

Legevakten i Arendal – en ny modell for interkommunal legevakt

Det har det siste tiåret vært en stigende interesse for fremtidens organisering av legevakt. I Aust-Agder gikk 80 % av fylket sammen om en interkommunal legevakt i Arendal i mars 2000. Den nye legevaktmodellen ble utviklet og fremforhandlet av legene.

Modellen er evaluert etter ti måneders drift ved en spørreundersøkelse blant pasientene og en analyse av kommunenes og folketrygdens utgifter. Spørsmålet var hvorvidt denne modellen på legenes premisser gikk utover service og tilfredshet blant publikum, og hvorvidt forventningen om samfunnsøkonomisk gevinst ble innfridd.

Evalueringen viser at pasientene føler stor tilfredshet med den nye legevakten, og at det ikke kan spores vesentlig misnøye eller ulempe for pasientene. 66 av 100 intervjuede pasienter er godt fornøyd med legevakten, og bare seks er misfornøyd. Selv etter sentraliseringen av legevakten, har halvparten av pasientene mindre enn 15 minutters reisetid og bare fire av 100 pasienter hadde reist mer enn en time. Sammenliknet med året før sammenslåingen har folketrygden spart 31 % av utgiftene til legevakt, mens kommunenes samlede utgifter har økt med 17 %.

Legevakten i Arendal har vist at det går an å forene interessene til legene med de samfunnsøkonomiske, uten at pasientene blir skadelidende. I en tid med endringer i legers krav til arbeidssituasjon er det gledelig å konstatere at denne modellen ikke har ført til urimelig ulempe for pasientene.

I mars 2000 ble legevakten i Arendal slått sammen med legevaktene for kommunene omkring. Bakgrunnen for sammenslåingen var et ønske om hjelp fra leger i de mindre kommunene, som særlig følte at vaktbelastningen gav en urimelig stor arbeidsbyrde. Legene i Arendal hadde en akseptabel vaktbelastning og var i utgangspunktet skeptiske til å øke vaktområdet. Løsningen ble å innføre åtte timers vakter på legevakten, noe som ville gi alle en opplevelse av bedret

Erik L. Werner

erik.werner@c2i.net

Eydehavn Legekontor

4810 Eydehavn

Werner EL.

An evaluation of a new large-district model for off-hour primary care emergency services.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1704–6.

Background. Over the past years there has been increasing debate over the organisation of off-hour primary care emergency services. In March 2000 we established an emergency room serving 80 % of the total population of a Norwegian county, Aust-Agder. The most important change introduced was a reduction in house calls. Patients from smaller municipalities now have to come in to the emergency room; previously many consultations were made in the patients' own homes.

This organisational model has now been evaluated to see if it made patients less satisfied and whether it was less expensive to run.

Material and methods. 100 patients were interviewed by questionnaire in order to see if there were changes in their satisfaction with the emergency services provided. Costs were studied by collecting data from the social security service and from the participating municipalities before (1999) and after (2000) the reorganisation.

Results. The overall impression is that patients have not expressed any dissatisfaction with the new organisational model and that it has cut expenses. We found that the social security service had cost savings of 31 % for doctors on call, while the municipalities had an increase in expenditure of 17 %.

Interpretation. It is possible to establish larger off-hour primary care emergency services without greater inconvenience to the patients. The new model is beneficial for doctors and saves costs for society, though the social security service's savings are somewhat offset by increased expenses on the part of the municipalities.

☞ Se også side 1667

vaktsituasjon. Med totalt 54 leger i systemet, gav dette en 8–9-delt vaktbelastning for den enkelte lege.

Den nye interkommunale legevakten i Arendal omfatter kommunene Froland, Grimstad, Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør og Tvedestrand foruten Arendal. Til sammen er dette 81 017 innbyggere, ca. 80 % av Aust-Agder fylke.

Setesdalskommunene Bykle, Valle, Bygland og Evje & Hornnes, har bare legevakt-

formidling via Arendal, mens de tre kommunene Lillesand, Birkenes og Iveland vest i fylket har inngått legevaktssamarbeid med Kristiansand.

Før sammenslåingen hadde Arendal og Froland kommune felles legevakt med sykepleierbemannet legevaktlokale. Grimstad hadde egen legevakt med delvis bemannet legevaktlokale, mens de øvrige kommuner ikke hadde fast, stasjonær legevakt. Åmli samarbeidet med nabofylket, Vegårshei med Tvedestrand og Gjerstad med Risør.

Den nye legevakten er betjent på dagtid med sykepleier som besvarer telefonhenvendelser på et 815- nummer som er felles for hele fylket. Sykepleier gir råd og opplysninger om nærmeste lege ved behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid. I spesielle tilfeller tar sykepleier selv kontakt med nærmeste lege, og formidler kontakt.

Etter klokken 15 til neste morgen klokken 8, og hele døgnet i helger og høytider, er den nye legevakten betjent med tilstedeværende lege. I tillegg har en lege hovedansvaret for sykebesøk, men hjelper til på legevakten når det ikke er behov for besøk. En tredje lege har bakvakt, og innkalles til legevakten dersom ventetid fra henvendelse til mottak overstiger to timer. Om natten fra klokken 23, er lege til stede på legevakten, og en lege har bakvakt i hjemmet. Legene har åttetimersvakter, med vaktskifte klokken 15, 23 og 8. Tilstedevakten om natten ble ved oppstart avlønnet med fast honorar etter satser fra «Namdalmodellen» (1), men etter særavtalen mellom Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund i juli 2000, (2) ble dette endret, med en reell lønnsnedgang for legene. Legevakten er alltid betjent med 1–3 sykepleiere, i tillegg til administrativt og merkantilt personale.

Alle pasienter er oppfordret til å ta telefonisk kontakt med legevakten før eventuell konsultasjon. Dette medfører at mange henvendelser besvares med råd fra sykepleier, eller vedkommende henvises til egen lege dagen etter. Pasientene tilbys på telefonen et beregnet tidspunkt for konsultasjonen, slik at ventingen i stor grad kan skje hjemme og ikke på legevaktens venteværelse.

Ved oppstart av den nye legevakten innførte man samtidig egen legevaktbil, ved at en av ambulansene i Arendal ble innleid med sjåfør til å kjøre legen i sykebesøk. Begrunnelsen for dette var legens sikkerhet, rask fremkommelighet ved behov og at lege-

ne nå dekket et betydelig større distrikt hvor de ikke ville være lokalkjente. Denne ordningen viste seg senere å bli svært mye dyreste enn antatt, og er nå bare operativ i de travleste periodene om vinteren og sommeren. Det har ikke lyktes å forhandle frem varige løsninger med Rikstrygdeverket eller fylkeskommune, som ville sikre helårsdrift.

Legevakten i Arendal er nå organisert etter prinsipper som har vært ønsket av legene, og som for en stor del er sammenfallende med legevaktutvalgets innstilling (3). Motivet i Aust-Agder var fremfor alt ønsket om en lettere vaktbelastning. Dette var viktig i en tid preget av rekrutteringssvikt til allmennmedisin, og stadig økende gjennomsnittsalder på de allmennpraktiserende legene. Mange leger i mindre kommuner følte det også faglig utilfredsstillende ikke å kunne tilby pasientene adekvat undersøkelse og behandling på fast bemannet legevakt.

I forberedelsene til sammenslåingen ble det reist stor motstand lokalt blant medier, politikere og publikum. Man fryktet at lang vei til legevakt ville gå utover tilgjengeligheten og tryggheten til akutt legehjelp.

Når det likevel lyktes å vinne gehør for forslaget om sammenslåing av legevaktene, skyldtes dette i stor grad gode relasjoner mellom legestanden og lokalpolitikere og byråkrater gjennom mange år. De faglige argumentene og forventninger om økonomiske besparelser nådde frem gjennom et inntens forarbeid i en toårsperiode.

Det er gjennomført en evaluering av den nye legevakten i Arendal etter ti måneders drift. I det følgende presenteres resultatene vedrørende pasienttilfredshet og økonomi. Evalueringen er utført allerede etter så kort tid, idet det antas at resultatene vil ha betydning for prosessen mot tilsvarende sammenslåing av legevakter flere steder i landet. Vi kjenner ikke til at det er etablert en tilsvarende legevaktmodell andre steder i landet. Den nye legevakten er planlagt og forberedt av legene selv, i økende samarbeid med kommunenes helsebyråkrater og politikere. Spørsmålet var om denne ordningen hadde gått utover pasientenes følelse av trygghet og service, og hvorvidt forventningene om offentlig økonomisk besparelse var innfridd.

Materiale og metode

Det var de første ti månedene etter oppstart et gjennomsnitt på 116 henvendelser per døgn. Av disse ble 65 (56 %) gitt avtale på legevakten, mens fire pasienter fikk besøk i hjemmet. 47 henvendelser (41 %) ble avsluttet av sykepleier med råd i telefonen, enkel kontakt på legevakten eller henvisning til egen lege dagen etter. Antallet henvendelser tilsvarende landsgjennomsnittet, men sykebesøksfrekvensen er betydelig lavere, bare 3 % mot landsgjennomsnitt på 33 % (3). Sykepleiere avslutter i Arendal 40 % av henvendelsene, mot 22 % i landsgjennomsnitt.

Pasienttilfredshet er vurdert gjennom strukturert intervju av et utvalg pasienter.

Utvalget ble tilfeldig valgt ut på den måten at man fortløpende over en tidagersperiode intervjuet ti pasienter hver dag. For å tilstrebe en spredning i utvalget startet man intervjuingen på ulike klokkeslett, slik at man på dag 1 startet klokken 15, på dag 2 klokken 16 og så videre. Tilsvarende ble det valgt to ulike klokkeslett i helgen. På denne måten søkte man å fange opp ulike kategorier pasienter, ut i fra en antakelse om at pasienter som oppsøker legevakten en tidlig ettermiddag kan være forskjellige fra dem som ankommer midnatt.

Det ble anvendt et enkelt skjema for avkryssing av ferdigdefinerte svar ved intervjuingen. Intervjuet ble gjennomført av sykepleiere på legevakten, som var innleid til dette på fritiden, og utført etter avsluttet besøk på legevakten. Det var ingen av de i alt 100 pasientene som ble forespurt, som vegret seg mot å bli intervjuet.

Økonomi er undersøkt gjennom sammenlikning av kommunenes og Rikstrygdeverkets utgifter til legevakt i årene 1999 og 2000. Rikstrygdeverkets utgifter er beregnet ut ifra de aktuelle trygdekontoenes samlede utgifter til legevakt for juni og juli disse to årene. Kommunenes utgifter er beregnet gjennom en sammenlikning av de åtte deltakende kommuners utgifter til legevakt i 1999 og regnskapet for legevakten for 2000.

Resultater

Pasienttilfredshet

I alt 100 pasienter ble intervjuet, 55 kvinner og 45 menn. 35 pasienter var under 20 år, 38 i alderen 20–40 år, 17 i alderen 40–60 år, og ti over 60 år. Bostedskommune tilsvarte befolkningsgrunnlaget, slik at 55 pasienter hadde oppholdsadresse i Arendal, 23 i Grimstad, ni i Risør, seks i Froland, fire i Tvedestrand og de øvrige tre var fra Åmli, Gjerstad og Vegårshei.

Halvparten av pasientene (50 pasienter) hadde mindre enn 15 minutters reisetid til legevakten. 37 pasienter hadde 15–30 minutters reisetid, og ni pasienter 30–60 minutter. To pasienter hadde reist mer enn en time, og for to pasienter ble spørsmålet ubesvart.

51 pasienter hadde kommet inn til legen mindre enn 15 minutter forsinket i forhold til tidspunktet som var avtalt i telefonen, fire pasienter hadde opplevd mer enn en times forsinkelse. 65 pasienter opplevde ventetiden i telefonen akseptabel, mens ti mente denne var blitt for lang. De øvrige pasientene hadde møtt direkte uten å ringe først.

Pasientene ble spurt om årsaken til at de valgte å henvende seg til legevakten fremfor å gå til den faste legen på dagtid. 82 pasienter motiverte sitt besøk med akutt oppstått sykdom som de selv definerte at ikke kunne vente til neste dag, mens de øvrige hadde mindre «akseptable» begrunnelser for dette: «vanskelig å få time hos egen lege» (18 pasienter), «tidspunktet (kveld/helg) er mer hensiktsmessig» (åtte pasienter), «ingen fast lege» (sju pasienter).

Pasientene ble også spurt om hvordan de følte seg mottatt og tatt hånd om av henholdsvis sykepleier i telefonen, sykepleier på legevakten og legevaktlegen. De ble bedt om å gradere tilfredsheten på en skala fra 1–5, hvor 1 var svært lite fornøyd og 5 svært fornøyd. Svarene her var overveldende positive, idet bare to pasienter gav karakter 1 eller 2 til sykepleier på telefonen, tilsvarende to pasienter gav karakter 1 eller 2 til sykepleier på legevakten, mens tre pasienter gav denne karakter til legevaktlegen. Hvis vi slår sammen karakterene 4 og 5, så var 55 pasienter svært fornøyd med mottakelsen i telefonen, 79 svært fornøyd med sykepleier på legevakten og 79 svært fornøyd med legen.

Pasientenes totalvurdering av den nye legevakten var tilsvarende positiv; på samme skala 1–5 gav 66 pasienter karakteren 4 eller 5, 28 gav en nøytral 3, mens bare seks var misfornøyd. Likevel mente 21 pasienter at det var enklere og lettere å bruke legevakten før sammenslåingen, mens 15 syntes det var blitt bedre nå. 35 syntes det var uendret, og 29 svarte «vet ikke» på dette spørsmålet.

Ved å vurdere svarene i forhold til hjemkommune, finner vi at Grimstad-beboere oftere svarer at det er vanskelig å få time hos egen lege (15 av 23 pasienter) enn i de øvrige kommuner, til tross for at legedekningen er like stabil og god der som ellers i fylket. Totalt svarer 28 av 100 pasienter det samme. Tilsvarende er beboere fra Grimstad mindre fornøyd med omleggingen, idet 12 av 23 pasienter svarer at det var bedre før, mot totalt 21 av 100 i hele materialet.

For beboere fra Arendal og Froland har ikke sammenslåingen av legevakten medført endringer overhodet. For de øvrige kommunene har avstanden til legevakten blitt større. Likevel gir 33 av 39 pasienter fra disse kommunene en totalvurdering av den nye legevakten som fornøyd eller svært fornøyd. Bare tre pasienter herfra var svært lite fornøyd, og to ønsket ikke å svare på dette spørsmålet.

Økonomi

De offentlige utgifter til den kommunale legevakt består av Rikstrygdeverkets refusjoner til den enkelte lege for pasientbehandling, reisetid og transportkostnader, og kommunenes utgifter til administrasjon og drift av legevaktlokaler og beredskapsgodtgjørelse til den enkelte lege. I totaløkonomien inngår også pasientenes egenandeler, men dette er holdt utenom i denne evalueringen.

Det er innhentet tall fra trygdeetatens oppgjørskontor for de aktuelle kommunene for månedene juni og juli 1999 og 2000. Samlet var folketrygdens utgifter til legevakt i juni og juli 1999 1 135 912 kroner. Tilsvarende utgifter for juni og juli 2000 var 782 880 kroner. Dette utgjør en besparelse på 353 032 kroner, eller 31 %.

I 1997 var trygdens totale utgifter til legevakt for disse åtte kommunene 5 935 061

kroner. Delt på seks, for å omfatte to måneder, blir utgiftene i 1997 altså 989 176 kroner. Dette innebærer en 15 % økning i utgiftene på de to årene fra 1997 til 1999.

De kommunale utgiftene til legevakt for de åtte kommunene utgjorde samlet i 1999 8 411 550 kroner. Arendal og Froland kommuner hadde allerede legevaktsamarbeid i de samme lokalene, og deres andel av dette beløpet var 4 850 814 kroner, altså nær 58 %. Grimstad hadde også etablert eget legevakt-lokale med sykepleierbemanning, og betalte for dette 1 706 917 kroner. De små kommunene uten egen legevaktstasjon hadde relativt små utgifter til legevakt i 1999.

Regnskapet for den interkommunale legevakten i Arendal for ti måneders drift i 2000 gir en samlet utgift for de deltakende kommuner på 8 420 916 kroner. 2,9 % av dette beløpet betales av Setesdals-kommunene for legevaktformidling. Fratrullet dette beløpet, og omregnet til 12 måneders drift, blir den årlige totalutgift for de åtte deltakende kommunene 9 815 845 kroner. Dette innebærer 17 % økte utgifter for de deltakende kommuner samlet.

Diskusjon

Det har vært påpekt av flere at det har vært en reell nedgang i antall allmennleger de siste fem år (4, 5) og at dette i seg selv fører til økt belastning på legevakten (3, 6). Da Legeforeningens legevaktutvalg i 1998 foreslo alternativer «som kan gi mindre hyppige vakter med mindre belastning og større sikkerhet for både leger og pasienter», ble det reist innvendinger mot en utvikling som fører til mindre bruk av sykebesøk, og fremholdt at dette var en «fallitterklæring og bud om en kommunehelsetjeneste i oppløsning og krise» (7).

På den annen side har praktiserende leger rettet sterk kritikk mot dagens organisering av den kommunale legevakt (6, 8–11). Kritikken baserer seg på kommunenes tilrettelegging, arbeidsbelastningen på vakt, sikkerhet for legen og mulighet for kritikk for feilvurderinger i en hektisk arbeidssituasjon (11).

Det er i dette perspektivet legene i Aust-Agder planla og fremforhandlet den nye interkommunale legevakten i Arendal. Legene selv er godt fornøyd med den nye legevakten. Flere leger som tidligere var ute av legevaktarbeidet, har med den nye modellen kommet inn igjen. Bare en av 55 aktuelle leger krevde å få slippe legevakt også etter innføring av den nye modellen, uten at det forelå sykdom eller omsorgssituasjon som ifølge særavtalen (2) skulle tilsi fritak.

Spørsmålet for denne evalueringen har vært hvorvidt en slik omlegging på legenes premisser har gått utover pasientene, slik det også har vært antydnet i diskusjonen (12). Vår evaluering gir ikke inntrykk av det. Tallene er små og må tolkes med forsiktighet. Pasientene i materialet er overveiende fornøyd, og det har de første ti driftsmåneder ikke

vært rapportert hendelser eller klager som relaterer seg til større avstander eller befolkningsgrunnlaget for legevakten.

Danmark har siden 1992 hatt en betydelig sentralisering av legevaktorganiseringen, og 40 % av henvendelsene der avsluttes etter telefonkonsultasjon med legen (13). Selv i dette systemet rapporterer pasientene en høy grad av tilfredshet; 75 % meget tilfreds og 14 % ikke tilfreds (14). Det er verdt å merke seg at andelen tilfredse pasienter stiger etter hvert som nyordningen er innarbeidet. Den nye organiseringen av legevakten i Danmark ble etablert i 1992. I 1991 var 68 % av pasientene fornøyd med legevakten. I 1995 var tallet sunket til 56 % (15) mens det altså steg til 75 % i 1999.

Vår evaluering synes å bekrefte at «fornøyd allmennleger yter best service» (8), og at en sentralisering som fører til økt reiseavstand for pasientene og mindre bruk av sykebesøk, ikke går på bekostning av pasienters krav på service og tilgjengelighet til lege.

For kommunene har omleggingen ikke ført til innsparing, snarere tvert imot, og budsjettet er blitt revidert underveis som følge av mindre inntekter enn forventet. Det er særlig antallet konsultasjoner om natten og antallet sykebesøk, som er lavere enn budsjettet. Disse aktivitetene ville gitt kommunene trygderefusjoner. Det er likevel i tråd med de faglige prinsipper, som lå til grunn for omleggingen, at det bare foretas 3–4 sykebesøk per vakt, og tilsvarende bare 3–4 konsultasjoner om natten. Det har likeledes vært et overordnet prinsipp å bringe pasientene inn til legevakten, og å reservere konsultasjoner om natten til øyeblikkelig hjelp.

Rikstrygdeverket synes å være den økonomiske vinner i omleggingen. Det foreligger imidlertid en viss usikkerhet, idet tallene ikke reflekterer transportrefusjoner til den enkelte pasient. På den annen side skal det fremholdes at Arendal i 1999 allerede fungerte som legevaktformidler for de minste kommunene, og at dette i seg selv førte til en nedgang i antall sykebesøk. Likevel økte folketrygdens utgifter hvert år årene før den nye interkommunale legevakten trådte i kraft. Det må derfor være rimelig å anta at folketrygden totalt sett sparer betydelige midler på denne legevaktmodellen. I legevaktprosjektet i Namdalen var innsparingen 27 % (1), hvilket harmonerer med vårt funn på 31 %. «Namdalsprosjektet gjaldt imidlertid bare legevaktsamarbeid fra klokken 23 til kl 8, og er derfor ikke uten videre sammenliknbar.

Våre funn tilsier i kronebeløp av trygden sparer drøyt 2,1 millioner kroner årlig, mens kommunene har fått en økt utgift på 1,4 millioner kroner. Beregningene av trygdens utgifter er imidlertid utført i blant annet årets travleste måned, slik at forskjellen neppe er så stor på årsbasis. Likevel er det klart holdpunkt for å hevde at kommunene synes å betale for det staten ved Rikstrygdeverket sparer.

Tendensen er den samme i beregninger som Legeforeningen har gjort, som viser at staten sparer mer enn 75 millioner kroner på landsbasis på den omlegging av legevakter som allerede har funnet sted. (16) Det er grunn til å tro at denne innsparingen vil øke ytterligere, etter hvert som flere kommuner etablerer større interkommunale legevakter.

Konklusjon

Legevakten i Arendal er den første interkommunale legevakt som samler nesten et helt fylke, og som er organisert i tråd med legenes egne ønsker. Evaluering etter ti måneders drift viser at legevaktmodellen ikke går utover pasienters tilfredshet med legevakten, og at modellen er samfunnsøkonomisk besparende. Det er imidlertid Rikstrygdeverket som sparer midler, mens kommunene synes å betale noe mer enn før.

Litteratur

1. Reymert J. Evalueringa av legevaktsprosjektet i Namdalen. Intervju. www.uib.no/isf/utposten/2000nr1/utp00108.htm (15.5. 2001).
2. Særavtale mellom Den norske Lægeforening og Kommunenes Sentralforbund. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
3. Rapport fra Den norske lægeforenings legevaktutvalg. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
4. Allmennmedisinen i skropelig forfatning. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4000–1.
5. Til legevakt på egenhånd. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2850.
6. Telje J. Legevakt – må det være et nødvendig onde? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3656–7.
7. Bjørkly S. Sykebesøk må ikke bli en raritet. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2814.
8. Vale HE. Sykebesøk kun på strenge medisinske indikasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2815.
9. Maartmann-Moe K. Legevakt i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2931.
10. Rytter E, Sæther E. Legevakt i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3688–91.
11. Steen TW, Jørgensen JE, Birkeland G-L, Kiledal H. Legevakt i Vest-Agder. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2976–9.
12. Sundar T. Akuttberedskapen – hvem vinner og hvem taper? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2759.
13. Olesen F, Lous J. Vagtlæger og åben skadestue. Ugeskr Læger 1999; 161: 4611. www.dadlnet.dk/ufl/ufl9933/v_p/29522.htm.
14. Christensen MB, Skafte-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Moos A, Andersen DH, Sørensen J. «Hvad er din mening om lægevagten?» www.dadlnet.dk/ufl/ufl2024/p_l/33566.htm (22.1.2001).
15. Sundar T. Hvem går ut i regnet – legen eller pasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 117: 2832–3.
16. Sundar T. Staten sparer på legevaktreform. www.legeforeningen.no/index.db2?id=2373 (25.4.2001).

○