



Gjentatte henvendelser til legevakt

– hvorfor fanger ikke legevaktstjenesten alltid opp alvorlighetsgrad når pasienter ringer?

Innhold

Sammendrag	3
Bakgrunn og innledning	6
Historien om Ida	9
Om kommunal legevakt	13
Funn: Kommunikasjonsferdigheter har betydning	16
Funn: Begrepet forverring er uklart og rekontakt fanges ikke alltid opp	19
Funn: Telefonoperatørens kompetanse varierer	22
Funn: Beslutningsgrunnlaget var begrenset	26
Funn: Det er vanskelig å sikre kompetanseutvikling og oppfølging av leger i legevakt	30
Funn: Det er utfordrende å ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring	33
Risikoområder er lite kjent	34
Lite læring etter alvorlige uønskede hendelser	35
Anbefalinger	39
Kompetansekrav i klinisk kommunikasjon	39
Varsel om rekontakt	39
Mulighet for lydopptak av telefonkonsultasjon med lege	39
Videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy	40
Videreutvikling av videoløsning	40
Behov for begrepsavklaring og standardisering av råd	40
Tilgjengeliggjøring av råd	40
Forbedrings- og kvalitetsarbeid i legevakttjenesten	43
Spørsmål til refleksjon	43
Nyttige verktøy og prosjekter ved legevakttjenesten	44
Fremgangsmåte for undersøkelsen	47
Datainnsamling	47
Rammeverk for strukturering av datasett	48
Ukoms oppdrag	50
Summary report English	52
Referanser	54

Gjentatte henvendelser til legevakt

Publisert 20. februar 2024 Sist oppdatert 20. februar 2024

I rapporten retter Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), søkelyset mot storbylegevakter. Vi har undersøkt hvordan henvendelser blir håndtert når personer ringer legevakten for å få hjelp.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i «Ida» som var høygravid og døde av lungebetennelse i en av koronapandemiens siste smittebølger. Ida tok kontakt med helsetjenesten flere ganger. Tilstanden hennes ble vurdert av fastlegevikar, to ulike telefonoperatører ved legevakten, ressurskoordinator ved Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og to legevaktsleger på telefon.

Ukom har per januar 2024 mottatt over 300 varsler om alvorlige uønskede hendelser på legevakt. En fellesnevner for flere av disse er at alvorlighetsgraden i situasjonen ikke har blitt fanget opp, og at pasienter eller pårørende har tatt kontakt med legevakten flere ganger i løpet av et sykdomsforløp.

I arbeidet med undersøkelsen har vi gjennomført intervjuer, lest pasientjournaler og konklusjon fra Statsforvalteren. Vi har også lyttet til lydlogger fra AMK og legevaktsentral. Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) er benyttet som teoretisk rammeverk. I analysen brukte vi AcciMap og «skjema for analyse av pasientsikkerhetsutfordringer» basert på metodikken til Statens havarikommisjon.

Basert på vår undersøkelse vil vi særlig peke på seks tema som til sammen kan ha betydning for pasientsikkerheten når pasienter ringer til legevakten.

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig i alle kliniske situasjoner. Ukom finner at helsetjenesten generelt ikke har nok oppmerksomhet på klinisk kommunikasjon som en ferdighet. Risikoen ved dette blir særlig tydelig i situasjoner der kommunikasjonen foregår per telefon. Helsepersonell trenger tilstrekkelig trening i å innhente informasjon på en egnet og systematisk måte tilpasset den enkelte pasient.

Begrepet «Ta kontakt ved forverring» er uklart. Det er et begrep som har etablert seg ved legevakt hos både leger og sykepleiere, men det kan være vanskelig å forklare i praksis. Rekontakt fanges ikke alltid opp.

Telefonoperatørenes helsefaglige kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og praktiske erfaring har betydning for beslutninger som tas under tidspress. Mangelfull opplæring eller sikring av kompetanse kan føre til sviktende vurderinger. Beslutningsgrunnlaget blir påvirket av faktorer som: beslutningsstøtteverktøy og bruken av dette, tilgang til informasjon, videotjeneste og andre teknologiske systemer ved legevakten.

Legene får ikke alltid den oppfølgingen og opplæringen som er nødvendig for å kunne utføre arbeid ved legevakt på en trygg måte.

Det er utfordrende å ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring ved en legevakt. Faktorer som stort lederspenning, høy turnover blant ledere og varierende grad av samhandling med

kommuneledelse kan ha en betydning for dette. Kartlegging av risikoområder og intern gjennomgang etter alvorlige uønskede hendelser med tanke på læring gjennomføres i liten grad.

Anbefalingene i rapporten er knyttet til kompetansekrav i klinisk kommunikasjon, varsel om rekontakt, bruk av video, lydopptak for leger, beslutningsstøtteverktøy, behov for begrepsavklaring, standardisering og tilgjengeliggjøring av råd.

Rapporten er relevant for Helse -og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, tilsynsmyndigheter, politikere, ledere i kommunen på ulike nivå, ledere og medarbeidere i den akuttmedisinske kjeden, fagmiljø, pasienter og pårørende.

2 Bakgrunn og innledning

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Den akuttmedisinske kjeden er en tjeneste som har stor betydning for befolkningen. Når mennesker blir akutt syke og trenger helsehjelp, er ofte den første kontakten med helsetjenesten en telefon til fastlegekontor, legevaktsentral eller AMK-sentral. Befolkningen er anbefalt å ringe først, for å få avklart behovet for videre helsehjelp.

Den akuttmedisinske kjeden

Den akuttmedisinske kjeden omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende sykdom.

Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulansse, samt akuttmottak i sykehus. Kjeden representerer en sammenhengende rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp fra hendelsessted, inkludert publikums innsats, fram til definitiv behandling (1).

Ukom har per januar 2024 mottatt over 300 varsler om alvorlige uønskede hendelser på legevakt. Fellestrekk for flere av disse er at alvorlighetsgraden i situasjonen ikke har blitt fanget opp, og at pasienter eller pårørende har tatt kontakt med legevakten flere ganger i løpet av et akutt sykdomsforløp. Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i et varsel der en ung høygravid kvinne ble funnet død i sitt hjem. I rapporten har vi kalt kvinnen «Ida». Ida var i kontakt med helsetjenesten flere ganger de tre siste dagene før hun døde av lungebetennelse.

På bakgrunn av den aktuelle hendelsen har vi undersøkt hvordan henvendelser blir håndtert når personer ringer legevaktsentralen for å få hjelp. Den aktuelle legevaktsentralen er i en storbylegevakt. Flere av funnene i vår undersøkelse er likevel relevante for mindre legevakter.

Hendelsen fant sted i en høytid i en av de siste smittebølgene i koronapandemien. Pandemien var en risikosituasjon, og en periode preget av usikkerhet. Helsetjenesten var i en beredskapssituasjon. Befolkningen var bedt om ikke å oppsøke legevakt uten avtale, og mange legevakter var organisert med egne luftveismottak. Det kan hevdes at situasjonen var så spesiell at det er lite å lære av denne hendelsen for legevakter. Men i en normalsituasjon er legevaktstjenesten en beredskapstjeneste som er under kontinuerlig press, med ekstra høyt trykk i helger og ferier. Pandemien kan betraktes som en stresstest, som tydeliggjorde systemsvakheter og områder for forbedring som også er til stede i dag.

Idas dødsfall ble varslet av legevakten til Statens Helsetilsyn og Ukom som en alvorlig, uønsket hendelse. Statens Helsetilsyn sendte saken videre til aktuell Statsforvalter. Statsforvalters oppgave er å vurdere om legevakten handlet i strid med kravet til faglig forsvarlig praksis. Statsforvalter gjennomførte tilsyn ved journalgjennomgang, gjennomgang av lydlogg og skriftlige redegjørelser fra legevakten, og konkluderte med at oppfølgingen Ida fikk var faglig forsvarlig. Ukoms mandat er å identifisere årsaker og forklaringer på at hendelsen likevel kunne skje. Dette

for å bidra til læring på nasjonalt nivå uavhengig av om behandlingen gitt ved den aktuelle legevakten var forsvarlig eller uforsvarlig. Spørsmålet vi stiller er: hva skal til for at lignende hendelser ikke skal skje igjen?

Vårt oppdrag er å undersøke bakenforliggende årsaker og rammebetingelser som kan være en risiko for alvorlige uønskede hendelser ved en legevakt. Ut fra dette skal vi peke på forbedringspunkter og anbefalinger.

Vår undersøkelse beskriver noen av utfordringene som legevaktstjenesten står i som del av den akuttmedisinske kjeden. Konsekvensene disse utfordringer kan få lokalt, har også framkommet i tilsynsrapporter og internrevisjonsrapporter fra ulike legevakter ([2,3,4](#)). Flere av funnene fra disse tilsynene sammenfaller med våre nasjonale funn.

3 Historien om Ida

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Ida var i 20-årene, hadde samboer og et barn i barnehagealder. Hun var gravid i niende svangerskapsmåned med sitt andre barn. Svangerskapet hadde forløpt normalt, og Ida hadde fått oppfølging av fastlege og jordmor.



Illustrasjon: Istock

Ida hadde influensasymptomer og hoste. Samboeren var på jobbreise, og moren til Ida bodde hos dem for å hjelpe til med barnebarnet. Ida ringte legevaktsentralen fordi fastlegen hadde ferie. Hun fortalte at hun hadde hatt smerter i skulderen om natten, men kjente seg bedre med tanke på influensasymptomene. Ida hostet fortsatt og hadde vondt nedover ryggen. Hun lurte på om det kunne være frossen skulder. Dagen før hadde hun tatt hurtigtest for covid-19 som var negativ.



Illustrasjon: iStock

Legevakten opplyste om hvem som var vikar for fastlegen, og hun fikk time til undersøkelse hos fastlegevikaren samme dag. Diagnosen etter konsultasjonen ble satt til «Skade skulder muskel-skj-syst INA». I journalen er undersøkelse av hjerte og lunge dokumentert med U/A (uten anmerkning).

Idas mor forteller at Ida etter denne timen fikk en voldsom hoste, virket slappere og ikke orket særlig av mat og drikke. Hosten gjorde at Ida ikke fikk sove. Moren opplevde at Ida ble sykere og sykere. Morgenen etter prøvde Ida å få kontakt med fastlegevikaren igjen. Hun lyktes ikke med det. I ti-tiden om kvelden forsøkte hun å ringe legevaktsentralen, men kom ikke gjennom på telefonen. Ida ringte da til AMK, og fortalte at hun var høygravid, hadde hostet i to dager og ikke fikk sove. AMK vurderte at det ikke var behov for å sende ambulanse og satte telefonen videre til legevaktsentralen. På denne tiden var organisering av legevakten endret på grunn av pandemien.

Blant annet var legevakten delt mellom ulike lokasjoner, med et eget luftveismottak. Telefonoperatør ved legevaktsentralen besluttet at Ida hadde behov for samtale med lege, og lege ved luftveislegevakt ringte tilbake til Ida etter ca. 30 minutter. Legen fikk ikke mistanke om at hun hadde pustevansker under denne samtalen. Det ble vurdert at plagene sannsynligvis skyldtes en mindre alvorlig luftveisinfeksjon og at det ikke var behov for legetilsyn. Siden Ida og moren var veldig bekymret, og luftveislegevakten skulle stenge, ble det avtalt at lege ved ordinær legevakt også skulle ta kontakt. Kort tid etter ble Ida oppringt av avtroppende lege ved ordinær legevakt. Legen snakket med Ida i 17 minutter. Ida fikk resept på Ventoline og informasjon om at hun måtte ta kontakt igjen hvis hun ble ytterligere tungpustet. Moren forteller at Ida hostet mindre da hun var i telefonen med AMK og legevakt. Grunnen var at hun satt fremst på stolsetet med magen mellom beina for å få mindre press på lungene under samtalen. Moren var veldig bekymret for at Ida ikke ble tatt inn til konsultasjon ved legevakten. Hun fikk råd om å bygge seg opp med puter og lage det så behagelig som mulig for å få hvile.

«De hørte ikke skikkelig på henne, jeg måtte bryte inn og si at sånn kan hun ikke ha det. Jeg prøvde å snakke høyt, så de må jo ha hørt meg»

MOR

Neste morgen var det stille fra Idas rom. Moren passet barnebarnet og var glad for at datteren endelig fikk sove. Senere på dagen gikk hun inn til Ida og fant henne livløs i sengen. Hun varslet AMK, som rykket ut sammen med legevaktbil. Ida ble erklært død på stedet, og det ufødte barnet kunne ikke reddes. Det ble tatt hurtigstet for covid-19 som nå var positiv. I obduksjonsrapporten er det konkludert med at døden antas å skyldes lungebetennelse med bakterier som følge av infeksjon med coronavirus (Covid-19).

«Ida var helt ferdig da hun ringte, hun var svak da, hun var gåen rett og slett. Hun fikk ikke sagt så mye. Jeg tenkte i ettertid at kanskje jeg burde ringt inn til legevakten, men ingen av oss tenkte at hun lå for døden»

MOR

4 Om kommunal legevakt

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Legevaktstjenesten har vært et kommunalt ansvar siden tidlig på 1980-tallet (5). Kommunene kan ha en egen kommunal legevakt, delta i interkommunalt samarbeid om legevakt eller kjøpe drift av legevaktstjenesten fra andre aktører. Det kan også være en kombinasjon av ulike ordninger (6). Kommunen kan selv velge hvordan de vil organisere legevaktstjenesten. Tjenesten skal ta utgangspunkt i omfang og behov, samt krav til forsvarlighet (7).

God kvalitet og tilgjengelighet i legevaktstjenesten er viktig for befolkningen (8). Kommunene skal tilby legevaktordning som sikrer behovet for øyeblikkelig hjelp (7). I 2020 var det registrert 169 legevakter i Norge og 95 legevaktsentraler. 86 av legevaktene dekket en kommune mens 83 var interkommunale legevakter (9). Sammen med landets 16 akuttmedisinske kommunikasjonsentraler, AMK-medisinsk nødtelefon 113, utgjør legevaktstjenesten en viktig del av den akuttmedisinske kjeden.

Legevaktstjenesten forholder seg til en uselektert pasientgruppe. Ingen samtaler er like, og man vet aldri hva den neste samtalen vil handle om. Noen tilstander kan gå over av seg selv, mens andre kan være alvorlige og livstruende tilstander, eller hendelser der sekundene og minuttene teller. Dette spennet må legevaktstjenesten være beredt på å håndtere. Legevakt er å anse som en høyrisikovirksomhet, der vurderingene kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.



Illustrasjon

Legevakt og legevaktsentral er lett tilgjengelig. Legevakten har en portvaktfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten ved å prioritere og håndtere pasienter selv, samt henvise videre ved behov. De tre siste årene har antallet anrop til medisinsk nødnummer 116 117/lokalt legevaktnummer ligget på rundt 3,4 -3,5 millioner per år (10). En stor del av befolkningen er i kontakt med legevakten i løpet av året. Pågangen er stor av ulike årsaker. Studier anslår at så mye som 40 prosent av konsultasjonene på legevakt handler om tilstander pasientene kunne håndtert selv eller som kunne vært tatt opp med fastlege påfølgende dag (11).

Manglende kontinuitet og kapasitet blant fastlegene har en direkte innvirkning på befolkningens bruk av legevakt (12). Lav tilgjengelighet hos fastlege øker henvendelser til alle ledd i den

akuttmedisinske kjeden, som legevakt og AMK. Dette gjelder spesielt på kveld og helg når fastlegekontorene er stengt ([9](#)).

Juridiske rammebetingelser

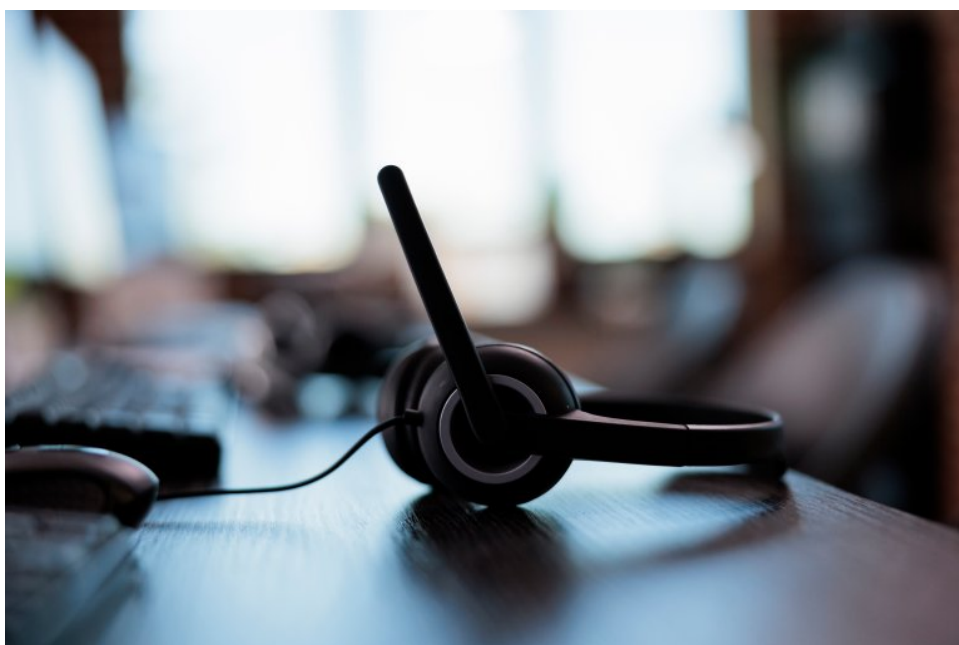
Akuttmedisinforskriften regulerer de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus (13). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester regulerer kommunens ansvar for å administrere og organisere legevakttjenesten (14). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral beskriver legevaktsentralens ansvar og oppgaver (7). I tillegg stiller Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring krav om styringssystemer som skal sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

5 Funn: Kommunikasjonsferdigheter har betydning

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Ida tok kontakt med helsetjenesten flere ganger og hennes tilstand ble vurdert av fastlegevikar, to ulike telefonoperatører ved legevakten, ressurskoordinator ved AMK og to legevaktsleger på telefon. Ved gjennomgang av lydopptak og journal finner vi at Ida presenterte flere symptomer. Hun hadde smerter i en skulder som etter hvert spredte seg til ryggen, hadde influensasymptomer, hostet grønt og var tungpustet på en annen måte enn i det første svangerskapet. Ida fortalte at hun var blek, følte seg svimmel og hørte det surkle i lungene når hun la seg ned. Ida sa at hun var bekymret for sin tilstand. Hun fortalte sin sykehistorie gjentatte ganger til ulikt helsepersonell.



Illustrasjon: mostphotos

I en artikkel av Johansen, Midtbø, Fotland og Hunskaar ([15](#)) beskriver forfatterne at det er vanskelig å vurdere sykdom og skade per telefon. Operatøren er avhengig av at innringeren kan beskrive problemet slik at operatøren kan se for seg hvilke plager pasienten har. Innringeren er på sin side avhengig av at operatøren har nødvendig kunnskap og erfaring til å forstå og vurdere det som blir beskrevet, og at operatøren klarer å velge hensiktsmessig helsehjelp.

Det kan være vanskelig for pasienten å vite hva som er relevant å si noe om. Jo tydeligere pasienten uttrykker seg, jo mindre er sannsynligheten for at man blir avvist eller bedt om å ta kontakt igjen ved forverring ([16](#)). Kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell har betydning for hvilken informasjon som blir innhentet, oppfattet og lagt til grunn for vurderinger.

«Ida var en veldig forsiktig jente – jeg følte ikke at legevakten og AMK tok henne alvorlig»

I en telefonkonsultasjon kan det være utfordrende for telefonoperatører og leger ved legevakt å identifisere hvilke pasienter som har akutt behov for helsehjelp. De må få et raskt overblikk over situasjonen, gi råd og veiledning på en tillitsskapende og trygg måte.

«Ida sa til legevakten at hun ikke hadde sovet på flere dager, var høygravid, hostet og slet med pusten. Onsdagen hadde verken gått fra brystet til over hele ryggen også. Jeg hørte at hun sa til dem at hun var bekymret, hun tenkte jo på han lille i magen»

Forskning gjort i Norge de siste tretti årene har gitt ny kunnskap om hvordan gode kommunikasjonsevner innenfor helsefag kan forstås som ferdigheter helsepersonell både kan lære, trenes opp i og bli bedre på. Det er gitt ut flere veiledere og gjennomført opplæring innenfor klinisk kommunikasjon hos helsepersonell på alle nivå ([17,18,19](#)). Blant annet har ulike varianter av kommunikasjonskurset «De fire gode vaner» blitt innført ved mange norske helseforetak ([20](#)). En studie av legekonsultasjoner viste at kursing i denne modellen førte til en stor forbedring i legers evne til å kommunisere med sine pasienter ([21,22](#)).

En annen studie av over 3000 telefonsamtaler mellom AMK-operatører og innringere viste at et tre-dagers kurs med formål om å forenkle kommunikasjonen, forkortet tiden til første beslutning ble tatt av operatør og gav økt innsikt i innringers situasjon ([23](#)). Det er rimelig å anta at disse funnene også vil gjelde for telefonoperatører ved legevaktsentraler.

I en nylig publisert studie om hvordan innringer opplever samtalen til AMK, fant forskerne at det er kommunikasjonen og hvordan innringer blir møtt av den profesjonelle part som betyr mest. De viktigste faktorene var om innringeren ble møtt på en rolig måte, med respekt, forståelse og empati. Artikkelen peker på at det er et tankekors at vårt viktigste hjelpemiddel er evnen til god kommunikasjon, ikke avanserte tekniske løsninger ([24](#)).

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig i alle kliniske situasjoner. I akutte situasjoner som i Idas tilfelle, er det spesielt viktig at helsepersonell oppfatter alvorlighetsgraden. Dette forutsetter at helsepersonell får tilstrekkelig trening i å innhente informasjon på en egnet og systematisk måte tilpasset den enkelte pasient. Videre er det viktig å ha system som sikrer tilbakemelding og læring etter gjennomførte samtaler.

Det finnes ulike verktøy og kurs for klinisk kommunikasjon, men det er ikke etablert et overordnet formalisert kompetansekrav for dette i legevaktjenesten.

6 Funn: Begrepet forverring er uklart og rekontakt fanges ikke alltid opp

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Ida hadde flere telefonsamtaler med legevakten, men ble ikke tatt inn til fysisk konsultasjon. Både telefonoperatører og leger vi intervjuet sa at de vanligvis informerer innringere som ikke får oppmøte ved legevakten om at de kan ta kontakt igjen ved forverring. I samtaler med Ida ble det ikke spesifisert hva som var regnet som forverring. I den siste samtalen ble Ida informert om å ta kontakt igjen dersom hun ble ytterligere tungpustet.

«Råd som gis ved forverring er ulikt fra operatør til operatør»

TELEFONOPERATØR

Rådet ta kontakt ved forverring blir ofte gitt til innringer uten at det blir forklart hva forverring betyr i det enkelte tilfellet. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) gjennomførte i 2020 en evaluering av telefonsamtaler ved legevakt. Der kom det fram hvor viktig det er at operatøren spesifiserer hva som er forverring av sykdom, skade eller symptomer. Symptomer må spesifiseres for å sikre at pasienten tar ny kontakt ved forverring eller utrygghet (25). Alvorlige uønskede hendelser skjer ofte etter gjentatte henvendelser om samme problemstilling. Dette er et av flere kjente risikoområder som blant annet er beskrevet i KoKom-rapporten «Lost in transaction» (16).

Legevaktleger ser ofte sykdom i en tidlig fase, der man ennå ikke kan vite hvordan det vil utvikle seg (26). Avtaler om rekontakt og oppfølging skal føre til at forverringer og uventede sykdomsforløp lettere blir fanget opp. I intervjuer kom det fram at det ikke er tydelig i systemene som benyttes om pasienten har vært i kontakt med den akuttmedisinske kjeden de siste dagene før den aktuelle henvendelsen.

«Rekontakt vil normalt føre til at pasienten blir triagert høyere. Hvis det hadde vært mindre pågang og bedre kapasitet så hadde hun nok blitt tatt inn. De siler hardere og hardere etter hvert som det blir fullt»

LEGE

I Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) beskrives rekontakt som «Gjentatte henvendelser og klar problemstilling» og klassifiseres som «gul respons-haster» (27). Det er spesifisert «Obs lav terskel for å oppgradere».

Vår undersøkelse viser at «Ta kontakt ved forverring» er et begrep som har etablert seg ved legevakt hos både leger og sykepleiere. Det kan være vanskelig å forklare hva forverring betyr i praksis. Dersom det er uklart for pasientene hva som er forverring av sykdom, skade eller symptomer, kan det gjøre at terskelen for å ta ny kontakt blir høy. Det kan igjen føre til at pasienter ikke får den helsehjelpen de trenger. Ida fikk lite konkret informasjon om hva som kunne være tegn på forverring. Hun tok kontakt flere ganger, men ble ikke fanget opp som rekontakt.

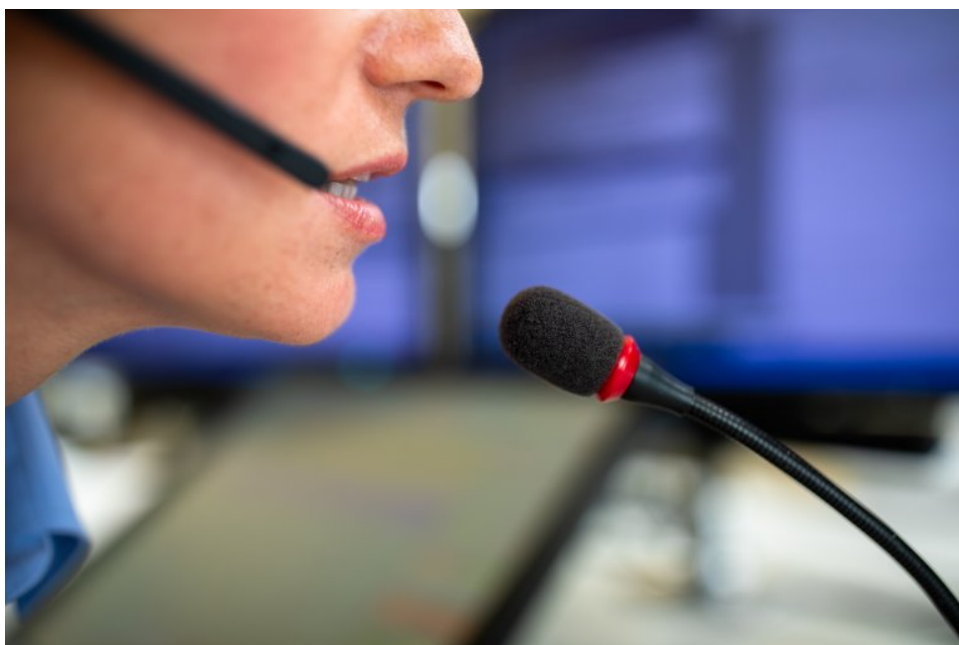
7 Funn: Telefonoperatørens kompetanse varierer

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Ida var i kontakt med flere telefonoperatører og leger ved legevaktsentralen. Hun var også i kontakt med AMK da hun ikke kom gjennom på telefonen til legevaktsentralen.

Økt antall telefonhenvendelser til legevaktsentralen har ført til travlere vakter for telefonoperatørene. Den ene telefonen avløser den andre. Slik var det også kvelden da Ida ringte legevaktsentralen. Det er et stressmoment for telefonoperatøren at det er mange som venter, både på telefonen og på venterommet.



Illustrasjon: Mostphotos

Det er et krav i Akuttmedisinforskriften at 80 prosent av de som ringer legevakten skal få svar før det har gått to minutter ([7](#)). Det er en av fire kvalitetsindikatorer som legevaktsentraler blir målt på. I dag klarer to av tre sentraler ikke dette. Det er i de store byene at flest må vente i mer enn to minutter på å få svar ([28](#))

«Antall telefonoperatører er underdimensjonert med tanke på pågang av telefoner. Det er kanskje tilstrekkelig på en middels dag»

TELEFONOPERATØR

Det hviler et stort ansvar på den enkelte telefonoperatør, og viktige avgjørelser blir tatt under tidspress. Ingen samtaler er like, og operatøren vet aldri hva en samtale vil handle om.

Telefonoperatørens kompetanse, erfaring og kommunikasjonsferdigheter har betydning for beslutninger som blir tatt.

«Å være telefonoperatør er Norges mest krevende jobb»

LEGE, KOKOM

Oppgaver telefonoperatør

Telefonoperatøren på legevaktsentralen skal kartlegge og vurdere pasientens helsetilstand, fastsette hastegrad, gi veiledning og medisinske råd og iverksette andre nødvendige tiltak (7). Den som besvarer telefonen, benytter beslutningsstøtteverktøy og dokumenterer i journalen (16).

Akuttmedisinforskriften stiller krav til at operatør i legevaktsentral er helsefaglig personell med utdanning på bachelornivå, har nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring som operatør (29). Det vil vanligvis være en sykepleier. I den nasjonale veilederen for legevakt og legevaktsentral anbefales klinisk praksis av to års varighet fra relevant tjeneste, og man bør ha tre måneders praksis i legevakt før man jobber selvstendig som operatør (7).

I vår undersøkelse er det flere informanter som beskriver at det generelt er utfordrende å rekruttere og beholde kvalifiserte telefonoperatører. Det var mange søkere til utlyste stillinger, men at de fleste av søkerne hadde liten arbeidserfaring. Dette samsvarer med rapport om legevaktorganisering som beskriver at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere med erfaring fra legevaksarbeid (30).

«Nye sykepleiere settes for fort inn som telefonoperatører. Det er fordi vi er for få med denne kompetansen. De blir pushet, kanskje før de er klar for det selv»

TELEFONOPERATØR

Forskning viser at bemanning (antall og kompetansesammensetning) har stor innvirkning på pasientsikkerheten (31). Utdringer knyttet til rekruttering og stor utskifting stiller særlige krav til utarbeidelse av opplæringsplaner og system for gjennomføring av disse. I Nasjonalt legevaktregisters rapport fra 2019 framgår det at rundt halvparten, eller færre av legevaktene har skriftlige opplæringsplaner for sykepleiere og leger i ulike tema (30). Tall fra tidligere undersøkelser tyder på at langt flere legevakter har praksis for å gi opplæring, men at det ikke foreligger en skriftlig opplæringsplan. Fagmiljø peker på at den varierende opplæringen og

manglende krav om felles grunnutdanning for telefonoperatører gjør at grunnleggende forutsetninger for kvalitet ikke er på plass (32). For å bidra til en felles opplæring i alle legevakter har KoKom utarbeidet en grunnopplæring for telefonoperatører (33). Det er ikke krav om at legevaktene må gjennomføre denne grunnopplæringen. Det finnes også videreutdanning for medisinsk nødmeldetjenesten ved OsloMet (34).

Ved den undersøkte legevakten har de opplæringsplaner og fagdager for sykepleierne. I intervju kommer det fram at det på grunn av driftshensyn ikke alltid er mulig å delta i opplæringsaktivitetene.

«For få telefonoperatører gir lang ventetid, hektiske vakter (den ene telefonen avløser den andre) og kan gi dårligere faglig kvalitet på vurderingene som gjøres»

TELEFONOPERATØR

I vår undersøkelse finner vi at telefonoperatørens erfaring, helsefaglig kompetanse og kommunikasjonsferdigheter har betydning for beslutninger som blir tatt under tidspress. Dersom mangelfull opplæring eller sikring av kompetanse fører til sviktende vurderinger, kan dette få alvorlige konsekvenser for pasienter.

8 Funn: Beslutningsgrunnlaget var begrenset

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

I denne hendelsen var informasjonen helsepersonellet hadde for å vurdere Idas helsetilstand begrenset. Vi vil trekke fram tre forhold som bidro til dette:

- I systemene til legevaktsentralen var det ikke tydelig oversikt over nylige kontakter Ida hadde hatt med hele den akuttmedisinske kjeden.
- Spørsmål som ble stilt til Ida i telefonsamtalene bidro ikke til at alvorligheten i situasjonen ble oppfattet.
- Videokonsultasjon var tilgjengelig, men ble ikke brukt.

Helsepersonell må til enhver tid gjøre en helhetlig vurdering av situasjonen, og om tilstrekkelig informasjon er innhentet. Det vil alltid være risiko for at helsepersonell kan gå glipp av relevant informasjon om pasientens tilstand. Denne faren er større når det ikke gjennomføres et fysisk møte eller når helsepersonellet ikke kan se pasienten.

Ida hadde flere kontaktpunkt med den akuttmedisinske kjeden. Helsepersonellet som snakket med henne, hadde ikke en komplett oversikt over tidligere kontakter. Helsepersonell har kun tilgang til journalopplysninger som er registrert i den virksomheten de jobber i. Generelt antar pasienter at den akuttmedisinske kjeden har kjennskap til deres tidligere kontakter, og at ulike aktører har tilgang til hverandres journalnotater. I dialog med fagmiljø har det kommet fram at en samlet oversikt over nylige kontakter om øyeblikkelig hjelp med den akuttmedisinske kjeden kunne vært nyttig. Dette for å fange opp at det dreier seg om rekontakt. Kontaktoversikt vil gi informasjon som kan bidra til helhetlig vurdering. Dette er informasjon som er viktig for hastegradsvurderingen.



Illustrasjon: iStock

Det er anbefalt at alle legevakter i Norge har et system for prioritering og triagering av pasienter. I samtaler med Ida benyttet telefonoperatørene beslutningsstøtteverktøyet Legevaktindeks som er tett integrert med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) (35). Slike verktøy forutsetter grundig opplæring og god medisinsk kunnskap hos brukerne, men også utstrakt bruk av klinisk skjønn fra helsepersonellet (kyndighetsprinsippet) (32).

Beslutningsstøtteverktøy kan best beskrives som retningslinjer med spørsmål som operatøren kan velge å benytte seg av for råd om videre tiltak. Det er store forskjeller mellom telefonoperatørene når det gjelder kunnskap, erfaring og beslutningskompetanse. Beslutningsstøtteverktøy kan brukes til å kompensere noe for dette, og bidra til at operatørene innhenter relevant informasjon fra innringeren (15).

I Legevaktindeks og NIMN er det under de ulike områdene beskrevet spørsmål som kan være til hjelp for telefonoperatører (35, 27). Et eksempel på et slikt spørsmål er: «Hva gjør du akkurat nå?». Ved å stille dette spørsmålet kan man få bedre oversikt over situasjonen. For eksempel om pasienten må gjøre noen spesielle tiltak for å gjennomføre en telefonsamtale eller håndtere symptomer.

Triagering av pasienter

Ifølge Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, bør legevakter ha et system for prioritering og triagering av pasienter. Formålet er å skille mellom pasienter som trenger rask hjelp og de det ikke haster med. Det finnes ulike systemer for triagering og vurdering av pasienter. Noen er utviklet spesielt for telefonvurdering, mens andre er utviklet for å bruke når pasienten er fysisk til stede. NIMN og Legevaktindeks er norskutviklede verktøy til bruk ved prioritering og hastegradsvurdering av telefonhenvendelser. NIMN brukes til å fastsette hastegrad og beslutte tiltak ved de mest tidskritiske henvendelsene og er i bruk ved alle AMK-sentralene i Norge. NIMN er ikke tilpasset helseproblemstillinger ved legevakten, men er likevel det mest brukte beslutningsstøtteverktøyet ved legevaktene. Legevaktindeks er utviklet spesielt for bruk i legevaktsentralen (7). Det finnes også andre triageringsverktøy og beslutningsstøttesystemer som blir brukt i legevakter i dag, for eksempel Manchester Triage System (MTS) (36).

I vår undersøkelse så vi ikke om selve beslutningsstøtteverktøyet, eller bruken av det, hadde betydning for hvilken hjelp Ida fikk. I samtaler med relevante fagmiljøer kommer det likevel fram at beslutningsstøtteverktøy og bruken har betydning for pasientsikkerheten. Vi har fått innspill på at spørsmål om pasienten har vært i kontakt med helsetjenesten tidligere for det aktuelle kan være nyttig. Det er behov for mer kunnskap om hvordan verktøyene påvirker pasientflyten, og i hvor stor grad de bidrar til under- og overtriagering (15).

I en del situasjoner er det å kunne se pasienten til god hjelp for å vurdere helsetilstanden. Videoverktøy ble introdusert våren 2020. I mars 2023 hadde over 80 prosent av landets legevaktsentraler tatt videoløsninger i bruk (37). Den aktuelle legevakten hadde tilgang til videoløsning. Det er telefonoperatøren som svarer på telefonhenvendelsen som skal vurdere om video bør brukes. Det er ikke tydelig definert når videoløsning bør benyttes. Nytteverdien av å bruke video må vurderes individuelt. Det ble ikke brukt video i samtaler med Ida, og dermed hadde helsepersonellet reduserte muligheter til å identifisere objektive funn. For eksempel så ikke helsepersonell at Ida satt framoverlent og støttet magen mellom beina for å snakke uanstrengt. Beslutningsgrunnlaget ble begrenset fordi telefonoperatørene og legene kun snakket med Ida på telefon.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) fikk etter pandemien i oppdrag fra Helsedirektoratet å legge til rette for og støtte opp under bruk av video i legevaktsentral. I rapporten fra dette oppdraget ble video vurdert til å være særlig nyttig for å vurdere allmenntilstand og respirasjon. NKLM peker på behovet for å få mer kunnskap om konsekvenser og effekter av videobruk, både for legevakt og pasientene (37, 38).

De fleste legevaktsentraler har tilgang til å bruke video. Vår undersøkelse viser at bruken er begrenset og tilfeldig. Det er grunn til å anta at fordelene med video kan komme flere pasienter til nytte. Videokontakt er et hjelpemiddel for telefonoperatør ved triagering og et supplement til legenes telefonkonsultasjoner. Videokontakt er ikke en erstatning for en fysisk konsultasjon.

Beslutningsstøtteverktøy

Et beslutningsstøtteverktøy setter sammen flere typer informasjon og fungerer som en støtte ved beslutningstaking. I en medisinsk kontekst utgjør triagesystemer bare en del av beslutningsstøtteverktøyet “som statisk kunnskapsstøtte, konkret informasjon om situasjon og/eller pasient og andre forhold relevante for situasjonen” (39).

Hva betyr å triagere?

Triage (fransk) betyr å sortere: Prosess for å bestemme prioritering i behandling av pasienter basert på hvor alvorlig deres medisinske tilstand er, så tidlig som mulig. Dødelighet og sykelighet kan reduseres gjennom rask og adekvat medisinsk behandling av de som trenger det mest.

Legevaktindeks

Legevaktindeks er en videreutvikling av oppslagsverket Telefonråd, og består av standardiserte og kvalitetssikrede spørsmål, vurderinger og råd ved generelle allmenntilstander. Legevaktindeks er integrert med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) til bruk ved tidskritiske hendelser. Responsene er delt inn i tre hastegrader: Rød (akutt), gul (haster), grønn (vanlig), og aktuelle tiltak er å gi råd, pasienten skal til lege på legevakt eller fastlege, eller å sette over til AMK (27,35).

9 Funn: Det er vanskelig å sikre kompetanseutvikling og oppfølging av leger i legevakt

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Ved større legevakter er det vanlig med en kombinasjon av fast ansatte leger og fastleger med vaktplikt. Alle fastleger har plikt til å ta vakter ved legevakt (40). Andre leger som kan ha vakter på legevakten, er LIS1-leger, nyutdannede leger som venter på LIS1, leger i spesialisering, sykehusleger og stipendiater (9). Dette gjør at det kan være mange leger som er tilknyttet legevakten.

«Hvordan ha kompetanseoversikt over en stor utskiftende gruppe?»

LEGE

Ida snakket både med en lege som var fast ansatt ved legevakten og en fastlege med vaktplikt. På den undersøkte legevakten var flertallet av legene fastleger. Akuttmedisinforskriften definerer ikke hvor mange vakter fastleger må ha ved legevakt. I intervjuer kommer det fram at det er stor variasjon i hvor mange vakter fastlegene tar. Det innebærer at noen fastleger, men også andre leger som ikke er fast ansatte ved legevakten, kan ha få vakter.

Ledere opplyser at de sjelden møter fastlegene som er tilknyttet legevakten. Det er få møtepunkter, og lavt oppmøte på de felles møtepunktene som finnes. En forklaring på dette er at legevakten ikke er fastlegenes hovedarbeidsplass. Legevaktarbeid kommer i tillegg til fastlegens arbeid på legekantoret, og gjerne også andre allmennt medisinske oppgaver i kommunen. For legene, som ikke er fast ansatte ved legevakten, er det få økonomiske insentiver knyttet til å delta på fellesmøter og andre arenaer for kompetanseheving. Tapte inntekt fra fastlegepraksis ved deltakelse på møter på legevakten kompenseres i liten grad. En evaluering av fastlegeordningen beskriver at stadig flere fastleger får fritak eller bytter bort vakter på legevakt (9). Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen som stor, og legevaktsarbeid trekkes fram som en særlig årsak til den samlede belastningen (41). Arbeid ved legevakt honoreres i hovedsak etter aktivitet på den enkelte vakt. Inntekt er knyttet til antall og type pasientkonsultasjoner, i tillegg til et mindre vaktberedskapsstillegg.

«Det blir som en konsulentvirksomhet. Når fastleger bare er innom legevakten en gang iblant, har de lite eierskap til tjenesten»

FASTLEGE

Hunskår (42) omtaler dette som en unik og uheldig ordning:

«Ingen andre beredskapsorganisasjonar har i dag aktivitetsbasert løn, ikkje sjukepleiarar, ikkje politi, brannfolk eller ambulansesarbeidarar, og slett ikkje legar i akuttmottak på sjukehus.»

For leger som har få vakter ved legevakten, kan det å ha legevakt være en særlig utfordrende arbeidssituasjon. Noen gruer seg til vaktene. De kan møte flere uvante problemstillinger, må ta beslutninger under tidspress og dokumentere i et journalsystem som de kanskje ikke benytter til daglig. I tillegg kan arbeidet bli påvirket av at de arbeider i ukjente omgivelser og samarbeider med kollegaer de ikke kjenner. Det er en risikosituasjon at leger med få vakter har varierende kjennskap til og erfaring med rutiner og system ved legevakt.

Samlet fører dette til at det er krevende for kommunene å ivareta virksomhetsansvaret for legevakten knyttet til kompetanseutvikling. Legene får ikke alltid den oppfølging og opplæringen som er nødvendig for å kunne utføre arbeid ved legevakt på en trygg måte. Dette finner også Statsforvaltere som har gjennomført tilsyn ved tre legevakter i 2023 (2,34).

Ekspertutvalget fikk i 2022 i oppdrag å utrede konkrete tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig (9). Rapporten ble publisert april 2023. Forhold knyttet til legevakt er et av områdene utvalget har undersøkt. Funn i Ukoms undersøkelse bekrefter utfordringsbildet som er beskrevet i ekspertutvalgets rapport. Dette gjelder for eksempel innen organisering og bemanning.

Det er behov for en gjennomgang av dagens avtaleverk og krav om legevaktplikt. Ukom støtter Helsedirektoratets pågående arbeid med å gjennomgå organisering og finansiering av allmennlegetjenesten. Dette har betydning for kompetanseutvikling og oppfølging av fastleger i legevakt.

10 Funn: Det er utfordrende å ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

I vår undersøkelse finner vi forhold som gjør det utfordrende for ledere å ivareta sitt ansvar for ledelse og kvalitetsforbedring. Vi vil særlig trekke fram stort lederspenn, høy turnover blant ledere og varierende grad av samhandling med kommuneledelse.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften. Gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav skal forskriften gi den ansvarlige for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring, ledelse og for kontinuerlig forbedring. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, samt å øke etterlevelsen av krav i helse- og omsorgslovgivningen (43).

Leder for sykepleiere ved den aktuelle legevakten hadde ansvar for tilnærmet hundre medarbeidere. Leder for legene hadde ansvar for omtrent like mange, men var usikker på hvor mange leger som var tilknyttet legevakten. Rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) «Legevaktjenesten i norske kommuner i 2021» viser at en stor andel kommuner oppgir at de ikke er i stand til å rapportere hvor mange avtalte årsverk leger utfører i alt og hvor mange årsverk av fastleger som går med til legevakt (6). En av fem legevakter rapporterte i 2018 at de hadde fra 0 til 10 prosent årsverk til ledelse (9). Ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene har et stort lederspenn. Det betyr at ledere har mange ansatte under seg, og dermed et stort oppgavevolum. Stort lederspenn kan hindre arbeidet med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Dette kan igjen påvirke jobbengasjement, prestasjon, tilfredshet, og turnover (44).

Ved legevakten som Ida hadde kontakt med, har det i løpet av få år vært gjentatte utskiftninger av både leder for legevakt og helsesjef i kommunen.

«Det er stadig skiftende ledelse, de slutter når de begynner å bli gode»

LEGE

Det er store nasjonale variasjonene i hvordan kommunene organiserer legevaktjenesten. Dette kan gjøre det vanskelig for ledere på ulike nivå å samarbeide på tvers av kommuner og dele erfaringer.

«Det at vi er den eneste virksomheten i kommunen som er en del av den akuttmedisinske kjeden gjør at du ikke har andre å dra lasset sammen med. Kun legevakter i andre kommuner og de er så utrolig forskjellig organisert at det blir fryktelig vanskelig. Man føler seg veldig alene»

LEDER

I intervju omtales den undersøkte legevakten som en «øde øy» i kommunen. Noen informanter etterspør kommuneledelsens forståelse for drift av legevakt og bedre system for lederstøtte. Systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid får lite oppmerksomhet. I dialog med fagmiljø og andre legevakter bekreftes dette inntrykket. Det er kommet fram at flere legevakter opplever varierende grad samhandling med kommuneledelsen.

Viktigheten av gode system for kvalitet- og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten blir pekt på også i andre publikasjoner og rapporter, blant annet forskning ved SHARE-Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, artikkelen «Maktar kommunane å drive avanserte legetenester», og tilsynsrapporter utarbeidet av Statsforvalteren i Oslo og Viken, samt Statsforvalteren i Agder ([45,41](#), [2](#), [3](#), [4](#)).

«Det er lite fokus på ledelse. Det å ha forståelse opp i systemet for at det krever god ledelse og nok ledere for å ivareta en så krevende arbeidsplass som legevakt. Der er det rom for forbedringer»

LEDER

Samlet kan disse forholdene bidra til mangelfull kontinuitet i arbeid med systematisk forbedringsarbeid og gjøre det vanskelig å bygge en kultur for pasientsikkerhet. Vi finner at dette har betydning for legevaktens arbeid med å identifisere risikoområder og læring av alvorlige hendelser. Undersøkelsen viser at det er behov for å øke oppmerksomheten på kommunens ansvar for å sikre gode system for kvalitet- og pasientsikkerhet i legevaktjenesten.

Risikoområder er lite kjent

Ida tok kontakt med legevaktsentralen fordi hun hadde influensasymptomer og var bekymret for barnet i magen. Gravide får råd om å ta tidlig kontakt med lege dersom de har influensasymptomer. Dette fordi risikoen for komplikasjoner av influensasykdom er noe større hos gravide enn hos ikke-gravide kvinner, særlig mot slutten av svangerskapet ([46](#)).

I en tidlig fase i pandemien viste Folkehelseinstituttet (FHI) til internasjonale studier der det gikk fram at gravide har høyere sannsynlighet for alvorlig forløp av koronasykdom enn ikke-gravide, og at risikoen er høyest i siste del av svangerskapet ([47](#)). Ved den undersøkte legevakten var det lite oppmerksomhet på at gravide var en utsatt pasientgruppe under pandemien.

Flere leger og sykepleiere opplyser at ikke alle risikoområder var kjent for dem. Det var uklart for informantene hvordan identifiserte risikoområder og nasjonale råd fortløpende blir fanget opp og implementert i legevaktens system. På den aktuelle legevakten gjennomføres det risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyse) for ulike tema. Basert på identifiserte risikoområder blir det utarbeidet sjekklister som ble gjennomgått hvert tertial.

«Det er ikke kartlagt risikoområder med tanke på selekterte pasientgrupper. Det blir opptil hver enkelt hva de tenker er viktig»

LEGE

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal legevakten ha oversikt over områder der det er fare for svikt, manglende etterlevelse av myndighetskrav, samt områder hvor det er behov for forbedring av tjenesten (§§ 5 og 6). I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for risikovurderinger (systematiske gjennomganger) som skal identifisere hvor det er fare for svikt eller brudd. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere må inkluderes i dette arbeidet, da det bidrar til bedre innsikt om faktisk risiko (42,48),

Å utarbeide ROS-analyser er en del av lovpålagt systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid. Slike analyser kan bidra til å identifisere ulike risikoområder, og skal legges til grunn for planlegging av legevaktjenestenes opplæringsplaner og organisering.

En kartlegging av legevaktordning viste at ROS-analyser gjennomføres i liten grad (9). Gjennomført ROS-analyse er en av fem nasjonale kvalitetsindikatorer på legevakt, men data blir ikke publisert på grunn av manglende innrapportering (49). Gjennom intervju og dialogmøter kommer det fram at kommuner i større grad etterspør økonomiretultater enn resultater av systematisk kvalitetsarbeid, som for eksempel ROS-analyser.

Lite læring etter alvorlige uønskede hendelser

Etter at Ida døde var det tilfeldig om og hvordan involvert helsepersonell ble kjent med hva som hadde skjedd. En av legene som Ida snakket med om kvelden, var på jobb dagen etter og hørte tilfeldigvis utkall av nødetater til en hjertestans. To dager senere fikk hun vite gjennom en kollega at det gjaldt Ida.

«Det burde vært sikret gjennom et eget system, hvordan involvert helsepersonell blir informert. Det slo meg ikke at det gjaldt kvinnen jeg snakket med kvelden før»

LEGE

Det enkelte helsepersonellet ble fulgt opp av sin leder etter hendelsen, men de etterlyser et system for hvordan man som involvert helsepersonell blir informert om slike utfall i ettertid. Både leger og sykepleiere ved legevakten fortalte at de generelt har lite kjennskap til hvilke uønskede hendelser legevakten har vært involvert i.

Hendelsen ble tatt opp i kommunens kvalitetsutvalg og i fagutvalget til legevakten. Men det er uklart i hvilken grad hendelsen er gjort kjent og drøftet med involvert helsepersonell og medarbeidergruppen for øvrig. Det ble ikke gjennomført intern gjennomgang av hendelsen med tanke på lokal læring. Hendelsen med Ida ble varslet som en alvorlig uønsket hendelse i melde.no. Statsforvalter gjennomførte tilsyn og konkluderte med at oppfølgingen Ida fikk var faglig forsvarlig.

I flere undersøkelser ser Ukom at en konklusjon fra tilsynsmyndighetene kan hindre arbeid med læring og forbedring. Konklusjonen kan innebære at virksomheten lukker saken, til tross for at det kan være mye å lære.

«Det blir ikke snakket om avvik, kanskje kun med de som er involvert. Da lærer ikke andre noe av hendelsen»

TELEFONOPERATØR

Pårørendeinvolvering i interne gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser

Idas mor var hos henne de siste dagene hun levde, og har informasjon om hendelsen som er viktig for refleksjon og læring. Pårørendeperspektivet er en sentral del av arbeidet med pasientsikkerhet, også i etterkant av en alvorlig uønsket hendelse. Pårørendeinvolvering kan bidra til et mer helhetlig bilde av hva som skjedde. Pårørende har rett til å bli inkludert i interne gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser (50). Både i denne undersøkelsen, og i andre undersøkelser vi har gjennomført, er det vårt klare inntrykk at helse- og omsorgstjenesten ikke i tilstrekkelig grad involverer pårørende i gjennomganger etter slike hendelser. Tjenestene går dermed glipp av et sentralt perspektiv for læring.

Lydopptak

Alle legevaktsentraler skal ha lydopptak (lydlogg) av viktig informasjon for dokumentasjon og kvalitetssikring (7) .

Samtalene Ida hadde med AMK og telefonoperatørene ved legevaktsentralen ble tatt opp. Begge telefonsamtalene Ida hadde med legevaktlegene var fra legekantor, og der er det ikke utstyr for lydopptak. Lydopptak brukes i liten grad til læring på legevakten vi undersøkte.

Aktiviteten i legevaktstjenesten er i betydelig grad knyttet til tidskrisiske hendelser hvor det kan være vanskelig å dokumentere skriftlig alle forhold som ønskes journalført, både i sanntid og i ettertid (51). Det er generelt lite praksis for lydopptak av legenes telefonkonsultasjoner. Dette hindrer dokumentasjon og begrenser mulighet for læring. I samtaler med andre legevakter og fagmiljø uttrykker flere leger at det hadde vært til hjelp å ha lydopptak, også for leger. På den andre siden blir det reist spørsmål ved nytteverdien av lydopptak av telefonkonsultasjon med lege. Momenter som løftes fram er hensynet til pasientens opplevelse av å kunne snakke fritt, legens personvern og at det er ressurskrevende å gjennomgå lydlogger.

Legeforeningens innspillsrapport «For en bedre legevakt» påpekte at opptak må brukes til opplæring og kvalitetssikring (52). I rundskriv til akuttmedisinforskriften står det at lydopptak skal

være til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av AMK- og legevaktsentral ([29](#)). Helsedirektoratet har i 2023 kartlagt praksis for lagring av lydlogg og videoopptak. I dette arbeidet har de ikke sett på opptak og lagring av lyd og bilde i prehospitaltjenester utover AMK- og legevaktsentraler. Lydopptak og lagring av telefonkonsultasjon fra legesamtaler er ikke omtalt i utredningen ([51](#)). Ukom vurderer at siden lydopptak anses som et redskap for å sikre dokumentasjon og etterprøvnbarhet av vurderinger som er gjort og helsehjelp som er gitt på telefon, bør også dette gjelde for legens telefonkonsultasjoner.

For å sikre læring etter alvorlige uønskede hendelser er det viktig med et system som sikrer at involvert personell blir informert om hendelsen. Videre at det gjennomføres intern gjennomgang med involvering av pårørende. I tillegg kan gjennomgang av lydopptak være et viktig verktøy i arbeid med læring og evaluering av praksis. Det er potensiale for å benytte lydopptak i større grad i legevaktens tverrfaglige kvalitetsarbeid.

11 Anbefalinger

Publisert 20. februar 2024 Sist oppdatert 20. februar 2024

Funnene i undersøkelsen leder til seks anbefalinger. Anbefalingene rettes til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og fagmiljø.

Kompetansekrav i klinisk kommunikasjon

Undersøkelsen viser at det kan være utfordrende for telefonoperatører og leger å identifisere hvilke pasienter som har akutt behov for helsehjelp. Gode kommunikasjonsevner innenfor medisin- og helsefag kan forstås som ferdigheter helsepersonell både kan lære, trenes opp i og bli bedre på. Dette øker evnen til å fange opp og forstå graden av alvorligheten i pasienters situasjon.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet vurderer om det i Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral bør stilles kompetansekrav i klinisk kommunikasjon til helsepersonell.

I tillegg til et formelt kompetansekrav er det viktig at legevaktsentralene etablerer et system for kontinuerlig å følge opp medarbeideres kommunikasjonsferdigheter. Bruk av lydlogg som læringsverktøy kan være nyttig. Flere AMK-sentraler og legevaktsentraler har god erfaring med dette.

Varsel om rekontakt

Det at en henvendelse til legevaktsentralen er en rekontakt er svært viktig informasjon for telefonoperatør og lege. En rekontakt kan føre til høyere hastegradsvurdering. Det er ikke alltid kjent for helsepersonell at pasienter nylig har vært i kontakt med den akuttmedisinske kjeden.

Kjernejournalen er i Program for digital samhandling pekt på som aktuell kanal for digital utveksling av kritisk informasjon om pasienter/innbyggere. Kjernejournal er også en robust løsning med tanke på personvern og sporing av oppslag.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å kartlegge organisatoriske og tekniske muligheter for å dele dokumenter fra primærhelsetjenesten ved bruk av tjenesten Pasientens journaldokumenter – via kjernejournal. Dette vil kunne gi en oversikt over aktuelle notater fra akuttvurderinger fra både spesialist- og primærhelsetjeneste. Oversikten vil også indikere kontakt, og notatene vil gi mer informasjon om kontaktårsak og vurderinger.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet i dette arbeidet vurderer muligheten for at flere kontakter innenfor en gitt tidsramme kan generere et tydelig varsel om rekontakt i virksomhetens journalsystem/registreringsverktøy.

Mulighet for lydopptak av telefonkonsultasjon med lege

Undersøkelsen viser at det er begrenset mulighet for dokumentasjon og læring etter telefonsamtaler mellom lege og pasient. Dagens hjemmel for lydlogg fra samtaler med

telefonoperatør ved legevaktsentral og AMK, er vurdert som hensiktsmessig av Helsedirektoratet. Dette er beskrevet i direktoratets utredning av behovet for endring av akuttmedisinforordningen-regulering av lagring av lydlogg og videoopptak (51).

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å revidere akuttmedisinforordningen slik at lydopptak også blir tilgjengelig for telefonsamtaler mellom lege og pasient i kommunal legevakt.

Videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy

Beslutningsstøtteverktøy er til nytte for å fange opp riktig alvorlighetsgrad når pasienter ringer til legevaktsentral. Likevel kan det være vanskelig å fange opp om kontakten er en førstegangshenvendelse eller en rekontakt. Ukom anbefaler at dette tydeliggjøres i beslutningsstøtteverktøyene. Det er behov for at arbeidet med beslutningsstøtteverktøy i den akuttmedisinske kjeden gis et løft. Ansvar må forankres i Helsedirektoratet. Arbeid med drift, utvikling, evaluering av og forskning på verktøyene bør utføres av fagmiljøene.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør Helsedirektoratets ansvar for beslutningsstøtteverktøy som er i bruk. Helsedirektoratet bør gi de nasjonale fagmiljøene et mandat for arbeidet med å videreutvikle beslutningsstøtteverktøy.

Videreutvikling av videoløsning

Telefonvurdering er en risikosituasjon og det vil noen ganger være nødvendig å supplere med videokontakt. De fleste legevaktsentraler har tilgang til å bruke video, vår undersøkelse viser at bruken er begrenset og tilfeldig. Det er grunn til å anta at fordelene med video kan komme flere pasienter til nytte. Videokontakt er ikke en erstatning for en fysisk konsultasjon, men en ekstra kilde til informasjon for telefonoperatør ved triagering, og et supplement til legenes telefonkonsultasjoner.

Det er et behov for å styrke kunnskap om videoløsning i legevakt.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet understøtter NKLMs pågående prosjekter om bruk av video i legevakt.

Behov for begrepsavklaring og standardisering av råd

Undersøkelsen viser at det kan være vanskelig å forklare hva begrepet «ta kontakt ved forverring» innebærer. Likevel er dette et etablert begrep, både hos sykepleiere og leger ved legevakt.

Anbefaling

Ukom anbefaler at de nasjonale fagmiljøene i samarbeid avklarer hva som legges i begrepet. Standardiserte råd bør videreutvikles med mulighet for individuell tilpasning om hva som menes med forverring i de vanligste kontaktårsakene til legevakt. Dette kan kvalitetssikre informasjonen som gis fra legevakt til innringer.

Tilgjengeliggjøring av råd

Flere studier viser at pasienter glemmer eller misforstår 40 til 80 prosent av informasjonen de får fra helsepersonell (53). Det kan bedre pasientsikkerheten å få repetert informasjon som er gitt.

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet får i oppdrag å utrede digitale løsninger for å sende standardiserte råd med mulighet for individuell tilpasning til innringer. Det kan for eksempel være å sende rådene på sms umiddelbart etter telefonkontakt.

12 Forbedrings- og kvalitetsarbeid i legevakttjenesten

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

I rapporten gir Ukom anbefalinger på overordnet systemnivå. Samtidig ønsker vi at rapportene og undersøkelsene våre skal bidra til læring, refleksjon og forbedring i tjenestene.

Kommunen har plikt til å arbeide systematisk med forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Det skal de blant annet gjøre ved å identifisere svikt og områder som kan forbedres ([43](#)).

Vi oppfordrer kommuner og legevakter til å bruke rapporten i arbeid med læring og forbedring. Ukom har laget refleksjonsspørsmål og viser til verktøy som kan være nyttige. Det er eget [materiel l som kan brukes til læring og refleksjon](#) for rapporten.

Spørsmål til refleksjon

Refleksjonsspørsmål for kommuneledelse

- «Legevakten er som en øde øy i kommunen». Hvordan kan vi ivareta kommunens ansvar for legevakttjenesten?
 - Hvordan får vi kjennskap til drift av legevakttjenesten, både om kvalitet og økonomi?
 - Hvordan organiserer vi samarbeidet med legevakttjenesten mellom de ulike ledernivåene i kommunen? (kommunedirektør- leder for helse- og omsorg- helsesjef og leder for legevakt)
 - Hvordan sikrer vi et robust system for oppfølging av legevaktsledere?
- Hvordan jobber vi for å sikre at ledere på alle nivå har kompetanse til å kunne ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring?
- Hvilken kompetanse har vi i forbedringsmetodikk?
- Hvordan bidrar vi til å øke befolkningens kompetanse om legevaktens samfunnsoppdrag?

Refleksjonsspørsmål for ledere ved legevakt

Risiko og kvalitetsforbedring	Hvordan sikrer vi kjennskap til risikoområder ved legevakt? Hvordan fanger vi opp nye risikoområder?
	Hvordan sikrer vi at ansatte kjenner til forbedringsmetodikk for å kunne delta i arbeid med kvalitetsforbedring?
Klinisk kommunikasjon	Hvordan sikrer vi at leger og sykepleiere har kompetanse i klinisk kommunikasjon?
	Hvordan bruker vi begrepet «ta kontakt ved forverring» ved vår legevakt
	Hvordan kan vi gjøre rådene konkrete (hva skal pasienten vurdere, og hva skal være grensen for å ta kontakt på ny)?
Beslutningsstøtte	Hvordan sikrer vi et system for opplæring og trening i bruk av beslutningsstøtteverktøy?
	Hvordan kan video komme mer til nytte for både helsepersonell og pasienter ved vår legevakt?
Læring og oppfølging etter alvorlige hendelser	Hvordan sikrer vi at legevakten er kjent med alvorlige hendelser hos pasienter som har vært i kontakt med oss?
	Hvordan sikrer vi at helsepersonell blir gjort kjent med alvorlige hendelser som de har vært involvert i?
	Hvilket system har vi for intern gjennomgang etter alvorlige uønskede hendelser?
	Hvordan bruker vi lydopptak til læring?
	Hvordan sikrer vi at pasient og/eller pårørende får delta i intern gjennomgang?
	Hvordan sikrer vi at hele legevakten lærer av intern gjennomgang?

Nyttige verktøy og prosjekter ved legevaktstjenesten

Det finnes nyttige verktøy som er klare til bruk, og ulike prosjekter som legevaktene kan hente inspirasjon fra.

Dette er noen eksempler:

Opplæringsverktøy fra [Nasjonalt kompetansesenter for kommunikasjonsberedskap \(KoKom\)](#)

KoKom har utarbeidet grunnopplæring for telefonoperatører og ulikt opplæringsmaterieell for den medisinske nødmeldetjenesten, deriblant om kommunikasjon og lydloggevaluering.

- [Kunsten å kommunisere](#) - KoKom
- [Lydloggevaluering for LVS](#) - KoKom

Opplæringsverktøy og prosjekter ved [Nasjonalt senter for legevaktmedisin \(NKLM\)](#)

- [Oppvakt- opplæring på legevakt](#)
- [Opplæringskurs Legevaktindeks](#)
- [Bruk av lydlogg til kompetanseheving i legevaktsentral](#) - en metodebeskrivelse for lydloggevaluering
- [Bruk av video i legevaktsentralen](#)
- [RE_AIMED: Medisinsk telefonvurdering assistert av kunstig intelligens](#)

Opplæringsverktøy fra [Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin \(NAKOS\)](#)

- [Bruk av innringervideo i AMK og LVS](#)

Verktøy fra Helsedirektoratet

- [Risiko – og hendelsesanalyse- Håndbok for helsetjenesten](#)
- [Kvalitetsarbeid: Forbedringsarbeid og Implementering](#)

13 Fremgangsmåte for undersøkelsen

Publisert 20. februar 2024 Sist oppdatert 20. februar 2024

Ukom har utviklet et rammeverk for hvordan vi gjennomfører undersøkelser av alvorlige hendelser og forhold. Rammeverket beskriver hvordan vi følger med på aktuelle saker og tema, hvordan vi mottar og behandler varsler og bekymringsmeldinger om alvorlige hendelser og forhold, hvordan vi beslutter å starte opp en undersøkelse. Videre beskriver rammeverket hvordan vi går fram, samler inn, organiserer, analyserer og etterprøver funn, tolkninger og anbefalinger på en systematisk måte. Denne undersøkelsen er gjennomført i tråd med dette rammeverket, og danner grunnlaget for rapporten med anbefalinger og materiell for læring og refleksjon.

Våre undersøkelser tar som hovedregel utgangspunkt i en eller flere alvorlige uønskede hendelser, med samme tematikk. Når vi bestemmer oss for å starte en undersøkelse, bygger vi på en vurdering av relevans, representativitet, alvorlighetsgrad, systemrisiko og læringspotensial. Vi bruker forskning, statistikk, tidligere rapporter og tilgjengelig offentlig dokumentasjon som kunnskapsgrunnlag om temaet. Hendelsene vi går inn i blir undersøkt som referansehendelser for den tematikken de representerer på systemnivå. Vi går inn i hendelser som i prinsippet kunne ha skjedd "hvor som helst", og undersøker hva som skjedde og hvorfor det gav mening for helsepersonellet å handle slik i den gitte situasjonen. Vi er ikke opptatt av hvor hendelsen skjedde eller hvem som hadde skylden for at det gikk slik det gikk, men heller av hva det var som skjedde, og hvordan det kan forstås at dette kunne skje. Gjennom undersøkelsene våre peker vi på generell sikkerhetsrisiko i helsetjenesten, ikke i den aktuelle virksomheten der hendelser fant sted.

Vi viser til lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 5 som sier at Ukom "skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold for å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten ([54](#)). Hensikten med undersøkelsene er å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser"

Vi undersøker mulige medvirkende faktorer, eventuelle mulige årsakssammenhenger og utreder forhold som antas å ha betydning for å forebygge nye hendelser. Målet vårt er å belyse en hendelse og tematikk fra mange perspektiv, og peke på forhold som til sammen kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko, peke på forhold som kan gi læring og formulere anbefalinger for å øke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Vi knytter funnene våre til dokumenterbare hendelser eller fenomener slik de kommer fram i intervjuer, skriftlig dokumentasjon og faglitteratur. Våre anbefalinger jobbes fram gjennom grundige drøftelser med vårt refleksjonspanel, med fag- og kompetansemiljøer, fagorganisasjoner og pasient og brukerorganisasjoner. Gjennom slike dialogaktiviteter sikrer vi at våre funn og tilrådinger er relevante og nyttige.

Datainnsamling

Vår viktigste metode for å få informasjon om, og få innsikt i en hendelse og et saksfelt, er intervju. Ukom har utviklet en metode for gjennomføring av intervju, som bygger på det kvalitative forskningsintervju og metoden KREATIV ([55](#), [56](#)). Vi bruker en semistrukturert intervjuguide. Den

er bygd opp ved hjelp av MTO-ledeord (Menneske, Teknologi, Organisasjon). MTO er i våre undersøkelser utvidet til også å omfatte kontekst for å sikre et systemfokus. Det er alltid to personer til stede i intervjuene og intervjuene blir tatt opp på bånd.

I denne undersøkelsen har vi intervjuet Idas mor, helsepersonellet hun hadde kontakt med de siste dagene før hun døde, deres ledere, fagansvarlige ved legevakt, ledere på kommunalt nivå, og helsepersonell som jobber ved den aktuelle legevakt, men som ikke var involvert i denne hendelsen. Alle informantene har fått tilbud om sitatsjekk, for å få mulighet til å korrigere og rette opp feil og misforståelser. Vi har gjennomført til sammen 20 intervjuer.

I undersøkelsen har vi i tillegg gått gjennom relevant journalinformasjon fra fastlege, fastlegevikar, legevakt og AMK, hørt på lydopptak fra telefonoperatørenes samtaler. Statsforvalters vurdering og obduksjonsrapport er innhentet og gjennomgått.

I tillegg til å diskutere funn med den aktuelle legevakten, har vi gjennom dialogmøter fått bakgrunnsinformasjon, diskutert og fått nyttige innspill til både funn og anbefalinger fra følgende aktører:

- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Legevakten i Kristiansand
- Legevakten i Bodø
- Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
- Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester (NRA)
- Nasjonalt fagnettverk for akuttmedisinske tjenester (NFA)
- Norsk forening for allmenntmedisin (NFA)
- Norsk sykepleierforbund (NSF)
- Helsedirektoratet, inkludert tidligere Direktoratet for e-helse
- Statsforvalteren i Agder
- Ukoms [refleksjonspanel](#)

En slik involverende, dialogbasert metode, med flere møter med ulike aktører, er viktig for å sikre funn, vurderinger og anbefalinger med tanke på relevans, nytte og læringspotensial på nasjonalt nivå. I denne undersøkelsen hadde vi 17 dialogmøter. Vi presenterte også foreløpige funn på Legevaktkonferansen 2023. Dette har gitt oss viktige innspill til undersøkelsen.

Rammeverk for strukturering av datasett

Ukoms rammeverk for gjennomføring av undersøkelser åpner for å bruke ulike teoretiske rammeverk for å strukturere og analysere datamateriale. Valg av rammeverk er styrt blant annet av type tematikk og omfang av undersøkelsen. I denne undersøkelsen valgte vi å bruke SEIPS rammeverk (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) i det innledende analysearbeidet ([57](#), [58](#)). Vi gjennomførte analyseworkshop med metodestøtte i SEIPS fra vår britiske søsterorganisasjon Health Services Safety Investigations Body (HSSIB). I tillegg brukte vi AcciMap og «skjema for analyse av pasientsikkerhetsutfordringer» basert på metodikken til Statens havarikommisjon i den videre analysen av data.

14 Ukoms oppdrag

Publisert 20. februar 2024 Sist oppdatert 20. februar 2024

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, Ukom, er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser på nasjonalt nivå.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser og forhold som skal undersøkes, samt omfanget av undersøkelsene.

Undersøkelser gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Rapportene fra Ukom er offentlige og inneholder ikke referanser til enkeltpersoners navn og adresse. Ukom vurderer i hver enkelt undersøkelse om rapporten skal vise til hvor hendelsen fant sted.

Ukoms virksomhet er hjemlet i [lov 16. juni 2017 nr. 35 om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten \(54\)](#).

15 Summary report English

Publisert 20. februar 2024

Sist oppdatert 20. februar 2024

Read [summary of the report](#) in English.

16 Referanser

Publisert 20. februar 2024 Sist oppdatert 20. februar 2024

1. Volven; 2024, (hentet den 16.02.24). Tilgjengelig fra: <https://volven.no/Produkt.asp?>
2. Statsforvalteren i Oslo og Viken. Rapport fra tilsyn med Eidsvoll kommune - legevakt og legevaktssentral 2023. Helsetilsynet; 2023 14.09.23. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2023/eidsvoll-kommune-tilsyn-med-legevakt-og-legevaktssentral-2023/>
3. Statsforvalteren i Agder. Rapport etter systemtilsyn med Legevakten i Arendal 2023. Helsetilsynet; 2023. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/agder/2023/arendal-systemtilsyn-med-legevakten-2023/>
4. Statsforvalteren i Oslo og Viken. Rapport fra tilsyn med Bærum kommune - legevakt og legevaktssentral 2023. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2023/baerum-kommune-tilsyn-med-legevakt-og-legevaktssentral-2023/>
5. Hunskår S, Sandvik H. Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital legevakt: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian ResearchCentre AS; 2018.
6. Statistisk sentralbyrå. Legevaktstjenesten i norske kommuner 2021. Statistisk sentralbyrå; 2021. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktstjenesten-i-norske-kommuner-i-2021>
7. Helsedirektoratet. Legevakt og legevaktssentral - Nasjonal veileder. Helsedirektoratet; 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktssentral>
8. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin . Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-rapporten-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2986685/?uidc4064d16-a1aa-4692-b8e0-0dae99175185>
9. Ekspertgruppe legevakt. Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning; 2021. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertgruppe-legevakt.pdf>
10. Helsedirektoratet. Svartid legevakt 116 117. Helsedirektoratet; 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/svartid-legevakt-116-117>
11. Welle-Nilsen LK, Morken T, Granås AG, Hunskår S. Alminnelige helseplager i legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin; 2009. Microsoft Word - Rapport.doc (unit.no)

12. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* [Internet]. 2022; 72(715): [e84-e90 pp.].
<https://bjgp.org/content/bjgp/72/715/e84.full.pdf>
13. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (2015)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
14. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
15. Johansen IH, Midtbø V, Fotland S-LS, Hunskaar S. Endret beslutningsstøtte i legevaktssentralen: effekter på hastegradsvurdering og ressursbruk. *Tidsskrift for omsorgsforskning* [Internet]. 2023; 9(2):[53-66 pp.].
<https://doi.org/10.18261/tfo.9.2.5>
16. KoKom. "Lost in transaction" Hvordan finne ny kunnskap om svikt i den medisinske nødmeldetjenesten basert på avviks- og erstatningssaker, Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom); 2020.
<https://kokom.no/wp-content/uploads/2020/11/Lost-in-transaction.pdf>
17. Gulbrandsen P, Finset A, Gulbrandsen P. Skreddersydde samtaler : en veileder i medisinsk kommunikasjon. 2. utgave. Oslo: Gyldendal; 2019.
18. Schei E, Christensen I. Lytt : legerolle og kommunikasjon. Bergen: Fagbokforlaget.; 2015.
19. Mjaaland T, Jensen B. Kommunikasjon med pasienter: Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
20. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Perm J*. 1999;3(3):79-88. <https://www.thepermanentejournal.org/doi/pdf/10.7812/TPP/99.949?downloadtrue>
21. Jensen BF, Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, Krupat E, Finset A. Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2010;80(3):405-9. Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial - ScienceDirect
22. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient education and counseling*. 2006; 62(1):[38-45 pp.]. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior - ScienceDirect
23. Gerwing J, Steen-Hansen JE, Mjaaland T, Jensen BF, Eielsen O, Thomas OMT, Gulbrandsen P. Evaluating a training intervention for improving alignment between emergency medical telephone operators and callers: a pilot study of communication behaviours. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2021; 29(1):1-8. Evaluating a training intervention for improving alignment between emergency medical telephone operators and callers: a pilot study of communication behaviours | *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* | Full Text (biomedcentral.com)

24. Spjeldnæs Trine Berglie, Nilsen VAK, Brattebø Gutorm. Medisinsk nødmeldetjeneste: Man ringer ikke 113 uten grunn. Dagens Medisin; 2024. <https://www.dagensmedisin.no/akuttmedisin-amk/medisinsk-nodmeldetjeneste-man-ringer-ikke-113-uten-grunn/609025>.
25. KoKom. Evaluering av legevaktsentraloperatør med veileder. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom); 2020. <https://kokom.no/wp-content/uploads/2020/11/Lydlogg-legevaktsentral-informasjonskriv.pdf>.
26. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Råd for et godt vaktliv. Legevakthåndboken: Gyldendal Akademiske; 2021; 7. utgave. https://lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/raad_for_et_godt_vaktliv.
27. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. [Legevaktindeks – NIMN](#)
28. Helsedirektoratet. 113 svarer raskt, stor variasjon i svartider hos legevakten. Helsedirektoratet; 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/113-svarer-raskt-stor-variasjon-i-svartider-hos-legevaktene>.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Rundskriv I-5/15 AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN (med merknader til enkelte bestemmelser). Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Akuttmedisinforskriften - regjeringen.no
30. Morken T, Solberg LR, Allertsen M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister. NORCE Norwegian Research Centre AS; 2019. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2625990/Rapport%20NORCE%20Helse%2c%204-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The lancet. 2014;383(9931):1824-30. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext?ccy%3D](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext?ccy%3D)
32. Brattebø Gutorm, Iversen Emil Kristoffer, Natås Ida, Todnem Longva Silje. Har vi glemt legevaktsentralene? Dagens Medisin; 2022. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/har-vi-glemt-legevaktsentralene/282043>
33. KoKom. Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring av operatører i medisinsk nødmeldetjeneste. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom); 2023. <https://kokom.no/wp-content/uploads/2023/06/Kompetanseplan-for-enhetlig-grunnopplaering-230531-KORT-V1.pdf>
34. Oslo Met. Medisinsk nødmeldetjeneste - videreutdanning. Oslo Met; 2022. <https://www.oslomet.no/studier/studenthistorier/medisinsk-nodmeldetjeneste-viktigere>
35. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin(NKLM); 2024. Legevaktindeks – Beslutningsstøtte for legevakthenvendelser, <https://legevaktindeks.no/>
36. ALSG Centre for Training & Development. Manchester Triage system; 2024. <https://www.triagenet.net/classroom/>
37. Cristin, Prosjekt #2584635 - Bruk av video i legevaktsentralen <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2584635>

38. Sandal N. Video i legevaktsentral Rapport nr 2-2022. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin; 2022.
<https://narceresearch.brage.unit.no/narceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2996646/Rapport%2bnr.%2b2-2022%252C%2bVideo%2bi%2bLegevaktsentral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Halvorsen Stadheim Karoline, Nilsen Jan Erik, Olsen Jan Åge. Triage i den akuttmedisinske kjeden rapport nr 2-2014. Nakos; 2014.
40. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, (2012). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
41. Ekornrud Trond, Stølan Castberg Bryne Solveig, Thonstad Merete. Kartlegging av organisering av legevaktsarbeidet i kommunene 2021. Statistisk sentralbyrå; 2023. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktjenesten-i-norske-kommuner-i-2021/_attachment/inline/d79636a9-9a89-44a7-8141-2a51dfb8eadd:f139aa7c1dfc3117f19925f37c3c4ea880ee3777/RAPP2023-06.pdf
42. Hunskaar S. Maktar kommunane å drive avanserte legetenester? Michael Journal; 2022; 2. <https://www.michaeljournal.no/article/2022/06/Maktar-kommunane-a-drive-avanserte-legetenester>
43. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (2016). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
44. Helsedirektoratet. Årsrapport for Kompetanseløft 2020 for 2020 – Avsluttende oppsummering for planperioden. Helsedirektoratet; 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-for-kompetanseloft-2020-for-2020-avsluttende-oppsummering-for-planperioden>
45. Magerøy MR, Braut GS, Macrae C, Wiig S. Healthcare leaders' and elected politicians' approach to support-systems and requirements for complying with quality and safety regulation in nursing homes – a case study. BMC Health Services Research; 2023; 23(1): [880 p.]
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09906-6>.
46. Folkehelseinstituttet. Influensavaksine til gravide beskytter både mor og barn. FHI; 2023. <https://www.fhi.no/va/influensavaksine/influensavaksine-gravide/>
47. Folkehelseinstituttet. Koronavirus - Råd og informasjon for gravide og ammende. FHI;2023. <https://www.fhi.no/ss/korona/koronavirus/koronavirus/befolkningen/rad-for-gravide-og-ammende/?term#gravide-og-risiko-for-alvorlig-covid-19>
48. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om "ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten". Oslo: Helsedirektoratet; 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/om-veilederen>
49. Helsedirektoratet. Informasjon om innrapportering og publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. https://www.narceresearch.no/assets/images/file/18_583-5-Informasjon-om-innrapportering-og-publisering-av-nasjonale-kvalitetsindikatorer-des-2023.pdf?v=1702374258
50. Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

51. Helsedirektoratet. Utrede behovet for endring av akuttmedisinforskriften- regulering av lagring av lydlogg og videoopptak. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
52. Den norske legeforening. En legevakt for alle, men ikke for alt - Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt; 2015. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/4b6e12aa22cd4e82b45f0488e2effbf2/innspillsrapport-legevakt.pdf>
53. Lie HC, Juvet LK, Street RL, Gulbrandsen P, Mellblom AV, Brembo EA, et al. Effects of Physicians' Information Giving on Patient Outcomes: a Systematic Review. Journal of General Internal Medicine [Internet]. 2022 2022/02/01; 37(3):[651-63 pp.]. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07044-5>.
54. Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, (2017). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>.
55. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 1. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 1997.
56. Rachlew A, Løken G-E, Bergestuen ST. Den profesjonelle samtalen: en forskningsbasert intervjumetodikk for alle som stiller spørsmål: Universitetsforlaget; 2020.
57. Holden RJ, Carayon P. SEIPS 101 and seven simple SEIPS tools. BMJ quality & safety; 2021. SEIPS 101 and seven simple SEIPS tools (bmj.com)
58. Carayon P, Wooldridge A, Hoonakker P, Hundt AS, Kelly MM. SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. Appl Ergon. 2020;84:103033. SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety - ScienceDirect

Alle lenker i referanselisten er avlest 12.02.24 der annet ikke er oppgitt.

**Statens undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924

ISBN 978-82-8465-034-0