

8 Samhandling i fremtiden

8.1 Samhandling med fastlegene

8.1.1 Fastlegenes tilknytning til Storbylegevakten

De fast ansatte legene i Storgaten 40 utfører omkring 2/3 av pasientarbeidet. Resten utføres av privatpraktiserende leger, og de 450 fastlegene er grunnstammen i denne delen av tjenesten. Disse legene jobber i hovedsak på legevaktbasene og kjører sykebesøk.

Av byens 450 fastleger har omkring 350 vaktplikt (ca en vakt per måned). Det er imidlertid bare 150 leger som aktivt tar del i tjenesten, resten setter bort sine vakter til andre. Mange vakter tas av leger som ikke har fastlegeavtale (100 slike leger deltar i tjenesten). Dette bør endres i fremtiden. Legevaktstjenesten bør samles på færre leger, som til gjengjeld vil være en tett integrert del av tjenestetilbudet. Disse legene vil ha hyppigere vakt enn i dag, og bli bedre kjent med rutiner innenfor akuttkjeden. Dermed vil legene også bli en mer betydningsfull ressurs for de øvrige legevaktlegene. Legene bør vurderes fritatt fra annen offentlig tjeneste. Slike endringer krever forhandlinger med legeföreningen.

Storbylegevakten bør være en møteplass for fastleger, legevaktleger, sykehusspesialister og universitetsansatte. Det bør finnes møte-/utdanningsrom som fastlegene kan benytte seg av, for eksempel i forbindelse med smågruppeundervisning og ved kurs/samlinger. Kantine og andre felles arenaer må legges til rette slik at dette blir gode møteplasser for alle med tilknytning til Storbylegevakten. Det bør arrangeres legevaktkurs for fastleger i Storbylegevaktens lokaler.

8.1.2 Fastlegenes øyeblikkelig hjelp-ansvar

Rammeavtalen for fastlegeordningen i Oslo beskriver at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp på dagtid skal, innenfor avtalt åpningstid og så langt det er mulig, ivaretas av sine fastleger. Når dette ikke er mulig, eller dersom pasienten ikke har fast lege i kommunen eller står utenfor ordningen, kan kommunens legevaktsystem benyttes.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har kartlagt at dersom hvert fastlegekontor klarer å ta en øyeblikkelig-hjelp-konsultasjon mer per dag vil antallet legevaktkonsultasjoner reduseres med ca 30 % (ref. Steinar Hunskår). Det er derfor ingen tvil om at dersom man ønsker å gjøre noe med kapasitetsutfordringen, så bør man satse på fastlegene.

Fastlegenes timelister må gi rom for "drop-in" eller ha tilstrekkelig med øyeblikkelig hjelp timer. Flere legesentre melder om svært gode erfaringer med såkalt "time på dagen" ordning. Når fastlegen er i arbeid utenfor eget kontor, bør pasientene i større grad enn i dag tilbys konsultasjon hos en samarbeidende kollega. Slike ordninger er lettest å få til innenfor en flerlegepraksis og flerlegepraksiser bør tilstrebes framfor solopraksiser i fremtiden. Flere fastlegekontor bør tilby variabel åpningstid, for eksempel kveldsåpent noen dager i uken. Det bør legges til rette for dette i avtaleverket, og normaltariffen bør motivere til å ha åpent på kveldstid for øyeblikkelig hjelp.

8.1.3 Telefongjengjengelighet hos fastlegen

Telefongjengjengeligheten til fastlegen er ofte ikke god nok. For å løse dette bør man fortsette å satse på alternative metoder for å kontakte legesentrene, som via internett og SMS. Slike ordninger bør være tilgjengelige for Storbylegevakten til å benytte på pasienters vegne.

Når det gjelder kommunikasjon mellom legevakt, akuttmottak og fastleger vil nytt nasjonalt nødnett trolig bli tatt i bruk i Oslo i 2009. Det utredes om man skal anskaffe en slik radio til hvert fastlegekontor i tillegg til radioene til legevaktleger, ambulant team og mottakelser på sykehusene. Et

slik nett vil neppe bli mye brukt til å kalle ut fastlegene ved akuttmedisinske hendelser som ulykker, hjertestans og liknende. Derimot vil en direktetelefon til alle legesentre kunne gjøre det lettere å kontakte hverandre i mindre akutte øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Nødnettet kan da benyttes til å innhente viktige opplysninger, hente ut informasjon om planlagte tiltak, bestille time hos fastlegen og liknende.

8.1.4 Antallet fastleger

Mange leger har av ulike årsaker ikke kapasitet til nok ø-hjelp timer da ventetiden for å få time allerede er svært lang. Fastlegene har de siste årene fått betydelig merarbeid med pålagte arbeidsoppgaver, ikke minst knyttet til arbeid opp mot NAV og håndtering av nye regler for medikamentforskrivning. Undersøkelser har vist at fastlegens arbeidstid har økt siden innføringen av fastlegeordningen.

På bakgrunn av dette bør man jobbe for en revurdering av listelengdenormen. En vektning av listene bør også vurderes. I bydeler med få åpne lister må antall hjemler økes. Det bør vurderes å innføre et tak på antall listepasienter som er lavere enn i dag. I en slik vurdering vil det være nyttig å kunne undersøke om det er sammenheng mellom listelengde og antall pasienter som oppsøker Legevakten. Dette forutsetter at Legevakten har tilgang til fastlegelistene.

8.1.5 Tilbakemelding til fastlegen

Rask og kontinuerlig tilbakemelding fra Storbylegevakten til fastlegene, både i form av elektroniske epikriser og statistikk over legevaktsbesøk for egne pasienter, vil gi den enkelte fastlege bedre oversikt over hvor godt/ dårlig ø-hjelpstilbud man gir til egne listepasienter. Dette forutsetter at det er registrert i legevaktens journalsystem hvem som er pasientens fastlege. NAV har til nå ikke villet formidle denne informasjonen til Legevakten på annen måte enn via oppslag på en internettside. Dette er lite rasjonelt, og medfører fare for feilregistrering.

For å kunne sende elektroniske epikriser må Legevakten etablere en fungerende tilknytning til Norsk helsenett. Dette er i ferd med å falle på plass. Neste skritt er å få registrert alle fastlegenes elektroniske adresser og starte rutinemessig usending av epikrise til fastlegen så lenge pasienten ikke motsetter seg dette. I en by så stor som Oslo er man avhengig av et godt oppslagsverk for å lykkes med dette. Det er å håpe at Helseenhetsregisteret HER om ikke lenge kan ivareta behovet for slike oppslag både manuelt og maskinelt.

Anbefalinger om samhandling med fastlegene

- Tilgjengeligheten hos fastlegene må bedres
 - Etablere "time på dagen" hos fastlegene
 - Etablere timebestilling over internett, som legevaktspersonell kan benytte til å avtale tid for kontroll eller akutttime basert på legevaktens triage.
 - Nødnettsterminaler på alle legekontorer
- Antallet fastleger i Oslo bør økes
 - Opprette flere hjemler i bydeler som i dag har nesten bare lukkede lister.
 - Vektning av lister bør vurderes (incitament til å ha "tunge" pasienter på listene).
- Det bør lages incentiver til at fastlegene organiserer sin praksis med mer fleksibel åpningstid. Et tiltak kan være å åpne for bruk av kveldstakster ved ø-hjelpskonsultasjoner i egen praksis etter klokken 16, hvilket reguleres av Arbeids- og inkluderingsdepartementet gjennom Normaltariffen.
- Storbylegevakten må sende elektronisk epikrise til fastlegene, slik at pasientene raskt kan følges opp videre.

Fortsettelse, anbefalinger om samhandling med fastlegene

- Gjennom bygningsmessige og organisatoriske tiltak legges det til rette for at Storbylegevakten blir en naturlig møteplass mellom fastleger, legevaktens leger og annet helsepersonell.

8.2 Samhandling med bydelenes hjemmetjeneste

I de senere år har pasienter som trenger pleie- og omsorgstjenester i eget hjem fått et mye mer omfattende hjelpebehov. Det forventes også i fremtiden en økning i antall personer med store og sammensatte behov som bor hjemme eller i omsorgsbolig. Blant annet har mer effektiv medisinsk behandling og omlegging av spesialisthelsetjenesten redusert liggetiden i sykehus, noe som i stor grad er en utfordring både for pasienten og tjenestene i bydelene. Bydelenes hjemmetjenester møter dermed nye krav og må ha stor omstillingsevne for å møte brukernes nye og endrede behov.

8.2.1 Hjemmetjenestens tilgjengelighet

Hjemmetjenestens tilgjengelighet varierer. Hjemmetjenesten i alle distrikter må være tilgjengelig på døgnbasis via en vakttelefon. Dette er viktig for eksempel når man trenger opplysninger om faste medisiner eller hjelp til å komme inn i pasienters hjem. Bestillerkontor/innsatsteam bør også være tilgjengelige. Slike kontaktopplysninger bør inkluderes i Veiviseren for hovedstadsområdet og legges i Helsenet.

8.2.2 Sykepleiefaglig støtte til hjemmetjenesten

Bydelenes hjemmetjenester har ikke alltid tilstrekkelig kompetanse til å løse alle problemstillinger de møter. Et ambulanssykepleierteam (Akkutteamet) er en viktig samarbeidspartner for bydelene i slike situasjoner. 30 % av Akkutteamets oppdrag er til hjemmeboende eldre. Etter etablering av Innsatsteam i alle bydelene har disse erstattet noe av Akkutteamets funksjon, særlig på dagtid. Akkutteamet vil likevel være en viktig samarbeidspartner for bydelene også i fremtiden.

Ved siden av konkret bistand legger akkutteamet vekt på opplæring av den ansatte. På den måten bidrar teamet til kompetanseheving blant hjemmetjenestens ansatte. Slike oppdrag finansieres gjennom bydelsbetaling. Dette er en hensiktsmessig ordning som representerer et sikkerhetsnett.

8.2.3 Legestøtte til hjemmetjenesten

Når hjemmetjenesten trenger telefonrådgivning fra lege på dagtid bør fastlegen kontaktes først. Etter arbeidstid og når fastlegen er utilgjengelig kontaktes Legevaktssentralen. Mange hjemmeboende med hjemmetjeneste er ute av stand til å oppsøke fastlegen, og derfor avhengige av at hjemmetjeneste og fastlege samarbeider om hjemmebesøk. Når fastlegen ikke ser seg i stand til å foreta hjemmebesøk trer Storbylegevakten inn som et sikkerhetsnett.

Anbefalinger om samhandling med hjemmetjenesten

- Hjemmetjenesten bør ha bedre tilgjengelighet
 - Storbylegevakten må ha tilgang til oppdaterte telefonlister til hjemmetjenestens døgnbemannede vakttelefon i alle distrikter.
 - Dagapparatet i bydelene bør ha en akuttefon/kollegatelefon.
 - Hjemmetjenesten må tilknyttes helsenet og kunne kommunisere elektronisk med fastlege og andre aktører (Geric).
- Storbylegevaktens akutteam skal bistå bydelene når det er behov for spesiell sykepleiefaglig kompetanse. Bydelene kan bruke Akkutteamet som et sykepleiefaglig sikkerhetsnett.
- Ved behov for legetilsyn bør fastlegen kontaktes primært. Dersom fastlegen ikke kan tre inn kontaktes Storbylegevakten med tanke på sykebesøkslege.

8.3 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Som et resultat av Hovedstadsprosessen vil oppgavefordelingen mellom sykehusene i Osloområdet endres. I dag knyttes mye av aktiviteten i Legevakten opp mot Ullevål universitetssykehus. I fremtiden vil det være nødvendig å etablere tett samhandling med de tre sykehusene som skal ha ansvar for de fleste lokalsykehusoppgavene innen indremedisin/geriatri, elektiv kirurgi og psykiatri. Vårt estimat innebærer innleggelsestall på ca 3.800, 2.400 og 1.700 pasienter for hhv. Aker, Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus (gitt samme totalvolum som i 2007). Beregningene viser at sykehuset som ivaretar områdefunksjoner i område sentrum fortsatt vil være den desidert viktigste samarbeidspartner for Storbylegevakten, med ca 9.300 innleggelser. Innleggelsestallet for Akershus universitetssykehus beregnes til ca 3.200 pasienter. Tallene gjenspeiler Storbylegevaktens særegne rolle innenfor akuttkjeden. Planlagt virksomhet antas i større grad å foregå i aksen mellom fastlegen og sykehusene.

Storbylegevakten skal sammen med primærhelsetjenesten dekke behovet for grunnleggende helsetjenester og gi tilbud på særskilte bydelsovergripende fagområder (f. eks. skadelegevakt, rus/psykiatri og overgrepsmottak). Det må tilstrebes at kompetansen på Legevakten er så høy at man kan ivareta flest mulig av de pasientene som ikke trenger innleggelse. Det vil representere et godt tilbud til pasientene (ferdigbehandling på ett sted) og frigjøre ressurser på sykehusene. Dette må sees i sammenheng med funksjoner på hhv område- og lokalsykehus slik disse blir i fremtiden. Man bør ikke opprette konkurrerende tilbud.

Det viktigste tiltaket for å få dette til er å arbeide med felles prosedyrer og pasientforløp for tilstander som defineres i grenseområdet mellom Storbylegevakten og spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike pasientforløp står i kapittelet om pasientenes behov. Dette arbeidet må utføres i samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, og prosedyrene bør være felles innenfor sykehusområdet. De gode løsningene vil variere fra fagområde til fagområde. Eksempler vil være samarbeid på observasjonsposten, samlokalisering med spesialistpoliklinikk, samarbeid om operasjonsfasiliteter (etter modell av samarbeidet med Ortopedisk senter), undervisning og hospiteringsordninger.

8.3.1 Veiviseren for innleggelser i hovedstadsområdet

I dag er reglene for innleggelser i Oslo sykehusene samlet i en avtale som kalles Veiviseren for innleggelser i hovedstadsområdet (Oslo kommune og Helse Øst, 2004). Deler av Veiviseren er nå utdatert. Det kan også være vanskelig å avgjøre hvilken spesialitet som best kan ivareta pasienter. Når forskjellige spesialister finnes på forskjellige sykehus kan det være vanskelig å velge hvor pasienten bør behandles. Det oppstår også uklarheter på formelt grunnlag, for eksempel når man må velge om man skal følge formell eller reell bostedsadresse. (disse kan peke mot forskjellig sektortilhørighet). Det forekommer dessverre ikke sjelden at pasienter blir kasteballer mellom ulike sykehus før noen tar ansvaret. Slike forhold må i størst mulig grad avklares ved tydelig oppgavefordeling og et godt oppslagsverk.

Veiviseren er et svært viktig arbeidsverktøy innenfor akuttjenestene. Reglene må derfor følges opp tettere enn på ad hoc-basis med flere års mellomrom. Avtalen får konsekvenser for mange og må forankres i Oslo kommune og Helse Sør-Øst som tidligere. Daglige forvaltning av avtalen og eventuelt også mindre justeringer bør legges til en enhet som kan vedlikeholde den og gjøre den tilgjengelig i en egnet database som er tilgjengelig gjennom Helsenett og eventuelt Internett. Storbylegevakten kan være en slik forvalter, og løpende endringer utvikles gjennom kontinuerlig samarbeid etter nærmere avtale med avtalepartene.

8.3.2 Rutiner ved akuttinnleggelser

Ved innleggelser i sykehusene er praksis i dag hovedsakelig ganske lik, men det er en rekke variasjoner som unødig øker kompleksiteten i akuttjenestene. Eksempler kan være:

- Enkelte sykehus ønsker at innleggende lege kontakter mottakelsen, andre at man først kontakter sentralbordet og deretter settes over til vakthavende lege, og atter andre at man kontakter vakthavende lege direkte. Det kan være forskjellige rutiner på forskjellige avdelinger innad i ett sykehus.
- Akuttkjeden må organiseres slik at innleggende lege ikke trenger å kontakte unødig mange instanser. For eksempel kan man enkelte steder først måtte ringe sentralbord eller mottakelse, deretter vakthavende lege, kanskje også bakvakt (eventuelt vente på at assistentlegen konfererer med bakvakt). Når innleggelsen er avklart ønsker noen at innleggende lege ringer og melder pasienten til mottakelsen. Dertil må innleggende lege tilkalle ambulanse. Slike ordninger bør forenkles.

Slike rutiner bør forenkles i samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Rutinene bør hvis mulig være like innenfor et sykehusområde. Innføringen av nytt nødnett har et potensial når det gjelder å definere et felles kontaktpunkt ved alle sykehus (mottakelsene), men det gjenstår å se om dette vil være et egnet verktøy for konferering.

8.3.3 Mulighet til å redusere dobbeltarbeid på legevakt og sykehus

I mandatet stilles spørsmålet om man vil kunne redusere dobbeltarbeid ved å bruke legevaktlegens pasientjournal i sykehuset. Det vil alltid være slik at den som mottar pasienten på sykehuset har bedre innsikt i mottakerens behov enn den som legger pasienten inn. Det er også god kvalitetssikring i at sykehuslege utfører en selvstendig undersøkelse som en second opinion ved akuttinnleggelser. Imidlertid er det ofte skrevet gode innleggelsesskriv på Legevakten, og dersom disse kan gjenbrukes for eksempel ved gjenbruk av en elektronisk henvisning, kan legen som mottar pasienten bruke disse opplysningene i egen journal.

Innleggelser som ikke skjer akutt på vakttid, for eksempel innleggelser fra observasjonsposten, kan ha et mer "elektivt" preg. Disse pasienten kan i mange tilfeller overflyttes direkte til sengepost uten å måtte gå via sykehusenes akuttmottak. Det vil representere et bedre forløp for pasienten og redusere ventetid og arbeidsbelastning i akuttmottak. Også her må lege fra spesialisthelsetjenesten undersøke pasienten ved ankomst. Dette kan imidlertid skje enten på sykehusets sengepost eller ved at sykehuslegen gjør en innskrivningsvurdering og undersøkelse på observasjonsposten før pasienten overflyttes. Journalnotater fra Storbylegevakten kan gjenbrukes som beskrevet i forrige avsnitt.

Separate lab-, røntgen- og journalsystemer er i noen grad en hindring i dag. Dette kompliseres ved at man benytter forskjellige journalsystemer på de aktuelle sykehusene. Dertil kommer kulturelle forhold som tilsier at sykehuset, for å kunne ta ansvaret for pasienten, må gjenta undersøkelser selv fremfor å basere seg på andres vurderinger. Disse utfordringene vil forenkles betydelig dersom man kan benytte felles IKT-løsninger. Allerede i dag deler Legevakten røntgensystem og til dels labsystem med UUS.

Spørsmålet om reduksjon av dobbeltarbeid vil i stor grad avhenge av hvilken overordnet organisering man velger, og hvilke IKT-løsninger som benyttes. For øvrig henviser vi til de betraktninger som er gjort i kapittelet om organisering og IKT-spørsmål.

8.3.4 Oslopasienter som sokner til andre sykehusområder

Oslo kommune har ansvaret for legevaktstjenesten til alle innbyggere i Oslo. Dette endres ikke selv om beboere i bydelene Stovner, Grorud og Alna skal behandles i sykehus som ligger utenfor Oslos grenser (Akershus universitetssykehus). Det er prosjektgruppens oppfatning pasienter fra alle deler av byen bør få samme behandlingstilbud i Storbylegevakten. Dette bør også gjelde for observasjonsposten.

Det pågår en diskusjon omkring hva slags legevakt en skal ha i Akershus når nye Ahus er på plass. Til nå er det imidlertid ikke tatt noen beslutninger som innebærer endringer fra dagens situasjon.

I dag er praksis slik at pasienter som oppsøker Legevakten får tilbud om behandling selv om de er hjemmehørende i nærliggende kommuner. Enkelte andre legevakter praktiserer at pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp henvises tilbake til hjemkommunen. Dersom pasienttilstrømmingen ved Storbylegevakten blir for stor, kan man også i Oslo måtte praktisere på denne måten.

Pasienter som sokner til mer fjerntliggende sykehus vil i en del tilfeller trenge stabiliserende innleggelse i Oslo-området før overføring til hjemsykehuset. Dette vil være uendret fra tidligere. Storbylegevakten bør tilby akuttbehandling til slike pasienter på samme måte som beskrevet ovenfor. Innleggesregler beskrives i Veiviseren for hovedstadsområdet.

8.3.5 Ambulansetjenesten

Prehospital divisjon har ansvaret for prehospitaltjenester i både Oslo og Akershus. Fremtidig organisering av Prehospital divisjon vil bli tatt opp som egen sak senere i hovedstadsprosessen. Prosjektgruppen har konsentrert seg om å diskutere den kliniske samhandling med ambulansetjenesten og sett bort fra de overordnede organisatoriske forhold. Prehospital divisjon ønsker å være samlokalisert med Storbylegevakten. Divisjonen har imidlertid også behov for å ha en ambulansestasjon i sentrum, fordi mange oppdrag finner sted der. Dersom Storbylegevakten legges utenfor Sentrum, er det usikkert om divisjonen vil finne det hensiktsmessig å plassere en ambulansestasjon sammen med Storbylegevakten. Dette må sees i lys av at divisjonen har etablert mange ambulansestasjoner i de senere år. Innenfor bygrensen har man nå stasjoner i Storgaten, Smestad, Brobekk, Ullevål sykehus og Prinsdal.

Samlokalisering av Storbylegevakten og ambulansetjenesten er svært viktig i dag som Legevakten er lokalisert utenfor sykehus. For å kunne ivareta de få men viktige situasjonene med kritisk syke pasienter trengs det kort responstid for ambulansen, og ambulanspersonellens kompetanse supplerer Legevaktens. Dersom man for fremtiden velger en lokalisering utenfor sykehus må det legges til rette for en samlokalisert ambulansestasjon.

Ambulansetjenesten har et svært stort antall ambulansetransporter til og fra Legevakten, og dette er økende. I dag er antallet ankomster omkring 14 000/år. Det finnes ikke gode tall på antallet som forlater Legevakten i ambulanse, men antallet er sannsynligvis i samme størrelsesorden. Totalt sett kan vi altså snakke om et omfang på over 25 000 eller 70 transporter per døgn.

En god del pasienter blir kjørt direkte til sykehus av ambulanse uten at pasienten er tilsett av lege først. Det foreligger retningslinjer for slik direkteinnleggelse av pasienter utsatt for høyenergiskader, akutt hjertekateterisering, utvalgte slagpasienter, tilstander med sjokk og andre akutt livstruende tilstander. Erfaring kan tyde på at også pasienter som ikke fyller disse vilkår iblant innlegges uten legetilsyn. Det har ikke latt seg gjøre å fremskaffe tallmessige data som beskriver omfanget av dette, men det er grunn til å anta at man kan endre praksis noe dersom man lager gode kjøreregler som ambulanspersonellet kan arbeide etter. Med en utvidet Storbylevakt med tilhørende observasjonspost, vil det være naturlig å tro at antall pasienter uten alvorlig sykdom som blir kjørt direkte til sykehus, vil gå ned.

Nye pasientforløp vil medføre endrede krav til ambulansetjenesten. Analyser av dette er krevende å utføre med utgangspunkt i ambulansetjenestens egne tall, fordi disse i dagens registreringssystemer ikke er koplet til entydige diagnoser. Fra sykehusenes pasientdata kan man hente ut pasientantall, men det er vanskelig å spore pasientenes "transporthistorikk" med hensyn til ambulansetransport og annen transport. Å regne på dette er lite meningsfylt før man har mer konkrete alternativer å forholde seg til. Dersom man flytter Storbylegevakten fra sentrum, dukker det opp noen problemstillinger som prosjektet ikke har sett seg i stand til å avklare:

- Vil ambulansetjenesten måtte hente et større antall pasienter i sentrum/i hjemmet?
- Vil dette kompenseres fullt ut dersom man ligger så nær et sykehus at en del av pasientene kan innlegges uten ambulansetransport?

Når man flytter oppgaver fra en institusjon til en annen vil man også endre pasientflyt og risikere å øke behovet for ambulansetransport. Dette har prosjektgruppen ikke funnet det mulig å analysere nærmere.

Anbefalinger om samhandling med spesialisthelsetjenesten

- Involverte fagmiljøer analyserer forskjellige pasientgrupper og forbedrer pasientforløp på tvers av institusjoner og tjenestenivåer. Rutiner som utvikles bør være felles innenfor et sykehusområde.
- Strukturelle forhold må legges til rette for kontinuerlig kompetanseutveksling mellom Storbylegevaktens personell og et bredt utvalg spesialister. Behov og virkemidler vil være forskjellig fra ulike fagområder.
- Veiviseren for innleggelser i hovedstadsområde utvikles fra å være en statisk avtale til å bli et mer dynamisk hjelpemiddel som gjøres tilgjengelig gjennom Norsk helsenett. Storbylegevakten kan stå for daglig forvaltning av et slikt hjelpemiddel.
- Rutiner ved akuttinnleggelser i sykehus må forenkles og standardiseres.
- Pasienter som bor i bydeler som sokner til Akershus universitetssykehus tilbys samme tjenester på Storbylegevakten som resten av byens befolkning.
- Storbylegevakten samlokaliseres med en ambulansestasjon. Dette er spesielt viktig dersom Storbylegevakten ikke samlokaliseres med et sykehus, for å gi hurtigst mulig transport av kritiske dårlige pasienter.
- Plassering og oppgavefordeling til Storbylegevakten vil påvirke ambulansetjenestens oppdragsmønstre. Dette bør man se nærmere på når konkrete alternativer vurderes.

8.4 Informasjon til befolkningen

Det er nødvendig å informere befolkningen om hvordan de best kan benyttes seg av det offentlige helsetilbudet. Med sterk befolkningsvekst må slik informasjon gjentas regelmessig, og spesielt i forbindelse med omorganiseringer. Særlige tiltak må vurderes overfor svake grupper som for eksempel fremmedspråklige.

Informasjon bør gis i Legevaktens lokaler gjennom oppslag, skjermer og brosjyrer. Legevaktens hjemmesider inneholder en stor mengde informasjon. Dertil er det nødvendig å gjennomføre informasjonskampanjer overfor befolkningen i andre arenaer, for eksempel sende ut brosjyrer.

Anbefalinger om informasjon til befolkningen

- Det er nødvendig å informere befolkningen om hvordan de best kan benyttes seg av det offentlige helsetilbudet. Særlige tiltak må vurderes overfor enkelte grupper som fremmedspråklige og personer som ikke er kjent med norsk helsetjeneste.