

**FREMTIDENS STORBYLEGEVAKT I OSLO**  
**Forprosjekt våren 2008**

**Helse Sør-Øst**

**Oslo kommune**

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>OPPSUMMERING .....</b>	<b>4</b>
1.1	Omfang av legevaktstjenester i dag .....	4
1.2	Organisering i dag .....	4
1.3	Vurdering av tjenestene .....	4
1.4	Gruppens forslag .....	6
<b>2</b>	<b>MANDAT .....</b>	<b>9</b>
2.1	Oppdragsgivere .....	9
2.2	Bakgrunn .....	9
2.3	Mandat for forprosjektet .....	10
2.4	Avgrensning av mandatet .....	10
<b>3</b>	<b>ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING OG ARBEIDSMETODER.....</b>	<b>11</b>
3.1	Sammensetning .....	11
3.2	Arbeidsmetoder .....	11
3.3	Begrensninger ved arbeidet .....	11
<b>4</b>	<b>BESKRIVELSE AV DAGENS LEGEVAKTTJENESTE.....</b>	<b>12</b>
4.1	Legevaktens historiske utvikling .....	12
4.2	Oversikt over tjenestetilbudet i 2007 .....	13
4.3	Allmennlegetjeneste .....	13
4.4	Skadepoliklinikk .....	20
4.5	Psykososiale tjenester .....	23
4.6	Tjenester til rusmiddelavhengige .....	25
4.7	Psykiatritjenester .....	27
4.8	Røntgentjenester .....	29
4.9	Laboratorietjenester .....	29
4.10	Journalssystemer, informasjonsflyt .....	29
4.11	Ambulansetjeneste .....	30
4.12	Annen pasienttransport .....	30
4.13	Private legevaktilbud .....	31
4.14	Pasientvolumer og pasientflyt .....	31
4.15	Finansiering .....	34
<b>5</b>	<b>DRØFTING AV DAGENS OG FREMTIDENS STORBYLEGEVAKT .....</b>	<b>36</b>
5.1	Styrker ved dagens legevaktstjeneste .....	36
5.2	Utfordringer og svakheter ved dagens legevaktstjeneste .....	36
5.3	Økt pasienttilstrømning til Storgaten 40 .....	38
5.4	Lokalene i Storgaten 40 .....	39
5.5	Telefontjenester .....	39
5.6	Tjenester til rusmiddelavhengige .....	40
5.7	Psykososiale tjenester .....	41
5.8	Psykiatritjenester .....	41
5.9	Tannlegevakt .....	42
5.10	Barnevernvakt .....	42
<b>6</b>	<b>RAMMEBETINGELSER AV BETYDNING FOR FREMTIDENS STORBYLEGEVAKT.....</b>	<b>43</b>
6.1	Organiseringen av helsetjenesten i hovedstadsområdet .....	43
6.2	Pasientforventninger i endring .....	43
6.3	Befolkningsøkning i Oslo .....	44

6.4	Behovene til eldre og syke .....	45
6.5	Nasjonal helsepolitikk .....	47
6.6	Endring i medisinsk kunnskap og teknologi .....	47
6.7	Utvikling av fagområdet sortering/triage .....	48
6.8	Spesialitet eller formalisert fagområde i akuttmedisin.....	48
6.9	Måter å organisere legevaktjeneste på andre steder .....	50
<b>7</b>	<b>FORSLAG TIL INNHOLD I OG DIMENSJONERING AV EN FREMTIDIG STORBYLEGEVAKT.....</b>	<b>55</b>
7.1	Tjenester som bør inkluderes i storbylegevakten .....	55
7.2	Kompetanseutvikling og tilknytning til spesialisthelsetjenesten .....	56
7.3	Allmennlegetjeneste .....	57
7.4	Legetjeneste til barn .....	57
7.5	Observasjonspost.....	57
7.6	Skadepoliklinikk.....	57
7.7	Tjenester til rusmiddelavhengige .....	58
7.8	Psykososiale tjenester og psykiatritjenester .....	58
7.9	Psykiatritjenester .....	58
7.10	Samarbeid på tvers av fylkesgrensene .....	59
7.11	Journalsystemer .....	59
7.12	Lokalisering/beliggenhet for fremtidens storbylegevakt.....	59
7.13	Fysisk utforming av et nytt legevaktbygg .....	60
<b>8</b>	<b>AKTUELLE ORGANISASJONSMODELLER FOR EN STORBYLEGEVAKT .....</b>	<b>61</b>
8.1	Pålagt samhandling .....	61
8.2	Felles organisering og enhetlig ledelse .....	61
8.3	Finansiering .....	62
<b>9</b>	<b>FORSLAG TIL ORGANISERING AV OG FREMDRIFT FOR NESTE FASE I ARBEIDET.....</b>	<b>64</b>
9.1	Organisering av neste fase.....	64
9.2	Sentrale punkter som må utredes nærmere .....	65

# 1 Oppsummering

## 1.1 Omfang av legevaktstjenester i dag

Legevakten er en institusjon med svært lang tradisjon i det den har eksistert som legevakt for byen helt siden 1900. Virksomheten utgjør et betydelig volum, det samlede konsultasjonstall i 2007 var ca 265.000. Omkring halvparten utføres av allmennlegetjenesten (inkludert virksomheten ved legevaktsbasene), 40% av skadepoliklinikken og 10% av de psykososiale tjenestene. Innenfor lokalene i Storgaten 40 hadde skadepoliklinikken det største antall konsultasjoner.

Virksomheten dekker alle akutte tjenestebehov til befolkningen og besøkende i Oslo, og består av; skadepoliklinikk (96.000 konsultasjoner inkludert 26.000 kontroller), allmennpoliklinikk med mottak av akutt syke (80.000 konsultasjoner inkludert barn), legevaktssentral (telefon tjeneste med 150.000 anrop), 2 legevaktsbaser på henholdsvis Linderud og Ryen (legebemannet stasjon uten røntgen eller laboratorietjeneste med 38.000 konsultasjoner), sykebesøktjeneste ved allmennleger (ca 18.000 legebesøk), sosial vaktjeneste (ca 13.000 konsultasjoner), akutteamet (akutt pleie og omsorg med ca 9.000 pasientkontakter), psykiatrisk legevakt (ca 3.500 konsultasjoner) og voldtektsmottak (335 pasienter). Det foreligger ikke noe eget definert tilbud for rusmisbrukere, men gruppen taes godt hånd om ved de andre eksisterende tilbudene. I tillegg er det en egen observasjonsstue for personer med redusert bevissthet som antas å skyldes rus.

Legevakten har en egen observasjonspost på 16 senger der pasienter observeres opp til et døgn. Fra denne posten skrives pasienten ut til hjemmet, annet omsorgsbehov eller inn på et av akuttsykehusene i Oslo. Konsultasjonstallet er i dag ca 7.000/år. Belegget er ca 120 %. Dette høye tallet skyldes at en del pasienter reiser etter kort tid, så hver seng kan benyttes til flere pasienter i løpet av et døgn. Man har aldri korridorpasienter.

Ved legevakten har man egen røntgenenhet som dekker konvensjonelle røntgenundersøkelser i tillegg til nylig installert CT. Man har også tilgang til vanlige laboratorieundersøkelser.

## 1.2 Organisering i dag

Tjenestene har gjennom historien vært organisert på ulike måter, men i all hovedsak under én eier med unntak de siste årene fra 2002, da staten gjennom det regionale helseforetaket har hatt ansvaret for spesialisttjenesten (skadepoliklinikken, psykiatrisk legevakt og røntgen) og kommunen for resten av virksomheten (allmennpoliklinikken, voldtektsmottaket, legevaktbasene, legevaktssentralen, akutteamet, sosial vaktjeneste). Observasjonsposten driftes av kommunen, etter avtale med det regionale helseforetaket. Spesialisthelsetjenesten er aktivt deltagende i posten via skadepoliklinikkens leger og ved at Ullevål universitetssykehus har ansvar for faglig støtte når det er behov for det. Røntgen- og laboratorietjenestene drives av UUS.

## 1.3 Vurdering av tjenestene

Gruppen mener at legevakten med sin lange historie og store volum, har utviklet seg til en kvalitetsmessig god og robust tjeneste med gjennomarbeidete rutiner, og en stamme av ansatt personell som sikrer kontinuitet og kvalitet. Det er mange grunner til at legevakten er blitt en suksess, men gruppen vil peke på enkelte faktorer som spesielt viktige.

- Samlokalisering mellom allmenn- og skadepoliklinikk, psykiatriske og psykososiale tjenester muliggjør et helhetlig tilbud til pasientene.
- Hele Oslos befolkning er kjent med tilbudet. Befolkningen vet hvor den skal henvende seg, hvilket gir stor trygghet for de Legevakten skal betjene. Legevakten har også gode støttefunksjoner (røntgen- og laboratorietjenester) som medfører at pasientene i all hovedsak sluttbehandles på dette nivået (LEON-prisippet).
- Observasjonsposten har medført at en rekke pasienter har sluppet innleggelse ved sykehus og fått et tilbud som er bedre tilpasset det medisinske behovet. Posten har i stor grad redusert belastningen på akuttsykehusene. Av de 7000 innleggelsene ved posten årlig er det bare 20 % som innlegges i sykehus.
- Det nære samarbeidet mellom skadepoliklinikkens leger og spesialistene ved Ortopedisk senter har medført at skadepoliklinikken sluttbehandler en rekke skader som ellers ville trenge behandling/innleggelse ved sykehus. Samlokaliseringen av skadepoliklinikken med både ortopedisk poliklinikk og operasjonsstuer har i stor grad bidratt til en kvalitetshevning av tjenesten og til at enheten nå har leger som jobber der over lengre tid enn tidligere. Enheten kan anses som et mønster for samhandling mellom to nivåer i en behandlingsskjede.
- Spesialisttjenestens tilstedeværelse med et akutttilbud til pasienter med akutte psykiske problemstillinger er viktig i et helhetlig tilbud for befolkningen.

Gruppens samlede oppfatning er at legevakten per i dag er et godt tilbud til befolkningen, men den har likevel søkt å finne forbedringspotensialer. De viktigste svakheter og utfordringer mener gruppen er følgende:

- Oppdeling i to forvaltningsnivåer medfører særskilte utfordringer i forhold til samhandling og effektiv ressursutnyttelse. Det forholdet at tjenestene drives av Oslo kommune sammen med UUS uten et overordnet organ med felles strategi og policy medfører både praktiske, og ikke minst ledelsesmessige og finansielle utfordringer. Det siste eksemplifisert ved at skadepoliklinikken ble foreslått nedlagt som del av budsjettensaldring for 2008-budsjettet ved UUS.
- Lokalene i Storgaten 40 har for lav kapasitet og er lite hensiktsmessige. Lokaliseringen imøtekommer nærhet til kommunikasjonsknutepunkter med mange mennesker på dagtid på hverdager og på kveld og natt i helger, men med begrensninger relatert til mangel på parkeringsplasser. Dette gjør det vanskeligere for pårørende å bringe den syke/skadde til behandling.
- Både skade- og allmennpoliklinikkene er viktige utdanningsinstitusjoner, men har et ikke utnyttet potensial. I tillegg har de svak tilknytning til både grunn- og spesialistutdanningene.
- Tjenestekvaliteten kan forbedres ved tettere samarbeid mellom Legevakten og andre deler av helsetjenesten. Det er særskilte utfordringer innenfor psykiatrien og de

psykososiale tjenestene, der ressursutnyttelsen kan forbedres ved styrket samarbeid. Men det er også et potensial for bedre samhandling med andre deler av spesialisttjenesten (pediatri, nevrologi, indremedisin osv).

- Samhandlingen om akuttjenester til rusmiddelavhengige bør forbedres. Det er mangel på akutte avrusningsplasser.
- I arbeidet har gruppen også identifisert et mulig område som bør få større fokus i framtiden. Den eldre del av befolkningen øker, og dermed også behovet for helsetjenester. En rekke innleggelse ved sykehus kan unngås ved tidligere intervensjon med lettere tilgang til ambulante tilbud. Eldre med behov for breddekompetanse vegrer seg for å bruke fragmenterte tilbud og ender opp med akutte forverringer som ikke kan håndteres av legevaktlege på sykebesøk.
- Det har vært en formidabel økning i bruk av tjenestene ved Legevakten de siste årene. Økningen skyldes ikke økt sykkelighet eller skadeforekomst, men er uttrykk for at terskelen for å søke Legevakten (og lege generelt) blant befolkninger er blitt lavere. En rekke av disse pasientene kan med fordel bruke fastlegen.

## 1.4 Gruppens forslag

Gruppen har, med bakgrunn i innsamlet materiale og erfaringer fra andre steder, kommet til følgende konklusjoner og forslag til hva en fremtidig storbylegevakt bør omfatte og hvordan den bør organiseres.

### 1.4.1 Innhold i og omfang av fremtidens storbylegevakt

Gruppen mener at modellen man har hatt i Oslo til nå, har et godt og nærmest komplett tilbud til befolkningen. En legevakt må ses som et ledd i behandlingsskjeden med hovedoppgave å sortere (triagere) pasienten til det mest korrekte behandlingsnivået, sett både i et behandlings- og et ressursperspektiv.

Basistjenester i fremtidens storbylegevakt bør bestå av følgende elementer:

Allmennlegetjeneste inkludert observasjonsrom for berusede personer, skadepoliklinikk, observasjonspost, psykiatrisk legevakt, psykososial støttebehandling og akutt sosialhjelp, legevaktsentral med medisinsk rådgivning og sykebesøksformidling, tannlegevakt og døgnåpent apotek. Gruppen mener også at det er behov for en avgiftningsstasjon for rusmiddelavhengige. Denne kan legges til storbylegevakten, men må ikke nødvendigvis plasseres der.

For å understøtte innholdet i storbylegevakten er det nødvendig med: Laboratorietjenester, røntgen- og CT-undersøkelser med radiolog i bakvakt for å avklare bilder som behandlende lege er usikker på, og gode kommunikasjons- og elektroniske journalsystemer som understøtter samarbeid mellom leddene i behandlingsskjeden.

Gruppen mener at erfaringene med observasjonsposten ved legevakten er så gode at en slik enhet må inngå i tilbudet en storbylegevakt skal ha. En slik enhet bør i enda større grad enn nå være en arena for samhandling med sykehusspesialistene. Det vil ha gunstig effekt på

kompetanseoverføring til Legevaktens lege- og pleietjenester, og vil bidra til at enda flere pasienter kan ferdigbehandles uten innleggelse i sykehus.

Når det gjelder skadepoliklinikken mener gruppen man må ta med seg de positive erfaringene fra dagens samhandling med Ortopedisk senter. Storbylegevakten bør ha operasjonsstuer i sin nærhet som legger forholdene til rette for ønsket samhandling.

Andre tett samarbeidende spesialister, for eksempel pediater og indremedisinere, bør ha avsatt poliklinikkareal i storbylegevaktens lokaler, for å øke samhandling og kompetanseoverføring.

Arbeidsgruppen anbefaler at tjenester til barn samlokaliseres med legevaktens øvrige tjenester, fremfor å samlokaliseres med en barneavdeling. Det er imidlertid ønskelig at man sikrer kontinuerlig kompetanseoverføring fra pediater til allmennlegene.

På grunn av lave volumer anbefaler gruppen utredning av interkommunalt samarbeid (dvs. utenom Oslos grenser) om enkelte tjenester som for eksempel voldtekts- og overgrepsmottak samt psykiatrisk legevakt.

Gruppen anbefaler å styrke de ambulante psykiatritjenestene på to områder: tilgang til ambulant spesialistvurdering utenom normalarbeidstid, og bedret pasienttransport spesielt ved tvang etter lov om psykisk helsevern. Konkret utforming av løsninger må utredes nærmere.

Storbylegevakten må kunne kommunisere effektivt med andre deler av behandlingsskjeden. Dette forutsetter enten felles IT-systemer eller IT-systemer som kan kommunisere med hverandre.

Breddekompetanse og kompetanse til å sortere ut alvorlig skadde/syke pasienter er viktig. Internasjonalt er det utviklet tjenester og utdanninger for å imøtekomme dette behovet. Slik sorteringsfunksjon (triage) bør styrkes også i Norge. Gruppen mener at storbylegevakten er et sted der slik kompetanse kan være aktuell. Storbylegevakten bør også ha som mål å være et sted som bruker volumet og det varierte pasientmaterialet til utdanningssted for slik spesialisering.

De fysiske løsningene som velges for en storbylegevakt må understøtte ønsket samhandling. Integreerte poliklinikkarealer og operasjonsvirksomhet for de viktigste samhandlende spesialister er eksempler på slike fysiske løsninger som må søkes tilrettelagt.

Gruppen mener en faglig sterk tilknytning til et akutt sykehus med støtte fra spesialister når det trengs, er en forutsetning for en moderne og effektiv legevakt med god behandlingskvalitet. Gruppen mener at det aktuelle sykehuset med akutfunksjoner må tilby spesialisttjenester innen spesielt områdene pediatri, håndkirurgi, ortopedi, nevrologi, geriatri, psykiatri, gynekologi, indremedisin og hjertemedisin. Dette blir enda tydeligere med det forslaget som nå foreligger i Helse Sør-Øst om inndeling i sykehusområder, og der ett sykehus skal ha hovedtyngden av alle akutttilbud.

#### **1.4.2 Fysisk beliggenhet og overordnet organisering**

Gruppen har brukt mye tid på å diskutere den fysiske beliggenheten til storbylegevakten. Dagens lokalisering har fordeler relatert til nærhet for store grupper og ikke minst for svake pasientgrupper. Den bidrar også til at sykehusets tjenester ikke brukes unødig. På den annen

side er fysisk nærhet til akuttsykehuset viktig for nær og effektiv samhandling, kompetanseoverføring og tilgang til avanserte øyeblikkelig hjelptjenester i hastesituasjoner. Gruppen er enig i at en moderne legevakt trenger en nær tilknytning til spesialisthelsetjenesten som beskrevet for å oppnå høyest mulig faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. Det må imidlertid utredes nærmere om dette oppnås best i gangavstand til et akuttsykehus, eller ved en viss avstand fra sykehuset. Gruppen konstaterer samtidig at fysisk nærhet (kort gangavstand) mellom legevaktsfunksjoner og akuttsykehuset er en trend nasjonalt og til dels internasjonalt.

Gruppen mener organisasjonsmodellen man har i dag med to forvaltningsnivåer innad i tjenesten skaper noen utfordringer, bl.a. i forhold til forutsigbarhet, kontinuitet og ansvarsavgrensing. Det bør gjøres noen organisatoriske grep for å etablere en organisasjon som sikrer god samhandling ved at allmennlegetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten ved Helse Sør-Øst har samme mål med tjenestene. Organiseringen må bidra til best samlet ressursutnyttelse og effektive behandlingsskjeder med en forutsigbar finansiering fra begge ansvarlige parter. Vi skisserer flere mulige løsninger der hovedkonseptet er et overordnet samarbeidsorgan mellom nivåene som er premissleverandør for tjenestene basert på felles strategi for enheten og bindende langsiktige avtaler. Gruppen er enig om at en storbylegevakt bør ha felles ledelse som kan gjennomføre de mål eierne setter. De ulike løsningene trenger en nærmere avklaring av hva som er mulig, og hva ulike modeller vil innebære før man tar stilling til hvilken modell som bør velges.

Endelig foreslår gruppen områder som det bør jobbes mer med, når de nødvendige beslutninger er tatt. Det er også en del områder som trenger mer avklaring før endelige beslutninger kan fattes. Det vises til siste kapittel for detaljer. Her fremgår også gruppens forslag til organisering av neste fase i utredningsarbeidet.



## 2 Mandat

### 2.1 Oppdragsgivere

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune v/Byrådsavdeling for Velferd og Sosiale tjenester (VST).

### 2.2 Bakgrunn

Legevakten i Oslo har en lang historie, og er med sitt brede og gode tjenestetilbud en trygghetsbase for Oslos innbyggere og besøkende. Legevakten er også en viktig samhandlingsarena mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Oslo kommune har driftsansvaret for "allmennlegevakten", mens Ullevål universitetssykehus v/Ortopedisk Senter og Psykiatrisk divisjon har driftsansvar for henholdsvis "skadelegevakten" og Psykiatrisk legevakt. Legevakten har som overordnet mål at brukerne ikke skal merke at ansvarsforholdene er delt på to nivåer. De skal komme til en dør, og få den hjelp og tjeneste som tilstanden krever, uavhengig av hvem som har driftsansvaret.

Legevakten har en moderne utstyrt røntgenavdeling, som er en del av Sentralradiologisk avdeling på UUS. I tillegg har Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF en samarbeidsavtale om en observasjonspost, som driftes av kommunen med faglig bistand fra UUS. UUS' største ambulansestasjon ligger også i Storgaten 40. Lokalisert på Legevakten har UUS v/Ortopedisk senter sine seksjoner for avansert leddkirurgi, hånd- og fotkirurgi (operasjonsstuer, sengepost og poliklinikk). Psykiatrisk legevakt er åpen på kveldstid på virkedager og dag/kveld i helgene. Oslo kommune har på Legevakten etablert Sosial vaktjeneste, Akutteamet (ambulerende funksjoner) og LV-sentral med sykebesøksformidling.

Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF og Ullevål universitetssykehus HF mener legevakten i Oslo er et viktig og riktig tilbud til befolkningen, og ønsker å opprettholde og videreutvikle en god "storbylegevakt" i Oslo. Partene ønsker derfor å utrede "fremtidens storbylegevakt" for Oslo. Utredningen skal belyse hva som ville være en ønskelig og visjonær videreutvikling av legevakten for de neste 5 år og for perioden frem mot år 2020. Det overordnede målet for arbeidet er å legge grunnlaget for en "storbylegevakt" tilpasset befolkningens nåværende og fremtidige behov og ønsker, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir.

Ut i fra at brukere ofte gir uttrykk for at de ønsker seg ett sted å gå ved akutt sykdom eller skade, vil et sentralt mål for arbeidet være å bidra til en større grad av samordning av akuttberedskapen i hovedstadsområdet på tvers av de administrative nivåene, herunder en samordning av akuttberedskapen for somatisk sykdom/skade, psykiatri, overgrep og rus. Det er videre et mål å bidra til at diagnostikk og behandling skjer på laveste effektive omsorgsnivå (LEON), herunder at flest mulig pasienter blir ferdig utredet og behandlet på legevakten, og at de som har behov for innleggelse blir sendt til rett sted til riktig tid.

Gruppens arbeid må sees i sammenheng med omstillingsarbeidet i hovedstaden, igangsatt av Helse Sør-Øst ("hovedstadsprosessen"). I dette arbeidet, hvor målene blant annet er å tilpasse tjenesten til befolkningens fremtidige behov, styrke kvaliteten og sikre bedre samordning av tjenestene, utredes blant annet større opptaksområder/nye sykehusområder, samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus og samordning av akuttberedskapen i

hovedstadsområdet, herunder samordning av akuttberedskap for somatikk, psykiatri og rus. I denne prosessen er Oslo kommune representert i flere arbeidsgrupper, bl.a. ledes gruppen om ”lokalsykehusfunksjoner og samhandling” av legevaktens direktør.

Partene ønsker utredningsarbeidet delt i to faser. Det skal først, i perioden frem til april 2008, gjennomføres et forprosjekt. Målet for forprosjektet er å utrede ønsket innhold i og omfang av fremtidens storbylegevakt. I forprosjektet skal også utredes organisering og fremdrift for neste fase i arbeidet, hovedfasen, der formålet vil være å utrede fremtidig ansvars- og oppgavedeling, samt finansiering og mulig lokalisering.

### **2.3 Mandat for forprosjektet**

Arbeidsgruppen skal

- Beskrive dagens innhold i og organisering av legevaktstjenestene i Oslo og gi en overordnet vurdering av styrker og svakheter ved dagens ordning.
- Beskrive dagens behov for legevakt-/akuttjenester i Oslo og fremtidig behov i et femårsperspektiv, samt for perioden frem mot 2020.
- Beskrive forventede endringer i medisinsk kunnskap og teknologi som vil kunne få betydning for akuttjenestenes innhold og organisering.
- Beskrive ulike måter å organisere legevakt-/akuttjenester i Norge og andre land, og hva som er erfaringene med de ulike modellene.
- Med utgangspunkt i beskrivelsene, vurdere hva som vil være en ønskelig og visjonær organisering og dimensjonering av en fremtidig storbylegevakt i Oslo, gitt målene for arbeidet, slik de fremkommer foran i mandatet.
- Fremme forslag om organisering av og fremdrift for neste fase i arbeidet, hovedfasen, der fremtidig ansvars- og oppgavedeling, lokalisering og finansiering skal utredes.

Frist for forprosjektet: 10. april 2008.

### **2.4 Avgrensing av mandatet**

Med legevaktstjenesten i Oslo har gruppen forstått det samlede akutttilbudet til personer som bor i Oslo eller oppholder seg i Oslo når behovet for hjelp oppstår. Gruppen har sett første- og andrelinjetjenester i sammenheng og fokusert på områdene somatisk og psykiatrisk legehjelp, psykososial hjelp og akutt hjelp relatert til rus, men har også kommet inn på enkelte andre tjenester.

## **3 Arbeidsgruppens sammensetning og arbeidsmetoder**

### **3.1 Sammensetning**

Gruppen skal ha likeverdig representasjon fra kommunen og foretakssektoren.

Medlemmer fra Oslo kommune

- Peter Martin, medisinsk fagsjef, byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
- Endre Sandvik, direktør, Legevakten i Oslo (på ett møte representert ved konst. Avdelingsoverlege Harald Vallgård)
- Jon Ørstavik, seksjonsoverlege, Legevakten, Oslo kommune (sekretær for gruppen)
- Kari Bjørneboe, bydelsoverlege, bydel Østensjø, Oslo kommune

Medlemmer fra Helse Sør-Øst RHF:

- Olav Røise, divisjonsdirektør, Bevegelsesdivisjonen, UUS, (leder av gruppen)
- Maren Skaset, prosjektleder, Helse Sør-Øst
- Knut Melhuus, seksjonsoverlege, Skadepoliklinikken, Ortopedisk senter, Bevegelsesdivisjonen, UUS
- Anders Gaasland, overlege, Akuttpsykiatrisk avdeling, Aker Universitetssykehus
- Bjørn Magne Eggen, enhetsdirektør, Akershus Universitetssykehus

### **3.2 Arbeidsmetoder**

Gruppen har avholdt 6 møter i tidsrommet 20/2-10/4 2008. I et møte har vi fått innspill om felles akuttmottak (FAM) ved avdelingssjef Jon Norseth, FAM, Sykehuset Asker og Bærum. Sekretæren har deltatt en dag på en kongress i Århus vedrørende etablering av felles akuttmottak i Regionene Nord- og Midtjylland.

Gruppen har innhentet tjenestebeskrivelser og historiske nøkkeldata for perioden fra 1995 til 2007. Data for 2007 er analysert noe mer detaljert. Gruppen har forsøkt å synliggjøre styrker og svakheter ved dagens organisering, med utgangspunkt i tjenestenes egen beskrivelse av virksomheten.

### **3.3 Begrensninger ved arbeidet**

Gruppen har hatt kort tid til gjennomgangen og begrensede muligheter til grundige analyser av dagens tjenestetilbud.

## 4 Beskrivelse av dagens legevaktjeneste

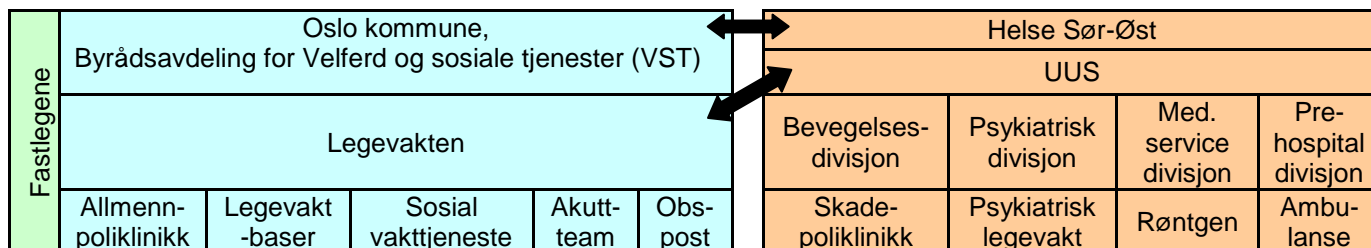
### 4.1 Legevaktens historiske utvikling

Legevaktjenesten i Oslo har siden år 1900 vært basert på en stor legevakt i Storgaten 40, supplert med varierende andre tilbud. Den organisatoriske overbygningen har vært gjenstand for en rekke endringer. Her følger et kort sammendrag av utviklingen, med hovedfokus på de senere år.

- 1900 Legevakt for skadebehandling åpner i Kroghstøtten sykehus (Storgaten 40)
- 1959 Nytt legevaktsbygg bygges i tilslutning til Kroghstøtten
- 1981 Allmennavdelingen skilles ut og organiseres under Oslo Helseråd
- 1982 Observasjonsposten etableres
  
- 1988 Akuttetaten etableres (tjenester fra bl.a. Oslo Helseråd og UUS) (bystyresak 786)
- 1992 AMK/LV-sentral legges til Akuttetaten (bystyresak 423)
- 1992 Forslag om å overdra legetjenesten ved skadepoliklinikken til UUS (bystyresak 247)
- 1993 Forslag om å flytte legevaktfunksjonene til Aker og UUS (bystyresak 789, trukket)
  
- 1994 Akuttetaten nedlagt, ansvaret for Legevakten lagt til UUS (bystyresak 790)
- 1994 AMK/LV-sentral flyttet fra Storgt 40 til UUS (bystyresak 789)
- 1996 Skadepoliklinikkens spesialisthjemler og professorat overføres til ortopedisk avdeling, UUS. Skadepoliklinikken står uten egne spesialisthjemler og må rekruttere nye leger. Operasjonsaktiviteten i Storgt 40 opphører i en kort periode.
- 1999 Ombygging av poliklinikken, ny mottakelse
- 2001 Legevaktsreform samtidig med fastlegereformen. Opprettelse av tre nye legevaktbaser og samling av bydelslegevakt til en sentralisert ordning. Kraftig reduksjon i sykebesøk (bystyresak 233)
- 2001 Etablering av Legevakten som kommunal etat i sin nåværende form (byrådsak 1714)
- 2002 Statlig overtakelse av sykehusene. Skadepoliklinikken og Psykiatrisk legevakt defineres som spesialisthelsetjeneste og drives av UUS. Allmennlegetjeneste, obspost, psykososiale tjenester og pleietjenesten på både skade- og allmennpoliklinikkene drives av kommunen (bystyresak 247)
- 2002 Skadepoliklinikken får egen operasjonsstue
- 2002 Evaluering av Allmennlegevakten (bystyresak 265)
- 2002 LV-sentral skilles ut fra AMK og legges i Storgaten 40
- 2004 Pleietjenesten deles mellom Allmenn- og Skadepoliklinikkene
- 2004 Etablering av egen seksjon for barn under 12 år
- 2005 Legevaktens organisering 1988-2005 (byrådsak 260)
- 2006 3 legevaktbaser redusert til 2 (antall leger uendret)
- 2006 Håndkirurgisk seksjon etableres på Legevakten
- 2007 Røntgenavdelingen moderniseres og CT installeres

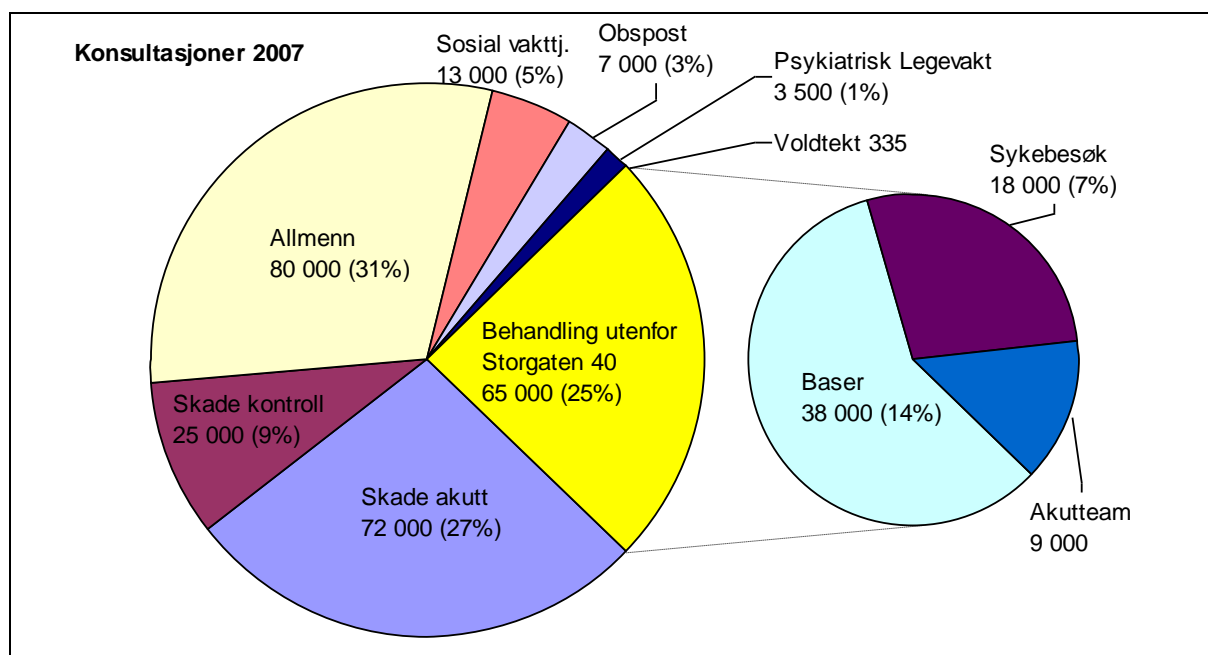
## 4.2 Oversikt over tjenestetilbudet i 2007

De forskjellige legevakttjenestene kan illustreres i nedenstående figur. Tjenestene drives av Oslo kommune og Ullevål Universitetssykehus. Fastlegene er tilpliktet legevakttjeneste som selvstendig næringsdrivende.



**Figur 1. Dagens organisering. Pilene indikerer at det er inngått skriftlig samarbeidsavtale om tjenester ved legevakten.**

Samlet konsultasjonstall i 2007 er ca 265.000. Omkring halvparten utføres av allmennlegetjenesten, 40% av skadepoliklinikken og 10% av de psykososiale tjenestene. Innenfor lokalene i Storgaten 40 har skadepoliklinikken høyest antall konsultasjoner.



**Figur 2. Fordelingen av pasienter på forskjellige tjenester, 2007**

## 4.3 Allmennlegetjeneste

### 4.3.1 Allmennlegetjenestens innhold

- en stor allmennpoliklinikk
- legevaktsentral
- observasjonspost
- sykebesøktjeneste
- to små legevaktbaser (beliggende på Linderud og Ryen)
- fastlegenes deltakelse i legevakt omtales også i dette kapittelet

#### *4.3.1.1 Allmennpoliklinikk*

Poliklinikken er døgnåpen og har et bredt tilbud som på mange måter tilsvarer et akuttmottak på sykehus. Det er særskilt tilpassede tilbud til barn under 12 år, båretrengende, psykisk syke/uroelige pasienter og pasienter med redusert bevissthetsnivå grunnet rusmidler eller sykdom. Laboratorium, røntgenavdeling og observasjon benyttes hyppig. Det er en sterk seleksjon til poliklinikken av pasienter med sammensatte allmennmedisinske behov, mistanke om akutt farlig sykdom, og behov for utredning eller observasjon. Poliklinikken dekker legebehovet for pasienter som er på besøk i Oslo eller av andre årsaker ikke har tilgang til fastlege. Tjenesten er bemannet med kommunalt ansatte allmennleger.

#### *4.3.1.2 Legetjenester til barn under 12 år*

Etter at man i 2001 sterkt reduserte antallet sykebesøk blir de fleste legeundersøkelser av barn utført i Storgaten 40 eller på legevaktbasene. I Storgaten 40 har man en egen nummerserie for barn som er programmert slik at disse kommer raskere til vurdering. Siden 2004 har barn under 12 år blitt behandlet i egne lokaler (barnseksjonen). Her er barna skjermet fra andre pasientgrupper, og lokalene er tilrettelagt for å gi en positiv opplevelse. Seksjonen er åpen i tidsrommet 08-23, om natten tas barn i mot til behandling sammen med andre pasienter. Legevakten forsøker å prioritere barn til behandling for å holde ventetiden nede, men alvorlig syke voksne må prioriteres fremfor barn med uskyldige sykdommer. Barn som skal til skadepoliklinikken venter også på barneseksjonen når denne er åpen.

#### *4.3.1.3 Observasjonspost*

Observasjonsposten har 16 senger og mottar pasienter fra Legevaktens poliklinikker til opphold i inntil ett døgn. Posten drives av Oslo kommune/allmennlegevakten.

- Konsultasjonstallet er i dag ca 7.000/år. Belegget er ca 120 %, dvs at man fordi en del pasienter reiser etter kort tid ofte benytter en seng til to pasienter i løpet av et døgn. Korridorpasienter forekommer ikke.
- 75% av pasientene innlegges fra allmennpoliklinikken, 20% fra skadepoliklinikken og 4% fra sosialtjenesten og Psykiatrisk legevakt.
- Den største diagnosegruppen er hjerte-/karsykdommer inkludert brystmerter (30 %). Følgende diagnosegrupper utgjør omkring 10 % hver: Luftveisinfeksjoner, infeksjoner, fordøyelsesykdommer, hodeskader, andre skader, nevrologiske sykdommer og psykiske lidelser.
- Konsultasjonstallet har økt med ca 50% siden 1995. De siste fem årene har økningen vært i gjennomsnitt 2,2 %.
- Ca 80% av pasientene utskrives til hjemmet, ca 20% innlegges i sykehus.
- Legebemanningen er ca 5 årsverk fra Allmennpoliklinikken og 1 fra skadepoliklinikken. Seksjonsoverlegen er spesialist i nevrologi.
- Posten finansieres av Helse Sør-Øst gjennom DRG-systemet, på grunnlag av en faglig samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF.

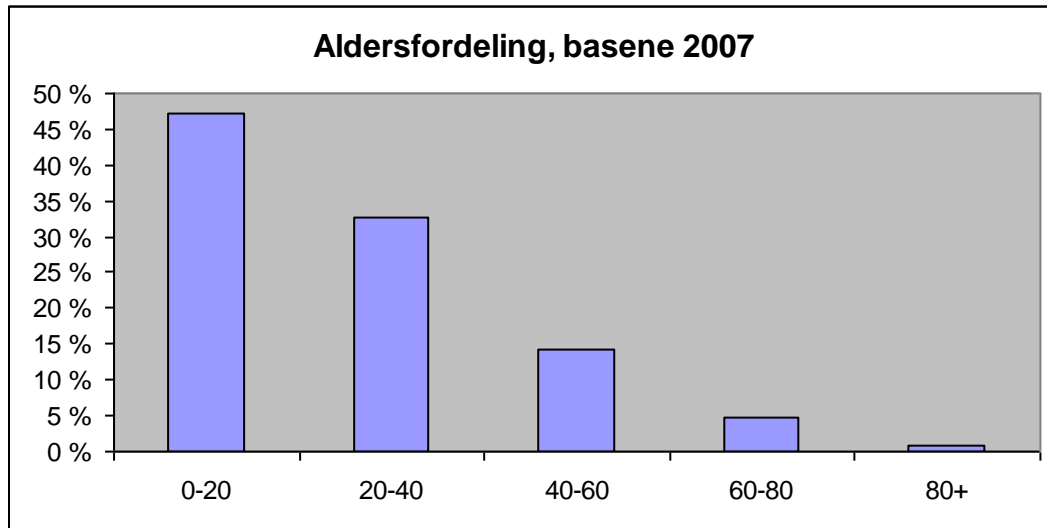
#### *4.3.1.4 Legevaktbaser*

Legevakten driver to legevaktbaser (på Linderud og Ryen). Åpningstiden er kl 1600-2230 (helge- og helligdager 1000-2230). Det er ikke tilgang til røntgen eller labprøver ut over hurtigtester. Pasienter som trenger skadebehandling, nærmere undersøkelser eller vurdering av psykiske plager henvises i stor grad til Legevakten i Storgaten.

Konsultasjonstallet er stabilt eller lett synkende omkring 38.000/år (2007).

Bemanningen er to helsesekretærer og 1-2 privatpraktiserende leger på hver base. Med privatpraktiserende leger menes byens fastleger og deres vikarer. Omtrent halvparten av vaktene dekkes av fastlege/turnuslege, resten av vikarer med forskjellig bakgrunn og arbeidserfaring. Legenes fartstid, erfaring og vakthypighet varierer betydelig.

40 % av pasientene er barn under 12 år. Aldersfordelingen fremgår av figuren nedenfor.



**Figur 3. Aldersfordeling, legevaktbasene 2007.**

#### 4.3.1.5 Legevaktsentral (LVS)

Legevaktsentralen ble i 2002 skilt ut fra AMK-sentralen på UUS og flyttet til Storgaten 40. Samtidig ble bemanningen styrket, i dag betjenes den av 4 sykepleiere (om natten 2) og 1 lege (kl 08-23). De tekniske løsningene for telefoni og journalføring (AMIS) er lik løsningene som benyttes av AMK-sentralen på UUS. Det jobbes i øyeblikket med å utvikle løsningene slik at man sikrer optimal samhandling mellom de to sentralene. En fordel ved å skille de to sentralene, er at sentralene kan avlaste hverandre ved tekniske problemer, i beredskapssituasjoner og liknende.

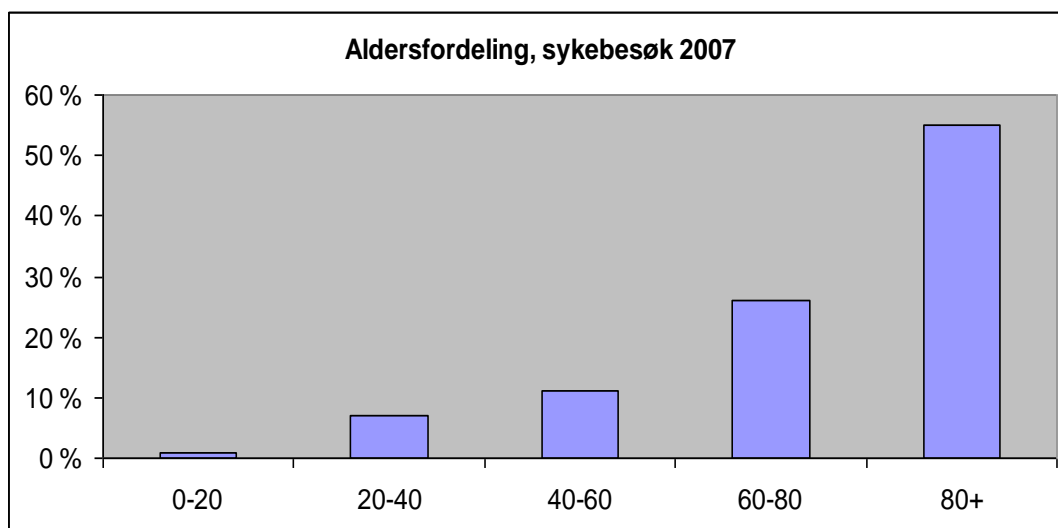
Sentralen mottar ca 150.000 anrop per år, hvorav ca 90.000 journalføres som medisinske hendelser. Antallet hendelser har vært relativt stabil siden 2002. Bortimot halvparten av hendelsene avsluttes i løpet av telefonsamtalen, mens den andre halvparten utløser videre tiltak fra Legevaktens side. De 90.000 hendelsene kan kategoriseres ut fra tiltaket som utløses:

- 40.000 rådgivningssamtaler  
Rådgivning inkluderer både samtaler der spl/lege på LVS avklarer problemet, og samtaler der pasienten blir rådet til å kontakte fastlegen eller andre tjenester som ikke anses som en del av Legevakten
- 21.000 avtaler om oppmøte på Legevakten
- 18.000 sykebesøk
- 4.000 ambulanseoppdrag (videreformidles til AMK-sentralen på UUS)

#### 4.3.1.6 Sykebesøktjeneste

Kriteriet for å få sykebesøkslege hjem er at pasienten ikke klarer å ta seg til Legevakten selv eller med drosje. I Oslo har man i liten grad benyttet ambulansetjenesten til å hente uføre pasienter til Legevakten, unntatt når det er åpenbart hensiktsmessig (ved akutt farlig tilstand, ved åpenbart behov for røntgen o.l.).

- Det utføres i gjennomsnitt 50 sykebesøk per døgn, eller 33 sykebesøk per 1.000 innbyggere. Dette er mer enn i mange andre byer. Antallet sykebesøk sank kraftig frem til omleggingen av vaktssystemet i 2001, etter dette har det vært en svak nedgang.
- Sykebesøkene utføres i normalarbeidstiden av kommunalt ansatte leger, resten av døgnet av privatpraktiserende leger. Finansiering er ved Normaltariffen.
- Legene blir kjørt av faste sjåførere som deltar i sykebesøket som leges medhjelpere. Denne tjenesten er konkurranseutsatt. Finansiering er ved kommunale midler.
- Pasientene er altoverveiende eldre, jfr figuren nedenfor.



Figur 4. Aldersfordeling, sykebesøk 2007.

#### 4.3.2 Pasientvolum

Allmennlegetjenesten ble sist betydelig endret i juni 2001, da man gjennomførte en legevaktsreform samtidig med fastlegereformen. Da ble sykebesøk halvert, og man etablerte tre kveldsåpne legevaktbaser. Når man ser på historiske tall kan 2001 betraktes som et "gjennomsnittså" mellom gammel og ny ordning.

Samlet pasientvolum i allmennlegetjenesten har økt med 35% i perioden fra 1995 til 2007, og i 2007 var konsultasjonstallet 136.000 konsultasjoner, hvorav 80.000 i Storgaten 40, 38.000 på basene og 18.000 sykebesøk. Ca 90% av pasientene ferdigbehandles, ca 3,5 % innlegges i observasjonsposten og ca 10 % henvises videre til sykehus. Vi vet ikke hvor mange av henvisningene som ender med innleggelse og hvor mange sykehuset avklarar poliklinisk.

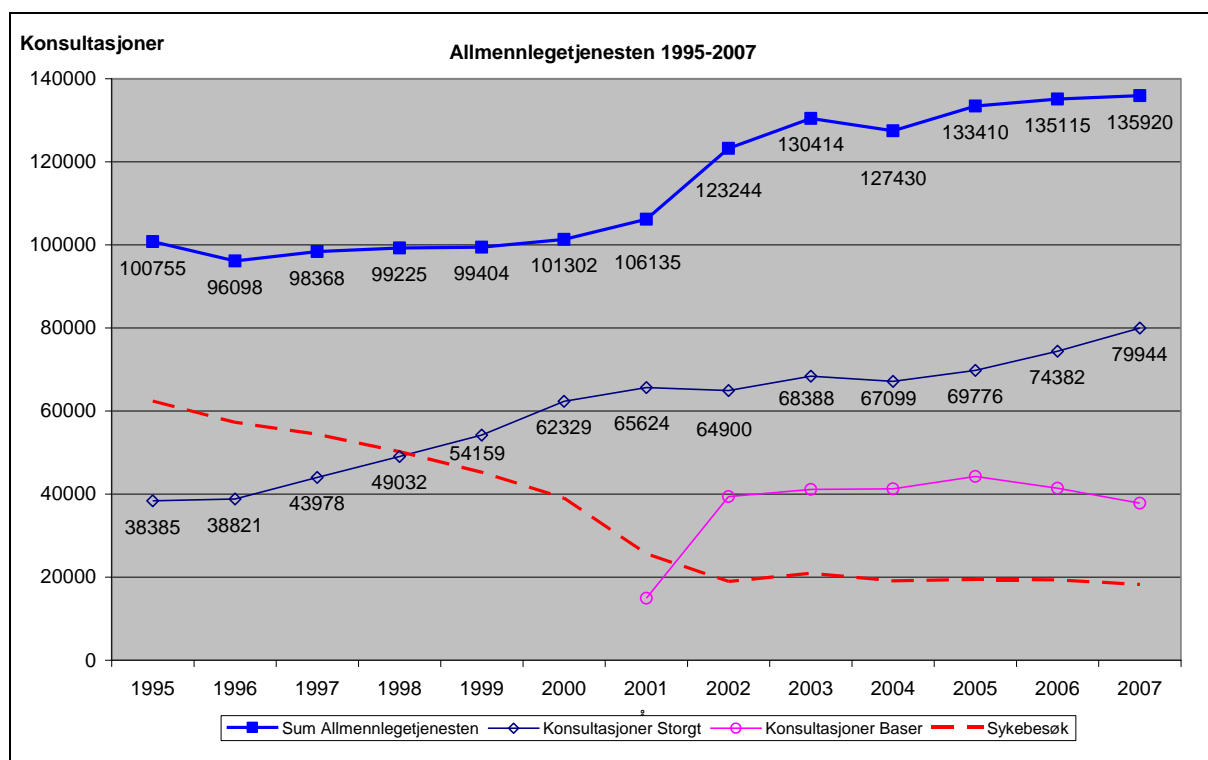
Antallet sykebesøk har blitt redusert fra over 60.000 til under 20.000 per år. spesielt i 2001 da man opprettet tre legevaktbaser. Året 2001 kan sies å utgjøre et "gjennomsnitt" mellom gammel ordning og ny ordning. Siden 2002 har antallet sykebesøk vært relativt stabilt omkring 18-20.000 per år.



Ved allmennpoliklinikken har konsultasjonstallet mer enn doblet seg siden 1995, fra 38.000 til 79.000. De siste 5 årene har den prosentvise økningen vært gjennomsnittlig 4,3%.

Økningen skyldes flere faktorer:

- Redusert antall sykebesøk
- Befolkningsvekst i Oslo (ca 1% økning per år).
- Lavere terskel for å søke lege
- Vi tror en av årsakene til økningen er at pasienter i økende grad foretrekker tjenester som er åpne etter arbeidstid.
- De siste par år har vi sett en forskyvning av konsultasjoner fra basene til legevakten.



**Figur 5. Konsultasjonstall i allmennlegetjenestene før og etter legevaktreformen 2001. Antallet sykebesøk er kraftig redusert, og antallet konsultasjoner i Storgaten 40 kraftig økt.**

#### 4.3.3 Undervisning, forskning og spesialistutdannelse

- Poliklinikken egner seg meget godt som utdanningssted for nyutdannede leger, og har utdanningsopplegg som fyller EU-kravene til veiledet tjeneste.
- Enkelte legestudenter har utplassering på Legevakten som del av undervisningen i allmennmedisin.
- Allmennlegetjenesten har etablert en ordning med at legestudenter jobber først som hjelpepersonell og senere som leger med midlertidig lisens.
- Allmennpoliklinikken har et stort pasientgrunnlag og deltar i en rekke forskningsprosjekter. P.t. foregår det prosjekter vedrørende akutte forgiftninger og selvskading.
- Tjenesten godkjennes med inntil 2 år til spesialiteten i allmennmedisin.

#### 4.3.4 Fastlegers deltakelse i legevakt

De fast ansatte legene i Storgaten 40 utfører omkring 2/3 av pasientarbeidet. Resten utføres av privatpraktiserende leger, og de 450 fastlegene er grunnstammen i denne delen av tjenesten. I kontortiden behandler disse en stor mengde ø-hjelpspasienter, men det finnes ikke tall på

dette. Fastleger reiser i noen grad i sykebesøk til egne pasienter, men dette har ikke vært spesielt vanlig i Oslo, særlig ikke i forbindelse med øyeblikkelig hjelp da det har vært vanlig å henvise til legevaktlege.

Dertil kommer fastlegenes deltakelse i legevakt i kommunal regi utenom normalarbeidstid.

- Ca 150 fastleger (1/3) deltar aktivt i legevakttjenesten.
- Ca 200 fastleger har vaktplikt, men gir bort vaktene sine. Vaktplikten innebærer ca 1 vakt per måned, enten på legevaktbasene eller i sykebesøk.
- Ca 100 fastleger har fritak fra legevakttjeneste.

Vakter som settes bort tas enten av andre fastleger eller annen lege som er godkjent som ”kvalifisert vikar”. I øyeblikket har Oslo ca 100 slike ”reserveleger”, og disse tar halvparten av fastlegenes vakter. Legene har varierende bakgrunn: klinisk stilling på sykehus, forskerstilling, allmennpraktiserende lege uten fastlegeavtale og annet.

Legekategori	Antall leger i tjeneste	Andel av vaktene (1. halvår 2007)	Tjenestesteder
Fastleger	150 (av 350 pliktige)	12 %	Baser + sykebesøk
Turnusleger	20 (hvert halvår)	4 %	Baser + sykebesøk
Reserveleger	100	16 %	Baser + sykebesøk
Ansatte leger	50	68 %	Storgt + sykebesøk
Alle	340	100 %	

**Tabell 1. Privatpraktiserende legers deltakelse i legevakt.**

#### **4.3.5 Styrker ved allmennlegetjenesten**

1. Allmennpoliklinikken har velutviklede interne rutiner og kvalitetskontroll.
2. Roterende personell får bred kompetanse.
3. Samlokalisering vurderes for avgjørende for dagens smidige tverrfaglige samarbeid (allmenn – skade – psykiatri – psykososiale tjenester – ambulansetjenesten).
4. Gode pasientforløp for en rekke pasientgrupper (f.eks. nedsatt bevissthet, bryst smerter, nyresten, berusede personer, akuttinnleggelser, utredning av diverse tilstander via observasjonspost og røntgen/laboratorium/poliklinikk/EEG mv).
5. Allmennpoliklinikken fungerer ofte som et sikkerhetsnett for pasienter som av forskjellige grunner ikke har funnet en løsning hos fastlegen (personer uten legetilknytning i Oslo, pasienter som trenger en second opinion og liknende).
6. Sentrumsnær beliggenhet er viktig for å fungere som et sikkerhetsnett, spesielt for ressursvake pasienter.
7. Legevakten har i dag en egen barneseksjon med spesielt tilpassede lokaler for barn under 12 år.
8. Obsposten forhindrer unødige sykehusinnleggelser ved
  - a. diagnostikk (f.eks. uklare tilstander, behov for å utelukke farlig sykdom)
  - b. ferdigbehandling (f.eks. akutte smerter, hodeskader, psykisk belastning)
  - c. oppstart av behandling viser at situasjonen er under kontroll (f.eks. infeksjoner, smertetilstander)
9. Ved legevaktbasene er effektiviteten høy og ventetiden kort.
10. Legevaktsentralens bemanning med lege tilstede og sykepleier som rullerer på allmennpoliklinikken gir svært verdifull kompetanse.
11. Operativt samarbeid med AMK-sentralen fungerer, grunnet bl.a. regelmessige samarbeidsmøter, gode tekniske løsninger og felles historie. Ettersom sentralene er fysisk atskilt kreves det en kontinuerlig innsats for å vedlikeholde og utvikle et godt samarbeid. Samarbeidsmøter mellom sentralene ble nylig utvidet til også å inkludere

ledere fra Allmenn- og Skadepoliklinikkene, slik at man kan anlegge et bredere perspektiv på samarbeidet.

12. Legevaktsentralen har gode fungerende rutiner for samhandling med hjemmetjenesten og trygghetssentralen (Hjelp 24).
13. Sentralisert sykebesøktjeneste med felles journalsystem gir muligheter for kontinuitet hos syke hjemmeboende som ikke ivaretas av fastlegen, og en mulighet til å fange opp gjengangere som trenger økt innsats fra hjelpeapparatet.
14. Sykebesøk er en god service til en del av befolkningen som har begrenset mulighet til å bevege seg (spesielt eldre, psykisk syke og funksjonshemmede).

#### **4.3.6 Svakheter ved allmennlegetjenesten**

1. Allmennpoliklinikken har relativt lav effektivitet og lang ventetid.
2. Tjenesten er i for liten grad meritterende for leger, og man har ingen tilknytning til universitetsmiljøet.
3. Etter sykehusreformen har en rekke fellestjenester blitt delt mellom den kommunale Legevakten og UUS: pleietjenesten, merkantile funksjoner, tekniske funksjoner og nå sist deler av mottaksfunksjonen. Dette medfører økte samlede kostnader grunnet bortfall av stordriftsfordeler.
4. Observasjonspostens beliggenhet i 5. etasje gjør lokalene uegnet for psykiatriske pasienter med uro/utagering/selvmoordsfare.
5. Observasjonsposten har liten mulighet til å utvide virksomheten ved større hendelser/katastrofer/epidemier.
6. Lokalene i Storgaten 40 er trange. Det er ønskelig å kunne skille pasientgruppene i mindre, mer skjermede venteområder nær behandlingsstedet.
7. Legevaktbasene har et svært begrenset tilbud (kun lege og hjelpepersonell, sparsomt med utstyr). Pasienter som trenger mer enn dette henvises til Storgaten eller innlegges.
8. De privatpraktiserende legene har sjelden vakt og får sparsom opplæring. Legene er en heterogen gruppe. Noen tar svært mange vakter, mens andre går flere måneder mellom hver vakt. Det er krevende å etablere standarder og ivareta god kvalitetssikring under disse forhold.
9. Det finnes ingen legevaktbase i vestlige bydeler, og lokalene på Ryen er lite egnede.
10. Legevaktsentralen ønsker styrket samhandling med fastlegene. Legevaktens leger har dårligere forutsetninger for å løse pasientens problem enn fastlegen har.
11. Det bør sendes elektronisk epikrise fra legevakten til pasientenes fastlege, slik at de bedre kan følge opp egne pasienter. Dette gjøres i dag ved at pasienten får med seg en papirutskrift.
12. Legevaktsentralen ønsker styrket samarbeid med og oversikt over de psykiatriske og psykososiale tjenester i Oslo. Bedre koordinering kan gi bedre ressursutnyttelse.
13. Legevaktsentralens lokaler og utstyr tillater i liten grad oppskalering i en beredskapssituasjon (5 av 6 plasser er i daglig drift).
14. Sykebesøk til sykehjem er ofte lite hensiktsmessige, fordi vakthavende lege har liten kunnskap om pasienten og om sykehjemmet. Dette medfører mange innleggelses som under andre forhold kunne vært unngått. Dette henger trolig sammen med bemanningsforhold på mange sykehjem.
15. Det er ønskelig å etablere en mulighet til å kople seg til Legevaktens journalsystem fra mobile enheter. Dermed vil man kunne lese tidligere opplysninger, og man vil rekke flere besøk ved å føre journalen umiddelbart i stedet for å bruke papir først.

## 4.4 Skadepoliklinikk

### 4.4.1 Skadepoliklinikkens innhold

Skadepoliklinikken utfører tjenester for alle Oslo-sykehusene, og representerer således en funksjonsdelt tjeneste. Tilstandene som behandles kan deles i følgende hovedgrupper:

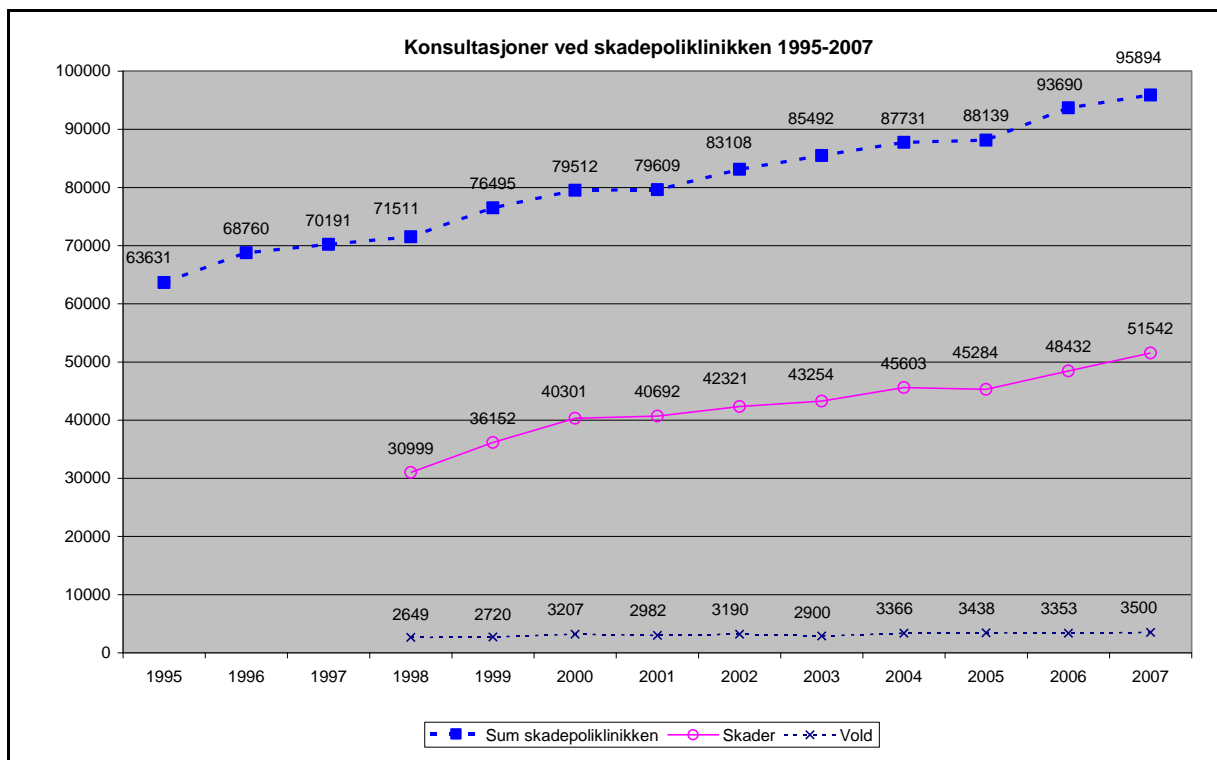
- Akutte skader. Poliklinikken ferdigbehandler de fleste pasienter som kan behandles konservativt, og utfører ca 1 500 operasjoner på egen operasjonsstue (hovedsakelig håndskader og sene-/nerveskader)
- Tilstander som trenger ”småkirurgi” (abscesser, inngrodd tånegl mv)
- Smertetilstander i ekstremiteter (akutt smertelindring, utredning for å utelukke alvorlig sykdom, second opinion)
- Hudsykdommer som krever smitteverntiltak (væskende sår mv)

En stor andel av pasientene følges opp med kontroller inntil ferdigbehandlet. Ca 75% av konsultasjonene er førstegangshenvendelser, og ca 25% er avtalte kontroller.

### 4.4.2 Pasientvolum

I 2007 var samlet konsultasjonstall 96 000.

- 52 000 skader, hvorav
  - 12 000 brudd/luksasjoner
  - 14 000 sårskader
  - 3 500 er registrert som voldsskader
  - 1 500 operasjoner (egen operasjonsstue)
- 6 700 infeksjonstilstander
- 12 000 andre tilstander
- 25 000 kontroller



Figur 6. Konsultasjonstall ved skadepoliklinikken.

Antall konsultasjoner har økt med ca. 50 % i tidsrommet 1995-2007. De siste 5 årene har den prosentvise økning i gjennomsnitt vært 2,9 %. En sammenligning av diagnoselister fra 1998 og 2007 kan tyde på at antall alvorlige skader er omtrent likt, økningen skyldes i hovedsak mindre skader og sykdomstilfeller. Det kan tyde på at pasientøkningen år for år skyldes at pasientene har en lavere terskel for å oppsøke Legevakten. Dette kan forklares ved et bedret tilbud med kortere ventetid og bedre lokaler/økt faglig standard. Undersøkelser fra annet hold underbygger denne vurderingen, antall skader i Norge har neppe økt betydelig de siste 10-20 år. Antall innbyggere i Oslo har økt i dette tidsrommet og med det antall skader, men vi tror denne økningen kompenseres med det økte antall pasienter som oppsøker de private legevaktstilbud i Oslo.

I 2007 ble 5700 pasienter henvist til sykehus (8 % av førstegangshenvendelsene). Dertil kommer 184 henvisninger til Øre-nese-halspoliklinikken på Rikshospitalet (hovedsaklig brudd i nesebenet).

#### **4.4.3 Undervisning, forskning og spesialistutdannelse**

- Legestudentene i Oslo har to ukers undervisning på skadepoliklinikken (4. og 11. semester). Det var til 1996 et professorat tilknyttet avdelingen. Sykepleierstudenter får også undervisning på skadepoliklinikken.
- Turnusleger tjenestegjør i 3 måneder som del av sin kirurgiske tjeneste ved UUS. I 2007 ble UUS rangert som 3. beste turnussykehus i Norge, og som best av de store sykehusene
- Stort pasientvolum og tilknytningen til universitetssykehusmiljøet gjør avdelingen spesielt velegnet til gjennomføring av studier. Forskningsaktiviteten har de siste årene vært økende. Leger ved avdelingen er dels forfatter/medforfatter på studiene, dels er avdelingen involvert ved å rekruttere pasienter. Per dags dato pågår det studier vedr operativ behandling av radiusfrakturer, scaphoidfrakturer (behandling, diagnostikk og epidemiologi), skulderluksasjoner (behandling og epidemiologi), komplekse overarmsbrudd, opptrening etter korsbåndskade og bentetthetsmålinger ved lavenergibrudd. Avdelingen har siden 1998 systematisk registrert alle skader med felles minimum datasett (FMDS). Alle voldsskader og villete egenskader registreres i tillegg med eget spørreskjema som sikrer verdifulle data
- Legene opererer et stort antall håndskader og har i løpet av få år opparbeidet betydelig kompetanse
- Legetjenesten ved Skadelegevakten teller inntil seks måneder til hovedutdannelse ortopedi, men først når legene trer opp i et overordnet vaktskikt (kalt supervisornivå). Tjenesten teller som et års sykehustjeneste til spesialiteten i allmennmedisin. Det teller videre som et års generell kirurgi til spesialitetene fysikalsk medisin og ortopedi.

#### **4.4.4 Styrker ved skadepoliklinikken**

1. Stort volum gir god kvalitet og god ressursutnyttelse av personell
2. Gode pasientforløp der mange pasienter sluttbehandles utenfor sykehus gir kostnadseffektiv behandling. Dette gjelder de fleste bruddskader (operasjonstrengende brudd som ikke er i hånd/fot legges inn) og mange sårskader og hudinfeksjoner.
3. Nært samarbeid med spesialister på UUS sikrer felles behandlingsrutiner og god kvalitet (ortopedi, traumeteam, radiologi, plastikk-kirurgi, infeksjonsmedisin, fysikalsk medisin og psykiatri).
4. Effektiv pasientsløyfe for operativ behandling av håndskader og enkelte fotskader. Pasientene settes opp til poliklinisk time innen 1-3 dager og opereres uten ytterligere

konsultasjoner. Legene vurderer et stort antall håndskader i samarbeid med håndkirurg, som også bistår ved avanserte inngrep. Dette gir kompetanseoverføring og høy kvalitet i førstelinjen.

5. Samlokalisering mellom legevaktens kontroller og ortopedisk poliklinikk for arthroskopi, hånd og fot gir kompetanseoverføring og samdriftsfordeler.
6. I 2007 ble 90% av pasientene tatt inn til lege innen en time. Kort ventetid er nødvendig for å avdekke alvorlig skade i tide og for pasienttilfredshet.
7. Felles røntgen- og journalsystem med UUS gir god samhandling ved konferering og innleggelser
8. God legerekuttering. De siste årene har avdelingen sett at legene har en tendens til å bli i flere år. 5 av 10 overleger har vært ansatt i mer enn 5 år (gjennomsnitt er 4,5 år).
9. Viktig utdanningsinstitusjon for nyutdannende leger, turnusleger og medisinstudenter
10. Få klagesaker. Totalt har avdelingen mottatt 27 skriftlige klager (alle typer klager, inkludert uenighet om betaling) per år de siste 10 årene. Av disse er i gjennomsnitt 11 saker per år kommet via Norsk Pasienterstatning (NPE). Kun 0-1 pasient per år har fått medhold i sin klage. Klagetallet har vært tilnærmet stabilt i disse årene til tross for en betydelig økning i pasientvolum.

#### **4.4.5 Svakheter ved skadepoliklinikken**

1. Skadepoliklinikken har i 2007 vært truet av nedleggelse. Liknende har også skjedd tidligere. Tjenesten bør sikres ved bedre overordnet forankring og langsiktig planlegging.
2. Tjenesten er i for liten grad meritterende for leger.
3. For lang vei til sykehus i de sjeldne tilfeller når minuttene teller (for eksempel ved knivstikk/skuddskade).
4. Ikke tilstrekkelig telefonkapasitet for å besvare det store antallet henvendelser fra publikum, pasienter under behandling og kolleger som ønsker faglig råd. Planlagt ny telefontjeneste når nytt datasystem med elektronisk timebok er innført. Legevaktssentralen kan ikke besvare henvendelser som gjelder skadepoliklinikken, og vil fra april 2008 heller ikke ha tilgang til skadepoliklinikkens journalsystem.
5. Tungvint pasientsløyfe ved behov for laboratorietjenester utover hurtigtester. Spesielt ved behov for å ta D-dimer v/avklaring av dyp venetrombose må pasientene innlegges på obsposten i 2-6 timer i påvente av prøvesvar. Tidsødende for pasienten og dyrt for samfunnet.
6. Ingen muligheter for utvidelse av dagens lokaler som spesielt på akuttsiden er for små til å ta unna det økende volum pasienter. Det er behov for større og bedre smittestuer for screening av MRSA og behandling av infeksjonspasienter.
7. Det mangler skriftlige formelle avtaler med Sosial vaktjeneste vedrørende oppfølging av personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Samarbeidet omkring denne pasientgruppen bør videreutvikles i tråd med nye myndighetskrav.

## 4.5 Psykososiale tjenester

### 4.5.1 Sosial Vakttjeneste (SV)

Sosial Vakttjeneste er en døgnåpen sosialtjeneste bemannet med sosionomer. Tjenesten har tre kjerneområder:

1. Psykososial akutthjelp ved livskriser og traumatiske hendelser. Voldtekter og vold i nære relasjoner utgjør en betydelig del av arbeidet.
2. Ytelse av akutt hjelp etter Lov om sosiale tjenester, for eksempel penger til livsopphold og overnatting. Fra 2008 skal Sosial Vakttjeneste også vurdere behovet til alle som ønsker akutt overnattingsplass hos Rusmiddeletaten etter at sosialkontoret i bydelene har stengt.
3. Beredskapsansvar. Sosial vakttjeneste leder og koordinerer det psykososiale tilbudet ved pårørendesenter og berørtesenter som opprettes av politiet ved større ulykker og katastrofer i Oslo. Tett samarbeid med politiet, Barnevernvakten, Psykiatrisk Legevakt og prestetjenesten i Den Norske Kirke.

Konsultasjonstallet ved Sosial vakttjeneste har de senere år ligget ganske stabilt omkring 13.000 per år. Tjenesten besvarer mange telefonhenvendelser, inkludert Støttetelefonen for barnehjemsbarn (grønn linje). SV samarbeider ofte med Psykiatrisk Legevakt, som ikke tar imot telefoner fra publikum men er faglig ressurs for SV (og annet helsepersonell) i konkrete situasjoner.

### 4.5.2 Voldtekstmottak

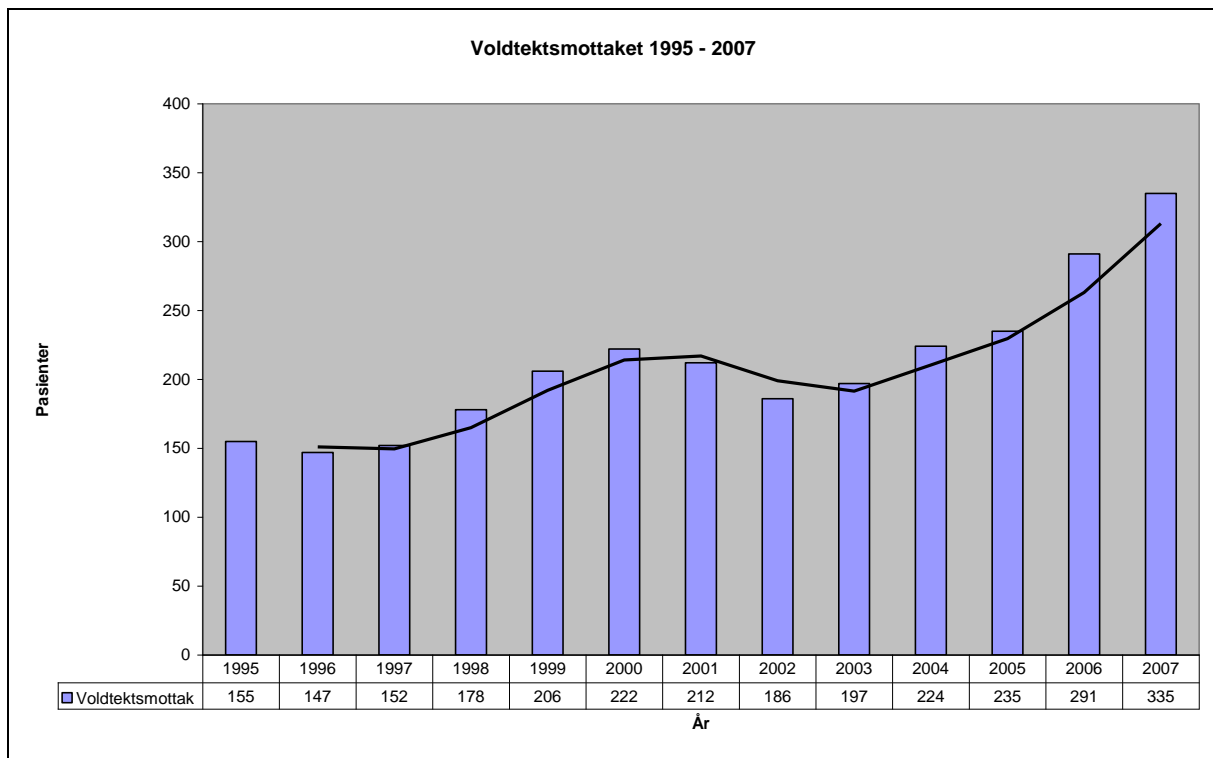
Tilbudet til overgrepsofsatte inkluderer

- Akutt kriseintervensjon og psykososial oppfølging (inntil 8 samtaler) (sosionom)
- Medisinsk undersøkelse og behandling (lege)
- Rettsmedisinsk undersøkelse og erklæring, vitnemål i retten mv. (lege)
- Evt. opphold på observasjonsposten

Vakthavende personell på allmennpoliklinikken og Sosial vakttjeneste håndterer akutthenvendelsen. Ofte samarbeides det også med skadepoliklinikken og psykiatrisk legevakt. Dertil kommer det særskilt bemanning som følger:

- ca 4 årsverk overlege (hvorav ett er prosjektstilling)
- 0,5 årsverk sykepleier
- 1,5 årsverk sosionom (hvorav ett er prosjektstilling)

De siste 5 årene har antall henvendelser økt med omkring 70% (se figur 7). I snitt medgår det ca. 25-30 arbeidstimer per pasient. Voldtekstmottaket har blitt styrket for å kunne håndtere den økte pasienttilstrømmingen. Mottaket har mottatt prosjektmidler for å kunne bidra til fagutvikling og undervisning i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin.



**Figur 7. Antallet konsultasjoner ved voldtekstmottaket er sterkt økende.**

### **4.5.3 Akutteamet**

Akutteamet er en ambulant tjeneste med sykepleiere og sosionomer som tilbyr akutt pleie og omsorg og medisinsk, psykososial og psykiatrisk hjelp til pasienter utenfor Legevaktens lokaler. Teamet benyttes ofte som ledsagere ved innleggelse i psykiatrisk avdeling. Teamet kan også avlaste bydelene med enkeltoppdrag mot betaling. Teamet representerer en utvidelse av det tilbud man tidligere hadde gjennom Nødhjelpsteamet.

- Antall pasientkontakter har vært sterkt økende, til 9000 i 2007.
- Omkring 2/3 av pasientkontaktene skyldes psykiske eller psykososiale behov, mens 1/3 utløses av somatiske problemer.
- Ca 75 % av kontaktene utføres per telefon, og 25 % ved utrykning.
- Teamet finansieres delvis ved kommunale midler og delvis gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse.

### **4.5.4 Styrker ved de psykososiale tjenester**

1. Fysisk nærhet mellom psykososiale tjenester og legetjenester er en suksessfaktor som fremheves fra alle tjenestene
2. Tilgjengelighet til Sosial vaktjeneste tillater at legene kan frigjøres til medisinske oppgaver
3. Sosial vaktjeneste har gode samhandlingsrutiner ift politiet og prestetjenesten
4. Voldtekstmottaket har betydelig erfaringskunnskap og godt innarbeidede rutiner, og deltar i kompetansebygging på landsbasis
5. Akutteamets fleksibilitet ift oppdragstype bidrar til at man kan løse en mengde sammensatte og vanskelige henvendelser på et lavt nivå, fungerer som en veiviser inn i hjelpeapparatet og avlaste de spesialiserte akuttjenestene.
6. Akutteamet fungerer som et forbindelsesledd mellom akuttjenestene og hjemmetjenesten i bydelene.
7. Akutteamet rekrutterer erfarent personell.



#### **4.5.5 Svakheter ved de psykososiale tjenester**

1. Tjenestene opplever at samarbeide og grenseoppganger i forhold til byen DPS bør forbedres.
2. Sosial vaktjeneste har lav bemanning i forhold til oppgavene, spesielt i forhold til å utvide i beredskapssituasjoner. Dette skyldes delvis en økning i antallet voldtektssaker og delvis tilførselen av nye oppgaver ift akutt overnattingsplasser.
3. Lokalene i Storgaten 40 vanskeliggjør skjerming av utsatte grupper. I en del tilfeller er det uheldig at pasienter og sosialklienter deler lokaler.
4. Voldtekstmottaket er ikke dimensjonert for å imøtekomme myndighetenes føringer om at personer utsatt for vold i nære relasjoner skal behandles på overgrepsmottak.
5. Voldtekstmottaket ønsker bedre lokaler. Mottaket er spredt på forskjellige steder i bygningene, og det er begrenset antall undersøkelsesrom.
6. Akutteamet har en tendens til å bli brukt som en ekstraressurs av enkelte pasienter som har store behov og ikke lar seg tilbakeføre til tjenester i bydelen.
7. Akutteamet opplever mangelfullt samarbeid og koordinering med ambulante team på DPS.
8. Det mangler formelle avtaler med skadepoliklinikken vedrørende oppfølging av personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Samarbeidet omkring denne pasientgruppen bør videreutvikles i tråd med nye myndighetskrav.

#### **4.6 Tjenester til rusmiddelavhengige**

Rusomsorgen består av et stort antall tjenester som er varierende organisert. Det er i seg selv en utfordring å holde oversikt over tilbudene. I denne rapporten har gruppen fokusert på akutttilbudene, og ikke forsøkt å gi noen totaloversikt over rusomsorgen.

##### **4.6.1 Relevante kommunale rustiltak**

Ved Legevakten finnes det en observasjonsstue for personer med redusert bevissthet som antas å skyldes rus. Disse pasientene behandles som akuttpasienter og monitoreres nøye for å avdekke alvorlig forgiftning eller sykdom. Dersom tilstanden er uavklart etter 4 timer blir pasienten innlagt i sykehus. Dersom tilstanden er avklart blir pasientene utskrevet eller overført til observasjonsposten.

Ut over dette foreligger det ikke noe spesialtilbud til rusmiddelavhengige. Denne gruppen får det samme tverrfaglige tilbudet på legevakten som andre pasienter. Ruspasientene fordeles til tjenestene avhengig av problemstillingen. Akutt skade, akutt sykdom, abscesser og andre hudlidelser, sosiale kriser og psykiske lidelser er problemer som ikke skiller seg fra andre å pasienter. Dertil kommer vurderinger i forhold til overdoser, bivirkninger og behov for avgiftning.

Relevante kommunale rustiltak utenfor legevakten er

- *Akutt overnattingsbehov* ivaretas ved at klientene på dagtid oppsøker sitt sosialkontor- På kveldstid gjøres vurderingen av Sosial Vaktjeneste (ny ordning i 2008).
- *Feltiltakene* er et lavterskeltilbud til rusmisbrukere og tilbyr enkel behandling, tilbud om vaksine, testing for smittsomme sykdommer og formidler kontakt til øvrig tjenesteapparat. Tiltakene er sykepleierbemannet med legetilsyn til faste tider. Tiltakene finnes på 8 bo- og omsorgstilbud og er organisert sammen med et ambulant smitteverntilbud (tidligere AIDS-infobussen).

- *Gatehospitalet* er et døgntilbud med 8-10 senger til rusmisbrukere som er alvorlig syke men ikke trenger innleggelse i sykehus. Pasientene må henvises fra lege eller annen behandlingsansvarlig.
- *Rusmiddeletatens Seksjon Oppsøkende* er en ambulant tjeneste som gir rusmisbrukere veiledning og hjelper dem inn i behandlingsapparatet.

Arbeidsgruppen mener at de resterende kommunale og private rusmisbrukertilbud i denne sammenhengen har liten relevans for akuttjenestene, de er derfor ikke omtalt i rapporten.

#### **4.6.2 Akuttavgiftning**

Før sykehus- og rusreformene var avgiftning en kommunal oppgave. Allmennlegevakten har i perioder hatt tilsynslegefunksjon på flere av avrusningsstasjonene. Ansvar for akutt avgiftning ligger nå hos det regionale helseforetaket, og er samlet under Aker Universitetssykehus HF (AUS). AUS har organisert avgiftningstilbudet i 2 avdelinger ved Klinikk rus og avhengighet:

- Avdeling avgiftning og behandling alkohol: Enheten Storgata og Enheten Montebello, til sammen 37 sengeplasser.
- Avdeling avgiftning narkotika: Tre enheter med til sammen 28 sengeplasser. Avdelingen har i tillegg et ambulant team som følger opp unge pasienter.

#### **4.6.3 Styrker ved tjenester til rusmiddelavhengige**

1. Gruppens inntrykk er at det kommunale tilbud fungerer tilfredsstillende i forhold til å håndtere akutte situasjoner innen rusomsorgen.
2. Overføringen av avgiftning til spesialisthelsetjenesten kan medføre en faglig styrking av tilbudet, men dette potensialet synes ikke å være fullt utnyttet foreløpig.

#### **4.6.4 Svakheter ved tjenester til rusmiddelavhengige**

1. Rusomsorgen kan virke fragmentert og vanskelig å finne frem i.
2. Det er uenighet innenfor fagmiljøene om definisjonen av akuttfunksjoner innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Akutt-tilbudene har hatt varierende regler og prosedyrer for inntak, og behandlingstilbudet har variert. Det er ønskelig med en standardisering som gjør det enklere å finne frem i behandlingsapparatet.
4. Ordningen med å vurdere søknader om akutt botilbud på Legevakten medfører et behov for ressurstilførsel hos Sosial vaktjeneste. Det er også et dilemma at denne klientgruppen benytter samme venterom som akutt syke personer.
5. Det er et stort behov for flere akutte avrusningsplasser, spesielt gjelder dette for ulovlige rusmidler. Mange pasienter blir i dag avvist, og en del ender med innleggelse i akuttpsykiatrisk eller somatisk avdeling selv om det ikke er faglige grunner til dette. Flere instanser opplever at det har blitt vanskeligere å få plass til akutt avrusning de siste årene, da det har blitt ventetid som kan variere, og være opptil et par uker.
6. Det er ikke kjent for gruppen hvordan tjenestene til rusmiddelavhengige oppfattes fra pasienter og andre samarbeidspartnere.

## 4.7 Psykiaritjenester

### 4.7.1 Psykiatrisk Legevakt (PL)

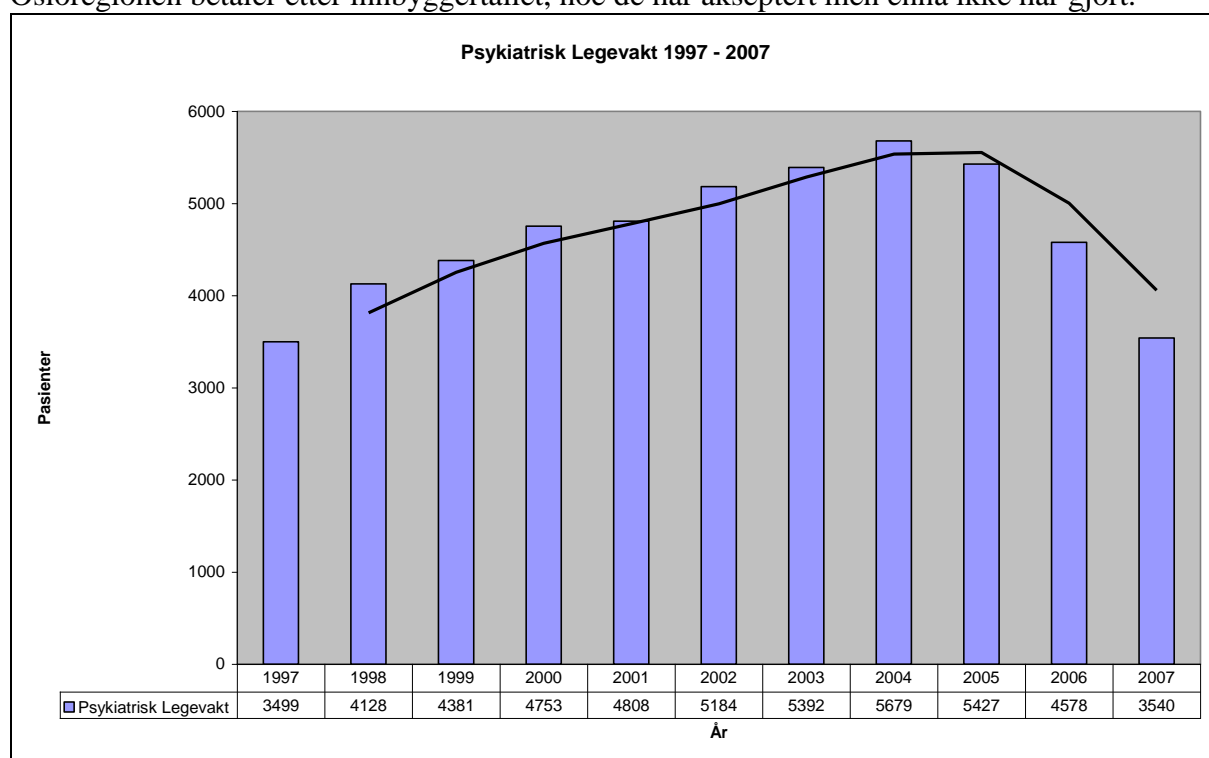
Psykiatrisk legevakt er organisert som en enhet under Avdeling for akuttpsykiatri i Psykiatrisk divisjon UUS, og er en integrert del av legevakten i Oslo med felles mottak og journalsystem som de kommunale tjenestene. Åpningstiden er 16-23 på hverdager, 12-23 i helger og på høytidsdager (julaften 12-16 og nyttårsaften 12-18).

Psykiatrisk legevakt skal gi god poliklinisk akuttpsykiatrisk service til Oslos befolkning, og er en del av førstelinjetilbudet uten henvisningsplikt. Tjenestens spesialkompetanse er

- Vurdering og behandling av akuttpsykiatriske tilstander
- Selvmordsvurderinger
- Innleggelsesvurderinger

Bemanningen er psykiatere, psykologer og spesialsykepleiere. Alle har dette som en ekstrajobb og lønnes som ekstravakter ved UUS. Tjenesten utgjør 5 årsverk, hvorav en sekretær i halv stilling og en seksjonsoverlege som leder tjenesten i 20 %. Konsultasjonstallet har vært synkende de siste årene (se figur 8).

Budsjettet ved Psykiatrisk legevakt er kun 5,9 mill. Tidligere dekket NAV refusjoner for konsultasjonene, men dette opphørte da PL ble en del av spesialisthelsetjenesten og man fikk da et inntektstap på ca 2 millioner. Finansieringen skal baseres på at de 5 helseforetakene i Osloregionen betaler etter innbyggertallet, noe de har akseptert men ennå ikke har gjort.



*Figur 8. Konsultasjonstallet ved psykiatrisk legevakt har vært synkende de siste årene.*

### 4.7.2 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Distriktpsikiatriske sentre er ikke strengt tatt en del av legevakttilbudet i Oslo.

Arbeidsgruppen finner det likevel hensiktsmessig å beskrive hvordan tjenestene ved DPS kan oppleves fra legevaktens synsvinkel. På dagtid har de forskjellige DPS ansvaret for å utføre

øyeblikkelig hjelp-vurderinger. Erfaringsmessig er det ikke alltid enkelt å få gjort en avtale om slik vurdering, blant annet fordi vakthavende ikke alltid er tilgjengelig på telefon. De forskjellige DPS i Oslo har etablert ambulante team, men disse har ikke sammenfallende tilbud i de forskjellige sektorene. De ambulante teamene har som regel ikke lege-/innleggelseskompetanse utenfor vanlig kontortid.

#### **4.7.3 Allmennlegetjenestens rolle i psykiatrien**

- På dagtid henvises psykiatriske pasienter primært til sitt DPS, men kapasiteten ved DPS er ikke alltid tilstrekkelig. En del pasienter behandles derfor på allmennpoliklinikken.
- På kveldstid og i helgene behandles pasientene primært på Psykiatrisk legevakt.
- Om natten behandles pasientene primært på allmennpoliklinikken.
- Hele døgnet trenger en del pasienter undersøkelse i hjemmet, fordi de ikke klarer å oppsøke DPS/legevakt. Dette behovet ivaretas fra Legevaktens side av allmennlegetjenesten i samarbeid med akutteamet. Det er ikke kjent for gruppen hvor mange pasienter som får sykebesøk fra sin fastlege eller fra ambulant team ved sitt DPS.

#### **4.7.4 Styrker ved psykiatritjenestene**

1. Samhandlingen med de andre tjenestene i Storgaten 40 er god. Samlokalisering med somatisk legevakt er gunstig av faglige grunner, fordi innbyggerne i Oslo kun har ett sted å henvende seg, og for å avlaste allmennlegetjenesten. Mange pasienter har behov for både psykiatrisk og somatisk hjelp.
2. Psykiatrisk legevakt er et kostnadseffektivt filter med spesialister som vurderer indikasjon for døgnbehandling. Man satser på høy kvalitet i første ledd, det bør videreføres. Man har en målsetning om at 75% av de ansatte skal være spesialister, og det målet greier man stort sett å holde.
3. Sammensetningen av psykiatrisk legevakt med en relativt liten gruppe vakthavende med spesiell interesse og kompetanse innenfor akuttvurderinger er en styrke i tjenesten. En ordning der alle psykiatere (og eventuelt psykologspesialister) på DPS pålegges å gå vakter på Psykiatrisk legevakt ville derfor kunne forringe tjenestens kvalitet.
4. Psykiatrisk legevakt har god tilgjengelighet: Ingen henvisningsplikt og kort ventetid (under en time). Behandlingskapasiteten i åpningstiden er tilstrekkelig i forhold til de oppgaver tjenesten har i dag, og antallet konsultasjoner er synkende.
5. Psykiatrisk legevakt har de senere år lyktes med å redusere bruken av tvang betydelig, og denne tendensen forventes å fortsette.
6. Psykiatrisk legevakt scoret meget bra i en undersøkelse blant samarbeidspartnere i 2005, og vant "Det nytter"-prisen i 2007. Ledelsen mener at tjenesten er av god kvalitet.

#### **4.7.5 Svakheter ved psykiatritjenestene**

1. Samhandlingen mellom Legevakten og andre psykiatritjenester er mangelfull og uforpliktende. Dette gjelder både akuttavdelingene og DPS, spesielt de ambulante teamene. Psykiatrisk legevakt har årlige samarbeidsmøter med alle ambulante team i Oslo, politiet, sentralarresten, Mental helses hjelpetelefon, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri og sykehusenes akuttavdelinger.
2. Dersom man skal oppnå en ytterligere reduksjon i uhensiktsmessige innleggelser kreves det enda større fokus på indikasjon for døgnbehandling og på alternativene til

døgnbehandling. Døgnbehandling koster mye mer enn poliklinikk og er ikke alltid det beste behandlingsalternativet for pasientene. For å nå dette målet må personale motiveres og samarbeide slik at de kan benytte hverandres ressurser hensiktsmessig.

3. Psykiatrisk legevakt har hatt rekrutteringsproblemer siden 2004. Det er mangel på psykiatere i Oslo og psykiatere får mange gode tilbud om arbeid og ekstraarbeid. Forhåpentligvis vil dette problemet reduseres etter hvert som antallet psykiatere øker i tråd med intensjonen i Opptappingsplanen for psykisk helse.

## 4.8 Røntgentjenester

Røntgenavdelingen på UUS utfører døgnkontinuerlig røntgenundersøkelser for alle tjenestene i Storgaten 40, i 2007 ble 37.000 pasienter undersøkt. I 2008 ble det etablert CT, og man anslår at det vil bli utført omtrent 2500 CT-undersøkelser i løpet av året. Bildene overføres til sykehusets datasystem (RIS/PACS). Konvensjonell røntgen tolkes primært av behandlende lege, og kontrolleres av radiolog i ettertid. I spesielle tilfeller kan radiolog beskrive bildene også akutt.

## 4.9 Laboratorietjenester

Legevakten sender blodprøver til klinisk kjemisk lab på UUS hver 4.time. Prøvene analyseres som ø-hjelp, det vil si at prøvesvar som regel foreligger innen 2-6 timer fra prøvetakingstidspunkt.

## 4.10 Journalsystemer, informasjonsflyt

Det benyttes i dag en rekke journalsystemer på legevakten.

- Cinsoft ble benyttet av alle tjenester inntil sommeren 2006. I skrivende stund benyttes det kun av skadepoliklinikken, som planlegger å gå over til DL-Pasdoc (journalsystemet som benyttes på UUS) i april 2008.
- Profdoc Vision benyttes av allmennlegetjenesten, obsposten, sosial vaktjeneste, akutteamet, psykiatrisk legevakt, sykebesøkslegene og legevaktbasene.
- Felles røntgensystem (RIS/PACS) benyttes av røntgenavdelingen, skadepoliklinikken, allmennpoliklinikken og obsposten.
- AMIS benyttes av legevaktsentralen og AMK-sentralen/ambulansetjenesten.
- Sokrates benyttes av sosial vaktjeneste (begrenset tilgang).

Sterke sider

1. Overgang til moderne journalsystemer åpner for elektronisk kommunikasjon i helsenettet. Allmennlegevakten er i ferd med å etablere dette.
2. Bruk av AMIS er en styrke i aksene mellom Legevaktsentralen og AMK.
3. Bruk av DL-Pasdoc er en styrke i aksene skadepoliklinikken – UUS.

Svake sider

1. Samarbeidet mellom Skadepoliklinikken og de kommunale tjenestene svekkes av separate journalsystemer.
2. Sosial vaktjeneste har en viss tilgang til bydelenes sosialsystem, men dette har i praksis begrenset verdi slik det fungerer i dag.

## 4.11 Ambulansetjeneste

Ambulansetjenesten drives av UUS/Prehospital divisjon. I tillegg til hovedstasjonen i Storgaten 40 er det nå etablert ambulansestasjoner på UUS, Smestad, Brobekk og Prinsdal. Antallet ambulanser i Storgaten har blitt redusert betydelig. Det foreligger ikke planer om å redusere antallet ytterligere, ettersom en stor andel av utrykningene går til sentrumsnære områder.

Transport av psykiatriske pasienter, er ofte vanskelig å få gjennomført innen rimelig tid, spesielt ved tvangsinnleggelse og når lege finner pasienten ustabil eller truende overfor seg selv eller andre. I dag benyttes som hovedregel drosje med følge av legevaktens personell. Når dette vurderes som lite egnet må man velge mellom ambulanse og polititransport. Begge disse instanser vil ofte ikke kunne løse oppdraget innen rimelig tid. Det oppstår også regelmessig diskusjoner omkring hvor stor risiko som foreligger, om det er nødvendig å benytte polititransport, og om pasienten kan transporteres i en vanlig ambulanse eller om det må benyttes en ambulanse uten akuttmedisinsk utstyr. Pasienter, pårørende og deres organisasjoner har også klaget på dagens ordning. Særlig påpekes det at mange opplever det som en ekstrabelastning å bli innlagt i politibil. Temaet har blitt diskutert mellom legevakten, UUS og politiet over tid, men man har ikke lyktes med å finne entydige og gode løsninger. Gruppen vil bemerke at man i Bergen har etablert en egen ambulanse til bruk ved innleggelser i psykiatrisk avdeling, og et godt samarbeid med politiet omkring disse transportene.

Etter sommeren 2007 har antallet pasienter som innbringes til legevakten med ambulanse økt kraftig (til allmennpoliklinikken er økningen ca 25% eller ca 125 pasienter per mnd). Økningen skyldes i hovedsak at ambulansetjenesten i større grad enn tidligere bringer pasienter til lege i stedet for at ambulanspersonellet selvstendig avslutter oppdraget på hentestedet. Dette er en ønsket utvikling fra Prehospital Divisjon på UUS, og representerer en kvalitetsheving. Tendensen forventes å fortsette.

### Sterke sider ved ambulansetjenesten

1. Samlokalisering mellom ambulanse og legevakt hindrer unødig kjøring, styrker gjensidig samhold og kjennskap, og representerer en styrking av den akuttmedisinske beredskapen i Storgaten 40 ved at legevakt- og ambulanspersonell kan håndtere akutsituasjoner sammen.

### Svake sider ved ambulansetjenesten

1. Dårlige trafikk- og parkeringsforhold i Storgaten 40 medfører ofte kø. Ambulansene rykker ut der pasienter og ansatte kjører inn, og hindres ofte av dette.
2. Transport av psykiatriske pasienter er et foreløpig uavklart problemområde.
3. Ambulansetjenesten har ikke mulighet til, på en rask og enkel måte, å komme i kontakt med pasientenes fastlege. Dersom dette var mulig kunne man sannsynligvis på dagtid tilbakeføre en del pasienter direkte til fastlegen i stedet for til legevakt/sykehus.

## 4.12 Annen pasienttransport

Ansvaret for pasienttransport inkludert bruk av drosje ligger hos UUS, Prehospital divisjon. Drosjebestilling har tidligere gått direkte til leverandør, men skal nå gå via et kjørekontor. Ordningen innføres gradvis, ved at man ringer et eget telefonnummer (05515) og rutes videre til den som skal vurdere oppdraget. Samtidig etableres det i disse dager et elektroniske rekvisisjonssystem (Nissy) som skal benyttes av helseforetakene. Etter planen skal Nissy benyttes også av Legevakten.

### 4.13 Private legevakttilbud

Det private legetilbud i Oslo domineres av tre store aktører: Volvat medisinske senter, Osloakutten og Aleris (Røde Kors). Dertil kommer en rekke legesentre som har utvidet åpningstid og behandler mange pasienter med akutt sykdom eller skade. Det har ikke lyktes arbeidsgruppen å innhente pasientvolumene herfra. Volvat, som er en stor aktør innen skadebehandling, ønsker ikke å oppgi pasienttall ved forespørsel. Når det gjelder skadebehandling kan man imidlertid, på bakgrunn av tidligere forespørsler, anslå at ca. 25 % av pasientene i Oslo velger et privat tilbud.

### 4.14 Pasientvolumer og pasientflyt

#### 4.14.1 Konsultasjonstall per døgn (2007)

Tabell 2 viser antallet konsultasjoner per døgn. Tallet er noe høyere på hverdager enn på helgedager, dette skyldes at skadepoliklinikken har mange avtalte kontroller på hverdager.

Barn under 12 år er ikke tatt ut som egen gruppe i tabellen. I gjennomsnitt behandles det omkring 45 barn per døgn ved allmennpoliklinikken, flest i helgene. Ca 5% henvises til barneavdeling. Om natten skrives det i gjennomsnitt bare inn 5 barn. Antallet barn har økt med omkring 40 % fra vinteren 2006 til vinteren 2008. På legevaktbasene behandles i snitt ca 40 barn per døgn, og disse utgjør omkring 40 % av pasientene på basene.

	Lege		Psykososialt		Psykiatri	
	Hverdag	Helg	Hverdag	Helg	Hverdag	Helg
Allmennpoliklinikk	220	220				
Legevaktbaser	75	120				
Sykebesøk	50	50				
<b>Sum allmennlegetjeneste</b>	<b>345</b>	<b>390</b>				
<b>Skadepoliklinikk</b>	<b>300</b>	<b>190</b>				
<b>Sosial vaktjeneste kons+tlf</b>			27+12	27+12		
<b>Akutteam kons+tlf</b>			7+15	7+15		
<b>Psykiatrisk legevakt</b>					10	15
<b>Sum</b>	<b>645</b>	<b>580</b>	<b>34+27</b>	<b>34+27</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
Asker og Bærum	100	150				
Lillestrøm	80					

Tabell 2. Pasientvolum på hverdag og helg.

#### 4.14.2 Bemanningsplaner

Gruppen har ikke gjennomgått tilstrømningskurver gjennom døgnet. Pasientstrømmen gjenspeiles imidlertid av bemanningen i tabellen nedenfor. De fleste tjenestene har størst pågang på kveldstid og i helger. Skadepoliklinikken skiller seg ut fra de andre ved at pasienttallet er høyest i normalarbeidstiden. Om natten reduseres bemanningen alle steder, og psykiater/psykolog er da kun tilgjengelig på sykehusenes akuttavdelinger.

	Leger somatikk			Psykososialt (spl/sosionom)			Psykiatri (lege/psykolog)		
	D	Kv	N	D	Kv	N	D	Kv	N
Allmennpoliklinikk	7 (8)	8	3						
Legevaktbaser	0 (3)	3	0						
Sykebesøk	2 (3*)	3*	2						
Obspost	1,5 (1)	0**	0**						
<b>Sum Allmennlegetjeneste</b>	<b>10,5 (15*)</b>	<b>14 *</b>	<b>5</b>						
<b>Skadepoliklinikk</b>	<b>12 (4,5*)</b>	<b>5,5 (5,5*)</b>	<b>2 (3*)</b>						
Sosial vaktjeneste				2	3	2			
Akutteam				2	3,5	2			
Psykiatrisk legevakt							0 (2)	3	0
<b>Sum</b>	<b>22,5 (19,5*)</b>	<b>18,5 (18,5*)</b>	<b>7 (8*)</b>	<b>4</b>	<b>6,5</b>	<b>4</b>	<b>0 (2)</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
Asker og Bærum	2 (3)*	3 (3)*	2 (2)						
Lillestrøm	0 (2)	3 (2)	1						

**Tabell 3. Antall behandlere på vakt i Oslo og de to nærmeste legevaktene i Akershus. Tall i parentes gjelder helg.**

\* Pluss bakvakt (ikke medregnet).

\*\*Observasjonsposten bemannes på kveld/natt av lege på poliklinikkene.

#### 4.14.3 Antall konsultasjoner per behandler per vakt

Ut fra bemanningsplaner og konsultasjonstall kan man beregne gjennomsnittlig antall konsultasjoner per helsepersonell per vakt. Oversikten er basert på grove oversiktstall, og det er betydelig feilmargin. Pasientgrupper og utførte oppgaver er også varierende, blant annet kan tallene fra Akershus inkludere noen sykebesøk.

Produktiviteten er høyest i legetjenestene. Sett under ett er produktiviteten relativ lik i allmennlegetjenesten (Storgaten og legevaktbasene til sammen), på skadepoliklinikken og på legevaktene i Akershus. Alle stedene havner på mellom 16 og 19 pasienter per lege per vakt. Det er en slående forskjell i produktiviteten på legevaktbasene og på allmennpoliklinikken. Forskjellen antas å skyldes flere faktorer.

- Pasientgruppene er svært forskjellige. På basene er over 40 % barn under 12 år og man ser svært lite rusproblematikk, psykiatri og andre sammensatte problemer. Pasienter som trenger tidkrevende diagnostikk/behandling styres aktivt til allmennpoliklinikken. Flertallet av sykehusinnleggelse går via allmennpoliklinikken.
- På legevaktbasene er lite utstyr tilgjengelig, og lokalene tillater ikke observasjonstid.
- Legene på legevaktbasene betales per pasient, og enkelte har lang klinisk erfaring.
- Legene på allmennpoliklinikken er fastlønnet, og mange har kort klinisk erfaring.

Konsultasjoner per behandler per vakt	
Allmennpoliklinikk	12
Legevaktbaser	26
<b>Sum Allmenlegetjeneste</b>	<b>17</b>
<b>Skadepoliklinikk</b>	<b>16</b>
<b>Sykebesøk</b>	<b>7</b>
<b>Sosial vaktjeneste konsult + tlf</b>	<b>3,9 + 1,7</b>
<b>Akutteam utrykning + tlf</b>	<b>0,9 + 2</b>
<b>Psykiatrisk legevakt</b>	<b>3</b>
Asker og Bærum	16
Lillestrøm	19

**Tabell 4. Konsultasjonstall per behandler (grove anslag).**



På allmennpoliklinikken har legenes pasienttall per vakt endret seg lite de siste ti år. Skadepoliklinikken har hatt en betydelig produksjonsøkning siden 1997. Antall legeårsverk er kun økt med to, mens antall pasienter har økt med 25 000. Dette skyldes økt fokus på produksjon og logistikk, og at gjennomsnittlig ansettelsestid har økt fra ca. 1 år i 1997 til ca. 4,5 år i 2007.

#### 4.14.4 Ventetid

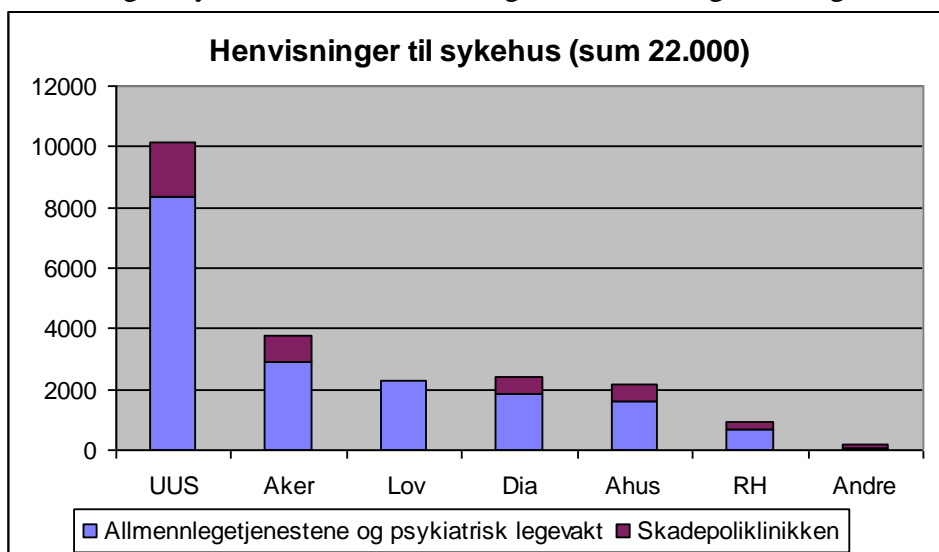
Det er komplisert å sammenlikne ventetider. Enkelte tjenester måler ikke ventetid. Der dette gjøres er tidene ikke direkte sammenliknbare, fordi de registreres forskjellig. På skadepoliklinikken måles ventetid frem til pasienten tildeles et undersøkelsesrom, på allmennpoliklinikken frem til journalen skrives, og ved sykebesøk tiden fra telefonsamtalen frem til pasienten en lege mottar oppdraget. Det legges også forskjellig innhold i begrepene prioriterte og uprioriterte pasienter, ettersom man ikke har et felles og entydig system for triage ved oppmøte på legevakt. Arbeidsgruppen har likevel valgt å presentere tallene, fordi de gir et inntrykk av forholdene.

	Ventetid (minutter)	
	Prioriterte pasienter	Uprioriterte pasienter
Allmennpoliklinikk	56	83
Legevaktbaser		35
<b>Sum Allmenlegetjeneste</b>	<b>56</b>	<b>69</b>
<b>Skadepoliklinikk</b>	<b>&lt;20</b>	<b>&lt;60</b>
<b>Sykebesøk</b>	<b>22</b>	<b>144</b>
Sosial vaktjeneste konsult + tlf		
Akutteam utrykning + tlf		
Psykiatrisk legevakt	46	61
Bærum	41	72
Lillestrøm		

*Tabell 5. Overslag over ventetid. Målemetodene varierer tjenestene imellom, så tallene er ikke direkte sammenliknbare.*

#### 4.14.5 Henvisninger til sykehus (2007)

Samlet har tjenestene 265.000 konsultasjoner. Av disse ender ca 22.000 (8%) med akutt henvisning til sykehus. Disse henvisningene fordeler seg som følger:



**Figur 9.** Bortimot halvparten av alle henvisninger fra legevakten går til UUS. Ca 17% går til Aker, og ca 10% til hver av Diakonhjemmet, Lovisenberg og Ahus. 900 pasienter henvises årlig til Rikshospitalet, 2/3 av disse er til øre-nese-halsavdelingen.

#### 4.15 Finansiering

Legevaktjenestene finansieres gjennom flere kilder: Egenandeler og trygderefusjoner for allmennlegetjenester, DRG-refusjoner for spesialisthelsetjenester, og bevilgninger fra hhv Oslo kommune og Helse Sør-Øst. Tabell 6 gir et forenklet bilde av finansieringen i 2008.

	Utgifter	Egenandeler Refusjoner	Annen finansiering	Årsverk		
				Lege	Helsepers.	Andre
Drift (inkl. adm, sikkerhet, renhold, HR, Økonomi)	74 14*		61 Oslo kommune 13 UUS (SLA-avtale) 14 NAV*	0	0	37
Allmennpoliklinikk og voldtekstmottak	72,5	43	26,5 Oslo kommune 3 Andre	41	71 2,	0
Andre enheter	60,5	3	21,5 HSØ (obsposten) 29 Oslo kommune 5,5 Opptappingsplan	7 +15**	55	3
<b>Sum kommunale tjenester</b>	<b>221</b>	<b>46</b>	<b>118</b> Oslo kommune <b>57</b> Andre	<b>48</b> <b>+15**</b>	<b>126</b>	<b>40</b>
Skadepoliklinikk	72	45	18 UUS 4,5 Helse Sør-Øst*** 4,5 Oslo kommune***	30,5	40	6
Røntgenavdelingen	12	8	4 UUS	1	17	0
Psykiatrisk legevakt	5,9	0	5,9 5 sykehus i Oslo			

**Tabell 6.** Grov økonomisk oversikt i 2008 i millioner kroner, overslag.

\* Sykepengen som blir refundert

\*\* 15 årsverk utføres av privatpraktiserende leger, se nærmere omtale i teksten.

\*\*\* Bidragene fra Oslo kommune og HSØ er en særskilt ordning for 2008.

Allmennlegetjenesten i Storgaten 40 finansieres ved egenandeler og trygderefusjoner med utgangspunkt i Normaltariffen, og ved kommunale midler. Legene er kommunalt ansatt, hovedsaklig i hele stillinger. Legevaktsentralen finansieres i hovedsak ved kommunale midler, ettersom normaltariffen gir sparsomme muligheter for inntekter ved telefonkonsultasjoner.

Legevaktbasene og sykebesøksordningen finansieres ved at kommunen dekker utgiftene til hjelpepersonell, driftsutgifter og legetransport. De privatpraktiserende legene mottar ca 8 millioner i honorar fra kommunen (inkludert i tabellen), og 6,5 millioner direkte fra NAV gjennom normaltariffen (ikke medregnet i tabellen over).

Observasjonsposten finansieres av Helse Sør-Øst gjennom DRG-systemet, på grunnlag av en faglig samarbeidsavtale mellom kommunen og UUS.

40 % av skadepoliklinikkens utgifter finansieres gjennom egenandel fra pasientene. 25 % finansieres gjennom refusjoner fra NAV i 2007 og man forventer tilsvarende gjennom NPR i 2008. De resterende ca. 35 % er t.o.m. 2007 finansiert av UUS, i siste halvdel av 2008 et spleiselag mellom UUS, Helse Sør-Øst og Oslo Kommune. En sammenligning av inntektene i 1998 og 2007 viser at summen av egenandel og refusjon er redusert med ca. 10 kroner per pasient. Egenandelen er i samme tidsrom økt fra 150 kroner til 280 kroner, mens refusjonen per pasient er redusert fra 320 kroner til 180 kroner. Pasientenes egenbetaling dekker altså en stadig større andel av budsjettet.

De psykososiale tjenestene finansieres i hovedsak ved kommunale midler. Akutteamet er delvis finansiert gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Legehonorar utløst på voldtekstmottaket inngår i inntektene på allmennpoliklinikken.

Psykiatrisk legevakt er i sin helhet finansiert gjennom helse Sør-Øst/UUS/psykiatrisk divisjon. Tjenesten mistet ved overgangen til spesialisthelsetjenesten i 2004 retten til å benytte egenandel/refusjon etter Normaltariffen, dette medførte et inntektstap på ca 2,4 millioner kroner. Tjenesten ble heller ikke godkjent som psykiatrisk poliklinikk, og kan ikke ta betalt som det. Tilbudet er derfor av Helse Sør-Øst vedtatt finansiert i sin helhet ved rammebevilgning fordelt på de fem helseforetakene som nyter størst glede av tjenesten (Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Ahus universitetssykehus).

Kommunal rusomsorg finansieres ved kommunale midler, akutt avgiftning av Helse Sør-Øst. På rusområdet har arbeidsgruppen ikke fremskaffet noen detaljer om finansieringen.

## 5 Drøfting av dagens og fremtidens storbylegevakt

### 5.1 Styrker ved dagens legevaktjeneste

Legevakten har med sin lange historie og store volum utviklet seg til en kvalitetsmessig god og robust tjeneste med gjennomarbeidete rutiner, og en stamme av ansatt personell sikrer kontinuitet og kvalitet. Enkelte suksessfaktorer kan fremheves som spesielt betydningsfulle.

Samlokalisering mellom allmenn- og skadepoliklinikk, psykiatriske og psykososiale tjenester muliggjør et helhetlig tilbud til pasientene. Pasientene har ett sted å henvende seg med mange typer akutte problemer, og behandlingen foregår på en slik måte at pasientene i liten grad opplever at skillet mellom forvaltningsnivåene medfører hindringer. Det er et godt tverrfaglig samarbeid omkring den enkelte pasient. Man unngår at pasienter blir kasteballer mellom flere instanser, dette kommer spesielt de minst ressurssterke til gode. Samlokalisering gir muligheter for rasjonell drift av fellestjenester (kliniske støttefunksjoner, administrative funksjoner, drift, IT-systemer), men denne muligheten blir i mindre grad utnyttet i dag enn før sykehusreformen.

Observasjonsposten er en avgjørende suksessfaktor for å kunne yte kvalitetstjenester og avklare problemstillinger på laveste effektive omsorgsnivå.

Den nære koplingen og samarbeidet mellom skadepoliklinikken og Ortopedisk senter operasjonsavdeling/poliklinikk er en viktig suksessfaktor. Gjennom dette samarbeidet, der mindre erfarne leger kan diskutere med og bli undervist av erfarne håndkirurger og eksperter på andre områder av vanlig skadepanorama, og ikke minst ta del i operasjonsvirksomheten ved operasjonsstuene i de samme lokaler, har vært av meget stor betydning for kvalitetsutviklingen ved skadepoliklinikken. Dette nære samarbeidet har også medført at et stort antall operasjonspasienter har kunnet bli sluttbehandlet samme sted på laveste behandlingsnivå (LEON-prinsippet), i stedet for å bli behandlet på akutt sykehusene i Oslo med innleggelser og i konkurranse med større og alvorligere lidelser. Samlingen av pasientene på et sted med sluttbehandling har også medført at pasientene får ensartet og kvalitativ god behandling som følge av at erfaringen samles i et miljø i stedet for å bli fordelt på flere sykehus.

Psykiatrisk legevakt i Oslo er godt organisert og integrert i legevaktens virksomhet. Tilgangen på døgnplasser ved DPS og akuttavdelingene er god nok, men samhandlingen mellom disse og legevakten er utilstrekkelig.

### 5.2 utfordringer og svakheter ved dagens legevaktjeneste

Oppdeling i to forvaltningsnivåer medfører særskilte utfordringer i forhold til samhandling. Tjenestene drives av Oslo kommune og av UUS, som er et stort sykehus med mange og lange tjenesteveier. De viktigste enhetene sorterer i dag under henholdsvis Oslo kommune/Legevakten, UUS/Bevegelsesdivisjonen/Ortopedisk senter, UUS/Psykiatrisk divisjon, UUS/Prehospital divisjon/AMK-Ambulanseavdelingen og UUS/Medisinsk servicedivisjon/sentralradiologisk avdeling.

Med en slik organisering må mange utfordringer løses ved hjelp av forhandlinger, og selv relativt enkle utfordringer blir ikke smidig løst fordi økonomiske, juridiske eller praktiske

forhold låser partene. Interne prioriteringer hos en aktør kan raskt medføre utfordringer for andre, slik man så da UUS i 2008 vedtok å legge ned skadepoliklinikken hvis ikke Oslo kommune og Helse Sør-Øst skjøt inn midler på kort varsel. I en del sammenhenger er det også slik at de forskjellige tjenestestedene har motstridende interesser, og det kan oppstå byråkratiske hindringer for å finne gode fellesløsninger. Det er også vanskelig å få til god kommunikasjon på tvers av avdelingene.

Noen eksempler på utfordringer knyttet til det organisatoriske skillet er:

- Tekniske tjenester og driftsoppgaver i Storgaten 40 utføres i dag av personell tilknyttet kommunen, personell tilknyttet UUS og personell tilknyttet Omsorgsbygg som eier bygningsmassen. Grenseoppgangene mellom partene er ikke alltid klare.
- IT-tjenester leveres av Oslo kommune og UUS. Man har brukt ressurser på å skille telefonlinjer og legge parallelle datanettverk i bygningsmassen, og en rekke løsninger må dupleres.
- Renholdstjenesten utføres delvis av kommunens personell og delvis av UUS, og muligheten til å avhjelpe hverandre er begrenset for eksempel ved akutt sykefravær.

Pleietjenesten ble i 2004 delt i to mellom allmenn- og skadepoliklinikkene. Pleiepersonellet har i dag ingen rotasjon mellom allmennpoliklinikken og skadepoliklinikken.

- Faglig sett har delingen hatt den positive effekt at pleiepersonellet i større grad spesialiserer seg med bedre kompetanse på egne områder. Samtidig reduseres breddekompetanse og fleksibilitet. Arbeidsmengden på allmennpoliklinikken er i sterkere grad forskjøvet mot kvelds- og nattarbeid enn på skadepoliklinikken. Etter at pleiepersonellet ble atskilt har allmennsiden måttet øke antallet ansatte og opprette flere deltidsstillinger for å få turnusen til å gå opp på kveldstid og i helgene. Dette har medført økte kostnader, og økt turnover blant pleiepersonalet. Ved skadepoliklinikken er man i større grad skånet fra dette problemet på grunn av en stor kontrollvirksomhet på dagtid. Tross denne dagaktiviteten har man også ved skadepoliklinikken problemer med vaktkabalene, spesielt i helgene. Dette har man også der løst med deltidsstillinger uten at det har medført stor turnover (i dag er 47 % på pleiesiden ansatt i deltidsstillinger).
- Når det er stor pågang av pasienter til enten allmenn- eller skadesiden har man ikke anledning til å forskyve personell dit pågangen er størst.
- Bruken av separate journalsystemer forsterker dette. Selv om personellet er velvillig innstilt til å avlaste hverandre, har den organisatoriske delingen med to forskjellige journalsystemer medført redusert fleksibilitet. Tross ulike datasystemer forsøkes dette løst ved at man overfører pasienten til avdelingen med kapasitet, hvilket uttrykker personalets fortsatte positive innstilling til å hjelpe hverandre.

Den ideelle balansegang mellom spesialiseringssyn og drift kan være at man i større grad samarbeider om enkelte funksjoner. Ansettelsesforhold i forskjellige organisasjoner vanskeliggjør slik ønsket fleksibilitet.

Få pasienter og samarbeidspartnere kjenner til at noen tjenester drives av UUS og andre av kommunen. Dette medfører at mange henvendelser går til feil instans, og at aktører i en del sammenhenger ikke blir involvert i saker og prosesser der dette hadde vært hensiktsmessig.

Lokaler og parkeringsforhold i Storgaten 40 har for lav kapasitet og er lite hensiktsmessige.

Både skade- og allmennpoliklinikkene er betydelige utdanningsinstitusjoner med enda større utdanningspotensial enn det som tas ut, men har svak formell tilknytning til både lege- og spesialistutdanningen.

Tjenestekvaliteten kan forbedres ved tettere samarbeid mellom legevakten og andre deler av helsetjenesten. Det er særskilte utfordringer innenfor psykiatrien og de psykososiale tjenestene, der ressursutnyttelsen kan forbedres ved styrket samarbeid. Psykososial støtte ytes av sosial vaktjeneste, akutteamet, legevaktsentralen, DPS, DPS' ambulante team og dertil flere andre aktører. Grensene mellom aktørenes ansvarsområde er ikke entydige. Til dels har man overlappende åpningstider, til dels har man overlappende oppgaver. De ambulante teamenes oppgaver varierer mellom de forskjellige DPS, hvilket i praksis gjør teamene lite tilgjengelige for legevaktens pasienter og personale.

Samhandlingen om akuttjenester til rusmiddelavhengige bør forbedres. Det er mangel på akutte avrusningsplasser.

Fastlegene deltar i begrenset omfang i legevaktordningen i Oslo. Legevakten gjennomfører nå en spørreundersøkelse blant alle leger med vaktplikt for å kartlegge nærmere hvordan legene ønsker at tjenesten organiseres. Det er ønskelig at fastlegene deltar i legevakt, og at de har gode systemer for å håndtere øyeblikkelig hjelp i egen praksis på dagtid slik at man unngår en forskyvning av henvendelser til legevakten.

### **5.3 Økt pasienttilstrømning til Storgaten 40**

Antall konsultasjoner i Storgaten 40 har økt så mye at kapasiteten er under press. Økningen er betydelig større enn befolkningsveksten, og antas å skyldes blant annet

- Redusert antall sykebesøk
- Lavere terskel for å søke lege
- God kvalitet på tjenestene
- En tendens i befolkningen til søke tjenester som er åpne etter arbeidstid ("24-timerssamfunnet")
- De siste par år har det vært en forskyvning av konsultasjoner fra basene til legevakten.

Tiltak bør iverksettes for å begrense pasienttilstrømningen. Forbedret kvalitet og kapasitet på legevakten må antas å øke etterspørselen ytterligere. En reduksjon i antallet konsultasjoner kan man bare oppnå ved å sikre at pasienter får et godt tilbud andre steder, spesielt hos egen fastlege. Det er ca 450 fastleger i Oslo. Allmennlegevakten og basene utfører på hverdager i størrelsesorden 300 konsultasjoner og 50 sykebesøk. Selv en liten økning i kapasiteten hos fastlegene vil dermed kunne bidra til en kraftig reduksjon i tilstrømningen til legevakten.

Eksempler på tiltak for å sikre at flere behandles hos fastlegen kan være

- At elektronisk epikrise sendes til fastlegen, og flere rekontakter/kontroller enn i dag foregår hos fastlegen.
- At legevakten har en komplett liste over øyeblikkelig hjelp-numre til alle byens fastleger. Dersom man utplasserer en nødnettsradio på hvert legekantor vil også sykehus, AMK-sentral og ambulansetjeneste få lett tilgang til fastlegen når man trenger opplysninger om pasienter eller er i tvil om hva som vil være beste oppfølging av pasienter.
- At pasientenes tilgang til fastlegekontorene per telefon forbedres ytterligere, slik at pasienter ikke henvender seg til legevakten fordi de ikke får kontakt med fastlegen.

- At man finner smidige måter å ivareta pasienter på som etter en vurdering på legevakten ikke trenger legeundersøkelse samme dag, men kan henvises til egen lege neste dag.
- At publikumsinformasjon om legevaktens og fastlegens roller formidles til innbyggerne i Oslo på en effektiv måte.
- At bydels- og spesialisthelsetjenesten bygger ut tjenester som kan bidra til at hjemmeboende utredes og behandles i hjemmet før man kommer til et punkt der sykebesøkslege tilkalles for en akuttvurdering. Eksempler på dette kan være ambulerende røntgen, spesialistvurderinger i hjemmet og tverrfaglig poliklinisk utredning uten gjentatte besøk og liknende)

## 5.4 Lokalene i Storgaten 40

Legevaktens lokaler er gamle, delvis fredet og kan vanskelig ombygges slik at man oppnår optimal oversikt, pasientlogistikk og skjerming av pasienter som av forskjellige grunner har behov for det. Den kraftige økningen i konsultasjonstall medfører et stort press på lokalene, som er lite fleksible blant annet fordi den eldste delen av bygningsmassen (gamle Kroghstøtten sykehus) er fredet. Kontor- og garderobeforholdene for de ansatte er kummerlige. Det er ikke tilfredsstillende adgang til administrasjonen for funksjonshemmede.

Det er for få parkeringsplasser, og utfarten fra ambulansegarasjen er ofte blokkert. Også utvendig gjør fredningsvedtak det vanskelig å lage optimale løsninger. Kroghstøtten som står på hjørnet ut mot Kristian Kroghsgate er fredet, og dette forhindrer funksjonelle forbedringer.

Bygningene er kostbare å vedlikeholde. Husleien er betydelig (ca 16 millioner kroner i året).

Fordelene med dagens lokalisering er gangavstand til sentrum, der mange akutsituasjoner oppstår, og til bydeler i indre øst der mange ressursvake personer oppholder seg. Det er også ganske god offentlig kommunikasjon. Legevakten er samlokalisert med ambulansetjenesten.

Leiekontrakten i Storgaten 40 utløper i 2012, og det er ønskelig å skaffe mer egnede lokaler etter dette. Samtidig utløper den eksisterende avtalen om samlokalisering i Storgaten 40. I dag består legevakten av en rekke tjenester som holder til under samme tak men drives av forskjellige organisasjoner, og det er ikke gitt hvordan tjenestene blir utformet etter dette.

## 5.5 Telefontjenester

AMK-sentralen og legevaktsentralen skilte lag i 2002. Etter dette har man vedlikeholdt et godt praktisk samarbeid, og de to sentralene har forbedret sine tjenester ved å fokusere på primæroppgavene. Sentralene bør etter arbeidsgruppens oppfatning ikke slås sammen. Samarbeidet kan videreutvikles selv om organisasjonene og IT-løsningene er delt. Ansvarsområdene er allerede store. AMK-sentralen betjener både Oslo og Akershus, og koordinerer en komplisert helsetjeneste i hovedstadsområdet. Legevakten på sin side har også et stort antall henvendelser og særskilte faglige utfordringer knyttet til rådgivningstjenesten. Volumene på sentralene er så store at det også i en felles sentral vil være nødvendig å opprettholde en seksjonering og plassere funksjonene i forskjellige lokaler. To separate sentraler gir mindre teknisk sårbarhet, og beredskapsmessig er det uheldig å samle alle oppgaver innenfor en sentral. Det er ønskelig å utvikle legevaktsentralens rådgivningstjeneste som eget fagfelt, og utvikle dataløsninger som støtter dette arbeidet spesielt. De psykososiale tjenestene utfører også mange telefonkonsultasjoner, og kapasiteten på LVS kan styrkes ved et tettere teknisk og personellmessig samarbeid med disse.

## 5.6 Tjenester til rusmiddelavhengige

Behovet for legevaktjenester til rusmiddelavhengige henger sammen med hvordan øvrige tjenester til gruppen er organisert. Mange rusmiddelavhengige oppsøker behandling først når rusmiddelbruken eskalerer, og pasienten er i eller nær en krisesituasjon. Storbylegevaktens oppgave er å sortere pasientene ut fra det kliniske problemet, og eventuelt henvise videre til riktig sted. I disse situasjonene er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming. Etter gruppens oppfatning har legevakten i dag et tilbud som kan ivareta denne pasientgruppen:

- Akutt overdose, abstinens/delirium, infeksjonssykdommer og andre rusrelaterte somatiske lidelser behandles av allmennlegetjenesten.
- Akutte skader behandles på skadepoliklinikken.
- Akutt psykisk lidelse behandles av psykiatrisk legevakt eller allmennlegevakten avhengig av tid på døgnet.
- Akutt sosial krise, penge-/bolignød, vold/overgrep mv behandles av sosial vakttjeneste og legevaktens akutteam.
- Kombinasjoner av de ovenstående problemstillingene er vanlig, og samlokalisering er nødvendig.

Sett fra legevaktens synspunkt er det største hinderet i behandlingen av rusmiddelavhengige i dag at det er for få avgiftningsplasser. Pasienter må ofte reise hjem uten slikt tilbud, eller man benytter observasjonsposten eller forskjellige sykehusavdelinger. Det er derfor avgjørende at avgiftningskapasiteten økes.

### 5.6.1 Spesialisthelsetjenestens tilbud til rusavhengige

Hovedstadsprosessens arbeidsgruppe for rus konkluderer i sin rapport med at avgiftning etter akuttfasen i prinsippet er et lokalsykehusansvar, og at den ideelle organisatoriske løsningen er samlokaliserte akuttmottak for somatikk, psykiatri og ruslidelser. Arbeidsgruppen mener imidlertid at tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er i en særskilt situasjon som nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten. For å etablere faglig forsvarlige ordninger med tilstrekkelig bemanning er det derfor nødvendig at akuttfunksjonene i TSB sentraliseres på en hensiktsmessig måte. Det må utpekes enheter i hvert sykehusområde som har en slik akuttfunksjon, jamfør nye krav i lov om spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener at geografiske forskjeller og avstander gjør at ulike organisatoriske løsninger kan være hensiktsmessig. Gruppen er delt i synet på om pasientene fortsatt bør kunne egenhenvise seg til TSB.

I en rapport fra Aker Universitetssykehus (AUS) til Helse Sør-Øst i februar 2008 skriver AUS at avgiftnings-/avrusningstilbudet har for liten kapasitet. Styret i AUS har vedtatt en strategiplan som blant annet skisserer opprettelsen av en ny, døgnåpen akutt enhet for rusmiddelavhengige i Oslo og Akershus ("rusakutten"). Rusakutten skal sikre alle pasienter en faglig forsvarlig vurdering og ivaretagelse ved mulig behov for akutt avgiftning. Man tenker seg at rusakutten inkluderer en poliklinikk og en observasjonsenhet med 20 senger, et ambulant team og en liaisonsjeneste (team som følger opp pasienter som er innlagt sykehus etter intoksikasjoner). AUS foreslår at en slik rusakutt plasseres i tilknytning til et somatisk og psykiatrisk akuttmottak innfor spesialisthelsetjenesten. Det er ikke tatt stilling til etableringen av en slik enhet i Helse Sør-Øst.



Pasienter som kommer via legevakten blir i dag vurdert i forhold til medisinske og psykiatriske behov, og denne gruppen bør i mindre grad trenge en ny tverrfaglig vurdering allerede ved inntak i rusakuten. Man bør derfor vurdere andre pasientforløp for slike vurderte pasienter enn for eventuelle egenhenviste pasienter. Man bør unngå å bygge opp dublettilbud og unødige dobbeltvurderinger i 1. og 2.linjetjenesten.

Kanskje kan noen av funksjonene som vurderes lagt til en rusakutt ivaretas innenfor rammen av en storbylegevakt, for eksempel somatisk/psykiatrisk vurdering og observasjonsplasser. Dette kan være ressurs sparende, og dermed frigi midler til etablering av flere behandlingsplasser. Hvilke valg som bør gjøres her vil avhenge av hvor vidt man velger å opprettholde muligheten til å oppsøke avgiftning selv uten henvisning.

## **5.7 Psykososiale tjenester**

De psykososiale tjenestene i Storgaten 40 har god kompetanse i forhold til psykososiale normalreaksjoner og grenseflaten mot patologiske reaksjoner. Det er nødvendig med tilgang til akutt legetjeneste innen allmennmedisin, skadebehandling og psykiatri. Dertil er det nødvendig med rettsmedisinsk kompetanse og kapasitet til å jobbe opp mot rettsapparatet. Dette bør ivaretas ved å fortsette å satse på dedikert personell ved dagens voldtektsmottak.

Psykososiale tjenester ytes av mange aktører, og det er svakheter i koordinering og samhandling mellom disse. Man bør se tjenestene under ett og vurdere å samle flere funksjoner til en robust og kompetent tjeneste som kan ivareta psykososiale behov til pasienter som oppsøker poliklinikkene og pasienter som trenger hjelp andre steder i Oslo. Tjenesten bør derfor tilby både telefonrådgivning, polikliniske samtaler og ambulant tjeneste. Det er naturlig å tenke seg at lokale tiltak har samme åpningstid i forskjellige bydeler/distrikter, og at man etter et visst tidspunkt har en felles tjeneste tilknyttet legevakten som utfører tjenesten for hele byen.

Voldtektsmottaket holder høy kvalitet og med de midler man har blitt tilført klarer man å håndtere den økte pasienttilgangen man har sett frem til nå. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag at det skal etableres minst ett særskilt mottak for personer utsatt for seksuelle overgrep/voldtekt og/eller vold og trusler i nære relasjoner. I Oslo mottar denne pasientgruppen et psykososialt tilbud, men dette er foreløpig ikke tett knyttet sammen med voldtektsmottaket. Dette kan kreve ressurstilførsel. Det har vært samtaler om samarbeid mellom Oslo og deler av Akershus (Romerike) innenfor voldtektsområdet. Arbeidsgruppen stiller seg positiv til et slikt samarbeid.

## **5.8 Psykiatritjenester**

Gruppen mener det er en god ordning at psykiatriske akuttvurderinger i kontortid utføres ved DPS, og at man utenom kontortid (eventuelt fra et senere tidspunkt på kvelden) har en psykiatrisk legevakt med kompetente spesialister som er lett tilgjengelig for hele byen.

Separate legevaksordninger for hvert enkelt DPS kan få for lite pasientgrunnlag, og de kan få rekrutteringsproblemer grunnet konkurranse om kompetent personell. Man bør heller styrke en godt fungerende psykiatrisk legevakt og betrakte denne som et felles tilbud for samtlige DPS utenom kontortid.

Pasienttilstrømningen til Psykiatrisk legevakt er synkende. Ettersom psykiatrien for øvrig trappes opp kan man håpe at denne utviklingen vil fortsette, selv om behovet for psykiatritjenester generelt er økende. Samtidig er det ønskelig med en styrking av andre sider

av psykiaritjenesten, og psykiatrisk legevakt kan være et godt utgangspunkt for å finne løsninger på dette. Mange psykiatrivurderinger gjøres i dag av privatpraktiserende sykebesøksleger, fordi psykiatrisk legevakt ikke reiser i sykebesøk. Man bør vurdere om psykiatrisk legevakt kan reise i sykebesøk.

Det er nødvendig å finne bedre løsninger for transport av psykisk syke, inkludert bruk av tvangstiltak. Spørsmålet må løses i samarbeid mellom legevakten, prehospital divisjon på UUS, politiet og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Det stilles stadig høyere krav til kvalitet og dokumentasjon innenfor psykisk helsevern. Dette gjør vurderinger og beslutninger mer kompliserte og tidkrevende. Denne utviklingen forventes å fortsette. Dermed vil det i økende grad være behov for spesialister i tjenestene. Det er også grunn til å forvente økte krav til samarbeid med somatisk ekspertise for denne pasientgruppen for differensialdiagnostiske vurderinger mv, også i akutsituasjoner. Dette krever samlokalisering.

Samhandlingen mellom legevaktens tjenester og de forskjellige DPS og deres ambulante team er ikke god nok. For å sikre god ressursbruk må samarbeid og oppgavefordeling forbedres.

## **5.9 Tannlegevakt**

Tannlegevakten flyttet i 2007 til nye lokaler i Galleriet nær Oslo Sentralstasjon, og har leiekontrakt der i 10 år fremover. Tjenesten er kveldsåpen tre timer på ukedager, og åpen 6 timer på helgedager. Arbeidsgruppen ser det som er fordel dersom tannlegevakten samlokaliseres med resten av tjenestene. En del av pasientene på skadepoliklinikken trenger samtidig tannlegebehandling. Samlokalisering vil også styrke prinsippet om en dør inn i helsetjenesten.

## **5.10 Barnevernvakt**

Barnevernvakten ligger i dag ved Oslo politidistrikt. Mange barnevernsaker blir fanget opp i forbindelse med akutt skade, rus/forgiftning eller psykiatrisk sykdom. God bistand og samordning kan være hensiktsmessig og en faglig god løsning. Imidlertid er det legevaktens erfaring at slike saker ofte kan avklares tilstrekkelig av helsepersonell og Sosial vakttjeneste, og når man ser behov for å kontakte barnevernvakten fungerer dette samarbeidet godt.

Barnevernvakten er en myndighetsutøver som fatter akuttvedtak om midlertidig omsorgsovertakelse eller innleggelse i institusjon. I disse sakene ligger vedtakskompetansen i kontortid til bydelsbarnevernet, og kompetansen kan ikke delegeres til leder av barnevernvakten. Barnevernvakten må derfor utenfor kontortid benytte seg av politiets vedtakskompetanse, politiet står formelt ansvarlig for vedtaket som fattes på barnevernvakten. Dette krever en nær samhandling med politiet. Forutsetningen for at barnevernvakta skal kunne fungere tilfredsstillende er derfor at politiet er inkludert i tiltaket.

## **6 Rammebetingelser av betydning for fremtidens storbylegevakt**

### **6.1 Organiseringen av helsetjenesten i hovedstadsområdet**

Inntil sykehusreformen i 2002 hadde Oslo (fylkes-)kommune det overordnede ansvaret for alle akuttjenestene på Legevakten. Organiseringen innenfor kommunen har imidlertid variert, slik at de forskjellige tjenestene till dels har hatt ulik tilhørighet. Etter sykehusreformen i 2002 har det overordnede ansvaret blitt delt mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Nye myndighetskrav (f.eks. Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus) og interne behov krever nye samarbeidsformer og avtaler på tvers av forvaltningsnivåene.

Helse Sør-Øst gjennomgår i 2008 oppgavefordelingen mellom sykehusene og sykehusstrukturen i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen). Endringer i fordelingen av funksjoner mellom sykehusene, herunder i fordelingen av akuttfunksjoner, og i sykehusstrukturen vil kunne påvirke Legevaktens funksjoner og samarbeidsrelasjoner. Endringene vil også kunne være av betydning for hva som er en optimal organisering av fremtidens storbylegevakt. Samtidig vil endringer i legevaktens funksjoner kunne få betydning for behovet for tjenester i spesialisthelsetjenesten.

### **6.2 Pasientforventninger i endring**

Kritikken mot norsk helsevesen beskrives tidvis som de stigende forventningers misnøye. Samtidig er det berettiget å stille krav til kort ventetid, god diagnostikk og optimal behandling ved akutt alvorlig sykdom. Forventningene er ganske annerledes i dag enn for bare ti år siden, og det er naturlig å forvente at pasientene vil ønske og forvente ytterligere bedring i tilgjengelighet, ventetid og kvalitet.

#### **6.2.1 Adkomst og parkering**

Mange uttrykker misnøye med tilgjengelighet til dagens sentrale legevakt, spesielt de som kommer i egen bil med en syk/skadet person. De som ikke trenger eller kan bruke egen bil er avhengige av god offentlig kommunikasjon. Legevakten bør være godt synlig i by- og trafikkbildet slik at det er lett å orientere seg når man skal finne den, uavhengig av transportmetode. Det bør være gode parkeringsmuligheter i kort avstand fra inngangen.

#### **6.2.2 Mottak og ventetid**

Pasientene forventer et rent, ryddig og oversiktlig mottak der det er lett å orientere seg og der man får en rask avklaring av helsepersonell i forhold til om man heller bør gå til fastlegen første virkedag. Venting er en belastning, og man forventer at barn prioriteres foran voksne. Erfaringen med voksne, ikke-prioriterte pasienter er at en halv times venting oftest er uproblematisk, mens ventetid over en time oppleves som frustrerende. Kort ventetid er et av hovedargumentene som benyttes av private aktører som ønsker å tiltrekke seg pasienter.

#### **6.2.3 Forventninger om høy kvalitet på undersøkelse og behandling**

Det er vanskelig for pasienter å vurdere kvaliteten på tjenestene. Befolkningen må derfor ty til indirekte kvalitetskriterier som spesialisttittel, rykte, sykehustilknytning og liknende. Private aktører reklamerer ofte med spesialistkompetanse for å tiltrekke seg pasienter som skal betale mer enn man betaler ved offentlig legevakt. Eksempler på slik markedsføring er:

- ”Hos oss vil du møte både almenleger og spesialister innenfor en rekke områder, i samme lokaler. I tillegg bidrar vårt diagnosesenter til at du ikke opplever ventetider som ved mange andre legevakter” (Oslo Akutten).
- ”Spesialister på skader” (Volvat)

Det er ikke sikkert at slik markedsføring alltid gir en dekkende beskrivelse av kvaliteten på behandlingen, men at dette fremheves i markedsføringen er en klar indikator på at pasientene opplever denne informasjonen som viktig.

Kvalitetskravene til skadebehandling er høye fordi behandlingsresultatet er både synlig (sår- og bruddskader), og merkbart (smerte og funksjon). Pasientene har et sterkt fokus på å unngå sekveler, enten det er i form av nedsatt funksjon, smerter eller synlig arr/feilstilling. Følgende eksempler fra 2007 viser at pasientforventningene er høye:

- En mor insisterte på, og fikk gjennomslag for, at hennes datter ble operert for et brudd i underarmen som med konservativ behandling ville grodd med en feilstilling som ville rettet seg i løpet av noen måneder. Hun mente det var uakseptabelt at barnet måtte leve med en synlig feilstilling i disse månedene.
- Hos et annet barn med en ankelskade var behandlende lege usikker på om det forelå et brudd, og behandlet skaden med avlastning, kompresjon og elevasjon. Ansvarlig røntgenlege påviste etter rutinemessig gjennomgang av røntgenbildene tre dager etter skaden et udislosert brudd i vekstsonen, og pasienten ble gipset uten konsekvenser for skadens tilheling. Pårørende tok likevel kontakt med en hovedstadavis og fikk et helsides oppslag med uttalt misnøye fordi diagnosen ikke ble stilt ved umiddelbart.

#### **6.2.4 Informasjonsflyt og elektronisk pasientjournal**

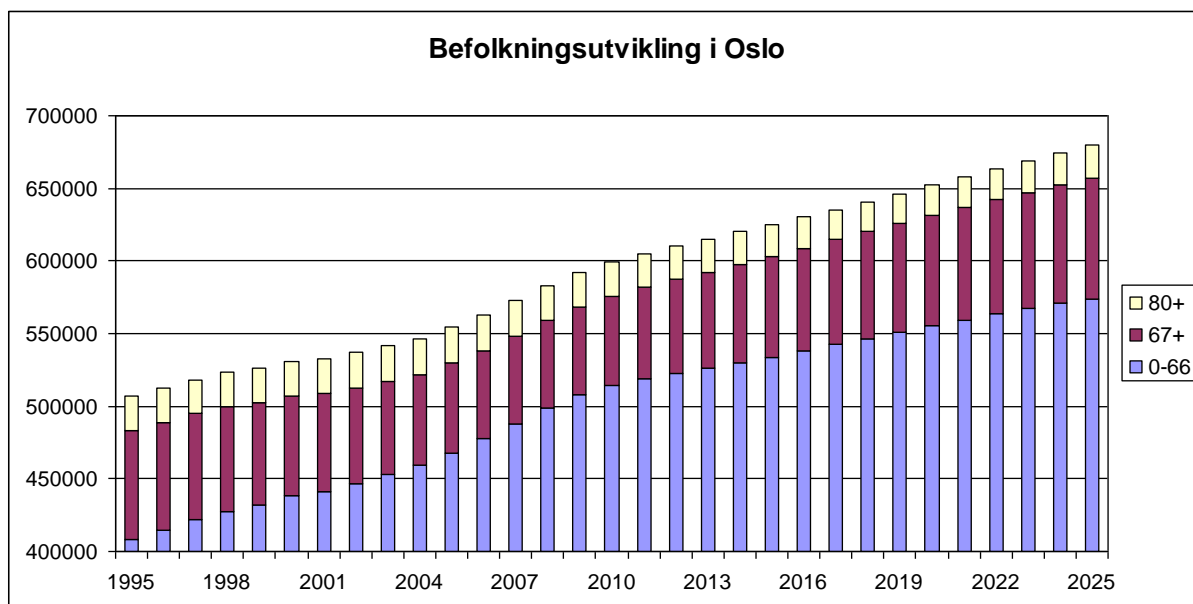
Pasientene forventer ofte i dag at legevakten har tilgang til både fastlegens og sykehusenes journalsystemer, og også at fastlegen automatisk skal orienteres om konsultasjonen. Her ligger pasientforventningene foran realitetene. Foreløpig har regelverket lagt opp til at informasjonsutveksling baseres på at man sender brev eller elektroniske meldinger om behandling av enkeltpasienter. Legevakten praktiserer i dag å sende med pasientene en utskrift av journalen. På sikt kan det komme løsninger som felles kjernejournal, smartkort som inneholder pasientopplysninger, eller selektiv adgang til deler av pasientopplysninger fra flere forvaltningsnivåer ved oppslag på tvers av journalsystemer.

### **6.3 Befolkningsøkning i Oslo**

Gjennomsnittlig befolkningsvekst i perioden 2008-2025 er estimert til 1% per år, med størst prosentvis økning i begynnelsen av perioden. Tilveksten var også 1% i snitt i perioden 1995-2007. Tilveksten er størst i yngre og midlere aldersgrupper. Det er ikke tatt hensyn til bydelsvis variasjoner. I legevaktsammenheng kan man forvente av befolkningsøkningen medfører økt antall pasienter, hovedsakelig i de grupper som oppsøker de polikliniske tjenestene.

<b>Aldersgruppe</b>	<b>Befolkning 2007</b>	<b>Prognose 2025</b>	<b>Årlig tilvekst</b>
0-66	488.000	574.000	4.800 (+1,1 %)
67+	60.000	83.000	720 (+1,7 %)
80+	24.000	23.000	-55 (-0,0 %)
Alle	549.000	657.000	6.000 (+1,0 %)

**Tabell 7. Prognose for befolkningsutvikling i Oslo.**



Figur 10. Befolkningsutvikling i Oslo.

## 6.4 Behovene til eldre og syke

### 6.4.1 Hjemmeboende eldre og syke

Beregninger gjort av Folkehelseinstituttet viser at det forventes vekst av hjerte-karlidelser, kroniske lungesykdommer, diabetes, kreft, demens, eldre med uklare funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser og rusrelaterte lidelser. Det beregnes at kreft vil utgjøre om lag en fjerdedel av alle dødsfall i 2020. Det vil bli et økende behov for terminal pleie, også i hjemmene. Beregninger viser videre at om 30 år vil dobbelt så mange som i dag ha en demenssykdom.

Det forventes en økning i antall personer med store og sammensatte behov som bor hjemme i ordinære leiligheter, omsorgsboliger og liknende. Dette er en ønsket og styrt utvikling, understreket bl.a. i Omsorgsmeldingen (byrådssak 34/08). Noen viktige faktorer som bidra til denne utviklingen er

- Nedbygging av de sentrale psykiatriske institusjonene. Pasientene flytter til egnede boliger i kommunene. Oslo har opprettet mange slike boliger, men behovet er fortsatt stort, ikke minst for de som trenger mest hjelp og tilsyn og personer med både psykisk lidelse og rusproblematikk.
- Kortere liggetid i sykehus medfører at noen pasienters behov for observasjon og tett oppfølging etter utskrivelse øker.
- Ulike samarbeidsprosjekter mellom sektorsykehus, sykehjem og bydeler øker kommunehelsetjenestens kompetanse til å håndtere teknisk utstyr og prosedyrer som tidligere har blitt håndtert på sykehus (for eksempel intravenøs behandling, smertepumper, respirator, dialyse og liknende).
- Ambulant spesialisthelsetjeneste bidrar til å unngå sykehusinnleggelse (for eksempel ambulant røntgen og ambulante psykiatriske team).
- Oslo kommune og Helse Sør-Øst skal foreta en samlet analyse av pasientstrømmer med tanke på forebygging av unødvendige innleggelse, tilgang til planlagt undersøkelse og behandling og rask og god tilbakeføring til eget hjem eller til nødvendig omsorgstilbud i kommunen.

I legevaktsammenheng kan man forvente at denne utviklingen medfører økt behov for ambulante tjenester, inkludert sykebesøksleger. Det er risiko for at en del hjemmeboende med lavt funksjonsnivå ikke lar seg utrede poliklinisk, og at deres situasjon får utvikle seg slik at legevakten etter en tid må tilkalles. En sykebesøkslege som ikke kjenner pasienten og det lokale hjelpeapparatet vil ofte legge inn slike pasienter i sykehus, i erkjennelse av at pasienten ikke kan håndteres trygt i hjemmet. Det er kjent at innleggelse ved sykehus ikke nødvendigvis er det mest optimale for pasienter som er på grensen til å ikke klare seg hjemme.

Gruppen mener det er grunn til å se på andre mulige løsninger for hjemmeboende syke og eldre i denne kategorien. Det er ønskelig å satse på tjenester som kan sikre befolkningen god behandling på lavest effektive nivå og forebygge unødvendige sykehusinnleggelser. Eksempler på slike tiltak kan være ambulerende røntgen, spesialistvurderinger i hjemmet og tverrfaglig poliklinisk utredning der pasienten slipper å reise gjentatte reiser til sykehuset. Etter arbeidsgruppens oppfatning er det ikke Legevakten som skal utvikle slike tjenester, men dersom slike tiltak etableres og fungerer etter hensikten vil det redusere behovet for legevaktstjenester til denne pasientgruppen.

#### **6.4.2 Sykehjemsbeboere**

I byrådssak 35/08, sykehjemsbehovsplan- rammeplan for sykehjem i Oslo kommune, har byrådet valgt å se behovet for sykehjem og bo- og omsorgstilbud i sammenheng. Man ønsker at antall institusjonsplasser, andre døgnbemannede boformer for eldre og Omsorg+ til sammen skal utgjøre minimum 25% av befolkningstallet for personer over 80 år i Oslo.

Legedekningen på sykehjem er i budsjett 2008 vedtatt økt til 0,4 legetimer /beboer /uke i 2010. Dette tilsvarer drøyt 50% økning fra 2005 til 2010, og innebærer opprettelse av 17-18 nye legeårsverk.

Det er inngått avtale om intermediearenhet mellom Stovner og Grorud bydeler og Ahus. Det arbeides med lignende avtaler i UUS sektor. Hovedmålet med intermediearenheter er å gi pasienter over 60 år et faglig godt tilbud om pleie og behandling ved utskrivelse fra sykehus, der målet er at pasienten skal skrives ut til eget hjem. Pasientene skal være medisinsk utredet og skal primært komme fra sykehus, men kan etter avtale innlegges direkte fra eget hjem til observasjon og vurdering.

I legevaktsammenheng kan man håpe at behovet for sykebesøk til sykehjem vil reduseres ettersom legetjenesten på sykehjem styrkes. Imidlertid er det grunn til å tro at en slik effekt blir liten i forhold til den betydelige økningen i antallet bo- og omsorgstilbud i kommunen. Arbeidsgruppen forventer at etablering av intermediearavdelinger ikke vil påvirke Legevaktstjenestenes arbeidsmengde og arbeidsformer i særlig grad.

Alle sykehjem bør ha tilgang til pleiefaglige råd og eventuelt også hjelp til å utføre prosedyrer i samarbeid med sitt lokalsykehus. Slik støtte vil erfaringsmessig kunne avklare mange situasjoner der man ellers ville tilkalt sykebesøkslege, og denne legen vil ofte løse problemet ved å legge inn pasienten.

Det er ønskelig å styrke tilgangen til lege på sykehjem når det oppstår akutt behov. Helst bør beboerne ha tilgang til kompetent sykehjemslege store deler av uken og døgnet. I Bergen har man gode erfaringer med en egen sykebesøksordning for sykehjemmene deler av døgnet. Det

ville være en fordel om en slik tjeneste var bemannet med leger som har særskilt kjennskap til sykehjemsmedisin.

## 6.5 Nasjonal helsepolitikk

Helsetilsynet har nylig lagt frem sine konklusjoner etter et landsomfattende tilsyn med akuttmottak i den somatiske spesialisthelsetjenesten.<sup>1</sup> Helsetilsynets hovedkonklusjon er at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene, noe som til tider gir uforsvarlig pasientbehandling. Helsetilsynet trekker frem følgende faktorer som sentrale for å sikre faglig forsvarlig virksomhet:

- At pasientene blir observert og fulgt opp mens de venter, dvs. at det er et forsvarlig system for å prioritere pasientene, slik at hensiktsmessige tiltak blir satt i gang i tide.
- At personal- og kompetanseressursene styres slik at personellet har relevant kompetanse. Hvis nye leger med varierende kompetanse og erfaring er første lege som møter pasienten, må virksomheten sikre kompetansen ved systematisk opplæring i oppgaver og rutiner i akuttmottaket, og ved å ha fleksible og robuste ordninger med lav terskel for å tilkalle mer erfarne leger. Det må også være klart for alle hvem som skal tilkalle ekstra og nødvendig personell ved aktivitetstopper og hverdagskriser.
- Ledelsen må ha oversikt over driften i akuttmottakene (benytte aktivitetstall og systematiske oversikter over pasientstrømmer og ventetider) og gjøre systematiske risikovurderinger for å sikre forsvarlig planlegging og styring av medisinskfaglig og sykepleiefaglig bemanning i akuttmottaket og for å avdekke kritiske trinn i arbeidsprosessene og oppgaveløsningen, i pasientflyt og behandlingsforløp.
- Velfungerende avviksbehandlingssystem.

Helsetilsynet fant mangler ved alle disse forholdene. Alt i alt er tilsynets vurdering at det er for mange tilfeldigheter og ad hoc løsninger snarere enn systematisk styring.

Funnene er av betydning for organiseringen av fremtidens storbylegevakt, både fordi det angis krav som må oppfylles for at mottak skal være faglig forvarlig organisert og bemannet, og fordi nasjonale helsemyndigheters oppfølging av funnene i tilsynsrapporten kan føre til nye nasjonale krav. Blant annet er det allerede, i forbindelse med foretaksmøter i mars, blitt lagt til grunn at Helse Sør-Øst, og øvrige RHF, må iverksette systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene. Det fremgår av protokollen også at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) i oppdrag å beskrive og foreslå ulike modeller, relevante for norske forhold, for organisering av akuttmottakene, herunder felles akuttmottak (FAM).

Dette oppdraget til Helsedirektoratet kommer i tillegg til oppdraget i årets tildelingsbrev, der direktoratet har fått i oppgave å utrede faglige ansvarsforhold ved og finansiering av felles akuttmottak.

## 6.6 Endring i medisinsk kunnskap og teknologi

Innføring av ny teknologi medfører ofte endring av oppgaver. For at pasientene skal nyte godt av nyvinninger må man også ha kapasitet og kompetanse til å håndtere den. Det er ikke opplagt at kvalitetsforbedringer medfører redusert arbeidsmengde eller økonomiske gevinster

---

<sup>1</sup> ”MENS VI VENTER ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008, Februar 2008

for tjenestene. Noen ganger ligger gevinsten (eller ulempene) hos andre aktører enn de som innfører teknologien. Det er derfor viktig at planer om innføring av ny teknologi drøftes på tvers før de innføres.

Etablering av CT på legevakten i 2008 medfører bedre pasientforløp, særlig for hodeskadepasienter. Tidligere måtte disse reise til UUS for CT og eventuelt ny poliklinisk vurdering der. Nå kan de fleste sluttbehandles i Storgaten 40 uten transport, ventetid på UUS og risiko for forverret tilstand uten at behandlende lege er i nærheten. Dette nye pasientforløpet er gunstig for pasientene, og den anslås å spare et stort antall ambulansetransporter og polikliniske konsultasjoner på UUS. For legevaktens del vil det tilkomme ekstraarbeid. Det er foreløpig usikkert hvilke konsekvenser ny praksis vil få for bruken av observasjonsposten, og i hvilken utstrekning økt tilgjengelighet til CT vil påvirke andre pasientgrupper.

Allmennlegetjenesten ved legevakten tar i bruk elektronisk mottak av lab- og røntgensvar i 2008. Senere kommer elektronisk forsendelse av journaler, resepter, sykmeldinger, trygdeoppgjør m.v.

Det tilkommer kontinuerlig ny kunnskap, og dermed nye muligheter for undersøkelser og behandling. Kunnskapsutviklingen medfører kvalitetsforbedringer, og at oppgaver overføres fra annenlinje- til førstelinjetjenesten.

Arbeidsgruppen har ikke analysert hvilke typer kunnskap og ny teknologi det er aktuelt å ta i bruk på legevakten i årene fremover. På legevakten må man fokusere på teknologi som kan bidra til rask diagnostisk og behandlingmessig avklaring, slik at et økende antall pasienter kan reise hjem eller bli innlagt på riktig nivå.

## **6.7 Utvikling av fagområdet sortering/triage**

En hovedoppgave ved legevakter og i akuttmottak er å gjøre gode primærvurderinger og prioritere pasienter ut fra hastegrad. Legevakten i Oslo har benyttet hastegradsvurderinger på alle pasienter i mange år. Man har imidlertid ikke hatt tilgang til godt validerte metoder for å standardisere slike vurderinger. Det vanlige har vært å benytte Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Dette er et verktøy utviklet primært for AMK-sentraler.

Når pasienten er fysisk til stede i en helseinstitusjon er det naturlig å benytte andre kriterier. Det pågår forskjellige prosjekter for å etablere nye, felles standarder for slike hastegradsvurderinger. Stavanger Universitetssykehus og Ahus er sykehus som tilpasser den såkalte Manchester-modellen til norske forhold. Denne innebærer at pasienter kategoriseres i fem forskjellige hastegrader. Også på Legevakten i Oslo vil videre utvikling av triage være et satsningsområde i fremtiden.

## **6.8 Spesialitet eller formalisert fagområde i akuttmedisin**

Behovet for å styrke den akuttmedisinske kompetansen både hos ambulansepersonell, allmennleger og sykehusspesialister drøftes internasjonalt. Dette henger sammen med at antallet akuttinnleggelser øker, og det synes å være en erkjennelse av at det generelt ikke er tilstrekkelig kompetanse på dette området. Videre henger diskusjonen sammen med at det også i andre land, jamfør Helsetilsynets funn i Norge, er faglige problemer knyttet til akuttmottak. Det påpekes ujevn kompetanse hos personalet, bemannings- og rekrutteringsproblemer (tøft arbeid med mye belastning på kveld og natt) osv. Det diskuteres



både etablering av nye spesialiteter og samt andre tiltak for å styrke helsepersonellens kompetanse.

Spesialiteten "Accident & Emergency Medicine" (A&E-medicine) finnes i en rekke land, blant annet i England. I England har man i tillegg de siste årene vurdert å etablere en ny spesialitet, eller et eget fagområde i akuttmedisin, som skal bygge på indremedisin.

Ved gjennomgang av spesialitetsstrukturen i Sverige nylig ble det etablert en spesialitet i "akutsjukvård". Dette er den ene av to tilleggsspesialiteter (disse kommer i tillegg til basis- og grenspesialiteter), noe som innebærer at leger med ulike spesialiteter (som kirurgi, indremedisin, anestesi eller annet) kan legge akuttmedisin "oppå" sin tidligere spesialitet. I det nye systemet vil det legges opp integrerte løp, slik at det for eksempel vil bli mulig å bli dobbeltspesialist i indremedisin og akutsjukvård i løpet av 7 år (5+2).

I Danmark arbeides det også med å etablere et eget fagområde for akuttmedisin. Ideen er at utdanningen skal gi et felles kjernekompetanseområde, men at det samtidig skal være rom for lokale/regionale forskjeller. Utgangspunktet er arbeidsområde i referansemodellen for FAME, med et særlig fokus på arbeid i mottakelsesområdet (med oppgaver i forhold til primær triage, ressursallokering, primærvurdering og primærbehandling, samt livreddende og stabiliserende behandling). Referansemodellen FAME er nærmere beskrevet i neste avsnitt.

Felles kjernekompetanseområder i den danske utdanningen vil være:

- Mottakelse av den akutte pasient (triage, vurdering av behandlingsbehov og planlegging av videre forløp, disponering av pasienter og personale)
- Teamledelse, herunder vurdering av behov for å tilkalle assistanse fra spesialteam og fagpersoner forøvrig
- Primær diagnostikk og primær behandling av den akutt syke pasient
- Ferdigbehandling av pasienter innenfor kvalitetsstandarder for pasientforløp
- Samarbeid, kommunikasjon, undervisning, veiledning og feedback, kvalitetsutvikling, dataregistrering i FAME
- Kommunikasjon og samarbeid med prehospitaltjenester og andre ledd i behandlingsskjeden

Kompetansen vil ellers variere, avhengig både av forhold hos den enkelte spesialist (for eksempel annen spesialitet) og i det lokale FAME. Det er tenkt at dette skal være en etterutdanning som tas under ansettelse i FAME (2 år). I utdanningen vil inngå workshops med fokus på teamtrening, studieopphold ved utenlandsk akuttmottakelser og supplerende teoretisk utdanning.

Også i Norge er diskusjonen om akuttmedisin som spesialitet begynt. Det pågår nå, i regi av de regionale helseforetakene, et utredningsarbeid i forhold til behovet for en slik spesialitet. Denne utredningen er initiert først og fremst som følge av problemene med å sikre bemanning og god akuttmedisinsk kompetanse ved små sykehus.

En storbylegevakt inneholder mange av de elementer som bør ivaretas i en utdanning i akuttmedisin, enten dette ble etablert som en spesialitet eller en formalisert tilleggs-/videreutdanning. Tjeneste på forskjellige deler av legevakten kan derfor egne seg spesielt godt innenfor en slik utdanning.

## 6.9 Måter å organisere legevaktstjeneste på andre steder

### 6.9.1 Bærum legevakt/felles akuttmottak (FAM)

Asker og Bærum kommuner har sammen med Sykehuset Asker og Bærum (SAB) etablert et felles akuttmottak (FAM) som omfatter legevakt og akuttmottak, og drives av sykehuset. Det har vært planlagt en observasjonspost (13 senger), men dette har foreløpig ikke latt seg realisere. Man har kun 3 kommunalt ansatte leger (dagtid på hverdagene), for øvrig er legevakten bemannet av privatpraktiserende leger. Erfaringene fra FAM er at det har vært en krevende prosess å etablere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene, og utfordrende å få fagmiljøene til å fungere godt sammen.

Styrker ved FAM ved Sykehuset Asker og Bærum

1. Bedre total kvalitet på pasientbehandling og raskere pasientflyt ved innleggelse
2. Legevaktlegene kan konferere med spesialister på sykehuset
3. Kompetanseoverføring mellom sykepleiere på legevakt og i akuttmottak
4. Felles prosedyrer for legevakt og akuttmottak er under utarbeidelse, reduserer dobbeltarbeid
5. Fleksibilitet ved bemanningskriser (arbeidstakere flyttes på tvers)

Svakheter/utfordringer ved FAM ved Sykehuset Asker og Bærum

1. Det tok omkring 16 år å realisere planer om et FAM ved Bærum sykehus. De politiske og avtalemessige prosessene var krevende.
2. Manglende observasjonspost gir dårlig pasientflyt gjennom akuttmottaket og dette oppfattes som en avgjørende faktor for å lykkes.
3. FAM-sjefen har ikke leger ansatt i avdelingen og har derfor ikke instruksjonsrett ift legene som arbeider i FAM - verken allmennlegene eller sykehuslegene
4. Legevakt og akuttmottak representerer ulike kulturer. Fusjonsprosessen har vært vanskelig for mange av de ansatte.
5. Triage/hastegradsvurdering har vært krevende fordi kulturene tolker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp forskjellig. Man planlegger oppstart med et nytt, felles triageverktøy i løpet av høsten 2008. Dette bygger på Manchester-modellen, og er beregnet på bruk i akuttmottak (Norsk indeks er et verktøy beregnet på prehospitale tjenester).
6. Bruddbehandling håndteres i samarbeid mellom legevaktlege og spesialist, dette medfører ofte ekstra ventetid. Man ønsker å etablere en felles skadepoliklinikk bemannet med særskilt skadelege/ortoped for å øke kvaliteten på skadebehandling.
7. Avdelingssjefen ved FAM ønsker å styrke akuttmottaket med mer kompetent personell enn i dag (faste akuttmedisinere eventuelt en type generalister, ikke turnuslege eller uerfaren assistentlege).
8. Sykehuset har ikke gitt legene på legevakten tilgang til sykehusets journalsystem. Ulike systemer (WinMed og DIPS) kan gå ut over kvaliteten på pasientbehandling, og medfører dobbeltarbeid og tungvinte innleggelsesrutiner og betalingsløsninger.
9. Omdømmeutfordringer kan smitte mellom legevakten og sykehuset.

### 6.9.2 Nedre Romerike interkommunale legevakt

Nedre Romerike har i dag en interkommunal legevakt på Lillestrøm. Den interkommunale legevakten dekker tre kommuner (Skedsmo, Lørenskog og Rælingen), med til sammen 92 000 innbyggere. Legevakten er betjent på hverdager fra kl 15 til kl 08, og døgnåpent i helger. I 2007 ble det gjennomført knapt 30 000 konsultasjoner (19 000 pasienter), inklusive kontroller og sykebesøk. Om lag 60 % av konsultasjonene er øyeblikkelig hjelp.

Den interkommunale legevakten er samlokalisert med Skadepoliklinikken, som er en del av Ortopedisk avdeling ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Skadepoliklinikken er åpen alle dager fra kl. 08 til kl. 24. De siste årene har antall konsultasjoner vært om lag 25 000 per år.

De to enhetene er lokalisert i et bygg fra ca 1906. Dette hadde ulike funksjoner før Lillestrøm kommunale sykehus ble lokalisert her i 1940. Døgnbasert sykehusvirksomhet ble avviklet i 1988/89. Legevaktsfunksjon har vært ivarettatt i bygget siden 1971. Det er behov for videre utvikling av tjenesten, også bygningsmessig.

I forbindelse med bygging av nytt sykehus ønsker Akershus universitetssykehus å lokalisere både legevakt og skadepoliklinikk i sykehusområdet på Lørenskog, i alle fall etter 2010, for å få nærhet til sykehusets øvrige fasiliteter (laboratoriefunksjoner, røntgen, akuttmottak, samt akuttpsykiatrisk avdeling og en fremtidig rusakutt). Endelig plassering er ikke avklart. Kommunene har ikke tatt endelig stilling til evt. flytting, men vil uansett måtte skifte lokaler. Med lokalisering på sykehuset vil legevaktsfunksjonen være interessant for en større del av opptaksområdet for Akershus universitetssykehus, og ikke bare dagens tre kommuner.

### **6.9.3 Bergen legevakt**

Bergen legevakt er et samarbeid mellom Bergen kommune og Helse Bergen. Legevakten har et tjenestetilbud som i stor grad sammenfaller med legevakten i Oslo, men organiseringen er forskjellig. Bergen legevakt er en samhandlingsarena mellom en fast stab på 20 leger og byens fastleger. Den faste staben behandlet i 2007 ca. 50.000 pasienter, hvorav 2/3 på kirurgisk avsnitt. Allmennt medisinske problemstillinger ble i hovedsak håndtert av byens fastleger, totalt ca. 40.000 konsultasjoner i 2007.

- Medisinsk avdeling er åpen hverdager kl 8-16, og bemannet med kommunalt ansatte leger inkludert spesialist i indremedisin. Resten av døgnet bemannes allmennlegevakten av privatpraktiserende leger.
- Kirurgisk avsnitt er åpent på dag- og kveldstid, men ikke om natten. Her utføres sårbehandling og lukket bruddbehandling. Kirurgisk avsnitt er bemannet med de samme kommunalt ansatte legene som medisinsk avdeling. Spesialist i ortopedi og plastikk-/håndkirurgi jobber på legevakten i kontortiden, og det er operasjonsstuer i lokalene. Om natten overtar privatpraktiserende leger skadebehandlingen. Bruddpasienter må da henvises videre til Haukeland Universitetssykehus (HUS) hvis skaden tilsier det, eller man blir bedt om å komme tilbake på dagtid eller vente til røntgenavdelingen åpner. Etter akuttfasen følges pasientene opp av legevaktens fysioterapiavdeling.
- For øvrig har Bergen legevakt voldtekstmottak, livskrisehjelp (tilsvarer sosial vaktjeneste), psykiatrisk legevakt (kveldstid, krever henvisning) og tannlegevakt.
- Det er ingen observasjonspost på Bergen legevakt nå, men man samarbeider med HUS om å etablere en.
- HUS og Bergen kommune deler utgiftene til drift av kirurgisk avsnitt og psykiatrisk legevakt. Medisinsk avdeling og kirurgisk avsnitt benytter samme poliklinikkstakster som sykehusene.

#### **6.9.4 Distriktsmedisinske sentre (DMS)**

Det finnes eksempler på samlokalisering av kommunale helsetjenester og desentraliserte spesialisthelsetjenester i Norge. Slike sentre kan inneholde bl.a. allmennlegekontorer, legevakt, observasjonssenger, spesialistpoliklinikk, ambulante tjenester, lærings- og mestringscenter, sykehjem og hjemmetjeneste. Flere slike eksempler er omtalt i en rapport<sup>2</sup> skrevet av Sosial- og Helsedirektoratet i 2002.

Distriktsmedisinske sentre kan være organisert forskjellig, men skal baseres på konkrete avtaler mellom kommuner og helseforetak. Et eksempel på *kommunal drift* etter avtale med helseforetaket er sykestuen i Alta. Denne har 13 senger. Det drives utstrakt akutttdiagnostikk og -behandling, og det gis spesialisert behandling som dialyse og cellegiftbehandling. Et eksempel på at *helseforetaket* står for driften er Hallingdal sjukestugu, der 6 kommuner har avtale med Ringerike sykehus. Sykestuen inkluderer legevakt og Legevaktsentral, 14 somatiske og 10 psykiatriske døgnplasser, spesialistpoliklinikk for mange fag, lab/blodbank, røntgen, ambulansetjeneste og lærings- og mestringscenter. De somatiske døgnplassene benyttes ca 50/50 av primærlegene og av sykehuset, dvs posten benyttes i både innleggelses- og utskrivelsessituasjoner og spesialister av flere typer involveres i arbeidet på posten.

#### **6.9.5 Felles akuttinntak i Danmark (FAME)**

Primærleger i Danmark beskriver mange av de samme praktiske problemer i et sykehusvesenet som har vært aktuelle i Norge: Komplisert funksjonsdeling, uklare kommunikasjonslinjer, mangelfull samhandling og liknende. Det pågår nå en omorganisering av helsetjenesten som har mange felles trekk med prosesser i Norge.

Sundhedsstyrelsen har gjennom en akuttmelding bestemt at man skal etablere større opptaksområder og samle akuttfunksjoner i sykehusområder med pasientgrunnlag på ca 200.000-400.000. Modellen likner på de planer som nå utredes av Helse Sør-Øst (lokalsykehus og område-sykehus). Både kirurgiske og medisinske akuttvurderinger planlegges samlet ved akuttsykehuset. Mange lokalsykehus er nedlagt eller har mistet lokalfunksjoner de senere årene, men man har ofte beholdt legevaktfunksjon på disse.

På de nye akuttsykehus er det vedtatt at man skal etablere felles akuttinntak (FAME). I modellen har legevaktlegen et kontor i tilknytning til FAME, og pleierpersonellet i FAME står for triage og assisterer legevaktlegen. Man tenker seg at FAME vil ha et pasientvolum på omkring 100-120 pasienter per døgn. Man tenker seg at denne enheten skal disponere 40-60 senger.

I FAME tenker man seg ikke bare fordeling av pasienter, men både mottak/triage, stabilisering, diagnostikk og oppstart av behandling. Mange pasienter skal utskrives direkte derfra. FAME skal også kunne sende pasienter videre til andre sykehus i regionen. Liggetiden i FAME er tenkt å være maksimalt 48 timer. Man finner det ønskelig at FAME bemannes av faste (sykehus-)leger, som har ansvaret for pasienten og innhenter støtte hos spesialister i indremedisin, kirurgi, ortopedi, anestesi og røntgen. Man ønsker umiddelbar tilgang til CT, UL og operasjonsstuer. Man vurderer om man skal etablere en egen spesialitet i emergency medicine. Tanken er at man skal sortere pasientene etter hastegrad, ikke etter fagområde, og at legene i FAME skal ha breddekompetanse. Enkel skadebehandling tenkes utført av

---

<sup>2</sup> ”Distriktsmedisinske senter (DMS). Utvikling av sykestuer til fremtidens ”desentraliserte” spesialisthelsetjeneste”. Rapport fra Sosial- og Helsedirektoratet, 2002.

sykepleier i FAME, mens akuttlege på sykehuset behandler mer alvorlige skader. Modellen åpner imidlertid for lokale variasjoner.

Alle pasienter skal gjennom FAME, unntatt enkelte grupper som har tidskrisiske sykdommer og andre med skreddersydde pasientforløp. Man tenker seg at pasientene som hovedregel kommer henvist via primærlege/legevaktlege, gjerne etter telefonisk vurdering. Pasienter kan også bringes inn av ambulanse, men tar også høyde for at publikum i økende grad vil kunne oppsøke FAME direkte, slik det er vanlig i mange andre land.

### **6.9.6 Legevaktjeneste i Grenoble, Frankrike**

Grenoble er en by på ca 500.000 innbyggere. Provinsen har ca 1 mill innbyggere. Størrelsen er derfor sammenlignbar med hovedstadsområdet rundt Oslo.

#### *AMK/Legevaktsentral*

Telefonsentralen har ansvar for helseberedskapen i hele provinsen. Sentralen har god oversikt over ressurstilbudet i kommunene. Disse ressursene er stort sett fastleger og brannfolk. Ved oppdrag blir ofte brannvesenet først kontaktet, og de rykker ut til den som søker hjelp.

I sentralen sitter i fremste linje spesialopplærte telefonoperatører som gjennom nøyaktige prosedyrer gir innringer hjelp på et lavest mulig omsorgsnivå. De håndterer omkring halvparten av innringningene og gir hjelp i form av enkle råd eller sender ut brannfolk eller fastlege i den kommunen innringer bor i. Disse telefonoperatørene gir prinsipielt ikke medisinske råd, men mer råd av praktisk karakter. Neste ledd i kjeden inne på sentralen er en allmennpraktiserende lege. Denne gjør medisinske vurderinger og kan rekvirere ambulanse hvis pasienten skal komme til "legevakten". Ved mer livstruende situasjoner blir ansvaret overlatt til anestesilege som vurderer og setter inn de tiltak som er nødvendig, inkludert helikopter. De råder også over en egen "alpetropp" ved ulykker i de omliggende fjellområder.

#### *Legevakt/akuttmottak*

Pasientmottaket er plassert i nærheten av universitetssykehuset i Grenoble, men organisert som en egen enhet med egen ledelse. Ventearealet er relativt lite sammenlignet med Legevakten i Oslo. Dette skyldtes at det er relativt få pasienter som kommer for ikke-akutte lidelser. Disse blir håndtert av fastlegene, som ofte har åpent til langt utover kvelden.

Etter et fellesmottak blir pasienten enten sendt til skadeseksjonen eller den generelle medisinske seksjonen. Det er de samme legene og sykepleiere som arbeider ved begge seksjoner. Fellesfunksjoner som røntgen og laboratorium er plassert i fellesarealer mellom de to seksjonene. Etter undersøkelse og triage blir pasienter flyttet innover til behandlingsområdet og prioritert etter alvorlighetsgrad. Begge seksjoner ender opp i en observasjonsavdeling som igjen er delt i forskjellige seksjoner, "intensiv", psykiatri, generell indremedisin og kirurgi. Pasienten kan ligge til observasjon i inntil 3 døgn og svært mange blir ferdigbehandlet ved observasjonsavdelingen.

### **6.9.7 Organisering av akutte psykiatritjenester**

Psykiatrisk legevakt slik den er organisert i Oslo finnes ikke noe annet sted i Norge.

- I Bergen har legevakten en psykiater på vakt hver kveld som tar inntil 3 konsultasjoner etter henvisning fra allmennlegevakten
- Lillestrøm hadde et prøveprosjekt med en psykiatrisk legevakt i 1996-2000, men den ble nedlagt fordi den behandlet for få pasienter. Også denne tjenesten hadde henvisningsplikt. På Lillestrøm har man i dag et akutteam som ikke selv har vedtakskompetanse, men har tilgang til lege med slik kompetanse på kveldstid.
- I Sverige har man ikke psykiatrisk legevakt i den form vi har her. Der kan pasientene møte på poliklinikk på sykehusets akutpsykiatriske avdelinger.
- I Danmark finnes det 16 psykiatriske skadestuer. Psykiatrisk divisjon på UUS har sammenliknet dette tilbudet med forholdene her.
  - Skadestuen er poliklinikk med døgnplasser, ofte tilknyttet til akutpsykiatriske avdelinger og ikke samlokalisert med somatiske tjenester.
  - Skadestuen er åpne for inntil tre døgn opphold. Psykiatrisk legevakt har tilgang til obsposten i inntil ett døgn (i 2007 benyttet man kun 125 døgn).
  - Skadestuen har ansvaret for avrusningen. I Oslo er mangel på akutte avrusningsplasser en av de største utfordringene for psykiatrien.
  - Mange kronisk syke bruker skadestuen akutt og går ikke til DPS'ene på dagtid. I Oslo henvises pasienter som oppsøker legevakten på dagtid til DPS.
  - Skadestuen dekker langt færre innbyggere enn psykiatrisk legevakt i Oslo. København har 9 psykiatriske skadestuer og ønsker å redusere antallet.
- I USA organiseres psykiatrisk legevakt ofte sammen med somatisk legevakt. De anbefaler en integrering slik at personalet ved psykiatrisk legevakt er kledd likt som ved somatisk legevakt og at tilgjengeligheten er lik.
- I London er tjenestene organisert svært ulikt i de ulike bydelene. Tilgangen til akutpsykiatriske tjenester varierer veldig. Noen har døgnåpne psykiatriske akuttklinikker, andre har etter arbeidstid kun sosiale akutteam. De fleste akuttmottak har tilgang til en form for konsultasjonspsykiatrisk tjeneste, men noen har det ikke, og enkelte steder består det av kun en sykepleier. Modellen med akutteam og ambulante team er hentet fra England, som benytter Crisis resolution teams til å vurdere alle sykehusinnleggelser.

## 7 Forslag til innhold i og dimensjonering av en fremtidig storbylegevakt

### 7.1 Tjenester som bør inkluderes i storbylegevakten

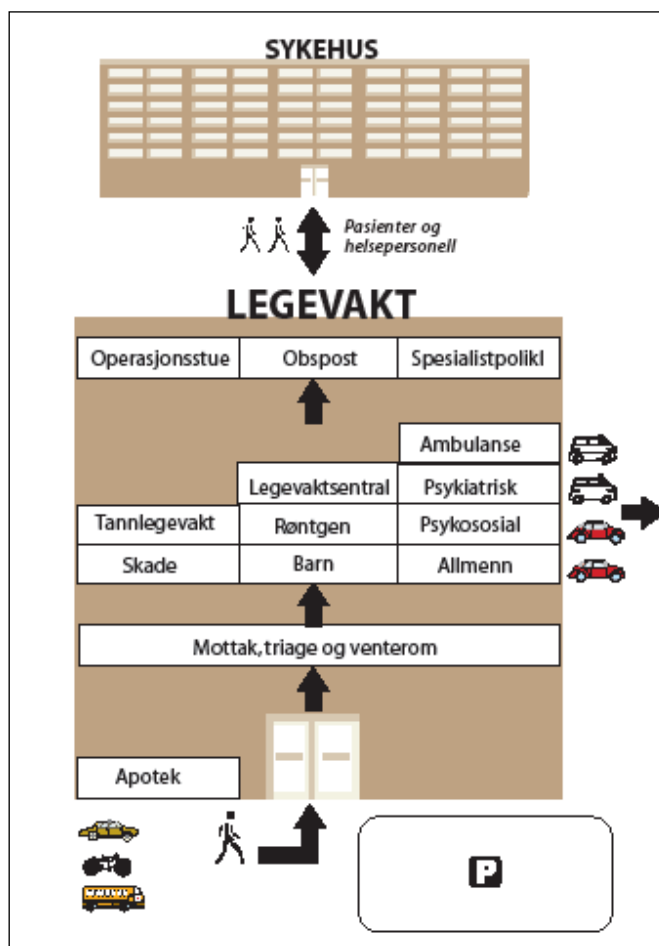
En fremtidig storbylegevakt må representere et døgnåpent sikkerhetsnett ved alle typer akutt sykdom, skade, krise eller psykisk lidelse. Legevakten må tilby effektiv triage og diagnostikk slik at pasienter raskt ledes inn i riktig behandlingsskjede eller hjem, bør kunne observere pasienter inntil tilstanden er tilstrekkelig avklart og ferdigbehandle de fleste pasientene. Organiseringen må tilrettelegge for tilstrekkelig kompetanse til å utføre dette på en faglig forsvarlig måte, blant annet ved at det legges til rette for faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten. Legevakten må ha kapasitet til å delta som en hovedaktør ved større katastrofer og hendelser i hovedstaden.

#### Basistjenester i fremtidens storbylegevakt

- Allmennlegetjeneste inkludert observasjonsrom for berusede personer
- Skadepoliklinikk
- Døgnåpen røntgenavdeling med CT
- Psykiatrisk legevakt
- Psykososial støttebehandling og akutt sosialhjelp
- Legevaktsentral med medisinsk rådgivning og sykebesøksformidling
- Observasjonspost
- Tannlegevakt
- Døgnåpent apotek
- En avgiftningsstasjon for rusmiddelavhengige kan, men må ikke, plasseres i storbylegevakten

For å understøtte dette er det nødvendig med

- Laboratorietjenester minst på dagens nivå
- Røntgen- og CT-undersøkelser på dagens nivå, med radiolog i bakvakt for å avklare bilder som behandlende lege er usikker på
- Gode interne kvalitetssystemer og fast personell
- Gode kommunikasjons- og journalsystemer som understøtter samarbeid
- Tett samarbeid med sykehus med akutfunksjoner
- Lokal ambulansestasjon med tilstrekkelig kapasitet
- Godt samarbeid med fastlegene



Figur 11

## 7.2 Kompetanseutvikling og tilknytning til spesialisthelsetjenesten

Storbylegevakten skal tilby tverrfaglig, koordinert hjelp som inkluderer både første- og annenlinjetjenester i tett samarbeid. Storbylegevakten skal tilby diagnostikk, observasjon og behandling av høy kvalitet, og avklare de fleste henvendelser poliklinisk uten at pasienten trenger å reise videre til ny vurdering på et sykehus.

Grunnlaget for å nå dette målet er at man har tilstrekkelig utstyr og kompetanse, og at det er enkelt å benytte seg av spesialistkompetanse når man trenger det. Det er derfor en forutsetning at storbylegevakten har en sterk faglig tilknytning til et akutt sykehus med brede akuttfunksjoner, for eksempel et områdesykehus i den modellen som drøftes i hovedstadsprosessen. Kompetanseoverføring er en avgjørende suksessfaktor som kan ivaretas på flere forskjellige måter

- Gode samarbeidsfora der man bl.a. utvikler felles rutiner og gode pasientforløp
- Samlokalisering mellom første- og annenlinjetjenester, for eksempel poliklinisk spesialistvirksomhet i legevaktens lokaler
- Bruk av spesialister som ressurspersoner i tjenestene
- Etablering av spesialitet eller formalisert fagområde i akuttmedisin, og bruk av legevakten som et utdanningssted til en slik spesialitet
- Internundervisning av leger og annet helsepersonell
- Hospitering
- Undervisning av legestudenter og annet helsepersonell
- Samarbeid om forskningsprosjekter
- Datainnsamling for evaluering av og forskning på egen virksomhet
- Valg av organisasjonsmodell og lokaler/beliggenhet for en ny storbylegevakt kan ha stor betydning for mulighetene for kompetanseoverføring

Det er mest aktuelt å etablere særskilt samarbeid innenfor fagområder der volumet er stort, jfr figur 9 i avsnitt 4.15.5. Ut fra antallet henvisninger er de mest aktuelle spesialitetene radiologi, indremedisin, ortopedi, generell kirurgi, psykiatri, pediatri og gynekologi. Man bør vurdere å etablere en fast tilknytning til spesialister i disse fagene, slik at det kan foregå en kontinuerlig kompetanseoverføring. Fast tilknytning kan etableres på flere måter, for eksempel ved at spesialister deltar i det daglige arbeidet på observasjonsposten og poliklinikkene, ved at man lokaliserer spesialistpoliklinikker/operasjonsstuer til legevaktens lokaler, ved et tettere samarbeid mellom akutteamet og akutteam/sosial vaktjeneste.

Dertil kommer en rekke andre spesialiteter med mindre volum, blant disse nevrologi, øye, øre-nese-hals, nevrokirurgi og andre. Disse fagene kan man ha en løsere tilknytning til, for eksempel gode hospiteringsordninger.

Et viktig kompetansesarbeid er å øke legenes gjennomsnittlige ansettelsestid. Dette kan først og fremst oppnås ved å gi legene varierte og interessante arbeidsoppgaver, og en turnus og lønnsvilkår som er tilstrekkelige til at legene ikke søker seg raskt videre til andre stillinger.

Erfaring fra en institusjon som en storbylegevakt vil være nyttig i utdanningsløp innenfor mange spesialiteter. Tjenesten burde i større grad gjøres tellende i legers spesialistutdanning, og man bør vurdere å benytte storbylegevakten som et av flere tjenestesteder i



utdanningsløpet til en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin. Slik kan man styrke breddeperspektivet innenfor en rekke fagområder.

### **7.3 Allmennlegetjeneste**

Tjenesten er avhengig av både allmennpoliklinikkens rutiner/grundighet og legevaktbasenes effektivitet. De privatpraktiserende legene har lengre erfaring, mens de ansatte legene har god kjennskap til rutiner og samarbeidspartnere innenfor akuttjenestene. Legevaktbasene kan faglig sett gjerne ligge i tilknytning til storbylegevakten, så lenge lokalene er slik utformet at man kan håndtere en kraftig økning i antallet konsultasjoner. Dette er ikke tilfelle i Storgaten 40 i dag. Dersom basene ikke samlokaliseres med storbylegevakten bør man finne nye lokaler til legevaktbasen på Ryen, og vurdere om det skal etableres en legevaktbase som kan betjene vestlige bydeler.

Legevaktsentralen trenger utvidet kapasitet i beredskapssituasjoner. Dette kan man oppnå ved å forbedre tekniske løsninger og lokaler, og samarbeide tettere med de psykososiale tjenestene som også driver utstrakt telefonveiledning av pasienter. Etablering av nytt Nødnett er en teknisk nyvinning som kan styrke beredskapen.

Spesialister av forskjellig slag bør tilknyttes allmennlegetjenesten, jfr forrige avsnitt om kompetanse.

### **7.4 Legetjeneste til barn**

Arbeidsgruppen mener at allmennleger har riktig kompetanse til å behandle syke barn. Antallet barnekonsultasjoner er høyt, men andelen alvorlig syke barn er lav. I førstelinjen bør man derfor primært benytte allmennleger. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at tjenester til barn samlokaliseres med legevaktens øvrige tjenester, fremfor å samlokaliseres med en barneavdeling. Det er imidlertid ønskelig at man sikrer kontinuerlig kompetanseoverføring fra spesialist til allmennlegene, for eksempel ved at en pediater deltar i arbeidet deler av døgnet. I dag er antallet barn som innskrives om natten for lavt til at det er hensiktsmessig å holde barneseksjonen døgnåpen. Dersom man flytter til nye lokaler bør man lage løsninger som muliggjør en god skjerming av barn også når barneseksjonen er stengt.

### **7.5 Observasjonspost**

Arbeidsgruppen oppfatter observasjonsposten som en suksessfaktor for å yte gode tjenester til pasientene. Observasjonsposten er også et godt utgangspunkt for kompetanseoverføring mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Man bør vurdere å utvide sengetallet, inkludere nye pasientgrupper og kartlegge om det er hensiktsmessig å utvide liggetiden til for eksempel 3 døgn. Posten bør knyttes sterkere opp mot spesialistkompetanse enn i dag.

### **7.6 Skadepoliklinikk**

Skadepoliklinikken må utføre sårbehandling og annen kirurgia minor, og lukket bruddbehandling. Basert på erfaringene med det nære samarbeidet mellom Skadeavdelingen og Ortopedisk senters operasjonsavdeling som er samlokalisert ved Legevakten i dag, anbefaler gruppen at man legger forholdene til rette for de samme samhandlingsmulighetene gjennom å etablere tilsvarende operasjonsaktivitet under samme tak i et fremtidig nytt bygg. Dette vil bidra til å sikre samarbeide med spesialisttjenesten, utvikle fagmiljøet og holde på personell over tid.

## 7.7 Tjenester til rusmiddelavhengige

Arbeidsgruppen anbefaler at kapasiteten til å ta imot akuttprosienter til døgnopphold økes. Det bør etableres flere avgiftningsplasser. Slike plasser kan, men må ikke, samlokaliseres med storbylegevakten. Hvilke valg som bør gjøres her ved organisering av akutt avgiftning kan avhenge av hvor vidt man velger å opprettholde muligheten til å oppsøke avgiftning selv uten henvisning. En ny storbylegevakt må ha plass til å motta rusmiddelavhengige i skjermede lokaler når det er behov for det. Ved planlegging av nye akuttjenester til rusmiddelavhengige må grenseflaten mot legevakten avklares og gode samarbeidsrutiner etableres.

## 7.8 Psykososiale tjenester og psykiatritjenester

Arbeidsgruppen anbefaler at man utreder nærmere hvordan disse tjenestene kan koordineres og organiseres bedre. Man bør spesifikt vurdere

- Hvordan voldtektsmottaket kan utvides til et overgrepsmottak med utvidet tilbud også til pasienter utsatt for vold i nære relasjoner, og om et slikt mottak skal etablere et samarbeid med kommuner i Akershus.
- Om ambulante team på DPS kan struktureres slik at de har samme kompetanse, ansvarsområder og åpningstid. Dermed kan pasienter og samarbeidspartnere vite hva teamene skal utføre, dette vil øke tilgjengeligheten til teamene.
- Om legevaktens akutteam kan styrkes for å ivareta pasientenes behov når de ambulante team ved DPS er stengt, og om man kan samarbeide ved at akutteamet overleverer oppdrag til ambulante team ved DPS neste morgen.
- Om de psykososiale tjenester som ytes på Legevakten kan knyttes sterkere sammen, og om samarbeidet med psykiatrisk legevakt kan styrkes.

## 7.9 Psykiatritjenester

Psykiatrisk legevakt fungerer godt, men har et begrenset ansvarsområde og en sårbarhet i forhold til bemanning. Samarbeidet med DPS og de ambulante teamene der bør videreutvikles. Arbeidsgruppen anbefaler at man vurderer følgende tiltak innenfor psykiatritjenestene:

- At man fremfor å bygge opp ambulant tilbud med høy kompetanse utenom normalarbeidstid samarbeider om å styrke psykiatrisk legevakt.
- At psykiatrisk legevakt i fremtiden kan utføre sykebesøk, for eksempel i samarbeid med legevaktens Akutteam.
- At psykiatrisk legevakt i fremtiden kan betjene et større geografisk område enn Oslo kommune.
- At psykiatrisk legevakt dersom man utvider arbeidsoppgaver og evt nedslagsfelt, kan forsvares åpnet også om natten. Dette har man tidligere ikke funnet grunnlag for, fordi pasientmengden i Storgaten 40 da er relativt liten, og mange av henvendelsene der gjelder rusproblematikk.
- Å etablere en ambulant tjeneste som styrker tilbudet knyttet til tvungent psykisk helsevern (tvangsundersøkelser, tvangsinnleggelse, transport og også eventuelt tvungen medisinerings). Et slikt samarbeid bør involvere allmennlegevakten, psykiatrisk legevakt, politiet, ambulansetjenesten og byens DPS. Tjenesten kan for eksempel bestå av en spesialtilpasset ambulanse som har forskjellige primæroppgaver på forskjellige tider av døgnet (for eksempel planlagt tvangsbehandling, akuttvurderinger utenfor institusjon og pasienttransport med eller uten ledsagende politi). En slik tjeneste vil representere et styrket tilbud, en klarere ansvarsfordeling og kan være økonomisk gunstig sammenliknet med dagens organisering.

## 7.10 Samarbeid på tvers av fylkesgrensene

Arbeidsgruppen har kort diskutert hvor vidt man bør planlegge et utvidet samarbeid på tvers av fylkesgrensene. Når det gjelder de sentrale legetjenestene er volumet så stort innenfor hvert område at ytterligere sentralisering vurderes som lite hensiktsmessig. Det kan imidlertid være grunnlag for å samarbeide om tjenester som har lite pasientvolum. Det pågår samtaler mellom Oslo kommune og kommuner i Akershus vedrørende samarbeid om voldtekstmottak. Dette bør avklares, og man bør vurdere om personer utsatt for vold i nære relasjoner også skal inkluderes i et slikt samarbeid. Arbeidsgruppen anbefaler også at det utredes om psykiatrisk legevakt kan betjenes et større nedslagsfelt, jamfør forrige avsnitt.

## 7.11 Journalsystemer

For å kunne ivareta helheten i et pasientforløp er det viktig med tilstrekkelig informasjon. I dag benytter de kommunale tjenestene og psykiatrisk legevakt profdoc vision, mens skadepoliklinikken har valgt å benytte DLPasdoc som benyttes av Ullevål universitetssykehus. Dette har både juridiske og praktiske årsaker, og en overgang til felles journalsystem vil derfor trenge en nærmere utredning. Profdoc Vision og DLPasdoc er utviklet for to forskjellige tjenestenivåer og støtter hvert sitt finansieringssystem. Teknisk sett kan mange av samhandlingsutfordringene løses ved å etablere gode ordninger for elektronisk meldingsoverføring mellom tjenestene. Det ligger nå ganske godt til rette for å komme i gang med slik kommunikasjon mellom journalsystemer, og de kommunale tjenestene er i ferd med å ta dette i bruk.

## 7.12 Lokalisering/beliggenhet for fremtidens storbylegevakt

En fremtidig storbylegevakt slik det skisseres i denne rapporten trenger nye lokaler, og eventuelt flyttes til en annen beliggenhet.

Dagens lokalisering har fordeler relatert til nærhet for store grupper og ikke minst for svake pasientgrupper. Den bidrar også til at sykehusets tjenester ikke brukes unødig. På den annen side er fysisk nærhet til akutt sykehuset viktig for nær og effektiv samhandling, kompetanseoverføring og tilgang til avanserte øyeblikkelig hjelptjenester i hastesituasjoner. Fysisk nærhet har også potensial for mer effektiv ressursutnyttelse som for eksempel felles observasjonsenhet og bruk av støttefunksjoner som røntgen.

I praksis mener gruppen at man kan tenke seg tre prinsipielt forskjellige lokalisasjoner.

- Samlokalisering og integrering i et felles akutt mottak på et sykehus (FAM)
- Beliggenhet innenfor gangavstand til sykehus
- Beliggenhet nær sentrum

Andre forhold som må vektlegges ved valg av lokalisering er

- God tilgjengelighet for publikum
- Gode utrykningsforhold for ambulansetjenesten
- Nærhet til viktige samarbeidspartnere (ambulansetjeneste, sykehus med akuttfunksjoner, politi)
- Kort vei til spesialister for faglig samarbeid og til sykehus for innleggelse
- En viss avstand til sykehuset, slik at man unngår at sykehusets ressurser aktiveres unødig. Det har for eksempel vist seg at observasjonsposter innenfor sykehus gir mindre økonomisk gevinst enn tilsvarende poster utenfor sykehus.
- Tilgjengelige tomter og kostnader

Gruppen mener at med legevaktens store volum, varierte pasientgrunnlag og store personellgrupper vil det ikke være hensiktsmessig å legge legevakten til et FAM. Man kunne i prinsippet tenke seg å spre legevaktens funksjoner til FAM på flere sykehus, men dette vil medføre splitting av et godt fungerende fagmiljø og behov for duplisering av tjenester. Gruppen vil derfor ikke anbefale et FAM, men en fortsatt satsning på en selvstendig legevakt i egne lokaler.

Lokalisering nær sykehus tillater at personell enkelt kan rotere mellom legevakten og sykehuset, eventuelt også at pasienter kan gå eller trilles i seng til sykehuset for eksempel gjennom en glassgang eller liknende, uten at man behøver å tilkalle ambulanse. Lokalisering i sentrum øker tilgjengeligheten for personer som befinner seg der og ikke disponerer bil eller har tilgang/penger til annen transport. For ressurssterke personer som disponerer egen bil har parkeringsforhold trolig større betydning enn nærhet til sentrum.

Gruppen er enig i at en moderne legevakt trenger en nær tilknytning til spesialisthelsetjenesten som beskrevet for å oppnå høyest mulig faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. Det må imidlertid utredes nærmere om dette oppnås best i gangavstand til et akutt sykehus, eller ved en viss avstand fra sykehuset. Gruppen konstaterer samtidig at fysisk nærhet (kort gangavstand) mellom legevaktsfunksjoner og akutt sykehuset er en trend nasjonalt og til dels internasjonalt.

### **7.13 Fysisk utforming av et nytt legevaktbygg**

En ny storbylegevakt må ligge i et fleksibelt bygg som tillater at man endrer innholdet i tjenesten ved behov, og bygget bør ha muligheter for utvidelse/tilbygg når behovene endrer seg. Lokalene må utformes slik at det inviteres til samarbeid mellom forskjellige faggrupper, både innenfor legevaktens kjerneområder og utad i forhold til andre tjenester og spesialiteter. Lokalene skal ivareta prinsippet om at hjelptrengende finner all hjelp på samme sted, men samtidig må det være muligheter for arealmessig avskjerming av forskjellige pasientgrupper som barn, personer som er ute av psykisk balanse, smertepåvirkede og pasienter som av forskjellige grunner påvirker andre på en uheldig måte.

Ved utforming av en ny storbylegevakt må man bruke erkjennelsen om viktigheten av at fysiske og arkitektoniske løsninger skal understøtte samhandling. Det er ikke alltid at en ønsket samhandling har nødvendig motivasjon blant utførende helsepersonell. Fysiske løsninger som ikke legger til rette for samhandling vil redusere mulighetene for å få til forbedringer. Gode fysiske løsninger legger til rette for gode samhandlingsmønstre.

## 8 Aktuelle organisasjonsmodeller for en storbylegevakt

### 8.1 Pålagt samhandling

Tjenestene som omhandles i denne rapporten er pålagt å etablere samhandling som sikrer pasienten best mulig behandling. Erfaringer fra Sykehuset Asker og Bærum tyder på at det bør utvikles samhandlingsarenaer på flere nivåer i organisasjonene for å ivareta god samhandling og utvikling av tjenestene.

1. Oslo kommune og Helse Sør-Øst bør inngå en overordnet samarbeidsavtale som regulerer samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En slik avtale bør beskrive rammene for storbylegevakten som samarbeidsarena og følges opp jevnlig for å ivareta behov som for eksempel å
  - sikre legevakten nødvendig forankring og langsiktig forpliktende samarbeid
  - gjennomgå legevaktens økonomiske rammer på et overordnet nivå
  - utveksle informasjon og identifisere områder med behov for felles løsninger
  - utarbeide en årlig strategi med handlingsplan
  - etterspørre rapportering og resultater
  - avgjøre eventuelle uenighetssaker som ikke blir løst på lavere nivå
2. Det bør etableres faglige samarbeidsorganer (lederfora) mellom legevakten og andre tjenester. Slike lederfora bør være faglig sammensatt, og uavhengige av linjeorganisasjoner. Et slikt forum finnes i samhandlingen mellom legevakten og AMK-sentralen. Samarbeidet med andre viktige samarbeidspartnere kan styrkes ved å opprette lederfora innenfor forskjellige fagområder, for eksempel psykososiale tjenester, psykiatri, somatikk og beredskapsplanlegging. Ut fra slike lederfora bør man utvikle daglige rutiner og samarbeid, forbedre pasientforløp, håndtere avvik og liknende.

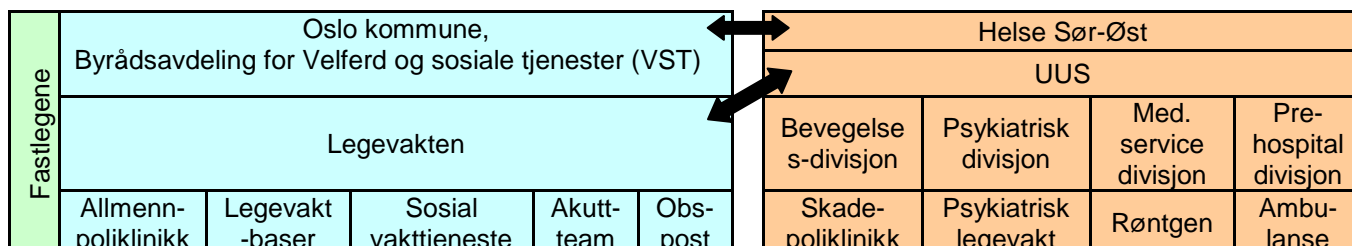
### 8.2 Felles organisering og enhetlig ledelse

Storbylegevakten befinner seg i gråsonen mellom forskjellige tjenester, organisasjoner og tjenestenivåer. Dette innebærer sårbarhet og utfordringer. Samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene må ifølge myndighetenes krav baseres på lokale avtaler. I det videre arbeidet bør man utrede forskjellige organisasjonsmodeller. Modellen som velges må ivareta følgende behov:

- Enhetlig ledelse med entydig styringslinje til hver enkelt medarbeider
- Forutsigbar økonomi
- Robust løsning
- Felles journalsystem (eventuelt ivaretagelse av informasjonsbehovet ved andre gode tekniske løsninger)
- Fasilitere samhandling slik at gode samhandlingsprosjekter kan "eksporteres" fra et fagområde til et annet, og man kan utvikle en kultur som fokuserer på at egne beslutninger får konsekvenser for andre.
  - mellom primær- og spesialisthelsetjenesten generelt
  - på tvers mellom akuttjenestene
  - mellom storbylegevakten og akuttpsykehusene

### 8.2.1 Fortsette med dagens modell

Dagens legevakt er organisert som et samboerskap mellom flere forskjellige tjenester som drives av Oslo kommune og Ullevål Universitetssykehus, jfr figuren nedenfor. Fordelen med denne organiseringen er sterk faglig tilknytning innenfor de respektive fagområder. Svakheten er at det mangler en enhetlig ledelse, og samarbeid på systemnivå er mangelfullt på noen områder. Storbylegevakten er med denne organiseringen ikke en samlet enhet, men en gruppe samlokaliserte tjenester som i det daglige ledes av fem enheter/divisjoner.

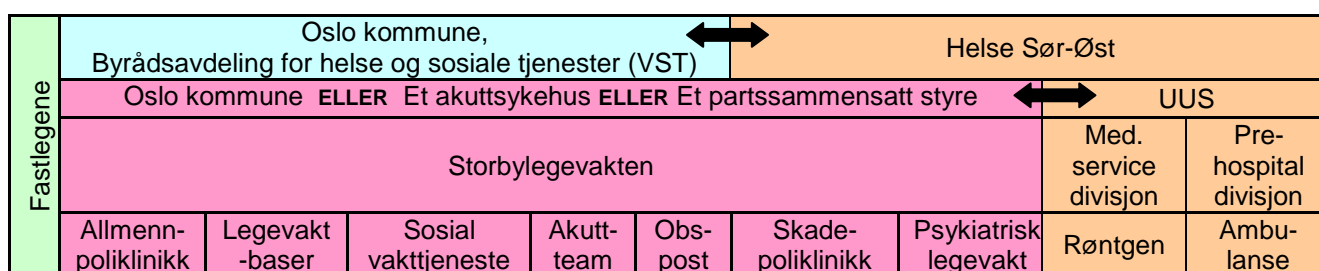


Figur 12. Dagens organisering. Pilene indikerer at det er inngått skriftlig samarbeidsavtale om legevakttjenestene.

### 8.2.2 Etablere felles linjeledelse for legevaktens viktigste tjenester

Gruppen er enig om at en storbylegevakt bør ha felles ledelse som kan gjennomføre de mål eierne setter. Det må utredes om man kan inngå avtale om at driftsansvaret for tjenestene samles i en felles linjeorganisasjon. En slik avtale bør innebærer at arbeidsforholdene til de ansatte samles hos samme arbeidsgiver. En slik avtale kan baseres på to forskjellige modeller:

- En av partene overtar driftsansvaret for tjenester som i dag utføres av den andre parten. En slik løsning vil kunne ha fellestrekk med enkelte av løsningene som er beskrevet i Sosial- og helsedirektoratets rapport om Distriktsmedisinske sentre. Ansvarsforholdene vil arte seg litt forskjellig avhengig av hvilken part som driver tjenester for den andre.
- Det etableres en ny organisatorisk enhet "Storbylegevakten" som eies av kommune og (regionalt) foretak i fellesskap. En slik enhet kan for eksempel ledes av et partssammensatt styre.



Figur 13. Eksempel på en avtalebasert organisasjonsmodell der legevaktens kjernetjenester samles under én ledelse. Pilene indikerer at det er inngått skriftlig samarbeidsavtale om legevakttjenestene.

## 8.3 Finansiering

Når valg av organisasjonsform utredes videre må konsekvenser for finansieringen vurderes spesielt. Legevakttjenestene har en stor andel av sine inntekter fra egenandeler og refusjoner. Reglene for disse er forskjellige i 1. og 2.linjetjenesten. Pasientgrupper som eventuelt forskyves mellom tjenestenivåene vil utløse andre inntekter enn tidligere. Behandlerens status og tjenestenes innhold er avgjørende for hvilke finansieringsordninger myndighetene vil

godkjenne i hvert enkelt tilfelle. Noen tjenester vil man måtte rammefinansiere, mens andre kan utløse innsatsstyrt finansiering ut fra DRG-systemet eller Normaltariffen.

To eksempler fra sykehusreformen illustrerer betydningen av dette: allmennlegevakten mistet etter reformen retten til å la underordnede leger benytte spesialisttakster, hvilket medførte et inntektstap på ca 5 millioner kroner. Psykiatrisk legevakt mistet retten til egenandel/refusjon etter både normaltariffen og DRG-systemet, hvilket utgjorde et inntektstap på omkring 2,4 millioner kroner.

Man må forsikre seg om at den organisatoriske løsningen som velges ivaretar myndighetskravene på en slik måte at man kan benytte de finansieringsordninger som finnes i dag, selv om løsningen kan avvike noe fra den tradisjonelle delingen i allmennlegevirksomhet og sykehusvirksomhet. Samtidig må man sikre forutsigbar rammefinansiering<sup>3, 4</sup>.

---

<sup>3</sup> ”Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten - en vurdering og aktuelle tiltak.” Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

<sup>4</sup> ”Distriktsmedisinske senter (DMS). Utvikling av sykestuer til fremtidens ”desentraliserte” spesialisthelsetjeneste.” Sosial- og Helsedirektoratet, 2002.

## 9 Forslag til organisering av og fremdrift for neste fase i arbeidet

### 9.1 Organisering av neste fase

Forprosjektet har som del av sitt mandat å fremme forslag om organisering av og fremdrift for neste fase i arbeidet, hovedfasen, der fremtidig ansvars- og oppgavedeling, lokalisering og finansiering skal utredes.

Ettersom hovedfasen er en fortsettelse av forprosjektet, forutsettes at styringsgruppen for prosjektet videreføres.

Det anbefales at det nedsettes et nytt utvalg bestående av personer med medisinskfaglig (allmennleger og sykehusleger), sykepleiefaglig, økonomisk og administrativ kompetanse. Disse bør rekrutteres både fra Legevakten i Oslo, Oslo kommune og Helse Sør-Øst. I tillegg bør det i utvalget inngå brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Det må vurderes om noen av representantene fra forprosjektet bør inngå i den nye arbeidsgruppa.

Konkret foreslås følgende sammensetning:

Leder

Leger (4)

Sykepleiere (2)

Økonomisk/administrativ (2)

Brukere (2)

Tillitsvalgte (2)

Dette gir et utvalg med 13 representanter.

Det anbefales at sekretær arbeider på heltid for prosjektet i prosjektperioden.

Mandatet for arbeidsgruppa vil være, jamfør mandatet for forprosjektet, å fremme konkrete forslag til fremtidig ansvars- og oppgavedeling, lokalisering og finansiering av fremtidens storbylevakst. Mandatet bør presiseres nærmere av styringsgruppa, med utgangspunkt i rapporten fra forprosjektet. Blant annet må arbeidsgruppa gå nærmere inn i problemstillingene skissert under. Hvordan utvalget gjør dette, må avgjøres av leder og utvalget i fellesskap. Mulige tilnærminger er å etablere underarbeidsgrupper, avholde møter med relevante aktører, invitere foredragsholdere osv. Det anbefales at utvalget avlegger studiebesøk ved relevante steder i utlandet for å innhente inspirasjon og styrke egen kompetanse.

Forprosjektgruppen bidrar gjerne til å utforme av mandat og sammensetning av utvalget etter en nærmere overordnet avklaring.

Utvalget skal levere sin anbefaling innen utgangen av september 2008. Utvalgets arbeid og anbefalinger må koordineres med Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst.



## **9.2 Sentrale punkter som må utredes nærmere**

### **9.2.1 Punkter som anbefales utredet av utvalget**

#### *9.2.1.1 Utrede en ny organisasjonsmodell for storbylegevakten*

Utvalget må utrede hvilken type organisering som best vil ivareta de behov som er skissert over. Kjernespørsmål er avklaring av formelle avtaleforhold, konsekvenser for finansiering, muligheter for enhetlig ledelse og muligheter for deling av pasientjournal.

#### *9.2.1.2 Organisering av pleietjenesten*

Utvalget bør vurdere nærmere hvordan man oppnår optimal organisering av pleietjenesten. Hensynet til faglig spesialisering taler for et fortsatt skille mellom personellgruppene. Hensynet til breddekompetanse og mulighet for fleksibilitet til å benytte ressursene der de til enhver tid trengs mest taler for en felles pleietjeneste. Gitt gode rammebetingelser bør man kunne ivareta begge hensyn på en god måte.

#### *9.2.1.3 Organisering av allmennlegetjenesten på legevakten*

Allmennlegetjenesten på legevakten skal ivareta både legevaktbasenes funksjon (enkle problemstillinger, mange barn, kort ventetid, lite utredning), allmennpoliklinikkens funksjon (sammensatte problemer, tverrfaglig tilnærming, utvidet diagnostikk og behandling, akuttmedisin) og behovet for sykebesøk. Dersom man endrer organisasjonsmodeller og legevaktens beliggenhet/lokaler må man vurdere på nytt hvilken rolle fastlegene skal spille og hvor vidt man bør opprettholde dagens to legevaktbaser eller finne nye løsninger også her.

#### *9.2.1.4 Kompetanseutvikling*

Utvalget bør vurdere hvilken utdanning og kompetanse som er nødvendig/ønskelig for personellet ved storbylegevakten og hvordan dette best kan etableres, herunder fremme forslag om hvordan kontinuerlig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og storbylegevakten best kan sikres på sentrale fagområder, som for eksempel radiologi, indremedisin, ortopedi, psykiatri og pediatri. Videre bør det vurderes hvordan storbylegevaktens potensial som utdanningssted best utnyttes.

#### *9.2.1.5 Psykososiale tjenester og psykiatritjenester*

Utvalget bør gå nærmere inn i problemstillingene skissert i avsnitt 7.8 og 7.9 for å avklare hvilke løsninger som vil være de beste.

#### *9.2.1.6 Overgrepsmottak*

Utvalget bør fremme forslag om hvordan man skal etablere et overgrepsmottak med utvidet tilbud også overfor pasienter utsatt for vold i nære relasjoner. Forslaget bør utarbeides i samarbeid med aktuelle kommuner i Akershus og de sykehus som er involvert.

#### *9.2.1.7 Utvidet observasjonspost*

Utvalget bør utrede og vurdere om pasientene på observasjonsposten kan ivaretas bedre ved at liggetiden forlenges, identifisere nye pasientgrupper som kan inkluderes, og hvilke krav en slik utvidelse eventuelt vil stille til utstyr og kompetanse på observasjonsposten. Utvalget bør også vurdere om legevakten bør overta en del av de pasienter som i dag innlegges i observasjonsposter på sykehus.

### **9.2.1.8 Lokalisering og fysisk utforming av ny storbylegevakt**

Det må utredes nærmere om legevakten bør ligge i gangavstand til et akuttisykehus, eller ved en viss avstand fra sykehuset. Arbeidet med en overordnet/grov rom- og funksjonsplan bør starte. I dette arbeidet må man vurdere hvordan fysiske og organisatoriske løsninger på mest hensiktsmessige måte kan forene god tilgjengelighet til høyspesialisert og kostbar utredning og behandling, samtidig som man unngår at slike ressurser utløses i situasjoner der pasientene kan ivaretas godt uten slike tiltak.

## **9.2.2 Punkter som anbefales utredet videre utenfor utvalget**

### **9.2.2.1 Kartlegge muligheter for et nytt legevaktsbygg**

Oslo kommune har iverksatt en kartlegging av mulige anskaffelsesmodeller og tomter for et nytt legevaktsbygg. Dette er en prosess som bør løpe parallelt med neste fase av arbeidet med ny storbylegevakt.

### **9.2.2.2 Sikre at flere pasienter hjelpes hos fastlegen**

Arbeidsgruppen anbefaler at man iverksetter tiltak for å bidra til at pasienttilstrømningen til legevakten begrenses. Oslo kommune bør, eventuelt i samarbeid med Legeforeningen, vurdere måter å øke kapasiteten for øyeblikkelig hjelp hos fastlegene, og etablere gode kommunikasjonsmåter som sikrer at tjenestene kan samarbeide tettere enn i dag.

### **9.2.2.3 Styrke tjenestene til hjemmeboende eldre**

Gruppen mener det kan være grunn til å etablere tjenester beregnet på hjemmeboende syke og eldre med lavt funksjonsnivå, slik at befolkningen sikres god behandling på lavest effektive nivå og uhensiktsmessige akuttinnleggelses forhindres. Eksempler på slike tiltak kan være ambulerende røntgen, spesialistvurderinger i hjemmet og tverrfaglig poliklinisk utredning. Etter arbeidsgruppens oppfatning ligger slike tiltak utenfor legevaktens ansvarsområde, men tiltakene vil kunne påvirke behovet for legevaktstjenester betydelig.

### **9.2.2.4 Styrke tilgangen til akutt legehjelp på sykehjemmene**

Det bør etableres ordninger som sikrer at beboere på sykehjem i større grad enn i dag kan få kontakt med sykehjemslegen, eller annen lege som kjenner forholdene ved det enkelte sykehjem, når det oppstår akutt behov for legehjelp. Oslo kommune bør også vurdere om det kan etableres en egen vaktordning for sykehjemsleger, i hvert fall deler av døgnet. I Bergen har man en slik ordning frem til klokken 20 om kvelden. Alle sykehjem bør ha tilgang til pleiefaglige råd og eventuelt også hjelp til å utføre prosedyrer i samarbeid med sitt lokalsykehus. Slik støtte vil erfaringsmessig kunne avklare mange situasjoner der man ellers ville tilkalt sykebesøkslege, og denne legen vil ofte løse problemet ved å legge inn pasienten.

### **9.2.2.5 Etablere avgiftningsplasser**

Sett fra legevaktens ståsted er det største hinderet i behandlingen av rusmiddelavhengige i dag at det er for få plasser for akutt avgiftning. Dette tilbudet er spesialisthelsetjenestens ansvar. Utformingen av tilbudet bør foregå i dialog med legevakten, slik at tjenesten organiseres på en hensiktsmessig måte for alle parter.