

Organisering av legevakt

Sammendrag

Bakgrunn. Legevaktstjenesten i Norge er i forandring, fra å være en kommunal til å bli en interkommunal tjeneste med fast bemanning og økt medarbeiderkompetanse. Legeforeningen og andre aktører ønsker fortgang i etableringen av interkommunale legevakter i form av allmennlegevakter som gjelder hele befolkningen, alle kommunene og alle fastlegene. Det finnes få data som viser hvordan situasjonen er, hvor raskt endringene skjer og hvilke driftsbetingelser og ressurser legevaktstjenesten har.

Materiale og metode. Høsten 2005 sendte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ut et spørreskjema til alle de 433 kommunene i Norge for å kartlegge hvordan legevaktstjenesten er organisert.

Resultater. To tredeler av alle norske kommuner deltok i en interkommunal legevaktordning, mens en tredel av de øvrige kommunene hadde planer om det. Fastlegenes deltakelse i legevakt varierte. I halvparten av kommunene deltar samtlige fastleger i vaktturnus, men deltakelsen avtok med økende antall innbyggere og fastleger i kommunen. Det var stor variasjon i antall henvendelser per innbygger til legevakten i kommunen. På grunn av geografiske forhold var det også stor variasjon i tilgjengelighet når det gjelder ambulanserbiler og med henblikk på kjøretid til legevaktlokalet.

Fortolkning. Undersøkelsen viste store forskjeller i organiseringen av legevaktstjenesten. Dette kan i noen grad skyldes variasjon i befolkningstetthet og geografiske forhold.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1334

Tobias Nieber

tobias.nieber@isf.uib.no

Elisabeth Holm Hansen

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Gunnar Tschudi Bondevik

Steinar Hunsikar

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Jesper Blinkenberg

Janecke Thesen

Erik Zakariassen

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Siden kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 har kommunene hatt plikt til å organisere legevaktstjenesten (1). Kommunene skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen skal få nødvendig helsehjelp. Leger er gjennom helsepersonelloven forpliktet til å yte øyeblikkelig hjelp og delta i kommunal legevakt (2). Kommunal legevakt er i tillegg regulert gjennom Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (3) og avtaler mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening (4).

Da Sosial- og helsedepartementet i 1998 samlet inn data om legevakt i Norge (5), deltok 50 % av kommunene i interkommunalt legevaktssamarbeid. De senere årene har flere kommuner gått inn i slike samarbeidsordninger. Opprettelse av større legevaktdistrikter har imidlertid vært begrenset av både geografiske forhold og økonomiske tilleggsbelastninger som organisasjonsformen innebærer for kommunene (6).

Legeforeningen har lenge arbeidet for bedre vaktordninger for fastlegene og mener at interkommunale legevakter vil gi bedre kvalitet, tilgjengelighet og større stabilitet i legevaktstjenesten. Rekrutteringsproblemer, høy vaktbelastning og manglende støtteapparat preger store deler av tjenesten. Dette reduserer kvaliteten på tilbudet på kveld og natt (6).

Interkommunalt legevaktssamarbeid forventes å bedre kvaliteten på legevaktarbeidet og øke tilgjengeligheten til lege blant annet gjennom etablering av vaktbaser og bakvaktordninger, styrket rekruttering, ordnet arbeidstid og ordnede arbeidsforhold. Legeforeningens landsstyre ønsker at interkommunal legevakt skal være en allmennlegevakt som gjelder hele befolkningen, alle

kommunene og alle fastleger (6). Det hevdes at mange fastleger opplever legevaktarbeid som en stor ekstrabelastning. Bruk av vikarer og sykehusleger er derfor ikke uvanlig også der det ikke foreligger fritak for legevakt.

Det har til nå ikke eksistert noen systematisk oversikt over all legevaktstjeneste i Norge. I 2005 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er faglig tilknyttet Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling, og i samarbeid med andre fagmiljøer, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

På bakgrunn av innsamlede data fra samtlige av landets kommuner beskriver denne artikkelen hvordan legevaktstjenesten i Norge var organisert ved utgangen av 2005.

Materiale og metode

Høsten 2005 sendte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ut et spørreskjema til alle de 433 kommunene i Norge. Man ba om informasjon om legevaktordningen, eventuelle interkommunale legevaktordninger, legevaktssentralenes geografiske plassering, vakt deltakelse blant fastleger, bemanning på legevaktssentralene, antall telefonhenvendelser og dokumentasjon av utfallet av dem, kjøretid til pasienter, samt disponible transportmidler på legevakt. Skjemaet ble sendt til den faglig ansvarlige for legevaktordningen i hver kommune. Dette er en lege som kommunen har valgt ut (7). I en del kommuner ble skjemaet fylt ut av den administrativt ansvarlige for legevakten, som regel en sykepleier eller helseleder i kommunen. Detaljer angående legevaktlokalene,

Hovedbudskap

- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har kartlagt organiseringen av legevaktstjenesten i landets 433 kommuner
- Et flertall av kommunene deltar i en interkommunal legevaktordning
- Det er stor variasjon i fastlegers deltakelse i legevakt, og omfang og dokumentasjon av telefonhenvendelser til legevakten

Tabell 1 Kommunale og interkommunale legevaktordninger (ettermiddag/kveld og natt/helg, størrelse på befolkning i legevakt-distriktet, etter antall kommuner i samarbeid)

Antall kommuner	Antall interkommunale legevaktordninger	Kommuner totalt	Innbyggere i snitt
<i>Ettermiddag/kveld</i>			
<i>Kommunal legevakt</i>		161	13 612
<i>Interkommunale legevaktordninger (antall kommuner)</i>			
2	67	133 ¹	14 060
3	15	45	36 655
4	7	27 ¹	44 071
5	3	15	48 399
6	2	12	94 040
7	3	21	32 003
9	1	9	100 324
10	1	10	84 947
<i>Natt/helg</i>			
<i>Kommunal legevakt</i>		132	15 536
<i>Interkommunale legevaktordninger (antall kommuner)</i>			
2	58	115 ¹	14 600
3	18	53 ¹	28 270
4	10	38 ¹	37 237
5	4	20	43 426
6	4	24	56 371
7	4	28	46 294
10	1	10	84 947
13	1	13	129 008

¹ Noen kommuner deltar i flere interkommunale legevaktordninger

utstyr, opplæring, informasjon og tilgjengelighet er presentert i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (8).

I februar 2006 hadde vi mottatt svar fra

samtlig kommuner. Innsamlede data ble koblet med informasjon om AMK- og legevaktssentraler fra Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for helsetje-

nestens kommunikasjonsberedskap. Utfyllende og oppklarende opplysninger ble også innhentet per telefon og e-post. Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS (versjon 13.0) og resultatene er presentert som frekvenstablinger og enkle krysstabeller.

Resultater

Legevaktordninger

Vi mottok utfylt spørreskjema fra samtlige av landets 433 kommuner, men andelen svar på enkeltspørsmål varierte, 40–100 %.

Over halvparten av befolkningen i Norge var på tidspunktet for undersøkelsen tilknyttet en interkommunal legevaktordning utenom fastlegenes vanlige kontortid. Om lag en tredel av kommunene utgjorde et eget legevakt-distrikt både hverdager og i helgene (tab 1). På ettermiddags- og kveldstid var 272 av kommunene (63 %) organisert i en interkommunal legevaktordning. Om natten og i helgene var dette tallet 301 av 433 kommuner (70 %). En interkommunal legevaktordning om natten og i helgene var vanligst blant kommunene som hadde færrest innbyggere. Tre firedeler av kommunene med under 2 500 innbyggere samarbeidet med andre kommuner om legevakt (tab 2). Blant de fem største bykommunene deltok to i en interkommunal ordning der omegnskommuner hadde sluttet seg til.

Det var vanligere med en interkommunal legevaktordning i kommuner som har relativt liten geografisk utbredelse. Blant de 103 kommunene med areal < 200 km² hadde 78 % et interkommunalt legevaktssamarbeid om natten og i helgene, mens den tilsvarende andel for de 105 kommunene med areal > 1 000 km² var 56 %. Tabell 2 viser forholdet mellom kommunestørrelse og de ulike måtene å organisere legevakten på.

Av de kommunene som ikke var med i et

Tabell 2 Andel av kommuner (%) med kommunale og interkommunale legevaktordninger på ettermiddag/kveld, respektive natt/helg, etter antall kommuner i samarbeidet. Beskrevet for alle kommuner samt etter størrelsen på kommunen (målt i antall innbyggere og areal)

	Ettermiddag/kveld				Natt/helg			
	Kommunal legevakt	Interkommunale legevaktordninger			Kommunal legevakt	Interkommunale legevaktordninger		
		2 kommuner	3–5 kommuner	≥ 6 kommuner		2 kommuner	3–5 kommuner	≥ 6 kommuner
<i>Alle kommuner</i>	37	31	20	12	31	27	26	17
<i>Kommunestørrelse (innbyggere)</i>								
≤ 2 500 (n = 132)	35	38	17	10	25	32	24	20
2 501–5 000 (n = 108)	39	35	17	9	31	32	24	14
5 001–10 000 (n = 90)	45	26	22	7	34	20	31	14
10 001–20 000 (n = 58)	40	24	21	15	33	22	21	24
20 001–100 000 (n = 40)	35	20	33	13	33	18	33	18
> 100 000 (n = 5)	60	20	20	0	60	20	20	0
<i>Kommunestørrelse (areal)</i>								
< 200 km ² (n = 103)	27	27	27	19	21	24	34	20
201–500 km ² (n = 122)	37	30	20	12	28	21	26	25
501–1 000 km ² (n = 103)	42	35	16	7	29	30	22	18
> 1 000 km ² (n = 105)	50	31	16	2	44	31	20	5

legevaktssamarbeid, hadde en tredel konkrete planer om å gå inn i en interkommunal ordning, og en av åtte hadde gjort vedtak om å gjøre det. På den andre siden hadde en firedel av kommunene som tidligere hadde hatt en interkommunal ordning, gått bort fra den.

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktssentral med telefontilgjengelighet 24 timer i døgnet. Sentralen kan være plassert i tilslutning til AMK-sentralen, på et fastlegekontor, et eget legevaktkontor, sykehjem eller hos kommersielle tjenestetilbydere. I ordinær kontortid hadde vel halvparten av landets kommuner plassert legevaktssentralen på et av sine fastlegekontorer. Om kvelden og natten, samt i helgene, var omtrent halvparten av legevaktssentralene plassert i egne legevaktlokaler, mens en firedel var plassert i tilknytning til AMK-sentralen.

Bemanning

I ordinær kontortid var 69% av sentralene bemannet med minst én sykepleier til å betjene legevakttelefonen, mens de sentralene som ikke hadde sykepleier, benyttet annet helsepersonell. Om kvelden og natten, samt i helgene, var om lag 90% av legevakttelefonene betjent av en sykepleier. Rundt 90% av legevaktlokalene ble utenom ordinær kontortid bemannet med én vaktlege, mens omtrent 10% hadde to eller flere leger på vakt.

Telefonhenvendelser

Andelen kommuner som hadde besvart spørsmålet om antall telefonhenvendelser til legevaktssentralene, var så lav som 47%. Blant dem som svarte, varierte antall årlige telefonhenvendelser mellom 140 og 90 000 med et gjennomsnitt på knapt 11 000. En firedel av legevaktssentralene hadde færre enn 1 800 telefonhenvendelser per år. Den neste firedelen hadde 1 800–4 000, mens de tilsvarende tallene for firedelen deretter var 4 000–14 000 telefonhenvendelser per år. Det var også stor variasjon i antall telefonhenvendelser per innbygger per år. På landsbasis hadde en firedel av legevaktssentralene færre enn 0,44, en firedel 0,44–0,72, og den tredje firedel har 0,72–1,24 telefonhenvendelser per innbygger per år. Andelen telefonhenvendelser per innbygger var størst i de minst befolkede kommunene.

Dokumentasjon

81% av kommunene som hadde besvart spørsmålet, oppga at telefonhenvendelser til legevaktssentralen alltid ble dokumentert, 15% at de som oftest dokumenterte dem, mens 4% svarte at telefonhenvendelser bare av og til eller aldri ble dokumentert. Det var flest mindre kommuner blant dem med ufullstendig dokumentasjon. 72% av kommunene svarte at råd som ble gitt fra legevaktssentralens side, alltid ble dokumentert, 21% at de som oftest ble dokumentert, mens 7% oppga at råd kun ble dokumentert av og til eller aldri. Legevaktssentralene kunne benytte flere typer dokumentasjon for den

Tabell 3 Lengste kjøretid (i minutter) fra ambulansestasjon til pasienten, samt fra pasienten til legevaktlokalet. Beskrevet for alle kommuner, samt etter størrelsen på kommunen (målt i antall innbyggere og areal)

	Ambulansetil pasient Gjennomsnitt (maks)	Pasient til legevaktlokale Gjennomsnitt (maks)
<i>Alle kommuner</i>	41 (120)	51 (180)
<i>Kommunestørrelse (innbyggere)</i>		
≤ 2 500 (n = 132)	45 (120)	60 (180)
2 501–5 000 (n = 108)	44 (110)	53 (120)
5 001–10 000 (n = 90)	40 (120)	46 (150)
10 001–20 000 (n = 58)	35 (120)	42 (120)
20 001–100 000 (n = 40)	33 (90)	41 (90)
> 100 000 (n = 5)	24 (30)	31 (45)
<i>Kommunestørrelse (areal)</i>		
< 200 km ² (n = 103)	27 (75)	31 (120)
201–500 km ² (n = 122)	40 (120)	48 (150)
501–1 000 km ² (n = 103)	44 (120)	55 (180)
> 1 000 km ² (n = 105)	52 (120)	67 (180)

Tabell 4 Andel kommuner (%) der alle fastleger deltar i legevakt, samt andel fastleger som deltar i, eller har fått formelt fritak for, legevakt. Beskrevet for alle kommuner, samt etter størrelsen på kommunen (målt i antall innbyggere og areal)

	Andel kommuner hvor samtlige fastleger deltar i legevakt (%)	Andel fastleger som deltar i legevakt (%)	Andel fastleger fritatt for legevakt (%)
<i>Alle kommuner (n = 433)</i>	47	72	20
<i>Kommunestørrelse (innbyggere)</i>			
≤ 2 500 (n = 132)	78	85	10
2 501–5 000 (n = 108)	60	87	14
5 001–10 000 (n = 90)	29	76	22
10 001–20 000 (n = 58)	8	72	24
20 001–100 000 (n = 40)	5	66	28
> 100 000 (n = 5)	0	66	11
<i>Kommunestørrelse (areal)</i>			
< 200 km ² (n = 103)	40	74	24
201–500 km ² (n = 122)	46	69	15
501–1 000 km ² (n = 103)	52	77	20
> 1 000 km ² (n = 105)	50	70	28

samme telefonhenvendelsen. To tredeler av kommunene dokumenterte henvendelsen i legejournalssystemet, fire av ti i et strukturert papirskjema, en tredel bruker i tillegg lydlogg, mens vel én av ti benyttet et spesielt elektronisk registreringsverktøy.

Transportmiddel

En firedel av kommunene hadde ikke egen ambulansebil tilgjengelig. Knapt halvparten hadde én ambulansebil, mens en av fire kommuner oppga to eller flere. Til sammenlikning hadde 11% av kommunene ambulansebil tilgjengelig. Bortsett fra en noe bedre tilgjengelighet av ambulanserbiler på dagtid i hverdagene, var det små forskjeller i tilgjengelighet av ambulanserbiler og -båter til ulike tider på døgnet og mellom hverdag og helg.

I forbindelse med utrykning brukte rundt regnet halvparten av vaktlegene oftest privatbil, en firedel benyttet ambulansen, mens bruk av legevaktbil, drosje eller båt forekom sjeldnere. Ved sykebesøk på legevakt brukte omtrent 70% av vaktlegene oftest eller alltid privatbil, 15% legevaktbil, mens drosje, båt eller ambulansebil sjelden ble brukt.

Kjøretid

Tabell 3 gir en oversikt over lengste kjøretid i kommunene fra ambulansestasjon til pasientens hjem, samt fra pasientens hjem til legevaktlokalet. Lengste gjennomsnittlige kjøretid i kommunene lå på om lag 45 minutter. I nær halvparten av landets kommuner kunne ambulansen nå alle pasienter innen en halv time, og i vel 90% av kommunene innen én time. I en tredel av kom-

munene kunne pasientene klare å komme seg til legevaktlokalet innen en halv time, og i vel 80 % av kommunene innen én time.

Fastlegenes deltakelse

Halvparten av landets kommuner opplyste at alle fastlegene deres deltok i legevaktarbeid (tab 4). I en tredel av kommunene deltok 75 % av fastlegene, mens i en av seks kommuner deltar 50 % eller færre. Andelen fastleger som deltok i legevakt var størst i kommuner med færrest innbyggere.

Diskusjon

Resultatene fra denne studien viser at det ved utgangen av 2005 var stor variasjon i måten legevaktjenesten i Norge var organisert på. Vi mottok utfylt spørreskjema fra alle landets kommuner, men svarprosenten varierte mye på ulike enkeltspørsmål. Årsaken til dette kan være at enkelte opplysninger bare i begrenset grad var registrert på kommunalt nivå. På tross av dette mener vi at undersøkelsen har dekket de fleste relevante forhold vedrørende organisering av legevakt i Norge.

De fleste kommunene deltok allerede i et interkommunalt legevaktsamarbeid, og dette var klart vanligst i de mindre kommunene. Det er argumentert for at slikt samarbeid gir en bedre kvalitet på tjenesten både når det gjelder bemanning, utstyr og sikkerhet, og at det har en positiv effekt på vaktbelastning og rekruttering til faget (9). Det arbeides fortsatt aktivt for at flere kommuner skal inngå i et interkommunalt samarbeid om legevaktjenesten selv om gjennomføringen av dette kanskje var kommet lenger enn mange hadde trodd på forhånd (6, 10). Det finnes imidlertid mange små interkommunale legevaktordninger, og noen kan trolig med fordel utvides til å gjelde enda flere kommuner. Andre kommuner vil på grunn av sin størrelse fortsatt kunne fungere godt alene, eller de kan ha problemer med å delta i et vakt samarbeid på en tilfredsstillende måte på grunn av geografiske eller andre forhold.

Vår studie har vist at alle fastlegene deltar i legevaktarbeid i halvparten av landets kommuner. Manglende deltakelse kan skyldes fritak på grunn av sykdom eller alder. Høyest andel av fastlegers deltakelse i legevakt fant vi i de minste kommunene. Grunnen til det kan være at leger i små kommuner føler at legevakt er en naturlig del av allmennlege-tjenesten, og at fritak for en lege fører til en klar og merkbar merbelastning for de andre. Enkelte legevaktsjefer ga som tilleggsopplysning at det har funnet sted en klar nedgang av antall fastleger som deltar i legevakten, og at de som gjør det, deltar i stadig mindre grad. Det er mulig at noen av respondentene ikke kunne si hvem som egentlig påtok seg vaktene, dvs. om fastlegen var den reelle vakthavende legen, selv om vedkommende fortsatt sto på vaktlistene. Fastlegers vakt deltakelse bør studeres nærmere og følges over tid. Ved Nasjonalt kompetanses-

ter for legevaktmedisin vil vi interessere oss spesielt for utviklingen på dette området.

Det er tankevekkende at bare et mindretall av kommunene opplyste om antall telefonhenvendelser. Dessuten manglet ofte dokumentasjon om antall kontakter på dagtid, fordi disse i stor grad ble tatt hånd om på fastlegekontorene. Det er lite tilfredsstillende at et så omfattende og viktig tilbud som legevaktjenesten nærmest står uten et nasjonalt statistikkgrunnlag for sentrale variabler som antall henvendelser og konsultasjoner. Det samme gjelder hvilke diagnoser som stilles og økonomien som er knyttet til tilbudet.

I en femdel av kommunene ble ikke alle telefonhenvendelsene til legevaktsentralen dokumentert. Dette gjaldt særlig i de mindre kommunene. Årsaken kan være mindre etablerte rutiner pga. færre antall henvendelser, og legevaktsentraler som betjenes ved siden av annet arbeid, f.eks. på sykehjem. Det er fremdeles langt frem til at alle legevaktsentraler har lydlogg av innkomne henvendelser.

I halvparten av landets kommuner kunne ambulansen bare nå knapt halvparten av alle innbyggere innen en halv time. Det skyldes trolig den spredte bosetningen i mange norske kommuner med innbyggere som bor langt utenfor kommunesentret. Vi ba om nøyaktige data for lengste kjøretid i kommunen. Dermed fikk vi ikke frem opplysninger om hvor stor andel av befolkningen som hadde en kortere transporttid enn dette. Ifølge veiledningen for akuttmedisinsk beredskap skal ambulansen på akutte oppdrag i grise-grendte strøk rekke 90 % av befolkningen innen 25 minutter (11). På den annen side oppfattes denne veiledende responstiden

uavhengig av ambulansedistriktenes bosetningstetthet.

Denne studien har gitt en oversikt over organisering og bemanning av legevaktsentraler og legevakter, tilgjengeligheten på transportmidler i distriktet og fastlegenes deltakelse i legevakt. Usikkerheten knyttet til antall henvendelser indikerer et behov for videre kartlegging og kvalitetsheving av hele tjenesten. For mange av de registrerte variablene vil det være av interesse å følge utviklingen over tid.

Litteratur

1. Lov om helsetjenesten i kommunene. 19.11.1982 nr. 66.
2. Lov om helsepersonell. 2.7.1999 nr. 64.
3. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. 18.3.2005 nr. 252.
4. Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeforsening. SFS 2305 for perioden 2004–2006. Oslo: Den norske lægeforsening, 2004.
5. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... NOU 1998; 9: 55–6.
6. Vil ha økt vekt på interkommunalt legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1807.
7. Smith A, Rogne P. Hvem er faglig ansvarlig for legevakten? Helsesrådet 2006; nr. 1. (www.unifob-helse.uib.no/admin2/Nyhetsbrevfiler/ukKdJgrk_13_nyhetsbrev%20nr%201-2006.pdf [2.9.2006].)
8. Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH. Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1339–42.
9. Rapport om utvikling av legevaktjenesten til interkommunale legevakter. Oslo: Den norske lægeforsening, 2005.
10. Statens helsetilsyn. Kommunal legevakt – Gjennomgang av tilsynsmyndighetenes funn i perioden 2001–2005, brev med rapport. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8298.aspx [4.9.2006].
11. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.

Manuskriptet ble mottatt 2.9. 2006 og godkjent 28.3. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.