

# Interkommunal legevakt – sparegris for staten?

Stadig flere kommuner etablerer samarbeidsordninger for legevakttjenesten. De første resultatene er oppløftende, og viser at legevaktressurser blir brukt mer rasjonelt og at vaktbelastningen for allmennlegene blir mindre. Regnskapsoversiktene viser imidlertid at kommunene må ut med mer penger, mens staten sparer store refusjonsbeløp.



## Nyheter og reportasjer

Det økende forbruket av legevakttjenester er ikke bare en følge av det er blir flere eldre og kronisk syke, men at legevakten blir oppfattet mer som et servicetilbud til publikum enn en akuttmedisinsk tjeneste (1). Særlig i små vakt-distrikter har det vært et press på legevakten.

Stadig færre allmennleger har ønsket å delta i legevakttjenesten, samtidig som det er blitt vanskeligere å rekruttere sykehusleger som vikarer.



Gunnar Ramstad

### Effektive systemendringer

– Aldersgjennomsnittet for allmennleger har gått opp de siste årene, og har nå passert 50 år. Antall henvendelser og generelle arbeidsmengde på legevakt har økt, og mange steder har det ført til at erfarne leger har søkt seg til andre kommuner med mindre vaktbelastning. I tillegg har legevakten i mange kommuner vært tilfeldig organisert, eller utlukkende drevet som sykebesøksformidlinger med et stort gjennomtrekk av vikarleger, sier Gunnar Ramstad, styremedlem i Alment praktiserende lægers forening og tidligere leder for Legeforeningens legevaktvalg. Han holdt et av hovedinnleggene under en nasjonal legevaktkonferanse som samlet ca. 140 helsepersonell og helsebyråkrater i Ålesund i mars.

Ramstad understreker at både legene og helsemyndighetene er enige om at interkommunalt samarbeid er et viktig virkemiddel for å høyne kvaliteten på legevakttjenesten (2, 3).

Målet er å utnytte legekapasiteten og vakt-systemet effektivt, redusere legenes vaktbelastning, overføre flere legetelser fra kveldstid til dagtid, samordne legevakttjenesten med andre akuttfunksjoner, og sørge for bedre tilgjengelighet ved å ha leger i tilstedevakt. De viktigste systemendringene går ut på å slå sammen vakt-distrikter og opprette sentrale legevakter for større befolkningsområder (se ramme).

– Omleggingen betyr høyere kvalitet og økt effektivitet. Betjente vakt-sentraler gir bedre muligheter til å undersøke og behandle pasientene, sier Ramstad. Han viser til omleggingen i Bergen i 1998, som skjedde til tross for en storm av protester fra publikum og politikere. I løpet av noen få måneder gikk forbruket av sykebesøk ned med 90 %, mens antall konsultasjoner ved legevakten økte.

### Statlig gevinst

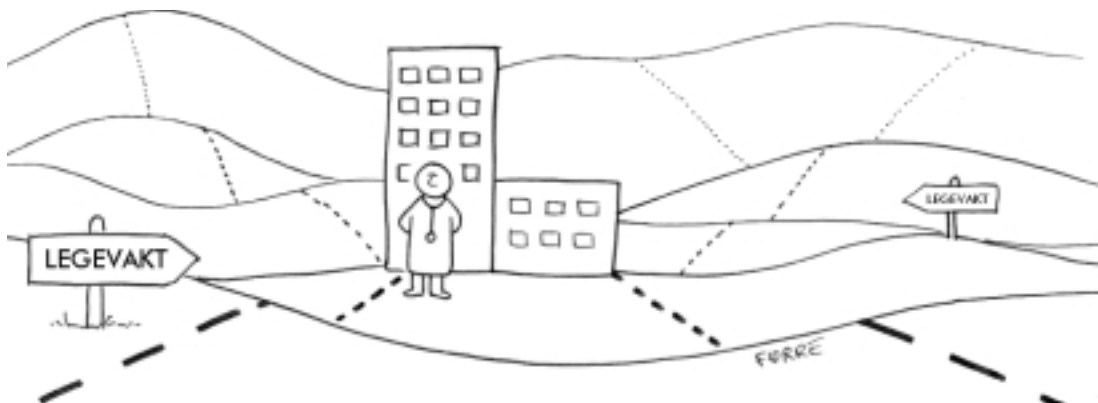
Under legevaktkonferansen la Ramstad frem tall fra Legeforeningen som viser at legevaktreformen gir full uttelling. Antall sykebesøk har gått ned fra 622 000 i 1997 til 242 000 i fjor, hvilket er en reduksjon på 61 %. I samme periode har statens refusjonsutgifter for sykebesøk (takst 11ak) gått ned fra 66 millioner kroner til 12 millioner kroner per år.

Samtidig har antall konsultasjoner ved legevakt økt med 25 %, og i fjor var det registrert mer enn 1,1 millioner konsultasjoner. Dermed har refusjonsutgiftene for konsultasjoner (takst 2ak) ved legevakt gått litt opp, fra 38,8 millioner kroner i 1997 til 44 millioner kroner i 2000.

– Statens besparelser på refusjonssiden har vært formidable. Tar vi med samtlige refusjonstakster i dette regnestykket, kommer vi opp i en totalsum på

mer enn 75 millioner kroner for 2000, sier Gunnar Ramstad.

Ramstad sier at det er bred enighet om at interkommunalt samarbeid er en hensiktsmessig legevaktmodell, men nå ønsker han en debatt om hvem som skal betale for det. Han mener at de innsparte statlige refusjonsmidlene bør brukes til å sikre at reformprosessen fortsetter.



– Mens staten sparer store refusjonsbeløp ved at legene tar færre sykebesøk, sitter kommunene igjen med en voksende regning på grunn av økte utgifter til lokaler, utstyr og personell til legevakt. Jeg vet om mange kommuner som ikke kommer i gang med omleggingen fordi de mangler penger. Hvis ikke staten går inn med midler, kan vi risikere at prosessen med å omorganisere og fornye legevaktstjenesten stopper opp, sier Gunnar Ramstad.

Flere kommuneleger kan bekrefte at mange kommuner har planer om legevaktssamarbeid, men at pengemangel, ofte kombinert med manglende politisk vilje, setter en stopper for å realisere planene.

### Lovert ikke mer penger

Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i Sosial- og helsedepartementet kan ikke love at innsparte statlige midler skal bli kanalisert til kommuner som er i gang med eller har planer om samarbeidsordninger.

– Det er helt riktig at kommuner som har gått inn på samarbeidsavtaler, kan ha fått økt sine drifts- og lønnsutgifter, men det er viktig å huske på at



Kjell Røynesdal

kommunene også har inntekter i form av trygderefusjoner. Spørsmålene rundt finansiering av legevakt er komplisert, og vi trenger flere erfaringstall fra dem som har etablert interkommunalt legevaktssamarbeid. Reduksjonen i trygdens utgifter til sykebesøk kan også være et uttrykk for at befolkningens bruk av legetjenester endrer seg, uavhengig av systemomleggingen, sier Røynesdal.

Det er særlig de siste tre årene at departementet har rettet oppmerksomheten mot legevaktstjenesten, i forbindelse med planlegging av fastlegeordningen. 20 millioner kroner er investert i interkommunale samarbeidsprosjekter, og bortimot 150 kommuner har fått prosjektstøtte.

– Det har vært svært viktig å få avklart avtaleverket for interkommunalt legevaktssamarbeid i forbindelse med fastlegeforhandlingene. Dersom fastlegeordningen skal lykkes, er kommunene avhengig av en stabil legedekning, og det forutsetter blant annet at vaktbelastningen ikke skremmer allmennlegene. Departementet mener at interkommunalt samarbeid er løsningen på mange av dagens problemer, og at dette også kan være med på å styrke de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden, og samspillet mellom allmennlegene, ambulansetjenesten og sykehuse. Som en oppfølging av konferansen, vil vi arbeide videre med organiseringen og finansieringen av legevakt, sier Kjell Røynesdal.

Konferansen i Ålesund ble arrangert av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).

– Tom Sundar, Tidsskriftet  
tom.sundar@legeforeningen.no

### Litteratur

1. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.
2. Rapport fra Den norske lægeforenings legevaktutvalg. Oslo: Den norske lægeforening 1998.
3. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1009: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.

## Modeller for interkommunal legevakt

De siste fem årene har nærmere halvparten av landets kommuner enten etablert interkommunale vaktordninger eller utarbeidet planer for dette. Modellene varierer fra sted til sted og avhenger av legedekning, infrastruktur og geografiske forhold. En forutsetning er at det blir opprettet legevaktstasjoner som er bemannet med lege og sykepleier om natten, noe som innebærer merutgifter for kommunene.

Alle samarbeidsprosjektene melder om gevinster i form av redusert vaktbelastning, mer effektiv drift og bedre samordning av de akuttmedisinske tjenestene. Det blir påpekt at interkommunale ordninger representerer viktige faglige nettverk, særlig i utkantstrøk.

### Namdalen

Namdalen-prosjektet i Nord-Trøndelag omfatter 12 kommuner med til sammen 35 000 innbyggere, på et område som er ca. 27 mil fra nord til sør. Samarbeidet ble etablert 1.2. 1999 med økonomisk støtte fra departementet, og er i full drift etter et kort opphold i 2000. Omleggingen har ført til at både antall henvendelser til legevakt og antall kontakter med lege har gått ned i forsøkskommunene, og til at flere henvendelser blir håndtert av AMK-sykepleier. I 1999 ble trygderefusjonene for legevakt redusert med nesten 30 % i forsøkskommunene. I åtte kontrollkommuner med det samme antall innbyggere var trygderefusjonene for legevakt uendret i 1999.

Kontakt: Per Wærås Tvette, e-post: ptvette@online.no

### Nord-Salten

Nord-Salten legevakt i Nordland betjener tre kommuner, Steigen, Hamarøy og Tysfjord, med til sammen 7 600 innbyggere.

Legevaktstjenesten dekkes av ni legestillinger, men for tiden er tre ubesatt. Fra kl 8 til kl 22 har den enkelte kommune ansvaret for legevakt. Mellom kl 22 og kl 8 samt i helgene er det interkommunal legevakt som er lokalisert til Innhavet i Hamarøy.

Siden omleggingen i 1999 er pasienthenvendelsene mer enn halvert. Gjennomsnittlig er det én konsultasjon hver tredje eller hver fjerde natt. Pasienter blir transportert til legevakten, mens legen rykker ut bare ved katastrofer. Omleggingen har ført til en oppgradering av den akuttmedisinske beredskapen, inkludert ambulansetjenesten. Både befolkningen og deltagende helsepersonell er fornøyd. Legene har gått over fra todelt til nidelt nattvakt.

Kontakt: Fred Andersen, e-post: [frea@online.no](mailto:frea@online.no)

### Valdres

Valdres interkommunale legevakt dekker seks kommuner med til sammen 19 000 innbyggere og 19 leger. På dagtid alle hverdager har den enkelte kommune ansvaret for legevakten, og på ettermiddags- og kveldstid går to og to kommuner sammen om tre vakt-distrikter. Mellom kl 22 og kl 8 og gjennom hele helgen er det felles legevakt for de seks kommunene, sentralisert til Fagernes. På hverdagsnetter er én lege på vakt, uten bakvakt. I helgene går tre leger i rotasjonsturnus. Etter omleggingen blir flere av henvendelsene silt av sykepleier og antall legekontakter er redusert. Både publikum og helsepersonell er fornøyd, ikke minst legene, som har gått over fra firedelt til 18-delt nattvakt.

Kontakt: Per Einar Jahr, telefon 61 35 98 88 eller Tor Inge Kristianslund, e-post: [torikris@online.no](mailto:torikris@online.no)