



Besvarelse av oppdrag i tildelingsbrev, TB2022-22

## Vurdere endringer i regulering og finansiering av legevakttenesten for å skape bærekraftige løsninger

---

Desember 2022

## Oppsummering og anbefalinger

Helsedirektoratet har i dette oppdraget vurdert endringer i regulering og finansiering av legevakttjenesten for å skape bærekraftige løsninger på bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag, i lys av andre større utredningsarbeid på allmennlegefeltet og i en samlet akuttmedisinsk kjede. De foreslåtte tiltakene er basert på Helsedirektoratets forståelse av utfordringsbildet og er ment å understøtte en utvikling der legevakttjenesten fortsetter å være en allmennmedisinsk disiplin, som i økende grad er tett integrert med både resten den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den akuttmedisinske kjeden.

De konkrete tiltakene som diskuteres hensyntar alle fastlegenes arbeidsbelastning og reflekterer at rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og den høye vaktbelastningen på mange fastleger er den mest akutte utfordringen også for legevakttjenesten. I gjennomgangen av utfordringsbildet løftes flere problemstillinger som ikke har sitt motsvar i forslag om spesifikke tiltak i denne besvarelsen. Eksempler på dette er legevaktsentralenes rolle og den delte ansvarsfordelingen i den akuttmedisinske kjeden. Disse problemstillingene med flere kan løftes når feltet skal gjennomgå i sin helhet i den varslede stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Når det gjelder endringer i finansieringsordninger for legevakt, er ulike løsninger for dette diskutert i besvarelsen, men eventuelle anbefalinger må bygge på bredere utredninger enn det som foreligger her. Finansieringen bør sees opp mot finansiering av hele den akuttmedisinske kjede, i tillegg til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den kommende stortingsmeldingen kan være en riktig arena for dette.

## Anbefalinger

- Helsedirektoratet anbefaler at legevaktarbeid på sikt bør vurderes på linje med andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegene
- For spesialister i allmennmedisin som har hovedstilling i legevakt bør denne stillingen kunne telle som erstatning for dagens krav om ett år i åpen, uselektert praksis, for at legene kan beholde retten til å kreve spesialisttast
- Kompetansekravene i akuttmedisinforskriften bør endres, slik at leger med fullført LIS1-tjeneste kan ha selvstendig legevakt, så lenge nødvendig opplæring er gitt og obligatoriske kurs er gjennomført. Helsedirektoratet understreker viktigheten av lokal samtrening i den akuttmedisinske kjede
- Økt oppmerksomhet på at leger alltid skal ha annet personell tilgjengelig ved legevaktarbeid; enten ved forskriftsfesting eller gjennom andre tiltak
- Finansieringsordningene står sentralt i ordningen, men endelig anbefaling av eventuelle endringer vil kreve en bredere og mer helhetlig utredning enn det som ligger i denne besvarelsen. En hovedutfordring er å finne riktig balanse mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap
- Dagens rekrutteringstilskudd bør videreføres. Erfaringer fra fullførte utviklingsprosjekter i den akuttmedisinske kjeden bør tilgjengeliggjøres for sektoren og det bør vurderes å bevilge stimuleringsmidler for å fremme samhandling i den akuttmedisinske kjeden

|                                                                                                                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Innledning .....</b>                                                                                                                                                                    | <b>6</b>  |
| 1.1 Om oppdraget og besvarelsen .....                                                                                                                                                         | 6         |
| <b>2. Regulering og finansiering av legevakttjenesten i dag.....</b>                                                                                                                          | <b>7</b>  |
| 2.1 Kommunens ansvar for legevaktordning .....                                                                                                                                                | 7         |
| 2.2 Kompetansekrav i legevakt .....                                                                                                                                                           | 7         |
| 2.2.1 Kompetansekrav for leger i vakt – akuttmedisinforskriften § 7 første ledd .....                                                                                                         | 7         |
| 2.2.2 Krav til trening – akuttmedisinforskriften §4 andre ledd.....                                                                                                                           | 8         |
| 2.2.3 Bakvaktordningen – akuttmedisinforskriften § 7 andre ledd .....                                                                                                                         | 9         |
| 2.2.4 Unntak fra kompetansekrav – akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd .....                                                                                                               | 9         |
| 2.3 Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten .....                                                                                                                 | 9         |
| 2.4 Legevaktsentral .....                                                                                                                                                                     | 10        |
| 2.5 Fastlegers plikt til å delta i legevakt og andre allmennlegeoppgaver i kommunen.....                                                                                                      | 11        |
| 2.6 Gjeldende ordning for etterutdanning.....                                                                                                                                                 | 12        |
| 2.7 Veiledere og annet .....                                                                                                                                                                  | 13        |
| 2.8 Finansiering .....                                                                                                                                                                        | 13        |
| 2.8.1 Folketrygdfinansiering.....                                                                                                                                                             | 13        |
| 2.8.2 Kommunal finansiering av legevakttjenestene .....                                                                                                                                       | 14        |
| 2.8.3 Kommunale avlønningsmodeller.....                                                                                                                                                       | 15        |
| <b>3 Målsettinger og utfordringsbilde .....</b>                                                                                                                                               | <b>16</b> |
| 3.1 Hovedutfordringer.....                                                                                                                                                                    | 18        |
| 3.2 Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen og høy legevaktbelastning for fastlegene .....                                                                                              | 18        |
| 3.2.1 Arbeidsbelastning.....                                                                                                                                                                  | 20        |
| 3.2.2 Sikkerhet for leger alene på vakt.....                                                                                                                                                  | 21        |
| 3.3 Å finne en organisering som ivaretar balansen mellom bærekraftig legevaktdrift og tilgjengelighet for befolkningen .....                                                                  | 21        |
| 3.4 Legevakten må levere forsvarlige, effektive og likeverdige tjenester av god faglig kvalitet .....                                                                                         | 23        |
| 3.4.1 Legevakt er allmennmedisin.....                                                                                                                                                         | 23        |
| 3.4.2 Kompetanse.....                                                                                                                                                                         | 24        |
| 3.5 Samhandling med den kommunale og akuttmedisinske kjeden må videreutvikles .....                                                                                                           | 25        |
| 3.5.1 Den kommunale kjeden .....                                                                                                                                                              | 26        |
| 3.5.2 Den akuttmedisinske kjeden .....                                                                                                                                                        | 27        |
| 3.5.3 Samtrening .....                                                                                                                                                                        | 28        |
| 3.6 Å finne finansieringsordninger som ivaretar balansen mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap, og som stimulerer til samhandling mellom forvaltningsnivåer..... | 29        |
| 3.6.1 Legevakt som beredskapstjeneste .....                                                                                                                                                   | 29        |
| 3.6.2 Finansieringssystemene bør understøtte samhandling i den akuttmedisinske kjede.....                                                                                                     | 29        |

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.7 Å ta i bruk ny teknologi i tjenesten på en hensiktsmessig måte .....                                                           | 30        |
| 3.8 Tjenesten må styres etter oppdatert og dekkende styringsinformasjon .....                                                      | 30        |
| 3.9 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                             | 31        |
| <b>4 Forslag til tiltak .....</b>                                                                                                  | <b>32</b> |
| 4.1 Endringer i fastlegeforskriften – Legevakt som allmennmedisinsk arbeid .....                                                   | 32        |
| 4.1.1 Innspill fra eksterne aktører .....                                                                                          | 33        |
| 4.1.2 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                           | 34        |
| 4.2 Endring i vilkårene for å kunne ta tilleggskost - Unntak fra krav om ett års åpen uselektet praksis for leger i legevakt ..... | 35        |
| 4.2.1 Innspill fra eksterne aktører .....                                                                                          | 36        |
| 4.2.2 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                           | 36        |
| 4.3 Kompetansekrav for leger .....                                                                                                 | 36        |
| 4.3.1 Bakgrunn .....                                                                                                               | 36        |
| 4.3.2 Innspill fra eksterne aktører .....                                                                                          | 37        |
| 4.3.3 Effekter på rekruttering og stabilitet .....                                                                                 | 38        |
| 4.3.4 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                           | 39        |
| 4.4 Å være alene på vakt .....                                                                                                     | 40        |
| 4.4.1 Bakgrunn: .....                                                                                                              | 40        |
| 4.4.2 Innspill fra eksterne aktører .....                                                                                          | 41        |
| 4.4.3 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                           | 41        |
| 4.4.4 Samlet vurdering av kompetansekrav og tilgang på annet personell .....                                                       | 43        |
| <b>5 Finansiering av legevaktstjenesten .....</b>                                                                                  | <b>44</b> |
| 5.1 Rammefinansiering uten bruk av takster .....                                                                                   | 44        |
| 5.2 Fastlønn for legevaktleger .....                                                                                               | 45        |
| 5.2.1 Økning av beredskapstillegg .....                                                                                            | 46        |
| 5.2.2 Finansieringssystemet i akuttmedisinske tjenesten .....                                                                      | 47        |
| 5.2.3 Diskusjon .....                                                                                                              | 47        |
| 5.3 Beregninger og analyser av kostnader .....                                                                                     | 48        |
| 5.3.1 Fastlønn på legevakt .....                                                                                                   | 48        |
| 5.3.2 Forventet kostnad ved en økning av beredskapstilleggene .....                                                                | 48        |
| 5.3.3 Kostnader forbundet med ekstra personell på vakt .....                                                                       | 49        |
| 5.3.4 Helsedirektoratets totalvurdering .....                                                                                      | 51        |
| <b>6. Understøttelse av kommunene .....</b>                                                                                        | <b>53</b> |
| 6.1 Rekrutteringstilskudd .....                                                                                                    | 53        |
| 6.2 Helsedirektoratets vurdering .....                                                                                             | 54        |
| 6.3 Spredning av nye måter å organisere legevakt og den akuttmedisinske kjede .....                                                | 54        |

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| 6.3.1 Bakgrunn .....                                    | 54        |
| 6.3.2 Stimuleringsmidler .....                          | 55        |
| 6.3.3 Lansering .....                                   | 55        |
| <b>7 Økonomiske og administrative vurderinger .....</b> | <b>56</b> |
| <b>8 Oppsummering og anbefalinger.....</b>              | <b>57</b> |
| 8.1 Anbefalinger .....                                  | 57        |
| <b>9. Vedlegg.....</b>                                  | <b>58</b> |

# 1. Innledning

## 1.1 Om oppdraget og besvarelsen

I tildelingsbrevet for 2022 er Helsedirektoratet gitt følgende oppdrag:

*"Helsedirektoratet skal utrede kortsiktige og langsiktige, bærekraftige løsninger på utfordringene i legevakt som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og i legevakt. Av kortsiktige løsninger inngår blant annet å foreslå tilskuddsregelverk for legevakttilskudd til rekrutteringssvake kommuner, sammenstille veiledning for kommuner om hvordan tilskuddet kan brukes basert på ulike modeller som i dag benyttes i kommuner og gjennomførte piloter, vurdere pilotering av andre legevaktmodeller eller utvidelse av eksisterende. På lenger sikt skal Helsedirektoratet vurdere endringer i regulering og finansiering for å skape bærekraftige løsninger på bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag og i lys av andre større utredningsarbeid på allmennlegefeltet og i samlet akuttmedisinsk kjede. Som del av arbeidet skal Helsedirektoratet utrede maksimal reisetid til legevakt for å sikre et godt tilbud til alle."*

Helsedirektoratet har i egne besvarelser foreslått og forvaltet tilskuddsregelverk for legevakttilskudd til rekrutteringssvake kommuner og sammenstilt veiledning for kommuner om hvordan tilskuddet kan brukes. Det er i tillegg et pågående arbeid med sluttevaluering av blant annet pilot legevaktprosjektet og diskusjon om hvordan det arbeidet kan tas videre.

Denne besvarelsen svarer ut den delen av tildelingsbrevet hvor Helsedirektoratet bes *vurdere endringer i regulering og finansiering for å skape bærekraftige løsninger på bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag og i lys av andre større utredningsarbeid på allmennlegefeltet og i samlet akuttmedisinsk kjede.*

Etter diskusjon med Helse- og omsorgsdepartementet i møte 22.09.22 inkluderer arbeidet ikke noen utredning av maksimal reisetid til legevakt. En slik utredning vil blant annet være avhengig av et parallelt arbeid om forskriftsfesting av responstider i ambulansetjenesten, som leveres i desember 2022. Det vurderes hensiktsmessig at en slik utredning utsettes til den varslede stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus..

Arbeidet er gjennomført av Helsedirektoratet i tett samarbeid med eksterne aktører. Legeforeningen, Kommunenes Sentralforbund (KS) Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Norsk Legevaktforum har gitt skriftlige innspill til oppdraget. Det er også gjennomført et heldagsmøte med de samme aktørene. Oppdraget er videre diskutert med brukerutvalget til førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv".

## 2. Regulering og finansiering av legevakttjenesten i dag

### 2.1 Kommunens ansvar for legevaktordning

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, og for å oppfylle dette ansvaret, skal kommunene blant annet tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2 br. 3 bokstav a.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) presiserer kommunens ansvar for kommunal legevaktordning i § 6:

*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. Legevaktordningen skal blant annet*

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp*
- b. 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 og*
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.*

Kommunal legevaktordning består av legevaktsentral, ett fast/nasjonalt legevaktnummer og lege(r) i vaktberedskap.<sup>1</sup>

De regionale helseforetakene har ansvar for ambulansetjenesten og for medisinsk nødmeldetjeneste, herunder AMK-sentraler og sykehus med akuttfunksjoner. Sammen med kommunens ansvar for legevaktordningen, herunder legevaktsentraler og fast/nasjonalt legevaktnummer, utgjør disse tjenestene den akuttmedisinske kjede. Det følger av akuttmedisinforskriften § 4 at kommunen og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjede, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med øvrige nødetater, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede skal inngå i samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11.

### 2.2 Kompetansekrav i legevakt

#### 2.2.1 Kompetansekrav for leger i vakt – akuttmedisinforskriften § 7 første ledd

Akuttmedisinforskriften § 7 stiller kompetansekrav til leger som skal ha legevakt i den kommunale legevaktordningen.

- a. Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering. For leger med allmennlegeutdanning fra andre EØS-land eller Sveits gjelder vilkårene i bokstav e.*
- b. Legen har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand.med. eller norsk autorisasjon). Legen må i tillegg, eller som del av tjenesten, ha gjennomført 40*

<sup>1</sup> Rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (med merknader til enkelte bestemmelser)

*legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*

- c. Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger. Veiledet tjeneste kan f.eks. gjennomføres i stilling i den kommunale allmennlegetjenesten, eller i stilling i helseforetak der legen er under spesialisering. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledelede tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*
- d. Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger. Dette gjelder lege som per 31. desember 2005 hadde en fastlegehjemmel eller stilling ved kommunal legevakt og opprettholdt sin rett til trygderefusjon da kravet om tre års veiledet tjeneste ble innført 1. januar 2006. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledelede tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*
- e. Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin etter § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må i tillegg, eller som del av den veiledelede tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*

Kompetansekravene til lege som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, består av krav til grunnkompetanse (spesialist i allmennmedisin eller godkjenning som allmennlege), inkludert relevant praksis og kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering. Rundskrivet til akuttmedisinforskriften (ikke oppdatert per i dag) presiserer at legevaktmedisin primært er allmennmedisin, og bør i hovedsak utøves av kvalifisert allmennlege/fastlege, samtidig som legevakt er en beredskapstjeneste, og krever spesifikk kompetanse utover generell grunnkompetanse.<sup>2</sup>

### 2.2.2 Krav til trening – akuttmedisinforskriften §4 andre ledd

I tillegg til andre kompetansekrav stiller § 4 i forskriften krav til virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester om at de 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.

Dette kravet til kompetansebygging på tvers av tjenestenivåene følges fra sommeren 2022 opp som en nasjonal kvalitetsindikator og skiller seg fra de andre kravene ved at det er vist positive effekter via vitenskapelige undersøkelser<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Rundskriv til akuttmedisinforskriften, s. 15

<sup>3</sup> Brandstorp H. Training interactions in local teams: using critical participatory action research to explore context based learning. PhD avhandling. 2017. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet

### 2.2.3 Bakvaktordningen – akuttmedisinforskriften § 7 andre ledd

Det følger av akuttmedisinforskriften § 7 andre ledd at kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene. Kompetansekravene gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Den enkelte kommune eller den enkelte legevaktordning må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne være tilgjengelig for til stede-veiledning av leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i bestemmelsens første ledd.

Bakvaktordningen har sin bakgrunn i forsvarlighetshensyn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Legevaktsdistriktene har gjennom et par tiår blitt gradvis større, flere oppgaver utføres i kommunene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og kompleksiteten av de medisinske problemstillingene øker også i legevaksarbeidet. Legevakt er videre en beredskapstjeneste og preges tidvis av situasjoner med akutte problemstillinger, hvor raske avgjørelser er nødvendig. I mange situasjoner vil legen ofte måtte treffe beslutninger alene. I situasjoner der leger i vakt ikke har tilstrekkelig kompetanse har det derfor av forsvarlighetshensyn vært vurdert nødvendig med en bakvakt, som kan konsulteres. Ofte konsulterer imidlertid legevaktlege relevant spesialist på sykehus for råd og veiledning. Utover det strenge hensynet til forsvarlighet vil en erfaren bakvaktlege kunne bidra med god støtte til en mindre erfaren lege når det gjelder pasientvurdering, og dermed også kunne bidra til å forhindre unødvendige innleggelser i sykehus.

### 2.2.4 Unntak fra kompetansekrav – akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd

Det følger av akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd at

*"Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer kan kommunen gi unntak for ovennevnte kompetansekrav for leger som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del eller tilsvarende spesialistutdanningens første del. Slikt unntak kan gis frem til og med 31. desember 2023. Statsforvalteren skal orienteres om unntak som gis etter denne bestemmelsen "*

Unntaket medfører at kommunen kan gi et midlertidig unntak fra kompetansekravene slik at leger som har fullført LIS1 kan ha legevakt alene, uten bakvakt, såfremt dette er i tråd med forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må orientere statsforvalteren dersom de gir slike unntak.

## 2.3 Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger)<sup>4</sup> gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgaver om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. forskriften § 2. Det følger av forskriften § 3 at kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven

- a. har spesialistgodkjenning i allmennmedisin,
- b. er under spesialisering i allmennmedisin eller
- c. har godkjenning som allmennlege etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

<sup>4</sup> [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

eller som spesialist i allmennmedisin eller allmennpraktiserende lege etter § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

Det er gitt unntak fra kompetansekravene i forskriften § 4, som i første ledd presiserer at kravet om spesialisering i allmennmedisin i § 3 første ledd ikke gjelder for leger som

- a. tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet. Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen kan leger som ikke har oppnådd alle læringsmålene i del 1 tilsettes i eller få forlenget vikariatet av mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med 31. desember 2023.
- b. deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid eller
- c. har en godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen

Kravene i forskriften gjelder i tillegg til kompetansekravene som følger av akuttmedisinforskriften § 7. Kravene som stilles i akuttmedisinforskriften § 7 til lege i vakt, uten bakvakt, er i utgangspunktet strengere enn det kompetansekravet som følger av forskrift om kompetansekrav for leger.

Unntakene fra kompetansekravene i forskrift om kompetansekrav for leger § 4 medfører at leger som ikke omfattes av kompetansekravene i forskriften, fortsatt kan ta vakter i legevakt, men de må da ha bakvakt dersom de ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften § 7 første ledd.

## 2.4 Legevaktsentral

Det følger av akuttmedisinforskriften § 12 at kommunen blant annet plikter å etablere et døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til et nasjonalt legevaktnummer og etablere og drifte døgnbemannet legevaktsentral. Kommunen kan drifte legevaktsentral (LVS) alene eller inngå samarbeid med andre kommuner.

Nærmere krav til organisering og bemanning av legevaktsentralene følger av akuttmedisinforskriften § 13:

*Legevaktsentralene (LV-sentralene) skal*

- a. *motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer*
- b. *kunne kommunisere direkte og videreformidle eller konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentral, eller øyeblikkelig hjelp til annen legevaktsentral*
- c. *gi medisinskfaglige råd og veiledning, 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*
- d. *innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter*
- e. *ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, herunder lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av virksomheten og*
- f. *bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.*

## 2.5 Fastlegers plikt til å delta i legevakt og andre allmennlegeoppgaver i kommunen

Det følger av fastlegeforskriften § 13 første ledd at fastlegen plikter å delta i

- a. kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.
- b. kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

I merknadene til bokstav a følger det at fastlegen har en plikt, men ikke en rett, til å delta i interkommunal legevakt, jf. bokstav a. Det vil være opp til kommunen å vurdere om fastlegen skal delta.

Det følger av merknadene til bokstav b at plikten til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid også innebærer å være tilgjengelig i nødnett. I tillegg skal fastlegen ivareta utrykningsplikten dersom kommunen ikke har organisert legevakt i arbeidstiden på annen måte. Fastlegen som pålegges å delta i øyeblikkelig hjelp tjeneste i åpningstiden, må derfor innrette praksisen slik at øyeblikkelig hjelp trengende kan mottas og vurderes. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med § 22 om fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere i åpningstiden.

Det følger videre av § 13 andre ledd at deltakelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre, jf. forskriftens § 12.

Det følger av § 13 tredje ledd at kommunen kan frita fastlegen fra å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. I denne vurderingen tas det særlig hensyn til lege over 55 år. I merknadene til bestemmelsen presiseres det at fastlegen kan anmode kommunen om å bli fritatt, at kommunen da må foreta en skjønnsmessig vurdering, og at kommunens beslutning er å anse som et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 bokstav b. Kommunen kan dessuten frita fastleger fra å delta ut fra en konkret vurdering av behov, jf. merknaden til første ledd bokstav a. Dersom slike fritak har vært grunnlaget for rekrutteringen av fastlege og inngåelse av avtalen, må den opprettholdes med mindre partene blir enige om noe annet.

Av fjerde ledd følger det at fastlegene i noen tilfeller har rett til fritak fra deltakelse i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor åpningstid, jf. første ledd bokstav a. Det gjelder når legen a) er over 60 år, b) er gravid i de siste tre månedene av svangerskapet eller når graviditeten er til hinder for deltakelse, eller c) ammer barn som er under ett år. Det presiseres i merknadene at det er opp til fastlegen å fremsette et krav om fritak, og at bestemmelsen således ikke er til hinder for at en fastlege som oppfyller vilkårene i fjerde ledd bokstav a-c deltar i legevaksordning når det er noe både fastlegen og kommunen ønsker.

Det følger av fastlegeforskriften § 12 at en fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene.

Fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.

Vilkår for fastlegenes deltakelse i legevakt og andre allmennlegeoppgaver i kommunen er fastsatt i Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og

turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen SFS 2305 ("Særavtalen"). I protokolltilførsel nr. 6 til avtalen, står det:

*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 legevaktstjeneste 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 finansierungsordningen 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.*

## 2.6 Gjeldende ordning for etterutdanning

For spesialister i allmennmedisin er det fastsatt et etterutdanningsprogram. Det er et krav om gjennomført etterutdanningsprogram hvert femte år for å kunne utløse tilleggskrav etter forskrift 25. juni 2021 nr. 2226 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Innholdet i etterutdanningsprogrammet er fastsatt med hjemmel i spesialistgodkjennings-forskriften, dvs. tidligere ordning for spesialistutdanning. Dette innebærer at hjemmelen for å regulere etterutdanningen faller bort fra 2027, jf. høringsnotat om forskrift om gebyr ved behandling av søknad om autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og godkjenning av 19. september 2022.

Ved endringer i helsepersonelloven § 51 fra juni 2022 nr 37, så er det tatt inn at en tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning, jf. Prop 63 L (2021-2022). Helsedirektoratet har så langt ikke fått i oppdrag å utarbeide høring/notat for ny forskrift for etterutdanning.

I dagens [etterutdanningsregelverk](#) fremkommer det at et av kravene er at spesialisten fremlegger dokumentasjon på minst 1 års allmennmedisinsk tjeneste i åpen uselektert kurativ praksis gjennomsnittlig i 5-årsperioden. Her er det presisert at heltidsstilling teller ned til 1 måned og at tjeneste under halv tid ned til minimum 1/5 stilling teller bare kurativ allmennmedisinsk praksis.

Videre vil andre allmennmedisinske arbeidsområder i kombinasjon ved allmennmedisinsk tjeneste dersom disse er i kombinasjon med kurativ allmennmedisin ned til halvtidsstilling.

Det fremkommer følgende unntak fra dette kravet: Tjeneste ved enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold og sykehjem teller med inntil 6 måneder av tjenesten kan utgjøres av fulltidsstilling ved enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold eller i sykehjem. Ved stilling ned til 50 % forlenges tjenestetiden tilsvarende. De resterende 6 måneder må være i kurativ virksomhet i åpen uselektert praksis enten i fulltidsstilling eller deltidsstilling ned til 50 % med tilsvarende forlenget tjenestetid. Videre kan inntil 2 måneder utgjøres av legevaktarbeid.

Det er etablert praksis at Helsedirektoratet godkjenner at ett års tjeneste ved daglegevakt erstatter det ene året med åpen uselektert praksis for etterutdanning. Det trenges altså ikke noe regelverksendring for å få godkjent ett års tjeneste ved daglegevakt for å oppfylle tjenestekravet i etterutdanningen.

## 2.7 Veiledere og annet

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, som redegjør nærmere for krav og anbefalinger knyttet til organisering og drift av tjenestene<sup>5</sup>.

## 2.8 Finansiering

Legevakt finansieres av kommunene, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-5, stykkprisfinansiering fra folketrygden gjennom takster og egenandeler fra pasientene.

### 2.8.1 Folketrygdfinansiering

Folketrygdloven stiller visse krav for finansiering av kommunal legevakt, som skal sikre innbyggernes rett til å få hel eller delvis dekning av utgifter til helsetjenester. For å få rett til refusjon fra folketrygden for undersøkelse og behandling på legevakten, er det en forutsetning at legen deltar i en kommunalt organisert legevakt. Dette fremkommer av forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 1 nr. 3.

Den vanligste formen for legevaktorganisering er at fastleger med fastlegeavtale med kommunen og kommunalt ansatte fastleger, inkludert disses vikarer, fordeler vaktberedskap fra kontortidens slutt og til neste morgen, samt i helgene og høytidene. Beredskapen fordeles eventuelt mellom fastlegene i flere kommuner dersom flere kommuner samarbeider i et felles vaktdistrikt, spesielt vil dette gjelde på nattlegevakt (mellom klokken 23 og 08). I mange legevaktdistrikt, primært i de større kommunene, velger noen kommunene å tilsette egne leger på legevakten.

Fastlege som jobber på legevakt, får som hovedregel utbetalt en beredskapslønn fra kommunen i tillegg til at legen beholder egenandeler og refusjonen. I de tilfeller hvor legen er fastlønnet utbetales refusjonen til kommunen/legevakten.

Når det gjelder takstbruk er hovedtakstene konsultasjonstakstene:

- 2ad Konsultasjon hos allmennlege/daglegevakt
- 2ak Konsultasjon hos allmennlege kveldstid/basistakst på legevakt kveld/helg

---

<sup>5</sup> [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](#)

- 2ae E-konsultasjon daglegevakt
- 2aek E-konsultasjon kveldstid/legevakt kveld og helg
- 2cd Tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min per påbegynt 15 min. dagtid
- 2ck Tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min per påbegynt 15 min. kveld og helg
- 2fk Konsultasjon og tillegg for utrykning til kontor ved øyeblikkelig hjelp under legevakt når skyssmiddel er benyttet, for første pasient.
- 11ad Sykebesøk ved allmennlege på dagtid
- 11ak Sykebesøk ved allmennlege på kveldstid/legevakt
- 11cd Tidstakster for medgått tid utover 30 minutter dagtid
- 11ck tidstakster for medgått tid utover 30 minutter kveld/legevakt

I tillegg vil spesialister i allmennmedisin kunne kreve egne tilleggstakster. For øvrig kan det avkreves prosedyretakster og andre takster når vilkårene er oppfylt. Det er egne takster for legevaksarbeid i kommuner med lite pasientgrunnlag (15a og 15b).

### 2.8.2 Kommunal finansiering av legevakttenestene

Så lenge kravene i lov og forskrift oppfylles, står kommunen fritt til å velge hvordan legevakttilbudet skal organiseres og finansieres. Dette medfører at hvordan kommunene organiserer legevakttenesten varierer, det samme med hvilke avlønningsmodeller kommunene benytter seg av.

Av 168 legevakter i Norge dekker 85 én kommune og 83 er interkommunale legevakter, som dekker mellom to til tolv kommuner.<sup>6</sup> Ved interkommunale legevaktordninger finnes det flere alternativer for fordeling av kostnader. Dette er noe som må avklares før sammenslåing og kan blant annet fordeles basert på innbyggertall, uttak av tjenester, kostnadsnivåene i kommunene før samarbeidet osv.<sup>7</sup>

Det finnes i dag ingen dekkende oversikt over kommunenes samlede kostnader til drift av legevakttenesten. Tall hentet fra KUHR-databasen viser utgifter for refusjoner og pasientbehandling i legevakt utgjorde i 2020 1 091 millioner kroner og i 2021 1 443 millioner kroner.<sup>8</sup>

Variasjoner i gjennomsnittlig kostnad per innbygger til legevakt ble belyst av Oslo Economics i en spørreundersøkelse til kommunene, basert på kostnader knyttet til legevakt i 2017. Basert på utvalget er gjennomsnittlig kostnad per innbygger 631 kroner hvor kostnadene per innbygger viser store variasjoner mellom kommunene fra 75 til 2 937 kroner per innbygger. Undersøkelsen viser at store kommuner og kommuner som deltar i et interkommunalt samarbeid har lavere kostnader enn mindre kommuner som organiserer legevakttenester på egenhånd. Årsakene til dette kan være flere. Stordriftsfordeler, med tanke på de enkelte kommunenes utgifter til lokaler, utstyr og annet helsepersonell på legevakten, vil ha betydning for gjennomsnittlige utgifter<sup>9</sup>. Endel mindre kommuner vil også ha innført fastlønn og andre tiltak som medfører økte utgifter for å rekruttere flere leger til legevaktordningen.

<sup>6</sup> [Legevaktorganisering i Norge \(Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022\)](#)

<sup>7</sup> [Organisering av legevakt - Helsedirektoratet](#)

<sup>8</sup> [Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>9</sup> <https://www.ks.no/contentassets/1070c6a64f4b4066a3a55da1e501ffb/ferdig-rapport-fou-prosjekt-184007.pdf>

### 2.8.3 Kommunale avlønningsmodeller

Kommunene står selv fritt til å velge hvilken type avlønningsmodell de velger. De mest aktuelle ordningene i legevakt er ordninger med statlige aktivitetsbaserte takster, beredskapstillegg, fastlønn eller en kombinasjon av disse.

Kombinasjonen av avlønningsordningene varierer mellom kommunene, i noen kommuner er fastlegene næringsdrivende leger på dagtid og har fastlønn på legevakt. I andre kommuner er fastlegene fastlønnet før eller etter et visst klokkeslett under legevakten, eller er selvstendige næringsdrivende hele legevakten.

For kommuner som har legevaksleger på fastlønn varierer det om legene beholder egenandeler og refusjoner selv eller om dette går til kommunen. Om fastlønn brukes i hele eller deler av døgnet varierer mellom sted og størrelse på befolkningsgrunnlaget. Ved landets legevakter bruker om lag halvparten fastlønn i deler av døgnet.<sup>10</sup>

For kommuner med lite befolkningsgrunnlag og lav aktivitet i legevakt er avlønning med fastlønn et alternativ for å gi legene en forutsigbar inntekt på legevakt. Den økte utgiften dette innebærer for kommunene må dekkes over ordinære budsjetter. En kombinasjon av fastlønn og aktivitetsbasert avlønning finnes som oftest i kommuner som av rekrutteringshensyn lar fastlønnede leger beholder refusjonene selv. Ved aktivitetsbaserte taksert vil legevakslegens avlønning utløses ved utført aktivitet i form av kontakter og konsultasjoner. For store legevakter med fast ansatte leger er fastlønn det som stort sett blir brukt ved stor del av disse.<sup>22</sup>

En annen ordning som brukes er en kombinasjon av beredskapsgodtgjøring og takster. Beredskapsgodtgjøring er delt i fire klasser ifølge særavtale (SFS2305) mellom KS og Den norske legeforening.<sup>11</sup> Beredskapstillegget er en aktivitetsuavhengig kompensasjon for å ha legevakt. Tillegget blir sett på som en forsikring mot store svingninger i inntekt over tid. Ved de legevaktene med lavest forventet aktivitet per time er aktivitetstillegget høyest.

---

<sup>10</sup> [NOU 2015: 17 \(regjeringen.no\)](#)

<sup>11</sup> [SFS 2305 \("Særavtalen"\) \(legeforeningen.no\)](#)

### 3 Målsettinger og utfordringsbilde

Legevakt utgjør førstelinjen i håndteringen av øyeblikkelig hjelp i kommunene og helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter kommunenes ansvar for å organisere et legevakttilbud. Som kapittel 2 viser er tjenesten i tillegg regulert gjennom andre lover og forskrifter.

Når endringer i regulering og finansiering med hensikt å bidra til en mer bærekraftig tjeneste skal vurderes er det avgjørende å fastsette hva som er utfordringene og hva man ønsker å oppnå. I det følgende presenterer Helsedirektoratet et forslag til målbilde og beskriver dagens utfordringsbilde i sektoren. Eksterne aktører har gitt muntlige og skriftlige innspill i denne prosessen.

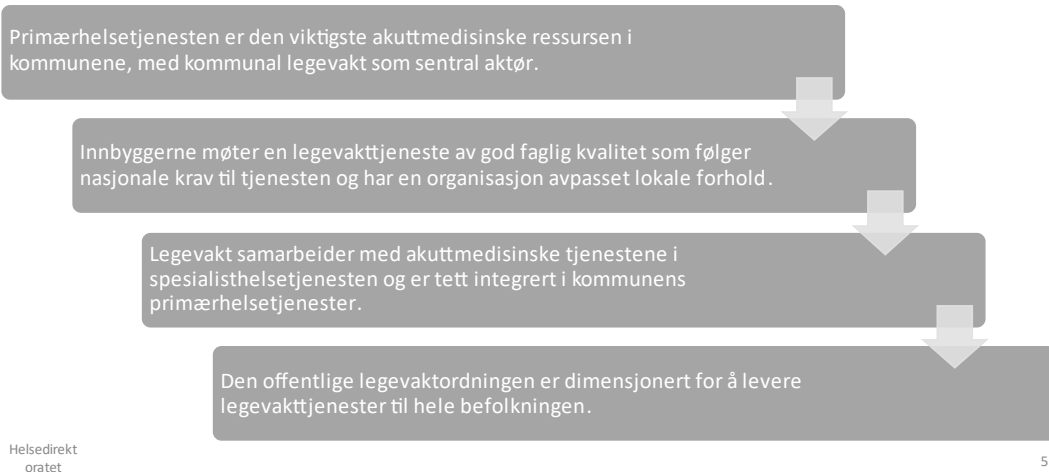
Legevaktstjenesten henger tett sammen med fastlegeordningen og utfordringene i de to tjenestene påvirker hverandre. Samtidig er legevaktstjenesten en selvstendig del av primærhelsetjenesten, med særegne utfordringer og samarbeidsflater.

Hvilke utviklingsmuligheter som finnes for tjenesten i årene fremover vil være avhengig av mange faktorer; blant annet tilgang på helsepersonell, demografiske endringer, teknologisk utvikling og overordnede helsepolitiske målsettinger for tjenesten. Det er viktig at forslag til tiltak som fremmes har tatt innover seg de gjeldende rammevilkårene.

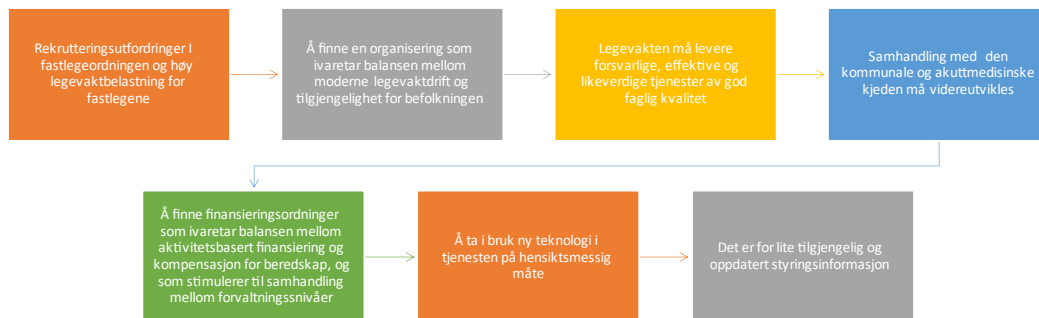
Samtidig er rammevilkår for legevaktstjenesten allerede i dag ulike på tvers av landet, på bakgrunn av lokale forskjeller. Å levere likeverdige helsetjenester i hele landet innebærer derfor at det gjøres lokale tilpasninger innenfor nasjonale rammer for tjenesten. Balansen mellom nasjonale rammer i lov og forskrift og lokal/regional fleksibilitet i innretningen av tjenestene er en sentral prinsipiell problemstilling i reguleringen og finansieringen av legevaktstjenesten.

Den akuttmedisinske kjeden, der legevakt inngår, er en viktig beredskapstjeneste og det er derfor viktig at utviklingen av hele kjeden sees som en helhet. Dette vil gjelde både organisering og finansiering. Utfordringsbildet som presenteres i kapittel 3 omtaler disse avhengighetene, men har legevakt som utgangspunkt og dekker dermed ikke den akuttmedisinske kjeden i hele sin bredde. Den varslede stortingsmeldingen om prehospitale tjenester vil kunne danne en ramme der utviklingen av de ulike tjenestene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sees i sammenheng.

## Målbilde – Hva vil vi oppnå?



## Hva er de viktigste utfordringene?



Akuttmedisinforskriften<sup>12</sup> beskriver kommunenes ansvar for å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Det er videre en fastsettelse av kompetansekrav for leger i vakt, annet helsepersonell på legevakt og legevaktsentraler og krav til samtrening og samhandling med resten av den akuttmedisinske kjeden.

<sup>12</sup> [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

Legevakttjenesten dekker flere funksjoner og er en del av to overordnede strukturer:

- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bl.a. en sentral del av fastlegeordningen
- Den akuttmedisinske kjede (legevakt, legevaktsentral, ambulansetjenesten, AMK-sentral, akuttmottak)

Legevakt, inkludert legevaktsentral, utgjør kommunens akuttmedisinske beredskap utenfor kontortid og er samtidig den allmennmedisinske armen i den akuttmedisinske kjeden. Sammenliknet med de fleste andre land har primærhelsetjenesten i Norge en stor plass i håndteringen av akutt sykdom og skade. Den brede allmennmedisinske innfallsvinkelen blandet med lokal kjennskap i kommunene, bidrar til en helhetlig faglig tilnærming og rasjonell ressursbruk i helsetjenesten, også ved håndtering av akutte hendelser. Helsedirektoratet understreker derfor at en velfungerende legevakttjeneste er en selvstendig målsetting, som har betydning utover effektene på rekruttering til fastlegeordningen.

### 3.1 Hovedutfordringer

Hovedutfordringene i legevakttjenesten kan sammenfattes av følgende overskrifter:

- Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen og høy legevaktbelastning for fastlegene
- Å finne en organisering som ivaretar balansen mellom moderne legevaktdrift og tilgjengelighet for befolkningen
- Legevakten må levere forsvarlige, effektive og likeverdige tjenester av god faglig kvalitet
- Samhandling med den kommunale og akuttmedisinske kjeden må videreutvikles
- Å finne finansieringsordninger som ivaretar balansen mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap, og som stimulerer til samhandling mellom forvaltningsnivåer
- Å ta i bruk ny teknologi i tjenesten på en hensiktsmessig måte
- Det er for lite tilgjengelig og oppdatert styringsinformasjon

### 3.2 Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen og høy legevaktbelastning for fastlegene

Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen er bredt dokumentert og omfatter store og små kommuner i hele landet. Allerede i 2015 viste KS at det var rekrutteringsutfordringer til fastlege- og kommunelegestillinger i alle typer kommuner. Ekspertgruppen på legevakt, ledet av Tor Iversen, analyserte og beskrev situasjonen i legevakttjenesten i sin sluttrapport fra 2021:

*"Rekrutteringsutfordringer for små og usentrale kommuner har vært kjent over tid, men nå rapporterer et økende antall større og mer sentrale kommuner tilsvarende problem (EY og Vista Analyse, 2019). Det er større stabilitet i fastlegetjenesten i større byer enn i små distriktskommuner (Helsedirektoratet, 2021c), men stadig flere kommuner har utfordringer med å rekruttere nye og beholde etablerte fastleger. En kartlegging blant 385 kommuner viser forverring i rekrutteringssituasjonen blant 33 % av kommunene fra 2017 til 2019. Mer enn hver tiende kommune har store problemer med å rekruttere fastleger (Wærnes, 2021). Tilsvarende viser KS sin arbeidsgivermonitor at seks av ti kommuner har utfordringer med å rekruttere leger. Rekrutteringsutfordringene forekommer i alle typer kommuner (KS, 2019)"<sup>13</sup>*

<sup>13</sup> [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Stadig flere kommuner har problemer med å oppfylle plikten til å tilby alle innbyggere en fastlege. Utfordringene med å få besatt ledige fastlegelister har spredt seg til alle typer kommuner. Selv større bykommuner i sentrale områder melder om store problemer med å få kvalifiserte søkere til utlyste legestillinger. Antall ledige listeplasser hos fastlege er fortsatt svært lavt, og mange kommuner har ingen ledige plasser å tilby sine innbyggere. Dette gjelder en betydelig andel av de store og mellomstore kommunene. Antall og andel lister uten fast lege øker, og fører til at stadig flere listeinnbyggere står uten fast lege. Antall innbyggere på liste uten fast lege var økt til 213 755 pr 1. oktober 2022. Dette tilsvarer 3,9 prosent av listeinnbyggerne. En svekket kommunal allmennlegetjeneste kan gå utover de mest sårbare pasientene, gi økt sosial ulikhet i helse, svekket kontinuitet og forverring av sykdom. Dårlig kapasitet i fastlegeordningen gir økt press på legevakten fordi det er for få leger å fordele oppgavene på og flere kan oppsøke legevakten fordi de ikke har fått nødvendig hjelp på fastlegekontoret.

Fastlegene utgjør bærebjelken i legevaktene i Norge og rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen er den mest akutte utfordringen for legevakttjenesten. Ekspertgruppen påpeker videre hvordan situasjonen direkte påvirker bemannings situasjonen på legevakt:

*"Rekrutteringsutfordringer av fastleger har direkte påvirkning på bemanning av legevakt og vaktbelastning for legene som er i vaktordningen (Helsedirektoratet, 2021c). Det gir seg utslag i vanskeligheter med å rekruttere leger til vakante vakter og som spill-over av pasienter fra fastlegekontorene (Tromsø kommune, 2020)."*

Ekspertgrupperapporten viser videre at situasjonen er ulik på tvers av kommuner av ulik størrelse, ved at fastleger i de minste kommunene hadde hyppigere vakt, jobbet flere kvelder, helger og på natt. Det er også en større andel av leger over 60 år som jobber legevakt i de minste distriktene.

Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen henger tett sammen med den totale arbeidsbelastningen for fastlegene. Ekspertgruppe legevakt beskriver situasjonen slik:

*"Fastlegene rapporterer om økt arbeidsbelastning og flere arbeidstimer, og et økende antall kommuner har utfordringer med å rekruttere nye og beholde etablerte fastleger (Helsedirektoratet, 2021c). Det er en trend at antall fastlegelister øker mer enn antall fastleger, noe som indikerer at andelen udekkede lister øker og at flere innbyggere ikke har fastlege (Helsedirektoratet, 2021b)."*

Legevakt utgjør en ofte betydelig andel av den totale vaktbelastningen for fastlegene, særlig i små kommuner. Rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen kan således initiere en ond sirkel, ved at ubesatte fastlegestillinger øker vaktbelastningen på de gjenværende fastlegene i vaktordningen, noe som får større betydning jo færre fastleger som i utgangspunktet deltar i ordningen. Alderssammensetningen i fastlegekorpset medfører også en økende andel fastleger som har rett til fritak fra legevakt, som igjen betyr færre fastleger i vaktordningen og flere vakter på de gjenværende legene. Den totale arbeidsbelastningen for fastlegene på dagtid og legevakt øker, som igjen forsterker rekrutterings- og stabilitetsproblemene.

Selv om fastlegene utgjør grunnstammen i legevaktordningen på nasjonalt plan, deltok kun 54 prosent av fastlegene i legevakt i 2019<sup>14</sup>. En del av disse vil ha fritak på grunn av alder eller helsemessige årsaker, men mange velger å bytte bort legevaktene der dette er mulig.

---

<sup>14</sup> [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Ekspertgruppen skriver:

*"En utredning av fastlegeordningen i Tromsø viser at stor arbeidsbelastning og manglende kapasitet til å ivareta driften av egen praksis gjør det vanskelig for mange fastleger å delta i legevakt (Tromsø kommune, 2020). For å redusere høy arbeidsbelastning ber mange fastleger i større kommuner om fritak fra legevakt eller bytter bort vakter. For leger i små kommuner med få leger i vaktordningen er dette imidlertid oftest ikke en reell mulighet. (EY og Vista Analyse, 2019)."*

Dette aspektet er utfordrende på flere plan. Helsedirektoratet vurderer at legevakt er og bør være en del av den kommunale allmennmedisinen, og det er en styrke for både legevaktene, fastlegeordningen og pasientene at legevaktene er godt integrert i den øvrige kommunale allmennlegetjenesten. At fastlegekorpset deltar i legevakt, er et viktig bidrag til dette.

### 3.2.1 Arbeidsbelastning

Ulik mulighet til å bytte bort vakter medfører at pliktene i henhold til fastlegeforskriften §§ 12 og 13, får ulike konsekvenser for fastlegene, avhengig av hvor i landet de jobber. Fastlegeforskriften § 13 nedfeller fastlegens plikt til å delta i kommunenes legevaktordning og slår samtidig fast at tid brukt i legevakt utenom ordinær åpningstid ikke inngår i de 7,5 timene med annet allmennmedisinsk arbeid som kommunene kan pålegge legene etter § 12.

Bestemmelsene i fastlegeforskriften, sammen med unntaket fra arbeidsmiljøloven i tariffavtalen mellom KS og Legeforeningen, medfører at fastleger i sum kan pålegges en total arbeidstid som langt overstiger en ordinær full stilling.

Helsedirektoratet vurderer at for høy vaktbelastning, både i legevaktordningen isolert, men særlig sett i sammenheng med øvrig arbeidsbelastning for fastlegene, virker derekrutterende og destabiliserende og er den viktigste utfordringen for legevaktordningen.

Den store vaktbelastningen for fastlegene ved mindre legevakter har vært en viktig driver for sentraliseringen av legevaktene de siste tiårene. Antallet kommunale legevakter synes nå å ha stabilisert seg. Som beskrevet over er det imidlertid også bemanningsutfordringer i mellomstore og større legevaktdistrikt i resten av landet. NSDM sin kartlegging med svar fra 93% av alle kommunene viste<sup>15</sup>, som Ekspertgruppens rapport, at fastleger i de minste og i de minst sentrale kommunene deltar hyppigst i vakt, mens andre leger og vikarer utgjør en større andel av legeressursene i de større og mer sentrale legevaktene. Det er ikke undersøkt hvordan leger vurderer ordninger der de har lang kjøretid til legevakt i vertskommune, har ansvar for flere pasienter og økt antall eksterne samarbeidspartnere, sammen med ulike ambulansetjenester. Det er rimelig å anta at dette også gir en faglig belastning på vakt<sup>16</sup>.

Dette illustrerer at det er flere aspekter ved legevaktarbeid enn høy arbeidstid alene som påvirker den totale opplevde vaktbelastningen for legevaktleger.

<sup>15</sup> Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. Rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš UIT Norges arktiske universitet 2017

<sup>16</sup> 01.pdf (regjeringen.no)

### 3.2.2 Sikkerhet for leger alene på vakt

Ved mer enn en tredjedel av legevaktene er legene alene på vakt hele eller deler av vekten. Dette påvirker vaktbelastningen på flere måter. Ekspertgruppen skriver:

*"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). Flere undersøkelser viser at leger er alene på vakt uten at det gjøres nødvendige tiltak for å øke sikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a; Holen-Rabbersvik E, 2018; Joa & Morken, 2012). Disse forholdene påvirker igjen rekrutteringen negativt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). 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)."*

*"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)."*

Det at så mange legevaktleger er utrygge fordi de står helt alene i en legevaktsituasjon, både på legevaktstasjon eller i utrykning, vurderer Helsedirektoratet som en stor utfordring for legevaktordningen. Selv om eventuelle bakvakter og leger i spesialisthelsetjenesten er tilgjengelige per telefon, er det å være alene i en ofte uoversiktlig akuttsituasjon, en vesentlig belastning. Det medisinskfaglige aspektet ved å kunne samarbeide og diskutere problemstillinger er et viktig moment i forhold til den medisinskfaglige kvaliteten, men trygghetsaspektet for vaktlegene vurderes likevel å være den mest akutte utfordringen.

Det er i de minst befolkede distriktene rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen er størst og vakthypigheten i legevakt er høyest for fastlegene. Det er også i disse distriktene legene oftest har legevakt alene. Helsedirektoratet vurderer at denne kombinasjonen er derekrutterende og destabiliserende.

Helsedirektoratet har ikke tall på bemanningssituasjonen for sykepleiere i legevakt eller legevaktsentraler, men den generelle mangelen på sykepleiere (nasjonal mangel på 5900 i 2022<sup>17</sup>) er en utfordring i hele landet, og påvirker arbeidssituasjonen for allmennleger i legevakt.

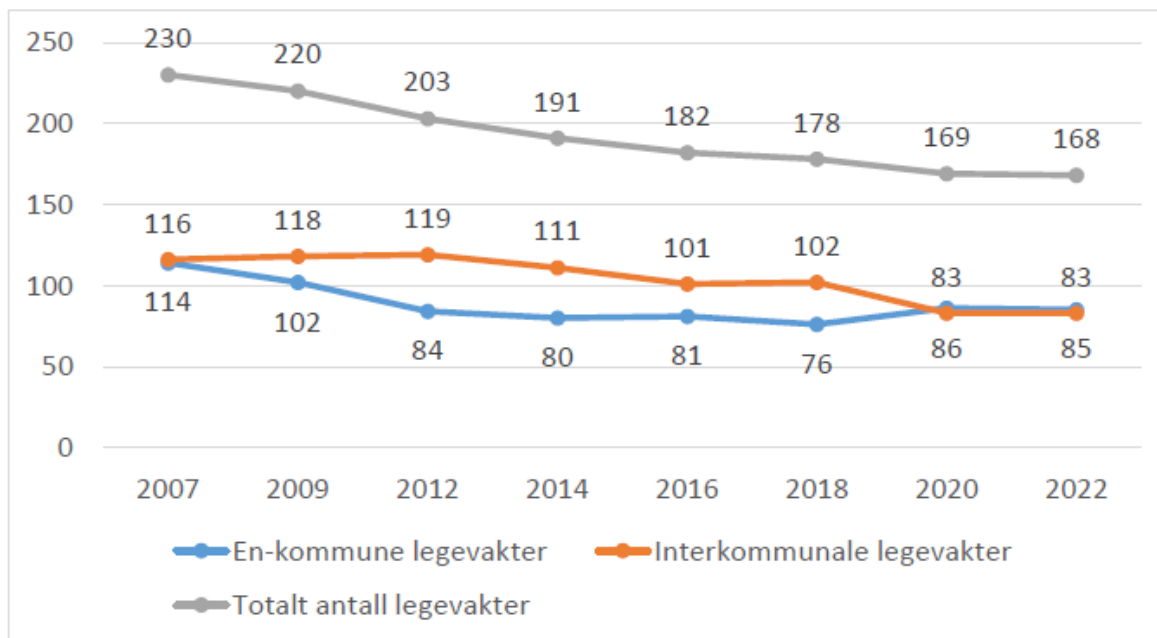
### 3.3 Å finne en organisering som ivaretar balansen mellom bærekraftig legevaktdrift og tilgjengelighet for befolkningen

Innenfor rammene av dagens lovverk har kommunene stor grad av frihet til hvordan de organiserer legevakttilbudet. Spørsmålet om organisering av legevakt har i mange år og mange steder dreiet seg om kommunene skal organisere legevakten i egen kommune eller inngå i større interkommunale samarbeid. I mange regioner har det utviklet seg ulike løsninger der kommuner for eksempel har legevakt i egen kommune på dag og kveld, og samarbeider med andre på natt.

---

<sup>17</sup> [Bedriftsundersøkelsen - nav.no](https://nav.no/Bedriftsundersøkelsen)

Det har de siste tiårene vært en utvikling i retning av stadig større legevaktdistrikt, 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 tyder på at strukturen har nådd en likevekt innenfor dagens regulering og finansiering. Mange legevaktdistrikt har gjennom interkommunale samarbeid klart å stabilisere legedekningen, men det har gått på bekostning av lengre reisetid for befolkningen.



Figur fra Nasjonalt legevaktregister 2022, NKLM<sup>18</sup>

NKLM anbefalte i 2014 en legevaktstruktur med 60-100 legevaktdistrikter på nasjonalt plan, med 30 000 til 250 000 innbyggere i de enkelte distriktene (med noen få distrikter over og under dette). En viktig begrunnelse for dette var å sette kommunene i stand til å sikre veldrevne legevaktorganisasjoner med profesjonell faglig og administrativ ledelse, med samme krav til internkontrollsystem som i andre etater og organisasjoner<sup>19</sup>.

Helsedirektoratet vurderer det som en reell utfordring at små organisasjonsenheter, som de minste legevaktdistriktene, kan ha større utfordringer med å tilfredsstille dagens krav til drift av moderne helseinstitusjoner, for eksempel kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten<sup>20</sup>. At legevaktene i hele landet følger kravene som ligger i lov og forskrift er sentralt for at befolkningen skal motta likeverdige tjenester. På den annen side representerer den nevnte økte vikarbruken og bruk av andre leger enn lokale fastleger i de større og interkommunale legevaktene, sammenliknet med de mindre, en annen type risiko for redusert kvalitet.

For å sikre legevaktorganisasjoner med drift som ivaretar ulike kvalitetsdimensjoner og samtidig reduserer vaktbelastningen for fastlegene, har tiltaket i mange år vært ensbetydende med sentralisering av legevakttilbudet i større interkommunale organisasjoner.

Likeverdige helsetjenester for befolkningen er imidlertid avhengig av flere aspekter enn organisasjonsform og -størrelse, for eksempel tilgjengelighet for befolkningen. Raknes et al<sup>21</sup> viste i 2014 at konsultasjonsraten per innbygger ble om lag halvert ved en økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km. En utvikling der innbyggere i grisgrendte strøk får stadig lenger reisevei

<sup>18</sup> [LegevaktorganiseringiNorge.RapportfraNasjonaltlegevaktregister2022.pdf \(nrceresearch.s3.amazonaws.com\)](https://nrceresearch.s3.amazonaws.com/LegevaktorganiseringiNorge.RapportfraNasjonaltlegevaktregister2022.pdf)

<sup>19</sup> [Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene](#)

<sup>20</sup> [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

<sup>21</sup> [Reiseavstand og bruk av legevakt | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

til det kommunale, akuttmedisinske tilbudet utenfor fastlegenes åpningstid, utfordrer prinsippet om likeverdige tjenester på en grunnleggende måte. Små, kommunale legevakter vil videre kunne ha større nærhet til innbyggerne og legene vil i større grad ha kjennskap til pasientene de møter på legevakt og hvilke andre ressurser en kan spille på i kommunen og den akuttmedisinske kjeden. Nærhet til andre deler av den akuttmedisinske kjeden kan legge til rette for økt grad av lokal samtrening. Disse aspektene vurderes å fremme god pasientbehandling, og mulighet for å kunne gi god behandling er sterkt knyttet til trivsel for leger og sannsynligvis for annet personell ved den enkelte legevakt<sup>22</sup>.

Organisering av legevakt i kommunene har mange steder vært et kompromiss mellom hensynene til legevaktens størrelse og tilgjengelighet for innbyggerne. Innføring av ny teknologi i helsetjenesten, særlig bruk av video, åpner for nye måter å kunne organisere legevakten på. Pilot legevakt på Nordvestlandet er avsluttet og sluttevalueringen ferdigstilt i desember 2022. Det finnes utfordringer ved modellene som er utprøvd i piloten, for eksempel med tanke på muligheter for sykebesøk og økonomi, men denne måten å drive legevakt på får gode tilbakemeldinger fra pasienter, helsepersonell og kommunene<sup>23</sup>. En velfungerende videolegevakt kan muliggjøre nye samarbeidsmodeller i legevakt-Norge, som særlig kan bidra til større grad av samarbeid og mindre vaktbelastning for leger i distriktene på natt.

Legevakt inngår som et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden, og Rørosmodellen<sup>24</sup> og Akuttkjeden Telemark<sup>25</sup> er eksempler på andre prosjekter som har testet ut måter å organisere akutt-tilbudet i kommunene. Momenter fra disse prosjektene vil i varierende grad være aktuelle for ulike legevaktdistrikt på tvers av landet.

Norge er et land der kommunene har ulike forutsetninger i forhold til geografi, topografi og demografi. Hva som er hensiktsmessige måter å organisere legevaktdrift, vil dermed variere på tvers av landet. For at befolkningen skal motta likeverdige legevakttjenester består hovedutfordringen for kommunene å finne en balanse mellom ulike hensyn, der større driftsorganisasjoner og redusert vaktbelastning for legene, balanseres mot tilgjengelighet for befolkningen, lokal forankring og samarbeid med øvrig akuttmedisinsk kjede.

For nasjonale myndigheter ligger utfordringen i å ha et rammeverk av regulering og finansiering som sikrer forsvarlighet i tjenesten, likeverdige helsetjenester og som understøtter innovative måter å organisere legevakttjenesten på. Samtidig må kommunene ha fleksibilitet til å finne hensiktsmessige lokale løsninger. Erfaringer og gode modeller og eksempler må deles med kommunene.

### 3.4 Legevakten må levere forsvarlige, effektive og likeverdige tjenester av god faglig kvalitet

#### 3.4.1 Legevakt er allmennmedisin

Legevaktmedisin er et bredt fagfelt som innebærer alt fra livstruende, akuttmedisinske problemstillinger til mer hverdagslige allmennmedisinske utfordringer. Helsedirektoratet vurderer det som en styrke ved vår måte å organisere helsetjenesten på at allmennmedisinen i Norge har den

<sup>22</sup> Friedberg, MW et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2013. [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR439.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html). Also available in print form.

<sup>23</sup> Sluttrapport legevaktspiloten 2018 - 2022 Molde Interkommunale legevakt, 2022 og Sluttrapport Legevaktspiloten Sogn og Fjordane, 2022.

<sup>24</sup> Erfaringskonferansen - Røros kommune ([roros.kommune.no](https://roros.kommune.no))

<sup>25</sup> [3039 Prosjektrapport Akuttkjeden A4 k3.pdf \(sthf.no\)](#)

sentrale rollen i førstelinjediagnostikken også ved akuttmedisinske problemstillinger. Dette er begrunnet blant annet med bredden i det allmennmedisinske faget og den lokale forankringen til fastleger, og det harmonerer med hvordan den mer planlagte delen av helsetjenesten er bygget opp, med funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.

At legevakt er en allmennmedisinsk disiplin sikrer videre mulighetene for at befolkningen skal kunne motta likeverdige og tilgjengelige legevaktstjenester i hele landet, ved at det er allmennmedisinen som er den tilgjengelige spesialiteten utenfor de store byene. Dersom for eksempel sykehusene skulle dekke legevaktdriften i deler av landet, vil det utfordre kvaliteten og likeverdighetsprinsippet på en grunnleggende måte.

### 3.4.2 Kompetanse

Innenfor rammene av allmennmedisinen har det likevel vært en langvarig utfordring og målsetting å sikre at legevaktene leverer helsetjenester av god faglig kvalitet.

Akuttmedisinforskriften har fra 2015 spesifisert kompetansekrav for leger som skal gå selvstendig i legevakt. I tillegg til spesifikke krav til allmennmedisinsk erfaring, skal alle legevaktleger (og annet helsepersonell på legevakten) ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Fra 2005 har tjenesten hatt et forskriftsfestet krav om å legge til rette for trening i samhandling på tvers av nivåene, gjerne i lokale akuttmedisinske team.

Kompetansekravene i 2015 ble innført etter en erkjennelse av utfordringer med både rekruttering, varierende kvalitet og ulikhet i tilbudet, blant annet i en utredning fra Legeforeningen<sup>26</sup>.

Implementeringen av de nye kravene tok imidlertid flere år, og i NSDM sin rapport til Helsedirektoratet "Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling" (2017) kommer det frem at både store og små kommuner var skeptiske til kravet og mente det ville bidra til ytterligere sentralisering av tjenesten og økte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegjetjenesten. Flere respondenter etterlyste evidens for at kravet ville øke kompetansen<sup>27</sup>. Gjennom pandemien har det blitt gitt unntak fra kompetansekravene, slik at alle leger med gjennomført første del av spesialistutdanningen for leger (LIS1, tidligere kalt turnustjeneste for leger) per i dag kan ha legevakt uten bakvakt.

Mange små kommuner har uttalt at bakvaktkravet gir rekrutteringsutfordringer. Erfarne fastleger, som allerede har hyppige legevakter, pålegges stor ekstrabelastning ved å måtte være bakvakt for kollegaer i tillegg. Samtidig kan bakvaktkravet bidra til å trykke uerfarne leger, som også bør se seg selv som en del av et trent tverrfaglig vaktlag (legevaktsentral, AMK, ambulansetjeneste og evt lokal sykepleier i vakt). For leger som arbeider i kommunene i del 1 av spesialistutdanningen og leger i spesialisering i allmennmedisin, stiller spesialistforskriften krav til at disse skal motta nødvendig faglige råd, støtte og supervisjon av kvalifiserte leger ved behov. Dette gjelder i daglig arbeid og ved legevakt.<sup>28</sup>

At alle leger og annet helsepersonell ved legevakt plikter å gjennomføre akuttmedisinkurs og kurs i volds- og overgrepshåndtering, har i sum vært en stor satsing fra nasjonale helsemyndigheter siden kravene om dette ble nedfelt i akuttmedisinforskriften i 2015. Akuttmedisinkursene bidrar til å sikre faglig kunnskap og trening i samhandling mellom de ulike yrkesgruppene på legevakt. Samtidig er

<sup>26</sup> [Legevakten – helsetjenestens svakeste ledd? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

<sup>27</sup> Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. Rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittobealmediinni našunála guovddáš UIT Norges arktiske universitet 2017

<sup>28</sup> [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) - Lovdata](#)

legevakten en del av den akuttmedisinske kjeden, og akuttmedisinforskriften § 4 slår fast at "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."<sup>29</sup> Integrasjonen med de lokale akuttmedisinske ressursene i form av et lokalt opplærings- og øvelsesprogram for nye leger (og annet personell) i ordningen, bør være en sentral aktivitet.

Alle leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen allmennlegestilling i kommunen skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Supervisjon og veiledning inngår som en viktig del av spesialistutdanningen, dette gjelder også når de arbeider i legevakten. 40 legevakter inngår som en obligatorisk del av spesialistutdanningen.

Helsedirektoratet vurderer at det allmennmedisinske fundamentet ved legevaktfeltet bør ligge fast. Å sikre god kvalitet i tjenesten er avhengig av mange aspekter, blant annet; regulering av legevaktdrift i lov og forskrift, finansiering av tjenesten, rekruttering av kompetent personell og handlingsrom for kommunene i å finne hensiktsmessige lokale løsninger.

En hovedutfordring for nasjonale myndigheter er å legge rammer for god kvalitet som samtidig anerkjenner at legevakt er en døgntkontinuerlig beredskapstjeneste. Dette innebærer å nedsette hensiktsmessige kompetansekrav, som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenesten og trygghet for uerfarne allmennleger, men som samtidig gir kommunene nødvendig fleksibilitet til å bemanne legevaktordningen.

Akuttmedisinforskriften sier at legevaktsentralene skal "bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør." Det foreligger ikke noen nasjonal norm over hva som er nødvendig klinisk praksis eller tilstrekkelig tilleggsopplæring som operatører. Kompetansen til operatører ved legevaktsentraler er ikke systematisk kartlagt, og det må forventes å være ulikheter i tjenesten. KoKom har de siste 20 år etablert kompetanseplaner for faglig utvikling for LV-operatører som blir oppdatert i tråd med endringer i tjenesten<sup>30</sup>. Dette er kun et hjelpemiddel for å øke kompetansen for operatørene, og det er kun kurs i akuttmedisin og vold overgrep som er forskriftsfestet. Svartider på legevaktsentralen skal sikre innringer svar innen akseptabel tid. Registeringer som HDO og Helsedirektoratet har gjennomført viser at mange LV-sentraler ikke klarer å innfri kravet til svartid på 2 minutt for 80 % av innringerne<sup>31</sup>. Dette kan blant annet medføre økt aktivitet på 113-linjer for hendelser som kunne vært håndtert på lavere omsorgsnivå.

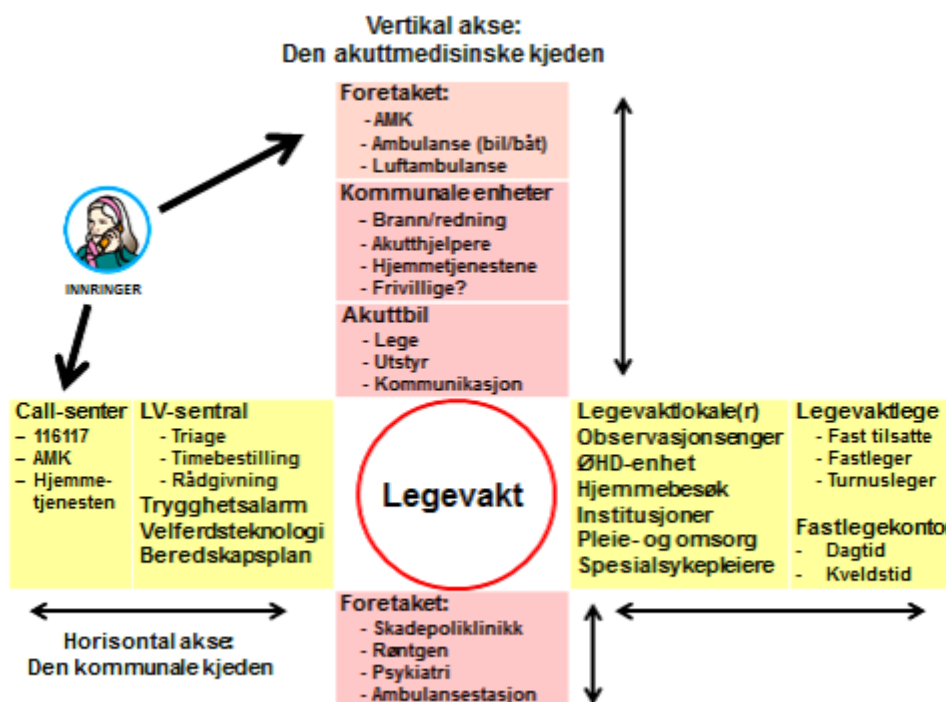
### 3.5 Samhandling med den kommunale og akuttmedisinske kjeden må videreutvikles

I sin rapport til Akuttutvalget, "Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene", presenterer NKLM en modell for legevaktens samhandlingsaktører i vertikal (den akuttmedisinske kjeden) og horisontal (den kommunale kjeden) retning:

<sup>29</sup> [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

<sup>30</sup> Kompetanseplaner - KoKom

<sup>31</sup> Akuttmedisinforskriftens §13



Figur hentet fra NKLMs rapport fra 2014; "Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene"<sup>32</sup>

Innhold og innretning av mange av de nevnte tjenestene har utviklet seg siden 2014, men Helsedirektoratet vurderer at denne modellen fortsatt illustrerer legevaktens mange samhandlingsarenaer på en god måte, og belyser kompleksiteten i legevaktens "omland".

### 3.5.1 Den kommunale kjeden

Ekspertgruppe legevakt viser at de fleste legevaktkonsultasjonene gjennomføres på ettermiddagene, mellom klokken 1600 og 2000. Selv om legevakt i utgangspunktet er en akuttmedisinsk tjeneste er grensedragningen mot ordinære allmennlegetjenester ofte utfordrende å trekke og mange av de helsetjenestene som leveres på legevakt er ordinære fastlegeoppgaver. Det er derfor en utfordring at mange legevakters IKT- og styringssystemer er lite integrert med resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne manglende integrasjonen utfordrer kommunenes evne og mulighet til å levere integrerte tjenester til befolkningen. Mange pasienter i legevakt er forbrukere av flere kommunale tjenester, for eksempel:

- Fastleger
- Hjemmetjenesten
- Sykehjem
- ØHD
- Tjenester innen psykiatri og rus
- Barnevern

For mange pasienter er det viktig for kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet at denne er helhetlig og at tiltakene som gjøres inngår i en helhetlig plan. Dette fordrer at tilstrekkelig

<sup>32</sup> [Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene](#)

informasjon om pasienten/brukeren er tilgjengelig for de relevante aktørene og at samarbeidsflatene disse imellom er gode nok til at pasientens helhetlige behov i størst mulig grad blir ivaretatt. Legevakt utgjør en særlig utfordring på dette området da rammene rundt helsehjelpen i sin natur er mer akutt og personellet som er involvert gjerne ikke kjenner pasienten/brukeren fra tidligere.

En hovedutfordring er å sikre informasjonsflyt mellom legevakt og andre tjenester. For eksempel vil mulighet til å sette opp oppfølgingstimer hos fastlege og gode samarbeidsflater mellom legevakt og sykehjem, ØHD, hjemmetjeneste, helsestasjon mm kunne føre til kvalitetsheving av hele det kommunale tjenestetilbudet, i tillegg til legevakttjenesten. Det vil også bidra til å redusere arbeidsbelastningen for allmennlegene. Oversikt og god kontakt med lavterskel tilbud ift rus og psykiatri er også viktig.

Legevaktsentralene er den kommunale aktøren som samhandler hyppigst med flest av de aktuelle aktørene, og det er mulig å se for seg at en legevaktsentral med god bemanning og kompetanse kan ta en større koordinasjonsrolle for den kommunale tjenesten enn det som er tilfelle mange steder i dag. Det er i dag 94 legevaktsentraler i Norge av varierende størrelse, og sentraliseringen av denne tjenesten har gått parallelt med sentraliseringen av det øvrige legevakttilbudet de siste årene<sup>33</sup>. Større legevaktsentraler muliggjør høyere bemanning og eventuelt større tilgjengelighet av lege, men i denne sammenhengen kan det være en utfordring dersom de skal ta en utvidet koordineringsrolle i det kommunale tjenestetilbudet.

### 3.5.2 Den akuttmedisinske kjeden

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

09.01.2023

<sup>33</sup> 1998: 203 LVS ( NOU 1998 nr. 9), 2007: 165 LVS (NOU 2015:17), 2015: 110 LVS (NOU 2015:17), 2019: 97 LVS (NAKOS rapport 1/2019), 2021: 94 LVS

At ansvaret for de enkelte tjenestene ikke er entydig plassert, reflekteres i de to kontaktflatene i nødmeldetjenesten; 113 (AMK-sentralene) til spesialisthelsetjenesten og 116 117 (legevaktssentralene) til kommunehelsetjenesten.

Denne todelingen utfordrer det uttalte målet i inneværende Nasjonal helse- og sykehusplan, som sier at skal sikres en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede.<sup>34</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>35</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 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.

Helsedirektoratet vurderer at rammene for samhandling mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden som skisseres i lovverket er hensiktsmessig og at helsefelleskapene vil være gode arenaer for disse arbeidene.

Hovedutfordringen ligger i å fylle disse arenaene med konkret og forpliktende innhold, slik at reelle samhandlingsutfordringer og strategisk utvikling av det akuttmedisinske tilbudet i regionene, blir adressert.

### 3.5.3 Samtrening

Akuttmedisinforskriften § 4 sier at: "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."

Systematisk trening i samhandling er viktig i alle deler i den akuttmedisinske kjeden. Måten treningen organiseres på må tilpasses lokale forhold. Den viktigste grunnen til å innføre samtrening er å bedre pasientsikkerheten og trygge helsepersonellet. Forhold ved teamarbeid, som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap og tillit henger sammen med kliniske resultater. Forskning over en periode på fire år i en middels stor norsk kommune viste at slik trening mellom de lokale ressursene skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena som opprettholdes av aktørene selv. I akuttsituasjoner er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller og har trent på kommunikasjon og forstår hvordan hensiktsmessig ledelse foregår<sup>36</sup>.

I 2022 ble det gjennomført en kartlegging av samhandling mellom leddene i den akuttmedisinske kjede. Resultatene er publisert som nasjonale kvalitetsindikator på helsedir.no og viser at personell ved legevaktene i varierende grad har deltatt i samtrening med ambulansetjenesten siste år.

<sup>34</sup> [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2804244/)

<sup>35</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

<sup>36</sup> Magnus Hjortdahl et.al., 2018: Self-reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care. DOI: 10.1080/02813432.2018.1459234

Potensialet for forbedring på dette er stort og Helsedirektoratet vurderer at det er viktig at kommunene prioriterer denne utfordringen fremover.

### 3.6 Å finne finansieringsordninger som ivaretar balansen mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap, og som stimulerer til samhandling mellom forvaltningsnivåer

#### 3.6.1 Legevakt som beredskapstjeneste

Inntekter til den kommunale driften av legevakt kommer i dag hovedsakelig fra pasienters egenbetaling og Helfo-refusjoner for utført behandling. Betalingen er dermed aktivitetsbasert, noe som innebærer at leger som jobber i legevakter med høy aktivitet har høyere inntekt enn leger som har vakt i legevaktdistrikter med lav aktivitet. De legevaktene med lavest aktivitet er oftest de legevaktene der enkeltlegene har hyppigst vakt. I særavtalen mellom Legeforeningen og KS er dette adressert ved at legene får et aktivitetsuavhengig beredskapstillegg, avhengig av forventet aktivitet per time på de ulike legevaktene<sup>37</sup>. Størrelsen på beredskapstillegget er imidlertid ikke stort nok til å oppveie forskjellene i inntjening på bakgrunn av ulik aktivitetsnivå.

Legevakt er en viktig beredskapstjeneste, både for helse- og totalberedskapen. At avlønning av arbeidet i store deler av landet i så stor grad er basert på aktivitet, med den skjevheten og usikkerheten det innebærer for de involverte aktørene, kan utgjøre en utfordring.

Legevakt skal være en tjeneste for alle, men ikke for alt. De økonomiske incentivene i dag stimulerer til høy aktivitet og effektivitet. Dette er i utgangspunktet et gode, men kan medføre at legevaktressurser går med til mindre alvorlige tilstander, som tar tid og fokus mer alvorlige, akuttmedisinske tilfeller. Det premierer videre ikke samordningen av kommunale tjenester i særlig grad.

#### 3.6.2 Finansieringssystemene bør understøtte samhandling i den akuttmedisinske kjede

Styringen og finansieringen av de to forvaltningsnivåene er atskilt og gir i utgangspunktet få insentiver for å samordne tjenestene. Selv om det er en uttalt målsetting at pasientene skal håndteres på lavest effektive omsorgsnivå er ikke finansieringsordningene i dag alltid innrettet slik at de drar i den retningen.

Ambulansetjenesten er rammefinansiert og har ingen direkte økonomiske incitament for å bruke tid på å få til et samarbeid med kommunehelsetjenesten i de enkelte tilfellene. Kommunen/legen blir heller ikke alltid økonomisk kompensert hvis et arbeid fører til at pasienter blir igjen hjemme, men primært hvis det blir gjennomført en legesamtale, noe som oftest innebærer at den aktuelle pasienten må fraktes til legevakten. Pasienter (særlig eldre) som fraktes ut av hjemmet for undersøkelse på kveld og natt vil ha større sannsynlighet for å bli værende i institusjon natten over enn dersom situasjonen håndteres i pasientens hjem.

Disse eksemplene er forenklede, men Helsedirektoratet vurderer det som viktig at finansieringen av den akuttmedisinske kjeden blir gjennomgått, slik at ordningen understøtter de overordnede målene for helsepolitikken og den prehospitaltjenesten, inkludert legevakt.

<sup>37</sup> [SFS 2305 \("Særavtalen"\) \(legeforeningen.no\)](#)

### 3.7 Å ta i bruk ny teknologi i tjenesten på en hensiktsmessig måte

Bruk av video er på vei inn i mange deler av den akuttmedisinske kjeden. Samtidig utvikles IKT-system og andre digitale verktøy, med potensial for å bedre funksjonaliteten og øke mulighetene for samhandling på tvers av behandlings- og forvaltningsnivåer. Eksempler på nye samhandlingsmuligheter er:

- Videokontakt mellom pasient og sykepleier på legevaktsatellitt og lege på LV-sentral (jfr. Pilot legevakt)
- Videokontakt mellom pasient, ambulansepersonell og legevaktlege (jfr. prosjekt i Innlandet)
- Videokontakt mellom andre kommunale tjenester (hjemmetjeneste/sykehjem mm) og legevakt
- Videokontakt mellom innringer/pasient og operatør ved legevaktsentral
- Videokonsultasjon direkte mellom lege og pasient

Det er viktig å være kritisk til hvilke teknologiske nyvinninger som fases inn i tjenesten, slik at utviklingen kommer pasientene og legevaktlegene/andre ansatte til gode. En risiko er at teknologien kan fremme tilgjengelighet på bekostning av kvalitet, og lett tilgjengelige, f.eks. nettbaserte, tjenester vil således kunne binde opp knappe legeressurser til helsetjenester til "worried well" og styres mer av marked enn god faglig basert ressursfordeling. Videoløsninger der helsepersonell bidrar på begge sider av videoen vil kunne adressere den problemstillingen.

Det er samtidig viktig å være oppmerksom på utfordringer for den delen av befolkningen som ikke deltar i en digital infrastruktur, og at disse også mottar likeverdige helsetjenester.

Samtidig gir ny teknologi muligheter for utvikling av tjenesten som må gripes. Bruk av video muliggjør en økt og ny type samhandling mellom ressursene og involvering av knappe legeressurser og desentralisering av tilbud til befolkningen (jfr. legevaktpiloten). Videre gir IKT-systemer som snakker bedre sammen muligheter for økt informasjonsdeling mellom behandlingsnivåer.

En hovedutfordring for Helsedirektoratet og andre nasjonale helsemyndigheter er å lage et regulatorisk rammeverk med hensyn til finansiering og organisatorisk utvikling som gir tjenesten rom til å ta i bruk nye måter å jobbe på, og som også gir insentiver til å bidra til videreutvikling av sin egen tjeneste. Det er avgjørende at følgeforskning og systematisk evaluering av nye metoder følger all innfasing av ny teknologi.

Innføring av nye teknologiske verktøy krever dessuten kontinuerlig opplæring og investering i utstyr, og vil sette krav til utvikling av standarder for sikker meldingsutveksling og dokumentasjon på tvers av tjenesteytere, forvaltningsnivå og sektorer..

### 3.8 Tjenesten må styres etter oppdatert og dekkende styringsinformasjon

NKLM har i flere år kartlagt organiseringen av legevakttjenesten i Norge og hatt ansvar for Vaktårnprosjekt, som gir oversikt over aktiviteten i et utvalg av legevakter. Det mangler imidlertid systematisk innhenting av aktivitetsdata fra legevaktene. Data fra KPR i dag er begrenset til totalt antall konsultasjoner og sykebesøk ved legevaktene.

Helsedirektoratet publiserte i juni 2022 4 nye kvalitetsindikatorer på legevakt<sup>38</sup>. Dette vil gi verdifull informasjon, men det nåværende kvalitetsindikatorsettet gir fortsatt ingen dekkende beskrivelse av kvaliteten som leveres i legevakttjenesten. Det finnes heller ingen oversikt over de kommunale kostnadene forbundet med dagens legevaktordning, da dette ikke inngår i KOSTRA-rapporteringen.

Mangel på både gode kapasitetsmål, kvalitetsmål og kostandsdata vanskeliggjør diskusjon og analyser av nasjonale tiltak på dette feltet.

### 3.9 Helsedirektoratets vurdering

Legevakt i Norge har utfordringer langs flere akser, på kort og lengre sikt. Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og til legevakttjenesten påvirker og forsterker hverandre, og utgjør umiddelbare problemstillinger som må adresseres. Dette reflekteres i utfordringsbildet som er beskrevet i denne besvarelsen og i forslagene til tiltakene som presenteres i det følgende.

Den høye vaktbelastningen for fastlegene, på toppen av den store arbeidsbelastningen for fastlegene generelt, er den viktigste utfordringen for legevaktordningen. Arbeidsbelastning på legevakt avhenger imidlertid av flere faktorer enn arbeidstid alene. Tilstrekkelig kompetanse hos legen og annet legevaktpersonell, trygghet på vakt, god organisering i kommunene og et velfungerende samarbeid med resten av den akuttmedisinske kjeden er forhold som påvirker arbeidsbelastningen for den enkelte lege, i tillegg til reell arbeidsmengde og arbeidstid.

Samtidig er det avgjørende at legevakttjenesten, ved siden av arbeidet med rekruttering, utvikles videre, slik at primærhelsetjenesten i fremtiden fortsetter å utgjøre den viktigste akuttmedisinske ressursen i kommunene.

Den demografiske utviklingen med flere (hjemmeboende) eldre, økt bruk av video, digitale flater som muliggjør bedre samhandling og medisinsk utvikling med økte muligheter for prehospital behandling utfordrer kommunene, helseforetakene og sentrale helsemyndigheter til å skape samhandlingsflater og lage et regulatorisk rammeverk som legger til rette for en ønsket utvikling av tjenesten.

Helsedirektoratet vurderer at en mer velfungerende legevakttjeneste, som samhandler bedre med kommunehelsetjenesten og resten av den akuttmedisinske kjede, og på en hensiktsmessig måte tar i bruk ny teknologi, både kan bidra til å redusere antall arbeidstimer for allmennleger i legevakt og redusere arbeidsbelastningen ved de enkelte vaktene. Samtidig vurderes den samfunnsøkonomiske effekten som stor.

---

<sup>38</sup> [Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - Helsedirektoratet](#)

## 4 Forslag til tiltak

### 4.1 Endringer i fastlegeforskriften – Legevakt som allmenntilleggsarbeid

Det vises til omtale av fastlegeforskriften i kapittel 2.

Unntaket fra arbeidsmiljøloven i særavtalen var grunnlag for konflikt mellom KS og Legeforeningen i 2020. Konflikten medførte tvungen lønnsnemnd, med følgende uttalelse fra Rikslønnsnemnda<sup>39</sup>:

*Rikslønnsnemnda har forståelse for at legevakttjenesten og de unntak som er gjort fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven innebærer en stor belastning for legene i kommunehelsetjenesten. Særlig forstår Rikslønnsnemnda at dette oppleves som krevende for unge leger. Rikslønnsnemnda mener at ordningen også medfører problemer med rekrutteringen av leger i kommunehelsetjenesten. Rikslønnsnemnda finner at det er behov for en revisjon av de avtaler som finnes i dag. Samtidig viser Rikslønnsnemnda til at det er et stort samfunnsmessig behov å bemanne legevakttjenesten i den enkelte kommune. Endring av dagens ordning vil trolig være forbundet med Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning 55 en mer omfattende og dyptgripende reform. Legeforeningen og KS synes å være enige om at det er nødvendig med en revisjon av dagens ordning, men er uenige om hvordan dette skal gjøres.*

[...]

*Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Borvik og Mygland, mener det vil være risiko for manglende legedekning dersom det fastsettes en ordning som bryter med dagens system uten samtidig å sikre at det er nok leger tilgjengelig.*

*Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at det er "strengt nødvendig" å videreføre dagens ordning. Flertallet legger også vekt på at dagens unntak bygger på en framforhandlet løsning innenfor et samlet system og at det er behov for mer omfattende reformer som samtidig sikrer befolkningen en forsvarlig legevaktordning. Det vises i denne sammenheng til drøftelsen ovenfor. Rikslønnsnemndas flertall finner således at ordningen heller ikke kommer i strid med Grunnloven § 101 og EMK artikkel 11 nr. 2. Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at særavtale SFS 2305 – Kommunelegeavtalen skal prolongeres til 31. desember 2021."*

I Særavtalen for 2022 kom Legeforeningen og KS til enighet om følgende<sup>40</sup>:

*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*

<sup>39</sup> [rikslønnsnemndas-kiennelse-01-2020.pdf \(nemndene.no\)](#)

<sup>40</sup> [SFS 2305 \("Særavtalen"\) \(legeforeningen.no\)](#)

*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

Som disse prosessene viser, har fastlegers plikt til å delta i legevakt og rammevilkårene for denne vært mye diskutert de siste årene. KS og Legeforeningen har kommet til enighet om et overordnet mål for reguleringen av legers arbeidstid i kommunene.

#### 4.1.1 Innspill fra eksterne aktører

Problemstillingen er omtalt i innspillene fra de eksterne aktørene.

KS skriver:

*“KS mener det er behov for kortsiktige og langsiktige tiltak. Som nevnt tidligere er det viktig at hele den akuttmedisinske kjeden vurderes samlet. I påvente av det er følgende viktig:*

- *Leger i kommunene må sikres en forsvarlig arbeidstidsordning. Legevakt må sees i sammenheng med ansvar for listelengde og øvrige allmennlegeoppgaver. Samtidig må kommunene ha rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle sørge for ansvaret for øyeblikkelig hjelp til befolkningen.”*

Legeforeningen beskriver under innspill til aktuelle tiltak:

*“Det er avgjørende at legene sikres et bedre vern enn i dag for både å beholde dagens leger og legge til rette for økt rekruttering av fastleger. Sentralt i denne sammenheng er arbeidsbelastning på legevakt og da spesielt spørsmålet om hvor mye legevakt den enkelte lege skal kunne pålegges i tillegg til ordinært arbeid på dagtid.*

*Legeforeningen mener det er nødvendig at fastlegenes plikt til legevakt utenom ordinær åpningstid sees i en bedre sammenheng med, og blir en del av andre allmennlegeoppgaver*

*som kommunen kan pålegge. Dette henger igjen sammen med den totale belastningen i fastlegeordningen hvor dette kommer på toppen av arbeid i fastlegepraksisen.*

*Uten at sentrale helsemyndigheter anerkjenner, og viser vilje til å gjøre noe med dette problemet, er det vanskelig å se for seg at rekrutteringsutfordringene vil kunne løses. Bakgrunnen for det er at legene da heller vil søke seg til stillinger i sykehus, eller til en stadig økende privat sektor.”*

NKLM og NSDM omtaler også dette temaet:

NKLM:

*“Den økte arbeidsbelastningen for fastlegene de siste årene har gjort det klart at tiden er moden for endringer i fastlegeforskriften. Fastlegenes deltakelse i legevakt må anerkjennes som reell arbeidstid og defineres som allmennmedisinsk arbeid i fastlegeforskriften § 12. Dette bør også gjelde for arbeid som bakvakt. Omfanget av fastlegenes deltakelse i legevakt må forhandles lokalt og individuelt. Denne anerkjennelsen av legevakt som en del av fastlegenes arbeidstid vil, etter signalene fra fastlegene, øke kommunenes behov for bemanning i fastlegetjenesten og utlysning av nye hjemler.”*

NSDM:

*“Dersom man mener at legevakt er en sentral del av fastlegeordningen må man sikre avklarte ansvars- og ansettelsesforhold, gode arbeidsvilkår og en lønn som gjenspeiler at dette er overtidarbeid. Rammebetingelsene må stimulere til deltakelse.”*

#### 4.1.2 Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet støtter partene og vurderer at det bør arbeides for at legevakt defineres inn i legers normale arbeidstid, for eksempel ved at de defineres som annet allmennmedisinsk arbeid i kommunen. Det må samtidig vurderes om en ramme på 7,5 timer, er hensiktsmessig å opprettholde eller må utvides. Dagens ordning medfører potensielt stor arbeidsbelastning og et stort ansvar på den enkelte fastlege, særlig i mindre legevaktdistrikt, for å opprettholde en døgnkontinuerlig legevaktordning. Disse rammene kan virke de-rekrutterende og destabiliserende, og bidra til en negativ spiral der den høye vaktbelastningen bidrar negativt til rekrutteringen til fastlegeordningen, noe som igjen forsterker den høye vaktbelastningen.

Som ekspertgruppens rapport viser, er mange legevaktdistrikter i dag avhengig av en stor arbeidsinnsats fra et mindre antall leger. Normalisering av disse legenes arbeidstid, vil dermed medføre behov for flere leger i ordningen. Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen gjør at en slik endring i fastlegeforskriften ikke kan gjennomføres før kapasiteten i allmennlegetjenesten er bedret.

Potensielle konsekvenser av en rask innføring av endringer i fastlegeforskriften kan bli at kommuner ikke klarer å ivareta sin plikt til å sørge for et forsvarlig øyeblikkelig-hjelp tilbud til sine innbyggere på grunn av mangel på legevaksleger. Dette kan føre til:

- Økt grad av sentralisering. Mange små, kommunale og interkommunale, legevakter vil ikke klare å bemanne legevakten med vaktkompetente leger. For å løse dette vil mange måtte inngå i større interkommunale samarbeid. Dette vil resultere i lengre reiseavstand for

befolkningen i deler av legevaktdistriktet, med redusert samlet akuttmedisinsk beredskap i de aktuelle områdene som mulig konsekvens.

- Stor utgiftsøkning for kommunene, ved at de må tiltrekke seg nye leger ofte gjennom vikarbyråer (på toppen av dagens rekrutteringsutfordringer) for å drifte legevakten.
- Pasientene må i større grad benytte et privat legevakmarked, som i økende grad benytter seg av videotjenester og dermed er relevante også i grisgrendte strøk.

I særavtalen skriver KS og Legeforeningen at *“kommunene gis rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle sørge for ansvaret for øyeblikkelig hjelp til befolkningen i hele landet.”* For å ivareta dette punktet er det avgjørende at en eventuell endring av fastlegeforskriften som reduserer legenes plikt til legevakt inngår i en større plan, som sikrer at dette hensynet ivaretas. Faktorer som kan bidra til at dette ivaretas er for eksempel:

- Økt rekruttering til fastlegeordningen
- Redusert vaktbelastning ved innføring av nye måter å jobbe på, for eksempel bruk av video i deler av døgnet
- Avlaste legevaktleger ved å tilrettelegge for arbeidsdeling med andre yrkesgrupper
- Nye samarbeidsformer i den akuttmedisinske kjede med avklart oppgave og ansvarsfordeling
- Arbeidsplaner som ivaretar den enkelte leges totale arbeidsbelastning. Flere fast ansatte leger ved legevakt kan inngå i løsningen

Det er en forutsetning for Helsedirektoratet at det før eventuelle endringer i fastlegeforskriften iverksettes, foreligger kontinuitetsplaner for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene i hele landet. Partene vil være sentrale aktører i dette arbeidet.

Endringene må vurderes i sammenheng med hele den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet vurderer at den varslede stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester, inkludert legevakt, vil være riktig ramme for dette arbeidet.

#### 4.2 Endring i vilkårene for å kunne ta tilleggskost - Unntak fra krav om ett års åpen uselektert praksis for leger i legevakt

Mange kommuner i Norge har i dag fast ansatte leger ved større legevakter. Den relevante spesialiteten for disse legene er allmennmedisin. Ferdige spesialister kan utløse tilleggskost ved arbeidet på legevaktene.

For å opprettholde rett til å ta tilleggskost, er det i dag krav at legen hvert femte år skal ha ett år i åpen uselektert praksis, som regel i en fastlegestilling. Kravet er noe modifisert, ved at tjeneste i daglegevakt godkjennes som tellende tjeneste, men kravet innebærer likevel at mange leger i faste legevakstillinger må ut av sitt vanlige arbeid ved legevakten hvert femte år/en femdel av arbeidstiden for å opprettholde spesialiteten og retten til å ta tilleggskost. Begrunnelsen er at pasientene ved legevakten er å anse som en selektert pasientgruppe sammenlignet med pasientene i en fastlegepraksis. Fast ansatte leger er ofte kontinuitetsbærere som har en helt sentral rolle i driften ved legevakten. Et 12 måneders fravær vil derfor ofte gi store negative konsekvenser.

#### 4.2.1 Innspill fra eksterne aktører

Norsk Legevaktforum skriver i sitt innspill:

*“En bør se på løsninger hvor fulltids arbeid på legevakt for spesialister kan telle for opptjening av rett til tilleggstakst/spesialisttakst. Fastlegetjeneste hvert femte år for legevaksleger som allerede er spesialister bør være unødvendig.”*

#### 4.2.2 Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer at legevakt er og bør være en allmennmedisinsk disiplin. Dagens krav for å bli spesialist i allmennmedisin med krav om to år i åpen uselektert praksis, vurderes hensiktsmessig. Legevaktarbeid kan godkjennes som to av de øvrige praksisårene, og legevaktarbeid alene bør ikke være tilstrekkelig for å tilegne seg den breddekunnskapen som ligger til grunn for en allmennmedisinsk spesialitet. Motsatt bør imidlertid allmennmedisinsk spesialisering være riktig bakgrunn for å kunne kreve spesialisttakst i legevakt.

Det vil imidlertid ofte være et stort tap for legevaktene å miste sine erfarne leger med jevne mellomrom for at de skal beholde spesialiteten. Disse legene har ofte faglig ledende roller i legevaktene og er kontinuitetsbærere.

En legevaktlege jobber daglig med flere ulike allmennmedisinske problemstillinger og opprettholder gjennom arbeidet relevant kompetanse innenfor allmennmedisinspesialiteten.

Det er i dag praksis å godkjenne arbeid i daglegevakt som uselektert praksis. Helsedirektoratet ser ikke noen medisinskfaglig begrunnelse for at daglegevakt skal være mer relevant for kunne opprettholde krav til å ta tilleggstakst, enn annet legevaktarbeid. Helsedirektoratet vurderer at de negative konsekvensene av dagens krav til åpen uselektert praksis er høy. Vi kan ikke se at kravet om uselektert praksis hvert femte år/en femdel av arbeidstiden er nødvendig for at leger som arbeider fast ved legevakt, skal ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne utløse tilleggstakst.

Helsedirektoratet vurderer alt i alt at for spesialister i allmennmedisin kan hovedstilling i legevakt godkjennes som erstatning for dagens krav til ett år uselektert praksis hvert femte år for å opprettholde rett til å ta spesialisttakst.

### 4.3 Kompetansekrav for leger

#### 4.3.1 Bakgrunn

Da akuttmedisinforskriften trådte i kraft 1. mai 2015, var KS og store deler av kommunesektoren bekymret for at mange kommuner, særlig i distriktene, ikke ville klare å oppfylle kompetansekravene som ble stilt i forskriften. For at kommunene skulle få tid på seg til å rekruttere leger og legge til rette for å få på plass nødvendig kompetanse, ble det etablert overgangsordninger med midlertidige unntak fra kompetansekravene.

Under pandemien, og senere på grunn av økt belastning på helsetjenesten på grunn av flyktninger fra Ukraina, har unntakene fra kravene til kompetanse i akuttmedisinforskriften blir forlenget igjen. I skrivende stund er unntakene fra kravene for leger som skal gå selvstendig vakt forlenget til 31.12.23.

Helsedirektoratet leverte i juni 2022 et oppdrag hvor det ble drøftet hvorvidt unntakene i akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd burde innføres permanent. Anbefalingen på det tidspunktet baserte seg på en isolert endring i akuttmedisinforskriften, og dette ble ikke vurdert opp mot andre kompenserende tiltak. Anbefalingen var å ikke innføre unntakene permanent, men å forlenge det daværende unntaket til 31. august 2023. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet senere å forlenge unntaket til 31. desember 2023.

#### 4.3.2 Innspill fra eksterne aktører

Helsedirektoratet har diskutert kompetansekravene med partene og andre eksterne aktører i flere arbeider de siste årene. Temaet dekkes også i de skriftlige innspillene som er sendt inn fra de eksterne aktørene i forbindelse med dette oppdraget.

Legeforeningen siterer i sitt innspill sluttrapporten til den partssammensatte arbeidsgruppen på legevakt: Sluttrapport om utfordringer og relevante tiltak for de minste legevaktdistriktene, ble levert 06.05.22:

*“Innspillene fra den digitale samlingen bekrefter resultatene fra ekspertgruppens rapport når det gjelder utfordringer i legevakt. Kommunene opplever bemanningsutfordringer, høy vaktbelastning for sine leger, underfinansiering av legevaktordningen og for strenge kompetansekrav i akuttmedisinforskriften, særlig når det gjelder krav til bakvakt. Legevaksarbeid oppleves belastende for mange leger i de minste kommunene.”*

Videre siterer Legeforeningen Ekspertgruppe legevakt:

*“Kompetansekravet i legevakt har medført økt vaktbelastning for leger med vaktkompetanse. I kommuner med én eller få fastleger som oppfyller kompetansekravet må disse ha bakvakt for de øvrige legene. Det er særlig arbeidskrevende for vaktkompetente fastleger i små kommuner om flere leger i legevaktordningen har behov for bakvakt. Fastleger i distriktet beskriver høy vaktbelastning (EY og Vista Analyse, 2019).*

*Det økte kompetansekravet og bemanningskravet i akuttmedisinforskriften forsterker kommunenes utfordringer med å ha tilstrekkelig antall leger til å dekke opp vakter. Det gir en særlig utfordring for kommuner som allerede har problemer med å rekruttere fastleger som kan møte kompetansekravet. Disse utfordringene er størst for små kommuner med store geografiske avstander (EY og Vista Analyse, 2019). Rekruttering av leger som tilfredsstiller kompetansekravet i akuttmedisinforskriften er et problem for nær én av ti legevakter. Disse legevaktene er hjemmehørende i ni ulike fylker og representerer både små og store befolkningsgrunnlag. To av tre ligger i helseregion Nord (Morken T, 2019).”*

KS peker i sitt innspill på foreslått tiltak fra den partssammensatte gruppen på legevakt. Forslag til tiltak i denne rapporten lyder:

*“Arbeidsgruppen mener primært at unntaket gjøres permanent. Arbeidsgruppen innser allikevel at det er en forskriftsendring som vil ta tid og foreslår derfor at unntaket forlenges i to år initialt mens endringsarbeid pågår.*

*I de minste kommunene bidrar kravene til stor vaktbelastning for leger med bakvaktkompetanse. Dette er antistabiliserende og anitrekrutterende. En slik forskriftsendring må gjelde for hele landet, men bortfall av kravet vil ha størst betydning for vaktbelastningen i de minste kommunene. Arbeidsgruppen peker samtidig på at kommunen*

*har ansvar for å sikre forsvarlige tjenester og må vurdere organisering av tjenesten slik at hensynet til arbeidsbelastningen for den enkelte lege ivaretas.”*

NKLM har over mange år og i flere større utredninger<sup>41,42</sup> fremmet at kompetansekrav i legevakttjenesten er viktig. NKLM vurderer igjen i sitt innspill, at dagens akuttmedisinforskrift danner et godt grunnlag for organisering av legevakt. Forskriften er mye av årsaken til den positive faglige utviklingen på feltet de siste årene. NKLM mener at unntakene fra kompetansekravene i akuttmedisinforskriften ikke bør forlenges.

NSDM skriver at *“med tanke på de faglige utfordringene på legevakt, bør man ikke redusere kompetansekravene i legevakt for å løse bemanningsproblemer. Rekruttering av riktig, kompetent personell på legevakt er avgjørende for god kvalitet, det gjelder både sykepleiere og fastleger.”*

#### 4.3.3 Effekter på rekruttering og stabilitet

Innspillene fra de eksterne aktørene avdekker delte meninger om hvorvidt dagens kompetansekrav i akuttmedisinforskriften er hensiktsmessige eller ikke. Den potensielt høye vaktbelastningen på erfarne leger med bakvaktkompetanse, særlig i mindre kommuner, vurderes av mange å være destabiliserende. Leger som allerede har mange legevakter bindes ytterligere opp dersom de i tillegg må ha bakvakter. I de minste kommunene kan det være 1-2 leger med bakvaktvaktkompetanse og vaktbelastningen på disse blir meget stor. Dette kan bidra til at erfarne, bakvaktkompetente leger søker seg bort. Samtidig erfarer vi at unge og uerfarne leger opplever det å ha legevakt uten faglig støtte fra bakvakt, som en belastning. For denne gruppen vil det å fjerne bakvaktkravet kunne virke derekrutterende. Undersøkelse blant studenter og LIS1-leger viser at faglig støtte er sentralt når de skal velge fremtidig karrierevei.<sup>43</sup>

I 2017 gjorde Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) en kartlegging i alle landets kommuner (93 % svarprosent) om kompetansekravet i akuttmedisinforskriften § 7, på oppdrag fra Helsedirektoratet<sup>44</sup>. Kartleggingen viste at krav om bakvakt med utrykningsplikt, var vanskelig å oppfylle. Fra kommunene var meldingen: "Helsemyndighetene bør søke å unngå en situasjon hvor kravet til bakvaksordning i legevakt bidrar til ytterligere sentralisering av tjenesten og økte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegetjenesten. Flere respondenter, både fra kommuner med lavt og høyt folketall, etterlyste evidens for at kravet om bakvakt med utrykningsplikt for leger uten selvstendig vaktkompetanse, slik den er definert i akuttmedisinforskriften, vil øke kompetansen i legevakt."

For å se krav til legers kompetanse i sammenheng, ble det i kartleggingen også sett på hvordan kommunen oppfylte kravet i akuttmedisinforskriftens § 4 om at kommunene skal legge til rette for trening i samhandling. Forskning har vist at dette kompetanse- og kvalitetshevende kravet skaper en god lærings- og pasientsikkerhetskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling – og dermed vil være trygghetsskapende for leger i vakt.

Den partssammensatte arbeidsgruppen på legevakt, som leverte sluttrapport 06.05.22, arrangerte en digital samling med 25 av kommunene fra de minste legevaktdistriktene. I denne gruppen var det

<sup>41</sup> [Microsoft Word - Handlingsplan endeleg pdf versjon.doc \(unit.no\)](#)

<sup>42</sup> [Akuttutvalget utredning sendt 310814 Nklm REVIDERT 311014 \(regjeringen.no\)](#)

<sup>43</sup> Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1341-1346 på tvers av påstandene.

<sup>44</sup> [Nasjonal kartlegging: Kompetansekrav i legevakt | NSDM](#)

flere kommuner som løftet frem kompetansekravene i akuttmedisinforskriften som en utfordring for rekruttering av leger.

#### 4.3.4 Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer den store vaktbelastningen i mange legevaktdistrikter som den mest akutte utfordringen for legevakttjenesten. Særlig i distrikter der leger går 4-delt vakt eller hyppigere, fremstår vaktbelastningen som derekruiterende og destabiliserende, noe som også var tilbakemeldingen fra de minste kommunene under arbeidet i den partssammensatte arbeidsgruppen på legevakt våren 2022. For mange erfarne fastleger med bakvaktkompetanse bidrar hyppige bakvakter til å øke en allerede stor arbeidsbelastning med egen fastlegeliste, egne legevakter og annet allmennmedisinsk arbeid.

Begrunnelsene for kravet til bakvakt er flere, blant annet:

- Sikre god kvalitet på de medisinskfaglige vurderingene i legevakt, som fattes under større grad av usikkerhet og tidspress enn andre allmennmedisinske beslutninger.
- Befeste legevakt som en allmennmedisinsk disiplin.
- Sikre lokal kunnskap for ferske legevaktleger og vikarer.
- Øke tryggheten på vakt for uerfarne leger.

Helsedirektoratet vurderer i utgangspunktet at disse formålene er viktige og vektige, men at det er usikkert i hvilken grad kompetansekravene i akuttmedisinforskriften har vist seg å bidra til disse målene. Mange legevaktleger konfererer primært med spesialisthelsetjenesten ved medisinskfaglige problemstillinger, og den lokale kompetansen i legevaktene vil ofte dekkes av annet personell ved legevaktene. Kravene i akuttmedisinforskriften innebærer samtidig en regulering av tjenesten som er mer detaljert enn det som er tilfelle for de fleste andre områder av helsetjenesten.

Det er viktig å understreke kravet til forsvarlighet, som er hjemlet § 4-1 i Helse- og omsorgstjenesteloven<sup>45</sup>. Kommunene må måle sin drift av legevakt opp mot dette kravet og om nødvendig fatte kompensierende tiltak for å sikre etterlevelse. Når det gjelder ferske leger i legevaktordningen må kommunene i hvert enkelt tilfelle avgjøre om kravet til forsvarlighet er etterfulgt. Det viktige i så henseende er ikke antall gjennomførte legevakter eller andre formelle krav (selv om det er nyttige indirekte mål), men faktisk kompetanse. For noen ferske leger vil det være nødvendig at kommunen stiller med bakvakt på legevaktene i en periode inntil legen er trygg og kan gi en forsvarlig tjeneste. Helsedirektoratet vil også understreke viktigheten av at nye leger i ordningen gjennomgår lokal opplæring og trening med det akuttmedisinske teamet i kommunen. Kunnskap om relevante lokale forhold er viktig for at nye leger fungerer i vakt. Dette kan ivaretas av god opplæring og tilstedeværelse av annet personell på vakt.

I sum vurderer Helsedirektoratet at den negative effekten på rekrutteringen av nåværende bakvaktkrav, veier tyngre enn de positive effektene. Kravene til antall legevakter eller annen relevant tjeneste i § 7 i Akuttmedisinforskriften kan fjernes. En slik anbefaling betinges imidlertid at det samtidig gjøres andre tiltak i deler av lovgivningen. De viktigste av disse er:

- Fortsatt krav til gjennomført akuttmedisinkurs og kurs i volds- og overgrepshåndtering
- Fortsatt krav til veiledning og supervisjon i spesialiseringen i allmennmedisin
- At det legges til rette for at leger ikke er alene på vakt

<sup>45</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#) - Lovdata

## 4.4 Å være alene på vakt

### 4.4.1 Bakgrunn:

Tradisjonelt ble allmennlegeoppgaver i hele landet, inkludert legevakt, utført av mannlige leger som arbeidet alene, både på kontoret og i sykebesøk. De siste tiårene har imidlertid kravene til innhold og kapasitet i legevakttjenesten endret seg, samtidig som legene som bemanner legevaktene har blitt en mer heterogen gruppe, med tanke på kjønn, alder og forventninger til rammene for arbeidslivet.

Kjennetegn ved arbeid i legevakt er blant annet at:

- Relativt sett høy andel akutte problemstillinger
- De akutte medisinske problemstillingene presenteres ofte i tidlig fase
- Det er første møte mellom lege og pasient
- Relativt sett høy andel psykiatriske problemstillinger på natt
- Høy forekomst av trusler og vold mot ansatte i legevakt

I lys av dette har mange aktører over tid understreket viktigheten av at leger ikke arbeider alene på vakt, både av medisinskfaglige grunner og sikkerhetshensyn.

I sin beskrivelse av utfordringsbildet for legevakt beskriver ekspertgrupperapporten:

*“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).”*

Helsedirektoratet skriver følgende i nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, under kapittel 1 om organisering av legevakt<sup>46</sup>:

*“Av kvalitets- og sikkerhetshensyn bør ikke lege i vakt arbeide alene, verken på legevaktstasjonen, under utrykning eller ved sykebesøk. Legevaktstasjoner bør derfor ha en minimumsbemanning på to personer, lege og annet helsepersonell. Samlokalisering med sykehjem og ambulansetjeneste er en annen måte å løse dette på.”*

Funnene i ekspertgruppens rapport peker likevel på en annen virkelighet<sup>47</sup>:

*“På daglegevakt (dvs. i ordinær arbeidstid), i kommuner med ≤ 5000 innbyggere, rapporterer 44 % (54 av 123 kommuner) at det ikke er sykepleier fast til stede. Motsatt har alle kommunene med > 50 000 innbyggere sykepleier fast til stede døgnet rundt. Nasjonalt legevaktregister fant at på kveldstid har 33 % av legevaktene i Norge ikke sykepleier eller annet helsepersonell på vakt, og på natt har 40 % ikke sykepleier eller annet helsepersonell på vakt.”*

På tross av en økende grad av erkjennelse av dette som en faktor som påvirker kvaliteten på tjenesten og rekrutteringen og stabiliseringen i fastlegeordningen, samt en klar anbefaling i veileder

<sup>46</sup> [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](#)

<sup>47</sup> [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](#)

fra Helsedirektoratet om at leger ikke skal arbeide alene på vakt, er likevel dette tilfelle i om lag en tredjedel av legevaktene.

Ekspertgrupperapporten viser, ikke overraskende, at dette primært er en problemstilling i de små legevaktdistriktene, hvor forventet aktivitet per vakt er liten. Ved lav aktivitet på legevakt vil mange kommuner, av økonomiske og andre hensyn, ikke prioritere å ha annet personell tilgjengelig for legevaktlegene.

#### 4.4.2 Innspill fra eksterne aktører

Legeforeningen skriver i sitt skriftlige innspill:

*“Legeforeningen mener det må være et prinsipp at ingen skal jobbe alene på vakt. Slike situasjoner er antirekrutterende, og kan også være i konflikt med arbeidsmiljølovens regler om forsvarlig arbeidsmiljø. Særlig gjelder dette i relasjon til det Ekspertgruppe legevakt har omtalt som utrygghet på vakt, og trusler og vold mot helsepersonell.*

*Det er viktig å unngå at leger står alene i de mest krevende situasjonene og det er viktig å ha samarbeidende personell. Det er også vanskelig å finne andre bransjer med beredskapstjenester hvor det arbeides alene med akutte hendelser og ukjente pasienter.”*

Norsk Legevaktforum peker på noe av det samme i sitt innspill:

*“Vi viser til anbefalingen fra NKLM når det gjelder bemanning i forhold til legevaktsdistrikt. Tross anbefalingen står kommunene selv i stor grad fritt til å selv velge bemanning. Flere legevakter er i dag underbemannet. Flere steder er legen alene på vakt. Vi foreslår å lovfeste en minimumsbemanning på legevakter.”*

NKLM skriver i sitt innspill:

*“Å jobbe alene på vakt kan hindre at legene vil jobbe på legevakt fordi de føler seg utrygge både faglig og sikkerhetsmessig. Å alltid ha kolleger på vakt, enten det er på selve legevakten, i sykebesøk eller under utrykning, øker tryggheten, også med tanke på hendelser med trusler og vold.”*

Videre beskriver NKLM forslag til tiltak:

*“Bemanne legevakten slik at legen aldri er alene på vakt, verken på legevaktstasjonen eller ved utrykninger. Legevaktspersonell opplever med ujevne mellomrom truende hendelser, og økt sikkerhet ved ikke å være alene kan bidra til å trygge helsepersonellet og øke deltakelse i vakt.”*

*“For legevaktordninger der legen har hjemmevakt, må lokalet man rykker ut til ha tilstrekkelig hjelpepersonell, samt at man må ha mulighet til å få følge i sykebesøk og ved utrykninger.”*

#### 4.4.3 Helsedirektoratets vurdering

Som Helsedirektoratet skriver i "Veileder for legevakt og legevaktsentraler"<sup>48</sup>, bør leger ikke arbeide alene på vakt, verken på legekontoret, i sykebesøk eller ved utrykning. Når situasjonen likevel er at

<sup>48</sup> [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](#)

en tredel av legene er alene på vakt på kveldstid, antar Helsedirektoratet at dette virker derekrutterende og destabiliserende samt reduserer kvaliteten på tjenesten.

At leger ikke bør være alene på vakt begrunnes med to overordnede forhold:

- Medisinskfaglig hensyn
- Sikkerhetshensyn

Begge disse hensynene er viktige, men de arter seg noe ulikt. På større legevakter er den medisinskfaglige kompetansen til annet helsepersonell (oftest sykepleiere) avgjørende for å vurdere, triagere og behandle pasientene. Samarbeid med sykepleiere og annet helsepersonell med nødvendig kompetanse er en ressurs for å bedre effektiviteten, håndtere komplekse og akutte hendelser og som faglig diskusjonspartner for legevaktlegene. I tillegg bidrar de med lokalkunnskap og kontinuitet for nye leger i vaktordningen.

De positive effektene som er beskrevet over vil gjelde for legevakter av alle størrelser. Samtidig vil effektene har størst betydning i legevakter hvor samtidighetsproblematikk ofte er en utfordring og leger i stor grad har tilstedevakt. For å hente ut disse effektene er det nødvendig at "annet personell" er helsepersonell med relevant kompetanse, oftest sykepleiere. Helsedirektoratet viser til NKLMs forslag til bemanningsnorm av annet helsepersonell i legevakter, basert på legevaktdistriktenes nedslagsfelt<sup>49</sup>.

Den sikkerhetsmessige risikoen vil også være større jo travlere legevaktdistriktet er, men er likevel av en annen karakter enn de medisinskfaglige. Legevaktleger som er alene på vakt, vil kunne motta ukjente pasienter på legevaktkontoret i ulike tilstander og med ukjente problemstillinger sammen med et ukjent antall pårørende/foresatte. Dette er en situasjon mange legevaktleger opplever seg utrygg i og kan utgjøre en reell risiko for legens sikkerhet.

Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen gjenspeiles i stor grad i utfordringene med å rekruttere sykepleiere og annet helsepersonell i kommunene. Helsedirektoratet har derfor forståelse for at det å ha dedikert helsepersonell på legevakter hvor det i gjennomsnitt er lav aktivitet, ikke blir prioritert.

For å ivareta de sikkerhetsmessige hensynene er det imidlertid ikke imperativt at "annet personell" må være helsepersonell, selv om det vil være det beste. Det aller viktigste for tryggheten til legevaktlegene er at det er annet personell tilgjengelig slik at de kan unngå å møte pasientene og situasjonene alene.

Helsedirektoratet vurderer at dagens situasjon er derekrutterende og bidrar til den store vaktbelastningen i små legevaktdistrikt. Selv om det står i normerende produkter at leger ikke bør være alene på vakt, er det som beskrevet mange legevaktdistrikter hvor dette er en realitet. Helsedirektoratet vurderer at det er nødvendig å gjøre tiltak når praksis viser at dagens virkemidler ikke er tilstrekkelige. Det er flere måter å tilnærme seg problemstillingen på, blant annet:

- Klargjøring av anbefaling i veileder og forslag om praktiske måter for kommuner å løse utfordringen på. For eksempel gjennom oppdatert veileder og/eller tilskudd.
- Fastsette i forskrift at leger skal ha annet personell tilgjengelig ved legevaktarbeid

Mange kommuner gjør i dag aktive tiltak for å sikre at legene ikke er alene ved legevaktarbeid, og gode eksempler på hvordan dette løses kan med fordel spres til resten av kommunesektoren. Aktiv kommunikasjon fra nasjonale helsemyndigheter om dette temaet vil kunne stimulere kommuner til å

<sup>49</sup> [Bemanning-med-sykepleier-eller-annet-helsepersonell.pdf \(norceresearch.s3.amazonaws.com\)](#)

frivillig gjøre tiltak for å imøtekomme problemstillingen. Å sikre annet personell på vakt ble også løftet som en mulig bruk av tilskuddsmidler ved utlysning av legevakttilskuddet i 2022.

Fastsetting av et slikt krav i forskrift vil være et sterkere virkemiddel. Dette vil medføre større sannsynlighet for at kravet blir gjennomført, men også låse opp kommunale midler på en mer rigid måte. Kommunene bør derfor, ved en eventuell forskriftsfesting, få stor grad av frihet knyttet til hvordan plikten oppfylles. Helsedirektoratet vurderer ikke at det utelukkende er helsepersonell som kan fylle en slik rolle.

Hvordan kommunene kan oppfylle pliktene i et eventuelt nytt forskriftskrav, bør beskrives i en oppdatert veileder for legevakt og legevaktsentraler.

#### 4.4.4 Samlet vurdering av kompetansekrav og tilgang på annet personell

Helsedirektoratet vurderer at de nåværende kravene til grunnkompetanse og relevant praksis i akuttmedisinforskriften § 7 første ledd kan tas bort. Kravene til å ha gjennomført kurs bør beholdes. Det bør samtidig legges trykk på en utvikling mot at leger ikke skal utføre legevaktarbeid alene, enten gjennom en forskriftsfesting, eller ved annet aktivt arbeid fra nasjonale helsemyndigheter. Dette vil medføre at:

- Alle leger med godkjent LIS1-tjeneste kan ha selvstendig legevakt dersom de har gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kurs i akuttmedisin må være gjennomført etter innføringen av kravet i akuttmedisinforskriften i 2015.

Denne endringen i akuttmedisinforskriften bør følges av at kommuner legger til rette for at leger ikke er alene på vakt, enten gjennom en forskriftsfesting eller via andre tiltak. Dette vil medføre at:

- Kommunen legger til rette for at leger som hovedregel har annet personell tilgjengelig, under alt legevaktarbeid.

Disse endringene kan medføre at kommunene må se sine døgnkontinuerlige tjenester i sammenheng og eventuelt endre organiseringen av disse. Det anbefales at det legges til rette for at "annet personell" er helsepersonell. Disse vil i så fall kunne bistå også i den medisinske behandlingen av pasientene. Et såpass strengt krav bør imidlertid av hensyn til kommunenes mulighet til implementering og kravets viktigste formål, som er økt trygghet på vakt, uansett ikke forskriftsfestes.

Formålet med disse samtidige endringene er:

- Redusere vaktbelastningen for fastlegene ved at kravene til bakvakt forsvinner
- Øke tryggheten for leger på vakt ved at de sikres å ikke måtte møte situasjoner alene. Dette vil bidra til å redusere vaktbelastningen
- Annet personell bidrar til lokalkunnskap og kontinuitet for ferske legevaktleger

## 5 Finansiering av legevakttjenesten

Den aktivitetsbaserte delen av finansieringen av legevakt skjer i en kombinasjon av egenbetaling fra pasienter og refusjoner fra Helfo. Utover dette finansieres legevakt av kommunene, som forestår blant annet infrastruktur, avlønning av annet personell, beredskapstillegg og eventuell avlønning av leger som har fastlønnskomponenter i sin avtale.

I dag finnes det lite data om kommunenes kostnader til drift av legevakt og de beregningene som finnes viser store variasjoner når det gjelder kostnader mellom kommunene. I 2021 utgjorde totale utgifter for refusjoner og pasientbehandling i legevakt 1 443 millioner kroner<sup>50</sup>. Analyser viser at små kommuner med egen legevakt, som ikke har mulighet for samarbeid har høyere kostnader enn de kommunene som organiserer legevakten gjennom et interkommunalt samarbeid<sup>51</sup>.

Som gjennomgangen av utfordringsbildet i kapittel 3 viser er det ulikhet i inntekt for leger i legevakter med høy aktivitet sammenliknet med lav aktivitet. At dette oppleves som en utfordring i tjenesten gjenspeiles i de skriftlige innspillene fra de eksterne aktørene som er vedlagt. Betalingen per vakt er gjerne lavest for de legene som har hyppigst legevakt. Disse legevaktene er gjerne der legene oftest er alene på vakt.

Det finnes alternativer til dagens måte å finansiere legevakt på og Helsedirektoratet drøfter i de neste avsnittene følgende løsninger:

- Rammefinansiering
- Fastlønn
- Økt beredskapstillegg

### 5.1 Rammefinansiering uten bruk av takster

Rammefinansiering er en oppgjørsordning mellom stat og kommuner der økonomiske midler overføres basert på en fordelingsnøkkel. Størrelsen på de økonomiske overføringene kan basere seg på blant annet antall innbyggere i en helseregion, dens alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Det er dermed (på kort sikt) ingen direkte kobling mellom aktivitet og bevilgning. Midlene forutsettes benyttet i samsvar med "Sørge for-ansvaret", og skal dekke kostnadene ved utført aktivitet. Prinsipielt vil det være mulig å knytte aktivitetskrav til en rammebevilgning.<sup>52</sup> For kommunale helse- og omsorgstjenester er den statlige grunnbevilgningen (rammetilskuddet) tett sammenvevd med kommunens egne skatteinntekter.

Rammefinansiering av legevakt er ofte koblet til avlønning av legene med fastlønn, men er ikke synonymt med dette. Mange kommuner benytter seg allerede av fastlønn som avlønningsmetode i dag, uten at legevakten er rammefinansiert. Forskjellen består da primært i at den aktivitetsbaserte betalingen (egenbetaling og refusjoner) tilfaller kommunen i stedet for legen, og at kommunen således tar den økonomiske risikoen ved lav aktivitet.

Slik rammefinansiering er ment i dette avsnittet fjernes den aktivitetsbaserte betalingen fra staten gjennom Helfo og erstattes av en aktivitetsuavhengig ramme. Kommunene vil innenfor denne rammen selv avgjøre hvordan legevakten organiseres, innenfor gjeldende lovverk.

<sup>50</sup> [Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>51</sup> <https://www.ks.no/contentassets/1070c6a64f4b4066a3a55da1e501ffba/ferdig-rapport-fou-prosjekt-184007.pdf>

<sup>52</sup> [ISF uttalelser 2015 – 08.08.15 En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Rammefinansiering av legevakt vil kunne gi ulike fordeler og ulemper for både lege, kommune og stat. Under gis kulepunkter med utvalgte fordeler og ulemper med en slik løsning:

Fordeler:

- God kostnadskontroll for den som betaler innen hvert budsjettår (kommune/stat)
- Forutsigbarhet og inntektssikkerhet for legevakt og legevaktleger
- Prioriteringsnøytralitet (liten grad av økonomisk påvirkning på hvilke pasienter som mottar behandling og hvilken type behandling de mottar) og gir ikke insentiver til overbehandling
- Incentiver til kostnadsreduksjon ved at gevinsten ved besparelser beholdes av utfører
- Utgjør ikke hinder for innovasjon og nye tjenesteformer fordi betalingene ikke er knyttet til bestemte arbeidsmåter eller handlinger
- Nøytral med hensyn til valg mellom forebyggende aktiviteter og tiltak overfører innbyggere med etablerte symptomer eller sykdom

Ulemper:

- Økonomisk risiko bæres i hovedsak av utfører (risiko for mangelfull kostnadsdekning ved økt aktivitet utover forutsetningene)
- Risiko for lavere tjenestevolum da økt innsats ikke premieres, med redusert kapasitet og økte ventelister som resultat
- Risiko for seleksjon og at tjenester skyves over til andre tjenesteytere fordi krevende behandling ikke premieres. Forflytning av tjenester vil f.eks. kunne gi økte kostnader i spesialisthelsetjenesten eller i andre deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Gir ikke særskilte økonomiske insentiver for å fremme bestemte tjenester
- Innebærer ingen mekanisme for styring av aktivitet, oppgaveendringer og ressursutnyttelse
- Bidrar ikke til styringsinformasjon om aktiviteten

## 5.2 Fastlønn for legevaktleger

I dag er det variasjoner mellom inntektsmodellene som kommunene tilbyr legene i legevakt. I noen kommuner er eksempelvis fastlegene næringsdrivende leger på dagtid og har fastlønn på legevakt. I andre kommuner er legene fastlønnet før eller etter et visst klokkeslett under legevakten, eller er selvstendige næringsdrivende hele legevakten. Noen legevakter har en kombinasjon av fastlønnede leger og leger på næringsinntekt på vakt.

Kunnskapen om hvilke avlønningssystemer som best bidrar til ønsket måloppnåelse for legevaktordningen er begrenset. For helsetjenesten generelt er det ofte langt flere mål enn det er virkemidler og ethvert avlønningssystem vil generelt ha noen gode egenskaper og noen mindre gode.

For selvstendig næringsdrivende leger vil avlønning være basert på takster og beredskapstillegg som gir varierende inntekt og en viss uforutsigbarhet for legen. Denne avlønningsformen vil ofte gi lavere inntekt i distriktene enn sentrale kommuner, på grunn av lavere gjennomsnittlig aktivitet.<sup>53</sup> Fastlønn gir forutsigbarhet for legen, men kan også oppleves som en innskrenking av råderett over egen tidsbruk. Større forutsigbarhet vil kunne spille positivt inn på rekruttering, spesielt til de legevaktdistriktene der legene i dag har lav gjennomsnittlig inntekt per vakt på grunn av lav aktivitet. For leger i legevaktdistrikt med høy aktivitet, som i de større tettstedene/byene, vil imidlertid

<sup>53</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertgruppe-legevakt.pdf>

fastlønn kunne innebære en inntektsnedgang, som isolert sett kan virke negativt på rekruttering. For å kompensere for dette kan det i de større byene tilbys fastlønnsavtaler som er gunstige nok til å matche inntektene via takster.<sup>54</sup>

Som vist tidligere i besvarelsen har kommunene i dag fleksibilitet i forhold til hvordan de lønner legevaktlegene, og mange kommuner av ulik størrelse tilbyr legevaktlegene fastlønn, blant annet av rekrutteringshensyn. Utfordringen for mange kommuner er at den økte utgiften dette innebærer må dekkes over ordinære kommunebudsjetter. Et alternativ til fastlønn for å øke forutsigbarheten og kompensasjonen for beredskapsarbeid kan være å heve beredskapssatsene, slik at det gir liknende effekt på rekruttering som fastlønn. Oslo Economics gjennomførte i 2018 på oppdrag for KS en utredning om kommunale vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barneverntjenestene hvor de blant annet så på kostnader knyttet til legevakt, hvor variasjon i kostnader knyttet seg til organisasjonsform og innbyggertall.<sup>55</sup> Kostnader per innbygger ved legevakt viser seg å være høyest i de minste kommunene (inntil 5 000 innbyggere). Noe av grunnen til dette må tenkes å være nettopp det at enkelte kommuner tilbyr fastlønn til leger på legevakt hvor det er lite aktivitet og kommunene vil få lite refusjon i form av takster og egenandeler.

I rapporten "Fastlønn ved legevaktarbeid" vises det til at en overgang til fastlønn kan tenkes å påvirke rekrutteringen til legevakt positivt ved at inntektsusikkerheten bortfaller, men at det samtidig er uvisst hvor stor betydning dette har. Det blir også her pekt på at takster og beredskapstillegg medfører at legevakter i mindre sentrale strøk har lavere inntekt enn i sentrale strøk og at en utjevning av denne forskjellen er viktigere enn måten inntekten opptjenes på.<sup>54</sup>

Forventede effekter ved innføring av fastlønn i legevakt speiler delvis konsekvensene som ble diskutert under avsnittet om rammefinansiering. Fastlønn vil innebære inntektsforutsigbarhet for legene og forutsigbare utgifter for kommunene. Den økonomiske risikoen ved lav aktivitet bæres av kommunene. Det gir ikke insentiver for å prioritere mindre alvorlige tilstander og gir legene mulighet til å disponere sin tid uten å ta hensyn til konsekvensene for egen inntekt. En overgang til fastlønn vil sørge for at leger får bedre betalt for vaktberedskapen i legevaktdistrikt med lav aktivitet og, i de kommunene som allerede benytter fastlønn som avlønningsmetode i dag, bidra til at dette finansieres mer fullstendig enn i dag.

De manglende insentivene til aktivitet vil imidlertid kunne medføre at aktiviteten på legevaktene reduseres for mye og at volumet legetjenester som produseres blir for lavt til å håndtere etterspørselen, særlig i perioder av året med høy pågang til legevaktene. Dette vil kunne føre til en videre dreining av legevaktjenester mot det helprivate markedet. En overgang til flat fastlønn i hele landet vil innebære inntektsøkning for legevakter i grise- og grisgrendte strøk, men en inntektsnedgang for leger som i dag arbeider i legevakter med høy aktivitet. Den totale effekten av slike vridningseffekter er ikke utredet i denne besvarelsen.

### 5.2.1 Økning av beredskapstillegg

Beredskapstillegg er en aktivitetsuavhengig kompensasjon for å ha vakt. I henhold til særavtalen (SF2305) mellom KS og Den norske legeforening er beredskapsgodtgjøringen delt i fire klasser. I de laveste vaktklassene er det minst forventet aktivt arbeid og godtgjøringen per time er høyest. Dette

<sup>54</sup> [Forside Fastlønn \(unit.no\)](https://unit.no/forside-fastlonn)

<sup>55</sup> [ferdig-rapport-fou-prosjekt-184007.pdf \(ks.no\)](https://ks.no/ferdig-rapport-fou-prosjekt-184007.pdf)

vil ofte være legevaktsdistrikt med lavt befolkningsgrunnlag. Jo høyere forventet aktivitet per time, jo lavere er beredskapstillegget.

Dersom formålet er å bedre kompensasjonen for beredskap er et alternativ til fastlønn en økning av det aktivitetssuavhengige beredskapstillegget. En slik løsning vil kunne kombinere aktivitetsbasert finansiering, med de positive effekter det har, med bedre kompensasjon for beredskap. Løsningen vil imidlertid innebære økte utgifter for det offentlige, dersom andre variabler holdes uendret fra i dag.

### 5.2.2 Finansieringssystemet i akuttmedisinske tjenesten

Ansvar for samfunnets akuttmedisinske tjenester er organisert på to forvaltningsnivåer mellom kommuner og helseforetak, hvor begge nivåer har et sørge-for-ansvar. Fra statens side er det viktig å bidra med incentiver som bidrar til at hvert forvaltningsnivå utvikler mål og arbeider for gode løsninger. Akuttutvalget påpekte i 2015 at finansieringen av den akuttmedisinske kjeden er et eksempel på at rammevilkår ikke er utviklet for en samlet kjede, men er blitt regulert etter hvert som hver tjeneste har vokst fram.<sup>56</sup>

I Nasjonal Helse og Sykehusplan (2020 – 2023) er det vist til at ulikheter i finansieringssystemene kan gi kommuner og helseforetak ulike økonomiske incentiver til å samarbeide om å organisere tjenestetilbudet til det best for pasientene. En av utfordringene i den akuttmedisinske kjeden er å skape bærekraftige løsninger for å gi samsvarende incentiver for samhandling.

I rapporten "Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene" er det blant annet beskrevet og diskutert rundt konsekvenser av asynkronitet i dagens finansieringssystemer. En likere innretning av finansieringssystemene på tvers av tjenestenivåene kan bidra i større grad å gi samsvarende incentiver for samhandling.<sup>57</sup>

### 5.2.3 Diskusjon

Det er vanskelig å utforme et universelt avlønningssystem for legevakt som passer like godt i alle landets kommuner. Det trengs mer kunnskap om hva slags effekt fastlønn og stykkprisfinansiering har for pasientbehandlingen, aktiviteten og kapasiteten på legevakt. Det er styrker og svakheter ved ulike systemer som igjen vil variere ut ifra lokale organisatoriske, demografiske og geografiske forhold. I helsetjenesten er det videre flere mål enn det er virkemidler og et avlønningssystem kan i praksis ikke oppfylle alle mål fullt ut. I mindre sentrale kommuner er trolig argumentet for fastlønn sterkere i forhold til rekruttering enn i sentrale kommuner, ettersom befolkningsgrunnlaget kan være for lite til at kombinasjonen av beredskapstillegg og takster er attraktivt. Der befolkningsgrunnlaget er større, og inntektspotensialet er størst, vil antageligvis argumenter for takstbasert finansiering være sterkest. På bakgrunn av en overordnet økonomisk analyse alene er det vanskelig å gi et entydig svar på om en overgang fra takstbasert avlønning til for eksempel fastlønn generelt er å foretrekke. De store forskjellene mellom kommuner med hensyn til sentralitet, befolkningstetthet, geografi og reiseavstander er en viktig grunn til dette. Dersom fastlønn skulle bli en viktig avlønningsform for framtidens legevaktordning kan det være hensiktsmessig med lokale tilpasninger av fastlønn eller kombinasjon med takster/bonusordninger.<sup>54</sup>

<sup>56</sup> NOU 2015: 17 (regjeringen.no)

<sup>57</sup> Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene.pdf (helsedirektoratet.no)

### 5.3 Beregninger og analyser av kostnader

I dette avsnittet beregnes forventede kostnader forbundet med overgang til fastlønn for alle leger på legevakt og økning av beredskapstillegget.

Statistikk og kunnskap om kommunale kostnader knyttet til legevakt er mangelfull. Analysene i denne beregningen bygger derfor på forenklerende forutsetninger om ulike forhold. Lite oppdatert og dekkende statistikk gjør at beregningene er beheftet med en betydelig grad av usikkerhet. Beregningene gir likevel et anslag på forventede kostnader ved de ulike tiltakene. Analysene kan eventuelt bygges ut i senere arbeider.

#### 5.3.1 Fastlønn på legevakt

Analysene av å gå over fra dagens finansiering av legevakt til fast avlønnede leger er usikre og avhengig av mange variabler. Aktiviteten på legevakt de siste årene har vært kraftig påvirket av pandemien. Fra 2020 er kontaktmønsteret på legevakt annerledes enn tidligere år, da antall kontakter de siste to årene nesten er doblet. Det er noe færre konsultasjoner og betydelig flere telefon- og enkle kontakter. Enkle kontakter er nesten 24-doblet siden 2019 noe som har en sammenheng med blant annet covid-19-testing.<sup>58</sup>

De totale regnestykkene vil også være avhengig av størrelsen på fastlønnen som legges til grunn.

Kommunenes faktiske utgifter til legevakt er i dag ikke kjent. Det er en pågående prosess for å få inkludert kostnader til legevakt i KOSTRA-rapporteringen, men dette er enda ikke på plass. En overgang fra dagens finansieringsordning til fastlønn vil ha konsekvenser for disse kommunale utgiftene, men hvordan og i hvilken grad er ukjent, og vil være avhengig av innretningen på en eventuell ny ordning.

På bakgrunn av de store usikkerhetene i tallgrunnlag og forutsetninger presenteres det ikke konkrete beregninger i dette delkapittelet. Som Helsedirektoratet skriver andre steder i besvarelsen kan dette gjøres i senere, bredere analyser.

#### 5.3.2 Forventet kostnad ved en økning av beredskapstilleggene

For å gjøre beregningene er det antatt antall kommuner per vaktklasse, basert på svarene fra KS sin spørreundersøkelse om legevakt blant landets kommuner i 2020. For å beregne antall leger på vakt mellom 16 – 08 har vi antatt én lege i vaktklasse en og to leger i vaktklasse to og tre. Økte kostnader ved aktivitet for leger som egenandel, reisetillegg, skyssgodtgjøring og refusjon er ikke medregnet.

Det er opp til kommunen selv hvordan avlønningsformen på legevakt er. Enkelte legevakter i de ulike vaktklassene kan ha ulike ordninger som for eksempel fastlønn i deler av døgnet, eksempelvis natt, og aktivitetsbasert avlønn i andre deler. Det kan påvirke hvor mange timer på døgnet et utbetales beredskapstillegg. I disse beregningene er det antatt at alle legevakter har godtgjøring hele døgnet.

Basert på dagens beredskapsgodtgjøringer er det gjort beregninger på hvordan endringer kan slå ut ved en økning på henholdsvis 30%, 50% og 100% av dagens godtgjøring.

---

<sup>58</sup> [Årsstatistikk for legevakt 2021 NORCE Norwegian Research Centre AS](#)

Tabell: Totalt årlig beredskapskostnad ved dagens godtgjøring og ved prosentvis økning av dagens godtgjøring

| % økning av dagens godtgjøringer | Antatt årlig kostnad ved dagens godtgjøring | Antatt årlig kostnad ved økt godtgjøring | Anslag endring |
|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|
| 30 %                             | 150 000 000                                 | 195 000 000                              | 45 000 000     |
| 50 %                             | 150 000 000                                 | 225 000 000                              | 75 000 000     |
| 100 %                            | 150 000 000                                 | 300 000 000                              | 150 000 000    |

Med en 30% økning av dagens beredskapsgodtgjørelser vil det kunne gi en antatt økt kostnad på om lag 45 millioner kroner årlig. Ved en økning på 50% og 100% vil det kunne gi en antatt økt kostnad på henholdsvis 75 og 150 millioner kroner årlig.

Det er usikkerhet ved beregningene da kommunene selv gjør egne avtaler om når på døgnet det utbetales beredskapstillegg eller fastlønn. Det er også usikkerhet knyttet til hvor mange leger som er på vakt samtidig, og forutsetningene i disse beregningene vil være en forenkling.

### 5.3.3 Kostnader forbundet med ekstra personell på vakt

Helsedirektoratet diskuterer i denne besvarelsen en løsning der det forskriftsfestes at leger skal ha annet personell tilgjengelig i legevaktarbeidet. Annet personell trenger ikke være helsepersonell. Kostnadene forbundet med et slikt anslag er beregnet i dette avsnittet.

I denne beregningen er det tatt utgangspunkt i andelen legevakter uten sykepleiere eller annet personell til stede med å tildele én sykepleier eller annet personell en beredskapsgodtgjøring eller full lønn for å kunne se de økonomiske konsekvensene ved at ingen leger er alene på vakt.

For å beregne antall legevakter hvor legen er alene på vakt er antagelsene i beregningen basert på ekspertgruppens kartlegging og prosentandelen i tabell 9.10.2.3 "hvor mange sykepleiere/annet helsepersonell er vanligvis på vakt?", som viser at mellom 33 og 40% av legevaktene har ingen sykepleier eller annet personell til stede utenom ordinær arbeidstid.<sup>59</sup> Basert på svarene viser det seg at det er noe variasjon mellom tidspunktene (kveld og natt), hvor det er noe større prosentandel av legevaktene som er alene på nattestid enn kveldstid.

Tabell: Anslag antall legevakter hvor lege er alene på vakt, brukt i beregning

| Antall sykepleiere/<br>annet helsepersonell på<br>vakt | Mandag -<br>fredag,<br>kveld | Mandag -<br>fredag,<br>natt | Lørdag,<br>søndag,<br>helligdag,<br>dag | Lørdag,<br>søndag,<br>helligdag,<br>kveld | Lørdag,<br>søndag,<br>helligdag,<br>natt |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| 0                                                      | 56                           | 67                          | 55                                      | 56                                        | 67                                       |

<sup>59</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertgruppe-legevakt.pdf>

Basert på prosentandelen i tabell 9.10.2.3 til ekspertgruppe legevakt er denne prosentandelen satt opp mot dagens totale antall legevakter for å kunne gjøre antagelser på antall legevakter hvor legen er alene på vakt. I beregningen er arbeidstiden fordelt mellom mandag-fredag kveld og natt, lørdag – søndag dag, kveld og natt. Beregningen av kostnad per vakttidspunkt er det tatt utgangspunktet i at dagens legevakter hvor det ikke er noen sykepleiere/annet helsepersonell på jobb har én sykepleier/annet helsepersonell på vakt. For beregning av timelønn er det beskrevet tre alternativer:

1. timelønn for sykepleiere/annet helsepersonell med full lønn,
2. beredskapsgodtgjøring basert på satser fra særavtalen (SFS 2305)
3. timelønn for annet personell som allerede er på jobb i kommunen.

Timelønn er multiplisert med vaktens lengde i timer. Summen for en ekstra personell på jobb per vakt er multiplisert med antall legevakter hvor legene i dag er alene. Ulik timelønn for kveld, natt og helg er tatt høyde for i beregningen. Beregningen er deretter summert opp på årlig basis.

For alternativ 1 er det antatt full sykepleierlønn. Ved beregning av alternativ 3, hvor annet personell som allerede er på jobb benyttes på legevakt, er det estimert halv sykepleierlønn, dette for å godtgjøre ansatte som allerede er på jobb ved å være i beredskap. For kostnader til beredskapsgodtgjøring er det tatt utgangspunktet i godtgjøringene fra sentral forbundsvis særavtale (SFS 2305) mellom KS og Den norske legeforeningen. Ved beregning av alternativet med full lønn er det tatt utgangspunktet i en sykepleier/annet personell med full lønn som er til stede hvor lege er alene på vakt.

*Tabell: Anslått årlig kostnad ved økt bemanning for leger som er alene på vakt*

| Lønn                                    | Anslått årlig ekstra kostnad |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| Annet personell som allerede er på jobb | 24 000 000                   |
| Beredskapsgodtgjøring                   | 35 000 000                   |
| Full lønn                               | 126 000 000                  |

I tabellen over vises en anslått årlig kostnad på mellom 24 og 126 millioner kroner ved en overgang til at ingen leger er alene på vakt. Kostnadene baserer seg på ved å tilby annet personell full lønn, beredskapsgodtgjøring eller bruk av annet personell som allerede er på jobb.

Dersom det skal forskriftsfestes at det skal være annet personell tilgjengelig ved legevaktarbeid forutsettes det at kommunen organiserer dette på mest mulig kostnadseffektivt vis. Særlig anbefaler Helsedirektoratet at annet personell som er i vaktberedskap i kommunen utnyttes så langt det lar seg gjøre, for eksempel hjemmesykepleie, personell på sykehjem eller brannvesen. Ved bruk av annet personell som allerede er på jobb er det antatt at det gis et tillegg for å være i beredskap. Dette reduserer kostnadene betydelig, sammenliknet med å ansette dedikert personell for å assistere legevaktlegen.

Organiseringen av ekstra bemanning på legevakt kan løses på mange ulike måter rundt om i kommunene. En eventuell organisering kan blant annet være med hjemmesykepleie, sykehjem, brannvesenet etc. som allerede er på jobb. Dette vil redusere en antatt kostnad betydelig. Basert på beregningene over er det anslått at ekstra personell på vakt for leger som i dag er alene på vakt vil

kunne utgjøre ekstra årsverk på om lag mellom 40 – 200 årsverk. Antall årsverk en slik ordning vil utgjøre avhenger av organiseringen legevaktene selv velger.

Alle beregningene over er basert på enkle forutsetninger og usikkerhet. Dagens legevakter er organisert ulikt og store variasjoner seg imellom noe som gjør forenklende analyser usikre. Kvaliteten i datagrunnlaget og forutsetningene gjør det vanskelig å trekke klare robuste slutninger om virkninger av å innføre fastlønn for legevaksarbeid. Da det i dag er lite kunnskap om kommunenes reelle utgifter til legevakt er det usikkert om betydningen av eventuelle utelatte kostnader.

#### 5.3.4 Helsedirektoratets totalvurdering

Helsedirektoratet er bedt om å vurdere endringer i finansiering av legevaktordningen, og har diskutert aspekter ved modellene rammefinansiering, fastlønn og økning av beredskapstillegget. Overordnet vurderer Helsedirektoratet det som en rekrutteringsutfordring for fastlege- og legevaktordning i distriktene at disse legene har hyppigst vakt, er oftest alene og tjener minst per vakt.

Innføring av obligatorisk fastlønn på legevakt blir løftet som et aktuelt tiltak av flere av de eksterne aktørene som har gitt innspill til dette oppdraget. Staten kan i prinsippet omdisponere midler som i dag går til refusjon til legene via Helfo til kommunerammen, for å finansiere fastlønnsavtaler. Fastlønn vil føre til større inntektssikkerhet for leger i de mindre legevaktene, eller større grad av dekning for utgiftene for kommuner som allerede har fastlønnsavtaler med legevaktlegene. Legene ved de større legevaktene vil forventes å få en inntektsnedgang, og fastlønn vil således innebære en vridning av ressurser fra legevakter med høy aktivitet til legevakter med lav aktivitet. De økonomiske insentivene til høy aktivitet vil tas bort. Dette kan innebære at leger kan disponere sin tid utelukkende på bakgrunn av medisinskfaglige vurderinger, men også at den totale kapasiteten i legevaktordningen går ned, noe som vil være en utfordring, særlig i travle perioder.

Beregninger som er gjort i forbindelse med denne besvarelsen indikerer at midlene som i dag går til legene via Helfo-refusjoner kommer langt i å finansiere overgang til fastlønn i legevaktdistriktene, selv om det vil være avhengig av mange faktorer. Beregningene tar imidlertid ikke hensyn til eventuelle vridningseffekter av endrede økonomiske rammevilkår eller hvordan totaleffekten en slik omlegging vil ha på rekrutteringen til legevaktordningen. Helsedirektoratet vurderer ikke at denne oppdragsbesvarelsen er tilstrekkelig grunnlag for å kunne anbefale en endring av finansieringen av legevakt.

En økning av beredskapstillegget vil i teorien kunne kombinere insentivene til aktivitet med større kompensasjon for beredskap, men vil uvegerlig medføre økte utgifter for det offentlige. Beredskapsgodtgjørelsen er regulert i avtaleverket mellom Legeforeningen og KS og det tillegges således partene å forhandle om endringer i denne.

Samtidig er det viktig å finne en økonomisk bærekraftig modell for å unngå negative samfunnsøkonomiske effekter som for eksempel økt bruk av ambulanse- og andre spesialiserte helsetjenester herunder økt antall innleggelser i sykehus.

Nye finansieringsordninger for legevakt bør derfor sees opp mot finansieringsordningene i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratets rapport: "Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene" skisserer overordnede finansieringsmodeller som fremmer samhandling, gode behandlingsforløp, langsiktig bærekraft og god samfunnsøkonomi. Den varslede

stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, inkludert legevakt, vil være en egnet arena for å gjennomføre et slikt arbeid.

## 6. Understøttelse av kommunene

### 6.1 Rekrutteringstilskudd

Regjeringen vedtok i 2022 et tilskudd på 50 millioner kroner for å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer til legevakttenesten. 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 for tilskuddet og Helsedirektoratet mottok 76 søknader om tilskudd til en totalsum på kr 117 562 671. Prioriteringen av søknadene ble gjort etter kriteriene i tilskuddsreglementet. 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 tilskuddsreglementet 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 tilfredsstilte tildelingskriteriene fikk tildeling tilsvarende søknadsbeløpet.

I desember 2022 ble det under behandling av omgrupperingsproposisjonen i Stortinget bevilget ytterligere 12 millioner kroner til tilskuddsordningen. Helsedirektoratet innvilget tilskudd til ytterligere 11 kommuner, i tillegg til to kommuner som fikk tilført resterende beløp opp til 1,5 millioner. Med denne ekstrabevilgningen har totalt 51 kommuner fått tilskudd for styrking av legevakttenesten i distriktskommuner i 2022.

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.

## 6.2 Helsedirektoratets vurdering

Rekrutteringstilskuddet som ble utdelt i 2022 er allerede vedtatt videreført i 2023.

Helsedirektoratet har ikke gjennomført noen evaluering av tilskuddet for 2022, men på bakgrunn av engasjementet rundt tilskuddsordningen og mengden søknader vurderer Helsedirektoratet at behovet for økonomisk tilskudd er stort i kommunene. Mange av kommunene søkte om midler til tiltak som vil ha effekt over tid og det er formålstjenlig at tiltak som blir gjennomført kan inngå i varige strukturer i kommunene.

Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en evaluering av tilskuddet for 2022 før tilskuddsreglement for 2023 utarbeides. Erfaringer derifra kan gjøre tilskuddet mer treffsikkert og sikre at måloppnåelsen blir så god som mulig. Uansett er det ønskelig med forutsigbarhet i forhold til tiltakene som iverksettes i kommunene og Helsedirektoratet anbefaler at tilskuddet videreføres i 2024 og at dette besluttet så raskt som mulig.

## 6.3 Spredning av nye måter å organisere legevakt og den akuttmedisinske kjede

### 6.3.1 Bakgrunn

Det har de siste årene vært gjennomført flere pilotprosjekter på legevaktfeltet og i den akuttmedisinske kjeden. Eksempler på dette er:

- Akuttkjeden Telemark
- Rørosprosjektet
- Pilot legevakt

Dette er prosjekter som er ferdigstilt og sluttevalueringer foreligger. Staten har vært involvert i alle disse prosessene, som prosjektleder og/eller finansiell bidragsyter, og det er naturlig at sentrale helsemyndigheter tar ansvar for å bre læringspunktene derfra. I tillegg til de nevnte prosjektene pågår det mye utviklingsarbeid ellers i tjenesten som forventes å ha innvirkning på hvordan tjenesten organiseres i årene fremover.

Den partssammensatte arbeidsgruppen på legevakt skrev i sin sluttrapport i juni 2022:

*"Det har gjennom de siste årene utviklet seg mange ulike modeller for drift av legevakt i kommunene. Disse er i hovedsak lokalt forankret og påvirket av lokale rammevilkår, muligheter og utfordringer. I tillegg finnes det initiativer i sentral regi, som utforsker nye måter å organisere legevakt og akuttmedisinske tjenester på.*

*Det kan være utfordrende for kommunene (særlig mindre kommuner) å orientere seg i landskapet av ulike driftsmodeller. Samtidig synes den partssammensatte arbeidsgruppen det er utfordrende å anbefale spesifikke modeller i rammene av denne rapporten, da disse gjerne er skreddersydd lokale forhold.*

*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."*

Utfordringene på legevaktfeltet og i den akuttmedisinske kjede varierer på tvers av landets regioner, og de ulike modellene som er utprøvd gjennom pilotprosjekter vil ikke nødvendigvis kunne kopieres andre steder. Alle prosjektene omfatter imidlertid en måte å organisere og innrette tjenesten på som kan tilpasses lokale behov. I tillegg kan elementer fra de forskjellige modellene kombineres og utfylle hverandre.

For at kommunene skal kunne forholde seg til nye måter å organisere tjenesten på en konstruktiv måte må disse presenteres på en oversiktlig måte og gjøres kjent for beslutningstakere i kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet bør ta ansvar for å utarbeide et skriftlig produkt som kan bidra til dette i samarbeid med KS og Legeforeningen.

For at nye metoder faktisk skal få gjennomslag i tjenesten, vurderer Helsedirektoratet imidlertid at det er behov for mer enn en oppdatert veileder. Det anbefales derfor i tillegg stimuleringsmidler for kommuner og helseforetak, som i rammen av helseforetakene kan lette implementering av samhandlingstiltak.

### 6.3.2 Stimuleringsmidler

Helsedirektoratet anbefaler at Nasjonalt fagnettverk for akuttmedisin får i oppdrag å utarbeide kriterier for stimuleringsmidler i den akuttmedisinske kjede. Kriteriene bør forankres i Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester.

Følgende kriterier kan legges til grunn:

- Kommuner kan søke tilskudd fra staten for å understøtte konkrete samhandlingsprosjekter for legevakt og den akuttmedisinske kjeden
- En forutsetning for innvilget tilskudd er at prosjektet og søknaden må være forankret i helsefellesskapet
- Prosjektene bør hensynta fastlegenes totale arbeidsbelastning

Helsedirektoratet har fått et eget oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet om finansiering og sammenhengende tjenester. I det oppdraget bes Helsedirektoratet blant annet vurdere opprettelse av et samhandlingstilskudd. Forslagene om stimuleringsmidler i denne besvarelsen bør sees i sammenheng med besvarelse av oppdraget om sammenhengende tjenester.

### 6.3.3 Lansering

Ny veileder og eventuelle stimuleringsmidler/tilskudd bør presenteres som ledd i et større arrangement/webinar om legevaktstjenesten og den akuttmedisinske kjede der alle landets kommuner er invitert. Arrangementet bør ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

## 7 Økonomiske og administrative vurderinger

For økonomiske og administrative vurderinger ved eventuell forskriftsfesting av krav om annet personell på legevakt og vises det til kapittel 4.2. Et krav om at det skal være annet tilgjengelig personell på vakt estimeres å medføre behov for:

- 40-200 årsverk i kommunene
- 24-126 millioner kroner i økte utgifter

Usikkerheten i økonomiske og administrative konsekvenser baserer seg på i hvilken grad kommunene klarer å utnytte personell som allerede er på arbeid i kommunene eller om det må ansettes nytt personell.

Økonomiske konsekvensene ved økt beredskapstillegg og overgang til fastlønn er også skissert i kapittel 4.2.

For de andre konkrete forslagene som diskuteres i denne besvarelsen forventes mindre økonomiske konsekvenser. Bortfall av kravet om bakvakt for leger som har fullført LIS1, men som ikke innehar selvstendig vaktkompetanse i henhold til dagens regelverk, vil medføre besparelser for kommunene. Det er utfordrende å beregne størrelsen på denne besparelsen, da det ikke er gode data på dagens bruk av bakvakt. Ekspertgruppe legevakt hadde som mandat å kartlegge tid brukt på ulike vakttyper<sup>60</sup>. Tallene som er presentert i den rapporten baserer seg på Fastlegeevalueringen fra 2019 og Tidsbruksundersøkelsen fra 2018. Utfordringene med disse datakildene blir diskutert i ekspertgrupperapporten. Det har videre vært unntak fra kravet om bakvakt gjennom pandemien, selv om mange kommuner har opprettholdt praksisen. Til slutt vil noen ferske legevaktleger etter individuelle vurderinger ha behov for bakvakt selv om dagens krav i akuttmedisinforskriften fjernes.

På grunn av usikre data er derfor ikke størrelsen på besparelsene beregnet i denne rapporten, men kommunene vil forventes å totalt sett få reduserte kostander til bakvakt.

---

<sup>60</sup> [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](#)

## 8 Oppsummering og anbefalinger

Helsedirektoratet har i dette oppdraget vurdert endringer i regulering og finansiering av legevaktjenesten for å skape bærekraftige løsninger på bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag, i lys av andre større utredningsarbeid på allmennlegefeltet og i samlet akuttmedisinsk kjede. De foreslåtte tiltakene er basert på Helsedirektoratets forståelse av utfordringsbildet og er ment å understøtte en utvikling der legevaktjenesten fortsetter å være en allmennmedisinsk disiplin, som i økende grad er tett integrert med både resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den akuttmedisinske kjeden.

De konkrete tiltakene som diskuteres, hensyntar alle fastlegenes arbeidsbelastning og reflekterer at rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og den høye vaktbelastningen på mange fastleger er den mest akutte utfordringen også for legevaktjenesten. I gjennomgangen av utfordringsbildet løftes flere problemstillinger som ikke har sitt motsvar i forslag om spesifikke tiltak i denne besvarelsen. Eksempler på dette er legevaktsentralenes rolle og den delte ansvarsfordelingen i den akuttmedisinske kjeden. Disse problemstillingene med flere kan løftes når feltet skal gjennomgå i sin helhet i den varslede stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Når det gjelder endringer i finansieringsordninger for legevakt er ulike løsninger for dette diskutert i besvarelsen, men eventuelle anbefalinger må bygge på bredere utredninger enn det som foreligger her. Finansieringen bør sees opp mot finansiering av hele den akuttmedisinske kjede, i tillegg til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den kommende stortingsmeldingen kan være en riktig arena for dette.

### 8.1 Anbefalinger

- Helsedirektoratet anbefaler at legevaktarbeid på sikt bør vurderes på linje med andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegene
- For spesialister i allmennmedisin som har hovedstilling i legevakt bør denne stillingen kunne telle som erstatning for dagens krav om ett år i åpen, uselektert praksis, for at legene kan beholde retten til å kreve spesialisttakst
- Kompetansekravene i akuttmedisinforskriften bør endres, slik at leger med fullført LIS1-tjeneste kan ha selvstendig legevakt, så lenge nødvendig opplæring er gitt og obligatoriske kurs er gjennomført. Helsedirektoratet understreker viktigheten av lokal samtrening i den akuttmedisinske kjede
- Økt oppmerksomhet på at leger alltid skal ha annet personell tilgjengelig ved legevaktarbeid; enten ved forskriftsfesting eller gjennom andre tiltak
- Finansieringsordningene står sentralt i ordningen, men endelig anbefaling av eventuelle endringer vil kreve en bredere og mer helhetlig utredning enn det som ligger i denne besvarelsen. En hovedutfordring er å finne riktig balanse mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap
- Dagens rekrutteringstilskudd bør videreføres. Erfaringer fra fullførte utviklingsprosjekter i den akuttmedisinske kjeden bør tilgjengeliggjøres for sektoren og det bør vurderes å bevilge stimuleringsmidler for å fremme samhandling i den akuttmedisinske kjeden

## 9. Vedlegg