

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 22/56929-2  
Saksbehandler: Janne Kristin Kjøllesdal  
Dato: 14.02.2023

## Besvarelse oppdrag partssammensatt arbeidsgruppe legevakt del 2

Vi viser til oppdrag og oversendes endelig besvarelse på oppdraget partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt del 2.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.  
direktør

Steinar Olsen  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

# Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt

## Sluttrapport del 2

---

Februar 2023

## Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn.....	3
Om oppdraget og besvarelsen.....	4
Oppsummering av arbeidsgruppens forslag til tiltak.....	5
Overordnede rammer for arbeidet.....	7
2. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling av mandatpunktene .....	9
Punkt 1: Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdaterte anbefalinger .....	9
Punkt 2: Vurdere løsninger for redusert arbeidstid.....	9
Rekruttere flere leger til å dekke vaktbehovet.....	9
Økt rekruttering av andre leger til legevaktordningen .....	10
Redusere antall timer som skal dekkes av lege på vakt.....	10
Punkt 3: Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden .....	11
Punkt 4: Vurdere tiltak for redusert belastning for lege på vakt .....	13
Punkt 5: Vurdere økt grunnbemanning eller ulike turnusordninger .....	16
Punkt 6: Vurdere hvordan sentrale/regionale tiltak kan understøtte punktene over .....	17
Lover, forskrifter og rundskriv .....	17
Veiledere og andre normerende produkter .....	18
Punkt 7: Vurdere hvordan finansieringsordninger kan understøtte tiltakene over .....	18
Punkt 8: Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene .....	20
Vedlegg 1: Samling av eksempler på modeller .....	21
Vedlegg 2: Mandatpunkt 1 .....	24

## 1. Bakgrunn

Å løse utfordringene med legevakt er en forutsetning for en bærekraftig allmennlegetjeneste. Som avtalt ved opprettelsen av den partssammensatte arbeidsgruppen i februar 2022, videreføres samarbeidet mellom KS, Oslo kommune, Legeforeningen og staten om utfordringene innen legevaktområdet. Mandatet har nå en bredere tilnærming enn i perioden februar-april, og fanger opp de delene av forrige mandat som partene avtalte å utsette. I tillegg hensyntar mandatet utviklingen innen feltet siden forrige partssammensatte arbeidsgruppe ble nedsatt.

Legevakt er en viktig del av allmennlegetjenesten og innbyggernes sikkerhetsnett ved akutte hendelser. Legevaktordningen er under sterkt press. Utfordringene er relatert til og forsterket av økende rekrutteringsutfordringer til allmennlegetjenesten samtidig som krav og forventninger til innhold i legevaktjenesten har økt. Utfordringene i fastlegeordningen og legevakt henger tett sammen. For mange allmennleger medfører legevaktarbeid en høy belastning.

Regjeringen er i Hurdalsplattformen tydelig på behovet for å styrke fastlegeordningen. Videre vil regjeringen sikre en god legevaktjeneste i hele landet og utrede løsninger som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt.

I desember 2021 forelå rapporten fra ekspertgruppen på legevakt som kartla utfordringer med legevaktjenesten og hvordan fastlegers vaktbelastning fordeler seg på tvers av kommuner og legevakt-distrikt av ulike størrelse og sentralitet. Formålet var å styrke kunnskapsgrunnlaget for å utvikle en bærekraftig legevaktordning i hele landet. Rapporten viser tydelige forskjeller i vaktbelastning mellom større og mindre kommuner og legevakt-distrikt. Funnene i rapporten fra ekspertgruppen legger grunnlaget for å se på tiltak på kort og lengre sikt.

I etterkant av ekspertgruppens rapport har Regjeringen iverksatt flere tiltak og utredninger:

- Helsedirektoratet har utlyst et legevakttilskudd på 62 millioner som skal bidra til å bedre rekrutteringen til og redusere vaktbelastningen i legevaktordningen i de minste kommunene.
- Den partssammensatte arbeidsgruppen leverte i mai 2022 en rapport med anbefalinger til tiltak for å styrke legevaktordninger med fire eller færre fastleger i legevakt-distriktet.
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, nedsatt i august 2022, skal se på hvordan fastlegeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Ekspertutvalget skal utrede endringer i legevakt som blant annet legger til rette for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, først og fremst på natt, ved å vurdere ev. bruk av teknologi, annet personell og samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget skal levere foreløpige vurderinger 01.12.2022 og endelige vurderinger og anbefalinger 15.04.2023.

## Om oppdraget og besvarelsen

### Sikre en god legevaktjeneste i hele landet

Den partssammensatte arbeidsgruppen skal bidra med å vurdere hvordan belastningen av legevaksarbeid kan reduseres slik at den samlede arbeidsbelastningen for allmennlegene blir håndterbar, samtidig som en god legevaktjeneste sikres i hele landet. Utfordringene i legevakt er nært knyttet til utfordringer med å rekruttere leger til distriktene. Arbeidsgruppen bes derfor vurdere tiltak for allmennlegetjenesten, også utover legevakt, som kan bidra til å gjøre det mer attraktivt å være lege i distriktene. Tiltakene må ta hensyn til de ulike aktørene i akuttkjedens behov, bidra til at helse- og omsorgstjenestene kan møte fremtidens utfordringer og kunne tilpasses lokale forhold. Arbeidsgruppen bør se hen til erfaringer fra pågående arbeider innen legevaktområdet. Følgende bør vurderes:

1. Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdatere anbefalinger.
2. Vurdere løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, og som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt, ved bruk av teknologi, annet helsepersonell, andre eller forsterkede legeressurser og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vises blant annet til erfaringene fra og evalueringen av legevakt-piloten, som vil foreligge i løpet av høsten.
3. Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden.
4. Vurdere tiltak for å redusere belastningen når legen er på vakt:
  - Styrke det lokale akuttmedisinske teamet, tiltak for å sikre et trygt arbeidsmiljø, forsvarlig arbeidsbelastning på vakt og kompetansebyggende tiltak.
  - Redusere tilstrømmingen til legevakt og behovet for vurdering av lokal legevakslege, herunder digitale løsninger for pasientkontakt og styring av pasientstrøm mellom fastlege og legevakt, eksempelvis:
    - Triage til fastlege og triage til legevakt, digitale løsninger før kontakt med legevaktssentral og bruk av videokonsultasjon og andre digitale løsninger før oppmøte på legevakt.
5. Vurdere hvordan en økt grunnbemanning og eller ulike turnusordninger i allmennlegetjenesten, kan brukes til å styrke fagmiljøer, utdanning av allmennleger og annet helsepersonell, samt kvalitetsforbedring og forskning – spesielt i distriktene.
6. Vurdere om og eventuelt anbefale hvordan sentrale eller regionale tiltak kan understøtte ovenstående punkter.
7. Vurdere hvordan finansieringsordningen for legevakt kan understøtte ovenstående punkter og anbefale innretninger som blant annet beskriver:
  - hvordan det kan tilrettelegges for flerfaglighet og arbeidsdeling med annet personell
  - hvordan det kan tilrettelegges for at legevaktarbeid lar seg kombinere med fastlegepraksis i hele landet og innenfor en håndterbar arbeidsbelastning
8. Økonomiske og administrative konsekvenser av alle forslag må beskrives.

Vurderingene og anbefalingene vil kunne inngå i grunnlaget for en veileder om utvikling av legetjenestene i tråd med anbefalingen i rapporten fra den partssammensatte arbeidsgruppen levert 06.05.22.

Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra hhv. Legeforeningen, KS, Oslo kommune og staten. Helse- og omsorgsdepartementet representerer staten i arbeidet og ivaretar i tillegg sekretariatsfunksjonen. De regionale helseforetakene skulle involveres i arbeidet, spesielt ved vurdering av forhold som går på tvers av forvaltningsnivåene. Rammene for arbeidet, særlig den stramme tidsrammen, medførte at det ikke ble involvert noen utenom arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens medlemmer har vært Marte Kvittum Tangen, Adel Heilemann, Bjørn Ove Ekern Kvavik og Nils Kristian Klev fra Legeforeningen; Anne Jensen, Anne Tøndevold og Hege Lorentzen fra KS; Bjørn Sletvold fra Oslo kommune og Steinar Olsen, Jon Hjellum Vibeto og Hilde Skyvulstad fra HelseDirektoratet. HelseDirektoratet representerer staten i arbeidet og ivaretar i tillegg sekretariatsfunksjonen. Sekretariatet har bestått av Janne Kristin Kjøllesdal (leder), og Ida Bjøntegård Oftedal.

## Oppsummering av arbeidsgruppens forslag til tiltak

### Punkt 2:

- Fortsette arbeidet med rekrutteringen og stabiliseringen til fastlegeordningen
- Utrede forutsetninger for endringer i fastlegeforskriften §§ 12 og 13
- Vurdere offentlige vikarpooler
- Faste vikarer deler av året
- Fast ansatte leger hele eller deler av tiden
- Etablere kombinasjonsstillinger
- Interkommunalt samarbeid -> ROS-analyser med hensyn til legevaktsamarbeid
- Sentrale helsemyndigheter bør legge til rette for nye initiativer og følgeforskning av videobruk

### Punkt 3:

Den varslede stortingsmeldingen om prehospitaltjenester bør blant annet adressere følgende:

- Avklaring av oppgave- og ansvarsforhold mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjede og beredskap
- Hvordan helsefelleskapene kan bidra til å fremme samhandling i den akuttmedisinske kjede
- At innovative organisasjonsformer, som fremmer nye og bedre måter å samhandle på tvers av den akuttmedisinske tjeneste, gjøres tilgjengelig for alle aktørene
- Presentasjon av et rammeverk for oppgavefordeling som fremmer en hensiktsmessig bruk av alle tilgjengelige ressurser på det akuttmedisinske feltet, inkludert akutthjelpere og befolkningen
- Utredning av nye finansieringsformer, som understøtter ønsket ansvars- og oppgavefordeling i den akuttmedisinske kjeden

### Punkt 4:

- Sikre en stabil fastlegeordning
- Å være alene på vakt
  - Arbeidsgruppen mener det er viktig at problemstillingen beskrives i plan for legetjenesten i kommunene, herunder samarbeid med andre døgnbemannede tjenester, og at kommunene bruker ROS-analyser som verktøy
- Kompetansebyggende tiltak
  - En hovedregel bør være at alle leger har fullført opplæringsprogram og hatt regelmessige vakter med veiledning før de kan jobbe selvstendig i vakt
  - Lærings- og forbedringsarbeid må være en integrert del av legevaktdriften
  - Legevaktene i store kommuner bør kunne brukes som undervisningsarena for medisinstudenter
  - Det vises til Veileder for legevakt og legevaktsentral omtale av kompetanse og opplæring for ansatte på legevakt
- Triagering – har pilotprosjekt Digital triagering på legekantor overføringsverdi til legevakt
- Øke helsekompetanse i befolkningen

### Punkt 5:

Arbeidsgruppen vurderer at den sentrale oppgaven i første omgang er å sikre flere fastleger i fastlegeordningen.

Arbeidsgruppen anbefaler at følgende kan vurderes og legges til rette for:

- Opprette kombinasjonsstillinger, eks: samarbeid om en veilederpool
- Regionale offentlige vikarpooler med leger som kan ta vakter i distriktskommunene
- Tettere og mer forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenesten i den akuttmedisinske kjeden (vurdere bemanning legevakt, mottak, ambulanse sammen – må understøttes av annen finansieringsmodell enn dagens
- Styrket allmennt medisinsk forskning, inkl. finansiering, blant annet ved å etablere stillinger som kan kombinere legevaktarbeid med forsknings-, veilednings-, undervisning og andre oppgaver
- Samarbeid mellom store sentrale kommuner og distriktene

### Punkt 6:

- Vurdere endringer i fastlegeforskriftens §§12 og 13
- Arbeidsgruppen mener at utvikling av tjenesten hovedsakelig bør gjøres på en måte som gir kommunene og regionene muligheter til å finne lokale løsninger, så lenge tjenesten holder seg innenfor rammene til forsvarlighet, ledelse og kvalitetsforbedring og andre krav som ligger i lovverket i dag
- Arbeidsgruppen mener det bør sees på endringer i spesialistreglene som sikrer at leger i nye turnusordninger ("Nordsjø-turnus") kan få godkjent spesialistutdanningen i stillinger med mindre enn 50 % av heltid
- Revidere nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentraler

### Punkt 7:

- Behov for bedre oversikt over totale kostnader til legevakt
- Distriktpakke
  - Tilskuddsordning i mindre kommuner
- Arbeidsgruppen tilrår at finansieringsordningene gjennomgås, blant annet endringer i systemet for godtgjøring av legevaktarbeid

## Overordnede rammer for arbeidet

Utfordringsbildet på legevaktområdet er godt dokumentert i flere større arbeider de siste årene, blant annet i rapporten fra Ekspertgruppe legevakt og i del 1 av den partssammensatte arbeidsgruppens arbeid. Denne rapporten omtaler derfor ikke utfordringsbildet inngående, men det er hensiktsmessig å beskrive noen hovedpunkter initialt i arbeidet.

Høy vaktbelastning for mange leger i legevaktordningen vurderes av arbeidsgruppen som en av de viktigste utfordringene for legevakttjenesten. Denne utfordringen henger tett sammen med rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og fastlegenes totale arbeidsbelastning. Flere fastleger vil være et premiss for å få gjennomført mange av tiltakene på legevaktfeltet som presenteres i denne rapporten. Tiltak som bidrar til å øke rekrutteringen og grunnbemanningen til fastlegeordningen vil derfor være sentrale.

Helsedirektoratet leder arbeidet med Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.

Fastlegeordningen i Norge har gjennom mange år vært vurdert som vellykket. De siste årene har imidlertid utfordringene økt og kapasiteten i ordningen gått ned. Handlingsplan for allmennlegetjenesten ble lansert for å møte disse utfordringene. Planen inneholder en rekke tiltak som skal bidra til å skape en fremtidsrettet og bærekraftig fastlegeordning, legevakt og allmennlegetjeneste med tjenester av høy kvalitet. Planen har tre målområder for allmennlegetjenesten:

- En trygg og attraktiv karrierevei
- God kvalitet til alle
- Fremtiden er teambasert

Det har vært en jevn økning i antall fastleger de siste årene, men økningen er ikke stor nok til å kompensere for økt/endrede arbeidsoppgaver for fastlegene, redusert listelengde og befolkningsøkning. Flere listeinnbyggere står dermed uten fast lege. Målet med fastlegeordningen er å gi gode og likeverdige legetjenester til hele befolkningen - uavhengig av bosted. Å øke kapasiteten i fastlegeordningen er helt nødvendig for å sikre innbyggernes rett til en fastlege, redusere arbeidsbelastningen for den enkelte fastlege og for å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for nyutdannede leger. Dette skal handlingsplanen bidra til.

Fastlegene deltar i varierende grad i legevaktordningen. Generelt kan man si at i mindre og usentrale distriktskommuner utgjør legevakt en større andel av fastlegenes arbeid og flere leger deltar i legevaktsordningen. Disse kommunene er mer avhengig av fastlegene for å kunne ivareta befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp også utenom fastlegenes kontortid, enn større kommuner. Dårlig kapasitet i fastlegeordningen, uavhengig av kommunens sentralitet og størrelse, kan gi økt press på legevakten fordi det er for få leger å fordele oppgavene på og flere oppsøker legevakten fordi de ikke har fått nødvendig hjelp på fastlegekontoret. Tiltak som bidrar til å snu den negative utviklingen i fastlegeordningen, vil sannsynligvis ha positive effekter for bemanningssituasjonen i legevakttjenesten og omvendt.

KS og legeforeningen ønsker som inngang til denne rapporten å peke på SFS 2305 ("Særavtalen") mellom KS og Legeforeningen for perioden 01.01.2022-31.12.2023<sup>1</sup>. I protokolltilførselen punkt 6 står følgende:

---

<sup>1</sup> [SFS 2305 \("Særavtalen"\) \(legeforeningen.no\)](#)



## *"6. Legevakt*

*Partene er enige om at leger i kommunene skal sikres en forsvarlig arbeidstidsordning. Det er behov for regulering som sikrer legene et bedre vern enn i dag for både å beholde dagens leger og legge til rette for økt rekruttering av fastleger. Samtidig må kommunene gis rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle sørge for ansvaret for øyeblikkelig hjelp til befolkningen i hele landet. Partene vil i avtaleperioden arbeide for å oppnå arbeidstidsordninger som gir legene et bedre vern og for systemendringer som beskrevet nedenfor.*

*Som ledd i å sikre en slik utvikling vil partene be regjeringen om å legge til rette for at fastlegenes plikt til legevakt utenom ordinær åpningstid blir en del av andre allmennlegeoppgaver som kommunen kan pålegge. Fastlegenes plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortiden opprettholdes. Legevakt innenfor andre allmennlegeoppgaver krever flere leger i kommunene og vil forutsette tilrettelegging fra statens side i form av forskriftsendringer og finansiering. Blant de forhold som må vurderes, utover endringer i fastlegeforskriften §§ 12 og 13, er tilpasning av regelverk for spesialistutdanning og etterutdanning, samt øvrige kompetansekrav. Partene er enige om at slike tilpasninger skal skje uten at kvaliteten i norsk allmennmedisin og legevakttjeneste svekkes.*

*I god tid før revisjon av SFS 2305 (31.12.2023) skal det gjennomføres et partssammensatt arbeid for å tilpasse avtalereguleringen til den utvikling partene har ambisjon om.*

*Videre er partene enige om å be staten om en gjennomgang av finansieringsordningen for legevakt som sikrer forutsigbarhet både for leger og kommuner. I den forbindelse er partene enige om at det er nødvendig å vurdere gjennomgående innføring av ordinær lønnskompensasjon for legevaktarbeid.*

*Andre forhold som bør utredes er:*

- - *Utnyttelse av andre legeressurser enn fastlegene i kommunene. Større stillingsbrøker på legevakt og kombinasjonsstillinger*
  - *Prøve ut nye teknologiske løsninger*
  - *Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i akuttmedisinsk kjede"*

## 2. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling av mandatpunktene

Nedenfor presenteres arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger under de enkelte punktene i mandatet.

### Punkt 1: Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdaterte anbefalinger

Arbeidsgruppen står ved sine anbefalte tiltak i del 1. Dette punktet i mandatet ble overlevert departementet 19.1.2023 og er vedlagt denne rapporten.

### Punkt 2: Vurdere løsninger for redusert arbeidstid

*Vurdere løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, og som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt, ved bruk av teknologi, annet helsepersonell, andre eller forsterkede legeressurser og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vises blant annet til erfaringene fra og evalueringen av legevakt-piloten, som vil foreligge i løpet av høsten.*

Å redusere fastlegers arbeidstid i legevakt kan hovedsakelig angripes via to innfallsvinkler, alene eller i kombinasjon:

- Rekruttere flere leger til å dekke vaktbehovet
- Redusere antall timer som skal dekkes av lege på vakt

Å få flere leger inn i ordningen kan oppnås via flere kanaler, blant annet:

- Økt rekruttering av fastleger til fastlegeordningen
- Økt rekruttering av andre leger til legevaktordningen
- Økt deltakelse i legevakt av fastleger

Reduksjon av antall timer som skal dekkes på landsbasis kan i prinsippet angripes på ulikt vis, blant annet:

- Færre og større legevakt-distrikter
- Større grad av samarbeid på natt, for eksempel ved hjelp av video og annen teknologi
- Samarbeid med andre aktører

### Rekruttere flere leger til å dekke vaktbehovet

#### **Økt rekruttering av fastleger til fastlegeordningen**

Det foregår et bredt arbeid for å øke rekrutteringen til fastlegeordningen, blant annet gjennom Handlingsplanen for allmennlegetjenesten, som ledes av Helsedirektoratet. Arbeidsgruppen understreker at økt rekruttering til fastlegeordningen er det viktigste tiltaket for å redusere fastlegers arbeidstid i legevakt, og det er i stor grad en forutsetning for å lykkes med tiltak og annen utvikling av legevakt-tjenesten.

Det pågående arbeidet med fastlegeordningen, i regi av handlingsplanen og andre arbeider i sektoren, beskrives ikke nærmere i denne rapporten, men tiltakene som diskuteres må vurderes i lys av denne overordnede problemstillingen.

I dag følger det av fastlegeforskriften § 13, jf SFS 2305 pkt 3.2 at legene kan pålegges legevakt utover en vanlig full stilling. Det følger av KS og Legeforeningens protokoll fra forhandlingene av SFS 2305 våren 2022 at partene er enige om at "leger i kommunen skal sikres en forsvarlig arbeidstidsordning, og at "det er behov for regulering som sikrer legene et bedre vern enn i dag". For å styrke rekruttering og sikre stabilitet i fastlegeordningen, har arbeidsgruppen helt overordnet diskutert forutsetningene for at det kan etableres rammer for legenes arbeidsbelastning. Dette vil blant annet forutsette endringer i fastlegeforskriften §§ 12 og 13 og i tariffavtalen.

### Økt rekruttering av andre leger til legevaktordningen

#### Vikarpool

For å redusere vaktbelastning og den totale arbeidstiden for fastlegene, ikke minst i små distriktskommuner, har kommunene et stort behov for legevikarer ved permisjoner, ferie, ubesatte stillinger og annet fravær i legekorpsset. Kommunene har utfordringer med rekruttering og stabilisering, og store kostnader i forbindelse med bruken av vikarer, spesielt gjennom vikarbyråene. Det bør vurderes etablering av regionale, ev. nasjonale, offentlige vikarpooler som kan bedre tilgang til leger i sårbare legevakt-distrikter. Vikarpooler i offentlig regi kan komme i tillegg til private vikarbyråer. Offentlige vikarpooler kan bidra til å redusere en uheldig konkurransesituasjon og utgiftspirale for kommunene.

#### Faste vikarer deler av året

Flere kommuner bruker faste vikarer for å redusere vaktbelastning for fastlegene, for eksempel for å dekke opp for sesongvariasjoner. Det er viktig at ikke lov og avtaleverket hindrer løsninger som gir kvalifisert personell og avlastning for fastlegene i en kommune.

#### Egne ansatte legevaktleger på hele eller deler av vakttiden, f.eks. på natt eller helg

Legevakt er allmenntilrettelagt. Deltakelse i legevakt bør fortsatt være en del av fastlegenes oppgaver, men kommuner kan vurdere ordninger med andre kvalifiserte leger i deler av vakttiden. Det bør derfor vurderes om det er mulig å etablere "kombinasjonsstillinger". Det kan være aktuelt å samarbeide med utdanningsinstitusjoner, forskningsmiljøer og helseforetak om allmenntilrettelagte forskning. Flere kommuner kan samarbeide om å opprette deltidsstillinger for ALIS-veiledere.

### Redusere antall timer som skal dekkes av lege på vakt

#### Interkommunal legevakt

En stor andel kommuner samarbeider om legevakt. Dette har vært et av de viktigste tiltakene for å redusere den totale arbeidstiden på legevakt for fastlegene. I kommuner der vaktbelastning for fastlegene er stor, anbefales det gjennomføring av ROS-analyser med hensyn til legevaktssamarbeid, dersom det ikke allerede er gjennomført.

Det har de siste tiårene vært en utvikling i retning av stadig større legevakt-distrikt, med en reduksjon av totalt antall legevakter fra 230 i 2007 til 168 i 2022. Antall én-kommunale legevakter har imidlertid vært stabilt de siste 10 årene, noe som kan tyde på at strukturen kan ha nådd en likevekt innenfor dagens regulering og finansiering. Mange av disse har stabil legedekning. Mange legevakt-distrikt med interkommunale samarbeid har også klart å stabilisere legedekningen, men det har gått på bekostning av lengre utrykningstid for legen i vakt og lengre reisetid for befolkningen.

#### Bruk av ny teknologi

Bruk av video i allmenntilrettelagte tjenester har økt de siste årene, blant annet katalysert av pandemien.

Video, og annen teknologi, kan endre mulighetsrommet for hvordan legevaktene organiseres og hvordan tjenestetilbudet og klinisk praksis utøves i årene fremover.

Ny teknologi vil muliggjøre nye samarbeidsformer. Det er mulig å se for seg at legevakter i noen distrikter erstattes av legevaktsatellitter f.eks. på nattestid, for å redusere vaktbelastningen på fastlegene i kommunen. Dette fordrer velfungerende rammer (tilstedeværende lege og rutiner for videobruk) i en legevaktsentral for samarbeidskommunene. For at bruk av video som hjelpemiddel skal fungere så godt som mulig, vil det være viktig at rammene rundt videokonsultasjoner er så hensiktsmessige som mulig.

Helprivate videolegevakter må forventes å utgjøre et reelt alternativ for befolkningen i løpet av noen år og befolkningens forventning til bruk av video vil endre seg. Arbeidsgruppen vurderer at det er riktig for den offentlige helsetjenesten å utvikle bruk av video i offentlig regi som en del av det offentlige tjenestetilbudet. Skal samarbeid i større distrikter muliggjøres ved bruk av ny teknologi, må tjenesten som leveres være godt kvalitetssikret.

Arbeidsgruppen vurderer at funnene i Pilot legevakt kan være relevante for kommuner som vurderer bruk av video i sitt fremtidige legevakttilbud. For å utvikle denne delen av tjenesten videre er det imidlertid behov for mer innovasjon og forskning. Sentrale helsemyndigheter bør legge til rette for nye initiativer og følgeforskning av videobruk i legevakt.

### Punkt 3: Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden

*Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden.*

Den partssammensatte arbeidsgruppen vurderer dette punktet som viktig, men for omfattende til å behandles på en dekkende måte innenfor rammene av denne rapporten. Den varslede stortingsmeldingen om prehospitaltjenester vil være en naturlig ramme for et slikt arbeid. Arbeidsgruppen ønsker likevel å gjøre noen overordnede vurderinger og peke på momenter som bør inngå i et fremtidig arbeid.

Ansvaret for å håndtere akuttmedisinske tilstander er i akuttmedisinforskriften delt mellom kommunen og helseforetaket, noe som kan illustreres av følgende figur:

Akuttmedisinforskriften kapittel 3 § 10

#### Helseforetaket skal:

- bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet
- delta i enkle søk og redningsoperasjoner



Akuttmedisinforskriften kapittel 2 § 6 og 9

#### Kommunen skal:

- tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet
- vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste
- yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig
- sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner
- sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart

Todelingen av ansvaret utfordrer det uttalte målet i inneværende Nasjonal helse- og sykehusplan, som sier at det skal sikres en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede.<sup>2</sup> For å møte denne problemstillingen er det gjort flere grep i lov og forskrift:

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 slår fast at kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler med målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.<sup>3</sup> Samarbeidsavtalen skal blant annet omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet er i avsluttende fase av arbeidet med en ny veileder for utarbeidelse av samarbeidsavtalene.

Videre sier akuttmedisinforskriften § 4 1.ledd at: "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".

Oppgave- og ansvarsforholdene i den akuttmedisinske kjeden er på noen områder i dag overlappende og til dels uklare. Helsefellesskapene kan være gode arenaer for å drøfte og ta beslutninger om oppgavefordeling og ansvar mellom aktørene. Dette bør også reflekteres i RHF-enes oppdragsbrev.

### **Samtrening**

Akuttmedisinforskriften § 4, 1. og 2. ledd, sier at:

"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."

I 2022 ble det gjennomført en kartlegging av samhandling mellom noen av leddene i den akuttmedisinske kjede. Resultatene er publisert som Nasjonal kvalitetsindikator på helsedirektoratet.no og viser at personell ved legevaktene i varierende grad har deltatt i samtrening med ambulansetjenesten siste år. Potensialet for forbedring på dette er stort og partene vurderer at det er viktig at kommunene og spesialisthelsetjenestene prioriterer samtrening.

Den varslede stortingsmeldingen om prehospitaltjenester bør blant annet adressere følgende punkter:

- Avklaring av oppgave- og ansvarsforhold mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjede og beredskap
- Hvordan helsefellesskapene kan bidra til å fremme samhandling i den akuttmedisinske kjede
- At innovative organisasjonsformer, som fremmer nye og bedre måter å samhandle på tvers av den akuttmedisinske tjeneste, gjøres tilgjengelig for alle aktørene

---

<sup>2</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no

<sup>3</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata

- Presentasjon av et rammeverk for oppgavefordeling som fremmer en hensiktsmessig bruk av alle tilgjengelige ressurser på det akuttmedisinske feltet, inkludert akutthjelpere og befolkningen
- Utredning av nye finansieringsformer, som understøtter ønsket ansvars- og oppgavefordeling i kjeden.

#### Punkt 4: Vurdere tiltak for redusert belastning for lege på vakt

*Styrke det lokale akuttmedisinske teamet, tiltak for å sikre et trygt arbeidsmiljø, forsvarlig arbeidsbelastning på vakt og kompetansebyggende tiltak.*

*Redusere tilstrømmingen til legevakt og behovet for vurdering av lokal legevakslege, herunder digitale løsninger for pasientkontakt og styring av pasientstrøm mellom fastlege og legevakt, eksempelvis:*

- *Triage til fastlege og triage til legevakt, digitale løsninger før kontakt med legevaktsentral og bruk av videokonsultasjon og andre digitale løsninger før oppmøte på legevakt.*

#### **Stabil fastlegeordning**

Arbeidsgruppen viser til at dette punkt henger sammen med punkt 2, redusert arbeidstid i legevakt, fordi det er en sammenheng mellom fastlegenes arbeidsbelastning på kontoret og i legevakt. Rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen svekker ikke bare tilgjengeligheten i fastlegeordningen, men får også konsekvenser for bemanningen på legevakt. Det er også en vekselvirkning ved at stor legevaktbelastning gjør det vanskeligere å rekruttere nye fastleger og opprettholde stabil legedekning over tid.

I relasjon til tiltak som kan redusere belastningen når legen er på vakt, er det derfor også viktig med en styrking av fastlegeordningen. Tilstrekkelig antall fastleger med kapasitet for pasientene sine kan redusere behovet for å oppsøke legevakten. Hvis antallet fastleger stabiliseres og økes vil det derfor kunne ha direkte effekt på belastningen når legen har vakt. God tilgjengelighet og kapasitet hos fastlegen er videre viktig for at legevakten skal kunne ivareta sin akuttfunksjon. For mange pasienter vil en time hos fastlegen gi mulighet for bedre oppfølging og behandling enn på legevakten.

Når en fastlege har fravær som skal dekkes av kollegial fraværdekning, eller hvor det ikke settes inn/er mulig å få vikar, øker vaktbelastningen på gjenværende leger. Legebemanningen må derfor planlegges ut fra den reelle totale vaktbelastningen, slik at en har tilstrekkelig med leger til å dekke behovet både i kontortiden og på legevakt også ved ferieavvikling og permisjoner.

Arbeidsgruppen mener derfor at en stabil fastlegeordning kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen på vakt. Videre mener arbeidsgruppen at det bør vurderes særskilt hvordan oppgaver, som ikke er strengt nødvendige at håndteres av fastlegene, kan fjernes. For eksempel fraværstester for skoleelever.

#### **Ikke være alene på vakt**

For mange leger opplever belastninger ved å være alene på vakt. Dette skaper arbeidsmiljøutfordringer, og det å være alene og redselen for å gjøre feil er antirekrutterende og

påvirker legedekningen i kommunene. Særlig i distrikter og i små tettsteder er det ikke uvanlig at legevaktlegen gjennomfører konsultasjoner og sykebesøk alene, uten annet personell tilgjengelig.

*Ekspertgruppe legevakt* hadde også fokus på problemstillingen i sin omtale av alene på vakt og utrygghet på vakt:

*Utrygghet på vakt er et problem ved mange legevakter, og er pekt på som viktig med hensyn til fremtidig rekruttering til legevakt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Fastleger i distriktet beskriver krevende alenevakter i akutte situasjoner, bl.a. ved å være de første ankomne til alvorlige ulykker og ha lang avstand til sykehus (EY og Vista Analyse, 2019). Majoriteten (65 %) av legevaktene har fortsatt kun én lege på vakt til alle døgnets tider. Ved hver femte av disse legevaktene er det ingen sykepleier på vakt, noe som betyr at legen er alene på vakt uten bistand fra støttepersonell (Morken T, 2019).*

Ekspertgruppe legevakt viser også til at det er høy forekomst av trusler og vold mot helsepersonell i legevaktsammenheng:

*Det er høy forekomst av hendelser som trusler og vold mot ansatte i legevakt. Nær halvparten av landets legevakter rapporterte om minst én volds- eller trusselhendelse mot legevaktspersonellet i løpet av ett år (Morken T, 2019). I en studie utført ved 20 legevakter var fire av fem ansatte blitt utsatt for verbal aggresjon. Nærmere halvparten hadde mottatt trusler, og mer enn én av ti hadde vært utsatt for vold (Joa & Morken, 2012).*

I de mindre og mellomstore legevaktdistriktene er det ikke et alternativ å ha to leger på vakt til enhver tid. Arbeidsgruppen mener at man i småkommuner i stedet kan vurdere å trekke veksler på annet personell, f.eks. helsepersonell fra hjemmesykepleie, sykepleiere, helsefagarbeidere mv. En del steder er det gode etablerte ordninger for dette, blant annet ved organisering av helsetjenestene i kommunen i egne helsehus, hvor sykehjem, KAD, hjemmetjeneste og legekantor er lokalisert i samme bygg. Samlokalisering av helsetjenestene kan gi muligheter for bistand fra annet helsepersonell.

Hvis det ikke er mulig å få til ordninger hvor annet helsepersonell (herunder ambulansetjenesten) er tilgjengelig når legen har vakt, mener arbeidsgruppen at det bør vurderes samarbeid med andre døgnbemannede tjenester som er lokalisert i kommunen, slik at legen ved utrygge situasjoner har andre til stede. Kommunen bør ha retningslinjer for når politi skal varsles og i hvilke situasjoner det er aktuelt å be om bistand fra brannvesenet. Arbeidsgruppen mener at det bør vurderes, som diskusjonstema i helsefellesskapene, hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan sikre trygghet for lege på vakt.

Arbeidsgruppen mener det er viktig at nevnte problemstillinger over beskrives i kommunens planverk, herunder samarbeid med andre døgnbemannede tjenester, og at kommunene bruker ROS-analyser som verktøy. En slik plan bør også inkludere hvordan samtidighetskonflikter kan håndteres.

### **Kompetansebyggende tiltak og økt fokus på lokal samtrenting**

Arbeidsgruppen mener det er ønskelig at legevaktene i størst mulig grad dekkes av allmennleger. Hovedkravet til å jobbe selvstendig på legevakt bør være gjennomført LIS1.

I mange legevaktdistrikter vil det være behov for at også andre leger deltar i vaktordningen. Flere kommuner har gode erfaringer med å bruke egne legevaktleger, som ikke er fastleger, inkludert sykehusleger i legevakt. Leger med engasjement og interesse for legevaktmedisin bør få anledning til å jobbe på legevakt. Forutsetningene for dette er at legene har tilstrekkelig antall vakter og trening og opplæring, slik at de føler seg trygge på legevaktens rutiner og øvrig drift. En hovedregel bør være

at alle leger har fullført opplæringsprogram og hatt regelmessige vakter med veiledning før de kan jobbe selvstendig i vakt.

Dette fordrer at legevakt håndteres av en stabil legegruppe, og at vikarbruk (utover faste vikarer) i størst mulig omfang unngås. Leger uten gjennomført LIS1 eller tilsvarende kompetanse skal ikke jobbe på legevakt uten veiledning og supervisjon av annen lege med vaktkompetanse. Vaktene bør søkes jevnt fordelt mellom deltakerne i vaktordningen.

Arbeidsgruppen mener at lærings- og forbedringsarbeid må være en integrert del av legevaktdriften. Dette krever at det settes av tid og ressurser.

Det er krav til kompetanse hos de som arbeider i legevakt. Kompetanseutvikling innebærer prosedyregjennomgang, øvelse og samhandlingstrening. Legevaktene i store kommuner bør kunne brukes som undervisningsarena for medisinstudenter. Det må defineres tydelige læringsmål og legevaktstasjoner må ha tilstrekkelig arealer og bemanning.

Det er krav til systematisk opplæring av alle nyansatte. Ingen ansatte skal jobbe på legevakt uten å ha gjennomført nødvendig startopplæring. Dette innebærer innføring i lokale rutiner, internkontrollsystem, bruk av helseradio, lokal geografi og samhandlingstrening. Legevaktleger og personell på legevakt er helt avhengig av akuttmedisinsk trening for å levere den nødvendige kvaliteten på tjenesten og for å føle trygghet på arbeidsplassen.

Samhandlingsrutiner både internt i legevakten og med øvrig personell i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utgjør i tillegg et viktig fundament for praktisk og kontinuerlig kompetansebygging. Det vises til Helsedirektoratets Nasjonale veileder for legevakt og legevaktsentral punkt 8 når det gjelder kompetanse og opplæring for ansatte på legevakt. Det vises også til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) sine opplæringsplaner for leger og sykepleier, samt forslag til hvordan samtrenning kan organiseres. Det vises også til Helsedirektoratets veileder: "Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten", spesielt kapittel 4 som bl.a. omhandler opplæring.

### **Tilstrømmingen til legevakt – triage**

Arbeidsgruppen peker på at triage i faglig forstand handler om hastegradsvurderinger og prioritering. Det er faglig krevende å lage sikre algoritmer. Samtidig er systemer som sikrer slike vurderinger, viktige for belastningen på legevakt, men også for henvisning til riktig sted i kjeden. I praksis håndteres dette i stor grad av AMK/LVS. Hvis det haster, må man koble på annet helsepersonell for å vurdere dette. Det kan også være noen gevinster å hente på sortering ved pre-anamnese, veisere til riktig tjeneste, selvregistrering/timebestilling til fastlege, beslutningsstøtte og fokus på god rollefordeling og arbeidsflyt innad på legekantoret og i legevakt.

Fremgang av digitale løsninger er viktig for utvikling av helsetjenesten. E-resept er eksempel på løsning som har medført tidsbesparelser, økt kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen.

Helsedirektoratet gjennomfører et pilotprosjekt *Digital Triagering* på legekantor, som påvirker blant annet kontakt med legekantoret, vurdering av hastegrad og lege-pasientkommunikasjon. Bakgrunnen for vurderingene var deltakelse i validering av spørreskjemaer fra Doctrin som benyttes i piloten. Piloten har vist en del utfordringer med blant annet ressurskrevende løsning og merarbeid for helsesekretærene. Prosjektet har derfor gått over i en ny fase med midler gjennom



medfinansieringsordningen. Arbeidsgruppen mener man bør følge med på hvilke erfaringer man kan hente.

### **Øke befolkningens helsekompetanse**

Arbeidsgruppen mener det kan hentes effekter som reduserer belastningen på legevakt og fastlegekontorene ved å øke befolkningens helsekompetanse, øke fokus på opplæring av befolkningen om når man bør oppsøke lege og legevakt, og redusere pasientenes bruk av legevakt som et utvidet allmennlegetilbud. Arbeidsgruppen viser til det pågående prosjektet *Bærekraft på legekantoret*. Prosjektet setter søkelys på hvordan allmennleger arbeider for å gi best mulig helsehjelp og unngå ressurskrevende medisinsk overaktivitet, som kan føre til utilsiktet skade. Prosjektet arbeider med å utvikle profesjonelt utformet, pasientrettet informasjon om fastlegeordningens prinsipper og faglige begrunnelse og allmennmedisinske arbeidsformer, samt informere på en pedagogisk måte om hvorfor det er viktig for den enkelte pasient å unngå u hensiktsmessige og potensielt skadelige undersøkelser og behandlinger. Hensikten er å styrke pasientenes helsekompetanse for å oppnå riktigere og mer bærekraftig bruk av helsetjenestene.

Høsten 2022 ble 60 legekantor rekruttert til å delta i prosjektet, og fra januar 2023 vurderes det om informasjonsmaterialet skal bli gjort tilgjengelig på legekantorenes hjemmesider, venteromsskjermer, video til bruk i dialog med pasienter under konsultasjoner, m.m.

### **Punkt 5: Vurdere økt grunnbemanning eller ulike turnusordninger**

*Vurdere hvordan en økt grunnbemanning og eller ulike turnusordninger i allmennlegetjenesten, kan brukes til å styrke fagmiljøer, utdanning av allmennleger og annet helsepersonell, samt kvalitetsforbedring og forskning – spesielt i distriktene.*

Arbeidsgruppen vurderer at den sentrale oppgaven i første omgang er å sikre flere fastleger i fastlegeordningen, og at det ikke er hensiktsmessig å bruke mye plass på å beskrive mulige konsekvenser av dette i denne rapporten. Arbeidsgruppen løfter imidlertid frem noen få overordnede punkter:

Det bør vurderes om det er mulig å etablere "kombinasjonsstillinger". Det kan være aktuelt å samarbeide med utdanningsinstitusjoner, forskningsmiljøer og helseforetak om slike kombinerte stillinger. Flere kommuner kan samarbeide om å opprette deltidsstillinger for ALIS-veiledere. Det kan også vurderes samarbeid mellom store, sentrale byer og distrikt – vurdere om det er mulig å samarbeide med distriktene om kombistilling legevakt by/bygd. Fastlegene kan, ved økt grunnbemanning, også i større grad trekkes inn i kvalitetsarbeid og kompetanseheving i kommunen. Dette vil kunne skape en positiv spiral, som ytterligere fremmer rekruttering til allmennlegetjenesten.

Arbeidsgruppen anbefaler at følgende kan vurderes og legges til rette for:

- Opprette kombinasjonsstillinger, eksempelvis samarbeid om en veilederpool
- Regionale vikarpooler med leger som kan ta vakter i distriktkommunene
- Tettere og mer forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenesten mht. den akuttmedisinske kjeden (vurdere bemanning legevakt, mottak, ambulanse sammen – må understøttes av annen finansieringsmodell enn dagens)

- Styrket allmennmedisinsk forskning, inkl. finansiering. Blant annet ved å etablere stillinger som kan kombinere legevaktarbeid med forsknings-, veilednings-, undervisning og andre oppgaver
- Samarbeid mellom store, sentrale kommuner og mindre kommuner i distrikt.

**Punkt 6: Vurdere hvordan sentrale/regionale tiltak kan understøtte punktene over**  
*Vurdere om og eventuelt anbefale hvordan sentrale eller regionale tiltak kan understøtte ovenstående punkter.*

Sentrale og regionale aktører har i hovedsak følgende virkemidler til disposisjon for å endre og utvikle tjenesten:

- Finansielle virkemidler, se punkt 7
- Lover, forskrifter og rundskriv
- Veiledere og andre normerende produkter

#### Lover, forskrifter og rundskriv

Partene viser til omtalen av §§ 12 og 13 i Fastlegeforskriften, som er omtalt under avsnittet "overordnede rammer for arbeidet". Det ble også anbefalt endringer i akuttmedisinforskriften i rapport 1 fra våren 2022, i tillegg til å godkjenne dansk KBU på linje med norsk LIS1-tjeneste. Utover dette er kommunenes handlingsrom i forhold til organisering av legevakt relativt stor innenfor dagens regelverk.

Bruk av forskrift er et kraftig virkemiddel for styring av tjenesten og vil ofte kunne gå utover det lokale handlingsrommet. Arbeidsgruppen mener derfor at utvikling av tjenesten hovedsakelig bør gjøres på en måte som gir kommunene og regionene muligheter til å finne lokale løsninger, så lenge tjenesten holder seg innenfor rammene til forsvarlighet, ledelse og kvalitetsforbedring og andre krav som ligger i lovverket i dag.

#### **Spesialistutdanning i deltidsstillinger under 50 %**

Utgangspunktet etter spesialistforskriften § 8 er at spesialistutdanning som allmennlege skal gjennomføres på heltid. Det er åpnet for at dette kan gjennomføres på deltid dersom legen kan gjennomføre læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene, men det er presisert at minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin i åpen uselektert allmennpraksis, jf. § 2 fjerde ledd første punktum, må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid.

Arbeidsgruppen mener det bør sees på endringer i spesialistreglene som sikrer at leger i nye turnusordninger ("Nordsjø-turnus"), kan få godkjent spesialistutdanningen i stillinger med mindre enn 50 % av heltid. I små kommuner har det blitt etablert en rekke ordninger hvor legene typisk arbeider 2 uker i strekk for deretter å ha 4 uker fri. Arbeidsgruppen anbefaler at man endrer kravet til arbeidstid, slik at det kan bli mulig å få godkjent faste turnusordninger hvor legene arbeider mindre enn 50 % stilling, men inngår i en stabil ordning i uselektert allmennpraksis over en viss periode. Dette kan bidra til rekruttering og stabil legedekning i distriktkommuner/kommuner med

høy vaktbelastning. Arbeidsgruppen viser til at utdanningstiden for deltidsstillinger skal forkortes tilsvarende, jf spesialistforskriften § 31, annet ledd.

Veiledere og andre normerende produkter

### Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral

Helsedirektoratet publiserte 28.02.2020 Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentraler, som var utarbeidet med utgangspunkt i NKLMs forslag til veileder for legevakter. Dette tidspunktet sammenfalt med den initiale fasen av pandemien, og veilederen ble derfor ikke presentert og gjort kjent for tjenesten på samme måte som den ville blitt i en normal situasjon. Arbeidsgruppen vurderer at den foreliggende veilederen er et relevant produkt som i større grad bør gjøres kjent for tjenesten.

Samtidig har utviklingen gjennom pandemien vært stor, og det vil være nødvendig å oppdatere og revidere veilederen på flere områder. I arbeidsgruppens rapport 1 fra våren 2022 ble det anbefalt å utarbeide en veileder som kan hjelpe kommunene å identifisere lokale utfordringer, hvilke modeller som er aktuelle og hvordan disse kan tilpasses for å møte det lokale utfordringsbildet.

Arbeidsgruppen gjentar denne oppfordringen, men vurderer at dette arbeidet bør gjennomføres innenfor rammene av den eksisterende veilederen.

**Punkt 7: Vurdere hvordan finansieringsordninger kan understøtte tiltakene over**  
*Vurdere hvordan finansieringsordningen for legevakt kan understøtte ovenstående punkter og anbefale innretninger som blant annet beskriver:*

- *hvordan det kan tilrettelegges for flerfaglighet og arbeidsdeling med annet personell*
- *hvordan det kan tilrettelegges for at legevaktarbeid lar seg kombinere med fastlegepraksis i hele landet og innenfor en håndterbar arbeidsbelastning.*

### Oversikt over totale legevaktkostnader

Legevaktene finansieres via en kombinasjon av Helfo-refusjoner og pasienters egenbetaling, i tillegg til kommunale midler. Det foreligger ikke gode data om kommunenes utgifter til legevakt nasjonalt, men de beregningene som finnes viser store variasjoner mellom kommunene, relatert til kommunestørrelse og organisasjonsmodell.

*Kommuner som ikke har samarbeid, har høyere kostnader. Små kommuner med egen legevakt og som ikke har mulighet til å inngå i interkommunalt samarbeid har kostnader som er flere ganger høyere enn større kommuner og kommuner med andre driftsformer (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).*

Arbeidsgruppen viser videre til SSB-kartleggingen i 2023<sup>4</sup> og til rapporten fra ekspertgruppe legevakt<sup>5</sup>.

SSB reiser i kapittel 6 spørsmål om det er mulig å anslå kommunenes kostnader til legevakt. Fra rapporten fremkommer følgende:

---

<sup>4</sup> [Legevakt-tjenesten i norske kommuner i 2021 \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/legevakt-tjenesten-i-norske-kommuner-i-2021)

<sup>5</sup> [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/kartlegging-av-situasjonen-i-dagens-legevaktordning)

*Det finnes per i dag ingen samlet oversikt om kostnader til drift av legevakt i Norge, men ifølge Helsedirektoratet utgjorde i 2020 totale utgifter for refusjoner og pasientbehandling i legevakt 1 069 mill. kroner (Helsedirektoratet, 2021). Kommunene er ikke pålagt å skille ut inntekter og utgifter til legevaktdrift i kommuneregnskapet, men leder av legevakten må utarbeide et budsjett.*

Arbeidsgruppen ser behov for ytterligere data om totalkostnader for drift av legevaktstjenesten. Det bør vurderes om det er mulig å legge til rette for KOSTRA-rapportering om samlede driftskostnader til legevakt.

Godtgjøring av legevaktarbeid er tariffregulert i SFS 2305. Den vanligste avlønningen av legevaktleger i dag er imidlertid at legene beholder Helfo-refusjonene, pasientenes egenbetaling og et beredskapstillegg fra kommunene. Godager et al kommenterte dette slik:

*Avlønning med beredskapstillegg og takster gir varierende inntekt og uforutsigbarhet for legen. Avlønningsformen kan bidra til at hensyn til inntekt påvirker legens beslutninger for prioritering og behandling (Godager et al., 2015).*

### **Distriktpakke**

Arbeidsgruppen viser til dokumentasjonen som viser at små kommuner med egen legevakt har langt høyere kostnader per innbygger til legevakt enn andre kommuner. Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt del 1 anbefalte en statlig finansiert distriktpakke til de minste kommunene med få fastleger og stor vaktbelastning. Arbeidsgruppen støtter en videreføring av distriktpakkestrategien, blant annet med de innspill som følger nedenfor.

### **Tilskuddsordning til mindre kommuner**

Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt del 1 anbefalte at tilskuddsordningen på legevakt i 2022 bør forlenges og økes for å sikre kontinuitet i tiltakene for å redusere arbeidsbelastningen og være stabiliserende for bemanningen både i de minste kommunene og større kommuner med tilsvarende utfordringer. Ordningen var initialt på 50 millioner, men ble ved en ekstrabevilgning økt til 62 millioner.

Arbeidsgruppen mener at man bør forlenge gjeldende tilskuddsordning for små legevaktdistrikt. Samtidig viser arbeidsgruppen til at tilskuddsordningen skal evalueres, og at det er behov for resultatene fra denne evalueringen for å kunne vurdere kriteriene for, og størrelsen på en slik tilskuddsordning samlet sett og om tilskuddsordningen bør utvides til å gjelde også kommuner i f.eks. sentralitetsklasse 5.

### **Ordinær lønnskompensasjon for legevakt**

Tariffavtalen (SFS 2305) har beredskapsgodtgjøring for legevaktarbeid på kveld, natt og helg.

Tariffavtalen åpner for at det kan avtales alternativ godtgjøring for leger i ordninger med tilstedeplikt hvor lønn fastsettes etter Hovedtariffavtalen kap. 5.

I felles protokolltilførsel er Legeforeningen og KS enige om: "*...å be staten om en gjennomgang av finansieringsordningen for legevakt som sikrer forutsigbarhet både for leger og kommuner. I den forbindelse er partene enige om at det er nødvendig å vurdere gjennomgående innføring av ordinær lønnskompensasjon for legevaktarbeid.*"

Arbeidsgruppen mener at en slik utredning kan være et riktig tiltak av flere årsaker. Det kan reises spørsmål ved om takstsystemet er godt egnet for legevakt, og hvor hensiktsmessig det er med en aktivitetsbasert avlønning i tjeneste med høy grad av beredskap. Arbeidsgruppen er enige om at mer forutsigbar honorering av legevakt vil kunne ha positive effekter. Et særlig moment er om det er hensiktsmessig at LIS1-leger, som for seks måneders tjeneste, må etablere seg som næringsdrivende for kunne motta honorar.

Arbeidsgruppens forslag til tiltak:

- Arbeidsgruppen tilrår at finansieringsordningene gjennomgås, blant annet endringer i systemet for godtgjøring av legevaktarbeid

### Punkt 8: Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

*Økonomiske og administrative konsekvenser av alle forslag må beskrives.*

Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene som blir fremlagt i denne rapporten, er vanskelig å vurdere og vil avhenge av utforming og omfanget på forslagene. For å kunne beregne kostnadskonsekvenser av de aktuelle forslagene vil det være behov for et større detaljeringsnivå og et bedre kvalitetssikret tallgrunnlag. Samtidig finnes det per dags dato lite data om kommunenes kostnader til drift av legevakt, og de beregningene som finnes, viser store variasjoner når det gjelder kostnader mellom kommunene.

De fleste av anbefalingene i denne rapporten er beskrevet overordnet. Tiltak som må forventes å medføre kostnader er blant annet:

- Ved økt rekruttering til nye stillinger må det beregnes merkostnader til fastlegetjenesten og legevakt
- Endringer i systemet for godtgjøring av legevaktarbeid.
- Opprettelse av offentlige vikarpooler
- Statlig initiativer og følgeforskning av videobruk
- Styrket allmennt medisinsk forskning

Alle tiltakene som er foreslått bør vurdere økonomiske og administrative konsekvenser som ledd i en nærmere utredning før eventuell implementering.

## Vedlegg 1: Samling av eksempler på modeller

Rapport del 1 eksempelsamling:

*"Den partssammensatte arbeidsgruppen anbefaler derfor at Helsedirektoratet, KS og Legeforeningen får i oppdrag å utarbeide en veileder som kan hjelpe kommunene med å identifisere lokale utfordringer, hvilke modeller som er aktuelle og hvordan disse kan tilpasses for å møte det lokale utfordringsbildet. Forslagene kan innarbeides i dagens veileder for legevakt, som er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider."*

Eksempler på ulike driftsmodeller, kap 4.2 i del 1:

*"Lyngen kommune*

*2800 innbyggere vel 90 minutters kjøring fra Tromsø by og lange avstander i kommunen. Kommunen hadde utfordringer med rekruttering fastleger på grunn av hyppige legevakter, med gjennomsnittlig arbeidstid minst 60 timer i uka hele året gjennom, og lite fleksibilitet i hverdagen i forhold til sykehus og fastleger i byer. Kommunen ønsket å ha legevakten i egen kommune for å unngå lange avstander og utrygghet for befolkningen og innført ny struktur for legevakt, og utformet en Nordsjøturnus for vaktleger. Den omfatter tre leger som deler en fastlege liste, 40% kommunalt tilsyn sykehjem innen ordinær arbeidstid. To uker på, fire uker av, som utgjør i gjennomsnitt 56 timer i uka gjennom året. Nordsjøturnus legene (NT-legene) har en egen jobbturnus i sin 2-ukers periode og dekker hverandre ved ferie og fravær.*

*Ordningen avlaster fastlegene på en god måte og gir en stabil legevaksordning med faste vaktleger som kjenner pasientene. Den sikrer kontinuitet og kompetanse i distriktet og er en populær ordning, både blant fastleger og NT- leger. Dekker kortvarig sykdom hos hverandre eller fastlege. Økonomisk gunstig ordning for kommunen.*

*Kommunen peker på noen utfordringer og forutsetninger. Sårbarhet ved sykdom hos Nordsjøturnuslegene (to uker/mange vakter må dekkes inn). Den krever godt samarbeid mellom fastleger og NT- legene om felles praksis. Noe begrenset mulighet for oppfølging av pasienter (alt er akutt) for NT- legene og fastlegene er i mindre grad involvert i akutte tilstander og trening i akutte hendelser. Ikke godkjent for spesialitet i allmenntilleggsmedisin. Ordningen passer primært for mindre kommuner (mindre enn 4-5.000 innbyggere)".*

*"Stor-Elvdal kommune*

*Stor-Elvdal kommune har 2 400 innbyggere med egen legevakt. Av geografiske årsaker kan de ikke inngå interkommunalt legevaksamarbeid. De har i mange år hatt store utfordringer med bemanning og har måttet benytte kostbar vikarstafett med lite kontinuitet i legetjenesten. De har valgt å bemanne opp fastlegetjenesten og legevakt fra tre leger og en LIS 1-lege til seks leger og en LIS1- lege, hvorav en kommunelege. Stor-Elvdal organiserer allmennlegetjenesten med arbeidsplan for alle legene i 100% stilling inkludert legevakt, som ubundet og bundet arbeidstid. Arbeidsplanen gir forutsigbarhet og kontinuitet, har gitt en akseptabel vaktbelastning og alle stillingene er nå besatt av erfarne spesialister i allmenntilleggsmedisin".*

Stor-Elvdal etablerte denne organisasjonsformen 01.02.2022, og første evaluering av ordningen forelå i desember 2022/2023. Det store grepet i denne modellen var å øke antall leger fra 3 fastleger pluss en LIS1-lege til 6 fastleger pluss LIS1-lege, og dele opp ukene i bundet og ubundet tid, i tillegg til legevaktarbeid.

Den første evalueringen av ordningen forelå i desember 2022. Tilbakemeldingen fra leger, innbyggere og samarbeidspartnere er god. Gjennomsnittlig listelengde er lav, ved at 6 fastleger deler på om lag 2100 pasienter, men på tross av dette estimerer kommunen at netto kostnad fra kommunen har sunket fra 8,35 millioner før omleggingen til 6,7 millioner; en besparelse på 1,65 millioner kroner. Endringen innebærer imidlertid at behovet for antall fastleger i kommunen er stort.

Evalueringen fra Stor-Elvdal er foreløpig og resultatene er usikre. En slik modell må følges over tid for å kunne vurdere bærekraften. Den illustrerer likevel hvordan økt bemanning og redusert arbeidstid i legevakt kan bidra til en mer stabil situasjon i allmennlegetjenesten, og hvordan det kan bidra til å redusere behovet for kostbare vikarer.

#### *"Luster kommune*

*Luster kommune har tusen innbyggere, og er geografisk for perifer for vakt samarbeid med andre kommuner. Legebemanningen er to faste leger, samt turnuslege. Det er gode arbeidsforhold og ikke spesielt stort press på dagtid. Hovedutfordringen for stabil legedekning er tredelt vakt. Det skjer lite på vaktene, men det er krevende å være bundet opp så mye. Kommunen leier inn en vikar fra et vikarbyrå ti dager hver måned, fredag til neste mandag. Vikaren må dokumentere kunnskap i akuttmedisin. Vikaren har alle vaktene, men deltar ikke i praksis på hverdagene. Vikaren kan eventuelt komme på morgenmøte hvis det har skjedd viktige ting på vakta. Vikaren har fast lønn, for å hindre at han tar imot pasienter som hører hjemme hos de faste legene på dagtid".*

#### *"Pilot legevakt*

*Overordnet målsetting å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene gjennom bedre tilgjengelig tilbud til legevakt pasienter i små og mellomstore kommuner, styrke akuttberedskapen, utnytte samlede vaktressurser bedre, stryke rekruttering av fastleger i kommen og ta i bruk digitale løsninger for å understøtte diagnostikk og behandling. En ny organisering i to legevaktdistrikter i grisgrendte områder prøves ut. Det er etablert legevaktsatellitter i 5 kommuner i Ytre Sogn og Sunnfjord med sentral Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt i Førde. Legevaktdistriktet omfatter 13 101 innbyggere. I Romsdalsregionen er det 4 satellittkommuner med legevaktsentral i Molde Interkommunale legevakt. Innbyggere i satellittkommunene Romsdalsregionen utgjør 20 000. Satellittene er lokalisert på sykehjem og bemannet med sykepleiere. Pasientflyten i piloten skjer ved triagering av henvendelser til legevaktsentralen".*

#### *"Rørosmodellen*

*På Røros har det blitt gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som ble avsluttet våren 2022 med erfaringskonferanse i april. I dette prosjektet deles en ambulanseresurs mellom helseforetaket og kommunen, hvor ambulansepersonellet yter kommunale helsetjenester når de ikke er opptatt med*

*ambulanseoppdrag. Disse kommunale tjenestene kan være sykebesøk, planlagte samtaler, blodprøvetaking mm. Tilbakemeldingene er at modellen oppleves nyttig for både fastleger og legevaktsleger. Ambulanseberedskapen har ifølge evalueringen ikke blitt dårligere. Modellen bidrar videre til et utstrakt samarbeid mellom legevakt og ambulansetjenesten, som er nyttig også i det øvrige arbeidet. Tjenesten finansieres av Helseforetaket, men medfører lite ekstraavgifter da hoved endringen er bedre utnyttelse av ambulansespersonnellets passive tid.*

*Det er stor interesse for elementene i denne modellen fra andre deler av landet. Helsedirektoratet anbefalte i april 2022 opprettelsen av et stimuleringsstøttekudd til helsefelleskapene for utbredelse av Rørosmodellen".*

Bakvaktkrav i akuttmedisinforskriftens §7, 5:

a) Bestemmelsen om kompetansekrav til lege reguleres i forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) § 7. I forbindelse med covid19-pandemien er det innført midlertidige endringer i kompetansekravene, slik at kommunene kan gi unntak for leger som har oppnådd læringsmålene tilsvarende spesialistutdanningens først del (LIS1). Unntaket gjelder fram til 1. juli 2022, jf. akuttmedisinforskriften §7 tredje ledd. Arbeidsgruppen mener primært at unntaket gjøres permanent.

#### **Intervallordninger/turnusordninger/komprimert turnus**

Flere kommuner har innført forskjellige former for turnusordninger. Legene ansettes i hel- eller deltidsstillinger. Arbeidstidsordningen varierer. Det varierer også om legene bare deltar i legevakt eller om de i tillegg er fastleger. Det kan f.eks. være ordninger der legene veksler mellom arbeidsuker og friuker. Det kan også ordninger der det inngås avtaler om bundet og ubundet arbeidstid.



## Vedlegg 2: Mandatpunkt 1

Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdaterte anbefalinger. Besvarelse av dette punktet i mandatet ble overlevert departementet 19.1.2023 og er vedlagt denne rapporten.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Maren Skaset  
Teatergata 9  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 22/56929-1  
Saksbehandler: Janne Kristin Kjøllesdal  
Dato: 09.01.2023

## Delbesvarelse oppdrag partssammensatt arbeidsgruppe legevakt, del 2

### 1. Bakgrunn og mandat

Den partssammensatte arbeidsgruppen ble opprettet i februar 2022 for å vurdere utfordringer og tiltak innenfor legevakt området. Samarbeidet mellom KS, Oslo kommune, Legeforeningen og staten videreføres og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lede og ha sekretariatet for del to i arbeidet.

Vi viser til mandat fra den partssammensatte arbeidsgruppen innen legevaktområdet som er gjengitt under. Dette notatet svarer ut punktene 1 og 3 i mandatet, se under. I tillegg presenteres en status på erfaringene med tilskuddsordningen for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner.

De andre punktene i mandatet vil blir levert innen fristen 1. februar 2023.

Mandat for partssammensatt arbeidsgruppe innen legevaktområdet – del 2:

- 1. Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdatere anbefalinger.*
- 2. Vurdere løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, og som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt, ved bruk av teknologi, annet helsepersonell, andre eller forsterkede legeressurser og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vises blant annet til erfaringene fra og evalueringen av legevaktpiloten, som vil foreligge i løpet av høsten.*
- 3. Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden.*
- 4. Vurdere tiltak for å redusere belastningen når legen er på vakt:*
  - a) Styrke det lokale akuttmedisinske teamet, tiltak for å sikre et trygt arbeidsmiljø, forsvarlig arbeidsbelastning på vakt og kompetansebyggende tiltak.*
  - b) Redusere tilstrømmingen til legevakt og behovet for vurdering av lokal legevaktslege, herunder digitale løsninger for pasientkontakt og styring av pasientstrøm mellom fastlege og legevakt, eksempelvis:*
  - c) Triage til fastlege og triage til legevakt, digitale løsninger før kontakt med legevaktsentral og bruk av videokonsultasjon og andre digitale løsninger før oppmøte på legevakt.*

#### Helsedirektoratet

Avdeling akuttmedisin og beredskap

Janne Kristin Kjøllesdal

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

5. *Vurdere hvordan en økt grunnbemanning og eller ulike turnusordninger i allmennlegetjenesten, kan brukes til å styrke fagmiljøer, utdanning av allmennleger og annet helsepersonell, samt kvalitetsforbedring og forskning – spesielt i distriktene.*
6. *Vurdere om og eventuelt anbefale hvordan sentrale eller regionale tiltak kan understøtte ovenstående punkter.*
7. *Vurdere hvordan finansieringsordningen for legevakt kan understøtte ovenstående punkter og anbefale innretninger som blant annet beskriver:*
- a) hvordan det kan tilrettelegges for flerfaglighet og arbeidsdeling med annet personell*
  - b) hvordan det kan tilrettelegges for at legevaktarbeid lar seg kombinere med fastlegepraksis i hele landet og innenfor en håndterbar arbeidsbelastning.*
- Økonomiske og administrative konsekvenser av alle forslag må beskrives."*

## **2. Vurdere gyldigheten av anbefalte tiltak fra den partssammensatte arbeidsgruppen som ble levert våren 2022 og eventuelt oppdatere anbefalinger.**

Arbeidsgruppen har vurdert anbefalingene som ble gitt i del 1 og vil ikke oppdatere noen av anbefalingene. Samtidig berører mandatet i del 2 flere av problemstillingene som ble drøftet i første del, og anbefalingene fra del 1 vil kunne bli utdypet i sluttrapporten for dette oppdraget.

## **3. Vurdere oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjeden.**

Den partssammensatte arbeidsgruppen har vurdert dette punktet i mandatet og kommet til at oppgaven er for omfattende innenfor rammen for denne arbeidsgruppen, og at den ikke kan gjøre en helhetlig vurdering av oppgave- og ansvarsfordeling i den akuttmedisinske kjede uten deltakelse fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig mener gruppen at den kan peke på hvilken overordnet retning en slik vurdering bør ha. Denne problemstillingen bør bli en del av utredningsarbeidet i forbindelse med den planlagte stortingsmeldingen om prehospitaltjenester.

## **4. Status tilskuddordning for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner**

Regjeringen vedtok i 2022 et tilskudd på 50 millioner kroner for å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer. Alle kommuner i sentralitetsklasse 6 (SSB) med befolkningstall under 5000 var kvalifisert for å søke om tilskuddet.

I forkant av utlysningen utarbeidet Helsedirektoratet sammen med NKLM, NSDM og Norsk Legevaktforum en sammenfatning av tips og idéer til hvordan tilskuddsmidlene kunne brukes. I tillegg gjennomførte Helsedirektoratet et webinar med aktuelle kommuner hvor de kunne komme med spørsmål knyttet til ordningen.

Det var stor interesse og ingen utfordringer med å få tilstrekkelig antall søkere. Helsedirektoratet mottok 76 søknader om tilskudd til en totalsum på kr 117 562 671. Prioriteringen av søknadene ble gjort etter kriteriene i tilskudsreglementet. Én- og tokommune-legevakter ble prioritert over kommuner i større interkommunale samarbeid. Videre ble kommuner med lavere sentralitetsgrad prioritert og til slutt ble søknad og budsjett vurdert. I tilskudsreglementet ble det forespeilet tildelinger i størrelsesorden kr 750 000 – 1,5 millioner til den enkelte søker, avhengig av totalt omsøkt beløp. Flere av søknadene lå over dette. Etter en totalvurdering satt Helsedirektoratet en øvre grense på tildeling på inntil 1,5 millioner kroner, så lenge formålet med tilskuddet var oppnådd. Det vil si at kommuner som

hadde søkt om beløp som oversteg dette fikk avkortet utbetalingen til 1,5 millioner kroner. De som hadde søkt om beløp under 1,5 millioner og tilfredstilte tildelingskriteriene fikk tildeling tilsvarende søknadsbeløpet. Totalt 40 kommuner fikk innvilget søknad. I tillegg ble tilskuddet utvidet med 12 millioner kroner i desember som vil gi tilskudd til 11 flere kommuner.

Størsteparten av kommunene som søkte om tilskudd ønsket hovedsakelig å bruke tilskuddsmidlene til:

**Rekruttering.** Dette innebar både rekruttering av leger og sykepleiere til legevakt for å kunne fordele den totale arbeidsbelastningen (og annet hjelpepersonell som kan gjøre ikke lege-relaterte oppgaver og assistere legene). Flere kommuner ønsket å prøve ut ulike turnusmodeller og vaktordninger for å bedre vaktbelastningen i legevakt. Det ble også søkt om midler til å finansiere bakvakt for ALIS-leger og nyansatte leger i legevakt.

**Kompetansetiltak.** Det ble søkt om tilskuddsmidler for å kunne kurse og trene personell på legevakt for å øke kompetansen hos de ansatte. Dette gjaldt både faglige kurs samt opplæring og kursing i bruk av utstyr. Noen kommuner spesifiserte ønske om kursing i akuttmedisin og andre relevante kurs og samtrening sammen med den lokale ambulansetjenesten.

**Utstyr/legevaktbil.** Flere kommuner ønsket å oppgradere utstyret i legevaktslokalene. Noen kommuner påpekte gammelt og utdatert utstyr (blant annet ultralydapparat) som de ønsket å fornye. Et av argumentene for å oppdatere utstyrsparken var at dette også har en innvirkning på rekrutteringen. Nytt og moderne utstyr gjør arbeidsplassen mer lukrativ å søke seg til for leger og annet personell. Noen kommuner ønsket å bruke midlene på legevaktbil (både anskaffelse, drift og utstyr til bilen). Investering i nye digitale verktøy ble også nevnt av noen kommuner.

Vennlig hilsen

Steinar Olsen e.f.  
avdelingsdirektør

Janne Kristin Kjøllesdal  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*