

# Registrering av aktivitet under legevakt

Denne undersøkinga blei gjort for å studere kva legen i ein norsk landkommune gjorde frå sjukepleiar eller hjelpepleiar hadde formidla kontakt med ein pasient til han var ferdig med pasienten etter telefonkonsultasjon, konsultasjon, sjukebesøk, ambulanse eller annan aktivitet.

**Kommunen har 4 556 innbyggjarar. Alle fem legane i kommunen registrerte alle meldingane dei fekk til legevakta i ein seksvekersperiode.**

**Alt i alt var det 450 meldingar som blei handsama av legane i registreringsperioden. Av desse blei 33 % handsama gjennom telefonkonsultasjon, 48 % av problema blei løyst gjennom konsultasjon, medan 18 % resulterte i eit sjukebesøk. Kun to av dei 450 telefonane førte til at ambulanse måtte rykkje ut.**

**Legane i kommunen driv i stor grad ordinær allmennmedisin under legevakt.**

Kommunane i Noreg har gjennom lov eit ansvar for å gje innbyggjarane tilbod om legeteneste (1). Etter ordinær kontortid har også kvar kommune ansvaret for å gje tilbod om akuttmedisinske tenester, noko som medfører organisering av legevakt.

Lege på vakt blir finansiert gjennom tre ulike kjelder: ei fast timebetaling frå kommunane under beredskap, eigenandelar betalte av pasientane og refusjonar frå Rikstrykdeverket. I samband med ei vanskeleg tid for rekruttering av allmennmedisin (2) og innføring av fastlegeordninga (3) er det blitt utarbeidd forslag til endra organisering av legevakttenestene. For å dempe arbeidsbelastninga til primærlegane blir det planlagt ei rad med større og mindre interkommunale ordningar. Under denne planlegginga blir det ofte diskutert kva som er det eksisterande mønsteret for løysing av problem som kjem etter ordinær kontortid, utan at det ser ut til å finnast uttømmende data.

Fram til 30.12. 1999 hadde Radøy kommune ei legevaktordning med lege i heimevakt frå kl 1530 til kl 8 neste morgon alle kvardagar, og vakt frå kl 8 laurdag morgon til kl 8 mandag morgon i helgene. Innbyggjarane ringte til ein legevaktsentral ved ein sjukeheim i kommunen, som gav meldingane vidare til legevaktlegen. Legevaktsentra-

**Eli Anne Uthaug Brügger**

*r-legek@online.no*

**Ola Jøsendal**

Radøy legesenter

5936 Manger

Brügger EAU, Jøsendal O.

## Registration of activities performed by GPs on off-hour emergency service.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.*

**Background.** We studied what kind of action general practitioners in a Norwegian rural community choose to take in order to solve problems raised by patients who contact the primary health service off-hours. Problems are solved either on the phone or by allowing the patient to consult the doctor in the surgery, by a home call, or by an emergency call with ambulance.

**Material and methods.** The community has a population of 4,556. All five GPs in the community registered all off-hour patient contacts over a period of six weeks (off-hours defined as the period from 3.30 PM to 8.00 AM on week-days, plus the weekend).

**Results.** 450 patients contacts were registered. 33 % were solved on the phone, 48 % through consultations in the surgery, 18 % by home calls. Only two out of 450 contacts were emergencies.

**Discussion.** GPs performing off-hour services serve their patients with ordinary consultations. Less than 1 % of patient contacts were actual emergencies.

☞ Se også side 2680

len skal etter forskriftene handsamast av sjukepleiar, men grunna for liten tilgang på kompetent sjukepleiarpersonell var legevaktssentralen ofte eit ansvar for hjelpepleiar på vaktene. I sjeldne tilfelle kom meldinga til legen direkte frå AMK i Bergen, og då nesten alltid i tilfelle der det var naudsynt å sende ut alarm. Legane hadde ikkje eit eige legevaktlokale, men måtte nytta sitt eige kontor ved legesenteret for å ta imot pasientar. Det var heller ikkje tilgang på hjelp under konsultasjonane.

For å få eit oversyn over mønsteret for aktivitet hos legane på legevakt i Radøy kommune blei det gjennom seks veker gjennomført ei registrering av alle meldingar til legane i kommunen, samt ei registrering av kva dei ulike meldingane resulterte i frå legane si side. Denne artikkelen syner mengda av meldingar i ein liten kommune i ein representativ periode på seks veker, samt fordelinga av metode for løysing av kvart einiskild problem.

## Materiale og metode

I Radøy kommune deltok fem legar i vaktordninga i registreringsperioden. Det vil seie femdelt døgnvakt, samt femdelt helgevakt i tillegg. Alle legane fekk utdelt registrerings-skjema, der dei skulle registrere dato for vakt, kva telefonnummer pasienten hadde, og krysse av for den aktiviteten som legen vurderte til å være ferdig handsaming av kvar melding.

Alternativa legane kryssa av for ulike aktivitetar var telefonkonsultasjonar, konsultasjonar, sjukebesøk, ambulanse og ingen aktivitet. Det blei lagt vekt på at registreringa skulle vere så enkel som råd, slik at tidsforbruket for legen blei lite under vaktene.

Rådata blei puncha inn i statistikkprogrammet SPSS, og det blei gjennomført enkelte deskriptive statistiske analysar.

## Resultat

Registreringsperioden var dei seks vekene frå 19.10. 1999 til 29.11. 1999. I denne perioden var det ein total mengde meldingar på 460 til saman for alle legane (tab 1). I ti av dei 460 registrerte tilfella hadde legen ikkje kryssa av for aktivitet, og desse blei ikkje inkludert i dei vidare statistiske analysane.

Av dei 450 meldingane som blei fullstendig registrerte i denne undersøkinga, blei 33 % (149) ferdig handsama gjennom telefonkonsultasjon, 48 % (215) blei ferdig handsama gjennom konsultasjon på legekantoret og 18 % (83) blei ferdig handsama gjennom sjukebesøk heim til pasientane. 0,4 % (to av 450) av meldingane førde til at lege og ambulanse måtte rykkje ut. Det var registrert ei melding der legen ikkje gjorde noko.

## Diskusjon

Registreringsperioden hausten 1999 blei vurdert å vere ein representativ periode for legevaktarbeidet og ein god periode for å få eit inntrykk av mønsteret for legesøking i kommunen. Gruppa av legar som hadde ansvaret for vaktene var stabil, det var ikkje høysesong for einskilde sjukdomar, og det var ikkje vikarlegar som tok vakter.

I kommunar både sentralt og i distrikta er det vanleg at vikarlegar tek ein stor del av vaktene i kortare tidsrom. Ein kan få inntrykk av at vikarlegar har større andel sjukebesøk enn faste legar, og kanskje også fleire konsultasjonar. Ein mogleg årsak kan være at legen ikkje kjenner pasienten frå før, og vil sikre seg mot feilvurdering. Ein annan mogleg årsak kan være eit ynskje om å ha stor inntening under legevakt. Såleis kan vi

ikkje være sikre på at dei resultatane vi ser i eigen kommune, vil samsvare med resultat frå same type undersøking i andre kommunar av same storleik.

Legevakta i kommunane er i utgangspunktet ei teneste som skal handsame akuttmedisinske problemstillingar. I vår undersøking er det berre to av 450 meldingar som klart fell inn under definisjonen av akuttmedisinske problemstillingar. Ein må sjølv sagt være merksam på at ein del tilstandar var av så alvorleg karakter at pasientane blei hospitalisert, men likevel er det store fleirtalet av meldingane til lege på legevakt ikkje av akuttmedisinsk karakter. Det meste av arbeidet under legevakt er såleis vanleg allmennmedisin.

Talet for sjukebesøk (18 %) synest å være relativt høgt. Sjukebesøk kan sjølv sagt inkludere pasientar med akutt sjukdom som må ha legetilsyn. Etter samtalar med legane om aktiviteten i registreringsperioden kom det fram at sjukebesøk i like stor grad blir utløyst ut frå omsynet til alder, pasienten sin mobilitet, psykososiale problemstillingar og eventuelt omsyn som ikkje er medisinske. Slike omsyn kan være at pasienten bur langs reiseruta til legen når han skal til eller frå kontoret eller at pasienten har fast avtale om legebeseøk heime. Motsett kan det vere at legen har så mykje å gjere at pasienten må kome til konsultasjon av omsyn til rasjonaliteten i tenesta. Det har også vore hevda at sjukebesøk under legevakt må reserverast pasientar med spesielle behov (4).

Meir enn 30 % av meldingane blei ferdig handsama kun etter bruk av telefon. Ei mogleg viktig årsak til dette er at hjelpepleiar ofte er ansvarleg for legevaktssentralen. Denne yrkesgruppa har ikkje høve til å gje enkle medisinske råd til pasientane, men må setje vidare samtlege telefonar til legen. Med kompetent sjukepleiar som handsamar legevaktssentralen vil det kanskje vere færre meldingar som går vidare til legen.

Litt under halvparten av pasientane som kontakta legevakta, fekk tilbod om og aksepterte konsultasjon med lege på legekantoret. Særskilt i tider med stor pågang av pasientar på vaktene, samt i andre ordningar, som til dømes interkommunal legevakt, vil det vere rasjonelt at dei pasientane som skal undersøkjast, kjem til kontor eller vaktlokale.

Alment praktiserende lægers forening (Aplf) har i forslag til kvalitetsindikator for god legevakt (4) angitt at talet for konsultasjonar per år bør vere mindre enn 200 per 1 000 innbyggjarar, og at talet for sjukebesøk per år bør vere mindre enn 50 per 1 000 innbyggjarar. Det vil seie at konsultasjonsrate og sjukebesøksrate til saman bør vere under 250/1 000, det vil igjen seie at berre kvar fjerde innbyggjar er forventa å ha trong for tilgang til lege utanom ordinær arbeidstid kvart år.

Det er tidlegare gjennomført kartlegging av legeaktivitet (telefonkonsultasjonar, konsultasjonar og sjukebesøk) for legevaktte-

**Tabell 1** Total arbeidsmengde for fem legevaktlegar i ein periode på seks veker i ein kommune med 4 556 innbyggjarar, fordelt etter type aktivitet

Type aktivitet	Tal	%
Ingen aktivitet	1	0,2
Telefonkonsultasjon	149	33,1
Konsultasjon	215	47,8
Sjukebesøk	83	18,4
Ambulanse	2	0,4
<b>Totalt</b>	<b>450</b>	<b>100,0</b>

nesta i Vestfold (5). I det urbane området rundt Tønsberg, med korte avstandar og mange legar, var talet på kontaktar mellom 230 og 370 per 1 000 innbyggjarar per år.

Også i Vest-Agder er det tidlegare undersøkt korleis arbeidsmønsteret under legevakt er i 15 kommunar (6). Variasjonane i rater for konsultasjonar og sjukebesøk var relativt store. Median for innbyggjartal var 6923. Undersøkjinga blei gjennomført utan eiga registrering av aktivitet, berre som spørjeskjema til kommunelege I. Median verdi for konsultasjonar under vakt per 1 000 innbyggjarar var 237 og for sjukebesøk 235 (omrekna til årleg forbruk). Til saman blir dette ei forbruksrate på 472/1 000 innbyggjarar per år. Imidlertid var lågaste forbruksrate av konsultasjon og sjukebesøk samla om lag 330/1 000 innbyggjarar per år, medan høgaste forbruksrate var om lag 850/1 000 innbyggjarar per år.

Fire kommunar ved Ulstein har gjennomført ei utgreiing for å planleggje interkommunal legevakt. I ein stensilrapport (7) dagsett 25.9. 2000 går det fram at om lag 25 % av alle meldingar blir ordna per telefon, 10 % er sjukebesøk, medan resten blir ordna som konsultasjon på legekantora.

Dersom vi reknar om talet på konsultasjonar og sjukebesøk frå dei seks vekene registreringa pågjekk i Radøy til estimert årleg forbruk, finn vi 2 583 konsultasjonar og sjukebesøk. Dette gjev ei forbruksrate på  $2\,583/4\,500 = 570/1\,000$ , altså meir enn to gongar normtalet frå Aplf. Ei mogleg årsak i Radøy sitt tilfelle spesielt kan vere låg legedekning på dagtid (kun tre av fire årsverk besatt) i registreringsperioden. Generelt kan det skuldast lågare evne til eigenomsorg i befolkninga, eller at befolkninga er sjukare enn ein har trudd. Ein kan også ta atterhald om metoden som er nytta i Aplf for å lage normtalet.

Funn frå denne undersøkinga er viktige bakgrunnsdata for planlegging av helsetilbodet utover vanleg dagtid. Metodikken er relativt enkel, og bør kunne nyttast i eit større tal kommunar, slik at ein kan sjå nærare på handlingsmønsteret hos grupper av legar av ulikt kjønn og med ulike røynslar frå tidlegare arbeidsliv.

## Konklusjon

Legar på legevakt i ein liten distriktskommune driv i stor grad ordinær allmennmedisin. Det er trong for brei og ny vurdering av normal for behovet for allmennmedisinske og akuttmedisinske tenester i befolkninga i dei tidsrom vanlege legekantora er stengt.

Undersøkelsen er støttet av Kokom og ved allmennpraktikerstipend.

## Litteratur

1. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11. 1982 nr. 66.
2. Aarseth HP. Primærhelsetjenesten i krise, – hvem har ansvaret? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 401.
3. Lov om endring av lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11. 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen).
4. Mjell J. Fagutvalgets kvalitetsindikatorer på god legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3252–3.
5. Otterstad HK. Legevakt i allmennlegetjenesten i Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1749–51.
6. Steen TW, Jørgensen JE, Birkeland GL, Kiledal H. Legevakt i Vest-Agder. En kartleggingsundersøkelse i 15 kommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2976–9.
7. Måseide T. Legevakt i Hareid, Ulstein, Herøy og Sande. Stensilrapport. Ulstein: Ulstein kommune, 2000.

○

