



OPPFYLLER KOMMUNENE KOMPETANSEKRAV I AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN?

Krav til leger i vakt og trening i samhandling

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmediinna našunála guovddás
UiT Norges arktiske universitet

Birgit Abelsen og Helen Brandstorp

2017



FORORD

Denne rapporten inneholder en kartlegging med formål om å finne ut hvordan landets kommuner oppfyller kompetansekrav i *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.*

(akuttmedisinforskriften). Kartleggingen er rettet mot kommuner og avgrenset til å undersøke vaktkompetansen blant kommunens fastleger i legevaktordningen, hvordan kommunene har fulgt opp krav om bakvaksordning for leger uten selvstendig vaktkompetanse og hvordan kommuner har fulgt opp kravet om trening i samhandling.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš (BMNG) har gjennomført kartleggingen på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kartleggingen er gjennomført av forskningsleder Birgit Abelsen og leder Helen Brandstorp.

Vi takker oppdragsgiver for et spennende og utfordrende oppdrag. Vi vil også takke alle informanter og respondenter som har bidratt med informasjon til kartleggingen.

Alta, 15.12.2017

Birgit Abelsen
forskningsleder

INNHold

Sammendrag	1
1 Innledning	7
1.1 Kompetansekrav til leger i vakt	7
1.2 Trening i samhandling	10
2 Metode og datamateriale	13
2.1 Datainnsamlingen	13
2.2 Hva vi spurte om	16
2.3 Dataanalysen	17
3 Oppfyllding av kompetansekrav til leger i vakt	20
3.1 Fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017	21
3.2 Vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017	23
3.3 Stipulert økning i andelen spesialister i allmenmedisin blant fastleger i legevaktordningen per 1.5.2018	27
3.4 Kompetent lege i bakvakt?	31
3.5 Hvor mange ganger rykket bakvaktlegen ut i løpet av 2016?	36
3.6 Tiltak for å sikre selvstendig vaktkompetanse	38
3.7 Kommentarer om kompetansekrav til leger i vakt	39
3.8 Oppsummering	41
4 Oppfyllding av kravet om trening i samhandling	44
4.1 Hvorfor oppfyller ikke kommunen forskriftskravet?	47
4.2 Treningshyppighet i 2016	47
4.3 Hvilke yrkesgrupper trente samhandling i 2016?	49
4.4 Hvem organiserte treningen?	50
4.5 Hvor ble treningen gjennomført	51
4.6 Oppsummering	52
5 Diskusjon	54
5.1 Vaktkompetanse og mangel på så dann	54

5.2 Kravet om trening i samhandling bør følges opp	56
5.3 Metodiske utfordringer	58
Referanser	60
Vedlegg 1	62
Vedlegg 2	67
Vedlegg 3	68

SAMMENDRAG

Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften?

Krav til leger i vakt og trening i samhandling

Birgit Abelsen og Helen Brandstorp

NSDM-rapport 2017

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) stiller kompetansekrav til leger i legevaktordningen og gir kommunen plikt til å etablere bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse (§7). Akuttmedisinforskriften stiller også krav om trening i samhandling (§4). Denne rapporten inneholder en kartlegging for å finne ut hvordan landets kommuner oppfyller disse kompetansekravene.

Kartleggingen er rettet mot kommuner og avgrenset til å undersøke vaktkompetansen blant kommunens fastleger i legevaktordningen. Vi har ikke kartlagt vaktkompetansen blant fastleger som ikke inngår i legevaktordningen. Vi har heller ikke kartlagt hvilke andre leger som supplerer fastlegene i legevaktordningen og følgelig ikke kartlagt vaktkompetansen blant disse.

Datamateriale og metoder

Rapporten er basert på en kvalitativ forundersøkelse i ni skjønnsmessig utvalgte kommuner og en kvantitativ hovedundersøkelse rettet mot alle landets 426 kommuner. Hovedundersøkelsen ble gjennomført med et elektronisk spørreskjema og omfatter svar fra 93 prosent av kommunene, primært gitt av en kommunelege. Datamaterialet antas å gi en representativ status på landsbasis per 1.1.2017.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av univariate og bivariate analyser. Statistiske tester er brukt for å henholdsvis sammenlikne gjennomsnittsverdier og avdekke sammenhenger knyttet til *kommunens sentralitet, folketall og type legevakt*. Svar på åpne spørsmål er analysert systematisk og meningsinnholdet kondensert.

Om kompetansekrav til leger i legevaktordningen

Stor og systematisk variasjon i andelen fastleger i legevaktordningen på kommunenivå

På landsbasis deltok 64 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017. På kommunenivå varierte andelen fastleger i legevaktordningen betydelig og systematisk med kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Gjennomsnittsandelen av fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var 72 prosent. Den relativt store forskjellen mellom landsbasis og kommunenivå henger sammen med at andelen

fastleger i legevaktordningen avtar signifikant jo mer sentral kommunen er og med økende folketall. I undersøkelsen har 85 prosent av kommunene mindre enn 20 000 innbyggere og 45 prosent er i kategoriene mindre eller minst sentrale. I nær én av tre kommuner deltok alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017.

Høy andel fastleger med selvstendig vaktkompetanse

Blant de 64 prosent av fastlegene som deltok i legevaktordningen på landsbasis, hadde 83 prosent selvstendig vaktkompetanse per 1.1.2017 - 45 prosent av dem fordi de var spesialister i allmenntidmedisin, og 38 prosent fordi de var godkjente allmenntidlege med et tilstrekkelig antall legevakter eller praksis fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til å være kompetent for å inneha selvstendig vakt. Andelen spesialister i allmenntidmedisin blant fastleger er generelt høyere enn den vi fant blant fastleger i legevaktordningen på landsbasis. Det betyr at det finnes fastleger med selvstendig vaktkompetanse som ikke inngår i legevaktordningen.

Gjennomsnittstallene knyttet til vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var ikke vesentlig forskjellig fra tallene på landsbasis. Blant fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune, var gjennomsnittsandelen spesialister i allmenntidmedisin 42 prosent, mens gjennomsnittsandelen med vaktkompetente godkjente allmenntidleger var 41 prosent. Gjennomsnittsandelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen (dvs. spesialister i allmenntidmedisin og godkjente allmenntidleger med vaktkompetanse) i den enkelte kommune var 82 prosent. De minst sentrale kommunene skilte seg signifikant fra de øvrige med en lavere andel spesialister i allmenntidmedisin (35 prosent) blant fastlegene i legevaktordningen. Forøvrig var det ingen signifikante forskjeller i vaktkompetanse blant fastlegene i legevaktordningen mellom sentrale og usentrale kommuner, mellom kommuner med høyt og lavt folketall eller mellom kommuner med kommunal eller interkommunal legevakt.

Mange kommuner med tiltak for å sikre selvstendig vaktkompetente fastleger

Majoriteten blant respondentene (59 prosent) svarte at kommunen hadde satt i verk spesielle tiltak for at deres leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse i akuttmedisinforskriften. Tiltakene handlet om å sørge for å få på plass veiledningsavtaler, at fastlegene fikk tatt nødvendige kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og stille krav om og tilrettelegge for at fastleger får gjennomført spesialisering i allmenntidmedisin.

Et mindretall av kommunene hadde etablert forskriftsmessig bakvaksordning

Blant kommunene i undersøkelsen, var det 42 prosent som svarte at de har etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften, med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig. Drøyt halvparten både av de minst og mindre

sentrale kommunene hadde en bakvaktordning på plass, mot én av tre i de noe sentrale og sentrale kommunene. Nær halvparten av kommunene med minst og mellomstort folketall hadde etablert bakvaktsordning. I de mest folkerike kommunene var tilsvarende andel nær én av fem. Mange av respondentene som ikke hadde en etablert bakvaktordning per 1.1.2017, skrev at de arbeidet med saken og vil ha en bakvaktordning på plass innen utløpet av overgangsperioden 1.5.2018.

Ulik organisering av bakvakt

Drøyt halvparten (52 prosent) av de som hadde en bakvaktordning, hadde en ordning hvor bakvakten har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig. De øvrige hadde bakvakt tilgjengelig på legevakt (25 prosent) eller tilgjengelig på telefon (21 prosent).

Organiseringen av bakvakt var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. I de minst sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene hjemmevakt og rykket ut om nødvendig. I de sentrale kommunene var majoriteten av bakvaktene tilgjengelig på legevakten. Det var tilsvarende ulikhet mellom de minst og mest folkerike kommunene. Kommuner med kommunal legevakt hadde en betydelig andel bakvakt tilgjengelig på telefon, mens de interkommunale legevaktene i relativt stor grad hadde bakvakt tilgjengelig på legevakten.

Kravet om bakvakt med utrykningsplikt er vanskelig å oppfylle

Det var 51 respondenter som brukte muligheten til å komme med en tilleggs kommentar, til å melde fra om at de nye kompetansekravene med utrykningspliktig bakvakt er svært vanskelig å oppfylle. I hovedsak kom disse ytringene fra mange usentrale kommuner med lavt folketall, men det var også likelydende ytringer fra respondenter i sentrale kommuner med høyt folketall. Fra de usentrale kommunene handlet budskapet i hovedsak om at bakvaktkravet utløser en uheldig økt vaktbelastning på et allerede hardt vaktbelastet fastlegekorps. De økte kravene gjør det enda vanskeligere å rekruttere fastleger, vanskeligere å beholde de man har og vanskeligere å opprettholde nåværende legevaktorganisering – med sentralisering av legevakten og større avstand til legehjelp for befolkningen som konsekvens.

Klar melding fra kompetente kommuner

Den samlede vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene skilte seg i liten grad fra vaktkompetansen i de folkerike og sentrale kommunene. Med andre ord; når respondenter fra disse kommunene uttaler seg, så snakker de fra et kompetent utgangspunkt. Det de forteller om vanskene med, og konsekvensene av, å skulle etablere bakvaktsordning med utrykningsplikt bør helsemyndighetene ta innover seg og lytte til. Helsemyndighetene bør søke å unngå en situasjon hvor kravet til bakvaktsordning i legevakt bidrar til ytterligere sentralisering av

tjenesten og økte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegetjenesten. Flere respondenter, både fra kommuner med lavt og høyt folketall, etterlyste evidens for at kravet om bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse, slik den er definert i akuttmedisinforskriften, vil øke kompetansen i legevakt.

Om trening i samhandling

I drøyt halvparten av kommunene ble det trent samhandling i 2016

Andelen kommuner som oppgav at personell trente akuttmedisinsk samhandling én eller flere ganger i løpet av 2016, var samlet 52 prosent. Flertallet av kommunene oppgav at det ble trent én gang i løpet av 2016. Treningssomfanget var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet. De minst og mindre sentrale kommunene skilte seg ut som de som i størst grad hadde gjennomført trening i samhandling. Bare 16 prosent av respondentene medga at deres kommune oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling.

Respondenter fra kommuner som ikke trente samhandling, viste til at de har interkommunale legevakter og uttrykte eksplisitt eller underforstått at dette er «deres bord». Flere medga imidlertid at dette var et område kommunen ikke har tatt tak i. Andre viste til stor ustabilitet blant helsepersonellet som forklaring på at trening i samhandling ikke var prioritert.

I hovedsak leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trener

I de kommunene der personell trente samhandling i 2016, var det i hovedsak leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trente sammen. Treningen omfattet i mindre og avtagende grad helsesekretærer, personell i legevaktsentral, personell i AMK, helefagarbeidere og personell i lokal rus- og psykiatriomsorg. Legekontor og legevakt ble hyppigst brukt som treningsarena. Trening utendørs var også vanlig.

Trening i samhandling organiseres i hovedsak av kommuner

Det var i hovedsak kommunen (63 prosent) som organiserte treningen i samhandling som foregikk i 2016. Helseforetakene stod for en liten andel (10 prosent), selv om forskriftskravet også gjelder for dem.

Kravet om trening i samhandling bør følges bedre opp

Kravet om trening i samhandling har ikke vært fulgt opp med tilsyn fra helsemyndighetens side. Forskning på trening i samhandling som viser at den skaper en god lærings- og pasientsikkerhetskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling, gir gode argumenter for at kravet bør følges opp. Dette kan i praksis gjøres ved å innlemme oppfølging av forskriftskravet som et rapporteringspunkt i oppdragsdokumentet til

helseforetakene. Trening i samhandling kan innføres som en nasjonal kvalitetsindikator, i form av en prosessindikator som dokumenterer samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Forskriftskravet bør videre understrekes i nasjonal veileder i legevaktmedisin som nå er under utforming. Igjen vil vi anbefale at fokuset holdes på å dokumentere prosess og ikke prosedyrer.

1 INNLEDNING

*Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)*¹ som kom i 2015, stiller spesifikke kompetansekrav til leger i legevaktordningen og gir kommunen plikt til å etablere bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse (§7). Forskriften stiller også krav om at helseforetak og kommuner skal legge til rette for trening i samhandling (§4). Dette kravet er videreført fra *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, fra 2005².

Denne rapporten inneholder en kartlegging for å finne ut hvordan landets kommuner oppfyller de ovenfor nevnte kompetansekravene.

Videre i denne innledningen redegjøres det for de spesifikke kompetansekravene som akuttmedisinforskriften stiller til leger i vakt og til trening i samhandling. Vi gjør også rede for hvordan disse kravene er blitt møtt av ulike relevante parter.

Kapittel 2 redegjør for metodiske forhold rundt datainnsamlingen for kartleggingen. I kapittel 3 presenteres funn knyttet til kompetansekrav til leger i legevaktordningen. I kapittel 4 presenteres funn om trening i samhandling. I kapittel 5 diskuteres hovedfunnene i kartleggingen.

1.1 Kompetansekrav til leger i vakt

I akuttmedisinforskriften § 7. *Kompetansekrav til lege i vakt mv.* heter det:

«For at en lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, må vilkårene i bokstav a eller bokstav b være oppfylt:

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

¹ FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).

² FOR-2005-03-18-252. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

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

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

Da akuttmedisinforskriften ble innført i mai 2015, fikk kommunen en tre år lang overgangsperiode før de de nye kravene til kompetanse for leger i legevaktordningen og krav til bakvakt skal være oppfylt (per 1.5.2018).

Fra 1. mars 2017 må leger som tilknyttes kommunen, oppfylle kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten³. Dette innebærer at det stilles kompetansekrav til fastleger. Nye fastleger må enten være spesialist i allmenntjenestemedisin eller under spesialisering i allmenntjenestemedisin. Etter 1. mars 2017 er det ikke lenger mulig for fastleger å starte et løp for å bli godkjent allmennlege. Denne gruppen leger som i henhold til akuttmedisinforskriften har selvstendig vaktkompetanse hvis de oppfyller visse tilleggskriterier, vil dermed gradvis fases ut.

Høringsrunden

Gjennom høringsrunden ble departementet informert om at kravene ville være vanskelig å innfri fra en rekke kommuner og gjennom en kartlegging fra Kommunesektorens organisasjon (KS). Oppslutningen om høringsrunden var god og tilbakemeldingene fra de som kan kalles vanlige norske kommuner, var at dette ville virke negativt i forhold til å rekruttere leger og klare å beholde dem. Vaktbelastningen ville bli for stor. Uønsket sentralisering av legevaktjenester ville dessuten bli en konsekvens. Flere skrev at forskriften syntes å være laget for de største legevaktene og større byene. KS på sin side spilte inn resultater fra en spørreundersøkelse gjennomført av TNS Gallup der landets kommuner blant annet svarte på om de kunne oppfylle kravene. Kun én av ti

³ FOR-2017-02-17-192. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

interkommunale legevakter oppga at de hadde leger med tilstrekkelig formell kompetanse og omlag halvparten av disse legevaktene oppgav at bakvaktkravet ville gi en stor belastning (KS-rapport 2015).

I revidert Fastlegeforskrift fra 2013⁴ er fastlegers tradisjonelle plikt til å delta i legevakt videreført. I Legeforeningens innspillsrapport i arbeidet med akuttmedisinforskriften, *En legevakt for alle, men ikke for alt* (Statusrapport 2015), slår foreningen fast at legevakt er allmennlegearbeid. De fortsetter imidlertid slik: *"Med en presset fastlegeordning - som til stadighet pålegges flere nye oppgaver, er det på tide å se på andre måter å sikre kompetanse i legevakt enn gjennom pålegg av fastlegene. God kompetanse sikres best gjennom god organisering som tilrettelegger for god fagutøvelse."*

Til tross for at Legeforeningen pekte på at fastlegenes kapasitet er presset, skrev de også at hovedregelen for legevakter bør være minimum to leger på vakt. Dette begrunnet de med at hvis det bare er en lege i vakt, vil det kunne oppstå samtidighetskonflikter, dvs. at legen ikke kan behandle to pasienter som henvender seg med akutt hjelpebehov på samme tid. Videre anførte de argumenter som faglig trygghet og større fleksibilitet ved at det er flere leger på vakt, samt at det gir mulighet for å veilede turnusleger, vikarer og uerfarne leger. Legeforeningen argumenterte også for at hovedkravet for å jobbe selvstendig på legevakt bør være spesialiteten i allmennmedisin, samt leger i spesialisering med tre års veiledning. De argumenterer imidlertid videre for at andre leger enn allmennleger bør få delta i legevakt.

Andre leger enn fastleger har legevakt

Selv om deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, ivaretas mange av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. I 2016 ble 63 prosent av alle legevaktkontakter med vaktleger utført av fastleger eller fastlegevikarer som er identifisert i HELFO sine regningskortregistre. Bare 21 prosent av alle konsultasjonene ble utført av spesialist i allmennmedisin. Resten av kontaktene var i hovedsak utført av andre leger, men det var 10 prosent av kontaktene som var med uidentifiserte leger. Andre leger utførte dermed mellom 34 og 44 prosent av alle legevaktkontaktene i 2016 (Sandvik og Hunskaar, 2016).

I tidligere statistikk fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er det rapportert at identifiserte fastlegers andel av utførte kontakter i legevakt har falt nokså jevnt i perioden 2006–2015. Andelen deltakende spesialister i allmennmedisin falt også i samme periode. Andelen av kontaktene som utføres av de mest kompetente legene,

⁴ FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

spesialister i allmenntmedisin og erfarne fastleger som deltar i legevakt, har vært beskjeden og fallende. Sandvik og Hunskår (2016) anslår at fastlegenes utførte kontakter i legevakt var høyere i 2016 enn tidligere år. Beregningene for 2016 var imidlertid gjort på en annen måte enn tidligere år. Tallene er dermed ikke direkte sammenlignbare. For å kunne dokumentere om det er en stigende tendens, trengs flere beregninger gjort på samme måte over tid.

Forskjell på fastlegers deltagelse i legevakt mellom rurale og sentrale strøk
Det gis rett til fritak fra deltagelse i legevakt for fastleger under visse forutsetninger, men undersøkelser har vist at langt flere enn dem som formelt har rett til fritak, ikke deltar i legevakt (Sandvik og Hunskår, 2015). Sandvik et al (2012) har analysert regningskort fra 2008 og vist at fastlegenes deltakelse i legevakt varierte mellom sentrale og usentrale strøk av landet. I de minst sentrale kommunene var så mye som 77 prosent av fastlegene med i legevakt, mens i de mest sentrale kommunene var deltagelsen så lav som 42 prosent for ni år siden. Samme studie viste at kvinnelige fastleger hadde lavere vakt-deltakelse enn mannlige i alle aldersgrupper og færre pasientkontakter. Vakt-deltakelsen avtok med fastlegenes alder og med økende listelengde. Fastleger med innvandrerbakgrunn og kort botid i Norge hadde den høyeste vakt-deltakelsen (81 pst.).

Akuttutvalget påpekte at det er viktig at fastleger opprettholder sin kompetanse ved deltagelse i legevakt (NOU 2015: 17). De foreslo også at det etableres ø-hjelp team i kommunene med forankring i legevakt, der hjemmebaserte tjenester og ø-hjelp døgntilbud inngår for å utvikle en mer samordnet tjeneste som spiller på de personellressursene som allerede er i døgnerberedskap.

1.2 Trening i samhandling

Kartleggingen ser også på i hvilken grad personellet som utfører akuttmedisinske tjenester driver trening i samhandling (f.eks. teamtrening), hvem som organiserer treningen, hvilke yrkesgrupper som deltar, hvor slik trening skjer og hvor ofte det trenes.

I akuttmedisinforskriften § 4. *Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester*, heter det:

«Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne

arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.»

Kravet til tjenestene utenfor sykehus om trening i samhandling har sin opprinnelse i en nitten år gammel offentlig utredning (NOU 1998: 9). Den sies å være den NOU'en i helsetjenesten som er blitt lest av flest. Her ble trening i samhandling mellom ambulansetjeneste og kommunehelsetjenesten anbefalt sammen med etablering av lokale akuttmedisinske team. Dette ble senere inkludert som et krav i 2005 i den første akuttmedisinforskriften for tjenestene utenfor sykehus og senere videreført i 2015-revideringen. Kravet er også inkludert i samhandlingsavtale 11 mellom helseforetak og kommuner, men det har til nå ikke vært gjort noe tilsyn med om forskriftskravet følges.

Fra Legeforeningens side er det først i ovennevnte innspillsrapport (Statusrapport 2015) anbefalt at trening i samhandling eksplisitt følges opp.

Etter innføring av akuttmedisinforskriften i 2015, henvendte et samlet fylkeslegekorps seg til Helse- og omsorgsdepartementet med sin bekymring over at kompetansekravene i forskriften ville skape «legevaktflykninger» da kravene ikke var mulige å oppfylle uten en alt for stor belastning på spesialistene i allmenntidmedisin i kommunene⁵. De foreslo at man i stedet skulle kunne sikre faglig trygghet for ikke-spesialister ved regelmessig tverrfaglig trening. Det ville harmonere med departementets Primærhelsemelding fra samme år som legger stor vekt på teamarbeid i primærhelsetjenesten (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Abelsen et al (2016) har tidligere vist at majoriteten av vikarer som brukes i den vanlige norske kommunene (de med 20 000 innbyggere eller færre), gjerne er utenlandske. Vi vet at det er utbredt vikarbruk i norske legevakter og at det er disse som hyppigst blir innklaget til helsetilsynet (Bratland og Bondevik 2009). Ettersom oppfølging av kravet til trening i samhandling ikke etterspørres av myndighetene, er det nærliggende at legevaktene heller bruker knappe ressurser på ytterligere flere vikartjenester for å sikre kvalifisert legevakslege eller bakvakt. Det er grunn til å spørre om myndighetene heller burde stimulere til styrking av de lokale tverrfaglige ressursene som allerede er i beredskap, og som kommunen oftest har en interesse i å beholde.

Det er vist at trening i samhandling utenfor sykehus kan bedre trygghetsfølelsen på vakt for yngre leger, og at slik trening bidrar til å skape en pasientsikkerhetskultur med fokus på kommunikasjon, ledelse og teamarbeid (Brandstorp 2016).

⁵ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/18/frykter-manglende-legerekuttering-med-ny-forskrift/>

I en fersk studie med empiri fra Finnmark, ble 23 turnusleger intervjuet før og etter kommuneturnus i fylket (Hunnålvatn et al, 2017). Studien viser at turnuslegene ikke etterlyser en bakvakt som kan rykke ut, men fokuserer i stedet på trening i samarbeid med de andre i de lokale akuttmedisinske teamene. Forskerne konkluderer slik:

«Gjennom turnustiden ble frykten for å være overflødig eller nytteløs ved akuttutrykninger snudd til en opplevelse av å kunne mestre spesielt logistikk og pasientvurdering.

Turnuslegene opplevde stor nytte av et tett samarbeid med ambulansetjenesten og følte seg respektert og verdifulle på utrykning. De så seg bedre i stand til å vurdere når det var hensiktsmessig å delta i utrykning.»

Sentralisering av legevakter

Antall legevakter har gradvis blitt redusert de siste årene fra 230 legevakter i 2007 til 182 i juni 2016 (Sandvik og Hunskaar 2016). Blant disse var 101 (55 prosent) interkommunale og 81 (45 prosent) kommunale (en kommune). De vanligste interkommunale legevaktene består av to eller tre samarbeidende kommuner. Men det finnes også legevakter der mange kommuner samarbeider og de geografiske avstandene mellom legevakt og de mest perifere kommunene kan være betydelig. Ettersom pasientene som skrives ut fra sykehus til kommunene generelt er sykere og trenger mer oppfølging fra den kommunale helsetjenesten nå enn før innføringen av samhandlingsreformen, vurderer enkelte kommuner å gå ut av slike store samarbeidsorganisasjoner og heller lage mindre og mer lokale legevakter for å bedre legetilgangen for egen befolkning.

2 METODE OG DATAMATERIALE

I denne delen beskrives metodene for og resultatet av datainnsamlingen som ble gjennomført for kartleggingen, innholdet i datamaterialet og analysemetodene som ble benyttet.

2.1 Datainnsamlingen

Undersøkelsen var rettet mot alle landets 426 kommuner. Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning (prosjekt 53094) før datainnsamlingen startet. Datamaterialet ble samlet inn med et elektronisk spørreskjema (Questback) i perioden april - august i 2017 (se vedlegg 1).

Kvalitativ forundersøkelse

Det ble i begynnelsen av februar 2017 gjennomført en kvalitativ forundersøkelse. Hovedformålet med den var å framskaffe et godt grunnlag for å formulere presise og meningsfulle spørsmål i den kvantitative spørreundersøkelsen. Forundersøkelsen ble gjennomført i ni kommuner som var skjønnsmessig valgt ut. Vi intervjuet kommunelege eller enhetsleder for legetjenesten om ulike aspekter ved de nevnte kompetansekravene i akuttmedisinforordningen. Intervjuene fulgte en intervjuguide (se vedlegg 2). Da den kvalitative forstudien ble gjort, var det ikke bestemt at den kvantitative spørreundersøkelsen skulle rettes mot alle landets kommuner. I utgangspunktet var tanken å undersøke kommuner med under 20 000 innbyggere. Kommuner med et større folketall inngikk derfor ikke i den kvalitative forundersøkelsen.

Hovedundersøkelsen

Vi ønsket i utgangspunktet at spørsmålene i hovedundersøkelsen skulle besvares av en kommunelege og brukte NSDMs grunnlagsmateriale om datainnsamlingen i en tidligere undersøkelse om fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere (Abelsen, Gaski og Brandstorp 2015), kommunenes nettsider og eget nettverk for å finne fram til epost-adresser til kommunelegene. I de tilfellene det ikke var mulig å finne fram til en kommunelege på denne måten, sendte vi spørreskjemaet til en helseleder med ansvar for legetjenesten i kommunen (som helse- og omsorgsleder, etatsleder eller liknende).

Siden vi antok at det ville innebære en del mer arbeid å svare på undersøkelsen i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere sammenliknet med mindre kommuner, tok vi særskilt kontakt per telefon med disse kommunene for å informere om undersøkelsen før skriftlig invitasjon om deltagelse ble sendt ut.

Ringerunden til de største kommunene klargjorde at det var behov for et eget datainnsamlingsopplegg for Oslo kommune. Den første delen av spørreskjemaet som

handlet om rekruttering til fastlegetjenesten (som ikke er tema for denne rapporten) ble sendt til bydelsoverlegene i Oslos 15 bydeler. Den andre delen som handlet om kompetansekrav til leger i vakt og trening i samhandling ble sendt til relevant leder for Oslo legevakt.

Invitasjonen om å delta i undersøkelsen ble sendt i form av en epost stilet til mottakeren (med stillingsbenevnelse og kommune). Den informerte kort om undersøkelsen og hensikten med den, at det ville ta ca. 5-15 minutter å svare på spørsmålene og at svar ble behandlet konfidensielt. Eposten inneholdt en link til det elektroniske spørreskjemaet. Den inneholdt også en link til en nettside med mer utfyllende informasjon om spørsmålene i undersøkelsen. Vi ba om at eposten ble videresendt dersom andre i kommunen var bedre egnet enn mottakeren til å svare. I slike tilfeller ba vi om å få kopi av videresendelsen for å holde oversikt.

For å få en representativ og statistisk pålitelig undersøkelse, satte vi oss mål om å få inn så mange svar som mulig fra de 426 kommunene. Vi purret derfor systematisk etter ca. en uke inntil to ganger til hver person som hadde fått invitasjonen. I de tilfellene vi ikke fikk svar etter to purringer, sendte vi invitasjonen til en annen ansatt i kommunens helseledelse som vi antok kunne svare. Igjen purret vi inntil to ganger med ca. en ukes mellomrom, før vi i enkelte tilfeller måtte finne en ny ansatt i kommunen å sende invitasjonen og påfølgende purringer til etc. I slutfasen av datainnsamlingen tok vi kontakt med kommunenes servicetorg per telefon for å finne fram til rette vedkommende som kunne svare på undersøkelsen. Det var ingen kommuner som svarte mer enn en gang på undersøkelsen. Men det var noen få tilfeller hvor kommunens svar ble supplert med svar fra den interkommunale legevakten.

Det ble registrert 371⁶ svar på undersøkelsen. Disse omfattet svar om 398 (93 prosent) av landets 426 kommuner. De fleste svar ble gitt om kun en kommune (se tabell 1). I de tilfellene det ble svart på vegne av flere kommuner, var legetjenesten i de angjeldende kommuner integrert, i hovedsak i form av en interkommunal legetjeneste. I de tilfellene svaret omfatter mer enn én kommune, er kommunene i den videre analysen sett under ett og betraktet og omtalt som én kommune.

⁶ Det var 232 svar fra kommuneleger (62,5 %), 128 svar fra kommunalledere (34,5 %) og 11 svar fra andre med inngående kjennskap til legetjenesten i kommunen (3 %).

Tabell 1: Svar fordelt på antall kommuner det omfattet

Svaret omfatter	Prosent	Antall
En kommune	96,0	356
To kommuner	2,7	10
Tre kommuner	0,5	2
Fem kommuner	0,5	2
Seks kommuner	0,3	1
Totalt	100,0	371

Tabell 2 viser svarene fordelt på fylker. I sju fylker fikk vi svar om alle kommuner. I to fylker manglet en kommune, i fem fylker to kommuner og i fire fylker fire kommuner. Svarprosenten var lavest i Vest-Agder med 73 prosent svar.

Det var tilsammen 28 kommuner som ikke svarte. Blant disse var det 21 kommuner med under 5 000 innbyggere, seks kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og én kommune med mer enn 20 000 innbyggere. Per 1.1.2017 bodde det til sammen 142 278 personer i disse 28 kommunen, noe som tilsvarer 2,7 prosent av befolkningen i Norge.

På denne bakgrunn, antar vi at datamaterialet er representativt for landets kommuner.

Tabell 2: Svar fordelt på fylke

Fylke	Antall kommuner totalt	Antall kommuner med svar	Svarprosent	Antall kommuner som ikke har svart
Finnmark	19	17	89	2
Troms	24	24	100	0
Nordland	44	42	95	2
Nord-Trøndelag	23	23	100	0
Sør-Trøndelag	25	24	96	1
Møre og Romsdal	36	32	89	4
Sogn og Fjordane	26	22	85	4
Hordaland	33	31	94	2
Rogaland	26	24	92	2
Vest-Agder	15	15	100	0
Aust-Agder	15	11	73	4
Telemark	18	17	94	1
Vestfold	12	12	100	0
Buskerud	21	21	100	0
Oppland	26	26	100	0
Hedmark	22	18	82	4
<i>Oslo¹</i>	<i>15</i>	<i>13</i>	<i>87</i>	<i>2</i>
Akershus	22	20	91	2
Østfold	18	18	100	0
Totalt²	426	398	93	28

¹ For Oslo er det den enkelte bydel samt Oslo legevakt som har svart.

² Totaltallene inkluderer Oslo, selv om det mangler svar fra to av 15 bydeler.

2.2 Hva vi spurte om

Spørsmålene i spørreskjemaet kan grupperes i tre tema. Det første temaet var rekruttering til kommunenes fastlegetjeneste. Dette temaet blir ikke rapportert her. Det andre temaet var:

Oppfylging av kompetansekrav for leger i legevaktordningen

Spørsmålene dreide seg om de av kommunenes fastleger som deltok i legevaktordningen per 1.1.2017. Respondenten ble bedt om å:

- Oppgi antall av kommunens fastleger som deltok i legevaktordningen

- Oppgi antall av disse som oppfylte kompetansekrav for å ha selvstendig vakt, dvs. spesialist i allmenntidmedisin (§7a) eller godkjent allmennlege (§7b)
- Oppgi hvor mange ekstra fastleger som deltok i legevaktordningen, som vil være spesialister i allmenntidmedisin per 1.5.2018
- Om bakvakt for leger uten selvstendig vaktkompetanse
- Hvor mange ganger (omtrent) rykket lege i bakvakt ut i løpet av 2016

Det tredje temaet var:

Trening i samhandling

Respondenten ble bedt om å svare på følgende:

- I hvilken grad og på hvilken måte trenes samhandling?
- I tilfelle det trenes:
 - Hvor mange ganger ble det gjennomført trening i samhandling i 2016?
 - Hvilket personell trente sammen?
 - Hvem var ansvarlig for treningen
 - Hvor foregikk treningen?

For mer detaljert informasjon om spørsmålene vises det til spørreskjema i vedlegg 1.

2.3 Dataanalysen

Datamaterialet er analysert ved hjelp av enkle univariate, deskriptive analyser som frekvenstall, summeringer, gjennomsnitt og median. Når det gjelder informasjon som har sitt utgangspunkt i antall fastleger – totalt antall i legevakt eller fordelt på type vaktkompetanse – så presenteres først totaltall som gjelder på landsbasis. Deretter presenteres gjennomsnittstall og medianer som er mål for sentraltendens på kommunenivå. Det er videre gjort bivariate analyser ved hjelp av krysstabeller, gjennomsnitt og median. Krysstabellene, gjennomsnittene og medianene viser hvordan svar på ulike spørsmål varierte med kommunens sentralitet, folketall og type legevakt.

I den delen av kartleggingen som handler om vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen, har vi inkludert analyser både på landsbasis og kommunenivå fordi folkerike kommuner med mange fastleger gjerne dominerer tallene på landsbasis. På kommunenivå tegner det seg ofte et mer variert bilde hvor variasjon i folketall, demografi og geografi innvirker på organisering og dimensjonering av legetjenesten.

Sentralitet er en indeks som beskriver kommunenes geografiske avstand fra tettsteder av ulik størrelse [12]. Tettstedene er inndelt i tre nivå basert på folketall og tilbud av visse

funksjoner. Den sentralitetsindeksen vi bruker har fire kommunekategorier: minst sentrale, mindre sentrale, noe sentrale og sentrale. For en nærmere beskrivelse av kategoriene se vedlegg 3.

Vi har videre kategorisert kommunene etter folketall i tre kommunegrupper: Under 5 000 innbyggere, 5 000-19 999 innbyggere og 20 000 eller flere innbyggere.

Den siste bakgrunnsvariabelen vi bruker i de bivariate analysene er type legevakt. Her skiller vi mellom kommunal legevakt, interkommunal legevakt og annen type legevakt. De som har krysset av for kategorien *Annet* har spesifisert hva dette innebærer. I samtlige tilfeller handler dette om at kommunen har kommunal legevakt deler av døgnet (i noen få tilfeller deler av året) og interkommunal legevakt de resterende delene av døgnet (i noen få tilfeller deler av året).

Tabell 3 viser hvordan de tre bakgrunnsvariablene varierer blant kommunene som deltok i undersøkelsen.

Tabell 3: Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Variabel	Verdi	Prosent	Antall
Kommunens sentralitet	Minst sentral	34	125
	Mindre sentral	11	42
	Noe sentral	19	69
	Sentral	36	135
	Total	100	371
Kommunens folketall	Under 5 000 innbyggere	49	181
	[5 000 – 19 999] innbyggere	36	133
	20 000 eller flere innbyggere	15	57
	Total	100	371
Organisering av kommunens legevakt	Kommunal	19	72
	Interkommunal	76	282
	Annet	5	17
	Total	100	371

I analysen av datamaterialet er kji-kvadrat test benyttet for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng (assosiasjon) mellom det respondentene har svart om sin kommune og henholdsvis kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Det er videre brukt variansanalyse (ANOVA) for å sammenligne gjennomsnittsverdier etter

kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. P-verdier under 0,05 indikerer statistisk signifikans.

Spørreskjemaet inneholdt noen åpne spørsmål og mulighet for å spesifisere svar ved hjelp av fritekst. Denne typen data er analysert systematisk og meningsinnholdet kondensert. I presentasjonen av dette materialet benytter vi direkte sitater av fritekstsvar for å understreke poeng og variasjon.

3 OPPFYLLING AV KOMPETANSEKRAV TIL LEGER I VAKT

Dette kapitlet handler om svarene som respondentene ga på våre spørsmål relatert til kompetansekrav til leger i legevaktordningen. Den første delen av kapitlet har oppmerksomheten rettet mot kommunenes fastleger og gir informasjon om andelen fastleger som deltok i legevakt per 1.1.2017, om vaktkompetansen blant dem og respondentenes anslag om hvordan vaktkompetansen blant dem vil utvikle seg på kort sikt.

Undersøkelsen omfatter informasjon om totalt 4 507 fastleger. Tabell 4 viser hvordan disse fordelte seg i forhold til de tre bakgrunnsvariablene sentralitet, folketall og type legevakt. Tabellen viser at majoriteten av fastlegene arbeidet i sentrale kommuner, kommuner med 20 000 innbyggere eller flere og i interkommunale legevakter. I analysene basert på totaltall på landsbasis, vil disse forholdene være dominante. Analyser på kommunenivå vil imidlertid kunne gi et litt annet bilde fordi majoriteten av kommunene i undersøkelsen ikke er sentrale og nær halvparten har under 5 000 innbyggere (se tabell 3). Begge analysenivå anses å være relevant.

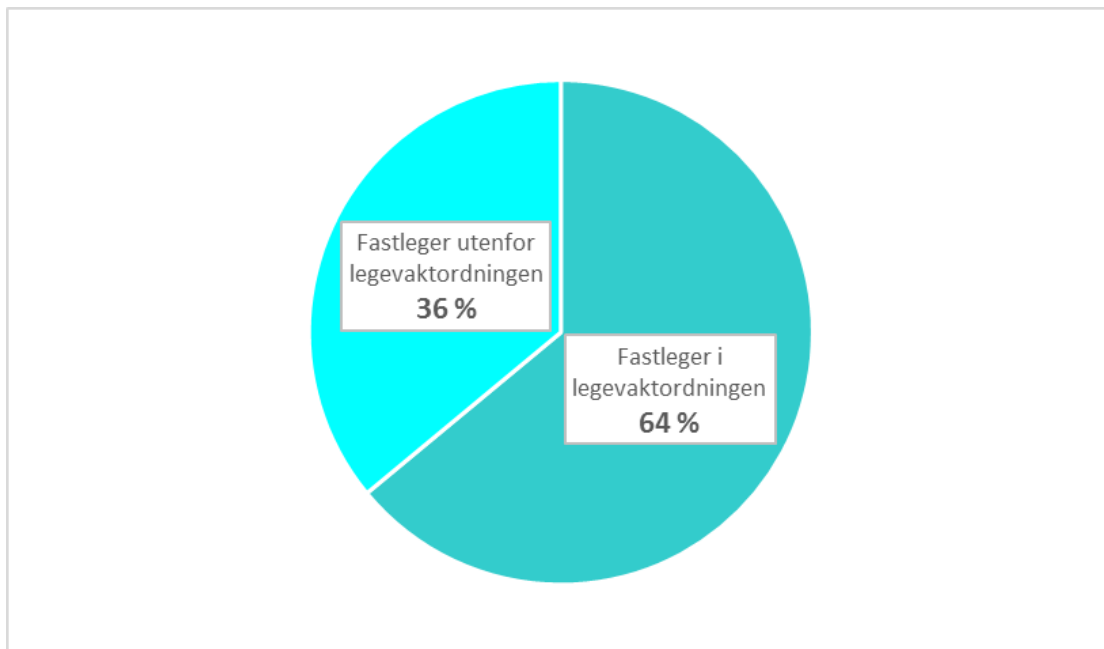
Tabell 4: Fastlegene undersøkelsen omfatter fordelt på de tre sentrale bakgrunnsvariablene i analysen

Variabel	Verdi	Prosent	Antall
Kommunens sentralitet	Minst sentral	11	514
	Mindre sentral	7	305
	Noe sentral	17	764
	Sentral	65	2 924
	Total	100	4 507
Kommunens folketall	Under 5 000 innbyggere	12	519
	[5 000 – 19 999] innbyggere	27	1 221
	20 000 eller flere innbyggere	61	2 767
	Total	100	4 507
Type legevakt	Kommunal	32	1 422
	Interkommunal	66	2 989
	Annet	2	96
	Total	100	4 507

Den andre delen av kapitlet handler om kommunenes respons og hvordan de har innrettet seg for å oppfylle nye krav som stilles til dem når det gjelder legevakt.

3.1 Fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017

Figur 1 viser totaltall på landsbasis basert på svar fra 366 respondenter som omfatter 4 507 fastleger, fordelt mellom de som per 1.1.2017 gikk legevakt (n=2 884) og de som ikke gikk legevakt (n=1 623).



Figur 1: **Fastleger i og utenfor legevaktordningen per 1.1.2017. Totaltall. (n=4 507)**

Andelen fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune varierte mellom *ingen* (2 prosent av kommunene) og *alle* (32 prosent av kommunene). Den gjennomsnittlige andelen fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune var 72 prosent, mens medianen var 75 prosent. Det var med andre ord enkeltkommuner med en lav andel fastleger i legevaktordningen som dro ned den gjennomsnittlige andelen fastleger i vakt. Våre tall gir ingen informasjon om omfanget av legevaksarbeid for den enkelte fastlege i vakt.

Tabell 5 viser hvordan fastleger i og utenfor legevaktordningen totalt sett fordelte seg etter kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Tallene viser at den totale andelen fastleger i legevaktordningen på landsbasis var høyest i de minst sentrale kommunene og lavest i de sentrale kommunene. Den totale andelen fastleger i legevaktordningen gikk ned med økt folketall. Type legevakt hadde mindre betydning for om fastleger inngikk i legevaktordningen eller ikke.

Tabell 5: Andel fastleger i og utenfor legevaktordningen per 1.1.2017 på landsbasis. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Tall i prosent.

	Fastleger i legevaktordningen	Fastleger utenfor legevaktordningen	Totalt	N
Totalt på landsbasis	64	36	100	4 507
<i>Sentralitet</i>				
Minst sentrale	90	10	100	514
Mindre sentrale	80	20	100	305
Noe sentrale	71	29	100	764
Sentrale	56	44	100	2 924
<i>Folketall i kommunen</i>				
Under 5 000	86	14	100	519
5 000 – 19 999	73	27	100	1 221
20 000 eller flere	56	44	100	2 767
<i>Type legevakt</i>				
Kommunal	62	38	100	1 422
Interkommunal	65	35	100	2 989
Annet	72	28	100	96

Når det gjelder andelen fastleger i legevaktordningen, var det forskjell på landsbasis og kommunenivået. Som tidligere nevnt, vil folkerike kommuner med mange fastleger dominere bildet på landsbasis. Analyser på kommunenivå vil kunne gi et litt annet bilde fordi majoriteten av norske kommuner ikke er særlig folkerike. De har få fastleger totalt sett, ofte få andre leger i umiddelbar nærhet og dermed relativt sett færre leger å fordele legevaktene på. Tabell 6 viser gjennomsnittsandelen og median andel fastleger i legevaktordningen på kommunenivå; totalt og fordelt etter kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Gjennomsnittsandelen av fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var 72 prosent. Det var signifikante forskjeller i gjennomsnittsandelen fastleger i legevaktordningen mellom sentrale og usentrale kommuner, mellom store og små kommuner og mellom ulike typer legevakter. Innenfor de fire sentralitetskategoriene varierte andelen fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune mellom 0 og 100 prosent. Samme variasjonsbredde fant vi i de to kommunekategoriene med lavest folketall. I kommuner med 20 000 innbyggere eller mer varierte andelen fastleger i legevaktordningen mellom 6 og 100 prosent. Innenfor typen

kommunal legevakt varierte andelen fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune mellom 34 og 100 prosent. Mens den innenfor kommuner med interkommunal legevakt varierte mellom 0 og 100 prosent.

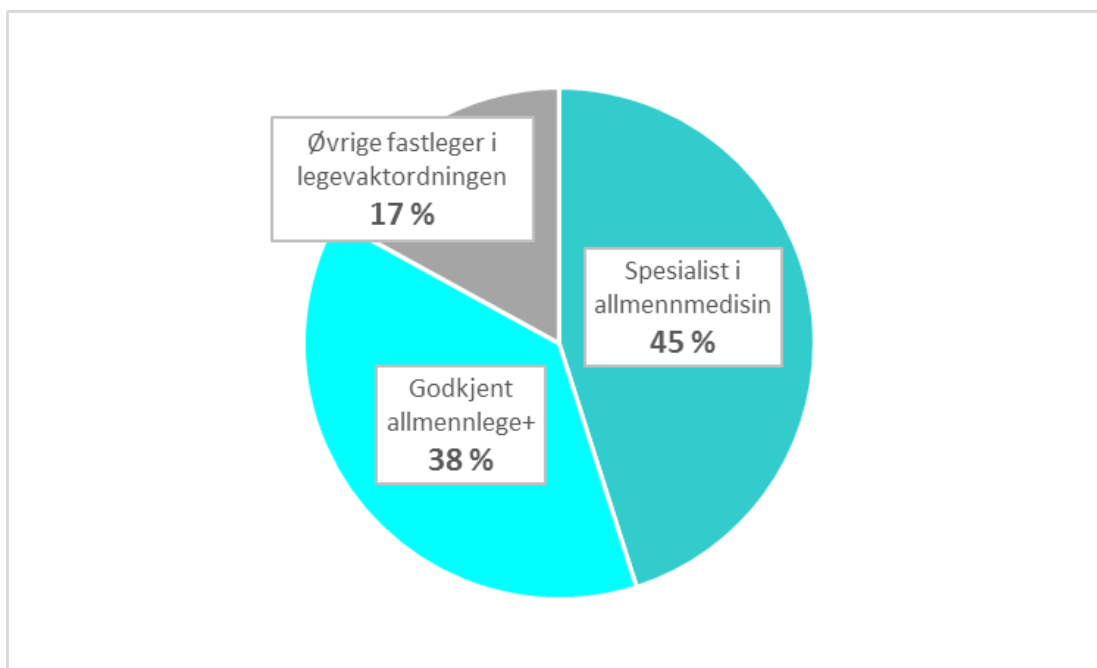
Tabell 6: Andel **fastleger i legevaktordningen på kommunenivå**. Gjennomsnittsandelen og median. Totalt og fordelt etter **kommunens sentralitet, folketall og type legevakt** (unntatt Oslo)

	Fastleger i legevaktordningen Gjennomsnittsandelen (Median)	Antall kommuner	p-verdi (ANOVA)
Totalt på kommunenivå	72 (75)	366	
<i>Sentralitet</i>			
Minst sentrale	83 (100)	125	<0,001
Mindre sentrale	76 (76)	42	
Noe sentrale	73 (75)	68	
Sentrale	62 (63)	131	
<i>Folketall i kommunen</i>			
Under 5 000	79 (100)	180	<0,001
5 000 – 19 999	69 (75)	130	
20 000 eller flere	59 (61)	56	
<i>Type legevakt</i>			
Kommunal	83 (88)	72	<0,001
Interkommunal	70 (69)	278	
Annet	76 (80)	16	

3.2 Vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017
Respondentene ble bedt om å ta utgangspunkt i de av kommunenes fastleger som inngikk i legevaktordningen per 1.1.2017 og svare på hvor mange av dem som oppfylte kompetansekrav til lege i vakt etter henholdsvis §7a (spesialist i allmennmedisin) og §7b (godkjent allmennlege som har gjennomført 40 legevakter, eller har arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten) i akuttmedisinforskriften.

Tallene på landsbasis som vises i figur 2, er basert på svar fra 365 respondenter. Vi gjør oppmerksom på at Oslo kommune, som var den kommunen med flest fastleger i legevakt, ikke svarte på spørsmålet om vaktkompetansen blant fastlegene som gikk

legevakt per 1.1.2017. Tallene på landsbasis viser at under halvparten (45 prosent) av fastlegene i legevaktordningen var spesialister i allmennmedisin, mens en litt mindre andel (38 prosent) var godkjent allmennlege med et tilstrekkelig antall vakter eller praksis fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til å være kompetent for selvstendig vakt. Blant fastlegene i legevaktordningen var det totalt sett 17 prosent som ikke hadde selvstendig vaktkompetanse.



Figur 2: Fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017 fordelt etter type vaktkompetanse (n=2 592*)

* Tallene inkluderer ikke Oslo kommune siden de ikke har svart på spørsmålet om vaktkompetansen blant fastleger i legevakt.

Tabell 7 viser hvordan vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen på landsbasis varierte etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Tallene viser at den høyeste andelen fastleger i legevaktordningen med selvstendig vaktkompetanse var å finne i de mindre sentrale kommunene, i de mellomstore kommunene og i de kommunale legevaktene.

Tabell 7: Type **vaktkompetanse** blant fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017 på **landsbasis**. Totalt og fordelt etter **kommunenes sentralitet, folketall** og **type legevakt** (unntatt Oslo). Tall i prosent.

	Spesialist i allmenntmedisin	Godkjent allmenntlege ⁺	Øvrige fastleger	Total prosent	n
Totalt på landsbasis	45	38	17	100	2 592
<i>Sentralitet</i>					
Minst sentrale	34	43	23	100	462
Mindre sentrale	48	40	12	100	243
Noe sentrale	45	37	18	100	543
Sentrale	48	36	16	100	1 344
<i>Folketall i kommunen</i>					
Under 5 000	39	44	17	100	445
5 000-19 999	46	41	13	100	895
20 000 eller flere	47	34	19	100	1 252
<i>Type legevakt</i>					
Kommunal	47	39	14	100	588
Interkommunal	44	38	18	100	1 935
Annet	52	28	20	100	69

⁺ Har gjennomført 40 legevakter eller arbeidet ett år som allmenntlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tabell 8 viser gjennomsnittandel og median andel av ulike typer vaktkompetanse blant fastleger i legevaktordningen på kommunenivå, eksklusive Oslo. Vi har beregnet gjennomsnittandel og median andel av spesialister i allmenntmedisin og vaktkompetente godkjente allmenntleger i kommunene totalt sett og fordelt etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Vi har i tillegg slått sammen spesialister i allmenntmedisin og vaktkompetente godkjente allmenntleger på kommunenivå og beregnet samlede gjennomsnittandeler og medianer av fastleger i legevaktordningen med selvstendig vaktkompetanse. Tabellen viser at de minst sentrale kommunene skilte seg signifikant fra de øvrige med en lavere andel spesialister i allmenntmedisin blant fastlegene i legevaktordningen ($p=0,041$). For øvrig var det ingen signifikante forskjeller etter kommunenes sentralitet, folketall eller type legevakt hverken når det gjaldt andelen spesialister i allmenntmedisin, godkjente allmenntleger med selvstendig vaktkompetanse eller disse to typene selvstendig vaktkompetanse sett samlet.

Blant fastlegene i legevaktordningen, varierte andelen spesialister i allmennmedisin i den enkelte kommune mellom ytterpunktene *ingen* (25 prosent av kommunene) og *alle* (12 prosent av kommunene). Andelen vaktkompetente godkjente allmennleger blant fastleger i legevaktordningen varierte også mellom ytterpunktene *ingen* (26 prosent av kommunen) og *alle* (12 prosent av kommunen) i den enkelte kommune. Andelen fastleger i legevaktordningen som enten var spesialister i allmennmedisin eller vaktkompetent godkjent allmennlege varierte for den enkelte kommunes vedkommende mellom *ingen* (9 prosent av kommunene) og *alle* (66 prosent av kommunene).

Tabell 8: **Vaktkompetansen** blant fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017 på **kommunenivå**. Gjennomsnitt og median. Totalt og fordelt etter **kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt** (unntatt Oslo).

	Gjennomsnittandel (Median)			Antall kommuner
	Spesialist i allmennmedisin	Godkjent allmennlege ⁺	Selvstendig vaktkompetanse [‡]	
Totalt på kommunenivå	42 (40)	41 (40)	82 (100)	365
<i>Sentralitet</i>	*			
Minst sentrale	35 (33)	43 (42)	77 (100)	125
Mindre sentrale	47 (50)	33 (33)	81 (100)	42
Noe sentrale	44 (50)	40 (38)	85 (100)	68
Sentrale	45 (48)	41 (38)	86 (100)	130
<i>Folketall i kommunen</i>				
Under 5 000	38 (33)	42 (50)	80 (100)	180
5 000 – 19 999	44 (40)	41 (40)	85 (100)	130
20 000 eller flere	47 (50)	36 (36)	83 (100)	55
<i>Type legevakt</i>				
Kommunal	40 (40)	43 (40)	82 (100)	71
Interkommunal	42 (40)	40 (40)	82 (100)	278
Annet	42 (40)	37 (36)	83 (100)	16

* ANOVA: p-verdi = 0,041

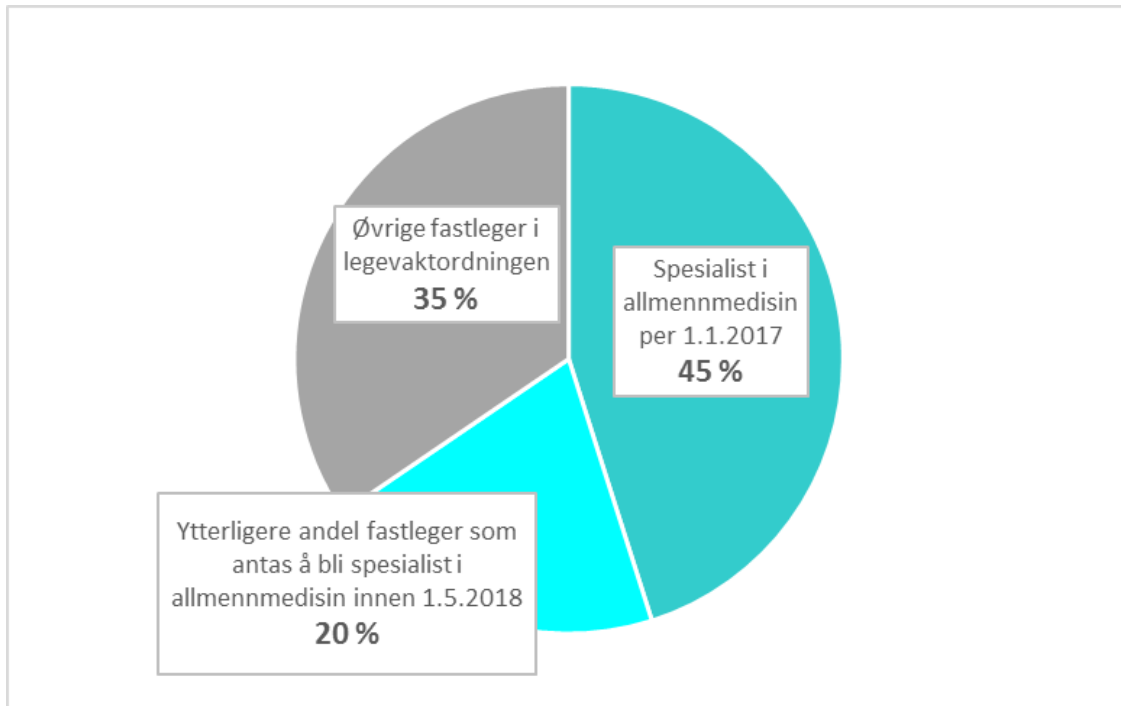
⁺ Har gjennomført 40 legevakter eller arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

[‡] Selvstendig vaktkompetanse er summen av spesialister i allmennmedisin og vaktkompetente godkjente allmennleger

3.3 Stipulert økning i andelen spesialister i allmenntmedisin blant fastleger i legevaktordningen per 1.5.2018

Respondentene ble her i utgangspunktet bedt om å svare på hvor mange flere av fastlegene som ville være spesialister i allmenntmedisin innen 1.5.2018 sammenlignet med 1.1.2017; forutsatt at fastlegestaben i kommunen holder seg stabil. Ettersom fastlegers spesialiseringssløp har vært et privat anliggende og i liten grad kommunens, understreker vi at dette er gjetninger med usikkerhet selv om betingelsen om stabilitet oppfylles. Figur 3 illustrerer responsen på spørsmålet. Vi gjør oppmerksom på at Oslo kommune ikke svarte på dette spørsmålet heller.

Gitt betingelsen om stabilitet, stipulerte respondentene at det per 1.5.2018 vil være 20 prosent flere fastleger i legevaktordningen som har selvstendig vaktkompetanse fordi de er blitt spesialister i allmenntmedisin. Figur 3 viser at den stipulerte andelen fastleger i legevaktordningen som vil være spesialister i allmenntmedisin per 1.5.2018, gitt at man beholder de fastlegene i legevaktordningen som var spesialister per 1.1.2017, totalt sett vil være 65 prosent. Blant øvrige fastleger i legevaktordningen, som i tilfelle vil utgjøre 35 prosent, vil det være både godkjente allmenntleger med selvstendig vaktkompetanse (en gruppe som gradvis vil fases ut jfr. kap 1.1) og leger uten selvstendig vaktkompetanse som vil utløse behov for bakvakt med utrykningsplikt.



Figur 3: Stipulert **økning i andelen spesialister i allmenntmedisin** blant fastleger i legevaktordningen per 1.5.2018 (unntatt Oslo)

Tabell 9 viser hvordan den stipulerte økningen av fastleger i legevaktordningen som vil være spesialister i allmenntmedisin per 1.5.2018, varierte totalt sett og etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Tallene viser at det var de mindre sentrale kommunene, som i utgangspunktet hadde den høyeste andelen spesialister i allmenntmedisin i legevaktordningen per 1.1.2017, som stipulerte å øke andelen spesialister i allmenntmedisin mest innen 1.5.2018. De minst folkerike kommunene, som i utgangspunktet hadde den laveste andelen spesialister i allmenntmedisin i legevaktordningen per 1.1.2017, stipulerte å øke andelen spesialister i allmenntmedisin mest innen 1.5.2018. Mens de interkommunale legevaktene, som hadde den laveste andelen spesialister i allmenntmedisin i vakt per 1.1.2017, stipulerte å øke andelen spesialister i allmenntmedisin mest innen 1.5.2018.

Tabell 9: Stipulert **vaktkompetanse** blant fastleger i legevaktordningen **per 1.5.2018** fordelt etter **kommunenes sentralitet, folketall** og **type legevakt** (unntatt Oslo). Tall i prosent.

	Spesialist i allmenntidisin per 1.1.2017	Ytterligere spesialister per 1.5.2018	Øvrige fastleger	Total prosent	Antall fastleger
Totalt på landsbasis	45	20	35	100	2 592
<i>Sentralitet</i>					
Minst sentrale	34	23	43	100	462
Mindre sentrale	48	29	23	100	243
Noe sentrale	45	21	34	100	543
Sentrale	48	18	34	100	1 344
<i>Folketall i kommunen</i>					
Under 5 000	39	29	32	100	445
5 000 – 19 999	46	23	31	100	895
20 000 eller flere	47	15	38	100	1 252
<i>Type legevakt</i>					
Kommunal	48	16	36	100	588
Interkommunal	44	21	35	100	1 935
Annet	52	29	19	100	69

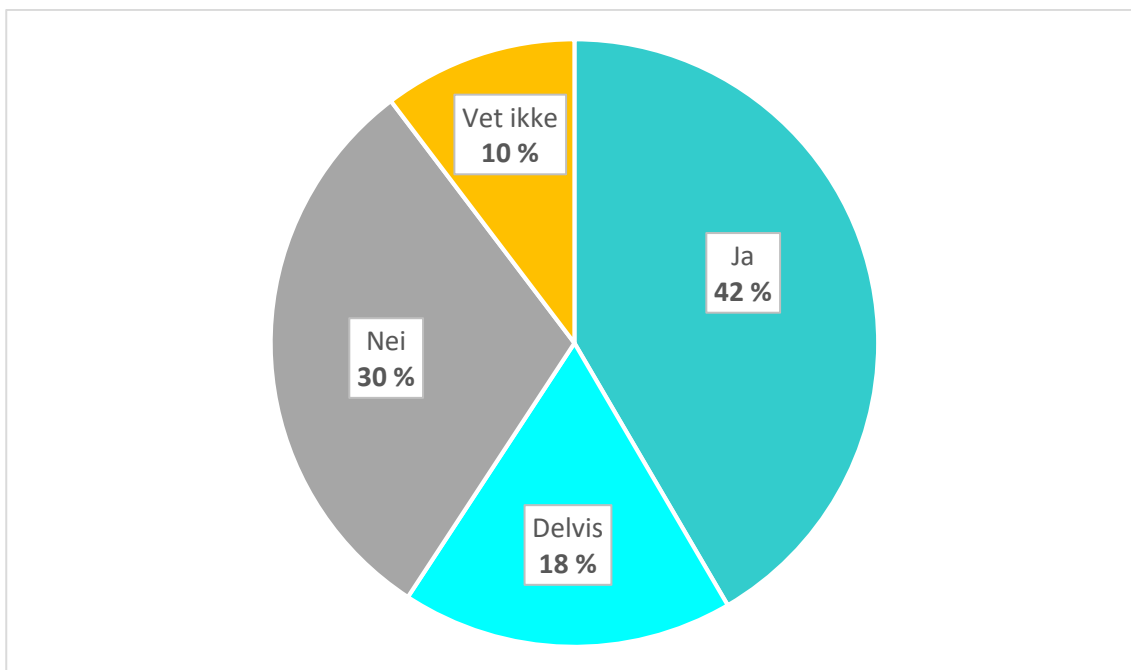
Tabell 10 viser hvordan gjennomsnittandel og median for fastleger i legevaktordningen som per 1.1.2017 var spesialister i allmenntidisin (som også er gjengitt i tabell 8) og den stipulerte økningen i kapasitet med fastleger i legevaktordningen som innen 1.5.2018 antas å oppnå spesialitet i allmenntidisin, varierte etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Forskjellene i de stipulerte gjennomsnittandelene var ikke signifikant forskjellig hverken når de ble sammenliknet etter kommunenes sentralitet, folketall eller type legevakt. Gjennomsnittandelene både totalt sett og i alle kommunegruppene var høyere enn medianene. Dette tyder på at det i noen enkeltkommuner ble stipulert en langt høyere andel nye spesialister i allmenntidisin enn det som var tilfelle blant majoriteten av kommunene. Medianene er trolig et bedre estimat for sentraltendens enn gjennomsnittet i dette tilfellet.

Tabell 10: Fastleger i legevakt som var spesialister i allmennmedisin per 1.1.2017 og stipulert ytterligere andel som vil være spesialister per 1.5.2018 på kommunenivå. Gjennomsnitt og median. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt (unntatt Oslo)

	Gjennomsnittandel (Median)		Antall kommuner
	Spesialist i allmennmedisin per 1.1.2017	Stipulert ytterligere andel spesialister i allmennmedisin per 1.5.2018	
Totalt på landsbasis	42 (40)	27 (17)	365
<i>Sentralitet</i>			
Minst sentrale	35 (33)	26 (16)	125
Mindre sentrale	47 (50)	33 (17)	42
Noe sentrale	44 (50)	28 (20)	68
Sentrale	45 (48)	24 (9)	130
<i>Folketall i kommunen</i>			
Under 5 000	38 (33)	31 (0)	180
5 000 – 19 999	44 (40)	25 (20)	130
20 000 eller flere	47 (50)	18 (8)	55
<i>Type legevakt</i>			
Kommunal	40 (40)	23 (12)	71
Interkommunal	42 (40)	28 (17)	278
Annet	42 (40)	22 (4)	16

3.4 Kompetent lege i bakvakt?

Figur 4 viser at godt under halvparten (42 prosent) av kommunene i undersøkelsen svarte at de per 1.1.2017 hadde etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig, for leger uten selvstendig vaktkompetanse.



Figur 4: Hadde kommunens legevakt (kommunal eller interkommunal), per 1.1.2017 etablert **en bakvaksordning** med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig, for leger uten selvstendig vaktkompetanse? (n=368)

Utdyping av svaret *Delvis* om kompetent bakvakt

De som krysset av for at de *Delvis* hadde etablert en bakvaksordning (18 prosent av respondentene), ble bedt om å utdype sitt svar i fritekst. Drøyt hver fjerde av disse respondentene skrev at legevakten har en bakvaksordning som kun gjelder for turnusleger. Det var også flere som skrev at de jobbet med å få på plass bakvaksordning, men de ventet av økonomiske årsaker med å etablere den til fristen 1.5.2018. Andre hadde en bakvaksordning, men hadde ikke på plass system som sikret at de ved bytting av vakter legene imellom alltid endte opp med riktig kombinasjon av vaktkompetanse, noe følgende svar illustrer:

«Det er flere leger på vakt samtidig, og stort sett kan alltid en av de være bakvakt for den andre ved behov. Dette skal forsøkes sikres bedre nå. Legene bytter vakt

av og til, og da er det ikke alltid det kommer en med riktig bakvaktkompetanse inn.»

Noen svar indikerte at bakvaksordninger som sikrer økt legekapasitet ved behov, var på plass. Men at det ikke var vektlagt å sikre bakvakt for å tilfredsstille kompetansekravene i forskriften. Et av disse svarene var slik:

«Delvis er i denne sammenheng relatert til formålet: Det vil si at bakvaktordningen ikke er etablert for primært å innfri nye kompetansekrav i akutforskriften, men den er etablert som en reservelegeordning som primært skal skaffe til veie en lege nr 2 som kan avlaste lege nr 1 når det blir mye å gjøre.»

Flere utdypende svar, særlig fra respondenter i usentrale kommuner med lavt folketall, tydet på at det ble gjort skjønnsmessige vurderinger og satt inn lokalt tilpassede tiltak der fastlegen i vakt manglet nødvendig kompetanse. Nødvendig kompetanse kan i denne sammenhengen handle om å ha oversikt over lokale forhold. Svarene indikerte at det vil være meget utfordrende å etablere en bakvaksordning med utrykningsplikt på grunn av allerede høy vaktbelastning blant de vaktkompetente fastlegene. Følgende utsagn illustrerer:

«Dersom lege som ikke er spesialist i allmenntidmedisin kommer, går vedkommende følgevakter først, så har vi samtrening med ambulansen. Når legen har fungert i stillingen ved kontoret og er kjent i distriktet går vedkommende vakt alene. Legen kan ringe kollega - men det er da ikke etablert slik at kollega må rykke ut. Til det er forholdene og vaktbelastningen allerede for høy.»

Utdyping av svaret Nei om kompetent bakvakt

De som krysset *Nei* (30 prosent av respondentene) på spørsmålet om kommunen hadde etablert en "bakvaksordning med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig for leger uten selvstendig vaktkompetanse", ble også bedt om å utdype sitt svar i fritekst. Drøyt en av fire svarte at de arbeidet med en bakvaksordning i henhold til akuttmedisinforskriften som vil være på plass innen utløpet av overgangsperioden 1.5.2018. En like stor andel respondenter, drøyt en av fire, svarte at de ikke ser det som praktisk gjennomførbart å etablere en bakvaksordning i henhold til forskriften fordi dette vil gi en for stor vaktbelastning på de vaktkompetente fastlegene. Følgende svar er illustrerende for disse:

«Det vil øke den totale vaktbelastningen enormt for den enkelte lege med bakvaktskompetanse. Vanskelig rekruttering i distriktet og høy vikarbruk i den

interkommunale legevakt med leger som ikke oppfyller kompetansekravene. En del turnusleger i tillegg. Men uten disse legene vil vaktbelastningen være for stor. Kan ikke se at vi har kapasitet til at stille opp med bakvakter uten at vi er i fare for at leger sier opp stillingen pga. for høy vaktbelastning.»

De fleste av denne type svar kom fra usentrale kommuner med lavt folketall, men også fra de få kommunene med mer enn 50 000 innbyggere kom utdypende svar som tyder på at kravet om vaktkompetent bakvakt med utrykningsplikt er utfordrende å oppfylle i praksis også i store kommuner. I de folkerike kommunene var grunnen at fastlegene ikke ønsker større vaktbelastning. En av de folkerike kommunene skrev at de er i dialog med nabokommunen, som også har over 50 000 innbyggere, om en mulig felles bakvaktordning.

Drøyt ett av sju utdypende svar handlet om at det ikke har vært behov for å etablere en bakvaksordning fordi alle leger i legevaktordningen hadde selvstendig vaktkompetanse. Andre begrunnelser for at det ikke var etablert bakvaksordning med utrykningsplikt, var knappe svar om at dette er et krav som ikke inntreffer før 1.5.2018, at slik ordning er økonomisk kostbar og at de ordninger man har i dag har fungert utmerket. En av landets mest folkerike kommuner utdypet sitt *Nei* på spørsmålet om de hadde etablert bakvakt på følgende måte:

«Kompetanse anses ivaretatt av legevaksleger til tross for at de ikke tilfredsstiller forskriftskravene som vil gjelde fra 1.5.18.»

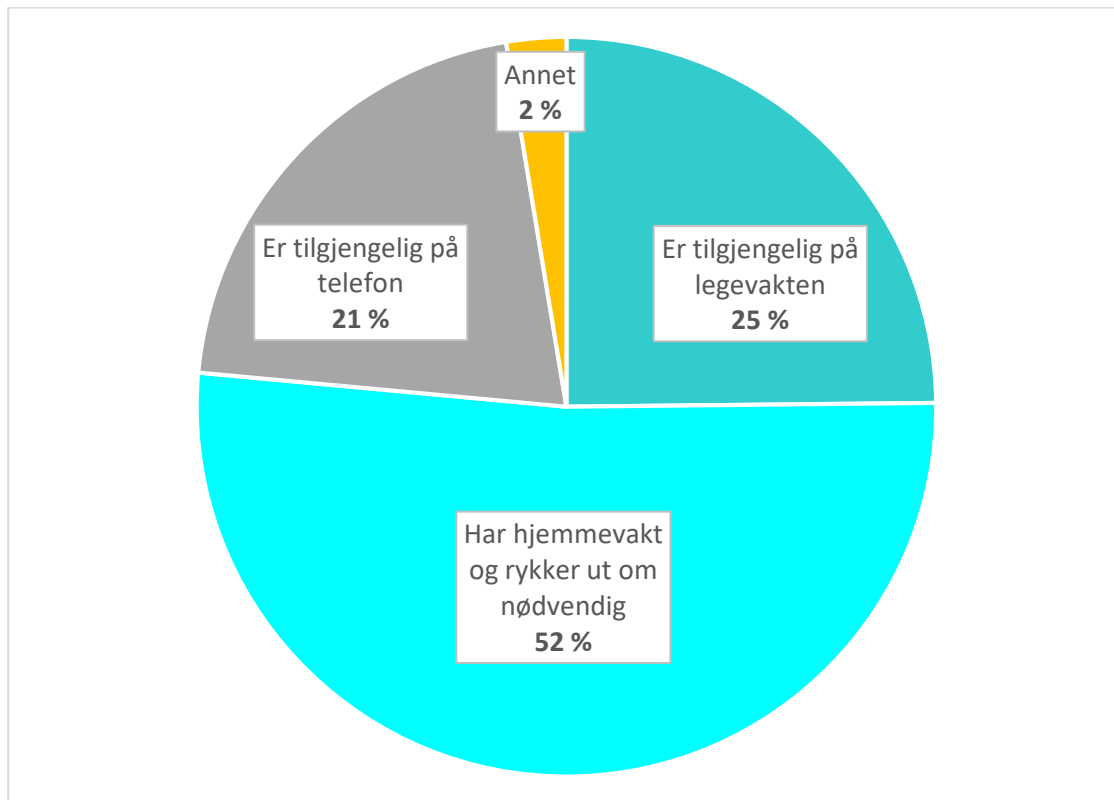
Spørsmålet om bakvakt fordelt etter sentralitet, folketall og type legevakt Tabell 11 viser hvordan svarene om hvorvidt "*bakvakt med vaktkompetent lege som rykker ut om nødvendig er etablert*", var totalt sett og fordelt etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. De minst og mindre sentrale kommunene skilte seg markant fra de noe sentrale og sentrale kommunene ved at en betydelig høyere andel hadde bakvaksordning på plass. De minst og mindre sentrale kommunene skilte seg også fra de to mest sentrale ved at de i langt større grad var orientert om eksisterende bakvaksordning for kommunens legevakt. Svaret på spørsmålet var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet og med kommunenes folketall. Nær halvparten i kommuner med lavest og mellomstort folketall hadde bakvaksordning. I de mest folkerike kommunene var tilsvarende andel nær én av fem. Når svarene fordeles etter type legevakt, finner vi den mest markante forskjellen knyttet til svaret *Vet ikke*, som kun ble brukt av kommuner med interkommunal legevakt. Svaret på spørsmålet var signifikant assosiert med type legevakt.

Tabell 11: Hadde kommunens legevakt (kommunal eller interkommunal), per 1.1.2017 etablert en **bakvaksordning** med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig, for leger uten selvstendig vaktkompetanse? Svar fordelt etter **kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt**. Tall i prosent.

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke	Totalt	N	p-verdi
Totalt	42	18	30	10	100	368	
<i>Sentralitet</i>							
Minst sentrale	51	13	34	2	100	125	<0,001
Mindre sentrale	51	24	19	7	100	42	
Noe sentrale	33	23	29	15	100	69	
Sentrale	34	17	32	17	100	132	
<i>Folketall i kommunen</i>							
Under 5 000	47	12	28	13	100	181	<0,001
5 000 – 19 999	45	23	28	4	100	130	
20 000 eller flere	19	23	44	14	100	57	
<i>Type legevakt</i>							
Kommunal	45	17	38	0	100	71	<0,001
Interkommunal	41	18	21	14	100	280	
Annet	29	24	47	0	100	17	

Organisering av bakvakt

De respondentene som bekreftet at de hadde etablert en bakvaksordning (42 prosent jfr. figur 4), ble bedt om å svare på hvordan bakvaktlegen var organisert. Flertallet (52 prosent) krysset av for at bakvakten har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig. De øvrige svarene var relativt likelig fordelt mellom bakvakt tilgjengelig på legevakt (25 prosent) eller tilgjengelig på telefon (21 prosent). Sistnevnte kategori tyder på at bakvaktkravet i akuttmedisinforskriften ikke er oppfylt. De fire respondentene som hadde krysset av for *Annet* spesifiserte dette svaret i fritekst. De skriver at de enten ikke visste hvordan bakvakten var organisert eller at det ikke var behov for bakvakt. I figuren under er kategorien *Annet* inkludert, men i tabellene og den videre teksten er den utelatt.



Figur 5: Gitt bakvaksordning, hvordan var bakvaktlegen organisert? (n=153)

Tabell 12 viser hvordan svarene om hvordan bakvakten var organisert per 1.1.2017 fordelte seg totalt sett og etter kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. Tabellen viser markante og signifikante forskjeller, mellom de minst sentrale og de sentrale kommunene. I de minst sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene hjemmevakt og rykker ut om nødvendig. I de sentrale kommunene var majoriteten av bakvaktene tilgjengelig på legevakten. Det var også klare og signifikante ulikheter mellom kommuner med ulikt folketall. Både i kommuner med lavest og mellomstort folketall hadde majoriteten bakvakten i hjemmevakt som rykket ut om nødvendig. I de mest folkerike kommunene hadde flertallet organisert seg med bakvakt tilgjengelig på legevakten. Ingen av de mest folkerike kommunene hadde bakvakt tilgjengelig på telefon, noe som var relativt vanlig i kommuner med lavest og mellomstort folketall. Når det gjelder type legevakt viser tabellen at svarkategorien *Annet* var så liten (bare 3 respondenter), at vi velger ikke å kommentere den nærmere. Tabellen viser, ikke overraskende, klare og signifikante ulikheter mellom kommuner med kommunal og interkommunal legevakt. De med kommunal legevakt hadde en betydelig andel bakvakt

tilgjengelig på telefon, mens blant de interkommunale legevaktene var bakvakt i relativt stor grad tilgjengelig på legevakten.

Tabell 12: Hvordan var **bakvaktlegen organisert**? Svar fordelt etter **kommunenes sentralitet**. Tall i prosent.

	Er tilgjengelig på legevakten	Har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig	Er tilgjengelig på telefon	Totalt	n	p-verdi
Totalt	25	52	21	100	149	
<i>Sentralitet</i>						
Minst sentrale	10	65	25	100	61	<0,001
Mindre sentrale	14	53	33	100	21	
Noe sentrale	22	56	22	100	23	
Sentrale	55	34	11	100	44	
<i>Folketall i kommunen</i>						
Under 5 000	17	58	25	100	81	0,007
5 000 – 19 999	28	51	21	100	57	
20 000 eller flere	73	27	0	100	11	
<i>Type legevakt</i>						
Kommunal	3	59	38	100	32	<0,001
Interkommunal	32	53	16	100	114	
Annet	0	33	67	100	3	

3.5 Hvor mange ganger rykket bakvaktlegen ut i løpet av 2016?

Respondentene fra kommuner som hadde en bakvaksordning per 1.1.2017, ble bedt om å svare på hvor mange ganger bakvaktlegen rykket ut i løpet av 2016. Spørsmålet gjaldt alle utrykninger. Det var ikke avgrenset til utrykninger som skjedde med utgangspunkt i manglende selvstendig vaktkompetanse hos vaktlegen. Det er her mest relevant å studere svarene som er gitt av respondenter fra kommuner som hadde organisert bakvakten som hjemmevakt som rykker ut ved behov, og de som hadde bakvakt tilgjengelig på telefon. Dette dreide seg totalt om 111 respondenter. De fordelte seg med tanke på sentralitet, med et flertall i de minst sentrale kommuner (50 prosent) og de resterende jevnt fordelt mellom mindre, noe og sentrale kommuner. Flertallet representerte kommuner med under 5 000 innbyggere (60 prosent) - det var få (3

prosent) fra kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Majoriteten (70 prosent) hadde en interkommunal legevakt.

Tabell 13 viser responsen på spørsmålet om antall ganger bakvakten rykket ut i løpet av 2016 og hvordan responsen fordelte seg mellom de som hadde bakvakt i hjemmevakt som rykket ut ved behov, og de som hadde bakvakt tilgjengelig på telefon. Tallene i tabellen viser at 41 prosent enten ikke svarte noe på spørsmålet eller svarte at de ikke visste noe om omfanget. De som hadde oversikt, svarte at omfanget av bakvaktutrykninger var relativt lite. En mindre andel (8 prosent) svarte at bakvakt hadde rykket ut mer enn 10 ganger. Blant disse varierte antall utrykninger mellom 15 og ca. 200. De som hadde et høyt antall utrykninger var enten kommunale legevakter i en kommune med mer enn 20 000 innbyggere eller større interkommunale legevakter. Respondenten som meldte om ca. 200 bakvaktutrykninger i 2016 kommenterte utrykningene på følgende måte:

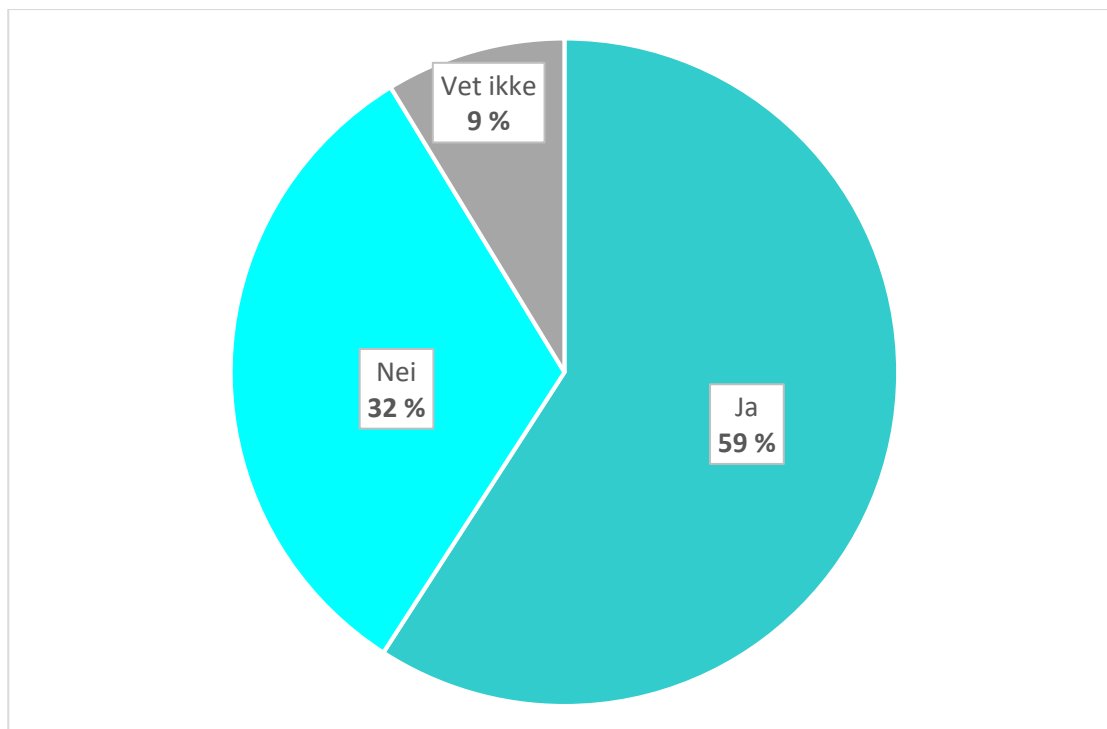
«Innkalling skjer pga. samtidighetskonflikt, høy belastning, utrykning, følgetransport til sykehus. Kun i begrenset grad for å bistå lege uten selvstendig kompetanse på enkeltpasienter. Samtidig er de med minst erfaring ofte de som bruker mest tid, slik at bakvakta kalles oftest inn når disse har vakt. Og det er bra.»

Tabell 13: Hvor mange ganger **rykket bakvaktlegen ut** i løpet av 2016? Svar fordelt etter **bakvaktorganisering**. Tall i prosent.

	Har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig	Er tilgjengelig på telefon	Totalt
Ikke svart	17	12	15
Etablerte bakvakt 1.1.2017	4	3	4
Vet ikke	27	25	26
0 ganger	18	38	24
1-5 ganger	17	19	17
6-10 ganger	9	0	6
Mer enn 10 ganger	10	3	8
Total	100	100	100
n	79	32	111

3.6 Tiltak for å sikre selvstendig vaktkompetanse

Figur 6 viser hvordan respondentene besvarte spørsmålet om kommunen (alene eller i samarbeid med andre kommuner) hadde satt i verk noen spesielle tiltak for at leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse i akuttmedisinforskriften. Majoriteten blant respondentene (59 prosent) svarte ja på spørsmålet, mens nær en av tre (32 prosent) svarte nei og de resterende (9 prosent) svarte vet ikke.



Figur 6: Har kommunen (alene eller i samarbeid med andre kommuner) satt i verk noen **spesielle tiltak** for at leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse i akuttmedisinforskriften?(n=367)

Respondenter som bekreftet at det var satt i verk spesielle tiltak, ble bedt om å beskrive tiltakene. Et stort flertall blant disse beskrev tiltak som handlet om å sørge for at legene fikk tatt nødvendige kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kursene kan inngå i spesialistutdanningen i allmenntidmedisin eller for resertifisering i spesialiteten. Det gis ikke praksiskompensasjon for deltagelse på kurs som inngår i legers spesialistutdanning. Flere viste til at det var knapp tilgang til de påkrevde kursene. Fra mange kommuner skrev respondentene at de hadde søkt om, og fått, finansiering til kurs fra Helsedirektoratet.

Andre svar handlet om at kommunen stiller krav om, og tilrettelegger for, at fastleger får gjennomført spesialisering i allmenmedisin. De som hadde spesifisert hva tilretteleggingen innebærer, skrev at det handlet om å sørge for nødvendig veiledningsavtaler, fri med lønn for å ta nødvendige kurs, kompensasjon for kursutgifter og hjelp til å skaffe vikar for fravær i sykehusåret. Kommuner som hadde fastleger i vakt som var i kvalifiseringsløp for å bli godkjent allmennlege med selvstendig vaktkompetanse, skrev at de hadde satt i verk tiltak for å øke tempoet i prosessen. Flere respondenter skrev at kommunen hadde kartlagt kompetansen til legene i legevakt og laget kompetanseplaner for målrettet å øke omfanget av leger med selvstendig vaktkompetanse. Fra noen kommuner skrev respondenter at de var i ferd med å etablere nytt vaksamarbeid med andre kommuner for å kunne oppfylle de nye kravene til vaktberedskap. Kompetansekravene gir altså behov for organisatoriske endringer. Det er ikke tilstrekkelig å sikre at den enkelte lege har selvstendig vaktkompetanse.

3.7 Kommentarer om kompetansekrav til leger i vakt

Etter at alle spørsmålene om de nye kompetansekravene til leger var stilt, fikk respondentene anledning til å komme med egne kommentarer om kompetansekravene i form av fritekst. Til sammen benyttet 146 av 371 respondenter seg av denne muligheten. Blant disse var det 51 respondenter som skrev en tekst som handlet om at de nye kompetansekravene med utrykningspliktig bakvakt, er svært vanskelig å oppfylle. I hovedsak kom disse ytringene fra usentrale kommuner med lavt folketall, men det var også ytringer som liknet fra respondenter i sentrale kommuner med høyt folketall.

Fra de usentrale kommunene med lavt folketall handlet budskapet i hovedsak om at bakvaktkravet utløser en uheldig økt vaktbelastning på et allerede hardt vaktbelastet fastlegekorps, og at de økte kravene vil gjøre det enda vanskeligere å rekruttere nye fastleger til kommunen og til allmenmedisin generelt. De var også flere som uttrykte frykt for at økt vaktbelastning ville bety at fastleger ville forlate kommunen. Flere respondenter påpekte at de sjelden har erfart at det reelt sett var behov for at en ekstra lege rykket ut og at veiledning på telefon som regel har vært tilstrekkelig. Flere skrev at det var vanskelig å forstå at bakvaktkravet vil bidra til økt kompetanse i legevakt.

Unge leger uten vaktkompetanse ble omtalt som mindre attraktiv arbeidskraft, etter at de nye kravene kom. Særlig ble det pekt på at turnusleger vil bli nærmest verdiløse i vakt. Enkelte respondenter skrev at kommunen vurderte å slutte å ta imot turnusleger på grunn av de nye kompetansekravene. Det var også flere som skrev at kravet ville gjøre det vanskelig å opprettholde nåværende legevaktorganisering og at sentralisering av legevakten med større avstand til legevakten for befolkningen, ville bli en konsekvens. En respondent skrev at det med bakgrunn i nye kompetansekrav var fremmet forslag om

legevaksamarbeid med nabokommunene. Men at de lokale politikerne foreløpig hadde avvist dette. Det ble videre påpekt at utrykningsplikt for bakvakt i visse situasjoner kan virke meningsløst når det ikke samtidig stilles krav om utrykningstid, noe følgende tekst illustrerer:

«Det er også ganske meningsløst da det ikke stilles krav til utrykningstid eller plassering av bakvakten. I vårt distrikt har store deler av befolkningen og mange av legene halvannen til to timer til den interkommunale legevakten.

Flere svar uttrykte tydelig frustrasjon mot helsemyndighetens mange og hastige endringer og mangel på helhetstenkning i et felt av stor praktisk betydning for kommunene, noe følgende uttalelse illustrerer:

«I tillegg har departement/direktorat vist seg så grenseløst inkompetente i arbeidet med de mange pågående forskriftsendringene at situasjonen er fullstendig uoversiktlig. Absolutt ingen har svar på hvordan kommunene nå skal forholde seg til veiledning av nye leger, hva som skal erstatte kategorien "godkjent allmennlege", og hva som er læringsmålene til turnuslegene i allmenntilleggsmedisin.»

Fra flere sentrale og folkerike kommuner var budskapet at det kan bli svært utfordrende å oppfylle kompetansekravene. Dette handlet om allerede høy vaktbelastning blant kompetente fastleger i legevaktordningen, at særlig nattevakter er lite populært, og om at en bakvaksordning vil bli kostbar for kommunen. I større, sentrale legevakter er det en utfordring at mange av legene som deltar i legevaktordningen, ikke er fastleger med spesialisering i allmenntilleggsmedisin. En respondent fra en av landets mest folkerike kommuner skrev følgende om dette:

«For å tilfredsstille forskrift må kommunen finansiere en bakvaksordning som ikke vil forbedre kompetanse på legevakten. Det er få fastleger som kjører legevakt både pga. kravfull hverdag og høy alder - men også fordi legevakten er p.t. velfungerende. Leger som har arbeidet i legevakt i mange år - uten klager men som innehar andre spesialiteter, burde få mulighet til å fortsette inntil kommunen har fått rekruttert nye fastleger som kan ta legevakter.»

Det var til sammen 16 respondenter som skrev en kommentar som uttrykte støtte til de nye kompetansekravene for leger i legevaktordningen. Respondentene var i hovedsak fra de store og sentrale kommunene, men det var også respondenter fra små og usentrale kommuner blant dem. Budskapet i kommentarene var at kompetansekravene er viktige og nødvendig. En respondent fra en liten usentral kommune skrev følgende:

«Økt kompetanse gir økt status for allmennlegevakten. Legevakt bør være fastlegeoppgave. Like kompetansekrav for alle legevakter gir jevnere kvalitet.»

De øvrige kommentarene handlet ikke spesifikt om de nye kompetansekravene for leger i legevaktordningen. Respondentene brukte muligheten til å komme med en kommentar til å gi utdypende kommentarer om legevaktorganiseringen i kommunen eller utdype svar på tidligere spørsmål.

3.8 Oppsummering

- På landsbasis deltok 64 prosent av fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017. Gjennomsnittsandelen av fastleger i legevaktordningen på kommunenivå var høyere, 72 prosent. Denne relativt store forskjellen mellom landsbasis og kommunenivå kan forklares av at andelen fastleger i legevaktordningen var signifikant forskjellig i sentrale og usentrale kommuner, i kommuner med høyt og lavt folketall og i kommuner med kommunal eller interkommunal legevakt. I de minst sentrale kommunene deltok i gjennomsnitt 83 prosent av legene i legevaktordningen, mot 62 prosent i de sentrale kommunene. I kommuner med under 5 000 innbyggere deltok i gjennomsnitt 79 prosent i legevaktordningen mot 59 prosent i kommuner med 20 000 innbyggere eller mer. I kommuner med kommunal legevakt deltok i gjennomsnitt 83 prosent av fastlegene i legevaktordningen, mot 70 prosent i kommuner med interkommunal legevakt. I nær én av tre kommuner inngikk alle fastleger legevaktordningen per 1.1.2017.
- På landsbasis hadde 83 prosent av fastlegene som deltok i legevaktordningen, selvstendig vaktkompetanse: 45 prosent av dem fordi de var spesialister i allmennmedisin, og 38 prosent fordi de var godkjent allmennlege med et tilstrekkelig antall legevakter eller praksis fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til å være kompetent for selvstendig vakt. Tallene for landsbasis omfatter ikke Oslo kommune da de ikke svarte på spørsmålet om vaktkompetansen blant sine fastleger i legevaktordningen. Tallene på kommunenivå var ikke vesentlig forskjellig fra tallene på landsbasis. Blant fastleger i legevaktordningen i den enkelte kommune var gjennomsnittsandelen spesialister i allmennmedisin 42 prosent, mens gjennomsnittsandelen med vaktkompetente godkjente allmennleger var 41 prosent. Gjennomsnittsandelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen (spesialister i allmennmedisin og godkjente allmennleger med vaktkompetanse) i den enkelte kommune var 82 prosent. De minst sentrale kommunene skilte seg signifikant fra de øvrige med en

lavere andel spesialister i allmenntmedisin (35 prosent) blant fastlegene i vakt. For øvrig fant vi ingen signifikante forskjeller i vaktkompetanse blant fastleger som deltok i legevaktordningen mellom sentrale og usentrale kommuner, mellom kommuner med høyt og lavt folketall eller mellom kommuner med kommunal eller interkommunal legevakt.

- Respondentene stipulerer at det totalt sett per 1.5.2018 vil være 20 prosent flere fastleger i legevaktordningen som har selvstendig vaktkompetanse fordi de er blitt spesialister i allmenntmedisin, gitt betingelsen om å forutsette at fastlegestaben i kommunen holder seg stabil. Det er stor usikkerhet knyttet til dette tallet. Det var signifikante forskjeller mellom store og små kommuner. Kommuner med under 5 000 innbyggere stipulerte at de innen 1.5.2018 i gjennomsnitt ville ha 31 prosent flere fastleger i legevaktordningen som var spesialister i allmenntmedisin. Mens kommuner med 20 000 eller flere innbyggere i gjennomsnitt stipulerte denne andelen til 18 prosent. Det var ingen signifikante forskjeller knyttet til kommunenes sentralitet eller type legevakt.
- Per 1.1.2017 hadde 42 prosent av kommunene i undersøkelsen etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig. Spørsmålet om etablert bakvaksordning var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Drøyt halvparten av de minst og mindre sentrale kommunene hadde en bakvaktordning på plass, mot én av tre i de noe sentrale og sentrale kommunene. Nær halvparten i de minste og mellomstore kommunene hadde bakvaksordning, i de store kommunene var tilsvarende andel nær én av fem. Svaret *Vet ikke*, ble kun brukt av kommuner med interkommunal legevakt hvor 14 prosent ga det svaret. Mange av respondentene som ikke hadde en etablert bakvaktordning per 1.1.2017, skrev at de arbeidet med saken og ville ha en bakvaktordning på plass innen 1.5.2018.
- Drøyt halvparten (52 prosent) av de som hadde en bakvaktordning, hadde en ordning hvor bakvakten har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig. De øvrige hadde bakvakt tilgjengelig på legevakt (25 prosent) eller tilgjengelig på telefon (21 prosent). Organiseringen av bakvakt var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. I de minst sentrale kommunene hadde majoriteten av bakvaktene hjemmevakt og rykket ut om nødvendig. I de sentrale kommunene var majoriteten av bakvaktene tilgjengelig på legevakten. Vi fant tilsvarende ulikhet mellom de minst og mest folkerike kommunene. Kommuner

med kommunal legevakt hadde en betydelig andel bakvakt tilgjengelig på telefon, mens de interkommunale legevaktene i relativt stor grad hadde bakvakt tilgjengelig på legevakten.

- Kommunene hadde i varierende grad oversikt over antallet bakvaktutrykninger i løpet av 2016. Det var 41 prosent som enten ikke svarte noe på spørsmålet eller svarte at de ikke visste noe om omfanget. En mindre andel (8 prosent) svarte at bakvakt hadde rykket ut mer enn 10 ganger. Blant disse varierte antall utrykninger mellom 15 og ca. 200. De som hadde et høyt antall utrykninger var enten kommunale legevakter i en kommune med mer enn 20 000 innbyggere eller større interkommunale legevakter.
- Majoriteten blant respondentene (59 prosent) svarte at kommunen hadde satt i verk spesielle tiltak for at deres leger skal oppfylle kravet til selvstendig vaktkompetanse i akuttmedisinforskriften. Tiltakene handlet om å sørge for at legene fikk tatt nødvendige kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og om å stille krav om, og tilrettelegge for, at fastleger får gjennomført spesialisering i allmenntilleggsmedisin.
- Det var 51 respondenter som brukte muligheten til å komme med en tilleggskommentar, til å melde fra om at de nye kompetansekravene med utrykningspliktig bakvakt er svært vanskelig å oppfylle. I hovedsak kom disse ytringene fra små og usentrale kommuner, men det var også lignende ytringer fra respondenter i store, sentrale kommuner. Fra de små og usentrale kommunene handlet budskapet i hovedsak om at bakvaktkravet utløser en uheldig økt vaktbelastning på allerede hardt vaktbelastede fastleger i legevaktordningen. De økte kravene gjør det enda vanskeligere å rekruttere fastleger, vanskeligere å beholde de man har og vanskeligere å opprettholde nåværende legevaktorganisering med sentralisering av legevakten som konsekvens.

4 OPPFYLLING AV KRAVET OM TRENING I SAMHANDLING

I dette kapitlet presenteres resultater fra den delen av spørreundersøkelsen som handlet om trening i samhandling.

Respondentene ble innledningsvis presentert for fem ulike utsagn om trening i samhandling og bedt om å krysse av for det eller de utsagn som var dekkende for kommunen(e) de svarte på vegne av per 1.1.2017. Tabell 14 viser de fem utsagnene og hvordan respondentene svarte. Utsagnene har en innbyrdes ordning hvor det første handler om å oppfylle akuttmedisinforskriftens krav. Deretter følger utsagn om ulik grad av samhandlingstrening hvor antall ledd i den akuttmedisinske kjede og kommunenes aktive rolle avtar. Det siste utsagnet er om ikke å oppfylle forskriftskravet i det hele tatt.

Det var bare 16 prosent av respondentene som selv mente at de oppfylte akuttmedisinforskriftens krav til trening i samhandling. En større andel (38 prosent) oppga et de trente samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell. Det var totalt 9 prosent av respondentene som hadde krysset av for begge disse utsagnene. De som bare krysset av for utsagn nummer to i tabell 14, antas å trene samhandling med deler av, men ikke hele, den akuttmedisinske kjeden. Videre svarte 15 prosent at de trente samhandling, men kun med kommunenes ansatte involvert, mens 16 prosent svarte at de trente samhandling en gang i året i form av en større øvelse. I nær to av tre tilfeller oppga disse respondentene at kommunen var ansvarlig for øvelsen. Blant respondentene var det 29 prosent som krysset av for at de ikke oppfyller forskriftskravet. Av disse, var det 3 prosent som hadde krysset av for ett eller flere blant de tre midterste utsagnene i tabell 14. Resultatene tyder dermed på at 26 prosent av kommunene som vi har fått opplysninger om, ikke drev noen form for trening i samhandling per 1.1.2017.

Tabell 14: Hvilket **utsagn om trening i samhandling** var dekkende fra din kommune per 1.1.2017? (sett gjerne flere kryss): n=371

	Prosent	Antall svar
1. Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling	16	60
2. Vi trener samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell	38	139
3. Vi trener samhandling men kun med personell i kommunen	15	54
4. Vi trener samhandling en gang i året i form av en større øvelse	16	58
5. Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling	29	108

Tabell 15 viser respondentenes svar fordelt etter kommunens sentralitet. Tallene viser signifikante ulikheter mellom de minst og mindre sentrale kommunene sammenliknet med de noe sentrale og sentrale kommunene når det gjelder utsagnet om kommunen oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling. Andelen som har krysset av på at utsagnet er en beskrivelse som er dekkende, var betydelig høyere i de minst og særlig de mindre sentrale kommunene. Det var også signifikante ulikheter i responsen på utsagn nummer to i tabellen. En betydelig høyere andel i de minst sentrale kommunene krysset av for at utsagnet var dekkende for egen kommune. Det var små forskjeller kommunegruppene imellom når det gjaldt responsen på utsagn tre og fire i tabellen. Når det gjelder det femte utsagnet, om ikke å oppfylle kompetansekravet om trening i samhandling, økte andelen som krysset av for dette med kommunens sentralitet. Men denne tendensen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 15: Hvilket **utsagn om trening i samhandling** var dekkende fra din kommune per 1.1.2017? Svar fordelt på **kommunenes sentralitet**. Tall i prosent.

	Totalt n=371	Minst sentral n=125	Mindre sentrale n=42	Noe sentrale n=69	Sentrale n=135	p-verdi
1. Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling	16	20	33	13	9	0,001
2. Vi trener samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell	38	50	33	23	34	0,001
3. Vi trener samhandling men kun med personell i kommunen	15	14	14	15	15	0,922
4. Vi trener samhandling en gang i året i form av en større øvelse	16	18	14	17	13	0,770
5. Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling	29	22	29	29	36	0,079

Tabell 16 viser respondentenes svar om de fem utsagnene fordelt etter kommunens folketall. Det var kun når det gjaldt det femte utsagnet, om ikke å oppfylle kompetansekravet om trening i samhandling, at det var signifikante forskjeller kommunene imellom. Her økte andelen som medgav at de ikke oppfyller kravet til trening med økt folketall i kommunen.

Tabell 16: Hvilket **utsagn om trening i samhandling** var dekkende fra din kommune per 1.1.2017? Svar fordelt etter **kommunenes folketall**. Tall i prosent.

	Totalt n=371	Under 5 000 innbyggere n=181	[5 000- 19 999] innbyggere n=133	20 000 eller flere n=57	p-verdi
1. Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling	16	18	16	11	0,383
2. Vi trener samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell	38	41	33	35	0,294
3. Vi trener samhandling men kun med personell i kommunen	15	14	14	15	0,981
4. Vi trener samhandling en gang i året i form av en større øvelse	16	14	16	19	0,669
5. Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling	29	23	34	39	0,023

Tabell 17 viser respondentenes svar om de fem utsagnene fordelt etter hvilken type legevakt kommunen har. Ingen av utsagnene gav statistisk signifikant ulik i respons fra respondenter med ulik type legevakt.

Tabell 17: Hvilket **utsagn om trening i samhandling** var dekkende fra din kommune per 1.1.2017? Svar fordelt etter **type legevakt for kommunens innbyggere**. Tall i prosent.

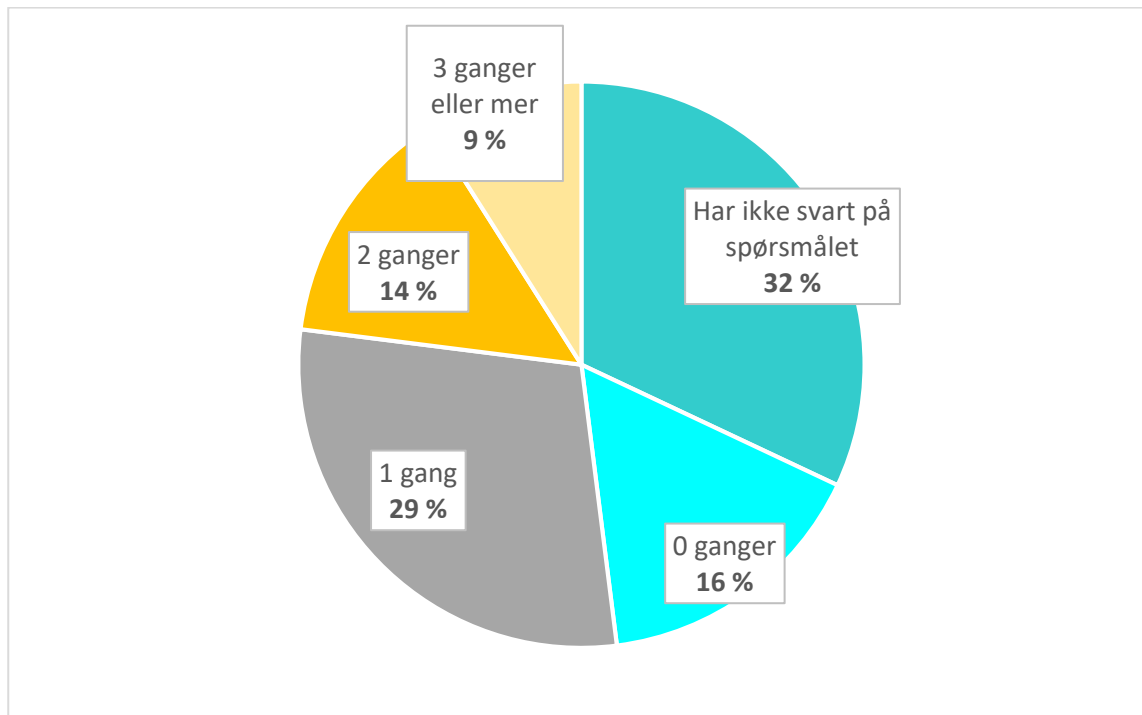
	Totalt n=371	Kommunal n=71	Inter- kommunal n=282	Annet n=17	p-verdi
1. Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling	16	24	15	6	0,090
2. Vi trener samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell	38	44	36	41	0,418
3. Vi trener samhandling men kun med personell i kommunen	15	16	14	18	0,900
4. Vi trener samhandling en gang i året i form av en større øvelse	16	17	16	12	0,870
5. Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling	29	27	29	35	0,772

4.1 Hvorfor oppfyller ikke kommunen forskriftskravet?

De respondentene som krysset av for at utsagnet *Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling* var dekkende for egen kommune, ble bedt om å gi et fritekstsvar om hvorfor kommunen ikke oppfylte forskriftskravet per 1.1.2017. Det var 98 respondenter som formulerte et svar. Svarene handlet blant annet om at kommunen ikke har funnet grunn til å prioritere dette, at det ikke er økonomi til dette, at legevaktene er store og underadministrerte, noe som gjør det vanskelig å få til trening, at det er ustabilitet i legetjenesten som har vanskeliggjort trening, og at ambulansetjenesten er flyttet langt unna og at det dermed er vanskelig å finne noen å trene samhandling med. Det var flere som svarte at det er vanskelig å finne tid til å trene. Noen skrev at de hadde forsøkt å få dette i gang, men at manglende lønn for helsepersonellet for tiden som går med til samhandlingstrening, gjorde at det gjerne ble med enkeltstående forsøk. Andre skrev det var konkrete planer på gang om å få etablert regelmessig trening i samhandling. Flere pekte på modellen for treningen i samhandling som praktiseres i Alta kommune, som en kilde til inspirasjon. Det var også respondenter som svarte at de ikke var klar over forskriftskravet om trening i samhandling.

4.2 Treningshyppighet i 2016

Respondentene ble bedt om å svare på hvor mange ganger det ble gjennomført trening i samhandling i løpet av 2016. Svarene er gjengitt i figur 7. De som ikke besvarte spørsmålet, var i stor grad sammenfallende med de som bekreftet at de ikke oppfylte forskriftskravet om samhandling. Det er dermed god grunn til å anta at de ikke besvarte spørsmålet fordi de ikke hadde trent samhandling i løpet av 2016. Denne kategorien kan dermed slås sammen med de som svarte et de ikke trente samhandling i det hele tatt i 2016. Andelen som trente samhandling én eller flere ganger i løpet av 2016 var samlet 52 prosent. Flertallet av disse trente en gang, mens en liten andel (33 kommuner, 9 prosent) trente tre ganger eller mer. Blant disse var det ni kommuner som trente 10 eller flere ganger.



Figur 7: Hvor mange ganger ble det i din kommune gjennomført **trening i samhandling i løpet av 2016**? (n=371)

Tabell 18 viser hvordan svarene om gjennomført trening i samhandling i løpet 2016 varierte totalt sett og etter kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt. Resultatene viser at det var signifikante ulikheter knyttet til sentralitet. De minst og mindre sentrale kommunene skilte seg ut som de som i størst grad hadde gjennomført trening i samhandling. Det var nær signifikante ulikheter knyttet til folketall, som i hovedsak skyldtes at majoriteten av respondenter fra de største kommunene ikke svarte på spørsmålet. Svarene viser at type legevakt ikke hadde noen statistisk signifikant betydning for om trening i samhandling ble gjennomført.

Tabell 18: Hvor mange ganger ble det i din kommune gjennomført **trening i samhandling i løpet av 2016**? Svar fordelt etter **kommunenes sentralitet, folketall og type legevakt**. Tall i prosent.

	Har ikke besvart spørsmålet	0 ganger	1 eller flere ganger	Totalt	n	p-verdi
Totalt	32	16	52	100	371	
<i>Sentralitet</i>						
Minst sentrale	23	14	63	100	125	0,018
Mindre sentrale	31	14	55	100	42	
Noe sentrale	30	23	46	100	69	
Sentrale	42	16	43	100	135	
<i>Folketall i kommunen</i>						
Under 5 000	26	20	35	100	181	0,007
5 000 – 19 999	35	14	50	100	133	
20 000 eller flere	44	9	47	100	57	
<i>Type legevakt</i>						
Kommunal	30	10	60	100	71	0,347
Interkommunal	32	18	50	100	282	
Annet	42	12	53	100	17	

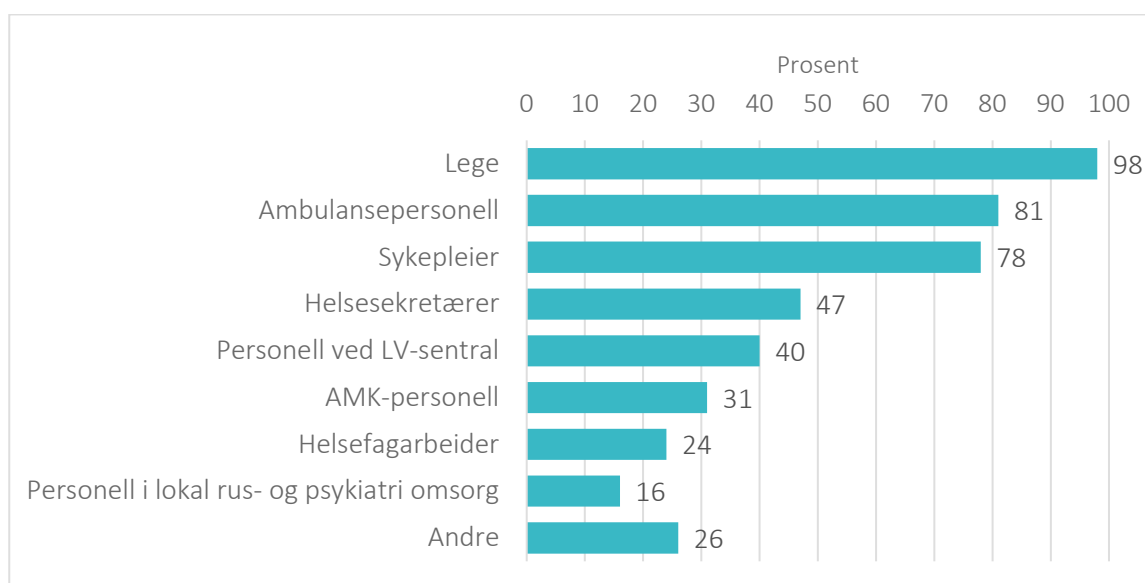
Hvorfor det ikke ble trent samhandling i 2016

De som svarte at det ikke var gjennomført trening i samhandling i 2016, ble bedt om å svare på hvorfor. Mange respondenter viste til at de har interkommunale legevakter og uttrykte eksplisitt eller underforstått at dette er «deres bord». Flere svarte at de hadde hatt en større samhandlingsøvelse i 2015, men ikke i 2016. En respondent skrev at de hadde tatt initiativ overfor helseforetaket om å få i gang trening i samhandling uten at de hadde fått noen respons. Flere respondenter medga at dette var et område kommunen ikke hadde tatt tak i. Andre viste til stor ustabilitet blant helsepersonellet som forklaring på at trening i samhandling ikke var prioritert.

4.3 Hvilke yrkesgrupper trente samhandling i 2016?

De respondentene som svarte at de hadde trent samhandling en eller flere ganger i løpet av 2016, ble bedt om å oppgi hvilke yrkesgrupper som hadde trent sammen. Figur 8

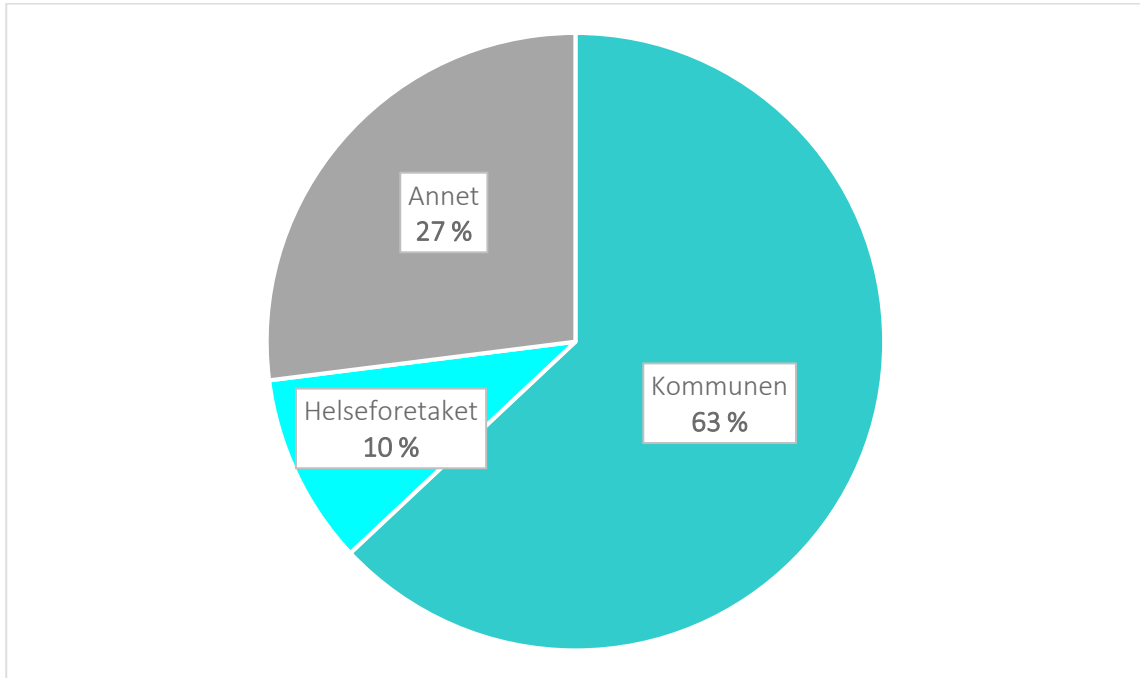
oppsummerer svarene og viser at det i hovedsak var leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trente sammen. Treningen omfattet i mindre og avtagende grad helsesekretærer, personell i legevaktsentral, personell i AMK, helsefagarbeidere og personell i lokal rus- og psykiatriomsorg. Den relativt store gruppen *Andre* inkluderer: Personell fra lokalt brannvern, politi, personell fra henholdsvis luftambulans, redningshelikopter og redningsskøyte, first responders, personell fra hjemmetjenesten med hjertestarter i bilen, jordmor, helsesøster, PPT, prest, kriseledelsen i kommunen, sivilforsvaret, skipatrolje, dykkere, anestesilege, sykehuspersonell (kommunal legevakt på sykehuset), Røde kors og helselag.



Figur 8: Hvilke **yrkesgrupper** trente sammen i løpet av 2016 (n=371)?

4.4 Hvem organiserte treningen?

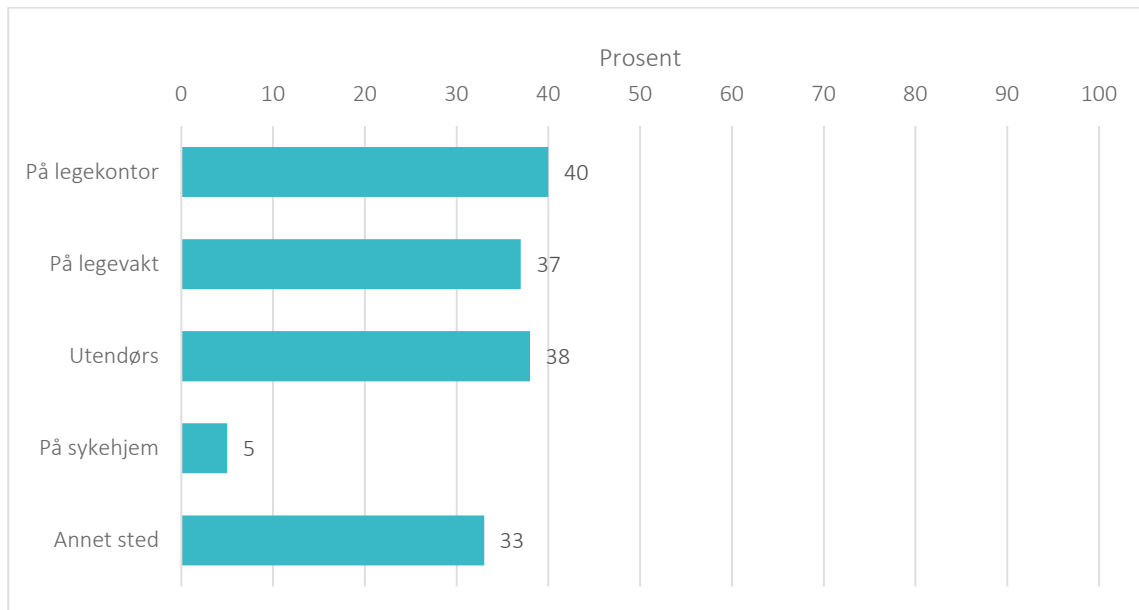
Figur 9 viser at det i hovedsak var kommunen som organiserte treningen i samhandling som foregikk i 2016. Helseforetakene stod for en svært liten andel, selv om forskriftskravet også gjelder for dem. Kategorien *Annet* rommet mange ulike enkeltaktører og samarbeidskonstellasjoner. Flere respondenter framholdt at initiativet kom fra enkeltleger, legekantor, fra enkeltstående legevakter (kommunale og interkommunale) og fra legekantor og ambulansetjenesten i fellesskap og altså ikke fra noen av de overordnede instansene som forskriftskravet er rettet mot. Andre skrev at treningen i samhandling var organisert av politiet, sivilforsvaret, universitetet, Fylkesmannen, eller i form av et samarbeid mellom brann og politi, Avinor/politi/brann eller kommune/helseforetak/universitet.



Figur 9: Hvem var ansvarlig for å organisere trening? (n=190)

4.5 Hvor ble treningen gjennomført

Figur 10 gir en oversikt over hvor treningen i samhandling som foregikk i løpet av 2016 ble gjennomført. Det framgår at legekontor og legevakt var hyppigst brukt. Men at trening utendørs også var vanlig. Sykehjem ble i langt mindre grad brukt som treningsarena. Kategorien *Annet sted* rommet: ambulansestasjon, om bord i ambulansebåt, rådhus/kommunehus, skole, badeland, hotell, flyplass, kjøpesenter, på en kai, lokalsykehus, simulatorsenter, fødestue, hjemme hos pasient og i beredskapssenter.



Figur 10: Hvor foregikk treningen(e)?(n=191)

4.6 Oppsummering

- Det var bare 16 prosent av respondentene som sa seg enig i følgende utsagn: «*Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling*». Hvorvidt man var enig i utsagnet var assosiert med kommunenes sentralitet og type legevakt. De mindre og minst sentrale kommunene sa seg i større grad enig i utsagnet, sammenliknet med de noe sentrale og sentrale kommunene. De som hadde en kommunal legevakt var i større grad enig i utsagnet, sammenliknet med de som hadde en interkommunal legevakt.
- Det var 29 prosent av respondentene som sa seg enig i utsagnet: «*Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling*». Årsaker til dette var at kommunen ikke har funnet grunn til å prioritere dette, at det ikke er økonomi til dette, at legevaktene er store og underadministrerte noe som gjør det vanskelig å få til trening, at det er ustabilitet i legetjenesten som har vanskeliggjort trening, og at ambulansetjenesten er flyttet langt unna og at det dermed er vanskelig å finne noen å trene samhandling med.
- Andelen kommuner som trente samhandling én eller flere ganger i løpet av 2016 var samlet 52 prosent. Flertallet av disse trente én gang i løpet av 2016. Treningsomfanget var signifikant assosiert med kommunenes sentralitet. De

minst og mindre sentrale kommunene skilte seg ut som de som i størst grad hadde gjennomført trening i samhandling.

- I 2016 var det i hovedsak leger, ambulanspersonell og sykepleiere som trente sammen. Treningen omfattet i mindre og avtagende grad helsesekretærer, personell i legevaktsentral, personell i AMK, helsefagarbeidere og personell i lokal rus- og psykiatriomsorg. Det er verd å merke seg at vår kartlegging ikke gir svar på hvor ofte det enkelte helsepersonell trener.
- Det var i hovedsak kommunen (63 prosent) som organiserte treningen i samhandling som foregikk i 2016. Helseforetakene stod for en liten andel (10 prosent), selv om forskriftskravet også gjelder for dem.
- Legekantor og legevakt ble hyppigst brukt som treningsarena. Trening utendørs var også vanlig. Trening på sykehjem var langt mindre vanlig.

5 DISKUSJON

Vår kartlegging om hvorvidt norske kommuner oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften fra 2015, er gjort for sentrale helsemyndigheter i sluttfasen av overgangsperioden som kommunene fikk innvilget for å tilfredsstille kravene, som går ut 1.5.2018. Med de nye kravene ble legevakten, som i mange år bar preg av å være en kollegial innretning, mer regulert. Man har snakket om å «gå eller kjøre legevakt». Med nye krav bør det formuleres tydeligere at leger deltar i en nasjonal *legevaktordning*.

Det er liten tvil om at intensjonene med kompetansekravene er økt pasientsikkerhet, men utilsiktede konsekvenser kan bidra til at det ikke oppnås. For eksempel ved at kravene bidrar til at det blir vanskeligere å rekruttere og stabilisere fastleger og ved at tilgjengeligheten til legetjenester forverres ved ytterligere sentralisering.

Noen av våre hovedfunn overensstemmer med funn i andre undersøkelser. I vår kartlegging var det respondenter fra kommuner, i all hovedsak kommuneleger og helseledere, som svarte at totalt 64 prosent av fastleger deltok i legevaktordningen per 1.1.2017. To utvalgsundersøkelser hvor fastleger selv er spurt om deltagelse i legevakt, har kommet fram til omtrent samme andel. Både Zakariassen et al (2008) og Hjortdahl et al (foreløpig upublisert) har i to ulike undersøkelser kommet fram til at 63 prosent blant landets fastleger deltar i legevakt. I vår kartlegging fant vi at 42 prosent av kommunene i undersøkelsen hadde etablert en bakvaksordning i henhold til kravene i akuttmedisinforskriften. Hunskår et al (2016) fant at 41 prosent av legevaktene har organisert beredskapsvakt dvs. en bakvakt som kan utkalles ved akutte situasjoner. Vår kartlegging avdekket at 52 prosent av kommunen trente samhandling én eller flere ganger i løpet av 2016. Hunskår et al (2016) fant at 53 prosent av landets legevakter hadde hatt samtrening med ambulansetjenesten eller andre ledd i den akuttmedisinske kjeden i løpet av det siste året.

5.1 Vaktkompetanse og mangel på så dann

Vi kjenner ikke til andre studier som har spurt spesifikt om vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen. Vår kartlegging viser at en klar majoritet (83 prosent) av fastlegene som deltok i legevaktordningen per 1.1.2017, hadde selvstendig vaktkompetanse enten fordi de var spesialister i allmennmedisin eller var godkjente allmennleger med et tilstrekkelig antall legevakter eller relevant praksis. Vi har imidlertid ikke spurt om omfanget av deltagelse i legevakt og heller ikke om årsakene til at fastleger ikke deltar. Allikevel antar vi at det er relativt lite *ny* vaktkompetent kapasitet å hente ut blant de fastlegene som deltok i legevaktordningen per 1.1.2017. Mange respondenter

har kommentert at det er lite populært blant fastleger i legevaktordningen å øke omfanget av legevakt. Det er vanskelig å se for seg en situasjon hvor alle fastleger i legevaktordningen har selvstendig vaktkompetanse. Turnover og ordinær vikarbruk i fastlegekorpset samt opprettelsen av nye fastlegehjemler, gjør at det alltid vil være en del nye fastleger som vil måtte bruke tid på å kvalifisere seg for selvstendig vaktkompetanse.

Det som imidlertid kan bidra til å øke antall fastleger med selvstendig vaktkompetanse, er om flere fastleger deltar i legevakt. I primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) hevdes det at 57 prosent av fastleger på landsbasis er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Når vi i denne kartleggingen finner at 45 prosent av fastlegene som inngår i legevaktordningen på landsbasis, er spesialister i allmenntilleggsmedisin, så tyder det på at det er en del selvstendig vaktkompetente fastleger som ikke inngår i legevaktordningen. Blant disse er det trolig en del som oppfyller formelle krav til fritak fra legevakt som er spesifisert i Fastlegeforskriften⁷, men det gjelder nok ikke alle. Det finnes med andre ord et potensiale for å ganske raskt kunne øke andelen vaktkompetente fastleger i legevaktordningen dersom flere av disse fastlegene innlemmes.

Potensialet er størst i de store og sentrale kommunene og begrenset i de minste og mindre sentrale kommuner. Dette fordi andelen fastleger i legevakt allerede er meget høy i de minst folkerike og minst sentrale kommunene, og signifikant høyere enn i de folkerike og sentrale kommunene. Det å øke antall fastleger og samtidig sørge for at de har selvstendig vaktkompetanse og deltar i legevaktordningen, er en annen løsning. Dette vil kunne avhjelpe den situasjonen vi har i dag hvor mange fastleger opplever et stort arbeidspress og ønsker seg både kortere lister og kortere arbeidsdager. I mange mindre folkerike og usentrale kommuner har man allerede en fastlegetjeneste med relativt sett mange leger og korte lister nettopp for å få til levelige vaktordninger. Det å øke antall fastleger ytterligere vil dermed ikke være noen egnet løsning for dem.

Mer radikale grep som å innlemme legevakt i fastlegenes ordinære arbeidstid, vil trolig ha en positiv effekt for vakttagelsen over hele landet.

Andelen fastleger i vakt som er spesialister i allmenntilleggsmedisin, var signifikant lavere i de minst sentrale kommunene. For øvrig skilte ikke vaktkompetansen blant fastleger i legevaktordningen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene seg fra tilsvarende vaktkompetanse i de folkerike og sentrale kommunene. Det var også de minst folkerike og minst sentrale kommunene man i størst grad trente samhandling.

⁷ FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

Når respondenter fra disse kommunene uttaler seg, så snakker de fra et kompetent utgangspunkt. Det de forteller om vanskene med å etablere bakvaksordninger med utrykningsplikt, bør helsemyndighetene ta innover seg og lytte til. Budskapet fra mange av dem, er at økte krav til at bakvakt må kunne rykke ut vil bidra til økt press på et allerede hardt vaktbelastet fastlegekorps, og gjøre det vanskeligere både å rekruttere og beholde fastleger.

Akuttutvalget har pekt på at mangel på kvalifisert helsepersonell er en utfordring for å sikre akuttmedisinske tjenester for befolkningen i distrikter og utkantkommuner (NOU 2015 nr 17). Helsemyndighetene bør derfor søke å unngå en situasjon hvor det beste blir det godes fiende. Samtidig er det grunn til å minne om at flere respondenter stiller spørsmål ved om bakvakt med utrykningsplikt er det beste og etterlyser evidens for at et slikt krav vil øke kompetansen i legevakt.

5.2 Kravet om trening i samhandling bør følges opp

Vår kartlegging viser at kravet til trening i samhandling som har vært forskriftsfestet siden 2005, i relativt liten grad følges opp. I 2016 hadde drøyt halvparten av kommunene trent samhandling, og bare 16 prosent medga at de oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling. Våre tall er ikke direkte sammenlignbare, men stemmer godt overens med en annen undersøkelse fra 2016 gjennomført av Nklm, hvor 53 prosent av landets 182 legevakter oppga at de hadde hatt en eller flere samtreninger med ambulansetjeneste/andre ledd i den akuttmedisinske kjede i løpet av det siste året (Sandvik og Hunskår 2016). Nklm opplyser i sin rapport at de ikke har undersøkt omfanget av samtrening tidligere og derfor ikke kjenner til hvordan frekvensen av samtrening har utviklet seg over tid.

Kravet om trening i samhandling har ikke vært fulgt opp med tilsyn fra helsemyndighetens side. Det er betimelig å spørre om det ikke er nødvendig at det følges bedre opp. Forskning på trening i lokale akuttmedisinske team gir gode argumenter for å svare ja. Forskningen viser at trening i samhandling utenfor sykehus, skaper en god læringskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling (Brandstorp et al 2016). Forskningen er gjort i Alta og unge leger der sa at de ikke ville blitt værende i en krevende legejobb langt fra sykehus, dersom de ikke trente på samhandling i team på egen arbeidsplass, med eget utstyr, egne kolleger og lokale problemstillinger (in situ trening). Slik blir de kjent med egen og andres kompetanse og rolle. Engasjement for en felles tjeneste skapes hos alle grupper helsepersonell. Det bygges opp et felles ansvar for å levere gode tjenester, som i neste omgang kan føre til at helsepersonell stabiliserer og avlaster hverandre. Brandstorp (2016) viser til at forskriftskravet om trening i samhandling gjelder

alle delene i den akuttmedisinske kjeden og er et krav det er nødvendig å følge opp både i bygd og by. Hun understreker at treningen ikke bør begrenses til legevakt- og ambulanspersonell. Alle profesjoner som involveres i akuttmedisinske hendelser, bør være med på slik trening, dog på ulikt vis og med ulik hyppighet – tilpasset lokale forhold.

Hvis man konkluderer med at det er nødvendig å i større grad følge opp kravet om trening i samhandling, blir neste spørsmål hvordan dette i praksis kan gjøres. Forskriftskravet gjelder ikke bare for kommunene, men også for helseforetakene. Vår kartlegging tyder på at helseforetakene i liten grad organiserer trening i samhandling. Den har også avdekket et eksempel fra en kommune som hadde tatt initiativ overfor helseforetaket om å få i gang trening i samhandling uten at de hadde fått noen respons på dette. Akuttutvalget påpekte at tilsyn med samarbeidet mellom kommuner og helseforetak om de akuttmedisinske tjenestene er nødvendig (NOU 2015:17). Helsemyndighetene har mulighet til å innlemme oppfølging av forskriftskravet om trening i samhandling som et rapporteringspunkt i oppdragsdokumentet til helseforetakene. Trening i samhandling kan innføres som en nasjonal kvalitetsindikator, i form av en prosessindikator for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Gjennom en slik prosessindikator kan både forskriftskravet og innholdet i tjenesteavtale 11 realiseres. Dette er i tråd med forslaget fra akuttutvalget (NOU 2015:17) om at Statens Helsetilsyn/Fylkesmannen bør gjennomføre tilsyn med samhandlingen rundt tjenesteavtale 11 mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester. Det er videre satt i gang et arbeid med å lage en nasjonal veileder i legevaktmedisin. Forskriftskravet om trening i samhandling bør understrekes der. Igjen vil vi anbefale at fokuset holdes på å dokumentere prosess ikke gjennomføring av spesifikke prosedyrer.

Vi vet lite om hvordan personell kompenseres for deltagelse i samhandlingstrening. Men manglende honorar/lønn er trolig en vesentlig forklaringsfaktor for manglende trening. Man kan tenke seg muligheten for å innlemme en takst, for deltagelse i samhandlingstrening i normaltariffen for å stimulere fastlegers deltagelse. Et alternativ er å utvide takst 14 om tverrfaglig samarbeid.

I Alta har både helseforetak og kommune inkludert rett til bevegelige og personlige «fagdager» i tjenesteytneres arbeidsavtaler. Trening i samhandling gjøres på slike dager. Ansvar for treningen er lagt til legevaktsansvarlig lege som samarbeider med et tverrfaglig fasilitatorteam. Treningene gjennomføres på samme dag hver måned og deltagerne melder seg på ved å skrive seg opp på profesjonsspesifikke lister slik at det ikke er tvil om hvem som skal trene når og slik at de ulike profesjonene blir representert. Treningen har svært god oppslutning og er frivillig. Læringsmålene er ikke klart definert før trening, men teamene selv utfordres i løpet av treningene av fasilitatorene og av

hverandre til å jobbe med ulike forhold. Treningene speiler på den måte kompleksiteten i medisinsk virksomhet og gir rom til deltagerens egen ansvarlighet. Endelig er et sentralt funn at lokal trening i samhandling skaper profesjonell trygghet (Brandstorp 2017) og er det tiltaket turnusleger selv etterspør i en ny studie fra Finnmark (Hunnålvatn et al. 2017). Oppfølging av dette forskriftskravet kan dermed vurderes som et alternativ til bakvakt med mulighet til utrykning, der en bakvaksordning ikke trengs av kapasitetshensyn.

5.3 Metodiske utfordringer

Det er metodiske utfordringer forbundet med en kartlegging som søker å finne svar på hvordan kommunene oppfyller kompetansekrav til leger i sin legevaktvaktordning. Vi har gjort metodiske valg og avgrensinger som gjør at vi bare ser en del av det komplekse legevaktlandskapet. Vår undersøkelse tar utgangspunkt i landets kommuner og de legene kommunene har en fastlegeavtale med. Vi har spurt respondenter i den enkelte kommune om hvor mange av deres fastleger som deltok i legevaktordning per 1.1.2017 og hvilken vaktkompetanse de hadde på dette tidspunktet.

Vi har ikke spurt om omfanget av legevaktarbeid for den enkelte fastlege. Det ville blitt for komplisert og tidkrevende å svare på, særlig for kommuner med mange fastleger. Vi vet heller ingenting om hvilke andre leger som supplerte fastlegene i legevaktordningen. Følgelig vet vi ikke noe om hvor stor andel blant dem som hadde selvstendig vaktkompetanse. Sandvik og Hunskår (2016) viser imidlertid til andre leger i legevaktordningen kan være heltidsansatte vaktleger, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. Det er grunn til å anta at en stor andel blant disse ikke har selvstendig vaktkompetanse. Det er videre vanskelig å si noe generelt om kvaliteten på den informasjonen respondentene har gitt. Noen er trolig svært godt orientert og svarer fra et kommunalt ståsted hvor man har en liten og oversiktlig kommunal legetjeneste og kommunal legevakt med få leger involvert, andre svarer med utgangspunkt i en stor kommunal legetjeneste med mange fastleger som inngår i en stor interkommunal legevakt som en annen kommune er vertskommune for, hvor det er mer utfordrende å ha full oversikt.

På landsbasis viser våre tall at 64 prosent av fastlegene deltok i legevaktordningen per 1.1.2017. I de minst sentrale kommunene deltok 90 prosent av fastlegene i legevaktordningen, i de mindre sentrale kommunene 80 prosent, i de noe sentrale 71 prosent og i de sentrale kommunene deltok 56 prosent. Med et annet metodisk utgangspunkt, basert på elektroniske regningskort levert til HELFO fra leger i vakt i 2008, som det også er beheftet betydelige svakheter ved, fant Sandvik et al (2012) at 53

prosent av alle fastleger deltok i legevakt. I de minst sentrale kommunene deltok 77 prosent av fastlegene i legevakt, i de mindre sentrale kommunene 68 prosent, i de noe sentrale 55 prosent og i de sentrale kommunene deltok 42 prosent. Tallene fra de to undersøkelsene kan tyde på at andelen fastleger i legevaktordningen har økt over tid. De to undersøkelsene er imidlertid ikke direkte sammenlignbar siden de metodisk er gjennomført helt forskjellig. Sandvik og Hunskaar (2016) har igjen med utgangspunkt i elektroniske registreringskort levert til HELFO fra leger i vakt, vist at fastleger utførte mellom 56 og 66 prosent av alle kontakter på legevakt i 2016. Disse tallene er ikke brutt ned på kommunenivå. Vi vet følgelig ikke noe om variasjon etter kommunenes sentralitet. Anslaget for fastlegenes utførte kontakter i legevakt var høyere i 2016 enn tidligere år. Beregningene for 2016 var imidlertid gjort på en annen måte enn tidligere år. Det trengs flere år med registreringer og samme beregningsmåte for å kunne slå fast om det er en trend med økende vakt deltakelse blant fastleger.

REFERANSER

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Brandstorp H, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B, Kirkengen AL. Primary care emergency team training in situ means learning in real context. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2016, 34: 295–303.

Brandstorp H. Training interactions in local teams: using critical participatory action research to explore context based learning. PhD avhandling. 2017. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.

Brandstorp H. Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget. NSDM-rapport 2014. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Bratland SZ, Bondevik GT. Klagesaker fra legevakt - hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil? I: Bratland SZ, Lundevall S (red.) Rapport fra Helsetilsynet 7/2009. Oslo: Statens helsetilsyn.

Hjortdahl M, Zakariassen E, Halvorsen PA. General practitioners participation in pre hospital emergency medicine, a survey of Norwegian GPs. Foreløpig upublisert. Abstract presentert på Nidaroskongressen, Frie foredrag, 19. oktober 2017.

Hunnålvatn K, Ivan D, Wisborg T. Akuttmedisinsk turnusarbeid i Finnmark. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2017, 137: 1888-93

Hunskår S, Morken T, Myhr K, Raknes G. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

KS-rapport. 2015. Bemanning ved kommunale legevakter. Tabellrapport. Oslo: TNS Gallup.

Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 1998: 9. Hvis det haster... Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

NOU 2015: 17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskrift for den norske legeforening, 2012, 132: 2277-80.

Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

Statusrapport 2015. En legevakt for alle, men ikke for alt. Oslo: Den norske legeforening.

Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. Emergency Medicine Journal, 2008, 25: 528-33.

VEDLEGG 1

SPØRRESKJEMA

1. Oppgi hvilke(n) kommune(r) du svarer på vegne av:
2. Oppgi din stilling:
 - Kommunelege/-overlege
 - Kommunalleder, helse- og sosialsjef, enhetsleder eller tilsvarende
 - Annet

Når det videre spørres om kommunen, omfatter dette alle kommunene du ev. svarer på vegne av.

OM ANTALL FASTLEGEHJEMLER/-STILLINGER PER 1.1.2017

3. Oppgi det totale antall fastlegehjemler/-stillinger i kommunen per 1.1.2017:
4. Oppgi antall fastleger som kommunen hadde en fastlegeavtale med per 1.1.2017 (her menes det totale antallet, både næringsdriftsavtaler og fastlønnede stillinger):
5. Oppgi det totale antall turnusleger i kommunen per 1.1.2017:

OM OPPFYLLING AV KOMPETANSEKRAVET TIL LEGER I VAKT

6. Hvilken type legevakt er det for kommunens innbyggere?
 - Kommunal
 - Interkommunal
 - Annet

Ev. kommentar:

De neste spørsmålene handler om kommunens egne fastleger som går legevakt. Andre kommuners leger i en eventuell interkommunal legevakt ber vi deg se bort fra.

7. Oppgi antallet av kommunens fastleger som gikk legevakt (kommunal eller interkommunal) per 1.1.2017:.....

I følge §7 i akuttforskriften har en lege selvstendig vaktkompetanse hvis følgende vilkår er oppfylt:

§7a Legen har godkjenning som spesialist i allmenntilleggsmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.

§7b Legen har godkjenning som allmennlege. Har gjennomført 40 legevakter eller arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

8. Hvor mange av fastlegene som gikk legevakt per 1.1.2017, hadde selvstendig vaktkompetanse etter **§7a**?.....
9. Hvor mange av fastlegene som gikk legevakt per 1.1.2017 hadde selvstendig vaktkompetanse etter **§7b**?.....
10. Forutsatt at fastlegestaben holder seg stabil, **hvor mange flere** av fastlegene som gikk legevakt per 1.1.2017, vil per 1.5.2018 ha selvstendig vaktkompetanse etter **§7a**:

Ev. kommentar:

I følge §7 i akutforskriften, kan leger uten selvstendig vaktkompetanse gå legevakt hvis de har **bakvakt** med selvstendig vaktkompetanse som kan rykke ut om nødvendig.

11. Hadde kommunens legevakt (kommunal eller interkommunal), per 1.1.2017 etablert en bakvaksordning med kompetent lege i bakvakt som rykker ut om nødvendig, for leger uten selvstendig vaktkompetanse?

- Ja
- Delvis
- Nei
- Vet ikke

Ev. kommentar:

Hvis svaret på spørsmål 11 er ja:

Hvordan er bakvaktlegen organisert?

- han/hun er tilgjengelig på legevakten
- han/hun har hjemmevakt og rykker ut om nødvendig
- han/hun er tilgjengelig på telefon
- annet, spesifiser:

Hvis svaret på spørsmål 11 ikke er ja:

Hvorfor var ikke bakvaksordning etablert?

.....

12. Har kommunen (alene eller i samarbeid med andre kommuner) satt i verk noen spesielle tiltak for at legene skal oppfylle kravet til selvstendig kompetanse i akuttmedisinforskriften?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Hvis svaret på spørsmål 12 er ja, beskriv hvilke tiltak som er satt i verk?

.....

13. Hvor mange ganger (omtrent) rykket lege i bakvakt ut i løpet av 2016?

Eventuell generell sluttkommentar knyttet til kompetansekrav til lege i vakt:

.....

OM TRENING I SAMHANDLING

I følge §4 i akuttmedisinforskriften skal virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester sikre at personellet som utfører tjenestene får **trening i samhandling og samarbeid** mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

I følge §3 er **personell i akuttmedisinsk beredskap** personell ved AMK- og legevaktsentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig-hjelp-funksjon innen somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt.

14. Hvilket utsagn om **trening i samhandling** var dekkende for din kommune per 1.1.2017 (sett gjerne flere kryss)?

- Vi oppfyller forskriftskravet om trening i samhandling
- Vi trener samhandling med annet personell i akuttmedisinsk beredskap utover kommunens eget personell
- Vi trener samhandling men kun med personell i kommunen
- Vi trener samhandling en gang i året i form av en større øvelse
- Vi oppfyller ikke forskriftskravet om trening i samhandling
- Ingen av utsagnene over er dekkende for situasjonen i min kommune

15. Hvor mange ganger ble det i din kommune gjennomført trening i samhandling i løpet av 2016:

Hvis svaret på spørsmål 15 er større enn 0:

Hvilke yrkesgrupper deltok i treningene?

- Leger
- Sykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Legesekretærer
- Ambulansepersonell
- personell fra LV-sentral
- personell fra AMK
- personell i lokal rus- og psykiatrisorg
- andre, spesifiser:

Hvem var ansvarlig for å organisere treningen:

- Kommunen
- Helseforetaket
- annet, spesifiser:

Ev. kommentar:

Hvor foregikk treningen:

- på legevakten
- på legekantor
- utendørs
- på sykehjemmet
- Annet sted, spesifiser:

Hvis svaret på spørsmål 15 er 0:

16. Hvorfor ble det ikke gjennomført trening i samhandling i løpet av 2016?

.....

Eventuell generell sluttkommentar om trening i samhandling:

.....

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE TIL KVALITATIV FORUNDERSØKELSE

- Sett fra ditt ståsted i din kommune; hva tenker du om det nye formalkompetansekravet i akuttmedisinforskriften som stilles til leger i vakt (§7)?
- Hva tenker du om akuttmedisinforskriftens krav om trening i samhandling (§4)?
- I hvilken grad oppfyller kommunens leger som i dag går legevakt (kommunal eller interkommunal), de formelle kompetansekravene som den nye akuttmedisinforskriften (§7) stiller?
- Hva gjør kommunen i dag for å oppfylle kravet til trening i samhandling?
- Er det enkelt for deg eller noen andre som kjenner legetjenesten godt å svare på hvilke leger som i dag oppfyller det formelle kompetansekravet for legevakt enten (§7a eller §7b)?
- Er det enkelt for deg eller noen andre som kjenner legetjenesten godt å svare på hvilke leger som i dag ikke fyller kravene, men som vil kunne gjøre det innen 1. mai 2018?
- Hvordan arbeider kommunen for å kunne oppfylle forskriftens formelle kompetansekrav for legevakt? Gjør dere noe spesielt i dag? Bør dere gjøre noe?

VEDLEGG 3

SENTRALITETSINDEKS

Den sentralitetsindeksen vi har brukt i analysene har fire kommunekategorier: minst sentrale, mindre sentrale, noe sentrale og sentrale.

I *sentrale* kommuner har et flertall av befolkningen inntil 75 minutters reisetid (for Oslo: 90 minutter) til et tettsted på nivå 3. Et tettsted på nivå 3 skal ha funksjoner som: universitet eller høyskole, gode båt- og/eller togforbindelser, teater og større symfoniorkester, samt restauranter og hoteller av høy standard. Befolkningsstørrelsen i tettsted på nivå 3 skal være over 50 000.

Noe sentrale kommuner ligger innenfor 60 minutters reisetid fra et tettsted på nivå 2. Tettsteder på nivå 2 har en befolkning på mellom 15 000 og 50 000 og funksjoner som vinmonopol, sykehus osv. Tettstedet skal i tillegg være utgiversted for minst to dagsaviser.

Mindre sentrale kommuner har et flertall av befolkningen inntil 45 minutters reisetid til et tettsted på nivå 1. Tettsted på nivå 1 har et folketall på mellom 5 000 og 15 000, og skal være et «allsidig handelssentrum» samt et «allsidig arbeidssentrum».

De *minst sentrale* kommunene oppfyller ikke noen av de overnevnte kriteriene.