

# Oppsummering og anbefaling av prosjekt "Pilot legevakt"

Til: Helse- og omsorgsdepartementet

Fra: Avdeling akuttmedisin og beredskap

---

Februar 2023

## Sammendrag

Nedenfor oppsummeres Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger:

- Videokonsultasjon ved satellittlegevaktene vurderes å fungere bra, både fra et pasient- og behandlerperspektiv. Pilotdistriktene selv har evaluert modellen og har valgt å sette modellen i ordinær drift og pasientene og helsepersonellet er i hovedsak fornøyde. Helsedirektoratet vurderer at styrken i modellen er at den er fleksibel og at den lar seg innpasse til lokale behov og variasjoner i organisering av tjenestetilbudet.
- Helsedirektoratet vurderer at erfaringene med pilotmodellen og arbeidsformen har overføringsverdi til andre deler av legevakttjenesten i Norge. Hvordan modellene eventuelt skal utformes må, på samme måte som den økonomiske bærekraften, vurderes i de enkelte kommunene.
- Arbeidet i pilotprosjektene har bidratt til fagutvikling og et kompetanseløft i begge pilotdistriktene. Eksisterende personellressurser benyttes på en innovativ måte med utnyttelse av videokonsultasjon. Modellen er godt lederforankret i begge distriktene. Helsedirektoratet mener at arbeidsformen svarer på flere av utfordringer legevaktene i distriktene står overfor i dag. Tilgjengelig lege ved legevaktsentral sammen med etablerte muligheter for videokonsultasjon har åpnet for økt bruk av video i kommunene utover legevaktsatellittene.
- Sykebesøksraten og at legers deltakelse på utrykning må forventes å falle i de kommunene som mister ordinære legevakter. Utrykning av satellittsykepleier kan, sammen med økt samarbeid i den akuttmedisinske kjeden, bidra til å kompensere for denne effekten.

Med bakgrunn i at pasientgrunnlaget for pilotprosjektet ble begrenset av pandemien, anbefales en oppfølging på noen områder:

- Det bør gjennomføres en analyse av effektene for pasientene etter en tid med ordinær drift. Momenter som kan undersøkes er blant annet om modellen egner seg bedre for noen pasientgrupper fremfor andre, og om modellen bidrar til et legevakttilbud med behandling av pasienter på beste effektive omsorgsnivå.
- Helsedirektoratet mener at det bør gjennomføres forskning på bruk av videokonsultasjon med fokus på effektene for pasientene, tjenestetilbudet og for utnyttelsen av helse- og omsorgspersonellet i denne måten å organisere legevakttjenesten på.

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn .....	4
2. Presentasjon av pilotmodellen.....	5
3. Resultater fra pilotenes sluttrapper .....	6
3.1 Tilgjengelighet av lege i tjenesten og et bedre tilbud til pasientene.....	6
3.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatører på legevaktsentralene.....	6
3.3 Bedret rekruttering til og utnyttelse av kommunens vaktressurser .....	7
3.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktdistriktet.....	7
3.5 Utnyttelse av telemedisinske løsninger, radiosamband og digital kommunikasjon .....	8
3.6 Samarbeidsavtaler og ledelsesforankring.....	8
3.7 Tjenestens fremtidige bærekraft.....	9
4. Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).....	10
4.1 Tilgjengelighet av lege i tjenesten og et bedre tilbud til pasientene.....	10
4.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatører på legevaktsentralene.....	10
4.3 Bedret rekruttering til og utnyttelse av kommunens vaktressurser .....	10
4.4 Utnyttelse av telemedisinske løsninger, radiosamband og digital kommunikasjon .....	10
4.5 Tjenestens fremtidige bærekraft.....	11
4.6 Helseøkonomisk analyse .....	11
4.7 Andre problemstillinger.....	12
4.7.1 Sykebesøk.....	12
4.7.2 Sykepleier på utrykning .....	12
4.7.3 Legevakt med lege til stede noen timer kveld og helg .....	13
5. Oppsummering, vurdering og anbefaling.....	14
5.1. Oppsummering av resultater.....	14
5.1.1 Helseøkonomisk analyse .....	17
5.2 Vurderinger og anbefalinger .....	19
Vedlegg 1: Sluttrapport Legevaktspiloten Sogn og Fjordane, Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale legevakt, 15.09.2022 .....	24
Vedlegg 2: Sluttrapport Legevaktspilotene 2018-2022, Molde Interkommunale Legevakt, 15.09.2022 .....	24
Vedlegg 3: Pilot legevakt – Evalueringsrapport Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr 5 2022 .....	24
Sunnfjord og Ytre Sogn:.....	24
Romsdalsregionen:.....	25

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet utlyste i 2018 en tilskuddsordning for utprøving av en ny organisasjonsmodell for legevakt i legevaktdistrikter med få innbyggere. Hensikten er at denne modellen i fremtiden skal kunne bidra til å sikre bærekraftige og forsvarlige legevaktstjenester i griseområder.

Formålet med piloten er å gi bedre tilgjengelig tilbud til legevaktspasienter i små og mellomstore kommuner. Videre skal den styrke akuttberedskapen, utnytte samlede vaktressurser bedre, styrke rekruttering av fastleger i kommunen og ta i bruk digitale løsninger for å understøtte diagnostikk og behandling.

De to legevaktdistriktene som ble valgt til piloter var Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt (SYS IKL) og Molde interkommunale legevakt (MIKL). SYS IKL har legevaktsentral i Førde med fem satellittkommuner i legevaktdistriktet som omfatter til sammen 13 101 innbyggere. Romsdalsregionen har fire satellittkommuner med legevaktsentral i Molde som etablerte Molde interkommunale legevakt (MIKL) i prosjektperioden. Innbyggere i satellittkommunene i Romsdalsregionen utgjør 20 000.

Målområdene for utprøving av pilotmodellen for pilotdistriktene var:

1. Tilgjengelighet av lege i tjenesten og et bedre tilbud til pasientene
2. Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatører på legevaktsentralene
3. Bedret rekruttering til og utnyttelse av kommunens vaktressurser
4. Fagutvikling og oppfølging i legevaktdistriktet
5. Utnyttelse av telemedisinske løsninger, radiosamband og digital kommunikasjon
6. Samarbeidsavtaler og ledelsesforankring
7. Tjenestens fremtidige bærekraft

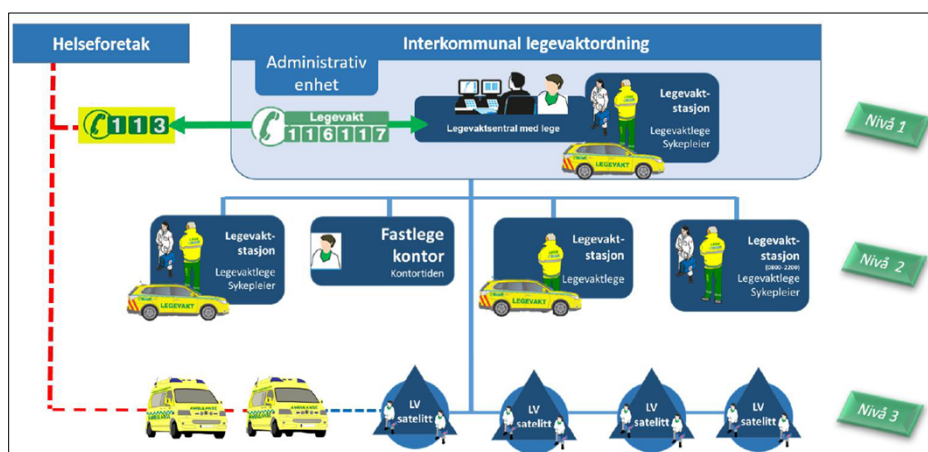
Helsedirektoratet har ledet prosjektet med Steinar Olsen som prosjekteier. Arbeidsgruppen har bestått av prosjektlederne Torunn Lauritzen (2018- 2019), Marit Voltersvik (2019- 2021) og Janne K Kjøllesdal (2021- 2023), prosjektmedarbeidere har vært Terje Olav Øen og Ida Bjøntegård Oftedal. Referansegruppe har vært Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester. I tillegg har styring og oppfølging vært ivarettatt i månedlige møter sammen med lokale prosjektledere og kommuneoverleger. Prosjektet er følgeevaluert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og sluttevalueringen ligger vedlagt. Pilotdistriktene har utarbeidet hver sin sluttrapport som oppsummerer deres resultater og vurderinger, som også ligger vedlagt.

Denne rapporten oppsummerer resultatene fra pilotprosjektet og presenterer Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger.

## 2. Presentasjon av pilotmodellen

Satellittene i pilotkommunene er lokalisert på sykehjem, kommunens helsehus eller omsorgssenter og bemannet med sykepleiere som har utvidet sin stilling på sykehjemmet.

Det interkommunale legevaktdistriktet er organisert i tre nivå. Legevaktsatellittene er på nivå 3. Nivå 2 er daglegevakt i alle kommunene og nivå 1 er vertskommunen med legevaktsentral 24/7, se figur 1.



Figur 1: Organisering av pilot legevakt.

Pasientflyten i piloten skjer ved at alle henvendelser går til legevaktsentralen, som vurderer henvendelsen. Pasientene som henvises videre til time på satellitt, er henvendelser med lav hastegrad, men pasienten har behov for undersøkelse eller behandling som ikke vente til neste dag. På satellitten møter pasienten en sykepleier som undersøker og/eller behandler og ved behov kobler opp en videokonsultasjon med lege i den sentrale legevaktsentralen.

Begge distriktene startet med planleggingsperiode der de lokale prosjektorganisasjonene ble etablert og lokalt forankret i ledelsen i alle de berørte kommunene og de to helseforetakene. Opplæringspakker ble utviklet og aktørene, sykepleiere og leger gjennomgikk felles opplæring. Sunnfjord og Ytre Sogn IKL startet opp satellittkommunene mellom september og desember 2019. Romsdalsregionene etablerte ny interkommunal legevakt lokalisert i Molde samtidig med pilotprosjektet. Molde IKL startet opp i løpet av 2020 med to satellittkommuner i februar og to i september. Pilotperioden ble avsluttet i 2022.

### 3. Resultater fra pilotenes sluttrapporter

Nedenfor presenteres pilotdistriktenes egne oppsummeringer av resultatene for de syv målområdene i prosjektet, se sluttrapportene i vedlegg 1 og 2.

#### 3.1 Tilgjengelighet av lege i tjenesten og et bedre tilbud til pasientene

##### **Romsdalsregionen:**

Molde interkommunale legevakt med legevaktsentral oppfyller målkravet til at befolkningen i hele distriktet har tilgang til forsvarlige akuttmedisinske tjenester gjennom hele døgnet og innen forventet tid. Satellittene benyttes til henvendelser med grønn hastegrad og avklaring og forbehandling av gule henvendelser. Implementerte videoløsninger, både stasjonære videokonsultasjoner på satellittlegevakten, mobil løsning til pasienter og elektronisk likskue. De har også etablert bedre rutiner med spesialisthelsetjenesten. To leger i vakt, hvorav en er tilgjengelig som LVS-rådgiver på telefon, på mobil og stasjonær videoløsning, og den andre for sykebesøk og utrykning. Bakvakt for ikke vakt-kompetente leger. Lokal lege i vakt 2-3 timer daglig for pasientene lengst unna Molde på nivå 2 i Sunndal og Rauma kommuner. Etablert bedre rutiner for samarbeid med ambulansetjenesten via Nødnett og mobiltelefon, både ved akutte oppdrag og når det trengs bistand til å avklare henvendelser med gul hastegrad.

##### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt ble etablert i 2009 etter mange år med store rekrutteringsutfordringer av fastleger til både legekantor og legevakt. Ved etablering av legevaktsatellittene er pasientene fornøyde med å ha fått tilbake et lokalt legevakttilbud, noe som bekreftes av pasienttilfredshetsundersøkelsen i prosjektperioden. Pasienter som har behov for hjemme-konsultasjon får tilbud om hjemmebesøk av sykepleier med lege på video. Sykepleier rykker også ut til pasienter ved røde responser i 4 av 5 kommuner. Denne ordningen har bidratt til å stabilisere bemanning av leger i distriktet og de fleste fastlegestillingene er besatt i regionen i dag. Legevaktsatellittene er helintegrert i det akuttmedisinske tilbudet i distriktet, og viktig for å beholde fordelene som den interkommunale organiseringen har bidratt til. Bremanger kommune har organisert legevakt på nivå 2 og har etablert et tilbud med satellittsykepleiere og videokonsultasjon med lege for sine pasienter.

#### 3.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatører på legevaktsentralene

##### **Romsdalsregionen:**

Bemanningen på LVS er i samsvar med NKLM sine anbefalinger og akuttmedisinforskriftens krav til legevaktsentraler er oppfylt på alle punkter.

Til sammen er det ca. 28 ansatte (8 årsverk), og alle oppfyller kompetansekravene, både med hensyn til utdanning og akuttmedisinkurs. I henhold til prosjektoppdraget er en lege tilgjengelig hele døgnet, som rådgiver for legevaktsentralen og for alle kommunale helseressurser i storlegevaktdistriktet.

Alle LVS-operatører gjennomgår et systematisk lokalt opplæringsprogram, som omfatter rutiner og kvalitetssystem, bruk av mobil videoløsning og triage ved hjelp av «Legevaktindeks», samt håndtering av henvendelser fra nivå 2 og 3. Det benyttes gjennomgang av lydlogg, både som kompetansebygging og ved klagesaker.

### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Legevaktsentralen i Førde ved SYS IKL har en stabil bemanning med erfarne operatører, som har gjennomført opplæring etter gjeldende forskrift og lokal kompetanseplan. Legevaktoperatørene kjenner distriktet godt, er erfarne i triage og til å selektere pasienter til satellitt eller sentral legevakt. Ved behov for rådgøring med lege, er det alltid to leger til stede ved legevakten, og minst en av disse har selvstendig vaktkompetanse.

### 3.3 Bedret rekruttering til og utnyttelse av kommunens vaktressurser

#### **Romsdalsregionen:**

Ved etablering av Molde interkommunale legevakt er vaktbelastning redusert på hver enkelt lege og det er enklere å iverksette kompensierende tiltak for å redusere fastlegenes vaktbelastning. Det er stor tilfredshet i legekorpset ved å være to leger på vakt (den ene har hjemmeberedskap med 45 min tilkallingstid deler av døgnet), som er tilgjengelig for rådgivning for legevaktsentralen og helsepersonell i kommunene. Det er fortsatt rekrutteringsutfordringer og ved pilotprosjektets slutt har kommunene varierende legedekning, noen har ubesatt hjemler og alle kommunene har leger med vaktfritak. Omtrent 75 sykepleiere fra den kommunale helsetjenesten er nå engasjert i legevaktarbeid på satellittlegevakten. Fokus på akuttmedisin, legevaktmedisin og bruk av videoløsninger i pasientbehandlingen har gitt et betydelig kompetanseløft. Piloten har styrket arbeidet med å bygge en mer enhetlig helsetjeneste i regionen. Mange sykepleiere har gitt uttrykk for at de kjenner seg medisinsk faglig tryggere i akutte situasjoner.

Det er sykepleiermangel i distriktet. Pilotprosjektet har bidratt til bedre utnyttelse av sykepleierressursene. Kompetanseheving i legevaktarbeid er svært nyttige også i andre deler av helsetjenesten, spesielt i forhold til akutte tilstander hos eldre. Alle får opplæringen ISBAR, måling av vitale parametre, NEWS2-score, enkelt laboratoriearbeid, inkludert EKG-måling, samt elektronisk likskue og helsefaglig samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Legevaktarbeid virker rekrutterende på nyutdannede sykepleiere og mange av de erfarne sykepleierne setter pris på de nye utfordringene. Til tross for dette er det mangel på sykepleierressurser i distriktet, og i prosjektet har legevaktsatellittarbeidet blitt enda en oppgave kommunene må løse. Hyppig vikarbruk av sykepleiere i noen kommuner har medført stort behov for opplæring i prosjektet. Flere av satellittkommunene har løst det med å integrere satellittoppgavene i den daglige driften til sykepleierne.

### 3.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktdistriktet

#### **Romsdalsregionen:**

I tillegg til det akuttmedisinske og allmennt medisinske kompetanseløftet som piloten og videosatellittene har bidratt til blant sykepleierne, er faglige og praktiske rutiner og prosedyrer implementert sammen med et treningsprogram for å opprettholde kompetansen i distriktet. Det har gitt bedre samhandling innenfor den samlede kommunale helsetjenesten og i akuttkjeden. Oppfølging både av administrativt og faglige problemstillinger skjer gjennom faste møtepunkter og etablerte samhandlingsfora i legevaktdistriktet, som medfører en oppgradering av kompetansen.

### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Sunnfjord og Ytre Sogn Fagutvikling og kompetanseheving har vært bærebjelken i prosjektet. Hovedfokus har vært basale akuttmedisinske ferdigheter, rolleforståing og samhandling med andre legevakt- og ambulanseressurser. Legevaktspiloten har gitt et kompetanseløft til kommunene, og trening har økt kompetansen hos omsorgspersonellet, brannetat, akuttgrupper og ambulanse. Regelmessig akuttmedisinsk teamtrening etter BEST-modellen er innført og samhandling i den akuttmedisinske kjeden har hatt stort fokus ved legevaktsatellittene.

### **3.5 Utnyttelse av telemedisinske løsninger, radiosamband og digital kommunikasjon**

#### **Romsdalsregionen:**

MIKL bruker stasjonært videoutstyr under satellittkonsultasjonene. Satellittlegevakten har en stor skjerm, og legen har en mindre touchskjerm på skrivebordet sitt. I tillegg benyttes legevaktsentralenes mobile videoløsning Hjelp 116117 ved elektronisk likskue ved forventede dødsfall på omsorgssenter. Ingen av sykepleierne på satelittene har utrykningsplikt ved akutte hendelser. De benytter nødnettradioen som alarm for egen sikkerhet.

### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Det er opprettet sikre virtuelle videorom for telekommunikasjon. Det brukes store videoskjermer med god lyd- og bildekvalitet, som er enkle og pålitelig i bruk. I tillegg brukes mobile videoløsninger via smarttelefon eller nettbrett når sykepleier er ute hos pasienten. Satellittsykepleierne bruker nødnettradio og kalles ut fra AMK i samme talegruppe som ambulanse og lege ved røde responser. Det er laget treningsopplegg, som sørger for at sykepleierne er trygge på bruk av kommunikasjonsutstyr. De bruker også journalsystemet i SYS IKL, slik at notater er tilgjengelig for behandlende legevaktslege ved legevaktsentralen.

### **3.6 Samarbeidsavtaler og ledelsesforankring**

#### **Romsdalsregionen:**

Det er inngått samarbeidsavtaler, både i forhold til alle kommunene i den interkommunale legevakten, helseforetaket og beredskapsferjer i legevaktdistriktet. Legevaktens ledelse, fagsykepleier på legevaktsatellittene og avdelingsleder for akuttmottak/LVS ved sykehuset har jevnlig samarbeidsmøter og løpende dialog. Legevaktledelsen møter regelmessig i Helsefellesskapets Fagutvalg for den akuttmedisinske kjede, som utvikler strategi og handlingsplaner for 4 år av gangen. De deltar også i Samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk drift i Helse Møre og Romsdal som er et klinisk samhandlingsutvalg for alle legevakter, akuttmottak, ambulansetjenesten og AMK. Dette har gitt god forankring til den øvrige akuttmedisinske tjeneste i Helse Møre og Romsdal.

### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Samarbeid med omliggende kommuner og Helse Førde er tett og har korte linjer for dialog. Avtaler gjeldende for legevaktspiloten er nedfelt i samarbeidskapitlene i Helsefellesskapet. Det er skriftlige avtaler mellom SYS IKL og alle kommunene i piloten. Det er etablert skriftlige prosedyrer for kritiske samarbeidspunkt for enhetene i den akuttmedisinske kjede.



### 3.7 Tjenestens fremtidige bærekraft

#### **Romsdalsregionen:**

I løpet av perioden Molde interkommunale legevakt har vært i drift, har det på tross av pandemien, blitt høstet viktige erfaringer og det er laget en god struktur for samhandlingen. Romsdalsregionen mener at ordningen med de 3 legevaktnivåene i distriktet er en bærekraftig løsning for Molde interkommunale legevakt og at ordningen sikrer forsvarlige legevaktstjenester i distriktet. I kvalitets- og avvikssystemet er det ikke registrert avvik eller uheldige hendelser som tyder på at beredskapen er svekket. Det er også gjennomført en evaluering hos fastlegene i satellittkommunene. Den viste at 10 av 13 fastleger mente at behandlingen pasientene får av Molde-legene og på satellittlegevakten var like god på som på lokal legevakt.

Etter prosjektslutt besluttet kommunene i Molde interkommunale legevakt å sette ordningen i ordinær drift 1. juni 2022.

#### **Sunnfjord og Ytre Sogn:**

Tjenestetilbudet er hevet med god kvalitet, der legevakttilbudet nå er nærmere pasienten med trygge sykepleiere og god kvalitet på videokommunikasjonen mellom pasient, sykepleier og lege. Tilbudet ved røde responser er styrket ved at sykepleiere på noen av satellittene rykker ut og gir akutt helsehjelp mens andre ressurser, som ambulanse og luftambulans, er underveis.

Kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom trening bidrar til integrert bruk av utstyr og prosedyrer i annen daglig drift. Bruk av video når hjemmesykepleier er hos pasient og skal konferere med lege gir også et betydelig kvalitetsløft i behandling og pasientsikkerhet. Det sparer også pasienten for unødvendig transport til og fra legevakt og reduserer forbruk av ambulanser og drosjer.

Det planlegges for videre drift etter prosjektperioden. Kommunene har ulike modeller for framtidig ordning. Etter prosjektperioden vil SYS IKL fortsatt ha en koordinerende rolle mot legevaktsatellittene. Legevaktsatellittarbeidet må innlemmes i normal drift dersom en skal kunne videreføre ordninga. En må regne med ekstrakostnader for kommuner med legevaktsatellitt.

Fastlege- og legevaktstjeneste må sees i sammenheng og det interkommunale legevaktsamarbeidet har bidratt til å stabilisere legeressursene i distriktet. Samtidig har legevaktpiloten økt legevakttilbudet og gitt bedre samarbeid mellom de kommunale tjenestene, som har redusert utfordringer med lange avstander og grisgrendt befolkning. Sammen har det hevet kvaliteten på tjenesten.

## 4. Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)

Nedenfor oppsummeres hovedpunktene i NKLMs evalueringsrapport<sup>1</sup>:

### 4.1 Tilgjengelighet av lege i tjenesten og et bedre tilbud til pasientene

Pasienter som hadde brukt satellittlegevakt og som svarte på brukerundersøkelsen, var stort sett fornøyde. I SYSIKL svarte 984 på spørreundersøkelsen og 85 prosent av pasientene mente at legevakttilbudet var godt organisert, og 92 prosent opplevde å få god hjelp. I MIKL ga undersøkelsen det samme bildet, men her hadde bare 25 brukere svart på undersøkelsen.

Legene i SYSIKL rapporterte overveiende positive erfaringer etter videokonsultasjon med pasient på satellittlegevakt. I MIKL var halvparten av legene negative.

### 4.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatører på legevaktsentralene

Legevaktsentralene synes å fange opp de riktige pasientene for henvisning til satellittlegevaktene. Det er et bredt spekter av både undersøkelser og behandling gitt av sykepleier på satellittlegevaktene. Undersøkelse av vitalia (blodtrykk, puls, oksygenmetning, respirasjon og temperatur) og laboratorieprøver ble gjennomført hyppigst.

### 4.3 Bedret rekruttering til og utnyttelse av kommunens vaktressurser

En må anta at vaktbelastning for legene i kommunene der legevakten ble erstattet med satellittlegevakt ble redusert. Det var ingen endring i samlet helsetjenestebruk, verken i primærhelsetjenesten (fastleger og legevakt) eller spesialisthelsetjenesten (ambulanser), som kan knyttes til aktiviteten ved satellittlegevaktene.

### 4.4 Utnyttelse av telemedisinske løsninger, radiosamband og digital kommunikasjon

Bruk av videokonsultasjon ved satellittoppmøte er vurdert til å fungere godt av både lege og pasienter i Sunnfjord og Ytre Sogn. Det er et bredt spekter av både undersøkelser og behandling gitt av sykepleier på satellittlegevaktene.

Undersøkelsene som blir gjort på satellittene skiller seg ikke vesentlig fra vanlig legevakt.

NKLM mener at pasientkonsultasjoner på satellittlegevakter fungerer godt, per se.

Innbyggerne i noen kommuner kan ha nytte av dette, men oppmøte på satellittlegevaktene vil uansett være lavt i områder med få innbyggere.

Det er avgjørende at legevaktsentralen sorterer de riktige pasientene til oppmøte på satellittlegevaktene. I tillegg kreves god opplæring av leger og sykepleiere, god prosjektledelse og god forankring i alle ledd. Da kan satellittlegevakter fungere godt også andre steder i landet. En forutsetning er også at satellittlegevakter er del av en sterk legevaktorganisasjon som sikrer kravene i akuttmedisinforskriften.

---

<sup>1</sup> Pilot legevakt – Evalueringsrapport Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr 5 2022

#### 4.5 Tjenestens fremtidige bærekraft

Etablering og drift av satellittlegevaktene utgjorde en betydelig ekstra kostnad for tjenesten i Sunnfjord og Ytre Sogn, mens effekten av satellittlegevaktene på helsetjenestebruken har vært liten.

I Romsdalsregionen var det en økonomisk besparelse ved nedleggelsen av legevaktene, men konsekvensen er en tydelig reduksjon i sykebesøk og utrykninger.

Med utgangspunkt i reiseavstand er det usikkert hvor mange legevaktdistrikt med tre nivåer som er aktuelle i Norge. Av 30 interkommunale legevaktdistrikt med 4 eller flere kommuner (totalt 147 kommuner), har innbyggerne i ca. 46 kommuner over 40 minutter reiseavstand til legevakten.

Satellittlegevaktene ble brukt lite i forhold til utgiftene til etablering og drift. Det kan derfor stilles spørsmål ved satellittlegevaktenes kostnad i forhold til nytte.

NKLM mener at lege til stede på legevaktene er en bedre løsning enn videokonsultasjoner de fleste steder. Med svært få videokonsultasjoner er det usikkert om satellittlegevaktene egentlig er nyttig. NKLM antar disse funnene også vil være gjeldende i andre kommuner i Norge, som eventuelt ville valgt samme løsning. Man må da ta stilling til om det er tilstrekkelig med en lege på vakt noen timer. Det må da etableres egen lege som skal opprettholde sykebesøk og utrykningsbehovet i kommunene.

#### 4.6 Helseøkonomisk analyse

NKLM evaluerer økonomiske konsekvenser av den foreslåtte legevaktmodellen inndelt i tre nivåer. Den overordnede konklusjonen er:

- "Satellittlegevaktene ble brukt lite i forhold til utgiftene til etablering og drift. Det kan derfor stilles spørsmål ved satellittlegevaktenes kostnad i forhold til nytte."

NKLM har gjennomført en kostnadseffektivitetsanalyse. Sentralt i analysen er at det ikke er påvist noen signifikante forskjeller mellom satellittkommunene og kontrollkommunene i forhold til:

- Bruk av andre helsetjenester
- Bruk av ambulansetjenesten
- Tilfredshet med helsetjenesten

NKLM oppsummerer at opprettelsen av satellittene ikke har hatt noen helsemessige konsekvenser, og nytten av modellen settes lik verdien av at befolkningen opplever redusert reisetid til legevakt. Denne verdien beregnes og presenteres som et kronemessig mål på "effekten" av å ha satellitter tilgjengelig.

#### **Sunnfjord og Ytre Sogn**

Totalt sett har statens overføring til Sunnfjord og Ytre Sogn i perioden 2018-2022 vært om lag 28 millioner kroner. Regnskapstall viser at driften av piloten kostet om lag 8 380 000

kroner i 2021. Verdien av reisetidsbesparelser for 2020-2021 estimeres av evaluatør til 81 000 kroner, og konkluderer med at utgiftene per satellittbesøk var 25 318 kroner og reisetidsbesparelsene per besøk 244 kroner; altså en nettoutgift på i overkant av 25 000 kroner per satellittbesøk. Dersom det beregnes at pasientene ikke kjører selv, men tar taxi til legevakten (dvs. at det som spares er taxiturer) er imidlertid netto kostnad per satellittbesøk i overkant av 4000 kroner.

Satellittlegevaktene i Sunnfjord og Ytre Sogn framstår som kostbart i forhold til nytten, i alle fall så langt. Antallet besøk og reisetidsbesparelsene som følger av satellittlegevaktene er på et nivå som ikke er bærekraftig.

### **Romsdalsregionen**

De totale statlige overføringene til Romsdalsregionen i perioden 2018-2022 er snaut 20 millioner kroner. Netto kostnad per satellittbesøk er beregnet til om lag 68 000 kroner. I Romsdalsregionen ble legevaktene i Aukra/Midsund, Sunndal og Rauma erstattet med legevaksatellitter. Evaluatør estimerer besparelsen ved dette til totalt 2 060 453 kroner per år.

Isolert fra besparelser ved nedleggelse av legevaktene, framstår satellittlegevaktene i Romsdalsregionen som kostbar i forhold til nyttegevinsten. Antall besøk og reisetidsbesparelsene er på et nivå som ikke er bærekraftig.

## **4.7 Andre problemstillinger**

NKLM har i sin evaluering i tillegg vurdert andre tema i sin rapport, som oppsummeres under:

### **4.7.1 Sykebesøk**

Nedleggelse av legevakter medførte en kraftig reduksjon i sykebesøk. Der det ikke er legevakter, er rater for sykebesøk langt under det Helsedirektoratet har estimert i sin prosjektbeskrivelse, på 20- 40 per 1 000 innbyggere og hva Akuttutvalget har foreslått (2,3). Opprettelse av satellittlegevakter uten at sykebesøk ivaretas, medfører en svekkelse av den akuttmedisinske beredskapen, ikke en styrking, slik utgangspunktet var for Pilot legevakt. NKLM mener at bortfall av sykebesøk og utrykning av lege har en uheldig innvirkning på tjenestene og neppe er i samsvar med oppfyllelse av pliktene i akuttmedisinforskriften. Det er grunn til å tro at en vil få den samme effekten i andre deler av landet som innfører satellittlegevakter uten å sikre sykebesøk og utrykning av lege som en del av tilbudet.

### **4.7.2 Sykepleier på utrykning**

Sykepleiere som rykker ut i akuttmedisinske oppdrag har overføringsverdi til andre deler av landet. Det er viktig at sykepleierne har nødvendig kompetanse gjennom kurs i akuttmedisin,

bruk av samband, jevnlig lokal akuttmedisinsk trening, og tilgang til nødvendig akuttmedisinsk utstyr.

Tilstrekkelig bemanning er også nødvendig, slik at utrykningsfunksjonen ikke kommer på toppen av andre oppgaver i en full arbeidsdag. Prinsippet for denne type ordning er at sykepleierne ikke skal erstatte ambulanser eller legevaktleger, men yte hjelp i påvente av at lege eller annen bistand fra helsetjenesten er på plass.

#### 4.7.3 Legevakt med lege til stede noen timer kveld og helg

Satellittkommunene i Romsdalsregionen har hatt det som NKLM velger å kalle hybridløsning, på satellittlegevaktene. Det har vært lege til stede to timer om kvelden på hverdager, og tre timer på dagtid på helgedager. Konsekvensen er meget lav bruk av satellittlegevaktene med videokonsultasjon. Legene som er til stede, har ingen positiv effekt på sykebesøk eller utrykning. NKLM antar dette også vil bli resultatet i andre deler av landet, om en velger å organisere en satellittlegevakt med lege fysisk til stede noen timer.

## 5. Oppsummering, vurdering og anbefaling

### 5.1. Oppsummering av resultater

I dette kapittelet presenteres Helsedirektoratets oppsummering av resultatene i prosjektet.

Basert på de syv målområdene for utprøving av pilotmodellen mener Helsedirektoratet at prosjekt "Pilot legevakt" har høy grad av måloppnåelse i begge legevaktdistriktene. Modellen har vært godt styrt og ledet i de to pilotdistriktene og Helsedirektoratet vil takke prosjektledelsen og alle aktørene som har stått utprøving, utvikling og gjennomføring av pilotmodellen.

Legevaktdistriktene hadde ulikt utgangspunkt. SYS IKL var allerede en interkommunal legevakt, og ønsket å etablere legevaktsatellitter for å kompensere for lange avstander til legevakt for befolkningen i flere av kommunene. MIKL prøvde ut pilotmodellen samtidig som de organiserte Romsdalen legevaktdistrikt som et interkommunalt samarbeid, der de erstattet kommunale legevakter med legevaktsatellitter. Det har derfor vært utfordrende å direkte sammenligne distriktene med hensyn til utgangspunkt og ulike prosesser for utprøving. Driftsperioden i prosjektet har vært lenger i SYS IKL og med flere pasientbesøk på legevaktsatellittene. Selv med ulikt utgangspunkt og at de lokale prosessene hadde ulikt forløp, ble måloppnåelsen høy hos begge legevaktdistriktene og begge distriktene har valgt å videreføre pilotmodellen til ordinær drift etter prosjektperiodens slutt.

Det ble rapportert om høy grad av fornøydhets hos både pasienter, pårørende og helsepersonellet. Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i prosjektet viser at pasienter og pårørende er fornøyde med legevakten, både med organiseringen og hjelpen de fikk, både gjennom satellittene og hovedlegevakten. Det må imidlertid belyses at svarprosenten for Romsdalsregionen spesielt var lav. Det kan dermed være andre aspekter ved piloten som ikke er belyst fra brukerperspektivet. Til tross for lav svarprosent og erfaringen om det ofte er de som er positive som tar bryet med å sende inn svarene sine etter satellittmøtet, indikerer resultatet at pasientene setter pris på et lokalt tilgjengelig legevakttilbud. Helsepersonellet var også fornøyde. Legene i Førde rapporterte overveiende positive erfaringer etter videokonsultasjon med pasient på satellittlegevakt. I Romsdalsregionen erfarte man skepsis og motstand i legegruppen i starten, men det er vanskelig å si om den var rettet til pilotmodellen eller til etablering av det interkommunale samarbeidet. En lokal undersøkelse blant fastlegene i distriktet som ble gjennomført i 2021, viste imidlertid at fastlegene i distriktet var i økende grad var positive til modellen, jf. vedlegg 2.

Pilotdistriktene har lyktes med å sikre overgangen fra prosjekt til ordinær drift ved ledelsesforankring i alle ledd. Rutiner og prosedyrer er utviklet, implementert og innlemmet i distriktenes samarbeidsavtaler. Arbeidet inngår i distriktenes helsefelleskap og er forankret i de faglige akuttmedisinske samarbeidsforaene.

I modellen vektlegges samhandling innen kommunes helse- og omsorgstjeneste og i begge pilotene er samarbeidet mellom legevakt, sykehjem og hjemmetjeneste styrket. Alle aktørene har fått opplæring i kompetansepakkene som er utviklet i prosjektet, noe som har åpnet for bedre kjennskap til hverandres oppgaver og tjenester. Opplæring og trening i begge pilotdistriktene har løftet kompetansen i hele området, som igjen bidrar til effektiv utnyttelse av ressursene og kunnskapsbasert samhandling og behandling av pasientene.

Når det gjelder samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er den bedret gjennom at felles rutiner og prosedyrer er innlemmet i felles planer. I tillegg planlegger Romsdalsregionen å prøve ut bruk ambulanspersonell med mulighet for bruk av videokonsultasjon mellom ambulanspersonell og legevaktslege. Helsedirektoratet mener at dette kan være en god måte å utnytte ressursene på tvers og det er ikke noen begrensninger i pilotmodellen for slik samhandling. Men, dette vil kreve avklaring om finansieringsansvaret mellom de to forvaltningsnivåene. Det vil være opp til tjenestene selv å vurdere om dette er en hensiktsmessig bruk av ressursene i det enkelte distriktene.

Operatørene på legevaktsentralene har triagert pasienten i henhold til målsettingen i pilotprosjektet. Pasientene i målgruppen for oppmøte på satellittene ble gitt tilbud om time på satellittene. Målgruppen her var pasienter uten kritisk tilstand, men med behandlingsbehov som ikke kunne vente til neste dag (pasienter med grønn hastegrad) og pasienter med antatt alvorlig tilstand og behov for avklaring (pasienter med gul hastegrad). Resultatene her viser at legevaktsentralene fanger opp de riktige pasientene for henvisning til satellittlegevaktene.

Begge legevaktdistriktene rapporterer om bedre utnyttelse av ressursene. Legene har blitt avlastet, mens sykepleierne har fått økt kompetanse. Samtidig rapporterer distriktene om rekrutteringsutfordringer på sykepleiersiden. Totalt sett kan en mer variert arbeidshverdag for sykepleierne bidra til økt rekruttering til sykehjem med satellittlegevakt.

Videokonsultasjon med pasient og sykepleier på satellittene og lege i legevaktsentralen fungerer godt i begge distriktene. Perioden for utprøving av piloten traff samtidig med to år med pandemi og det har redusert bruken fordi satellittene stengte under deler pandemien. Samtidig har pandemien vært en drivkraft til å ta i bruk video fordi det var noe hele samfunnet tok i bruk under pandemien. Takstfinansiering av videokonsultasjon ble innført for pilotkommunene under pandemien og etter hvert for legevakter generelt. Underveis i prosjektperioden utviklet pilotdistriktene også bruken av video fra stasjonær løsning på satellittene til mobil videokonsultasjon. De mobile løsningene ble brukt av sykepleiere på utrykning, konsultasjoner i hjemmetjenesten og ved syning av lik på sykehjemmet.

Pilotene har høstet gode erfaringer om hvilke forutsetninger som må være på plass for å ta i bruk videokonsultasjon. Ved siden av god prosjektledelse, er en systematisk planlegging og ledelsesforankring i alle kommunene nødvendig. Felles opplæring for alle aktørene og felles trening på samhandling er også nødvendig for at denne måten å jobbe på blir etablert og internalisert hos hele personellgruppen. I forbindelse med opplæring og trening møtes de

ulike partene fysisk og blir kjent med de andres kompetanse og oppgaver, som gjør det lettere å finne løsninger sammen for pasientene. I tillegg er en nødvendig forutsetning at felles rutiner og prosedyrer blir nedfelt og fulgt opp i samhandlingsfora som distriktene etablerer i regi av Helsefelleskap.

Videokonsultasjon forutsetter nødvendig bemanning av lege i legevaktsentralene, og i pilotene har det vært to leger til stede, som vil være et minimum. Uansett vil bemanning tilpasses pasientgrunnlag og andre faktorer i en ROS-analyse for distriktet.

Når det gjelder tjenestens fremtidige bærekraft har begge pilotdistriktene besluttet å videreføre pilotmodellen. Begrunnelsen har vært bedre utnyttelse av vaktressursene, kompetanseløft i hele distriktet, fagutvikling og ny ledelsesforankret arbeidsform. I tillegg har samarbeid og samhandling blitt styrket i distriktene, både innad i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

NKLM påpeker at sykebesøksraten har falt i de kommunene som har erstattet ordinær legevakt med satellittlegevakt. Helsedirektoratet vurderer, som evaluator, at dette isolert sett er en negativ konsekvens av omorganiseringen som har blitt gjennomført i Molderegionen. Det er imidlertid viktig å diskutere konteksten for dette fallet.

I de tre kommunene som mistet sin ordinære legevakt lå forholdene godt til rette for sykebesøk, ved at dette var legevakter med tilgjengelig lege og relativt lav aktivitet. I og med at Molderegionen etablerte en interkommunal legevakt som ledd i prosjektet, forsvant legene fra disse kommunene. Således er det som forventet at sykebesøksraten har falt i de gjeldende kommunene. Det må videre forventes at dette har vært konsekvensen ved etablering av mange interkommunale legevaktdistrikter de siste par tiårene. Helsedirektoratet har ikke data på dette, men ved SYS IKL gjennomføres det kun sykebesøk i Sunnfjord kommune, ikke i de mer perifere kommunene, noe det i hovedsak ikke har blitt siden 2009.

Reduksjonen i sykebesøksraten kan således vurderes som en konsekvens av det interkommunale samarbeidet og ikke satellittmodellen per se. I Sunnfjord og Ytre Sogn har imidlertid satellittlegevaktene i flere av kommunene bidratt til en ny type sykebesøk og utrykning, ved at satellittsykepleier driver sykebesøkspraksis. Dette har i disse kommuner medført en utvidelse av det kommunale tilbudet. I Romsdalsregionen har ikke satellittsykepleierne reist i sykebesøk, slik at dette kompensierende tiltaket ikke har blitt realisert i den regionen.

Totalt sett er effekten på sykebesøk blandet. Der ordinære legevakter forsvinner må det forventes en nedgang i sykebesøksraten. Dette er isolert sett en negativ konsekvens og en utfordring ved etablering av større legevaktdistrikter. Dette kan blant annet søkes kompensert ved at satellittsykepleierne rykker ut. Der legevaktsatellitter etableres som et nytt tilbud muliggjør det en praksis der satellittsykepleier rykker ut på sykebesøk (og ved røde responser), noe som øker det kommunale tilbudet.



### 5.1.1 Helseøkonomisk analyse

Opprettelsen av et nytt helsetilbud i kommunene medfører utgifter, både ift. etablering og drift. Helsedirektoratet har fordelt 48 millioner kroner til dette formålet i prosjektperioden (2018-2022), noe som har vært en betydelig satsing.

Evaluators helseøkonomiske analyse har som premiss at pilotmodellen ikke medfører noen konsekvenser i forhold til bruk av andre helsetjenester eller tilfredshet. Den eneste nytten av modellen i beregningen utgjøres av estimerte besparelser forbundet med reisetid. Analysen består dermed av en sammenstilling av utgifter til satellittene og antall konsultasjoner, modifisert med reisetidsbesparelser.

#### **Årlige driftsutgifter**

Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt (SYS IKL) understreker i sin rapport at drift av legevaktsatellitter vil medføre signifikante utgifter for kommunene. I Romsdalsregionen er dette bildet blandet, da de kommunene som har lagt ned sine ordinære legevakter opplever besparelser av dette.

4 av de 5 kommunene med satellitter i SYS IKL sin region har besluttet å opprettholde dette tilbudet også etter at de statlige tilskuddsmidlene opphører. En av kommunene (Askvoll) ser ikke at de har økonomiske rammer til å videreføre tilbudet. For 2023 har kommunene budsjettert med utgifter i størrelsesordenen 1-2,6 millioner kroner. Det er imidlertid utfordrende å isolere utgiftene til legevaktsatellittene, noe som kan eksemplifiseres ved budsjettene til Hyllestad kommune for 2023:

Totale utgifter til legevaktsatellitt i Hyllestad kommune for 2023 (ca 1200 innbyggere) er budsjettert til 2 030 816 kroner. Av dette er 85% (1 738 416 kroner) lønnsutgifter (inkl. pensjon og avgifter). Av lønnsutgiftene utgjør 82,4% (1 432 284 kroner) utgifter til 1,77 årsverk for satellittsykepleierne som bemanner satellitten. Disse sykepleierne bruker imidlertid det meste av sin tid til andre kommunale sykepleieroppgaver, men bemanner legevaktsatellittene ved behov. Mye av disse budsjetterte midlene vil derfor ikke representere noen netto utgift for kommunen og budsjettet vil dermed overestimere de årlige utgiftene til satellittene.

Som rapportene fra pilotdistriktene viser, søker alle kommunene å integrere satellittsykepleierne i kommunens øvrige drift. Eksempelet fra Hyllestad vurderes derfor å være representativt. Hvor stor del av tiden sykepleierne bruker på satellittarbeid vil avhenge av pasientpågangen.

Helsedirektoratet vurderer at basert på budsjettall og diskusjon med pilotdistriktene kan årlige utgifter på om lag 1 million kroner (med stor usikkerhet) til legevaktsatellittene være et realistisk anslag.

## Etableringskostnader

Etableringskostnader for en av modellene som er utprøvet på Nord-Vestlandet, vil variere avhengig av hva som er utgangspunktet og hvordan modellen skal utformes. Det er likevel hensiktsmessig å presentere oppstartskostnadene det første året for prosjektet i SYS IKL - regionen, da dette kan indikere forventede kostnader for andre prosjekter.

Kostnader første år:

<b>Oppstartskostnader for SYS IKL</b>	<b>Beløp</b>
Lønn til prosjektledelse	1 100 000 NOK
Lønn til å holde opplæring og trening for alle satellittene	60 000 NOK
Opplæring og kurs for 5 kommuner, 10-18 ansatte per kommune	1 750 000 NOK
Årlig lønn til 5 satellitter: 1,5 sykepleierårsverk x 5	7 500 000 NOK
Lisenser (til NHN per linje)	610 000 NOK
Teknisk utstyr samt medisinsk utstyr	2 375 000 NOK
<b>SUM</b>	<b>13 395 000 NOK</b>

Kostnadene for etablering og første års drift for prosjektet i SYS IKL - regionen med én hovedlegevakt og 5 legevaktssatellitter er estimert til 13 395 000 NOK.

<b>Oppstartskostnader for den enkelte satellittkommune</b>	<b>Beløp</b>
Opplæring og kurs for den enkelte satellittkommune, 10-18 ansatte per kommune	350 000 NOK
Årlig lønn til satellittkommunen: 1,5 sykepleierårsverk	1 500 000 NOK
Lisenser (til NHN per linje) per satellittkommune	122 000 NOK
Teknisk utstyr samt medisinsk utstyr per satellittkommune	475 000 NOK
<b>SUM</b>	<b>2 447 000 NOK</b>

For de enkelte satellittene kan kostandene for etablering og ett års drift estimeres til om lag 2 447 000 NOK. Av disse utgjør 1,5 millioner lønnsutgifter til sykepleiestilling. Jamfør eksempelet fra Hyllestad vil denne stillingsressursen i all hovedsak gå inn og styrke det kommunale helsetilbudet. Bruken inn mot satellitt vil avhenge av kommunestørrelse, åpningstid og pasientpågang.

Estimerte kostnader må selvsagt sees opp mot alternativkostnader ved annen organisering av legevakten.

Dette er eksempler fra SYS IKL - regionen og vil ikke kunne la seg overføre direkte til andre regioner. Når det gjelder utstyr er utgiftene per satellitt avhengig av hvordan infrastrukturen er før prosjektet startes.

### **Antall konsultasjoner**

Kostnad per satellittkonsultasjon er et direkte produkt av antall konsultasjoner. Prosjektperioden sammenfalt med pandemien. Dette resulterte i redusert driftstid for satellittene, særlig i Molderegionen, og redusert volum av pasienter. Kostnadene forbundet med legevaktsatellittene har imidlertid ikke blitt redusert i samme grad, noe som i sum medfører høye kostnader per konsultasjon. Etter pandemien, hvor profilen for bruk av fastleger og legevakt i større grad nærmer seg situasjonen i 2019, har imidlertid bruken av legevaktsatellittene økt betydelig. I tillegg til effekten av pandemiens tilbakegang, er det forventet at bruken av et nytt helsetilbud, som satellittene representerer, vil øke over tid, ettersom befolkningen blir kjent med tilbudet.

### **Alternativkostnader**

Uavhengig av de konkrete beregningene som gjøres omkring den enkelte pilotmodellen vil en sentral del av den helseøkonomiske avveiningen være å diskutere alternativkostnaden. Sunnfjord og Ytre Sogn beskriver hva som ble vurdert som realistiske alternativer til modellen med satellittlegevakter:

- Fortsette som tidligere. Dette alternativet ble vurdert som uholdbart av både de aktuelle kommunene og helseforetaket
- Etablere to distriktslegevakter
- Avslutte legevaktsamarbeidet og etablere selvstendige legevakter i kommunene

Når det gjelder Sunnfjord og Ytre Sogn sammenlikner evaluator kostnadene ved den nye modellen med kostnadene til den opprinnelige modellen. Denne modellen beskrives alternativkostnaden vil også komplettere den økonomiske analysen av modellen i Romsdalsregionen.

## **5.2 Vurderinger og anbefalinger**

Helsedirektoratet vurderer at erfaringene med pilotmodellen og arbeidsformen har overføringsverdi til andre deler av legevaktjenesten i Norge. Det avgjørende premisset for denne vurderingen er at videokonsultasjonene av alle involverte aktører beskrives som tilfredsstillende og at pilotdistriktene vurderer helsetilbudet som forsvarlig.

Helsedirektoratet vurderer videre at styrken i modellen er fleksibiliteten og at den lar seg innpasse til lokale variasjoner i organisering av tjenestetilbudet. Samtidig benytter man eksisterende personellressurser på en innovativ måte og prosjektmodellen har bidratt til fagutvikling og et kompetanseløft i begge pilotdistriktene. Dette medfører at helsepersonell i

kommunene blir tryggere, som igjen kan redusere usikkerhet og behov for transport for avklaring til legevakten.

Pilotdistriktene selv har evaluert modellen og har valgt å sette modellen i ordinær drift. I tillegg til at pilotdistriktene selv har valgt denne modellen for sine legevaktstjenester, mener Helsedirektoratet at arbeidsformen svarer på flere av utfordringer legevaktene i distriktene står overfor i dag, med høy vaktbelastning for fastlegene og lange reiseavstander for befolkningen. Helsedirektoratet vurderer at modellen er overførbar, helt eller delvis, til andre deler av landet der man opplever liknende utfordringer ved legevaktstjenesten.

Pasientene og helsepersonellet er i hovedsak fornøyde. Med bakgrunn i at pasientgrunnlaget ble begrenset av pandemien, anbefaler Helsedirektoratet å gjøre en analyse av effektene for pasientene etter en tid med ordinær drift. Momenter som kan undersøkes er blant annet om modellen egner seg bedre for noen pasientgrupper fremfor andre, og om modellen bidrar til et legevakttilbud med behandling av pasienter på beste effektive omsorgsnivå.

En forutsetning for å lykkes med utprøving av ny organisering og arbeidsform er ledelsesforankring og implementering av samarbeidsavtaler, og begge pilotdistriktene har sikret dette. Siden pilotdistriktene hadde ulikt utgangspunkt og at Romsdalsregionene har hatt en kortere utprøving av modellen enn Sunnfjord og Ytre Sogn, bør resultatene av modellen følges videre i begge pilotdistriktene. Dette behovet styrkes ved at pilotperioden falt sammen med to år av koronapandemien og at pasientmengden ga et mindre omfang enn forventet i prosjektet. En slik oppfølging og utredning må undersøke hvordan kompetanseløftet er sikret over tid, oppfølging i av samarbeidsavtalene og forankringen i Helsefellesskapet.

I prosjektet var bruk av videokonsultasjon en helt sentral del og erfaringene med videokonsultasjon på satellittene fungerte godt. Begge legevaktssentraler ble bemannet med tilstedeværende legeressurs og rigget for mottak av videokonsultasjoner. En viktig erfaring fra prosjektet er at når disse vilkårene var på plass (tilstedeværende lege ved LVS og rigg for videokonsultasjon), var terskelen lav for å utvide bruksområdet for denne videoressursen. Pilotdistriktene tok blant annet i bruk video på utrykning og i hjemmetjenesten. Bruk av video til andre tjenester i det kommunale helse- og omsorgstilbud kan gi muligheter til bedre utnyttelse av tjenestene, ikke bare i distriktskommuner.

Digital kommunikasjon avhenger ikke av en særskilt organisering, som for eksempel pilot legevaktmodellen, men kan anvendes både i distriktskommuner og sentrale kommuner, og ikke minst mellom alle aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet vurderer at bruk av videokonsultasjon i flere deler av tjenestene, i tillegg til videokonsultasjon på legevaktssatellittene, kan bidra til tjenesteintegrasjon og tettere samarbeid mellom personellet. Samtidig er det avgjørende at innføring av ny teknologi er kvalitetssikret og kunnskapsbasert, og at det også bør gjennomføres forskning på bruk av videokonsultasjon med fokus på effektene for pasientene, tjenestetilbudet og for utnyttelsen av helse- og omsorgspersonellet i denne måten å organisere legevaktstjenesten på.

Pilotdistriktene har rapportert om at det er en utfordring å rekruttere sykepleiere i enkelte satellittkommuner. Dette er en utfordring vi ser i hele helse- og omsorgstjenesten.

Pilotmodellen forutsetter at man lykkes i å tiltrekke seg sykepleierressurser på satellittene og en mer variert arbeidshverdag for sykepleierne kan lette rekruttering til sykehjem med satellittlegevakt.

Sykebesøksraten falt i de kommunene som mister sin ordinære legevakt. Helsedirektoratet deler NKLMs bekymring for dette, men vurderer at dette er en generell utfordring i større interkommunale legevaktdistrikter, og ikke koblet til legevaktsatellittene per se. Hvordan sykebesøksraten kan opprettholdes når legevaktdistriktene øker i størrelse er en viktig problemstilling. Etablering av et system med utrykning av satellittsykepleiere, som i Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt, kan bidra til å kompensere for dette.

Når det gjelder nytteverdi er den eneste nytten som inkluderes i evaluators helseøkonomiske analyse, antall konsultasjoner og redusert reisetid. Legevaktdistriktenes sluttrapporter beskriver imidlertid andre nytteeffekter forbundet med legevaktsatellittene:

- Kompetanseløft til kommunene. Opprettelsen av satellittene og den akuttmedisinske opplæringen har medført et kompetanseløft som i flere kommuner har pekt utover legevaktsatellittene, blant annet ved samtrening med ambulansetjenesten og annen helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Omfanget av dette varierer mellom kommunene, men tilbakemeldingen om positive konsekvenser ift. kompetanseløft er gjennomgående.
- Økt kommunal tilstedeværelse ved akuttoppdrag/røde responser. I flere av satellittkommunene i Sunnfjord og Ytre Sogn har satellittsykepleier rykket ut på røde responser og samarbeidet med legevaktleger, AMK og ambulansetjenesten. Tilbakemeldingene fra de andre aktørene er gode.
- Sykebesøk ved satellittsykepleier med lege på video. Dette har blitt benyttet ved ordinære legevaktpasienter og også i samarbeid med hjemmesykepleien og på sykehjem. Sunnfjord og Ytre Sogn beskriver dette som et viktig bidrag ved piloten.

Disse funksjonene og gevinstene har hatt ulikt omfang og betydning i de enkelte kommunene. Sykepleier som rykker ut, har videre kun vært forbeholdt noen kommuner i Sunnfjord og Ytre Sogn. Disse bruksområdene for satellittsykepleier og video var ikke en del av den opprinnelige piloten og det er derfor ikke systematisk samlet inn data. Det gjorde det utfordrende for evaluator å innlemme dette i den helseøkonomiske analysen.

Helsedirektoratet vurderer likevel at en bredere vurdering av nytten ved satellittene er relevant når modellens økonomiske bærekraft skal vurderes. Etter hvert som legevaktsatellittene etablerer seg i det kommunale akuttmedisinske tilbudet og legevaktsentralene bygger opp erfaring og rammeverk rundt videobruk, må det forventes at bruksområdene for satellittene utvikles og raffineres.

I evaluators analyser er kostnadene per satellittkonsultasjon høy i alle kommunene, selv om det gjennomgående er høyere bruk og lavere kostnad i Sunnfjord og Ytre Sogn. Verdien av de andre positive effektene er ikke tallfestet og vil også variere mellom kommunene. At de fleste involverte kommunene har vedtatt å fortsette organiseringen med legevaktsatellitter, kan imidlertid brukes som et uttrykk for at den opplevde totalverdien i kommunene vurderes som høyere enn kostanden, allerede i 2023.

På bakgrunn av resultatene fra evaluator og betraktningene som er gjort i denne rapporten, vurderer Helsedirektoratet at det er vanskelig å gi noen endelig bedømmelse av de helseøkonomiske konsekvensene ved opprettelse av legevaktsatellitter. Helsedirektoratet vurderer det som sannsynlig at den generelle teknologiske utviklingen, og økt erfaring i legevaktdistriktene som drifter legevaktsatellitter, vil muliggjøre stadig mer kostnadseffektive og rasjonelle måter å drifte en slik ordning på.

De økonomiske vurderingene må gjøres av kommunene og legevaktdistriktene i de enkelte tilfellene og vil være avhengig av mange faktorer, blant annet:

- Forventet bruk av satellittene
- Forventede positive konsekvenser ift. kompetansebygging i kommunen
- Forventede effekter av annen bruk av video i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Forventede effekter av nye flater for samhandling med spesialisthelsetjenesten

Til slutt vil den viktigste faktoren for om gevinstene av organisering av satellittlegevakter veier tyngre enn ulempene, være avhengig av lokale forhold og hva som er alternativet i de enkelte kommunene og regionene.

Legevaktene er en del av den akuttmedisinske kjeden og en viktig del av helseberedskapen i hele landet. Det er en uttalt målsetting å legge til rette for en hensiktsmessig samhandling i denne kjeden, noe som vil være et sentralt tema i den varslede stortingsmeldingen om prehospitale tjenester. I lys av Helsepersonellkommissjonens rapport og de allerede dokumenterte rekrutteringsutfordringene for alle typer helsepersonell i store deler av landet er det avgjørende at alle ressurser tas i bruk og samarbeider på en hensiktsmessig måte. Hvordan en fremtidig struktur for akuttkjeden bør se ut varierer på tvers av landet, avhengig av lokale og regionale forhold. Helsedirektoratet vurderer at kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen må finne riktig struktur for sitt område. Rammeverket for et slikt samarbeid bør være helsefellesskapene og samarbeidsavtale 11.

Legevaktsatellittene representerer en ny ressurs i den akuttmedisinske kjeden, både ved selve satellittene og at satellittsykepleierne i mange av kommunene har rykket ut på røde responser. Dette er særlig tydelig i Sunnfjord og Ytre Sogn, hvor satellittene har vært et tillegg til det etablerte tilbudet. Reetablering av et kommunalt, akuttmedisinsk tilbud,

generell kompetanseheving i kommunene og økt samtrening med ambulansetjenesten er alle aspekter som medfører økt helseberedskap i dette legevaktdistriktet.

Når kommunene og helseforetakene sammen skal planlegge sitt fremtidige akuttmedisinske tilbud i helsefellesskapene, vil legevaktsatellitter kunne være en aktuell ressurs. Blant annet bør samarbeid mellom legevaktsatellitter i større legevaktdistrikt og ambulansestasjoner, som kan utføre kommunale tjenester etter Rørosmodellen, kunne utnyttes til det beste for pasientene og resten av den akuttmedisinske kjeden.

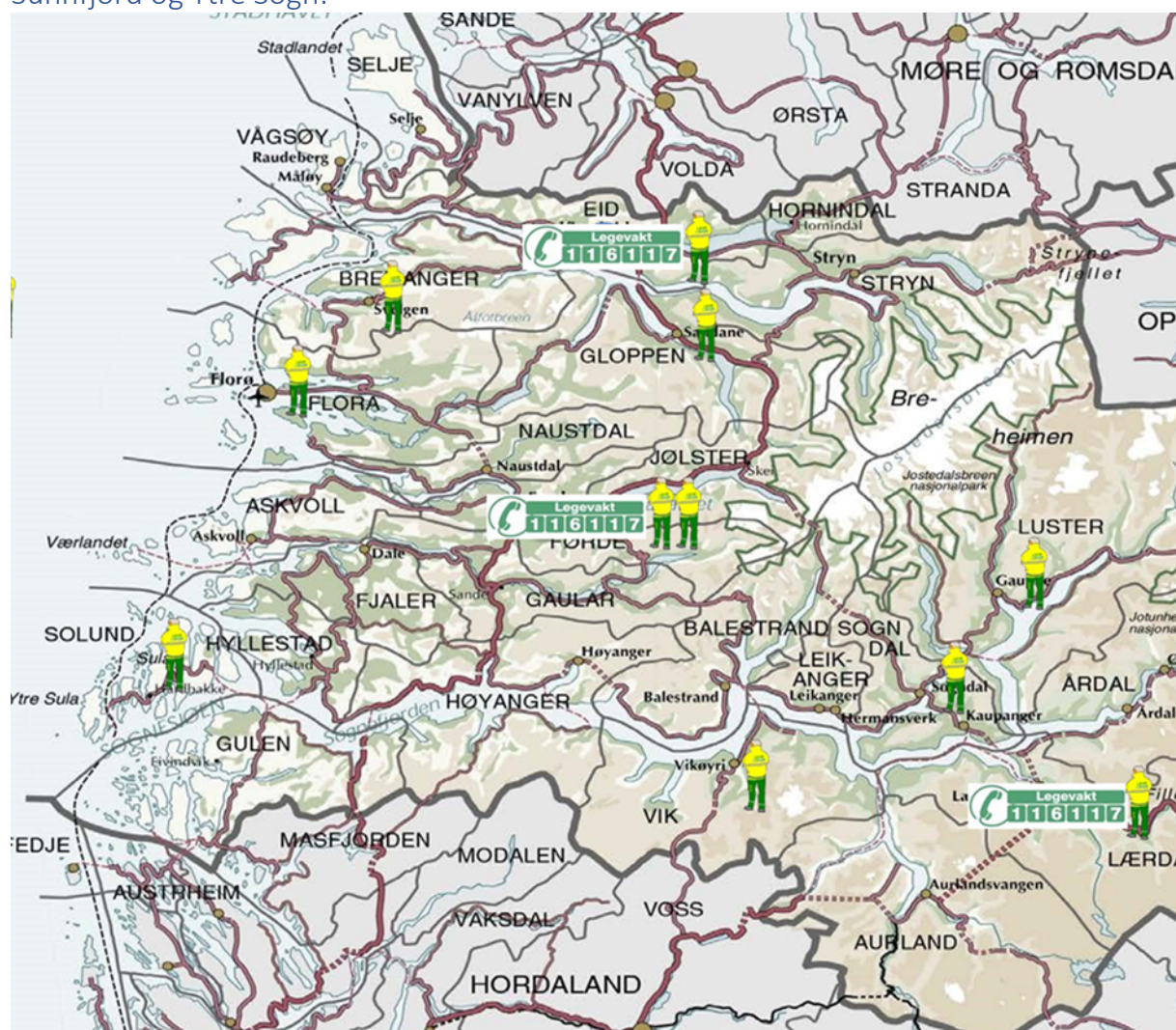
Vedlegg 1: Sluttrapport Legevaktpiloten Sogn og Fjordane, Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale legevakt, 15.09.2022

Vedlegg 2: Sluttrapport Legevaktpilottene 2018-2022, Molde Interkommunale Legevakt, 15.09.2022

Vedlegg 3: Pilot legevakt – Evalueringsrapport Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr 5 2022

Vedlegg 4: Geografisk oversikt legevaktorganiseringen

Sunnfjord og Ytre Sogn:





Romsdalsregionen:

