakt stigende de siste årene til tross for befolkningsvekst.

Det er 32 årsverk i bemanningsplanen, og av disse er det 30,47 årsverk som er i turnus. Av disse årsverkene er 3,2 årsverk sykepleiere til legevaktbilen, med 4 sykepleiere i 80 % stilling. To av

¹ Helse og omsorgsdepartementet (2012)

legevaktbil-sykepleierne jobber i tillegg 20 % inne på Legevakten. Årsverk som er besatt er 25,7 pr. november 2016. Årsverk i turnusen for januar–mars 2017 er økt til 29,19.

På kvelden og om natten er det selvstendig næringsdrivende leger som betjener Legevakten. Kommunene har ikke noe arbeidsgiveransvar for disse legene. I tillegg til de fast ansatte legene er det turnuslege i 80 % stilling.

Fastleger i Asker og Bærum deltar i liten grad i legevakten. 6,7 % av alle vaktene i legevakten dekkes av fastlegene i de to kommunene pr 1.11.2016. Bærumslegene tar rundt 6 % av vaktene i Legevakten, mens deltakelsen fra fastlegene i Asker er under 1 %. Det er i hovedsak fastleger som trenger 40 vakter for å få godkjenning i allmennmedisin som har gått vaktene. Akuttmedisinsk forskrift skiller mellom godkjenning i allmennmedisin og godkjent allmennlege som ikke en spesialistgodkjenning men en godkjenning for å få lov til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon.

Regnskapet for Legevakten for 2015 viser totale brutto driftsutgifter på kr 57,8 mill. kr årlig og netto driftsutgifter på 29,8 mill. kr. Den største utgiftsposten er lønn og sosiale utgifter. Budsjettrammen for 2017 er brutto driftsutgifter på 56,7 mill. kr og netto driftsutgifter på 28,5 mill. kr. Prognosen for 2016 viser et merforbruk på 1,6 mill. kr i forhold til budsjett. Variabel lønn og utgifter til kjøp av vikarer/konsulentbruk utgjør hovedparten av merforbruket. Merforbruket minkes av merinntekter fra brukerbetaling og refusjoner fra HELFO og merinntekter i refusjoner fra Staten. Kostnadene til Legevakten fordeler seg etter innbyggertall pr. 1.1 i budsjettåret, hvor 1/3 av utgiftene dekkes av Asker og 2/3 dekkes av Bærum.

3.2 Fastlegetjenesten i Asker og Bærum

Fastlegeforskriften

I følge fastlegeforskriften §7 er det kommunen som skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes. Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og § 4-2. I forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, fremgår det bl.a. at det skal være oversikt over virksomhetens mål, organisering, ansvar og hvordan myndighet er fordelt. Sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at erfaring utnyttes. Videre å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer. Foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen.

Fastlegetjenesten i Asker

I Asker er det 45 fastlegehjemler som betjenes av til sammen 49 fastleger på 15 fastlegekontorer. På listene er det pr. november 2016, 56 714 pasienter og det er en ledig kapasitet på 4 155 plasser. Fastlegekontorene varierer i størrelse fra solopraksis (4 stk.) til kontorer med 7 fastlegehjemler, hvor i tillegg noen har delelister og det dermed er totalt er 10 leger. Av de 15 kontorene er det 2 som ikke har kapasitet til flere pasienter på sine lister. Listelengdene varierer mellom fastlegene fra 300 pasienter til 2100.

Fastlegetjenesten i Bærum

I Bærum er det 102 fastlegehjemler som betjenes av 105 fastleger fordelt på 34 fastlegekontorer. På listene er det pr. 7. november 2016 125 488 pasienter. Ledig kapasitet på listene utgjør 7 212 plasser. Av de 34 kontorene er det 9 som ikke har kapasitet til flere pasienter på sine lister. Listelengdene varierer mellom fastlegene fra 400 pasienter til 2 250 pasienter. Fastlegekontorene varierer i størrelse fra solopraksis (7 stk.) til kontorer med 8 leger.

4 Analyse og vurdering

4.1 Innledning

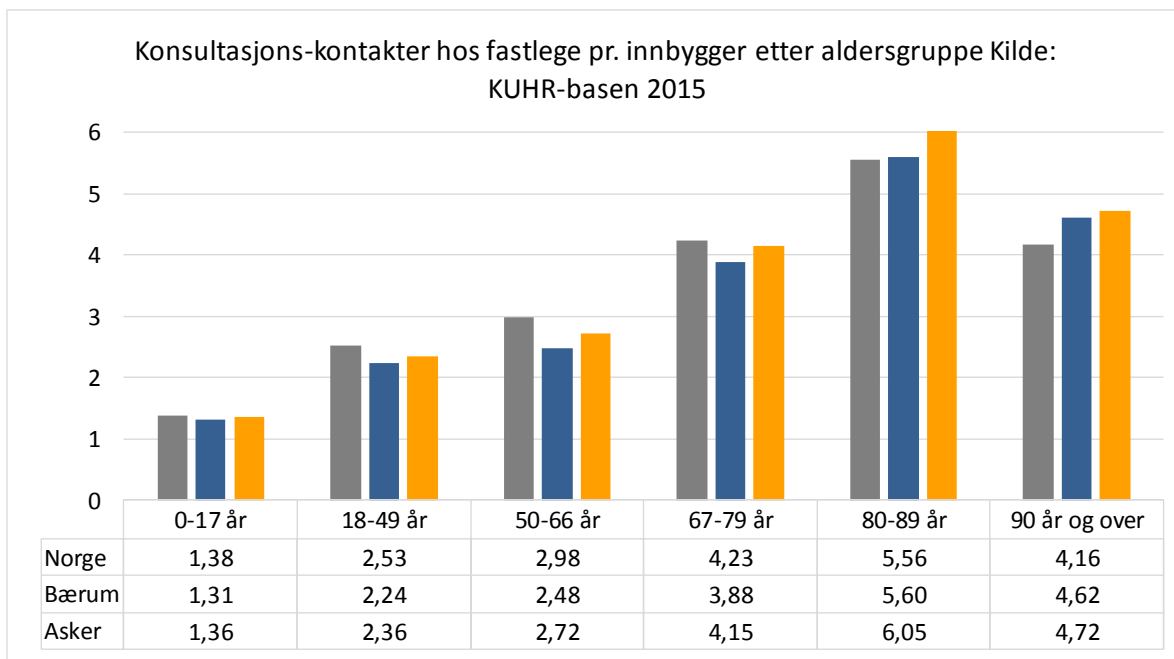
I dette kapittelet vil vi presentere tilgjengelige data fra ulike datakilder som KUHR-basen (Kontroll og Utbetaling av Helse Refusjon), Legevaktens fagsystem og telefonsystem. Vi skal presentere funn fra kartlegging av fastlegene, brukerundersøkelsen på Legevakten og innbyggerundersøkelsen utført av Respons Analyse på oppdrag fra Bærum kommune. Til slutt presenteres en sammenlikning av Asker og Bærum legevakt med legevakten i Drammen, Stavanger, Kristiansand og Ringerike.

Sentrale funn i gjennomgangen

- Høyere bruk av fastlege i Asker enn i Bærum
- Høyere bruk av legevakt pr. innbygger i Bærum enn i Asker
- Netto innpendling til Bærums fastleger og netto utpendling til Askers fastleger
- Responstiden på telefon på Legevakten og hos fastlegene møter ikke forskriftskravet
- Stor grad av måloppnåelse på ventetid på Legevakten, servicegraden er høy for grønne og blå pasienter
- Fastlegene utfører hovedvekten av all øyeblikkelig hjelp i kommunene på dagtid i ukedagene
- Telefontilgjengeligheten er ikke god nok hos hverken fastlegene eller på Legevakten
- Praksis for tildeling av øyeblikkelig hjelp-timer varierer betydelig
- Pasienter på Legevakten tar i liten grad kontakt på telefon før de møter opp
- Pasienter på Legevakten har i all hovedsak fastlege i Asker eller Bærum
- Hovedvekten av pasientene på legevakten oppgir å ha blitt syk utenom fastlegens åpningstid eller ikke fått tak i fastlegen
- Flere av pasientene som møter opp på Legevakten har kjent til plagen i lang nok tid til at det skulle vært mulig å kontakte fastlegen i dennes åpningstid
- Halvparten av pasienter med lav hastegrad ville gått til fastlegen dersom de var garantert time samme eller neste dag
- Innbyggerne i Asker og Bærum har høye forventninger til kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud og er i nokså stor grad fornøyd med tilbudet
- Innbyggerne er i nokså stor grad fornøyd med fastlegens øyeblikkelig hjelp-tilbud, men er ikke like fornøyd med telefontilgjengeligheten
- Innbyggerne har store forventninger til å kunne møte opp på legevakt og få hjelp
- Knappt halvparten kan tenke seg fastlege med åpningstid på ettermiddag eller kveld

4.2 Innbyggernes forbruk av fastlegetjenester

Innbyggerne i Asker har i 2015 flere konsultasjonskontakter hos fastlege enn innbyggerne i Bærum. Dette er en tendens som viser å holde i de tre årene 2013–2015. Figuren under viser konsultasjonskontakter hos fastlege pr. innbygger fordelt etter aldersgruppe i 2015. Norge vises som grått, Bærum vises som blått og Asker vises som oransje i figurene under.

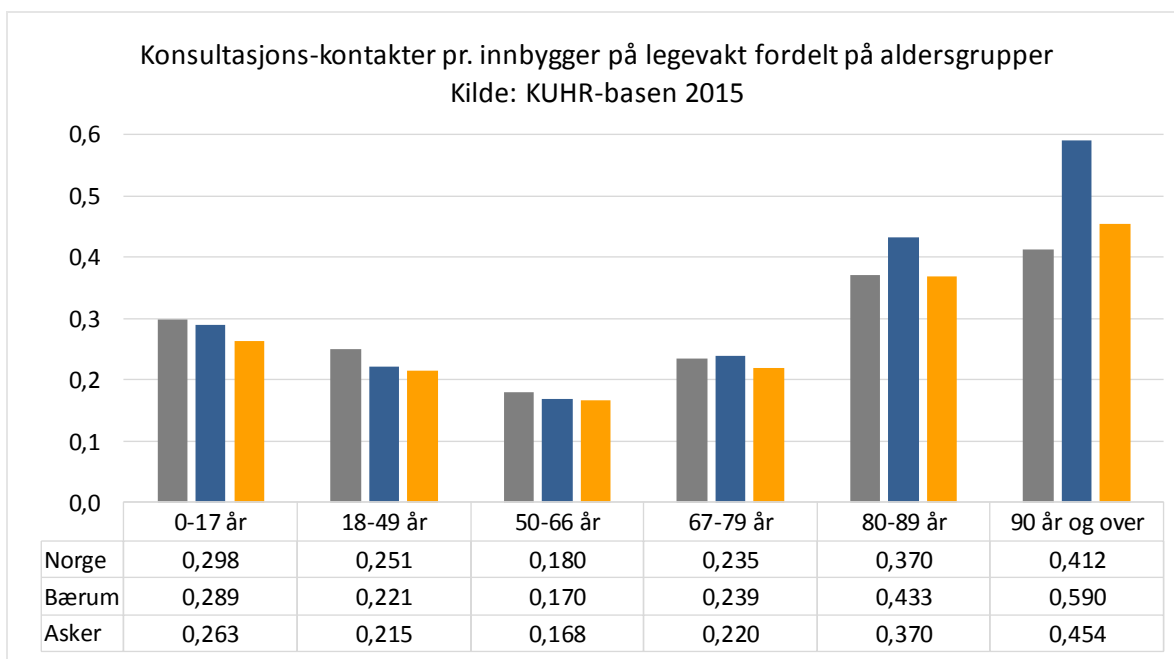


Figur 4-1 Konsultasjonskontakter hos fastleger pr. innbygger etter aldersgrupper.

Tallene inneholder bare konsultasjonskontakter. KUHR-basen viser også flere typer kontakter som for eksempel enkel konsultasjon med pasient til stede, sykebesøk og e-konsultasjon.

4.3 Innbyggernes forbruk av legevaktstjenester

Innbyggerne i Bærum har noen flere konsultasjonskontakter pr. innbygger på legevakt enn Askers innbyggere. Det er særlig i de eldre aldersgruppene at dette skiller seg markant ut og dette kan ha sammenheng med at organiseringen av legetjenester til de eldre aldersgruppene er forskjellig i 2015. Den grå søylen viser Norge, den blå Bærum og den oransje viser Asker.



Figur 4-2 Konsultasjonskontakter pr. innbygger på legevakt fordelt på aldersgrupper

Tallet inneholder bare konsultasjonskontakter. KUHR-basen viser også flere typer kontakter som for eksempel enkel konsultasjon med pasient til stede, sykebesøk og e-konsultasjon.

4.4 Analyse av legevaktsforbruket

Dataene i det følgende er hentet fra Legevaktens elektroniske pasientjournalssystem (Winmed). Rapportmulighetene i dette dataverktøyet er svært mangelfulle og arbeidskrevende. Legevakten har anskaffet nytt journalssystem med bedre statistikkmuligheter og vil ta dette i bruk fra april 2017.

4.4.1 Antall konsultasjoner i 2016

I 2016 var det om lag 45 000 fremmøtte konsultasjoner på Legevakten. Antallet konsultasjoner er kun svakt stigende de siste årene, til tross for befolkningsvekst.

4.4.2 Responstid på telefon

Legevakten har i 2016 en responstid på 80 % av telefonanropene på 6 minutter og 46 sekunder. Omtrent 51 % av anropene besvares innen forskriftens krav på 2 minutter. På legevaktens publikumslinje ble det i 2016 besvart 26 232 telefonsamtaler og disse varte i gjennomsnitt i 3 minutter og 51 sekunder. Statistikk om telefon hentes ut fra nødnettet og bearbeides i en statistikk-løsning som Legevakten abonnerer på fra leverandøren Bliksund.

Teknologien for å måle responstid på telefon har fortsatt noen utfordringer. Det er Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett HF som er ansvarlig for statistikk nasjonalt og det jobbes fortsatt med å kunne publiseres responstid på legevaktstelefon nasjonalt.

I intervjuer med Legevakten kommer det fram at det er en del tidkrevende telefonsamtaler hvor tematikken er psykiatriske lidelser, og at dette derfor beslaglegger mye av kapasiteten. Det anbefales at omfanget av disse telefonsamtalene kartlegges for å avdekke behov for tjenester andre steder i kommunen².

En del av telefonsamtalene kommer fra andre helsetjenester i kommunen og dreier seg om råd og veiledning om pasienter eller brukere i hjemmesykepleie, boliger eller sykehjem. I 2016 var det 5737 telefonsamtaler fra andre tjenester i Asker og Bærum kommuner. Disse samtalene kan både være raske avklaringer og lengere samtaler hvor helsepersonell i den andre enden gjør forskjellige undersøkelser mens de snakker med legevaktssentralen.

Alle telefonsamtaler med pasienter håndteres etter samme standard. Dette gjøres av hensyn til lov om helsepersonell hvor helsepersonell har en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.³ At det er en standard som følges gir en kvalitetsgaranti, men det er også ressurskrevende. En telefontriageringssamtale tar minst 2 minutter å gjennomføre, noe som medfører kø ved mange samtidige henvendelser.

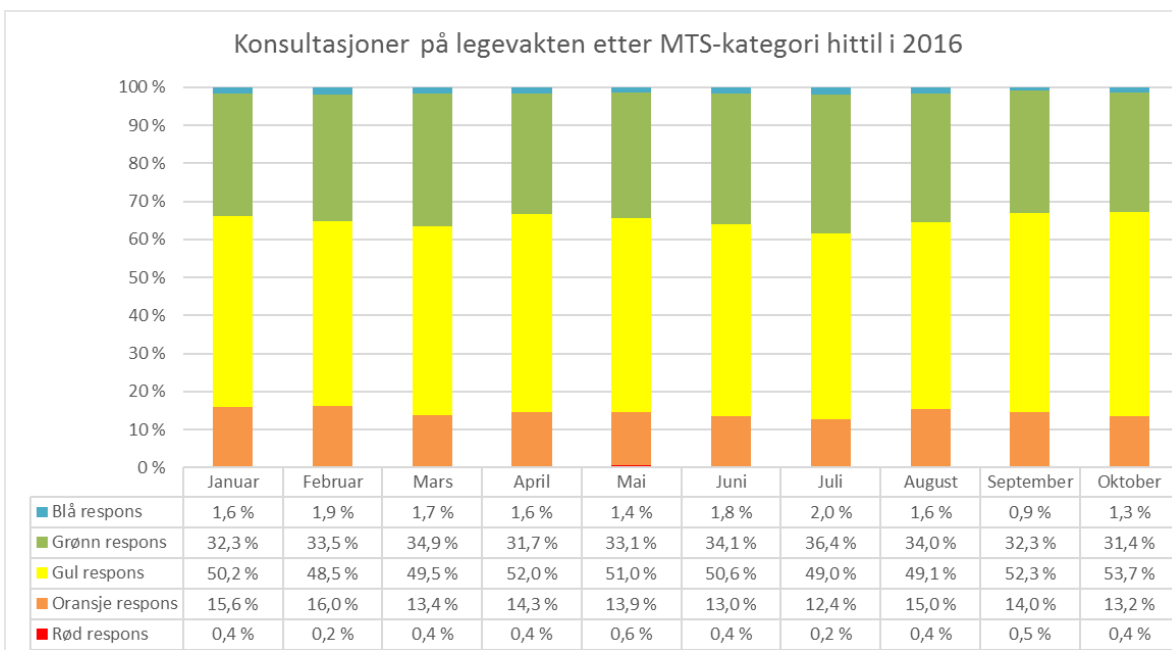
Legevakten bør vurdere om det er hensiktsmessig å viderehenvise til fastlege tidlig i samtalen for å henvise pasienten til riktig behandler. En målsetting må være så raskt som mulig å komme til konklusjonen om det er fastlegen som skal oppsøkes eller om pasienten skal oppsøke Legevakten. På dagtid bør hovedkonklusjonen være at pasienten må oppsøke fastlegen så fremt det ikke er kritisk at pasienten oppsøker Legevakten og at fastlegen er tilgjengelig.

² Asker kommune opplyser om at de har 1.10.2016 opprettet en døgnåpen veiledningstelefon for personer med psykiske- eller rus problemer. Likeledes har Bærum kommune en døgndrevet hjelpetelefon for psykisk helse

³ LOV-2015-12-11-97, Lov om helsepersonell, §4

4.4.3 Fordeling av pasienter etter triagering

Andelen blå og grønne pasienter har hver måned gjennom hele året ligget på mellom 33 % og 38 % av alle konsultasjoner. Dette bilde samsvarer med 2015-tallene.



Figur 4-3 Andel konsultasjoner pr. Manchester Triage System kategori på legevakten fordelt pr. måned

Påsken 2016 var i mars, noe som kan forklare den økte mengden grønne responser i denne perioden. Samtidig ser vi at juli er måneden med høyest andel pasienter med lav hastegrad. Dette sammenfaller med sommerstengte fastlegekontorer.

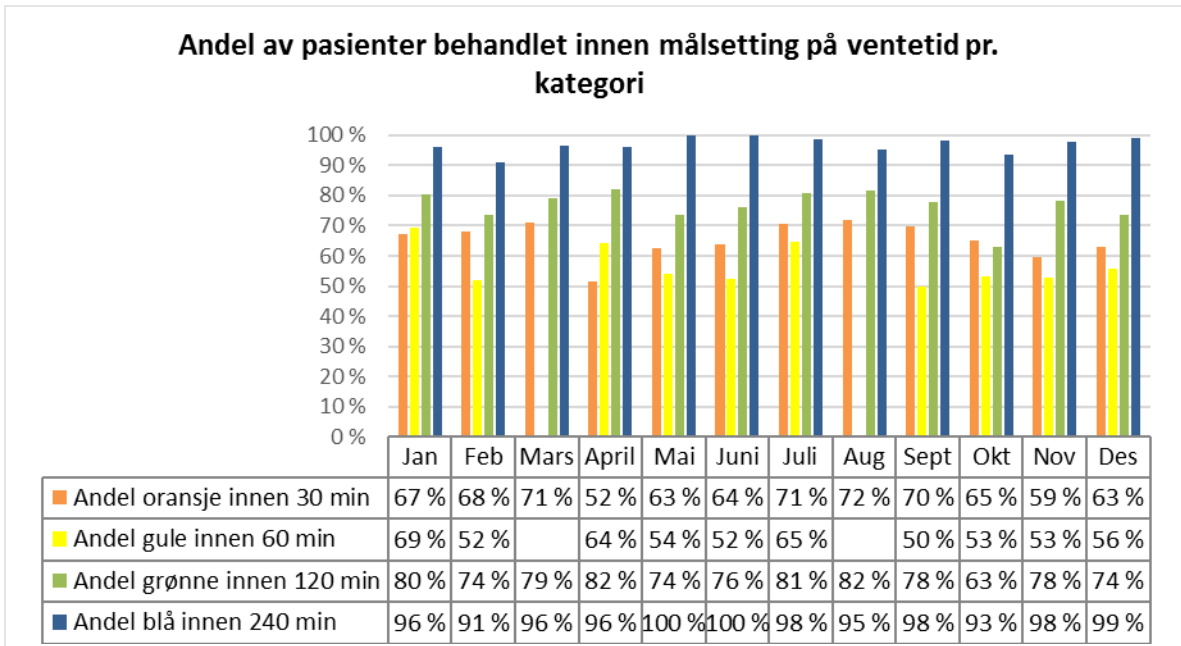
4.4.4 Ventetid

Vi har hatt tilgang på ventetidsdata fra 2015 fordelt på MTS-kategori. Legevakten har et mål om legetilsyn av 85 % av oransje gruppe innen 30 minutter, 90 % av gul gruppe innen 60 minutter. Røde pasienter skal ha hjelp umiddelbart. Vi får opplyst på legevakten at det er en målsetting om servicetid for grønne pasienter på 120 minutter og blå pasienter på 240 minutter.

Ventetidsdataene fra journalsystemet beregner medgått tid fra pasienten er registrert inn på Legevakten til legen har åpnet journalnotatet. I praksis er det vanlig at legen åpner journalnotatet mot slutten av konsultasjonen eller etter konsultasjonen er ferdig. Tallene som fremkommer i ventetidsdataene vil således i praksis inneholde ventetid inkludert noe behandlingstid. Tallene sier noe om pasientens opprinnelige triageringsfarge, men det er kjent at pasienter kan ende opp i en annen triageringsfarge i løpet av ventetiden og dermed bli prioritert med lavere hastegrad. Likevel er dette den eneste tilgjengelige dataen som kan gi indikasjoner på ventetiden for de forskjellige pasientkategoriene. Selv om ventetiden skulle falle lenger enn Legevaktens målsetting betyr det ikke at pasienten er uten tilsyn. Pasienten blir ivaretatt av sykepleier, og det settes inn avhjelpende tiltak og prosedyrer dersom ventetiden skulle bli lang.

NMTG (Norsk Manchester Triage Group) anbefaler at en følger tidsaspektene for gruppene rød tom gul, men at det for grønne og blå pasienter åpnes for lokale helsetjenester. Disse pasientene kan faglig forsvarlig vente med behandling av sine plager. Servicetiden på Legevakten for de blå pasientene er i dag satt til 240 minutters ventetid og de grønne har 120 minutter som ventetid. Siden disse pasientene i stor grad kan oppsøke fastlege er Legevakten å betrakte som en serviceinstitusjon og ikke utfører av øyeblikkelig hjelp. Figuren på neste side viser andelen av pasienter

som er behandlet innen målsettingen for ventetid pr. måned i 2015. Det er grunn til å tro at bildet er det samme for 2016.



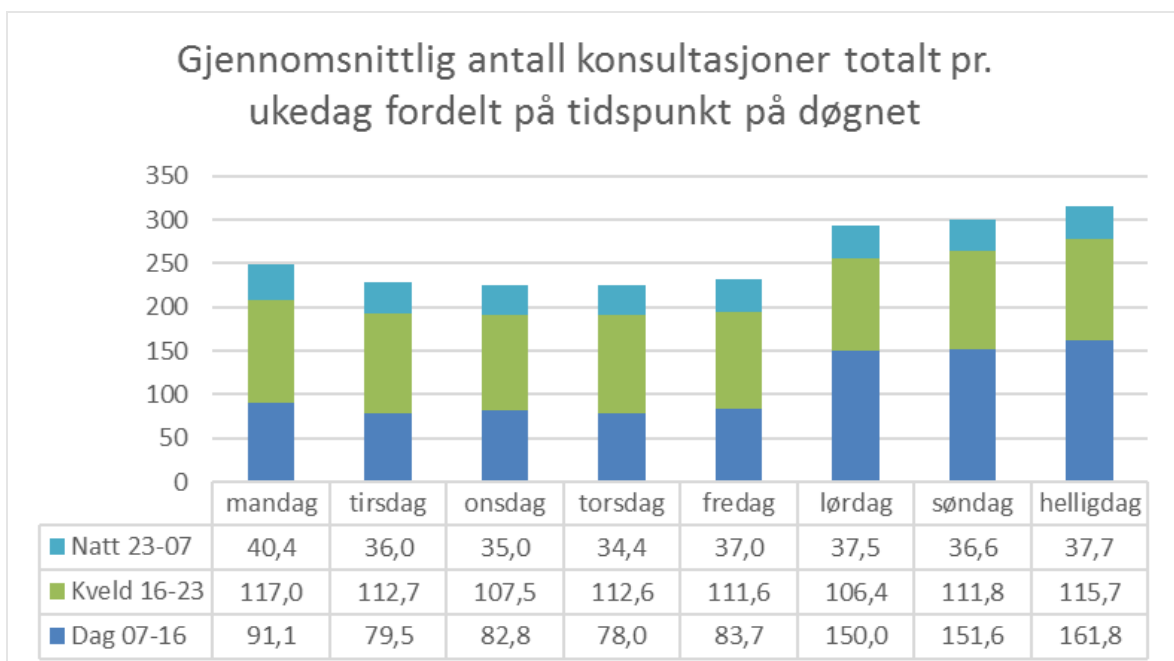
Figur 4-4 Andel pasienter som har blitt behandlet innen målsettingen for den enkelte pasientkategori pr. mnd. i 2015, kategorisert etter MTS-kategorier

I 2015 var 65 % av de oransje pasientene behandlet innen målsettingen om 30 minutter. Det var variasjoner gjennom året fra 72 % i august til 52 % i april som sammenfalt med påsken. Tilsvarende måloppnåelse var i 2013 på 60 %.

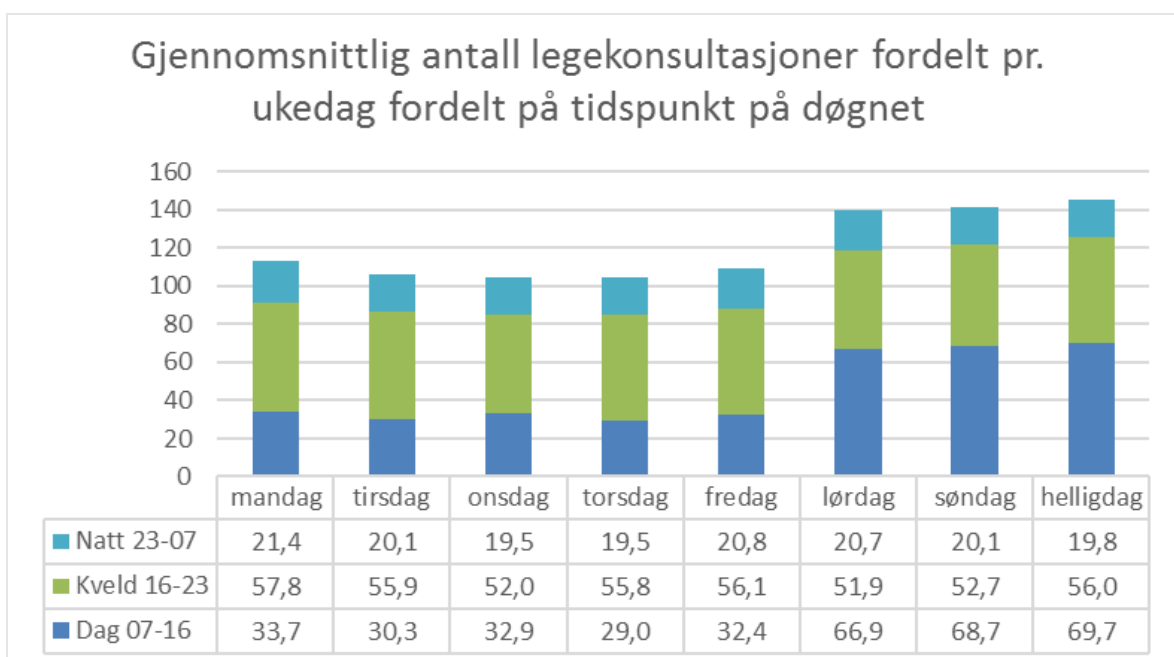
4.4.5 Døgnvariasjon i forbruket

Dataene fra Legevakten Asker og Bærum er delt opp i tre tidsintervaller. Det første tidsintervallet går fra 07 til 16, det andre fra 16 til 23 og det siste fra 23 til 07.

Figuren viser pågang av konsultasjoner i løpet av døgnet pr. november 2016, alle ukedager. Figuren inkluderer legekonsultasjoner, sykepleiekonsultasjoner og sykebesøk.



Figur 4-5 Fordeling av alle konsultasjoner, lege-, sykepleier og sykebesøkkkonsultasjoner på ukedager i 2016



Figur 4-6 Fordeling av legekonsultasjoner på ukedager i 2016

Figuren over viser at gjennomsnittlig antall legekonsultasjoner hittil i 2016 varierer pr. ukedag. Onsdag og torsdag er dagene med minst pågang. Lørdag og søndag er dagene med mest pågang i normaluker. Helligdager er dagene hvor det er mest pågang.

Mandag er den travleste ukedagen og mandag kveld er den travleste av alle kveldene i uken.

Det er dagvakten som skiller helgene fra ukedagene og det er omtrent dobbelt så mange legekonsultasjoner på dagtid i helgene som på dagtid i ukedagene.

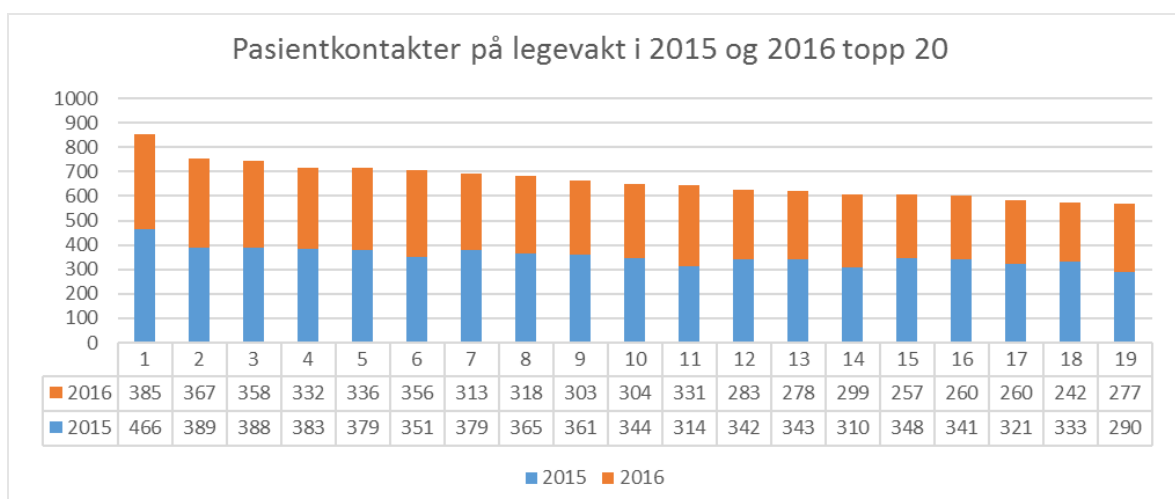
Om natten viderehenvises pasienter som er triangert som blåe eller grønne. Praksis er at de som er registrert inn som pasienter innen kl 00 blir behandlet i løpet av natten uavhengig av triageringskategori. Dette innebærer at blå og grønne pasienter ikke vil viderehenvises, men må vente til lege er tilgjengelig.

4.4.6 Konsultasjoner på Legevakten fordelt på pasientens fastlege

Vi har tatt ut antallet konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk på Legevakten fordelt på fastlege fra fagsystemet. Unøyaktigheter i datamaterialet skyldes feil stavemåte på fastlegenavn, at det kun er fastlegens etternavn som er registrert og denne har et vanlig etternavn som gjør det vanskelig å identifisere hvilken fastlege det dreier seg om og dermed også hvilket fastlegekontor.

I noen tilfeller kan det være at fastlegen har sluttet og pasienten fortsatt har registrert fastlegen året etter, dvs. at pasienten i praksis ikke vet hvem fastlegen sin er.

Figuren under viser konsultasjoner på Legevakten i 2015 og 2016 fordelt på de 19 legene med mest pasienter. Legen som har flest pasienter på Legevakten disse to årene, har pasienter med over 800 pasientkontakter.



Figur 4-7 De 19 legene med flest pasienter med konsultasjon på Legevakten⁴.

Vi har sett på om antall pasientkontakter på legevakt i 2015 og 2016 har en sammenheng med legens listelengde og finner ingen statistisk sammenheng.

Vi har sett på om fastlegens alder har betydning for antall pasientkontakter på legevakt i 2015 og 2016 ut fra en hypotese om at eldre fastleger har eldre pasienter som oftere oppsøker legevakt, men vi har ikke funnet noen statistisk sammenheng.

Vi finner at fastleger i tilgrensende bydeler i Oslo i stor grad har pasienter som oppsøker Legevakten, noe som kan tyde på at mange innbyggere arbeider i Oslo og har fastlege der. Det kommer spesielt mange fra legekantorene i bydelene som ligger nærmest kommunegrensen Vindern, Vestre Aker, Majorstua, Skøyen, CC Vest, Smestad, Slemndal. Dette kan gjelde pasienter fra Asker og Bærum som har fastlege i Oslo, men det kan også være en indikasjon på at innbyggere i Oslo Vest heller ønsker å reise til Bærum for legevakt.

Datakvaliteten på materialet som tas ut fra fagsystemet er pr. i dag ikke god nok til å kunne konkludere. Det anbefales at det ved nytt fagsystem tas en vurdering om andel pasientkontakter

⁴ En lege er tatt ut av topp 20 pga. usikkerhet fordi vedkommende har et veldig vanlig etternavn som også likner to andre legers

fordelt på fastleger eller fastlegekontorer skal benyttes som styringsinformasjon og informasjon i dialogen mellom kommune og fastlegene.

4.5 Fastlegekartleggingen

Fastlegekartleggingen med spørreskjema gikk over to uker, ukene 47 og 48. Alle fastlegekontorer i Asker og Bærum fikk tilsendt et digitalt spørreskjema med spørsmål om åpningstider, telefontider, avsatte øyeblikkelig hjelp-timer og antall behandlede øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Fastlegekartleggingen viser at:

- Fastlegenes åpningstid varierer fra 5 timer åpent til opptil 9,5 timers åpningstid
- Telefontilgjengeligheten er svært varierende og det er utfordringer med stengte telefoner tidlig på dagen, i lunsjperioden og ved arbeidsdagens slutt
- Fastlegeforskriftens krav om elektronisk timebestilling er ikke innfridd hos alle legekantor i Asker og Bærum
- Omtrent en tredjedel av timene hos fastlegene settes av til øyeblikkelig hjelp
- Fastlegene uttaler at de fleste som ønsker time får dette samme dag

4.5.1 Åpningstider

God kapasitet hos fastlegene er viktig for at Legevakten skal kunne ivareta sin akuttfunksjon. Fastlegekontorene i Asker og Bærum har åpningstider som varierer fra 5 timer åpent pr. dag, til dager i uken med opptil 9,5 timer åpningstid. De fleste fastlegekontorene åpner mellom kl. 08.30 og 09.00 og stenger mellom kl. 15.00 og 15.30. For oversikt over åpningstidene se vedlegg til rapporten.

4.5.2 Telefontilgjengelighet hos fastlegene

I følge fastlegeforskriften⁵ §21 skal 80 % av telefonhenvendelser normalt kunne besvares innen 2 minutter⁶. Det varierer mellom fastlegekontorene i hvilken grad telefonen er åpen og kartleggingen viser at telefonen hos legekantorene er åpen fra 2,5 timer til hele åpningstiden på 8 timer.

Kartleggingen av fastlegene og vår stikkprøvekontroll viser at det er store variasjoner i åpningstider på telefon. Noen fastlegekontor har kun åpent en halvtime på morgenen, en halvtime på ettermiddagen og en time midt på dagen. Det er få kontor som har telefonåpent hele dagen.

Telefonen betjenes i all hovedsak av helsesekretærer som har autorisasjon som helsepersonell og følger samme lovhjemler om forsvarlighet og omsorg som sykepleierne som betjener Legevaktens telefon.

Responstid på telefon

Responstiden varierer fra umiddelbar respons til i ett tilfelle 15 minutters ventetid. I hovedsak besvares telefonene innen 2 minutter også i rushtiden ved åpningstid. Det kan synes som om kontorene bemanner opp for å møte pågangen tidlig på dagen. Noen kontorer når vi ikke gjennom til og samtalen blir koblet ned eller vi får opptattsignal. Dette kan gjelde kontor som har telefonsentraler som for eksempel kun tillater 4 samtidige anrop.

⁵ FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

⁶ Fastlegen skal ha et system for mottak av telefonhenvendelser som er innrettet slik at 80 % av alle telefonhenvendelser kan besvares innen to minutter. Med dette menes at systemet, og kapasiteten i dette, må innrettes slik at dette kravet kan oppfylles på arbeidsdager med normal pågang

Alle fastlegekontorer ble ringt opp en gang, der vi ikke fikk svar ved første henvendelse ble kontoret ringt opp en gang til. Siden vi ikke hadde oversikt over åpningstidene til fastlegene da kartleggingen ble foretatt, møtte vi stengte telefoner i mange tilfeller. Ser vi bort i fra tilfellet der det tok 15 minutter å komme gjennom på telefon er gjennomsnittet av de øvrige anropene innen 2 minutter. Imidlertid er det mange henvendelser som ikke blir besvart og vi kan dermed ikke konkludere med at anropene besvares innen forskriftskravet.

Mange fastlegesenter har telefonsvarer som slår inn når telefonen besvares. Gjennom denne telefonsvareren får pasienten veiledning om hvordan de kan logge inn på pasientsky, at de kan få elektronisk resept, og at de kan sende SMS til fastlegekontoret. Vi har ikke registrert at det er fastlegekontor som har en tilbakeringsfunksjon.

En undersøkelse utført i Trondheim høsten 2012 viste at 27 av 38 legekantor ikke oppfylte kravet om at telefonen skal besvares innen 2 minutter⁷. Det er grunn til å tro at denne undersøkelsen i Trondheim var representativ for mange legekantor i norske kommuner i 2012. Det kan tyde på at et «overforbruk av legevakts» i mange tilfeller kan skyldes utilgjengelig telefonservice på fastlegekontorene. Siden 2012 har det skjedd en utvikling på telefonsentralteknologi, og vår undersøkelse konkluderer ikke med utilgjengelighet i telefonens åpningstid. Vår undersøkelse viser på den andre side at det heller ikke er grunnlag for å konkludere med at fastlegene oppfyller kravet i fastlegeforskriften om normal responstid på 80 % av samtalene innen 2 minutter.

4.5.3 Tilgjengelighet elektronisk

I følge fastlegeforskriften skal fastlegene ha mulighet for elektronisk timebestilling.

I Asker har 85 % av fastlegekontorene mulighet for elektronisk timebestilling, mens 63 % har dette i Bærum. Av de som har elektronisk timebestilling, har henholdsvis 30 % og 20 % av disse også dette for øyeblikkelig hjelp-timer.

30 % av Askerkontorene og 22 % av Bærumkontorene tilbyr e-konsultasjon. E-konsultasjon er et tilbud til pasienter som har plager som ikke trenger tilsyn av legen, men som kan løses digitalt. Responstiden på E-konsultasjon kan være opptil 5 virkedager, så tilstander som er akutte eller ellers haster kan ikke behandles pr. E-konsultasjon. Skrivefeltet i løsningen er begrenset, så problemstillingen må være konsis og kortfattet.

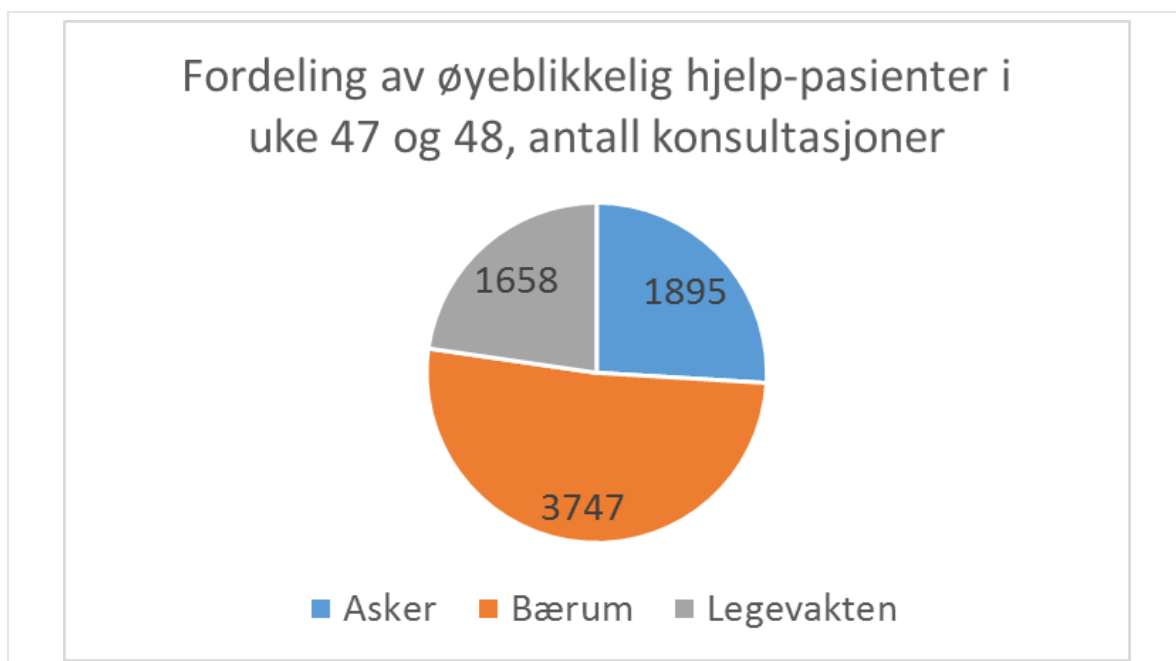
Noen av fastlegekontorene viser i undersøkelsen til at dagens løsninger for e-konsultasjon ikke vurderes som sikre nok, men det finnes også sikre systemer hvor man logger inn med bank ID.

4.5.4 Tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp-timer

Det aller meste av øyeblikkelig hjelp-tilbudet skjer hos fastlegen. Fastlegene i Bærum står for 51 % av øyeblikkelig hjelp-konsultasjonene, mens fastlegene i Asker står for 26 % av øyeblikkelig hjelp-konsultasjonene. Legevakten står for 23 % av øyeblikkelig hjelp-konsultasjonene.

Fastlegene oppgir i intervjuer at de har ansvaret for alt akuttmedisinsk behov hos sine listepasienter på dagtid, og at de vurderer at de har kapasitet og godt nok utstyr til å betjene dette behovet.

⁷ T. Øien og L. Ottem, Få legekantor besvarte telefonen fort nok, Dagens Medisin nr. 21/2013



Figur 4-8 Fordeling av øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner i uke 47 og 48

Fastlegene i Asker og Bærum setter av rundt en tredjedel av timene i løpet av en dag til øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner. Det viser seg at disse timene i stor grad blir brukt. Det er ikke nevneverdig variasjon i timer avsatt på de forskjellige ukedagene, men noen fastleger melder fra om at mandager og tirsdager er spesielt travle. Dette sammenfaller med aktiviteten på Legevakten.

Flere fastlegekontorer oppgir å være positive til samarbeid med Legevaktens prosjekt om å kunne reservere timer, men så langt har kun ett fastlegekontor avsatt timer i timeboken sin. Legevakten er avhengig av større oppslutning for å komme ordentlig i gang med ordningen.

Praksis for tildeling av øyeblikkelig hjelp-timer

Alle fastleger i Asker og Bærum sier at pasienten får time samme dag dersom vurderingen er at dette er medisinskfaglig nødvendig. Dersom det ikke er tilgjengelige timer og det vurderes som forsvarlig, tilbys pasienten time neste dag. 30 % av legekantorene i Asker og 38 % i Bærum oppgir at de regelmessig reiser på akutte sykebesøk (besøk samme dag som behov er meldt).

30 % av legekantorene i Bærum og 46 % av legekantorene i Asker har skriftlige rutiner for tildeling av øyeblikkelig hjelp-timer. 50 % i Asker og 55 % i Bærum benytter beslutningsstøtteverktøy som *Norsk Elektronisk Legehåndbok* eller *Telefonråd* når de tildeler øyeblikkelig hjelp timer.

4.5.5 Oppsummering av fastlegekartleggingen

Vi ser at hovedvekten av fastlegene har telefonstengt store deler av dagen og tilsvarende at Legevakten har en økt pågang i tidspunkter der fastlegenes telefoner er stengt. Kartleggingen av responstid viser at vi i mange tilfeller ikke får kontakt med fastlegekontorene, men når vi får kontakt oppnår vi i hovedsak kontakt på gjennomsnittlig litt over 2 minutter.

Legenes egen vurdering av praksis er at øyeblikkelig hjelp-henvendelser gir time samme dag. Over halvparten av fastlegekontorene har ikke skriftlige rutiner for tildeling av øyeblikkelig hjelp-timer, mens nesten alle har muntlige rutiner. For å sikre internkontroll og kunne dokumentere praksis, er skriftlige rutiner nøkkelen.

Fastlegekontorenes åpningstider varierer, men generelt er ikke fastlegekontorene åpne i hele den vanlige arbeidstiden 8–16. En årsak til dette er etter alt å dømme den økende oppgavemengden fastlegene har med hensyn til nye statlige krav, kommunikasjon med andre instanser slik som NAV og forsikringsselskaper, attestarbeid osv. Fastlegeforskriften krever at en fastlege driver med kurativt arbeid i 28 timer/uke (ved fulltidsliste). Dette medfører krav om åpningstider kl 8-15 fire dager i uken. De fleste fastleger har lengre åpningstider enn dette. Undersøkelser viser at fastleger i 2008 hadde en gjennomsnittlig arbeidsuke på 46,6 timer, mens gjennomsnittet for norske arbeidstakere generelt var 34,3 timer. En fastlege bruker omtrent 70 % av sin arbeidstid på pasientarbeid og den resterende på indirekte pasientrettet arbeid⁸.

4.6 Brukerundersøkelse på Legevakten

Det er gjennomført brukerundersøkelse på Legevakten i uke 47 og 48. Hensikten med undersøkelsen er å undersøke årsakene for hvorfor pasientene oppsøkte legevakt. På dagtid er fastlegekontorene åpne og dermed tilgjengelige for øyeblikkelig hjelp. Denne undersøkelsen skal kartlegge årsakene til hvorfor pasientene valgte å oppsøke Legevakten og få en vurdering på hva som gjorde at de oppsøkte Legevakten fremfor egen fastlege.

Materialet omfatter 596 respondenter som ble mottatt på Legevakten i løpet av alle 14 dagene i ukene 47 og 48. I helgen er Legevakten eneste tilbud, og pasientene har dermed ikke hatt en valgmulighet. Resultatene i denne undersøkelsen er derfor todelt og viser forskjellig forbruksmønster på hverdager og for helger. For å gi et helhetsbilde presenteres en samlet oversikt og de oppdelte resultatene for viktige variabler. Vi viser hva respondentene har oppgitt som årsaker til at de oppsøker Legevakten og kan koble dette mot fastlegenes praksis. I tillegg viser innbyggerundersøkelsen holdninger og forbruksmønster hos innbyggerne.

Brukerundersøkelsen på Legevakten omfatter pasienter som fysisk kom til Legevaktens lokaler, mens de som ringte uten å møte opp ikke er inkludert.

Svarprosent, representativitet

596 respondenter av 1 658 konsultasjoner i de to ukene, gir en svarprosent på 36 %. De oransje pasientene har i minst grad svart på undersøkelsen og vil representere en skjevhet i utvalget. Siden styringsdataene fra Legevaktens fagsystem ikke kan ta ut rapporter på triageringskategori og tidspunkt er det vanskelig å identifisere noen årsak til dette. Når utvalget er 1 658 pasienter og besvarte er 596, er feilmarginen +/- 3,2 % i et 95 % konfidensintervall. Når vi vet at utvalget er skjevt med tanke på de oransje pasientene, vil vi måtte vise ytterligere forsiktighet i tolkningen.

Tabell 4-1 Antall konsultasjoner i uke 47 og 48 og antall besvarte spørreskjema fordelt på kategori

	Antall konsultasjoner	Besvarte	Andel besvart
Blå	18	16	89 %
Grønn	479	160	33 %
Gul	891	313	35 %
Oransje	265	64	24 %
Rød	5	6*	120 %
Vet ikke		38	
Totalt	1658	596	36 %

*For røde pasienter er det flere besvarte enn registrerte pasienter, dette må bero på en misforståelse hos en av respondentene.

⁸ Rosta og Aasland 2015, Legers arbeidstid og tidsbruk, tidsskriftet Overlegen 3-2015

4.6.1 Funn fra undersøkelsen

Hovedfunnene i brukerundersøkelsen er:

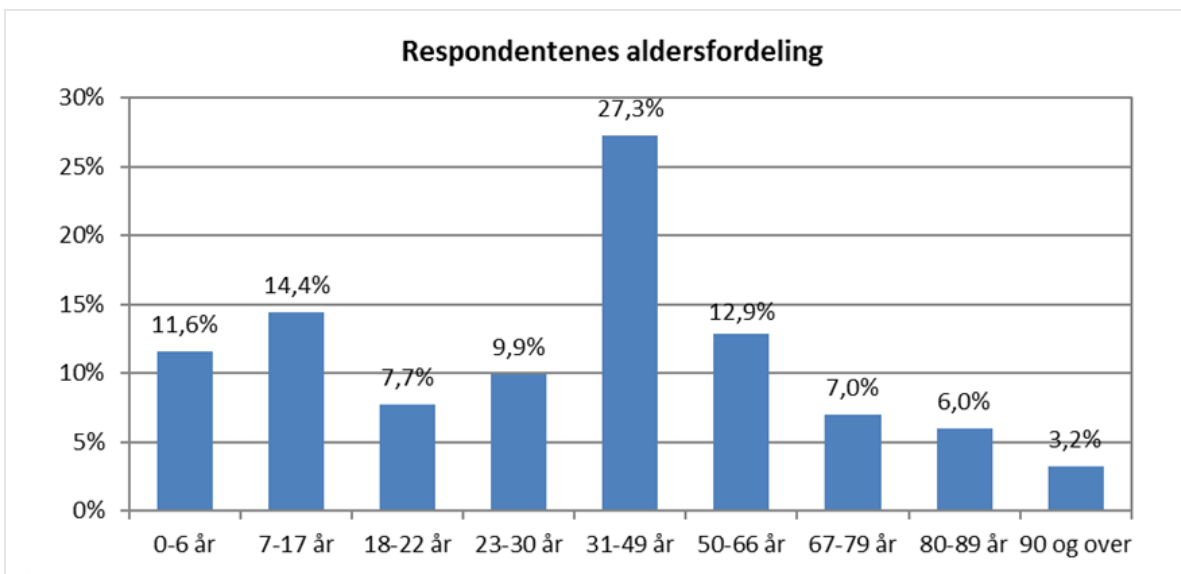
- Det er i all hovedsak innbyggere i Asker og Bærum som bruker Legevakten
- De har i hovedsak fastlege i Asker og Bærum
- Kun en tredjedel ringer før de oppsøker Legevakten
- De fem viktigste årsakene til at de oppsøker Legevakten er:
 - Ble akutt syk utenom fastlegens åpningstid
 - Stengt fastlegekontor
 - Tror ikke fastlegen tilbyr den hjelpen jeg trenger akkurat nå
 - Raskere å få hjelp på Legevakten
 - Fikk ikke time fort nok hos fastlegen

Mange gule, grønne og blå pasienter har kjent plagen over så lang tid at de hadde hatt mulighet til å oppsøke fastlegen.

- Omtrent halvparten av gule, grønne og blå pasienter sier at de ville oppsøkt fastlegen dersom de visste at de fikk time samme dag eller neste dag.

Hvilke aldersgrupper besvarte brukerundersøkelsen?

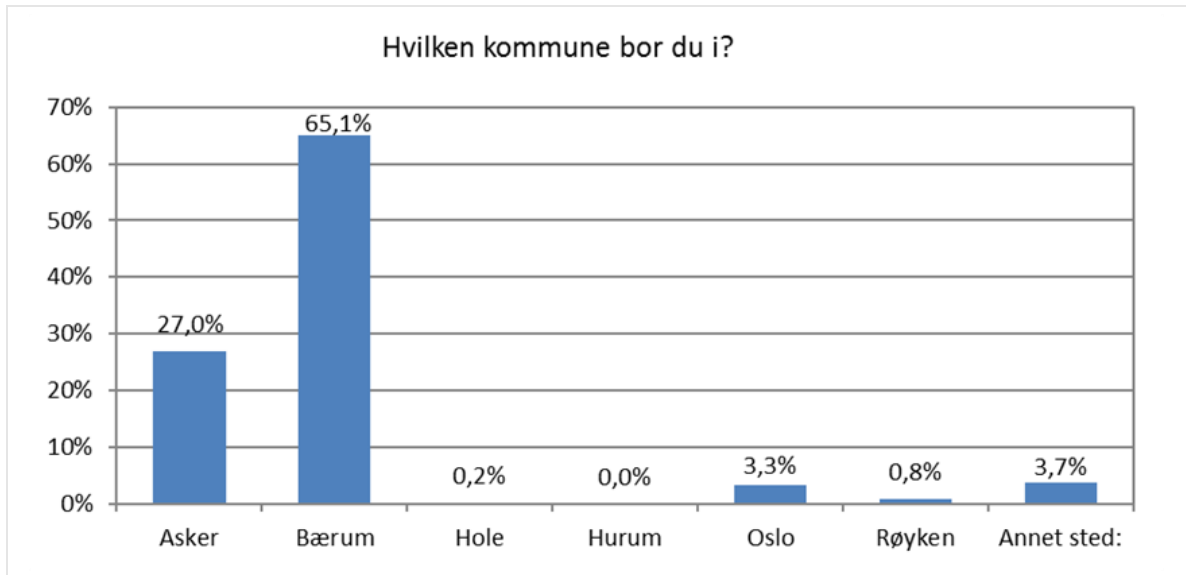
Respondentene i undersøkelsen er fordelt på alder omtrent som forventet ut fra alderssammensetningen i befolkningen i de to kommunene. Aldersgruppen over 80 år bruker i snitt Legevakten mer enn de yngre aldersgruppene, så det er rimelig å anta at de eldre er noe underrepresentert i brukerundersøkelsen.



Figur 4-9 Aldersfordeling for respondentene i brukerundersøkelsen

Hvor kommer de som besvarte undersøkelsen fra?

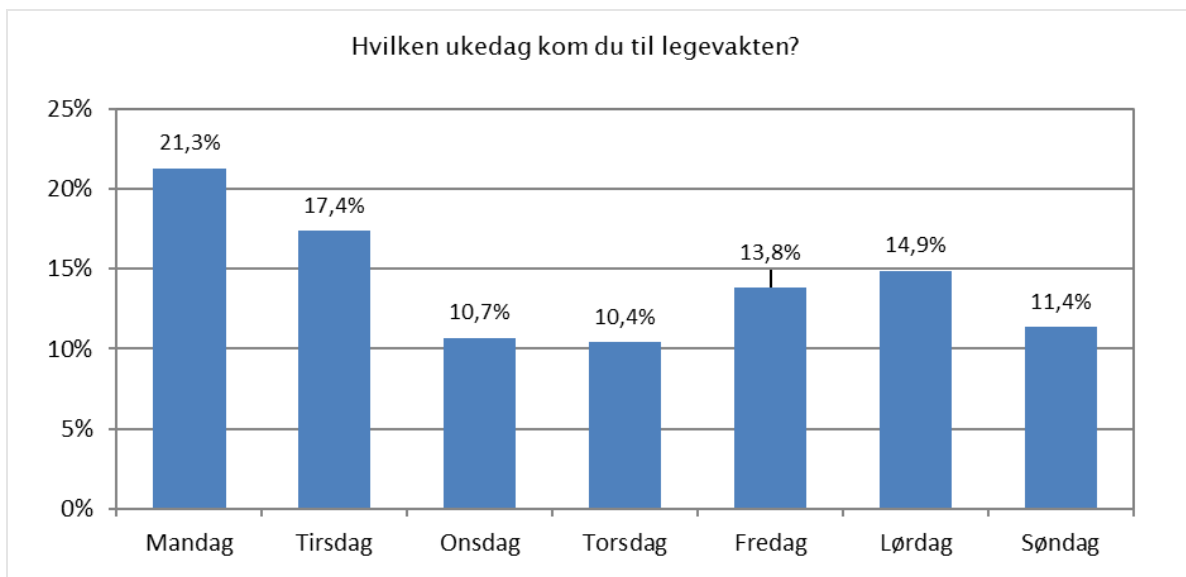
I all hovedsak kommer respondentene i brukerundersøkelsen fra Asker og Bærum, men det er også noen innbyggere fra tilgrensende kommuner som har svart. Fordelingen mellom Asker og Bærum er nokså lik fordelingen av innbyggere i de to kommunene. Innbyggerne fra Asker og Bærum som besvarte undersøkelsen hadde i all hovedsak fastlege i Asker og Bærum, men 17 % har fastlege i en annen kommune.



Figur 4-10 Respondentenes bostedskommune

Hvilke tidspunkt kom de som besvarte undersøkelsen til Legevakten på?

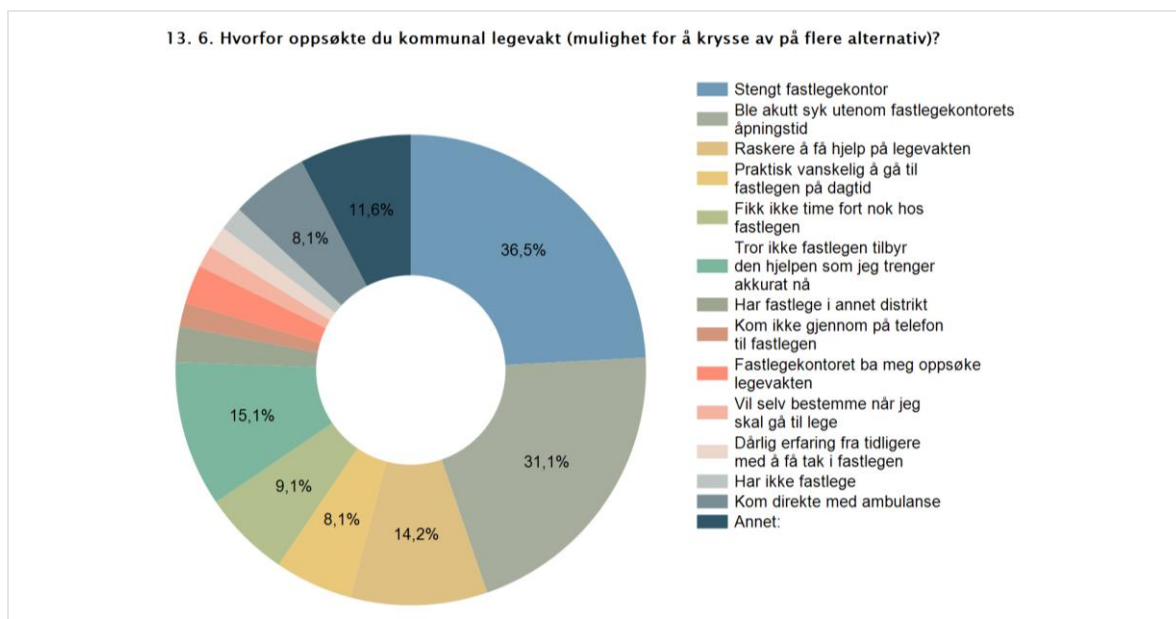
Figuren under viser når respondentene i undersøkelsen har vært på legevakten. I forhold til en gjennomsnittlig uke kan det se ut som det er noe flere respondenter på mandag enn aktiviteten skulle tilsa og noe færre på lørdag og søndag enn aktiviteten skulle tilsa. Vi har ikke informasjon om antall konsultasjoner på de forskjellige ukedagene i uke 47 og 48, men antar at utvalget i rimelig grad er representativt for pasienter på en uke på legevakten.



Figur 4-11 Hvilken dag respondentene kom til Legevakten

Hvilke årsaker oppga de som besvarte brukerundersøkelsen for at de kom på Legevakten?

Årsakene til at pasientene oppsøkte Legevakten vises i figuren under. Det som kommer frem i undersøkelsen er sammenfallende med det som kom frem i brukerundersøkelsen for 2013.



Figur 4-12 Årsaker til at respondentene kom til Legevakten

De tre viktigste grunnene til at de oransje pasientene oppsøker Legevakten er at de ble akutt syke utenom fastlegens åpningstid, fastlegekontoret er stengt eller at de kom i ambulanse.

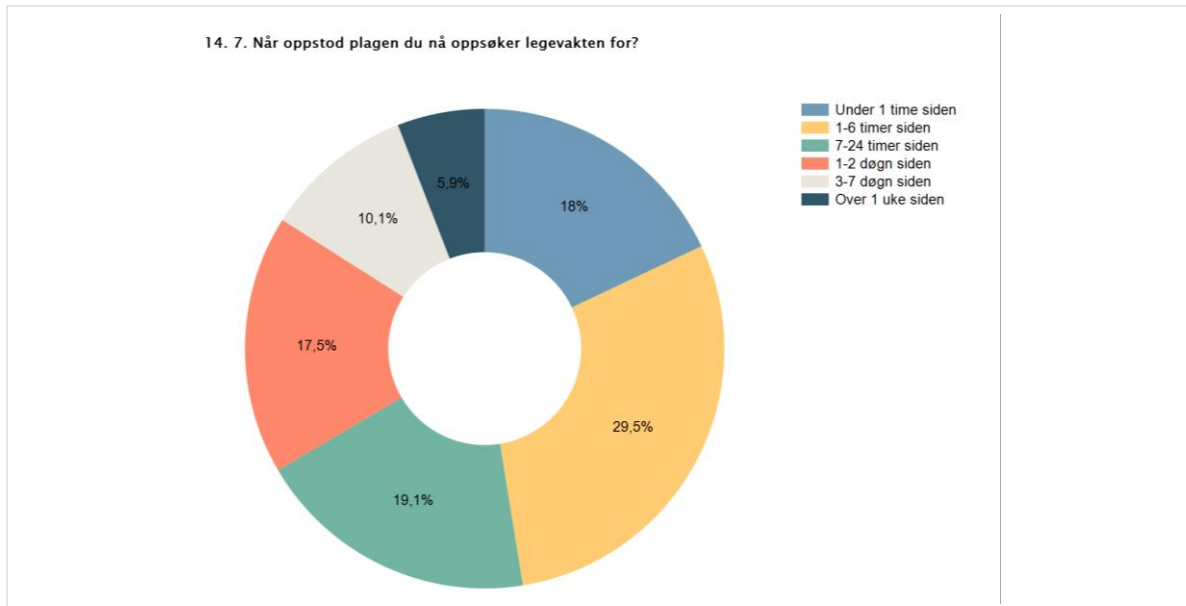
De tre viktigste grunnene til at de gule pasientene oppsøker Legevakten er at de ble akutt syke utenom åpningstid, fastlegekontoret er stengt, at de ikke tror fastlegen tilbyr hjelpen de trenger akkurat nå.

De grønne oppgir som de tre viktigste grunnene at fastlegekontoret var stengt, at de ble akutt syke utenom fastlegens åpningstid og at det er raskere å få hjelp på legevakten.

De blå er få i antall og har varierende årsaker til å oppsøke Legevakten. Flest oppgir at fastlegekontoret var stengt, de fikk ikke time fort nok hos fastlegen eller kom ikke gjennom på telefonen og noe få har ikke fastlege.

Hadde plagene oppstått slik at de kunne kontaktet fastlegen?

Figuren på neste side viser når plagene har oppstått for alle som besvarte brukerundersøkelsen og viser at det er mange som har fått plagen akutt for under 6 timer siden, men det er også mange som har hatt plagen i noe tid.



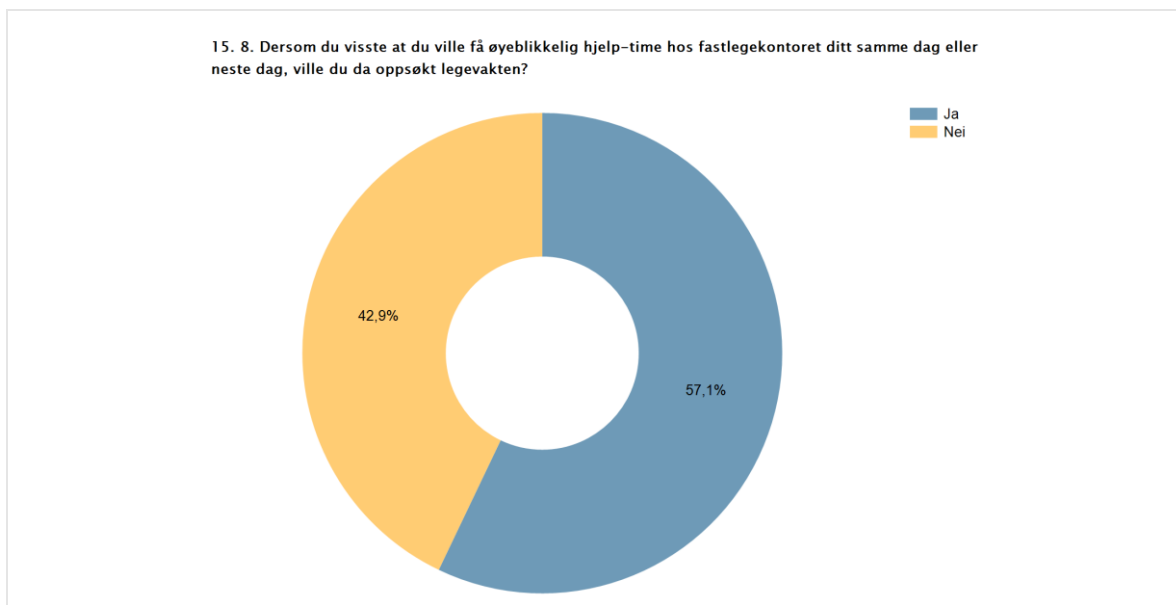
Figur 4-13 Tid siden respondentenes plager oppsto til de oppsøkte Legevakten

De oransje og røde pasientene har i hovedsak fått plagen de oppsøker legevakten for, mellom 1 time og 6 timer før de oppsøkte legevakten. Dette gjelder uavhengig av ukedag og tidspunkt legevakten er oppsøkt. Blant de gule pasientene som oppsøker Legevakten i ukedagene er det omtrent 35 % som har kjent til plagene mer enn ett døgn. Blant de grønne som har besvart undersøkelsen oppgir 42 % at plagene har oppstått for ett døgn siden eller mer, mens de blå pasientene har i 70 % av tilfellene kjent plagen i mer enn ett døgn.

Flere av de gule, grønne og blå pasientene har hatt tid til, fra plagen oppsto til de oppsøkte Legevakten, å velge å heller kontakte sin fastlege. Mulighet til å kontakte fastlegen er selvsagt avhengig av om det er ukedag eller helg, men brukerundersøkelsen viser at pasienter i ukedagene i mange tilfeller har hatt mulighet til å kontakte fastlege.

Ville pasientene oppsøkt fastlege dersom de visst de ville fått time neste dag?

Figuren under viser svarfordeling for alle som har besvart brukerundersøkelsen og spørsmålet om de ville oppsøkt fastlege dersom de hadde fått time neste dag. Over halvparten sier at de ville det. Muligheten for å oppsøke fastlege neste dag er selvsagt avhengig av ukedag, men spørsmålet er stilt slik at respondenten uavhengig av ukedag skal kunne besvare det.



Figur 4-14 Andel respondenter som ville oppsøkt fastlege dersom de fikk time neste dag

Blant de gule som har besvart spørreundersøkelsen er det omtrent halvparten, 51 %, som svarer at de hadde oppsøkt fastlege dersom de fikk time samme eller neste dag. Det er noe færre av de som besvarte undersøkelsen i helgen som svarer at de ville oppsøkt fastlegen enn de som besvarte i ukedagene.

De grønne og blå pasientene som har besvart spørreundersøkelsen sier i omtrent halvparten, 49 %, av tilfellene at de ikke ville oppsøkt fastlegen neste dag dersom de visste at de ville få time samme eller neste dag. Det er blant denne gruppen noen flere som ville gått til fastlegen neste dag blant de som oppsøkte Legevakten i helgen, enn de som oppsøkte Legevakten i ukedagene. På søndag er det få besvarte spørreskjemaer, men blant de 24 som har besvart, ville 67 % gått til fastlege neste dag dersom de visste at de fikk time. Det er ingen forskjell på svar etter tidspunkt for når de grønne eller blå pasientene kom til legevakten på døgnet.

Er det noen kjennetegn som alder, triageringsgrad, bostedskommune som sier noe om bruken av Legevakten?

Vi har sett nærmere på de gule, grønne og blå pasientene for å se om det er noen kjennetegn ved gruppene med hensyn til når de oppsøker Legevakten, hva de oppgir som årsak til at de oppsøker Legevakten og om de er villige til å vente på time hos fastlegen. Vi er mest interessert i brukerne som oppsøker Legevakten i ukedagene, og spesielt de som oppsøker på dagtid i fastlegenes åpningstid.

Av de gule pasientene kom 30 % på dagtid i ukedagene. Av disse er det kun 70 % som har fastlege i Asker eller Bærum, men kan ha fastlege for eksempel i Oslo. Omtrent halvparten (53 %) oppgir at de ville benyttet seg av fastlegen neste dag dersom de fikk time. 28 % av de gule oppsøkte Legevakten i helgene. Av de gule brukerne som oppsøkte Legevakten i helg, var det i underkant av 40 % som oppga at plagene startet for mer enn ett døgn siden, noe som i noen tilfeller kunne gi mulighet for å oppsøke fastlegen.

Av de grønne og blå pasientene som oppsøkte Legevakten i ukedagene, kom 94 % fra Asker og Bærum og 75 % oppga at de har fastlege i Asker eller Bærum. 43 % av de blå og grønne pasientene i ukedagene, kom til Legevakten på dagtid og i fastlegenes åpningstid. Av disse er det 20 % som oppgir å ha blitt syke utenom fastlegens åpningstid eller at fastlegekontoret var stengt og 10 % som sier det er raskere å få hjelp på Legevakten.

Noe oppsiktsvekkende er det at halvparten ikke ville oppsøkt fastlegen neste dag dersom de visste at de fikk time. Dette indikerer at det er bekvemmelighetshensyn som veier tyngre når blå og grønne pasienter oppsøker Legevakten. Villighet til å benytte fastlegen neste dag varierer fra triagerings-kategori og de som har høyest hastegrad er minst villig til å benytte fastlegen neste dag. Funnene fra brukerundersøkelsen sammenfaller med nasjonale undersøkelser når det gjelder dette⁹.

Hva kan vi se fra brukerundersøkelsen i 2013? Er det noen forskjeller og likheter?

Brukerundersøkelsen i 2013 foregikk fra mai til november og hadde i alt 1 751 respondenter. Det var en overvekt av grønne respondenter i undersøkelsen, noe som gir en skjevhet i utvalget når ca. 35 % av alle pasienter er triagerert som blå og grønn.

Oppsummert er disse funnene årsaker til at pasientgruppene i 2013-undersøkelsen oppsøkte Legevakten:

- Oransje pasienters vanligste begrunnelse for å besøke Legevakten er stengt fastlegekontor, behov for annen undersøkelse/behandling enn det fastlege kan tilby og at de kom direkte med ambulanse til Legevakten
- Gule pasienters vanligste begrunnelse er stengt fastlegekontor, at fastlegen ikke har ledige timer og at man har behov for annen undersøkelse/behandling enn det fastlege kan tilby
- Grønne pasienters vanligste begrunnelse er stengt fastlegekontor, at fastlege ikke har ledig time, at man har behov for annen undersøkelse/behandling enn det fastlege kan tilby og at man ikke har fastlege i Oslo, Bærum eller Asker
- Blå pasienters vanligste begrunnelse er at fastlege ikke har ledig time, at man har behov for annen undersøkelse enn det fastlege kan tilby samt at fastlegekontoret er stengt

4.7 Informasjon til innbyggerne

For å kartlegge hvilken informasjon som er tilgjengelig for kommunenes innbyggere på internett gjorde vi google-søk, søk på kommunenes hjemmesider og sjekket innholdet på begge kommuners hjemmesider. Informasjon om Legevakten og fastlegeordningen er tilgjengelig på begge kommuners hjemmesider. Innbyggerne blir i begge kommunene oppfordret til å oppsøke fastlegen i denne åpningstid, men det er lite informasjon om hva man oppsøker fastlegen for og hva man skal oppsøke Legevakten for. Bærum kommune oppfordrer på hjemmesiden om at innbyggeren skal ringe til Legevakten før de oppsøker den, mens Asker ikke gjør dette. Vi har ikke funnet aktiv bruk av sosiale medier fra Legevaktens side.

I begge kommuner har vi gått gjennom 5 fastlegers hjemmesider og sjekket for

- generell informasjon på siden
- refereres det til legevakt
- står det noe om hva fastlegen kan tilby av tjenester

Vurderingen er at de nettsidene vi kartla for fastlegene er ryddige og oversiktlige sider, men med potensiale for mer informasjon til innbyggerne. Flere henviser til legevakt på sine hjemmesider. Det er kommunens ansvar at innbyggerne får så god informasjon som mulig på fastlegenes hjemmesider. Kommunen bør derfor vurdere å bidra med koordinert informasjon til fastlegenes hjemmesider.

⁹ Sandvik, Hunskaar, Diaz <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2012--2272-6.pdf>

Vi har ringt opp alle fastlegekontorene i Asker og Bærum for å sjekke telefontilgjengeligheten. Flere fastlegekontor bruker ventetiden på telefon til å opplyse om alternative måter å bestille time på og at de har mulighet for å bestille resepter elektronisk.

Når innbyggerne har oppsøkt Legevakten møtes de av informasjonstavler som sier noe om hva de må ha tilgjengelig slik som personnummer, hvilken medisinsk hastegrad som finnes, men det opplyses ikke noe om ventetid. Dette er det flere som påpeker i brukerundersøkelsen. Informasjonstavlene kan benyttes til å opplyse om at det er fastlegen som skal oppsøkes ved behov for øyeblikkelig hjelp. Det kan videre opplyses om at ventetiden som må påregnes for grønne pasienter er 120 minutter og blå pasienter 240 minutter, men at det er medisinsk forsvarlig å vente til neste dag.

Ventetiden på telefonen på legevakten kan benyttes mer bevisst til å gi informasjon.

4.8 Sammenligning med andre legevakter

Vi har hentet inn data fra 4 andre legevakter av tilsvarende størrelse som Asker og Bærum Legevakt. I tillegg har vi lagt til noe data fra nabokommunene Oslo og Røyken og Hurum. Sammenlikningen kan ses i vedlegget til rapporten.

Sammenlikningen viser at ut fra innbyggertallet er det 2,0 årsverk på Asker og Bærum Legevakt, mens det i Kristiansand er 2,7 og Drammen 2,94.

Utgiftsmessig ligger Asker og Bærum over Kristiansand og Stavanger, men under Drammen og Ringerike når det måles pr. innbygger. En mulig forklaring på dette er at Asker og Bærum har en bedre legedekning på dagtid enn Kristiansand og Stavanger. Oslo har en lavere utgift pr. innbygger, noe som sannsynligvis skyldes stordriftsfordeler. Likeledes har Røyken og Hurum en lavere utgift pr. innbygger og dette skyldes sannsynligvis at de kun har åpent kveld og natt samt helger og at legevakten er samlokalisert med kommunalt øyeblikkelig døgntilbud som kan gi stordriftsfordeler på personell.

Når det gjelder fastlegenes deltakelse på vakt ligger Asker og Bærum desidert lavest. Figuren under viser at det kun er 14 % av Asker og Bæruns fastleger som deltok i vakt i 2016.

Tabell 4-2 Antall og andel fastleger som gikk legevakter i 2016

Legevakt	Asker og Bærum	Kristiansand	Stavanger	Drammen	Ringerike
Antall fastleger	153	134	136	150	59
Antall fastleger i legevakt	21	70	48	47	25
Prosent deltakelse	14 %	52 %	35 %	31 %	42 %

Når det gjelder telefontilgjengelighet er det kun Kristiansand og Stavanger som kan fremskaffe tall, da disse i likhet med Asker og Bærum legevakt har abonnement på tjenesten Bliksund. Drammen og Ringerike har ikke abonnement på noen tjeneste som kan ta ut statistikken fra nasjonalt legevaktsnummer og nødnett, og direktoratet har ikke kunnet hjelpe med dette i tiden prosjektet har pågått.

Asker og Bærum Legevakt har den lengste responstiden med 6 minutter og 46 sekunder, og den nest lengste varigheten på samtaler med 3 minutter og 51 sekunder.

Det er kun Kristiansand som er i nærheten av å overholde kravet om 2 minutters responstid på 80 % av anropene.

Det hadde vært ønskelig å kunne sammenlikne ventetid ved de ulike legevaktene, men dette lar seg ikke gjøre på grunn av manglende datagrunnlag.

5 Innbyggerundersøkelsen

Innbyggerundersøkelsen ble gjennomført av Respons Analyse på oppdrag fra Bærum kommune og besto av et representativt utvalg av befolkningen mellom 18 og 86 år i Asker og Bærum. 400 personer ble ringt opp og intervjuet over telefon. Undersøkelsen besto av 11 hovedspørsmål med underspørsmål og hadde som hensikt å undersøke innbyggernes forventninger, holdninger og adferd i forbindelse med øyeblikkelig hjelp.

Undersøkelsen viser at innbyggerne i Asker og Bærum har store forventninger til øyeblikkelig hjelp-tilbudet, men er nokså fornøyd med tilbudet de får.

Hovedfunnene i undersøkelsen er slik vi tolker det:

- Innbyggerne er fornøyd med kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Innbyggerne er fornøyd med fastlegens øyeblikkelig hjelp-tilbud, men mindre fornøyd med telefontilgjengeligheten hos fastlegene
- Innbyggerne er fornøyd med Legevaktens øyeblikkelig hjelp-tilbud, men mindre fornøyd med telefontilgjengeligheten på Legevakten
- Innbyggerne vil primært henvende seg til fastlegen på dagtid, men det er en stor andel som vil henvende seg til Legevakten
- På kveldstid og i helg vil innbyggerne i all hovedsak henvende seg til Legevakten
- Halvparten av innbyggerne forventer å få time samme dag hos fastlegen
- Aldersgruppen 45–59 år er de minst fornøyd og har høyest forventninger
- Innbyggerne har en høy forventning om å kunne ringe Legevakten for råd
- Innbyggerne har en høy forventning om å kunne møte på Legevakten og få vurdering om behov
- Mer enn halvparten forventer å være garantert en konsultasjon hos lege når de møter opp på Legevakten
- Innbyggerne er delt i ønsket om lenger åpningstid hos fastlegen og 44 % ønsker dette.

6 anbefalinger og valg av modell

6.1 Innledning

I dette kapittelet peker vi på de mest sentrale utfordringene som bør håndteres for å sikre innbyggerne øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte. Under hvert hovedpunkt i kapittel 6.2 kommer vi med våre vurderinger og anbefalinger for nødvendig videreutvikling. I kapittel 6.3 vil vi basert på erfaringer fra andre kommuner og gjennomgangen i Asker og Bærum, presentere tre ulike «modeller»/strategier for hvilken rolle Legevakten skal ha i den akuttmedisinske kjeden i framtiden. Til slutt i dette kapittelet vil vi komme med vår anbefaling for en framtidig modell. Her vil vi tydeliggjøre hvilke hovedgrep og tiltak som vi mener er nødvendige. Uavhengig av modell vil det være forbedringsområder og tiltak som må ivaretas. Dette er for eksempel knyttet til telefontilgjengelighet, aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og kompetanse.

6.2 Sentrale utfordringer og anbefalinger

Sentrale utfordringer denne utredningen peker på er:

- Innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men befolkningsvekst, flere eldre innbyggere, høye forventninger og nye lovkrav utfordrer dagens praksis
- Legevaktens rolle som akuttmedisinsk beredskap utfordres
- For mange pasienter med lav medisinsk hastegrad benytter pr. i dag Legevakttilbudet
- Innbyggerne får for dårlig informasjon om øyeblikkelig hjelp-tilbudet
- Tilgjengeligheten hos fastlegen er avgjørende for kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Telefontilgjengeligheten på Legevakten og hos fastlegene er ikke tråd med forskriftskravet
- Behov for bedre informasjon, rutiner og organisering av samarbeidet mellom Legevakten og fastlegene
- Det er manglende kvalitet på styringsdata for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Basert på erfaringer fra andre kommuner og gjennomgangen i Asker og Bærum kommer vi med våre vurderinger og anbefalinger for nødvendig videreutvikling under hvert hovedpunkt.

Innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men befolkningsvekst, flere eldre innbyggere, høye forventninger og nye lovkrav utfordrer dagens praksis

Hovedinntrykket fra kartleggingen vår av kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp viser at innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men at veksten i behov kan gi kommunene store utfordringer framover.

Innbyggerne gir i denne utredningen uttrykk for stor tilfredshet med øyeblikkelig hjelp-tilbudet i Asker og Bærum totalt sett og er trygge på at man får akutt hjelp når man har behov for det. Kartleggingsundersøkelsene fra uke 47 og 48 viser at 77 % av alle øyeblikkelig hjelp konsultasjoner i Asker og Bærum skjer hos kommunenes ca. 150 fastleger. De resterende 23 % håndteres på Legevakten gjennom hele døgnet og alle ukedager.

Legevakten sin tradisjon med fritt oppmøte og høy grad av tilgjengelighet har medført at Legevakten behandler både alvorlig skadede, akutt syke pasienter og pasienter med lavere hastegrad. Legevakten brukes mye, har en høy kvalitet på sine tjenester og oppfattes som et godt tilbud av innbyggerne. Selv om rådgivning eller henvisning til fastlege i mange tilfeller ville vært beste løsning, ønsker mange å bli legevurdert når man først har oppsøkt Legevakten.

Innbyggerundersøkelsen viser at befolkningen i hovedsak vil henvende seg til fastlegen og den kommunale Legevakten ved behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid. Svært få vil henvende seg til private legetilbud. Av utvalget i innbyggerundersøkelsen er det også svært få som har benyttet seg av private tilbud de siste 2 årene.

Fastlegene viser i all hovedsak et stort ansvar for å tilrettelegge for et godt øyeblikkelig hjelp-tilbud på dagtid i ukedagene og er i stor grad serviceinnstilte overfor sine listepasienter. Samtidig viser evalueringen at Asker og Bærum kommune fortsatt har store utfordringer med å få pasientene som defineres som grønne og blå på Legevakten til å oppsøke fastlegen sin i stedet for Legevakten. Vurderingen er at kvaliteten på behandlingen nesten alltid vil være bedre dersom utredning og behandling foregår på dagtid av den behandleren/fastlegen som kjenner og har ansvar for pasienten.

For å sikre et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud i framtiden, kan det nevnes at Legevakten allerede i dag har noen utfordringer i forhold til å sikre nødvendig kompetanse både blant leger og sykepleiere. Dette skyldes for stor utskiftning blant de ansatte, utfordringer med å rekruttere erfarne sykepleiere og lang opplæringstid i alle funksjonene en sykepleier har på legevakten. Legene som jobber fast på dagtid har de siste årene hatt en stor grad av stabilitet. Økte krav til kompetanse for legene på legevakt i den nye Akuttmedisinforskriften (paragraf 7 og 8 i forskriften) som trådte i kraft i 2015 og som skal være oppfylt innen mai 2018 for legene og innen 2020 for sykepleierne.

Informantene fra Legevakten problematiserer at Legevakten har en for selvstendig rolle i den kommunale organisasjonen. Vi anbefaler derfor at det etableres en felles plan for kommunenes øyeblikkelig hjelp-ansvar hvor Legevaktens rolle som kommunal virksomhet tydeliggjøres.

Legevaktens rolle som akuttmedisinsk beredskap utfordres

Med akuttmedisinsk beredskap menes planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester. Flere av våre informanter hevder at Legevakten står i fare for å bli et «utvidet fastlegekontor» og utfører pr. i dag en service til mange av pasientene som fastlegene i stor grad skulle utført. Dette skyldes blant annet en praksis på Legevakten som er etablert over år, manglende informasjon, befolkningens valg og fastlegenes manglende tilgjengelighet. En videreføring av dagens praksis er svært utfordrende for å sikre en tilstrekkelig god akuttmedisinsk beredskap i framtiden.

Kartleggingen viser at det er ulike syn på om legevaktsmedisin er et eget fagområde eller om det er allmennmedisinsk arbeid. Flertallet av informantene, inkludert alle fastlegene, mener at legevaktsmedisin er allmennmedisinsk arbeid mens det er enkelte fagpersoner på Legevakten som hevder at Legevakten kan utføre andre oppgaver enn det fastlegene kan tilby. Akuttmedisinforskriften bygger opp under at legevaktsmedisin er allmennmedisinsk arbeid.

Befolkningsveksten og økningen i andel eldre vil gi et økt behov for legetjenester. Med videreføring av dagens praksis på Legevakten og dagens forbruksmønster i befolkningen innebærer dette en økning på 7 % innen 2025. Dette innebærer 1900 flere konsultasjoner allerede i 2022 og 3 000 flere legekonsultasjoner i året og vil gi behov for både økt legebemanning og sykepleiebemanning. Kapasitetsbegrensninger i Legevaktens lokaler vil gi utfordringer for bemanningsøkning.

Henvendelser uten at det foreligger noen vesentlig hastegrad er problematisk for Legevakten, fordi stor tilstrømming kan gi lengre ventetid for de som trenger akutt medisinsk hjelp og det er fare for at oppmerksomheten flyttes fra de som trenger akutt medisinsk hjelp til avvikling av kø for pasienter med mindre akutte problemer. Bruk av Manchester Triage Systemet er et viktig verktøy for å håndtere dette.

Dersom Legevakten først og fremst skal være en kommunal akutt beredskapsinstitusjon og ikke primært en serviceinstitusjon, må Legevaktens rolle tydeliggjøres i kommunenes politiske miljø,

administrasjon og blant befolkning generelt. Det må i tillegg være en aksept for at akuttmedisinsk beredskap koster og at færre pasienter på Legevakten innebærer lavere inntekter.

Videre må det være enighet om en riktig fordeling mellom legevakt og fastlegene i forhold til øyeblikkelig hjelp-tilbudet til innbyggerne. Det må videre være en politisk enighet om at Legevaktens servicegrad må avspeiles i forhold til Legevaktens rolle. Det kan innebære at den servicen innbyggerne ønsker, i større grad må ivaretas av fastlegene.

Konsekvensene for kvaliteten vil trolig være små i og med at fastlegekontorene generelt oppgir å ha god tilgang på utstyr for diagnostisering og behandling. I tildeling av timer vil kvalitetsforskjellen være at mens det på Legevakten foregår en medisinsk vurdering av hastegrad, er det hos fastlegene i stor grad pasientens egen opplevelse av hast som legges til grunn. Kapasitetsbegrensningen på antall øyeblikkelig hjelp-timer som er avsatt pr. kurative dag, vil likevel kunne gi pasientene en opplevelse av at de ikke får time samme dag selv om de opplever et behov for dette.

Konsekvensene når det gjelder servicenivået vil være at innbyggerne oppfatter en redusert servicegrad i tilgjengelighet hos Legevakten, men at det kan oppstå en opplevd økt servicegrad hos fastlegene. Fastlegekontorer som har åpen liste med bestilling av time på dagen eller tilbyr kveldstimer kan få et konkurransefortrinn overfor de andre fastlegekontorene. I likhet med andre kommunale tjenester vil det være en faglig vurdering og behovsprøving som legges til grunn for om innbyggerne kan få tjenesten på Legevakten. Dette harmoniserer med kommunenes behov for å tenke bærekraftig og langsiktig, og er således også et viktig strategisk valg i en periode med befolkningsvekst og økt andel eldre innbyggere.

Å satse både på service og akuttmedisin på Legevakten vil være en kostnadskrevende strategi.

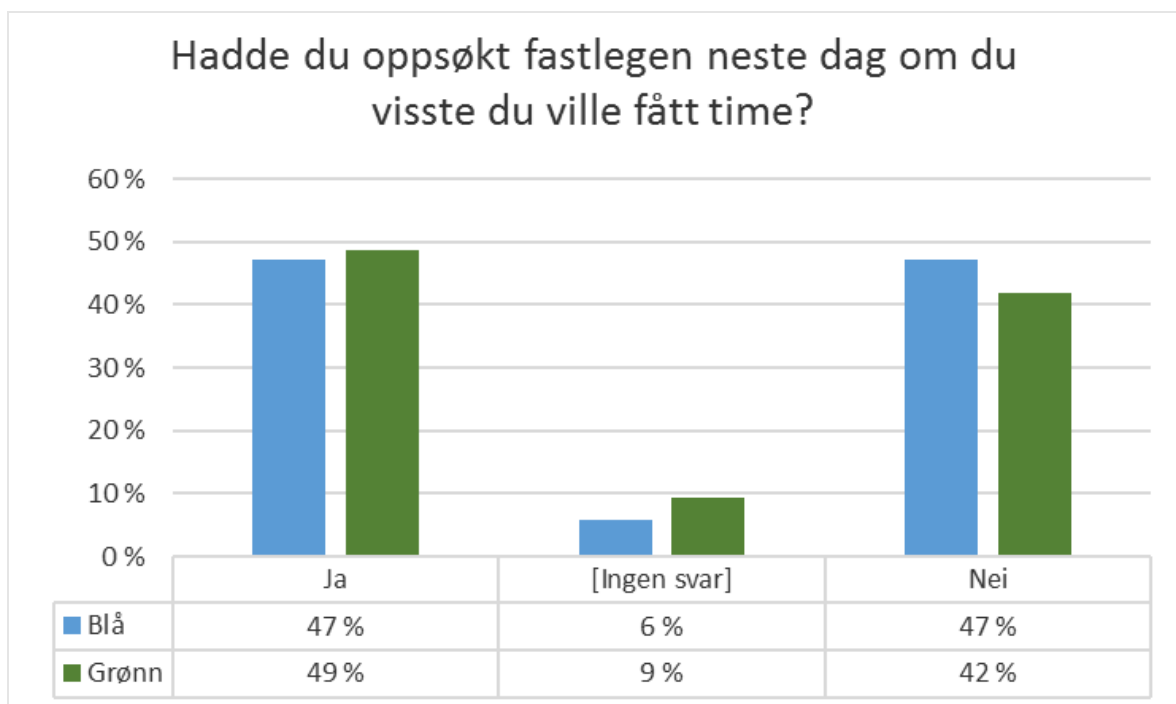
For mange pasienter med lav medisinsk hastegrad benytter pr. i dag legevaktstilbudet

Utfordringen er at for mange pasienter med lav medisinsk hastegrad benytter Legevakten som et servicetilbud. 35 % av pasientene hadde blå eller grønn triagering i 2016, og andelen har vært forholdsvis stabil de siste årene.

Eksempler på henvendelser som forekommer, ikke haster og som ikke skal prioriteres på legevakt er:

- Setting av reisevaksiner
- Fjerning av føflekker
- Førerkortattester
- Attester til forsikringsselskap for reiseforsikring
- Plager som har vart over lengere tid hvor pasienten har hatt rikelig tid til å oppsøke fastlege

Spørreundersøkelsen med om lag 600 respondenter på Legevakten i uke 47 og 48 i 2016 bekrefter at det er mange blå og grønne pasienter. Om lag halvparten av de blå og grønne svarer at de hadde oppsøkt fastlegen neste dag om de visste de ville fått en konsultasjonstime, se figuren nedenfor. Det er også interessant at like mange svarer at de ikke ville oppsøkt fastlegen sin.



Figur 6-1 Svarfordeling for grønne og blå for om de vil oppsøke fastlege dersom de fikk time

Legevakten viderehenviser pr. i dag ikke blå og grønne pasienter på dag og kveldstid, men har rutiner for å gjøre dette på natten. Når disse ikke viderehenvises, blir det kapasitetsproblemer på Legevakten. Dette gjør seg gjeldende i ventetid på triagering i pressede perioder.

Vår kartlegging viser at bemanningen ikke er nok tilpasset pågangen slik den er i dag, noe som gir pressede perioder i løpet av døgnet og uken, i helg og helligdager. Få eller ingen pasienter viderehenvises til fastlegen neste dag. Det har ikke vært nedgang i andel blå og grønne pasienter til tross for vedtak om tiltak for å redusere dette i begge kommunestyrene. Legevakten opplever ikke å ha gode nok rutiner for avvisning og for å viderehenvise pasienter til fastlegene i deres åpningstid. Det har våren 2016 blitt forsøkt innført et timebestillingsystem der legevakten kan bestille akutt-timer hos fastlegen neste dag. Dette er i drift, men har ikke praktisk blitt gjennomført da for få fastleger har sluttet opp om systemet til at det er funksjonelt.

Dersom Legevakten skal viderehenvise pasienter som er kategorisert som blå eller grønne, og som i praksis etterspør et kommunalt servicetilbud, må Legevakten oppleve at de har ryggdekning til å kunne gjøre dette. Kommunenes administrasjon og politiske ledelse må tåle å få klager og medie-saker når det gjelder servicenivået, og forklare hva som er et kommunalt medisinsk akutt-tilbud og hva slags servicenivå innbyggerne kan forvente seg på Legevakten.

Vi anbefaler at det lages bemanningsplaner basert på styringsdata fra det elektroniske pasient-journalsystemet når nytt system er tatt i bruk, som er mer tilpasset aktiviteten gjennom døgnet og uken. Vi anbefaler at det snarest mulig innføres automatisk betaling for å avlaste frontsykepleier og unngå ventetid på triagering.

Det bør innføres rutiner for å viderehenvise de blå og grønne pasientene til fastlege samme dag eller neste dag. Rutinene må inneholde hvilken praksis som skal følges og utarbeides i samarbeid med fastlegene. Avvik på rutinene på Legevakten må avklares med leder og følges opp gjennom Legevaktens avvikshåndtering. Informasjonstavlen i resepsjonen må oppdateres med informasjon om avvisning/viderehenvising. Det bør være rutiner i kommunene for formidling av oppdaterte lister over fastleger med ledig listekapasitet og kontaktinformasjon. Listene må være tilgjengelig i

resepsjonen på legevakten slik at pasienten som oppsøker Legevakten får informasjon om hvor man skal henvende seg.

En helhetlig praksis, hvor de blå og grønne pasientene i størst mulig grad skal behandles av fastlegene, medfører at pasienter som normalt ikke skal behandles på Legevakten, også må avvises/viderehenvises i perioder med lite pågang.

Legevakten har pr. i dag en praksis hvor det benyttes to venterom. Vi anbefaler at denne praksisen vurderes på nytt, ettersom Legevakten beskriver et behov for et større areal og at to venterom kan skjule reell pågang og ventetid på Legevakten. Alternativt kan de to venterommene benyttes til å skille pasientene etter triagering. Ett felles venterom vil derimot kunne bidra til å tydeliggjøre kapasitet og ventetid ved Legevakten og være ett av flere tiltak som gjør at blå og grønne pasienter heller benytter fastlegen. Ett felles venterom, kan også gi Legevakten bedre oversikt og pasientlogistikk, men kan være krevende i periodene med høy aktivitet.

Innbyggerne får for dårlig informasjon om øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Innbyggerne i begge kommuner får generelt sett for dårlig informasjon om hvor og hvordan man skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp, hva slags ansvar fastlegen har i åpningstiden og hva man skal oppsøke Legevakten for.

Begge kommunene har forholdsvis lik informasjon på hjemmesidene og oppfordrer til bruk av fastlegen i deres åpningstid. Fastlegene har i all hovedsak oversiktlige hjemmesider, men har et stort potensial for mer informasjon, spesielt i forhold til hva pasientene skal gjøre ved behovet for øyeblikkelig hjelp og hvilket tilbud fastlegene har om time samme dag eller neste dag.

På Legevakten er det potensial for bedre informasjon på informasjonstavlene. Der bør man informere om ventetider, hastegrad og prioritering, samt at fastlegenes tilbud må tydeliggjøres. Telefonventetiden bør brukes til å informere innringer om hvilket tilbud Legevakten gir, hva man må oppsøke fastlegen sin for og henvisning til Legevaktens hjemmeside for utfyllende informasjon.

Fastlegekontorenes internettsider er en kilde for pasienten til informasjon om fastlegens tilbud. Fastlegene har i mange tilfeller svært godt utstyr og kan utføre behandlinger som innbyggerne forventer at man må til Legevakten for å få ivarettatt. Fastlegers hjemmesider kan være en viktig kanal for kommunikasjon pasientene, og kommunene bør vurdere å lage en standardisert tekst som fastlegene kan benytte seg av.

Vi anbefaler at kommunene informerer innbyggerne bedre om hva som er fastlegens rolle og hva som er Legevaktens rolle ved behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene må bruke internettsidene til Legevakten mer effektivt til å informere om hva innbyggeren skal gjøre ved sykdom. Kommunene bør i tillegg benytte media aktivt, spesielt lokalaviser. Kommunene bør utarbeide en felles tydelig informasjonsstrategi til innbyggerne som kan være knyttet til et informasjonsårshjul. Årshjulet utarbeides ut i fra kjente årstidsvariasjoner som for eksempel glatte veier, influensasesong, oppstart i barnehage, kuttskader på stranda mv.

Det er viktig at kommunen ser informasjonsstrategien som et overordnet ansvar. Dette bør ivaretas av kommunens kommunikasjon- og informasjonsenhet i samråd med Legevakten og fastlegene. Vi anbefaler videre at Legevakten i samarbeid med sykehuset vurderer behovet for bedre skilting.

Tilgjengeligheten hos fastlegen er avgjørende for kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud

Det er stor variasjon mellom fastlegekontorene mht. åpningstid og telefontilgjengelighet. Åpnings-tiden varierer fra 5 til 7,5 timer pr. dag og noen få fastlegekontor har i tillegg åpent om kvelden en eller flere ganger pr. uke. Når det gjelder telefontilgjengelighet varierer denne fra 5 til 7 timer pr. dag.

Kartleggingen viser at telefonen på mange fastlegekontor er stengt relativt lenge midt på dagen og at dette sammenfaller med økt aktivitet på telefon ved Legevakten. Stikkprøver viser at det er stor variasjon i responstid på telefon hos fastlegene og til dels vanskeligheter med å få linje inn i rushtiden om morgenen. Dersom pasienter skal viderehenvises fra Legevakten, må det være tilstrekkelig sikkerhet for at de kan oppnå kontakt med fastlegen samme dag eller neste dag.

Vi anbefaler at kommunene følger opp fastlegenes åpningstid og telefonåpningstid, og stiller krav til et minimum av tilgjengelighet. Videre bør kommunene vurdere ulike løsninger for utvidede åpnings-tider ved å evaluere de kontorene som allerede har innført kveldsåpent. Vurderingene bør være fundert på analyse av styringsdata fra Legevaktens journalsystem, hvor det pr. nå ser ut som om det er mandag og tirsdag som er dagene med mest aktivitet.

Øyeblikkelig hjelp-tilbudet på fastlegekontorene er avgjørende for å redusere legevaktsforbruket. Fastlegene i begge kommuner oppgir å ha avsatt god kapasitet på øyeblikkelig hjelp. Rundt 30 % av timene er satt av til øyeblikkelig hjelp og noen få kontorer praktiserer åpne lister slik at alle timer bestilles samme dag. Erfaringene med dette er gode og er ikke utfordrende i forhold til økonomisk lønnsomhet for fastlegen. Kartleggingen viser at det er ulik praksis og stor variasjon mellom de ulike fastlegekontorene. Timene er generelt sett satt av jevnt utover i ukedagene.

77 % av øyeblikkelig hjelp-konsultasjonene skjedde hos fastlegene i uke 47 og 48, mens 23 % var på Legevakten.

Mange blå og grønne pasienter på Legevakten oppgir at de ville oppsøkt fastlegen dersom de var garantert å få time neste dag. Funnene i innbyggerundersøkelsen utført av Respons Analyse støtter dette.

I tilfeller der styringsdata viser at enkelte fastleger eller fastlegekontor er overrepresentert med pasienter på Legevakten, bør kommunen som avtalepart diskutere årsaker og tiltak med fastlegen.

Telefontilgjengeligheten på Legevakten og hos fastlegene er ikke tråd med forskriftskravet

Legevakten klarer ikke kravet i Akuttmedisinforskriften for svartid på telefon. Forskriften krever at legevaktsentralene skal innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 % av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Gjennomgangen viser at bemanningen på telefon nedprioriteres til fordel for driften på Legevakten i perioder med stor aktivitet. Ordningen med økt kapasitet på telefon er ikke kommet i gang. Dette til tross for at Legevakten er tilført ressurser. Dersom flere skal oppfordres til å ringe inn på forhånd, vil kapasiteten ved Legevaktsentralen presses ytterligere.

Dersom kommunene skal innføre en rutine hvor alle pasienter oppfordres til å ringe før de oppsøker Legevakten, må bemanningen på telefon økes og kompetansen være god nok. Dette innebærer i praksis at det må leies inn ekstravakter eller benyttes overtid når det er store kapasitetsutfordringer inne på Legevakten, slik at telefonsykepleierne ikke blir tatt ut av sin drift slik praksis ofte er i dag. Det er også viktig at kompetansen er tilgjengelig på alle vaktskift da telefonkompetanse er en av de siste opplæringsnivåene for sykepleierne grunnet kompleksiteten av denne oppgaven.

Legevakten bryter pr. i dag akuttforskriftens krav om telefontilgjengelighet. Dette er alvorlig, men før det tas stilling til en økt bemanning på Legevaktsentralen må det politiske vedtaket om økt kapasitet på telefon gjennomføres. Erfaring og evaluering av dette tiltaket må danne grunnlaget for videre beslutninger for å oppfylle akuttforskriftens krav til responstid.

Lokalene på Legevakten er pr. i dag for små til å øke telefonsentralen utover dagens to operatører. Det vil derfor kreves ombygging av lokalene dersom dette skal kunne skje.

Kommunene bør vurdere å etablere en felles telefonsentral/responsssenter for eksempelvis hjemmesykepleien, velferdsteknologi og psykososiale tilbud, inkludert kommunalt akutt døgntilbud innen psykisk helse. Det er ikke et organisatorisk eller faglig samarbeid mellom Legevakten og disse tjenestene pr. i dag. Med økt digitalisering av kommunale velferdstjenester, behov for raskere respons og høyere beredskapskapasitet og flere muligheter for å kunne viderehenvise telefoner til andre samarbeidspartnere, kan det være et viktig strategisk grep å etablere et felles responscenter for begge kommunene med utgangspunkt i Legevaktsentralen. Et slikt grep vil kreve høy kompetanse og oversikt hos de ansatte.

Behov for bedre informasjon, rutiner og organisering av samarbeidet mellom Legevakten og fastlegene

Det er behov for en tettere samhandling mellom Legevakten og fastlegene for å kunne utvikle en helhetlig øyeblikkelig hjelp-tilbud som ivaretar pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv måte enn i dag. Å se Legevakten som en del av et samlet og koordinert kommunalt tjenestetilbud, fordrer et samarbeid på tvers som inkluderer fastlegene i kommunene. Det må legges til rette for gode møtearenaer som kan ivareta behovet for å utvikle et godt samarbeidsklima og gode beslutninger.

Asker og Bærum kommune har månedlige møter på administrativt nivå for å holde seg oppdatert på tjenestetilbudet på Legevakten og for å koordinere ulike prosjekter.

Legevaktsoverlegen er ikke regelmessig tilstede på fastlegenes allmennlegeutvalgsmøte (ALU) i Asker og storlegemøtet i Bærum for å informere om prosjekter på Legevakten, hvilken pågang de har av pasienter og får tilbakemeldinger fra fastlegene om hva de ser som hovedutfordringene ved dagens praksis. Disse samarbeidsorganene er viktige for forankring og formidling av forbedrings-tiltak og ny praksis. Det viser seg i tillegg at det ikke er tilstrekkelig oppslutning om disse møtene fra fastlegene.

Legevakt er definert som allmennlegearbeid og er en av oppgavene som er tillagt fastlegene i Fastlegeavtalen mellom fastlegene og kommunene. Fastlegene i Asker og Bærum deltar i svært liten grad i legevaktsordningen. Antall vakter på Legevakten gått av fastleger i kommunene utgjør ca. 7 % av totalt antall vakter ved Legevakten. Dette er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet som tilsvarende ligger på om lag 50 %. En av årsakene til dette kan være at det er en praksis i begge kommuner at fastleger må søke særskilt for å få en turnus på Legevakten. Fastlegene får tilsendt et informasjonsbrev om dette ved tiltredelse av fastlegehjemmelen. Dette informasjonsbrevet inneholder kompetansekrav som ikke skal være avskrekkende, men som kan oppfattes av noen fastleger som krevende.

Med det nye kompetansekravet i akuttmedisinsk forskrift blir det viktig for legevakten å øke andelen leger som er allmennlege eller spesialist i allmennmedisin. Vår anbefaling er derfor at kommunen må sikre at fastlegene i Asker og Bærum deltar i Legevakten i betydelig større grad enn i dag.

En viktig forutsetning for tettere samhandling mellom Legevakten og fastlegene og en reduksjon av blå og grønne pasientene ved Legevakten, er at det systematisk og ved hver konsultasjon sendes epikriser fra Legevakten til fastlegene om deres aktuelle listepasienter som oppsøker Legevakten. Dette skjer ikke systematisk pr. i dag, men er forventet å bedres når nytt elektronisk pasientjournal-system tas i bruk i fra 2017. Systematisk oppfølging av objektive styringsdata vil også være viktig.

Kommunene bør sikre med en tettere dialog at overlegen på Legevakten inviteres regelmessig inn til ALU- og storlegemøter. Kommunene bør videre avgjøre om praksis med frivillig deltakelse i Legevakt for fastlegene er ønskelig og ivaretar de framtidige kompetansekravene som ligger i Akuttmedisinforskriften.

Manglende kvalitet på styringsdata for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet

Vår kartlegging viser at det finnes lite tilgjengelige styringsdata om øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Manglende styringsdata gjelder for både Legevakten og for fastlegene, og er en utfordring for å kunne videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet fremover. Det er en utfordring i dag at Legevakten mangler styringsdata til daglig styring og til beslutningsstøtte i strategiske valg for videreutvikling av Legevakten.

Dagens fagsystem er ikke satt opp for å kunne hente ut standard rapporter. Kvaliteten på dataene som benyttes er usikre og det er manglende kompetanse og ressurser på Legevakten til å ta ut og bearbeide data. Det er anskaffet et nytt journalsystem som tas i bruk i 2017. Når System X tas i bruk er en del av gevinstrealiseringen ved anskaffelsen, at systemet skal gi bedre styringsdata.

Vi anbefaler at det settes av tilstrekkelige ressurser til å implementere, drifte og vedlikeholde systemet i kommunene som kan støtte legevaktens personell. Videre anbefaler vi at det sikres tilstrekkelig kompetanse og opplæring til å bruke styringsdata til utvikling av tjenestene. Det må utarbeides et sett med sentrale indikatorer som det regelmessig rapporteres på. Rutiner, kompetanse og system for dette må være tilrettelagt slik at det kan ivaretas av Legevaktens ledelse.

Aktuelle styringsindikatorer kan for eksempel være:

- Antall konsultasjoner, pr. type konsultasjon
- Ventetider pr. pasientkategori
- Ventetider på telefon
- Andel av pasienter pr. pasientkategori
- Legevaksforbruk pr. fastlege eller fastlegekontor
- Legevaksforbruk pr. kommune, inkl. utenbygds
- Registrere systematisk alle som viderehenvises til fastlege
- Gjennomsnittlig antall behandlede pasienter pr. ukedag
- Diagnoser
- Variabel lønn som andel av totale lønnskostnader
- Inntekter i prosent av utgifter (både refusjoner og egenandeler, men ikke kommunale overføringer)

6.3 Anbefalinger av modell for videreutvikling av Legevakten og kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Innbyggerne i Asker og Bærum har et godt og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud pr. i dag, men befolkningsvekst, flere eldre innbyggere, høye forventninger og nye lovkrav utfordrer dagens praksis. For å sikre at kommunene skal kunne ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte, må kommunene ta et strategisk valg om Legevaktens rolle og funksjon i den akuttmedisinske kjeden.

Basert på erfaringer fra andre kommuner og gjennomgangen i Asker og Bærum kan følgende tre alternativer være aktuelle:

- Alternativ 0 – Videreføre dagens praksis med et servicenivå hvor mye av kapasiteten på Legevakten benyttes til pasienter med lav medisinsk hastegrad
- Alternativ 1 – «En legevakt for alle, men ikke for alt», strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten
- Alternativ 2 – Legevakten – et servicekontor som en døgnåpen uprioritert tjeneste

Alternativ 0 – Videreføre dagens praksis med et servicenivå hvor mye av kapasiteten på Legevakten benyttes til pasienter med lav medisinsk hastegrad

Dette alternativet forutsetter at kommunene tilpasser økt vekst i behov på grunn av befolkningsvekst og økt andel eldre innbyggere basert på dagens forbruk.

Dette innebærer at Legevakten får økt antall konsultasjoner som igjen vil gi kapasitetsutfordringer knyttet til dagens lokaler. Dersom responstid på telefon og ventetiden generelt skal opprettholdes som i dag, vil dette medføre behov for økt bemanning og dermed økte kostnader. Innbyggerveksten vil gi økte inntekter til kommunene, men ikke nødvendigvis tilsvarende den økte totale kostnaden.

En videreføring av dagens praksis vil tilsa at Legevakten fortsatt vil være en serviceinstitusjon og må bruke mye av sin kapasitet på pasienter som ikke er vurdert til å trenge øyeblikkelig hjelp på legevakt og som burde oppsøkt sin fastlege.

I dette alternativet vil det fortsatt være lav deltakelse av fastlegene i kommunene på kveld og i helg, som allerede fra 2018 vil gi utfordringer med å møte kravene i Akuttmedisinforordningen.

Med dagens forbruk av Legevakt vil dette i 2022 kunne medføre en vekst på 1 900 legeseksultasjoner. I tillegg kommer økte telefonkonsultasjoner og sykepleiekonsultasjoner.

Alternativ 0 vil dermed forutsette behov for økte rammeoverføringer til Legevakten, og modellen vil kreve økt areal og eventuelle ombygginger i eksisterende lokaler.

Alternativ 1 – «En legevakt for alle, men ikke for alt», strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten

Alternativ 1 forutsetter en tydeligere ansvarsfordeling og enhetlig praksis mellom Asker og Bærum legevakt og fastlege-tjenesten enn hva som er tilfelle i dag.

Forutsetter at kommunene overfører mest mulig av øyeblikkelig hjelp-tilbudet til fastlegene i deres åpningstid og reduserer legevaktsforbruket.

Dersom Legevakten først og fremst skal være en kommunal beredskapsinstitusjon og ikke primært en serviceinstitusjon, må Legevaktens rolle tydeliggjøres i kommunenes politiske miljø, administrasjon og blant befolkning generelt. Det må i tillegg være en aksept for at akuttmedisinsk beredskap koster og at færre pasienter på Legevakten innebærer lavere inntekter.

Konsekvensene for kvaliteten vil trolig være små i og med at fastlegekontorene generelt oppgir å ha god tilgang på utstyr for diagnostisering og behandling. I tildeling av timer vil kvalitetsforskjellen være at mens det på Legevakten foregår en medisinsk vurdering av hastegrad, er det hos fastlegene i stor grad pasientens egen opplevelse av hast som legges til grunn. Kapasitetsbegrensningen på antall øyeblikkelig hjelp-timer som er avsatt pr. kurative dag, vil likevel kunne gi pasientene en opplevelse av at de ikke får time samme dag selv om de opplever et behov for dette.

Konsekvensene når det gjelder servicenivået vil være at innbyggerne oppfatter en redusert servicegrad i tilgjengelighet hos Legevakten, men at det kan oppstå en opplevd økt servicegrad hos fastlegene. I likhet med andre kommunale tjenester vil det være en faglig vurdering og behovsprøving som legges til grunn for hvor innbyggerne kan få tjenesten og prioritering. Dette harmoniserer med kommunenes behov for å tenke bærekraftig og langsiktig, og er således også et viktig strategisk valg i en periode med befolkningsvekst og økt andel eldre innbyggere.

Dette alternativet vil redusere kostnadene eller hindre økt kostnadsvekst for Legevakten (men vil også medføre inntektstap ved færre konsultasjoner). Inntektstapet på dagtid er estimert til omtrent

500 000 kr ved viderehenvising av blå og grønne pasienter. Inkluderes også en del av de gule pasientene vil inntektstapet vil inntektstapet være ytterligere 350 000 kr.

Mulige årlige innsparinger på bemanning som følge av viderehenvising av blå, grønne og delvis gule pasienter til fastlegene estimeres til å utgjøre minst 2,1 mill. kr.

Modellen vil forsterke behovet for å utvikle solopraksiser og etablere større fagmiljøer på fastlegekontorene. Spesielt gjør dette seg gjeldende for fraværssdekning når Legevakten ikke lenger kan påregnes å tre inn i en vikarfunksjon. En tydelig strategi for dette bør innarbeides i rulleringen av legeplanen for kommunene.

Utfordringen med å velge denne modellen vil være behovet for tettere ledelse av den kommunale legetjenesten. Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten må de sørge for at det settes av tilstrekkelig ressurser til ledelse og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte fastlege og legekontor¹⁰. Denne utredningen har vist at det er et godt grunnlag for å kunne oppnå en slik ledelse.

Alternativ 2 – Legevakten – et servicekontor som en døgnåpen uprioritert tjeneste

Dette alternativet vil øke legevaktsforbruket og utgiftene på Legevakten betydelig. Alternativ 2 vil dermed forutsette behov for økte rammeoverføringer til Legevakten, og det vil kreve økt areal og eventuelle ombygginger i eksisterende lokaler.

Innbyggerundersøkelsen, utført av Respons Analyse som en del av dette prosjektet, og Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt har store og sammensatte forventninger til helsetjenesten, og viser at flertallet ønsker rask og selvbestemt tilgjengelighet uten betydelig egenbetaling, og med stor valgfrihet¹⁰. Befolkningens økende forventninger og krav om en helse-tjeneste som alltid er tilgjengelig, som gir rask og riktig diagnose og behandling, utfordrer helse-tjenesten. Ikke bare stiller dette krav til innhold og leveranse, men også i hvilken grad helse-tjenesten selv bidrar til å forsterke disse forventningene. I utviklingen av legevaktstjenesten er det viktig å balansere pasienttilfredshet mot hva som anses som god og effektiv pasientbehandling, maksimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser og fagfolks evne til å prioritere.

Utfordringene med en Legevakt som en døgnåpen, uprioritert tjeneste er lange ventetider, prioriteringsproblemer og i verste fall feildiagnostisering og feilbehandling. Det er godt dokumentert at et gjennomgående høyt pasientvolum og tidspress øker faren for feilvurderinger, dokumentert i Vaktårnprosjektet. I tillegg vet vi at legevakter som er dårlige til å prioritere, medfører et økt press på sykehusene. Små endringer i henvisningsfrekvens på legevakt gir store endringer i arbeidsbelastningen på sykehus. Dette illustrerer godt hvordan en dårlig organisert legevaktstjeneste får store konsekvenser for den øvrige helsetjenesten.¹¹

Enkelte fagpersoner på Legevakten hevder at nærmest alle pasienter som oppsøker Legevakten skal behandles av forsvarlighetshensyn selv om dette er i fastlegens åpningstid. En slik praksis tilsier at kommunen må velge alternativ 2.

Vår anbefaling til valg av framtidig modell

Agenda Kaupang anbefaler Asker og Bærum kommune å satse på å videreutvikle modellen beskrevet i alternativ 1, med en stram styring av hvilke kanaler som skal benyttes for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette alternativet forutsetter at kommunene overfører mest mulig av øyeblikkelig hjelp-tilbudet til fastlegene i deres åpningstid og innfører en strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten. Videre

¹⁰ KS FoU 2016, Kommunal legetjeneste, kan den ledes?

¹¹ Hentet fra Nasjonal handlingsplan for legevakt 2009

forutsetter dette en tydeligere ansvarsfordeling og enhetlig praksis Legevakten og fastlegetjenesten enn hva som er tilfelle i dag.

Med dagens forbruk av Legevakt vil dette i 2022 kunne medføre en vekst på 1 900 lege-konsultasjoner dersom man viderefører dagens praksis i alternativ 0. I tillegg kommer økte telefonkonsultasjoner og sykepleiekonsultasjoner. Både alternativ 0 og alternativ 2 vil dermed forutsette behov for økte rammeoverføringer til Legevakten og vil kreve økt areal og eventuelle ombygginger i eksisterende lokaler.

6.3.1 Våre anbefalinger for å lykkes med «En legevakt for alle, men ikke for alt»

- Politisk og administrativ forankring av ny strategi for håndtering av innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp
- Skape felles forståelse og aksept for en strammere behovsvurdering og styring av hvilke pasienter som skal benytte tilbudet ved Legevakten både hos politikere, administrasjon og i befolkningen
- Etablere en strengere praksis i forhold til hvilke oppgaver som utføres av Legevakten
- Innbyggerne må ta et større ansvar for egen helse og å oppsøke fastlegen i åpningstiden
- Større andel av pasientene med behov for øyeblikkelig hjelp-tilbud må behandles av fastlegene ved å øke andelen tilgjengelige øyeblikkelig hjelp-timer fra dagens gjennomsnittsnivå på 5,7 timer pr. kurative dag
- Vurdere ulike løsninger for utvidede åpningstider hos fastlegekontorene
- Innføre bedre rutiner for å viderehenvise pasienter med lav medisinsk hastegrad til fastlege samme dag eller neste dag
- Pasienter med lav medisinsk hastegrad som oppsøker Legevakten utenfor fastlegens åpningstid skal ikke prioriteres og må påregne lengre ventetid enn i dag
- Benytte informasjonstavlen i resepsjonen på Legevakten mer aktivt for informasjon og spesielt hva pasienter med lav medisinsk hastegrad kan forvente seg
- Oppfylle kompetansekravet i akuttmedisinsk forskrift med godkjent allmennlege eller spesialist i allmennmedisin på vakt, ved å øke andelen fastleger som går legevakt
- Utarbeide gode styringsindikatorer som følges opp systematisk av kommunene
- Omdisponere ressurser fra dagtid i ukedagene til andre deler av døgnet og til helg/helligdager
- Lage bemanningsplaner tilpasset aktiviteten gjennom døgnet og uken basert på styringsdata
- Innsparing benyttes til å omdisponere ressurser til andre deler av døgnet, videreutvikle Legevakten til å møte økte krav i forskrifter og møte demografivekst
- Følge systematisk opp fastlegenes tilgjengelighet og håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

6.3.2 Våre generelle anbefalinger for å videreutvikle øyeblikkelig hjelp-tilbudet

- Utarbeide en felles plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene hvor Legevaktens rolle som kommunal virksomhet tydeliggjøres
- Videreføre dagens ordning med legevaktbilen som et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden
- Utarbeide en helhetlig informasjonsstrategi til innbyggerne om hvor og hvordan man skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp
- Prioritere ressurser til ledelse av den kommunale legetjenesten
 - Tettere oppfølging av fastlegenes åpningstid og telefonåpningstid
 - Sørge for at fastlegene oppfyller forskriftskravet om elektronisk timebestilling
- Sikre en telefontilgjengelighet i tråd med forskriftskravet slik at 80 % av alle anrop besvares innen to minutter både hos Legevakten og hos fastlegene
 - Forenkle dagens praksis med triagering på telefon

- Viderehenvise telefoner til andre samarbeidspartnere for å sikre raskere respons og høyere beredskapskapasitet på Legevaktsentralen
- Vurdere å etablere et responscenter for begge kommuner med utgangspunkt i legevaktssentralen for anrop til hjemmebaserte tjenester, velferdsteknologi og psykososiale tilbud
- Det anbefales ikke en praksis der alle skal ringe til legevaktssentralen før oppmøte før forskriftskravet om responstid er oppnådd
- Innføre automatisk betaling på Legevakten for å avlaste frontsykepleier og unngå ventetid på triagering
- Vurdere ett felles venterom for å få bedre oversikt på Legevakten og synliggjøre ventetiden
- Sikre gode møtearenaer mellom fastlegene og Legevakten
- Legevakten må alltid sende epikrise til fastlegene vedrørende deres listepasienter
- Forslagene og anbefalingene i denne rapporten tas med videre i rulleringen av planene for legetjenesten i både Asker og Bærum kommune