

Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms

Sammendrag

Bakgrunn. Statens helsetilsyn bad i 2002 helsetilsynet i fylkene overvåke tilgjengelighet og ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp-plikten i fastlegeordningen. Helsetilsynet i Troms gjorde dette ved en kartlegging høsten 2002.

Materiale og metode. Vi intervjuet en helsesekretær ved hvert legekontor etter et oppsatt skjema. Telefonresponstid, telefontid med pasienter, antall øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner og ventetid på uprioritert time ble registrert.

Resultater. Legene hadde 2 timer telefontid per uke – og telefontiden var omvendt proporsjonal med listestørrelsen. Leger i landkommuner hadde dobbelt så lang telefontid som leger i byer. Leger med middels store lister hadde relativt flere øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner enn leger med korte og leger med lange lister. Ventetiden for uprioritert time økte med listestørrelse opp til 1 500, men sank hos leger med de største listene.

Fortolkning. Tilgjengeligheten til fastlegekontorene i Troms er god. Telefonresponstid på under 2 minutter og ventetid på under 20 dager er gode servicenormer. Leger med små og leger med store lister trenger andres bistand for å ta unna henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Leger med store lister prioriterer ventetid høyt og telefontid lavt.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Anne Helen Hansen

anne.helen.hansen@tromso.kommune.no
Tromsø kommune
Rådhuset
9299 Tromsø

Ivar J. Aaraas

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Jorun Støvne Pettersen

Gerd Ersdal
Helsetilsynet i Troms
9291 Tromsø

Formålet med innføring av fastlegeordningen var blant annet å bedre tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten (1). Statens helsetilsyn bad i 2002 helsetilsynet i fylkene overvåke tilgjengelighet og ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp-plikten. Helsetilsynet i Troms gjorde dette ved en kartlegging høsten 2002. Foruten å kartlegge var formålet å gi tilbakemelding til tjenesten og bidra til refleksjon og forbedring.

Materiale og metode

Kartleggingen ble varslet som tilsyn med helsetjenesten og omfattet alle fylkets 48 legekontor med 138 fastlegehjemler (2). Samme person telefonintervjuet en helsesekretær ved hvert kontor etter et fastsatt skjema. Tiden fra nummeret ble slått til det ble oppnådd personkontakt ble registrert. For hver lege ble telefontid, antall øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner og ventetid på uprioritert time registrert. Vi brukte kontorets definisjon av «øyeblikkelig hjelp» som gav pasienter rett til konsultasjon samme dag. For uprioritert time ble det spurt etter første mulighet for to ledige timer etter hverandre og flere ledige timer neste dag, slik at en tilfeldig avbestilling ikke skulle gi et feilaktig uttrykk for ventetiden. Tromsø trygdekontor gav opplysninger om listestørrelse. Data er bearbeidet og analysert i Excel. Tilbakemeldinger ble gitt i form av telefoner, brev, møter og foredrag.

Resultater

Tabell 1 viser bakgrunnsdata om fastlegeordningen og Troms.

Telefontilgjengelighet

Telefonresponstiden var 3 minutter (variasjon 15 sek–23 min). Fem kontorer hadde over 10 minutters responstid, og tre hadde over 20 minutter. Uten disse fem var gjennomsnittet 1 minutt og 18 sekunder. 75 %

hadde en responstid på under 2 minutter (fig 1).

Legene hadde gjennomsnittlig en telefontid på 2 timer per uke. Telefontiden var omvendt proporsjonal med listestørrelsen (fig 2). I byene var telefontiden per 1 000 på liste 1 t 24 min/uke, i landkommunene 2 t 48 min/uke ($p < 0,0001$). Tromsø-legene hadde kortest telefontid ($1/2$ t per 1 000 på liste i gjennomsnitt).

Øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner

Fastlegene hadde i gjennomsnitt 14,4 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner per uke per 1 000 på liste. Det var ikke signifikant forskjell mellom leger i byer og leger i landkommuner eller mellom mannlige og kvinnelige leger.

Antall øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner var proporsjonal med listestørrelsen for lister på 500–1 500 personer. Leger med mindre eller større lister hadde færre konsultasjoner per 1 000 på liste. I registreringsuken var 2 082 pasienter (1,4 % av listepopulasjonen) på øyeblikkelig hjelp-konsultasjon i Troms, herav 1 446 i byene (1,5 % av listepopulasjonen) og 636 i landkommunene (1,2 % av listepopulasjonen).

Ventetid på uprioritert legetime

Hos to tredeler av legene var det ventetid på under 20 dager (fig 3). Gjennomsnittlig ventetid for alle legekontorer var 16,5 dager, helger inkludert (variasjon 1–54 dager) (tab 2). Vi fant ingen forskjell mellom by- og landkommuner, men store innbyrdes forskjeller mellom byene. Kvinnelige leger hadde 4,5 dager lengre ventetid enn mannlige. Ventetid på uprioritert time økte med listens størrelse opp til 1 500, men sank for de største listene.



Hovedbudskap

- Legenes tid avsatt til telefoner fra pasientene er omvendt proporsjonal med listestørrelsen
- Leger i landkommuner bruker dobbelt så mye tid på pasienttelefoner som leger i byer
- Leger med over 1 500 personer på listen synes å ha redusert kapasitet til telefonkontakt og til å yte øyeblikkelig hjelp overfor sine pasienter

Tabell 1 Bakgrunnsdata om Troms og fastlegeordningen i Troms

	Folketall per 31.12. 2002	Folketall i prosent	Antall legekontorer	Andel legekontorer i prosent	Antall lege-hjemler	Andel lege-hjemler i prosent	Andel kvinnelige leger (%)	Gjennomsnittlig listestørrelse	Totalt antall på liste
Troms (25 kommuner)	151 978	100	48	100	135	100	24	1 100	145 853
Bykommuner (3)	95 195	63	21	44	79	59	33	1 228	94 414
Tromsø	60 950	40	11	23	46	34	33	1 363	61 221
Harstad	23 206	15	6	13	22	16	41	1 044	22 961
Lenvik	11 039	7	4	8	11	8	18	893	10 232
Landkommuner (22)	56 783	37	27	56	56	41	21	912	51 439

Tabell 2 Ventetid på uprioritert time etter legens kjønn

	Kvinnelige leger N = 37	Månnlige leger N = 101	Alle leger N = 138
Harstad	33 dager	27 dager	28 dager
Tromsø	15 dager	8 dager	10 dager
Troms unntatt Harstad og Tromsø	17 dager	17 dager	16 dager
Hele Troms	20 dager	16 dager	17 dager

Diskusjon

Metodiske forhold

Fastlegeforskriften og avtaleverket gir stort rom for skjønn i vurderingen av hva som er god tilgjengelighet (1, 3). Kartlegging som tilsynsmetode er velegnet der vurderingene er skjønnspreget, men hvor man likevel kan innhente kvantifiserbare data. Kartlegginger gir tilsynsmyndighetene viktige bidrag til vurderingen av hvor man bør legge listen for merknader og avvik. Ved tilbakemelding får tilsynsobjektene anledning til å plassere seg i en større helhet, hvilket også kan bidra til forbedringer. Ettersom kartleggingen var et tilsyn, hadde legekontorene svarplikt. Vi mener det er akseptabelt og i henhold til loven at tilsynsmyndigheten kan kreve svar på sine spørsmål, uavhengig

av tilsynsmetode (2). Når en totalpopulasjon eller et randomisert utvalg kartlegges, kan funnene også brukes i statistiske analyser.

Mulige feilkilder er at svarene kan være påvirket av at det er det lokale helsetilsynet som spør. Videre har kontorene ulike måter å føre timelister på, og dette kan ha medført usikre svar fra noen. I diskusjoner med legene har dette vært anført som en mulig forklaring på store forskjeller i ventetid (tab 2).

Telefontilgjengelighet

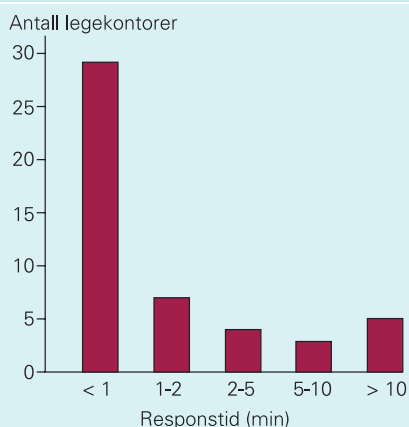
Lang telefonresponstid kan tyde på underbemanning, uhensiktsmessig telefonsystem eller bevisst lav prioritering av pasienttelefoner. Kort responstid er et servicekrav mer enn et forsvarlighetskrav. For å vurdere om

responstiden er forsvarlig, må den holdes opp mot flere faktorer, for eksempel tilgang til en egen øyeblikkelig hjelp-linje. Der det finnes, synes en responstid på under 2 minutter (slik vi fant hos 75 %) å være en akseptabel servicenorm. Helsetilsynet i Hordaland fant en gjennomsnittlig responstid på 2 minutter (4). Lengre responstid vil neppe være tilfredsstillende for den som er syk.

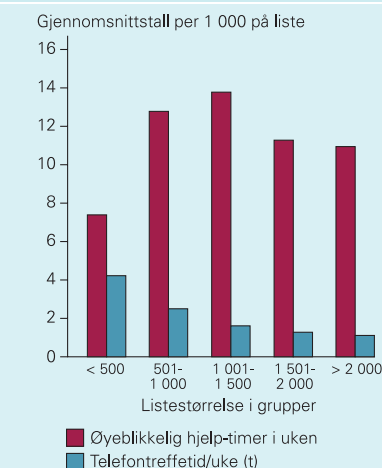
Andre har også funnet at leger i landkommuner er lettere tilgjengelige på telefon enn byleger (5). Forklaringen her er nok at legene i byene, særlig i Tromsø, har større lister enn legene i resten av fylket, men kort telefontid. Store avstander gjør det også mer hensiktsmessig å ordne flere forhold per telefon i landkommunene.

Øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner

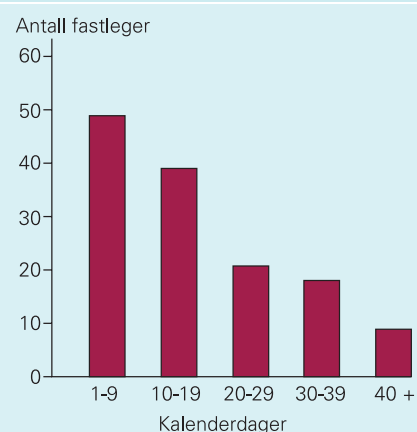
Vi forventet at antall øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner var proporsjonalt med listestørrelse. Dette stemte for lister på 500–1 500 personer. Det tyder på at leger med mindre og leger med større lister trenger hjelp fra andre for å kunne yte øyeblikkelig hjelp til egne pasienter. Sannsynligvis skyldes dette fravær fra praksisen for dem med små lister og kapasitetsmangel for dem med store. Kolleger i praksisen, tur-

Figur 1

Responstid før telefonkontakt med fastlegekontorer i Troms i 2002

Figur 2

Antall øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner per uke og telefontid per uke per 1 000 på liste hos fastlegene i Troms i 2002

Figur 3

Ventetid på uprioritert time hos fastlegene i Troms i 2002

nusleger og legevakten er nok viktige støttespillere for disse (6).

Det er ikke i tråd med fastlegeordningens formål at andre leger gjør fastlegens arbeid i vesentlig grad (1). For små og for store lister kan gi redusert kvalitet på legetjenestene. Våre funn understøtter Hasvolds forslag om at listestørrelsen bør omfatte under 1 500 personer (7).

Flere møtte til øyeblikkelig hjelp-time i byene enn i landkommunene, hvor flere forhold sannsynligvis ordnes telefonisk og gjennom egne nettverk.

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid på uprioritert time var 16,5 dager, mens man i Hordaland fant 9,6 dager (4). Forskjellene innad i Troms var større enn forskjellen mellom fylkene. Respondentene med lang ventetid har ønsket å se dette som uttrykk for metodisk usikkerhet, hvilket ikke kan avvises. Samtidig vet vi at vår tilnærming var systematisk og lik for alle. Det betyr at resultatene ikke bør ignoreres, men vurderes kritisk som kilde til forbedring lokalt.

Forskjellen i ventetid mellom mannlige og kvinnelige leger i byene antas å bero på ulikheter i listesammensetning, praksisorganisering og lokal samhandlingskultur.

Ventetiden er en servicenorm mer enn en forsvarlighetsnorm, men den bør ikke overstige 20 dager, en grense de fleste holder seg innenfor. Lang ventetid kan lettere gi uforsvarlige forhold, selv om lang ventetid i seg selv ikke trenger være uforsvarlig.

Det er ikke spesielt lang ventetid hos leger med store lister. Disse legene synes å prioritere tilgjengelighet i form av god tilgang til uprioriterte legetimer. De betjener i mindre grad egne pasienter med øyeblikkelig hjelp enn leger med middels store lister, og telefontid prioriteres lavt. Dette kan skyldes ulike vurderinger omkring behov, kapasitet og økonomi.

Konklusjon

Tilgjengeligheten til fastlegekontorene i Troms er jevnt over god. Det store flertall besvarer en telefonoppringning på under 2 minutter og har en ventetid på under 20 dager. Dette er i samsvar med det vi

oppfatter som akseptable servicenormer. Dersom fastlegene skal ha kapasitet til å yte øyeblikkelig hjelp og være tilgjengelige på telefon for egne pasienter, synes lister med mer enn 1 500 personer å være for store.

Vi takker Norges Forskningsråd for stipend i forbindelse med utarbeiding av denne artikkelen.

Litteratur

1. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene §§ 1 og 7. Mai 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
2. Tilsynsloven § 2 og helsepersonelloven § 30. www.lovdatab.no. (21.6.2005).
3. Rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening ASA 4310 for perioden 2005–06. www.legeforeningen.no/index.gan?id=1138&subid=0.
4. Blinkenberg J. Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003. Bergen: Helse-tilsynet i Hordaland, 2003.
5. Aaraas I, Melbye H, Lundevall S. Hallo, er det legekantoret -kan jeg få snakke med legen? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2755–8.
6. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365–6.
7. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 786–7.