

## Høringsinnspill til forskrift om akuttmedisin fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, september 2014

Det vises til Helse –og omsorgsdepartementets høringsbrev av 28.05.2014 med forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (Akuttmedisinforskriften).

Akuttmedisin er en sentral del av distriktsmedisinen, og distriktsmedisin et fagfelt avgrenset av at den praktiseres i avstand til sykehus eller på steder det er vanskelig å rekruttere helsepersonell til, som kommuner og mindre lokalsykehus. NSDM har sitt hovedfokus på primærhelsetjenesten, gjerne sett i sammenheng med andre nivå. I dette svaret vil vi først gi et bilde av hvordan vi ser på noen av dagens utfordringer fulgt av forslag til løsninger, deretter følger kommentarer til utvalgte paragrafer.

### Profesjonelt nærvær som tverrfaglige nettverk

Forslaget til forskrift fastholder et samlet grep om akuttmedisinen utenfor sykehus og tydeliggjør at akuttmedisin innebærer at flere jobber sammen med og om pasientene. Dette skjer i praksis dog oftere på kryss og tvers i nettverk enn langs en definert kjede. Det samlede grepet er imidlertid viktig i en tid da helsevesenet er preget av mer silotenkning enn ønskelig både på faglig og profesjonsnivå. Det er spesielt viktig å unngå båstenkning for distriktene der relativt få ressurser gjør at godt samarbeid i både formelle og uformelle responssystemer er helt nødvendig (VanderBurg et al.,2014). Derfor er kompetansekrav - i samhandling så vel som individuelt - til personell i legevakt, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste avgjørende. Dette utgjør etter vår mening de viktigste elementene i forskriften: en tydelig *forventning* til at helseforetak og kommuner satser på aktørene i systemene og til deres samarbeid.

De akuttmedisinske tjenestene samhandler også over kommune- og foretaksgrenser og forskriften sikrer en nasjonal tankegang: beredskap i distriktene og byene bygges på samme styrende normer, men med fleksibilitet der det trengs. Både de minste og den største kommunen (Oslo) representer steder som vil komme til å søke om unntaksordninger i forhold til organisering og kompetansekrav.

Systemene legevakt, ambulansetjeneste, nødmeldesentraler, fastlegekontor og andre blir ikke bedre enn summen av aktører som hver dag opprettholder dem. Fremmedgjøring og ansvarspulverisering er elementer som er hemmende for kvaliteten i disse systemene. Fastlegekontorene skiller seg positivt ut i denne sammenhengen: Aktørene har et sterkt eierforhold til arbeidsplassen sin og definerte oppgaver innen avgrensede, oftest mindre enheter. Dette bør man fokusere på også i de andre akuttmedisinske tjenestene, gjerne som mindre

ansvarsteam, slik at tjenestene bygges videre av aktører som bryr seg. Vikarbruk bør unngås og rammebetingelsene må være i tråd med andre legetjenester. Kravet om trening i samhandling er viktig da effekten av godt samarbeid øker når utfordringene kommer uplanlagt, er komplekse og tiden er en kritisk faktor. Motsatt vil effektene av dårlig samarbeid også aksentueres i slike settinger.

Legevakt handler om usortert øyeblikkelig hjelp i all sin bredde og må tilbake til å være en naturlig del fastlegers virke. Problemstillingene utgjør noe av kjernevirksomheten innen allmenmedisin, både på fastlege- og i legevaktkontor. Legevakt og fastlegeordningen må derfor sees nøye i sammenheng i forhold til total arbeidsbelastning, avlønning og profesjonalitet. Igjen er det fastlegevirksomheten av de to som idag stiller sterkes i forhold til avlønning og profesjonalitet og som i alle år har fått mest oppmerksomhet fra så vel fagutøverne selv som ansvarlige myndigheter. Dette skjevforholdet må endres ved at vakttiden sees som en forlengelse av fastlegers virksomhet. Vi tror solid, fast lønn, gode muligheter for avspasering, hjelpepersonell og gode, praktiske rammer for fagutøvelse på legevakt er essensielt.

Økt deltagelse fra fastleger i tverrfagligarbeid i egen kommune følger av samhandlingsreformen. Sykere pasienter sammen med flere eldre og pasienter med kroniske sykdommer utenfor sykehus, gjør at de akuttmedisinske tjenestene vil måtte håndtere et økende antall akutte forverringer og derfor kompleks medisin hos disse pasientgruppene. Leges rolle i teamet som behandler kritisk syke pasienter prehospitalt, som «rød respons», er godt beskrevet (Zakariassen, 2010; Rørtveit 2009a og 2009b, Hjortdahl, 2014). Disse består i stor grad av eldre, bevisste pasienter uten livstruende tilstander, med stor variasjon av medisinske tilstander hvor behandling ikke kan prosedyrefestes. Moderne legevaktsmedisin i tråd med forskriften er derfor både øyeblikkelig hjelp og akuttmedisin som stiller høye krav til sykepleiere og leger i vakt, samt deres evner til samarbeid med andre. Kravet om lokal medisinsk tilstedeværelse øker altså og nye legestillinger etableres i forbindelse med oppbyggingen av intermediaærenheter som lokalmedisinske sentre og KAD, samt opprusting av korttidsavdelinger i sykehjem (mottak av utskrivningsklare pasienter). Nye legestillinger er gunstig også med tanke på å skape levelige *vaktforhold* for lokale leger da det blir flere å fordele vaktene på. Samtidig ser vi at det skapes det interessante jobber for sykepleiere.

Flertallet av kommunene samarbeider idag om legevakt med nabokommunen for nettopp å redusere vaktbelastningen legene har og for å kunne dele på utgiftene til nødvendig hjelpepersonell på legevakten, utstyr og lokaler. Noen kommuner deltar i store vakt samarbeid hele eller deler av døgnet. En mindre andel kan av geografiske grunner ikke inngå i slikt samarbeid (som mange øy- og finnmarkskommuner), og

noen distriktskommuner har krevd økte ambulansetjenester for å kompensere ressurstapet ved sentralisering av legevakt (f.eks. Andøya kommune). De mindre kommunene risikerer også et ressurstap ved sentralisering av legevaktsentraler og legevaktstasjoner grunnet krav om bakvakt og spesielt dyrt kommunikasjonsutstyr i sentralene. Vi ønsker derfor å løfte frem noen grep som har vist seg bærekraftige, som fremmer *tverrfaglig* kvalitet og som reduserer vaktbelastningen for leger i småkommuner:

1. Øk antallet fastlegelister via kortere lister, god fastlønn på dagtid og legevakt. Det gir tid til prosjektbasert fagutvikling som vil være nødvendig når ressursene er små (Ono, Schoenstein, Buchan, 2014). Dette er løsninger som har virket godt i flere finnmarkskommuner over år.

2. Ha faste allmennlegevikarer som kommer regelmessig og blir del av de lokale tjenestene. Disse kan gi lokale leger helt fri eller bare vaktfri. Både Nordkapp og Luster kommuner har gode erfaringer med dette.

3. Understøtt faste, tverrfaglige møteplasser for forbedring av tjenestene i tillegg til systematisk trening i samhandling lokalt. Slik sikres kvaliteten i ellers sårbare tjenester og det bygges opp et felles ansvar for å levere gode tjenester, som i neste omgang kan føre til at helsepersonell stabiliserer og avlaster hverandre. Minimumsressursen - uansett profesjon – styrkes av dette tette nettverket.

Når robusthet i helsetjenestene vurderes er det viktig at tilsynsmyndigheten forstår at dette handler om styrken i lokale, profesjonelle nettverk – der man både vet om og kjenner ansvar for hverandre. En viktig del av lokale helsetjenesters robusthet består videre også av at ansatte kjenner stedets ressurser i en videre krets (helseinstitusjoner, skole, livssynsinstitusjoner og frivillige) og har tilgang på slike lokale nettverk for eksempel i en krisesituasjon. I dette mobiliseringspotensialet ligger det mye trygghet og reell hjelp. Dette forutsetter at det medisinske nærværet lokalt opprettholdes på et akseptabelt nivå.

## **Innspill til de enkelte paragrafforslagene**

### **§ 3 Definisjoner**

Vi merker oss at øyeblikkelig hjelp-begrepet ikke er definert, slik akuttmedisin er. Dette gir legevaktene en større grad av frihet til å organisere seg slik de vil, noe som kan bidra til fortsatt vektlegging av pasienter som best hjelpes av fastlege neste dag. Forarbeidene og merknadene til forskriften understreker at legevakt skal være en beredskapstjeneste og ikke en kveldsåpen poliklinikk for allmenntilmedisin.

Beredskap for både øyeblikkelig hjelp og akuttmedisin krever en form for slakk i tjenesten slik at legene kan rykke ut og kan prioritere det som haster mest. Da må legevaksressursene i vakt være avpasset pasientgrunnlaget. Men så lenge avlønning av leger stort sett baserer seg på en stykkpris-modell, vil denne avpasningen og slakken være vanskelig å få på plass mange steder. Vi mener omlegging til solid fastlønn er nødvendig. En innretning mot beredskap for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisin harmonerer dessuten med de økte kravene til tilstedeværende medisinsk kompetanse:

- for de syke som skrives ut tidligere til sykehjem og intermediaærvd.
- når det er krise i kommunen (økte krav etter 22.juli)
- KAD bygges opp

**Forslag:** HOD bør vurdere å være mer presis i forhold til legevaktenes oppdrag ved å definere øyeblikkelig hjelp

#### **§ 4 Samhandling og samarbeid mellom de akuttmedisinske tjenestene**

Kravet om systematisk trening i samhandling mellom *alle* delene i det akuttmedisinske nettverket er etter vår mening et krav det er nødvendig å følge opp. Følgforskning i en middels stor norsk kommune har vist at slik trening mellom de lokale ressursene (ikke nødmeldesentraler) skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena som opprettholdes av aktørene selv (Brandstorp, 2012). Når det haster er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller, har trent på god kommunikasjon og forstår hvordan hensiktsmessig ledelse foregår. En hensiktsmessig form for ledelse har i praksis vist seg å være mer fordelt etter nødvendig kompetanse i øyeblikket enn aktørene selv er klar over (Brandstorp, 2014). Undersøkelser viser at også evnen til å snakke om vanskelige hendelser og egen usikkerhet trenes ved at debrief er en viktig komponent i teamtrening. Departementets vurdering om å lage en veileder om anbefalinger i kvalitet og kompetanse bifalles.

Da ordlyden slik den er i dag ikke har ført til at helseforetak eller kommuner trener på samhandling, tror vi at forskriften bør vær mer tydelig.

**Forslag:** Tverrfaglig øvelse i samhandling skal gjennomføres minst en gang i året per helsearbeider

Geografiske forhold gjør også at ambulansetjenestene, legevaktene og nødmeldesentralene må sees i sammenheng. Fjerner man en ambulanse påvirker det legevakten og omvendt. Det samme gjelder sentralisering av nødmeldesentralene. Paragrafens første ledd har ikke hindret helseforetak og kommuner i å gjøre slike endringer uten at samarbeidspartene er konsultert og tilstrekkelig informert frem til nå. Både lengre reiseveier og tap av lokale ressurser i nettverkene kan gi konsekvenser som er vanskelige å se fra en sentral posisjon.

**Forslag:** *Konsultasjonsplikt mellom samarbeidende tjenester og krav om konsekvensanalyser ved endring i tjenestetilbud som innebærer flytting eller fjerning av tjenester.*

### **§ 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten**

Frivillige aktører har alltid vært viktige støttespillere i kommune-Norge under større kriser. Lokale førstehjelpere i mer organiserte former har vist seg å kunne redde liv, viser en fersk oppsummering av behandling av hjertestans i rurale strøk (Ströhle et al., 2014). NSDM støtter at det stilles krav også til disse, men vil understreke kommunenes ansvar for å sikre forsvarlige tjenester. Vi ønsker ikke en utvikling der ambulanserbiler eller legevakter erstattes av ufaglærte førstehjelpere. Effekten kommer først når disse beriker og kommer i tillegg til de profesjonelle tjenestene.

### **§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning**

I tillegg til varierende kompetansenivå blant helsepersonell i tjenestene, skaper de ulike geografiske forutsetningene utfordringer for akuttmedisin og legevakt. Dette dreier seg om avstander til helsehjelp og om værutsatte strekninger som fjelloverganger. Det er avgjørende for disse tjenestene at helsepersonellet får være med å utvikle dem slik at de blir gode faglige arenaer for helsehjelp til pasientene. Forskning viser imidlertid at sentralisering i store legevakter gjør at bruken er tydelig større i vertskommuner. Dette gjelder også når det haster mest (Raknes, 2014), og gir grunn til bekymring. Vi vet også fra flere år med registerforskning fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, at fordelingen mellom de som kan vente til neste dag og de pasientene det haster med ikke fordeler seg likt på de ulike stedene. Organisering og tradisjon spiller en stor rolle. Sannsynligvis har formell og uformell opplæring og organisering av sykepleiere i legevaktsentralen mye å si (se Holm Hansen og Hunskaar, 2011 og Vakttårnrapportene, Nklm).

#### *Krav om hjelpepersonell på legevakt*

Vi vet at 1 av 3 ansatte på legevakt har opplevd vold på jobb (Joa & Morken, 2012). Det er derfor åpenbart at ingen skal jobbe alene i et legevaktlokale. På samme måte bør antallet hjelpepersonell knyttes opp mot legevaktdistriktets størrelse og innbyggere i det. Sannsynligvis er dette kravet viktigere enn bakvaktskravet for leger i små tjenester. Sammen med lokalt ambulanspersonell og lege i vakt, bidrar kommunal sykepleier til ytterligere et faglig perspektiv og nyttig komplementær kompetanse i lokal medisinsk teamarbeid. Samhandlingsreformen og medisinsk utvikling generelt gjør at pasientpopulasjonen og hjelpetilbudet utenfor sykehus endres mot det mer komplekse. Den sykepleiefaglige kompetansen er derfor viktig for pasientsikkerheten også i legevaktsammenheng.

**Forslag:** *Sykepleier sammen med lege i vakt burde kunne forskriftsfestes som et krav til alle legevaktstasjoner, både av medisinske og sikkerhetsmessige grunner.*

### **§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.**

NSDM støtter kravet om kompetanse for å ha selvstendig legevakt og ønsker at det skal stilles krav til kommunene slik at dette oppfylles. Men med de foreslåtte kravene til kompetanse risikerer vi imidlertid en forringet tjeneste til befolkningen i småkommunene hvis det fører til en øket sentralisering. For å unngå en slik forringelsen bør derfor den samle kompetansen og kompetansesystemene vurderes av kommunene og deretter av fylkesmennene, som skal vurdere forsvarligheten. De må ha syn for at det er den samlede ressursen som bidrar til kvalitet på vakt.

Legevikarer bemanner i stor grad legevakter både sentralt og i distriktene. Mange av disse er ikke allmennleger, men har valgt en annen spesialitet. Gitt poengteringen i merknadene til forskriftsforslaget om at legevaktsmedisin er allmennmedisin, mener vi det er avgjørende å legge til rette for at allmennleger tar sine vakter. Det er derfor inkonsistent å eksplisitt gi leger i utvalgte sykehusspesialiteter rett til å ha legevakt. Det er dessuten uklart hva det menes med en spesialist i indremedisin. For eksempel vil en grenspesialist i blodsykdommer være spesialist i indremedisin, men vil av den grunn ikke ha forutsetninger for å jobbe i legevakt.

**Forslag:** *Vi foreslår at c) og d) strykes.*

Videre er det et uheldig signal fra departementet at leger som vikarierer under 2 måneder skal slippe å ha de kurs som kreves av de som skal jobbe lenger. Dette kan føre til en uønsket dreining mot flere korttidsvikarer som ikke bidrar som en del av tjenestene, og er mer fremmedgjorte og uten ansvar.

**Forslag:** *Fritak for vikarer med virketid under 2 måneder fjernes fra forskriften.*

#### *Krav om bakvakt*

Kravet om bakvakt er nytt og bygget på gode intensjoner. Det bør være en selvfølge med bakvakt som kan rykke ut til alle turnusleger. Det må videre ikke være slik at uerfarne leger er eneste legeressurs for store populasjoner. Her vil bakvaktskravet være enkelt å implementere gitt tilgangen til fastleger. Etter vår erfaring brukes imidlertid denne bakvakttjenesten i svært liten grad av turnuslegene selv på slutten av deres halvår i kommuneturnus. Dette gjelder erfaringsmessig både i større og mindre legevakter. Ytterligere ett år med bakvakt som skal kunne rykke ut, vil derfor være uhensiktsmessig bruk av ressurser mange steder hvor pasientpopulasjonen er liten. I praksis er de tilstedeværende sykepleierne, ambulanspersonell og personell på lokalsykehuset (både leger og AMK-personell) viktigere støttespillere enn bakvakten til lege i vakt. Terskelen for å spørre disse er ofte lavere for lege i vakt enn å ringe hjem til en bakvakt.

Ut fra forarbeidene synes det klart for departementet at flere kommuner ikke vil kunne oppfylle kravet om bakvakt i dag. Økt vaktbelastning for kommunens leger, på

grunn av bakvakter i tillegg til egne vakter, virker ikke rekrutterende eller stabiliserende på leger i rekrutteringssvake kommuner. Vi vil kunne få en negativ spiral med "vikarstafett-legevakter" som resultat dersom unntakshåndteringen ikke fungerer hensiktsmessig. De lokale akuttmedisinske tjenestenes *samlede* kompetanse må altså vurderes av fylkesmennene. I Rapport fra Helsetilsynet, Læring av feil og klagesaker (Brattland, S. Z. og Lundevall, S., 2009) publiseres en undersøkelse basert på en gjennomgang av samtlige klagesaker til Helsetilsynet i Hordaland i perioden juli 2001- desember 2006 (Brattland, S. Z. og Bondevik G., T.). Klagesaker mot lege i vakt er i relativt liten grad rettet mot unge leger, men heller mot de noe eldre (mellom 35-55 år). Utenlandske mannlige leger er overrepresentert i denne undersøkelsen.

Videre i samme undersøkelse (s.69) beskrives klager basert på systemsvikt:

"Systemsvikt ble påvist ved 14 hendelser (20%) og utgjøres i hovedsak av forhold som knytter seg til manglende ressurser og rutiner for videreformidling av opplysninger og opplæring, for eksempel:

- Opplysning gitt ved henvendelse til sykepleier/vaktsentral ikke videreformidlet
- Legen ikke kjent med hvor legemidler etc. ble oppbevart
- Uklare rutiner for samhandling
- Adekvat transport ikke tilgjengelig
- Travelhet»

Ut fra dette og erfaring, tror vi rammene for kvalitet er bedre for en lege som jobber sammen med lokal sykepleier og ambulanse uten særligtidspress og i en oversiktlig legevakt sammenliknet med en uoversiktlig legevakt der tempoet er høyt og beslutningene blir tatt raskt uten konsultering eller godt samarbeid med andre.

På den annen side kan kravet om kompetanse i legevakt og bakvakt fungere som pressmiddel over for kommunene, slik at de legger til rette for spesialisering av sine leger. Kanskje vil de også øke antallet primærleger i kommunen for å oppfylle forskriften. Dette vil være gunstige effekter. Regnestykkene som presenteres tar derfor etter vårt syn ikke hensyn til at en reell kompetanseheving i førstelinjen samt stedlig/utrykningsklar bakvakt betyr en drastisk omlegging av avlønning og kanskje organisering av tjenestene.

***Forslag:*** Fylkesmennene kan gi unntak fra bakvaktskravet etter en kvalitetsvurdering av de totale lokale ressursene, bygget på implementerte tiltak som treninger i samhandling og kompetansenivå til de ulike profesjonene som har vakt sammen.

### *Obligatorisk vold og overgrepskurs*

Da vi har god kjennskap til hvor krevende det har vært å etablere et kurstilbud til allmennleger i akuttmedisin, er vi tvilende til realismen i kravet om et ytterlige obligatorisk kurs. Akuttmedisinkursene har i stor grad blitt gjennomført ved hjelp av ambulansetjenestene i landet og simuleringsentre. Slike ressurser finnes ikke etablert innen overgrep og vold. Dessuten vil vel overgrep og vold i stor grad være oppgaver for andrelinjetjenesten, heller enn førstelinjetjenesten.

**Forslag:** *Kravet om kurs i vold og overgrep utredes bedre før eventuell forskriftsfesting.*

### **§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester**

NSDM er skeptiske til punkt b) der ambulansetjenestene (bil, båt, fly, helikopter) eksplisitt skal kunne operere uten å ha kontakt med helsepersonellet i kommunen der pasienten befinner seg. Dette bryter med samarbeidstråden som er tydelig ellers i forskriften.

**Forslag:** *siste ledd av setning b) strykes. ("enten alene eler sammen med andre deler av tjenesten").*

### **§11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulanserbiler- og båter**

Vi støtter kompetansekrav i en tjeneste som er preget av stort sprik i kompetanse innad i ambulansetjenestene og mellom regionene.

### **§ 13 Krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene**

Tydelige kvalitetskrav til legevaktsentralene og personellet her er viktige og støttes. I likhet med AMK, er legevaktsentralen en enhet som samarbeider både med befolkning og helsepersonell. Disse er de som bærer det største ansvaret for liv og helse i de aktuelle situasjonene, ikke AMK-sentralene. Gode samarbeidsevner og kommunikasjon med innringer er derfor helt sentralt for å kunne oppfylle punkt c).

**Forslag til nytt punkt:** *i samarbeid med innringer yte helsehjelp i form av medisinskfaglige råd og veiledning, samt prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser*

### **§14 Det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten**

Vi setter spesielt pris på pkt. d) om at de regionale helseforetakene har ansvar for å samarbeide for å sikre nødvendig samordning med andre parter. Dette er spesielt viktig før AMK-sentraler evt. legges ned pga sentralisering, noe som kan ramme distriktene da de taper en nær ressurs i sitt nettverk.



### **§ 15 Krav til AMK-sentralene**

NSDM støtter de tydelige kravene til AMK-sentralene og personellet her, spesielt at de skal varsle den kommunale legevaktsentralen. AMK er en viktige faglig ressurs for både befolkning og helsetjenestene. Vi savner imidlertid ord som understreker at AMK *ikke* er en kommandosentral, men kommunikasjonssentral der det handler om å finne gode løsninger ved at innringer og operatør snakker sammen. AMK er en aktør som skal samarbeide med autonome pasienter og pårørende for å hjelpe dem til god helsehjelp. AMK skal på samme måte samarbeide med helsepersonell som har pasientansvar. Punkt c) bør reflektere denne rollen bedre enn slik det står nå. For mange tjenester er AMK-sentralen en viktig støtte og samarbeidspartner som bidrar til å finne løsninger på oppdrag som krever innsikter og kompetanse utover det som hjelpemidlene Medisinsk Index for nødmeldetjenesten og Telefonråd gir. Når samarbeidet fungerer godt, vil AMK-sentralene ikke bare gi råd og veilede publikum og helsepersonell, men også evne å *lytte* til helsepersonellets råd og vurderinger og slik bli i stand til enda bedre å «følge opp akuttmedisinske oppdrag.»

***Forslag til nytt pkt c): i samarbeid med innringer yte helsehjelp i form av å gi nødvendige råd og veiledning, samt prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag.***

### **Referanser:**

Brandstorp, H., Kirkengen, A.L., Halvorsen, P.A., Sterud, B., Haugland, B. (2012). Training interaction in primary care teams: the role of the patient. The International Journal of Person Centered Medicine 2[4], 656-663.

Brandstorp, H., Kirkengen, A.L., Sterud, B., Haugland, B., Halvorsen, P.A. (2014). Leadership practice as interaction in primary care emergency team training. Action Research Journal (submitted)

Brattland, S. Z., Bondevik G. T. (2009) Kapittel 8. Klageaker fra legevakt – hvilkeforhold kan føre til behandlingsfeil? i Brattland, S. Z., Lundevall, S (red.) Rapport fra Helsetilsynet 7: Læring av feil og klagesaker.

Hjordahl, M., Zakariassen, E., Wisborg, T. (2014). The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 22:47

Holm Hansen, E., Hunskaar. S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-

- of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19:48
- Joa, T.S., Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 30:50-60
- Mathias Ströhle, M., Paal, P., Strapazzon, G., Avancini, G., Procter, E., Brugger, H. (2014). Defibrillation in Rural Areas. *The American Journal of Emergency Medicine*
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Vakttårnprosjektet: Se samleside på nettet: <http://helse.uni.no/projects.aspx?site=8&project=2235>
- Raknes, G., Hansen, E.H., & Hunskår, S. (2013). Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Services Research* 13: 222
- Rørtveit, S., Hunskår, S. (2009). Akuttmedisinsk handsaming i en utkant kommune *Tidsskr Nor Legeforen* 129:735 – 7
- Rørtveit, S., Hunskår, S. (2009). Akuttmedisinske hendingar i en utkant kommune *Tidsskr Nor Legeforen* 129:738-42
- Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J. (2014) Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers*
- VanderBurgh D, Jamieson R, Beardy J, Ritchie SD, Orkin A.(2014) *Community-based first aid: a program report on the intersection of community-based participatory research and first aid education in a remote Canadian Aboriginal community*. *Rural and Remote Health* 14: 2537
- Zakariassen E. (2010). *Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine*, doktoravhandling, Universitetet i Bergen