

UNIVERSITETET I TROMSØ	
13 FEB 2003	
Arkivkode	Arkivansvar
Grad	Kont

INTERKOMMUNAL LEGEVAKT

- TEORI OG PRAKSIS-

En evaluering av Nord-Salten Legevakt pr. 16. mars 01

Av Fred Andersen

Innledning:

Rekrutteringen til allmennlegetjenesten i Norge har vært svak i perioden 1994 - 2001. I særlig grad har dette rammet de mindre utkantkommunene. Bruken av korttidsvikarer har økt tilsvarende. Denne mangelen på struktur og kontinuitet i legetjenesten har stor betydning for befolkningen, særlig for mennesker med kroniske lidelser. Stor vakt- og arbeidsbelastning, faglig isolasjon og dårlig arbeidsmiljø er faktorer som har bidratt til den sviktende rekrutteringen til allmennlegetjenesten i utkantene. Interkommunalt legevaktsamarbeid er et virkemiddel som kan redusere legenes vakt- og arbeidsbelastning og skape faglige nettverk på tvers av kommunegrensene også i utkantene.

Et sentralt tiltak ved interkommunal legevakt er endret praksis ved utøvelsen av tjenesten. Legen skal være fast stasjonert i vaktlokalet. Pasienten bringes inn enten ved fremmøte eller med ambulanse. Kun i krisesituasjoner rykker legen ut. Det kjøres ikke legevakt i tradisjonell forstand. Sammen med en oppgradert ambulansetjeneste vil dette bedre beredskapen for befolkningen og gjøre at legen selv bruker mindre tid i bil.

En flerdelt vakt med flere leger i en interkommunal turnus og en endring av praksis vil redusere stress og arbeidsbelastning for legene over tid.

Våren 1999 stilte Sosial- og helsedepartementet (SHD) midler til disposisjon for en rekke prosjekter om interkommunalt legevaktsamarbeid. På oppfordring fra departementet tok Steigen kommune i april 1999 initiativet til et slikt prosjekt i Nord-Salten. Prosjektet mottok Kr. 500.000 fra SHD og ca Kr. 200.000 fra Innhavet Sanitetsforening til innkjøp av utstyr og inventar. Bidraget fra lokalbefolkningen på Innhavet var under forutsetning av permanent drift av kontoret på dagtid..

Nord-Salten Legevakt (NSL) ble etablert som et samarbeid mellom Tysfjord, Hamarøy og Steigen med hjemmel i Lov om kommunehelsetjeneste. NSL skal ivareta den akuttmedisinske beredskap i de tre kommunene. Ordningen tar sikte på å yte befolkningen nødvendig helsehjelp på natt og i helgene. Ordningen inngår som et ledd i den akuttmedisinske kjeden i samarbeid med legevaktsentralen i Steigen, Vaktsentralen i Hamarøy, AMK Narvik / Bodø, ambulansetjenesten i de tre kommunene og den fylkeskommunale akuttmedisinske beredskap på sykehusene.

Evalueringsmetode

Aktiviteten i NSL ble registrert i to perioder, Periode I 1. januar - 31. mars 2000, Periode II 1. juli - 30 september 2000. Det ble utarbeidet ett registreringsskjema for vaktentralene og ett for legene. Vaktentralene registrerte *alder, kjønn, bostedskommune, dato, klokkeslett, ukedag og tiltak*. Med *tiltak* forstås vaktentralenes håndtering av henvendelsen, om den førte til rådgivning, om kontakten ble henvist til konsultasjon neste dag eller om den ble satt over til legen. Legene registrerte *kjønn, alder, dato, bostedskommune, klokkeslett, ukedag, konsultasjonsform* i tre kategorier, *diagnose* (ICPC siste kortversjon) og *alvorlighetsgrad* i tre kategorier. Alle henvendelser til NSL gikk gjennom de to vaktentralene som foretok prioritering etter Norsk medisinsk index. Ingen pasienter henvendte seg direkte til legevaktstasjonen. De registrerte data er analysert i Epi6 statistikkprogram.

Kommunene har videre valgt brukerrepresentanter som har bidratt til evalueringen.

Regnskapet for etablering og drift av NSL er ført av Steigen kommune. Regnskapet for 2000 danner grunnlagsmaterialet for budsjett for år 2001. Det er foretatt sammenlikning mellom det fremlagte budsjett og kostnadene for den enkelte kommune med legevakt på individuell basis.

Oppgjørsenheten ved Rana trygdekontor har skaffet tallmaterialet for utgifter til legevakt i Nord-Salten for 11 måneder i 1999 før oppstart av interkommunal legevakt sammenliknet med 11 måneder i 2000.

Resultater

De to vaktentralene har registrert alle henvendelser fortløpende på skjemaene. Det store antallet legevikarer reduserte kvaliteten på legenes registreringer. Enkelte vikarer fikk ikke tilstrekkelig informasjon. Andre nedprioriterte oppgaven. Særlig gjelder dette Periode II. Legene har derfor registrert et langt mindre antall dager enn det reelle. Flere netter var det få eller ingen henvendelser, men det er sannsynlig at heller ikke netter uten henvendelser ble systematisk registrert.

Periode I (1/1 - 31/3-00) besto av 13 lørdager, 13 søndager og 65 hverdager.

Periode II (1/7 - 30/9-00) besto av 14 lørdager, 13 søndager og 65 hverdager.

De to periodene er ikke epidemiologisk sammenlignbare idet vi nok har et større antall influensa liknende sykdommer i Periode I. Det kan være en forklaring på reduksjonen i antall henvendelser fra Periode I til Periode II på 23,7 %. En bedre forståelse i befolkningen for legevaktens funksjon og prioritering kan være en annen mulig forklaring.

Tabell 1 viser totalmaterialet registrert av de to vaktentralene og fordelt på periodene.

Tabell 1 Totalmaterialet registrert av vaktentralene fordelt på periodene

	Råd	Overført	Satt over	Pr.1000	Sum	Pr. 1000
Periode I	til neste dag	til legen	innbyggere		innbyggere	
Sum	45	88	545	75,4	678	89,8
Periode II						
Sum	20	39	458	60,1	517	67,8

Tabell 2 Antall henvendelser til vaksentralene fordelt på kommuner. Vaksentralenes håndtering av henvendelsene. Totalmaterialet for Perioden I

	Råd	Overført Neste dag	Satt over Til legen	Pr.1000 Innbyggere	Sum	Pr.1000 innbyggere
Tysfjord	24	48	187	78.8	259	109.1
Hamarøy	14	29	163	75.6	206	95.5
Steigen	7	11	195	63.1	213	68.9
Sum	45	88	545	75.4	678	89.8

Tabell 3 Antall henvendelser til vaksentralene fordelt på kommuner. Vaksentralenes håndtering av henvendelsene. Totalmaterialet for perioden II

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr. 1000 innbyggere	Sum	Pr. 1000 innbyggere
Tysfjord	9	21	183	77,1	213	89,9
Hamarøy	3	14	152	70,5	169	78,4
Steigen	8	4	123	39,8	135	43,7
Sum	20	39	458	60,1	517	67,8

I tabell 2 og 3 viser totalmaterialet registrert av vaksentralene fordelt på kommunene. I begge materialene finnes en skjevfordeling mellom kommunene når det gjelder både det totale antall henvendelser til vaksentralene og når det gjelder andel av henvendelser satt over til lege. Selv om det totale antall henvendelser er gått ned er skjevfordelingen blitt større i Periode II i forhold til Periode I. Befolkningen i Tysfjord kommune har i gjennomsnitt nesten dobbelt så mange henvendelser pr 1000 innbygger som befolkningen i Steigen. Legenes registreringer i periode I med 38 hverdager, 9 lørdager og 9 søndager (tabell 4) fordelt på kommuner viser den samme trenden.

Tabell 4 Legenes registreringer av henvendelser fordelt på kommuner.
Totalmaterialet = 38 hverdager. 9 lørdager. 9 søndager.

	Telefon konsultasjoner Antall	Konsultasjoner ved fremmøte Antall	Pr 1000 Innbyggere	Utrykning Antall	Totalt Antall	Pr.1000 innbyggere
Tysfjord	69	57	24,0	4	130	54,8
Hamarøy	34	61	28,3	9	104	48,2
Steigen	57	64	20,7	1	122	39,5
Sum	160	182	23,9	14	356	46,7

Tabell 5 Henvendelser til vaktentralene. 65 hverdager kl 22 - 08 i hver periode fordelt på klokkeslett og perioder.

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr vakt	Sum
Periode I					
Sum	20	37	93	1,43	150
Kl 22-24	4	15	52	0,8	71
Kl 00-08	16	22	41	0,63	79
Periode II					
Sum	7	9	72	1,11	88
Kl 22-24	6	5	37	0,57	48
Kl 00-08	1	4	35	0,54	40

Tabell 5 viser at det fra vaktentralene ble satt over litt i overkant av en telefonhenvendelse pr. hverdagsvakt. Etter midnatt ble det bare satt over en henvendelse annen hver natt. Av disse førte bare hver fjerde til femte henvendelse etter midnatt til konsultasjon på kontoret eller utrykning (Tab 6). På 38 hverdagsvakter i Periode I fikk legen 56 henvendelser, gjennomsnittlig 1,47 pr vakt. Av disse var 30 konsultasjoner på kontoret eller utrykning, gjennomsnittlig 0,79 pr. vakt. Resten var telefonkonsultasjoner.

I Periode I registrerte legene kun 4 utrykninger og 8 konsultasjoner på 38 hverdager etter midnatt, gjennomsnittlig 0,32 pr. vakt. I Periode II var det kun 3 konsultasjoner på kontoret etter midnatt og ingen utrykninger på 21 vakter, gjennomsnittlig 0,14 pr. vakt.

Tabell 6. Legenes registreringer av aktivitet på hverdager, Periode I 38 hverdager kl 22 - 08 Periode II 21 hverdager kl 22 - 08.

	Tlf kons	Konsultasjon ved fremmøte	Utrykning	Sum	Pr. vakt
Periode I (n=38)					
Sum	26	26	4	56	1,47
Kl 22 - 24	13	18	0	31	
Kl 00 - 08	13	8	4	25	0,66
Periode II (n=21)					
Sum	17	21	0	38	1,89
Kl 22 - 24	11	18	0	29	
Kl 00 - 08	6	3	0	9	0,43

Også natt til lørdag og natt til søndag er det relativt liten aktivitet med gjennomsnittlig mindre enn en henvendelse pr. natt etter midnatt i de to periodene (tab 7, 9)

Legenes registreringer av lørdager og søndager i Periode II er så mangelfulle at de ikke har validitet som grunnlag for statistisk analyse og er derved utelatt i det videre arbeidet.

Vaktsentralenes registreringer gir imidlertid et rimelig godt grunnlag for registrering av aktivitet alle dager og netter i begge periodene.

Tabell 7 Vaktsentralenes registrering av aktivitet natt til lørdag fordelt på perioder og klokkeslett

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr vakt	Sum
Periode I (n=13)					
Sum	4	7	47	3,6	58
Kl 00-08			22	1,7	
Periode II (n=14)					
Sum	3	3	34	2,4	40
Kl 00-08			8	0,6	

Tabell 8 Vaktsentralenes registrering av aktivitet lørdager kl 10 - 24 fordelt på perioder

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr vakt	Sum
Periode I (n=13)					
Sum	7	16	177	13,61	200
Periode II (n=14)					
Sum	5	9	183	13,07	197

Tabell 9 Vaktsentralenes registrering av aktivitet natt til søndag fordelt på perioder og klokkeslett

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr vakt	Sum
Periode I (n=13)					
Sum	1	6	25	1,92	32
Kl 00-08			11	0,85	
Periode II (n=13)					
Sum	9	7	27	2,09	43
Kl 00-08			10	0,77	

Tabell 10 Vaktsentralenes registrering av aktivitet søndager kl 10 - 24 fordelt på perioder

	Råd	Overført neste dag	Satt over til legen	Pr vakt	Sum
Periode I (n=13)					
Sum	5	21	170	13,08	196
Periode II (n=13)					
Sum	3	12	138	10,62	153

Aktiviteten på dagtid lørdag og søndag kl 08 - 24 er ganske lik på disse ukedagene i begge periodene, kanskje med en litt lavere aktivitet på søndag i Periode II (tab 8, 10).

Tabell 12 Legenes registrering av alvorlighetsgrad. Fordeling i prosent

	Absolutt nødvendig	Kunne vanskelig vente	Unødvendig
Periode 1	16 %	40 %	44 %
Periode II	39 %	35 %	26 %

Legene har vurdert en større andel av henvendelsene som *alvorlige* i periode II enn i periode I. Dette kan ha sammenheng med at det totalt sett er færre henvendelser til NSL i perioden og at de henvendelser som kommer objektivt sett er alvorligere enn en i periode I.

Tabell 13. Prosentvis fordeling mellom de tre viktigste diagnosegruppene. Etter perioder

	Hjerte-/kar- sykdommer	Muskel-/skjelett sykdommer	Lungesykdommer
Periode I	10 %	30 %	60 %
Periode II	39 %	35 %	26 %

Tabell 13 viser prosentvis fordeling av de tre viktigste diagnosegruppene i de to periodene. Andelen hjerte-/karsykdommer økte mens andelen lungesykdommer gikk ned i periode II. Dette kan ha sammenheng med færre tilfeller av influensaliknende sykdommer i denne perioden. Sett i sammenheng med økningen i alvorlighetsgrad (tab 12) kan dette være et uttrykk for en reell øking av hjerte-/karsykdommer i periode II.

Tabell 14 Budsjett 2001. (Beredskap kl 16 - 22 alle hverdager er holdt utenfor)

● Lønn felles legevakt.....	Kr 1.394.570,-
● Sosiale utgifter.....	Kr 262.995,-
● Bilgodtgjørelse.....	Kr 130.330,-
● Drift legevaktstasjonen...	Kr 458.004,-
● Div. utgifter (reiser/møter)	50.000,-

● Totalt.....	Kr. 2.295.900,-

Tabell 15 Alternativt budsjett uten felles legevakt. Tariffestet beredskapsgodtgjørelse (lønn) til legene. (Beredskap kl 16 - 22 hverdager er holdt utenfor)

● Tysfjord kommune (2-delt vakt):	
	BeredskapsgodtgjørelseKr. 464.616,-
● Hamarøy kommune (2-delt vakt):	
	Beredskapsgodtgjørelse.....Kr. 464.616,-
● Steigen kommune (3-delt vakt):	
	Beredskapsgodtgjørelse.....Kr. 371.692,80

Sum lønn.....	Kr. 1.310.924,80

Tabell 16 Alternativt budsjett uten felles legevakt. (Beredskap kl 16 - 22 hverdager er holdt utenfor)

● Sum lønn.....	Kr. 1.310.924,80
● Sosiale utgifter.....	Kr. 247.240,40
● Drift av vaktkontorene i tre kommuner, til sammen...Kr	266.000,-
(renhold og husleie for legekantorene er holdt utenfor)	
● Div. utgifter.....	Kr. 50.000,-

Totalt.....	Kr. 1.874.165,20

Tabell 14 viser budsjettet for 2001. I tabell 15 og 16 er det satt opp et alternativt budsjett slik utgiftene vil bli for kommunene dersom de velger å gå tilbake til en egen legevaktordning hver for seg

Beregningene viser at forskjellen i driftsutgifter er liten mellom de to alternativene felles legevakt eller individuell legevakt. Dersom man legger inn husleie for vaktkontorene i hver kommune og renhold etter lørdags- og søndagsvakt, vil differansen bli økte legelønninger 84.000 (+ sosiale utgifter) og skyss til legevaktstasjonen kr. 130.330. Disse beregningene viser en utgiftsøkning på rundt kr. 70.000 pr kommune ved interkommunal legevakt etter dagens struktur.

Diskusjon

Nord-Salten Legevakt ble etter syv måneders planlegging iverksatt 29. November 1999 for en prosjektperiode på tre måneder. Senere ble ordningen forlenget midlertidig i kortere perioder frem til 1. August 2000. Fra denne dato er den nå med bakgrunn i politiske vedtak i de tre kommunene satt i permanent drift frem til 30. Mai 2002. Dette tilsvarer avtaleperioden mellom KS og legeforeningen om avlønning i interkommunal legevakt.

De tre kommunene har hatt en turbulent legedekning gjennom flere år. Et stort antall utenlandske legevikarer har vært innom, og prioritering etter et begrep som *nødvendig helsehjelp* blir i slike situasjoner et lite vektlagt kriterium for legenes arbeid i vaksammenheng. Dette smitter etter hvert over på befolkningen, og vi får en situasjon der legen forventes å stå til tjeneste og helst rykke ut til hjemmet hele døgnet uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad.

Det skaper en stor pedagogisk utfordring å endre holdninger og adferd i forhold til en omorganisering av tjenesten.

Å iverksette legevaktssamarbeidet i en tid der legetjenesten i de tre kommunene er ustrukturert og i stor grad utøves av vikarer har kanskje vært den største utfordringen og fremstått som det viktigste risikomomentet i prosjektet. I mange tilfeller kjenner ikke vikarene oppbyggingen av norsk helsevesen og heller ikke lovverk og forskrifter på dette området. I andre tilfeller stiller de krav til kommunene om strukturen på tjenesten som er hinsides både vanlig praksis, arbeidstidsbestemmelser og forskrifter.

Det store antallet legevikarer påvirker også validiteten av de registreringene som er gjort av aktivitet i prosjektperioden. Dette er det tatt hensyn til ved den statistiske bearbeidelsen av data.

Den foreliggende evaluering av begge periodene viser en skjevfordeling mellom kommunene av aktivitet i Nord-Salten Legevakt. Sannsynligheten for at dette gjenspeiler en reell forskjell i sykkelighet i befolkningen i de tre kommunene er liten. En slik skjevfordeling vil kunne oppstå som følge av dårlig legedekning på dagtid, utrygghet i befolkning som følge av en lite forutsigbar legetjeneste og vikarleger som ikke foretar prioritering av nødvendig helsehjelp på vakt. Det tar lang tid å snu en slik trend i befolkningen, og kommunene har hver for seg et ansvar for å sikre en god legedekning på dagtid. Det er tross alt basis for legetjenesten, både kurativt og samfunnsmedisinsk.

Selv om vi ikke har sammenlignbare tall for legevakt i de tre kommunene fra før ordningen ble iverksatt, så har vi et klart inntrykk av at antallet henvendelser på natt alle ukedager er gått vesentlig ned, ut fra erfaringstall med så mye som 2/3 og ligger nå samlet sett lavere enn det kommunene hadde hver for seg før ordningen ble iverksatt.

Rent praktisk har driften av selve legevaktstasjonen på Innhavet vært et problem. Det gjelder særlig renhold og etterfylling av medikamenter og forbruksmateriell. Forutsetningen for at disse delene av driften skal fungere tilfredsstillende er at vaktstasjonen brukes som legekontor på dagtid, minimum en dag pr. uke. NSL flyttet 9. mars over i nye, permanente lokaler på Innhavet. Dette er et to-legekontor med stort og trivelig akuttmottak, hybel med tekjøkken, pauserom, dusj og toalett. Forholdene skulle her ligge godt til rette for en optimal drift.

Beredskapsmessig har Nord-Salten Legevakt vært en utfordring. Distriktet tilhører to lokalsykehusområder og to AMK sentraler. I tillegg har vi to lokale legevaktssentraler. Tysfjorden deler distriktet, og Kjølsvik området på nordøst siden av fjorden må ha en egen beredskapsplan for sin befolkning. Dette er sikret ved avtale om direkte innleggelses av særlig

alvorlige tilstander ved Narvik sykehus. Der er ikke apotek i kommunene. Fra legevaktstasjonen på Innhavet er det 175 km til Nordland Sentralsykehus og 135 km + ferge til Narvik sykehus. Vi har ikke hjelpepersonell på legevaktstasjonen.

En godt utbygd ambulansetjeneste og høyt kvalifisert ambulanspersonell er under slike forhold en forutsetning for forsvarlig drift av interkommunal legevakt. Ambulansetjenesten i Nord-Salten holder høy standard og kvalitet, og det er holdt flere akuttmedisinske kurs også for annet helsepersonell i det året som er gått. Også ambulansetjenesten i de tre kommunene har gitt uttrykk for at de er fornøyd med omorganiseringen av legevakten.

Det er ikke innkommet meldinger om konsekvenser for pasientenes liv og helse som med rimelig sannsynlighet kan settes i sammenheng med den nye organiseringen av legevakten i de tre kommunene. De klagene som er kommet går i all hovedsak på personer, i første rekke på legene, og ikke på selve organiseringen eller driften

Det er heller ikke kommet meldinger fra sykehusene, fra AMK eller fra Fylkeskommunen om at driften har skapt problemer eller ført til registrerbare ulemper.

Selve det interkommunale samarbeidet i legevaktprosjektet har også vært en stor utfordring. Det gjelder både på det organisatoriske, det administrative og det politiske plan. I et slikt prosjekt må alle parter føle seg som vinnere, ellers vil prosjektet bryte sammen.

De tre kommunene har ikke etablert noen naturlig arena for et så nært og forpliktende samarbeid. NSL har også på dette området brutt barrierer og utløst problemstillinger som krever en samarbeidsholdning med kløkt og gjensidig velvilje for å finne sin løsning. I en tid med begrensede økonomiske ressurser kan interkommunalt samarbeid være den eneste farbare vei for små utkantkommuner.

Et forpliktende samarbeid mellom tre likeverdige kommuner kan organiseres på andre måter enn individuell saksbehandling av alle saker på alle ni våer i alle tre kommunene.

Kommuneloven åpner for slike løsninger, og vi må snarest få satt dette på dagsorden. Inntil videre må tvistesporsmål på et tidlig tidspunkt bringes inn for Fylkesmannen til rådgivning slik at konflikter ikke får ødelegge samarbeidet.

På det faglige planet har samarbeidet fungert tilfredsstillende. Alle tre kommunene har WinMed datajournal, og dette letter tilgjengeligheten og bruken av journalsystemet for vikarer. Med de nye vaktlokalene på Innhavet håper vi å kunne tilfredsstille de fleste når det gjelder fasiliteter både faglig og personlig.

Avtaleverket vedrørende økonomien i prosjektet har vært og er komplisert. Finansieringen av driften ble i utgangspunktet forsøkt kopiert etter legevaktprosjektet i Namdalen. Selv om Sosial- og helsedepartementet (SHD) initierte flere nye interkommunale legevaktprosjekter våren 1999 ble avtaleverk og forskrifter når det gjaldt lønn og refusjon ikke endret.

Namdals-prosjektet ble gjennomført etter unntaksbestemmelser mens de samme unntaksbestemmelsene ikke ble gjort gjeldende for nyetableringene. Dette kompliserte og fordyret prosjektet vårt frem til 1. august 2000 i betydelig grad. Denne situasjonen er nå endret etter inngått sentral avtale mellom KS, Staten og Lægeforeningen. Denne avtalen berører bare vakt på natt alle ukedager kl 23 - 08.

Avtalen er gjort gjeldende for NSL. I tillegg har vi bygd opp en lokal avtale for dagtjeneste lørdag og søndag og for tiden kl 22 - 23 alle hverdager. Selv om dette har komplisert lønnsavregningene, og sentralavtalens skille i timelønn på bakgrunn av befolkningens størrelse kan virke urimelig for legene, så oppleves vår lokale avtale likevel som relativt tilfredsstillende. Det har da heller aldri vært problemer med å få dekket fellesvaktene på Innhavet.

I det alternative budsjettet der kommunene har legevakt hver for seg (tab 15 og 16) er det ikke lagt inn husleie for vaktlokalene. Det er heller ikke lagt inn utgifter til renhold. Dette er reelle utgifter som er vanskelig å beregne, men som likevel påløper. Det er derfor i realiteten neppe noe å spare verken på renhold eller reelle driftsutgifter til husleie på at kommunene har legevakt hver for seg. Skyssutgiftene i budsjettet for 2001 er dessuten ikke helt reelle idet Folketrygden refunderer en vesentlig del av skyssgodtgjørelsen i forbindelse med legens første konsultasjon på vaktstasjonen. Selv om det sannsynligvis blir et lite beløp er heller ikke kommunenes inntekter fra Folketrygden i perioden kl 23 – 08 tatt med i budsjettet for 2001. Ved legevakt i kommunene hver for seg er det ingen slike inntekter..

Felles interkommunal legevakt i Nord-Salten gir en merutgift på rundt Kr. 70.000 for hver av kommunene. Dette må veies opp mot nytten av en mer velregulert og forutsigbar vaktberedskap. Det må også sees på som en fremtidsrettet investering i en mer stabil legetjeneste.