

Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter

Sammendrag

Bakgrunn. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin foretok i perioden mellom oktober 2005 og februar 2006 den første nasjonale registrering av data knyttet til organiseringen av norske legevakter.

Materiale og metode. Et strukturert spørreskjema ble sendt til alle landets 433 kommuner. Spørsmålene gjaldt organisering, lokaler og rutiner ved legevaktene.

Resultater. Totalt 282 vertskommuner omfattet 262 legevaktdistrikter om kvelden og 230 legevaktdistrikter om nettene og i helgene. Tilsvarende var det 99 interkommunale legevaktordninger på kveldstid og 100 om natten og i helger. Flertallet av legevaktene var organisert med ett fast legekantor i vertskommunene. De fleste hadde samme tilbud, nær alle hadde laboratorium og et flertall et eget rom for kirurgiske inngrep. Det var noe variasjon med tanke på rutiner som opplæring, utsending av epikrise til fastleger, bruk av avvismeldinger, brukerundersøkelser og dokumentasjon av telefonhenvendelsene. Om lag halvparten av legevaktene hadde et system for opplæring av leger og annet helsepersonell. Halvparten av vaktlegene var tilgjengelig på helseradionettet.

Fortolkning. Legevakt lokalisert til et vanlig legekantor var den vanligste formen for organisering i vertskommunene. Forskjellene mellom helse-regionene og ulikhetene i forhold til størrelsen på vertskommunene gjaldt gjennomføring av brukerundersøkelser, plan for opplæring av annet helsepersonell, bruk av helseradio og avviksrapportering. Forskrift om intern kontroll i sosial- og helsetjenesten og forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus ble ikke fulgt opp i en del vertskommuner.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1334

Erik Zakariassen
erik.zakariassen@isf.uib.no

Jesper Blinkenberg

Elisabeth Holm Hansen

Tobias Nieber

Janecke Thesen

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Gunnar Tschudi Bondevik

Steinar Hunsbår

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

Kommunene fikk ansvar for organisering av legevakttjenesten i lov om helsetjenesten i kommunene i 1982 som ble gjort gjeldende fra 1.4. 1984 (1). Kommunene skal organisere legevakttjenesten, sørge for legedekning til vaktene, lokaler, utstyr og hjelpepersonell. Kommunehelsetjenesteloven setter ansvarskrav til profesjonalitet vedrørende organisering av legevakttjenesten. I dette ligger internkontroll av egen virksomhet som verktøy for kvalitetsarbeid. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten beskriver spesifikt hva som menes med internkontroll og hva den skal inneholde (2). Legevaktene i kommunene er definert som en del av den akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus. Krav til den kommunale legevaktordningen er definert i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (3).

Legevaktorganiseringen er et aktuelt diskusjonstema, både av politiske og faglige grunner. Legevaktens forutsetninger for god kvalitet i form av lokaler, utstyr og rutiner har vært mindre omtalt og lite undersøkt i forhold til eksempelvis vaktbelastning for fastleger. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjennomførte derfor en datainnsamling for å få dannet grunnlaget for et nasjonalt register med data fra legevakt. I denne artikkelen er det lagt vekt på data om geografisk plassering av legevaktene og rutiner som opplæring og utstyr. Slike forutsetninger kan ha stor betydning for pasientbehandlingen i et legevaktdistrikt. Første del av undersøkelsen med resultater på kommunenivå er også presentert i dette nummer av Tidsskriftet (4).

Materiale og metode

Et legevaktdistrikt er det geografiske området legevakten dekker på kveld, natt og helg,

og er uavhengig av om tjenesten er organisert som en kommunal eller interkommunal ordning. Vertskommunene er de kommuner i legevaktdistriktene som pasientene må reise til for å komme til legevaktlokalet. I et legevaktdistrikt med interkommunal legevaktordning kan flere kommuner dele på vertsoppgaven.

Ved hjelp av et strukturert spørreskjema med faste svaralternativer samlet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (5) i perioden oktober 2005 til februar 2006 inn data fra samtlige 433 kommuner i Norge (4). Alle vertskommunene skulle fylle ut den delen av skjemaet som inneholdt spørsmål om geografisk plassering av legevakten, lokaler, utstyr, opplæring av medarbeiderne og en del andre rutiner/karakteristika. Vi gjennomførte flere purrerunder. Dessuten ble utfyllende og oppklarende opplysninger innhentet per telefon og e-post fra den faglig ansvarlige for legevaktdistriktet.

Statistisk sentralbyrås kategorisering for befolkningsstørrelse og bosetningstetthet for kommuner er brukt. Kommuner med færre enn 5 000 innbyggere er definert som små, mellomstore kommuner hadde 5 000–19 999 innbyggere, mens kommuner med 20 000 eller flere innbyggere ble definert som store. Det var betydelige forskjeller mellom helseregionene mht. bosetningstetthet som var høyest i Helseregion Øst og lavest i Helseregion Midt-Norge og Helse-region Vest.

Alle data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 13.0 og er presentert som enkle frekvensanalyser. Sammenlikning av data mellom helseregionene og mellom kommuner av ulik størrelse ble analysert med bruk av khikvadrattest. Statistisk signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$. Undersøkelsen var godkjent av Datatilsynet.

Hovedbudskap

- Et fast, vanlig legekantor i kommunen er oftest brukt som legevaktlokaler i Norge
- Det er stor variasjon ved legevaktene, i form av opplæring av egne ansatte og avviksrapportering
- Det gjennomføres lite brukerundersøkelser og det er mangelfulle rutiner for bruk av helseradioen i flere vertskommuner

Tabell 1 Antall kommunale og interkommunale legevaktdistrikter etter helseregion

Helseregion	Ettermiddag og kveld Antall (%)			Natt og helg Antall (%)		
	Inter-kommunale	Kommunale	I alt	Inter-kommunale	Kommunale	I alt
Øst	27 [62]	16 [38]	43	24 [65]	13 [35]	37
Sør	22 [66]	11 [34]	33	21 [66]	11 [34]	32
Vest	20 [36]	35 [64]	55	20 [38]	32 [62]	52
Midt-Norge	20 [38]	33 [62]	53	20 [40]	31 [60]	51
Nord	10 [13]	66 [87]	76	15 [25]	45 [75]	60
Sum	99 [38]	161 [62]	260	100 [43]	132 [57]	232

Resultater

Dataene omfatter alle de 433 kommunene i Norge. Ved årsskiftet 2005/2006 var det 260 legevaktdistrikter på kveldstid, og av disse var 161 legevaktdistrikter (kommuner) utenfor en interkommunal ordning. Det var 232 legevaktdistrikter om natten og i helgene, hvorav 132 kommuner ikke var med i en interkommunal ordning. Til sammen hadde 282 kommuner status som vertskommune. Resultatene i denne artikkelen er basert på svar fra alle vertskommunene. Tabell 1 viser antall legevaktdistrikter etter helseregion og viser hvor mange av legevaktdistriktene som var kommunale eller interkommunale. Helseregion Sør hadde forholdsvis flest interkommunale legevaktordninger, mens Helseregion Nord hadde færrest.

Det var forskjell mellom helseregionene mht. beliggenhet og lokaler for legevakten (tab 2). I Helseregion Sør var over en tredel av legevakten samlokalisert med sykehus, mot fire av 65 i Helseregion Midt-Norge. Bruk av ulike legekontor på omgang var

vanligst på Vestlandet og i Midt-Norge, mens ti legevaktdistrikter i landet som helhet baserte seg utelukkende på kjørende leger. Nesten alle legevakten hadde nødvendige rom for virksomheten, men bare en tredel har soverom for legen. Også på dette området var det store forskjeller mellom helseregionene. Observasjonssenger for pasienter fantes ved en femdel av legevakten. Tabell 3 viser en del andre karakteristika og noen rutiner ved legevakten som ble registrert. Det var store forskjeller mellom helseregionene når det gjaldt plan for opplæring av annet helsepersonell, mens forskjellen var mindre for opplæring av leger.

Henvelender ble dokumentert i legejournalssystem i 227 (89 %) av vertskommunene, på strukturert papirskjema i 76 (30 %), i lydlogg 41 (16 %), og i AMIS (som er et dataverktøy for registrering av hendelser ved AMK-sentralen) i 15 (6 %). I dette tilfellet kom det svar fra mellom 249 og 255 vertskommuner.

Et gjennomsnittlig legevaktlokale hadde en størrelse på 181 m². Størrelsen varierte og var på 6–3 700 m². Det var i gjennomsnitt 18 119 innbyggere i legevaktdistriktene, med 444 i det minste og 529 846 i det største. Arealet på legevaktdistriktene var gjennomsnittlig 1 325 km² med et minimum på 11 km² og et maksimum på 11 035 km².

Små og store vertskommuner

Helseregion Nord har forholdsvis flest (56 av 75) små vertskommuner etter antall innbyggere. Store vertskommuner var i overvekt i Helseregion Sør og Øst, med henholdsvis 11 av 39 og ti av 38. Karakteristika fordelt etter størrelsen på vertskommunen ga flere signifikante forskjeller. Store vertskommuner hadde flest legevakter tilknyttet sykehus i motsetning til de små vertskommunene der det var flest legevakter tilknyttet et fast legekontor eller legesenter (tab 4).

Legevakt, sykehus og legevaktsentral var samlokalisert i 12 legevaktdistrikter. Der legevakten var samlokalisert med sykehus, skrev nesten alle vertskommunene avvismeldinger. Ved legevakter som var samlokalisert med en legevaktsentral, skrev 90 % avvismeldinger. Der man hadde andre organiseringsmodeller, varierte andelen som skrev avvismeldinger fra 38 % (kun kjørende lege) til 64 % (fast legekontor).

Halvparten av vertskommunene rapporterte at de alltid brukte helseradioen til å motta og kvittere for anrop ved lege-/ambulansealarm, men det var store forskjeller etter størrelsen på kommunen. I små og mellomstore vertskommuner var 58 % alltid tilknyttet helseradioen, mot 19 % i de store kommunene.

Tabell 2 Lokalisering og lokaliteter ved legevakten i 282 vertskommuner, etter helseregion. Andelen for lokalisering angir fordelingen mellom svaralternativene, og det var mulig å gi flere alternative svar. Andelen for lokaliteter angir bekreftede svar for hvert alternativ. P-verdien gir resultatet av khikvadrattest for forskjeller mellom helseregionene. Samlet antall svar varierte fra 253 til 260

	Totalt		Øst n = 38		Sør n = 39		Vest n = 62		Midt-Norge n=65		Nord n = 78		P-verdi
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	
Lokalisering													
Samlokalisert med sykehus	39	[15]	7	[18]	14	[36]	5	[8]	4	[6]	9	[12]	0,00
Felles med akuttmottak	9	[3]	3	[8]	0	[0]	2	[3]	0	[0]	4	[5]	0,15
Eget legevaktlokale uten legevaktsentral	21	[8]	0	[0]	2	[5]	7	[11]	6	[9]	6	[8]	0,29
Eget legevaktlokale med legevaktsentral	54	[21]	15	[40]	14	[36]	8	[13]	6	[9]	11	[14]	0,00
Fast legekontor/legesenter	120	[46]	12	[32]	9	[23]	27	[44]	32	[49]	40	[51]	0,01
Varierende legekontor	59	[23]	7	[18]	6	[15]	18	[30]	16	[25]	12	[15]	0,28
Kun kjørende lege	10	[4]	1	[3]	1	[3]	2	[3]	2	[3]	4	[5]	0,93
Lokaliteter													
Venterom	251	[98]	37	[97]	34	[87]	56	[90]	58	[89]	66	[85]	0,75
Laboratorium	235	[93]	34	[89]	29	[74]	54	[87]	56	[86]	62	[79]	0,37
Kirurgirom	220	[87]	34	[89]	30	[77]	49	[79]	52	[80]	55	[71]	0,56
Soverom for leger	82	[32]	23	[60]	17	[44]	17	[27]	14	[22]	11	[14]	0,00
Handikapatkomst	246	[97]	37	[97]	34	[87]	54	[87]	59	[91]	62	[79]	0,06
Ambulanseinngang	198	[78]	28	[74]	29	[74]	36	[58]	53	[82]	52	[67]	0,09
Observasjonssenger	46	[18]	6	[16]	10	[26]	7	[11]	3	[5]	20	[26]	0,01

Diskusjon

På grunnlag av data fra alle landets vertskommuner beskriver denne studien rutiner, lokalisering og utstyr i legevaktdistriktene og -lokalene. Vi fant forskjeller for flere viktige variabler både mellom helseregionene og etter kommunestørrelsen. Dette gjaldt bl.a. plan for opplæring av helsepersonell, bruk av helseradio og avviksrapportering. Deler av forskriftene om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og om akuttmedisin utenfor sykehus ble ikke fulgt opp i mange vertskommuner. Dette skyldes for eksempel at brukerundersøkelser ble gjennomført i liten grad, og at bare halvparten av kommunene oppga at legene i vakt alltid var i beredskap via helseradioen.

Studien baserte seg på svar fra alle vertskommuner, noe som gjør representativiteten og funnene fullstendige. Datagrunnlaget var svaret som den ansvarlige for vertskommunen hadde avgitt, og validiteten av enkelte opplysninger kan derfor være usikker. Svarprosenten varierte for enkelte av spørsmålene, men for storparten av presenterte data var den svært god.

Det forelå mange ulike løsninger på hvor legevaktlokalene var plassert. Den største gruppen hadde legevaktlokalet på et «fast legekantor». Ordningen med vaktleger som kun kjører hjem til pasientene og legevakt som var felles med akuttmottak ved sykehus, forekom sjelden. Den første modellen kjennetegner situasjonen slik den var de fleste steder før, mens den siste bør utprøves og evalueres mer før den kan anbefales som en ønsket løsning. De aller fleste legevaktlokalene hadde tilgang til samme type rom og utstyr. Flertallet av de store vertskommuner

nene hadde knyttet legevakten til et sykehus. Dette kan være en hensiktsmessig modell der legevaktdistriktene geografisk sett er små, men samtidig har høy befolkningstetthet og sykehus i distriktet. Det gir kort vei til legevakten for de fleste innbyggerne i legevaktdistriktet. I tillegg medfører en slik situasjon stor pasientpågang, og kort avstand – og dessuten lettere tilgang – til flere av sykehusets ressurser. En annen positiv effekt er at helseforetakenes ambulansetjeneste får redusert belastning ved transportoppdrag mellom legevakt og sykehus.

I legevaktdistrikt der forholdet mellom geografisk areal og innbyggere gir lav befolkningstetthet og lange avstander, som i Helseregion Nord, er trolig andre ordninger mer hensiktsmessige. Likevel hadde Helseregion Nord prosentvis flere legevakter samlokalisert med sykehus sammenliknet med Helseregion Vest og Helseregion Midt-Norge. Dette kan delvis forklares med at Helseregion Nord har høyere bosetningstetthet enn både Helseregion Midt-Norge og Helseregion Vest, befolkningen bor i tettstedene. Samtidig hadde de både tallmessig og prosentvis flest legevakter knyttet til et fast legekantor, noe som gjenspeiler det høye antallet kommunale legevaktordninger.

Halvparten av vertskommunene oppga at de hadde en plan for opplæring av leger og annet helsepersonell. Vi spurte ikke om innholdet i opplæringen, og vet dermed ikke om den for eksempel er rettet mot administrative rutiner eller legger mest vekt på øving i akuttmedisin. Det kan stilles spørsmål ved hvordan nytilsatte, vikarleger eller annet personell mestrer arbeidet på de legevaktene der opplæring ikke er satt i system.

Forskrift om internkontroll påpeker at ansvarlig for virksomheten skal sørge for tilstrekkelig kunnskap blant sine arbeidstakere (2).

I nær alle vertskommuner ble henvendelser til legevakten alltid eller som oftest dokumentert. Flertallet dokumenterte henvendelsen i legejournalssystemet. Vertskommunene kunne likevel ikke gi fyllestgjørende svar angående antall henvendelser til legevakten i løpet av et år. Dette kan tyde på at det enten ikke er mulig å få ut statistikk fra dokumentasjonen, eller at dette ikke blir gjort som en del av en rutinemessig kvalitetssikring. Det er en stor mangel ved legevaktjenesten at det ikke finnes landsdekkende statistikk over henvendelser og bruksmønster for legevaktjenesten. Ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har vi nå startet et monitoreringsprosjekt basert på et representativt utvalg av sju legevaktdistrikter med i alt 18 kommuner og en populasjon på rundt 200 000 personer. Datainnsamlingen skal også fremskaffe gyldige data angående hastegraden ved henvendelser, det vil si å kartlegge øyeblikkelig hjelp i motsetning til konsultasjoner med lav hastegrad som fastlegen kan ta hånd om på dagtid.

Over 80 % av vertskommunene tildeler time til konsultasjon i forbindelse med legevakt. De små og mellomstore vertskommunene gjorde dette vanligvis. Brügger & Jøsendal hevder at i en kommune som Radøy med under 5 000 innbyggere, var de fleste henvendelsene til legevakten ikke av akuttmedisinsk karakter. Det vil si at legene stort sett drev med ordinær allmennmedisin med lav hastegrad under legevakt (6). Under 40 % av vertskommunene ga pasientene en priori-

Tabell 3 Noen karakteristika vedrørende opplæring og drift ved legevaktene i 282 vertskommuner, etter helseregion. P-verdien angir resultatet av khikvadrattest for forskjeller mellom helseregionene. Antall svar på de enkelte spørsmålene varierte mellom 239 og 257, bortsett fra prioriteringsgrad, der det ble gitt 105 svar

	Totalt	Øst n = 38	Sør n = 39	Vest n = 62	Midt-Norge n = 65	Nord n = 78	P-verdi
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Opplæring</i>							
Plan for opplæring av leger	127 (50)	19 (50)	13 (33)	29 (47)	32 (49)	34 (44)	0,78
Plan for opplæring av annet helsepersonell	117 (47)	24 (63)	20 (51)	25 (40)	23 (35)	25 (32)	0,04
Samtrening med AMK	80 (32)	6 (16)	10 (26)	21 (34)	20 (31)	23 (29)	0,31
Samtrening med ambulanse	143 (60)	10 (26)	19 (49)	33 (53)	35 (54)	46 (59)	0,00
<i>Andre karakteristika</i>							
Medlem av NOKLUS	169 (70)	22 (58)	22 (56)	34 (55)	39 (60)	52 (66)	0,13
Skriver avviksmeldinger	167 (67)	26 (68)	27 (69)	34 (55)	34 (52)	46 (59)	0,24
Rutiner for epikrise til fastlege	162 (64)	26 (68)	23 (58)	34 (55)	40 (62)	39 (50)	0,44
Blir pasienten tildelt time	206 (82)	26 (68)	27 (69)	50 (81)	47 (72)	56 (71)	0,40
Har utført måling av telefontrafikk	60 (25)	12 (32)	4 (10)	14 (23)	15 (23)	15 (19)	0,40
Har utført brukerundersøkelse	53 (21)	7 (18)	17 (43)	10 (16)	8 (12)	11 (14)	0,00
Gir prioriteringsgrad ved ankomst	95 (38)	15 (39)	18 (46)	15 (24)	22 (34)	25 (32)	0,21
Informasjon om prioriteringsgrad til pasienten	61 (58)	8 (21)	13 (33)	8 (13)	12 (18)	20 (26)	0,20
Defibrillator med ved utrykning	118 (46)	13 (34)	8 (21)	29 (47)	34 (52)	34 (44)	0,02
Eget røntgenutstyr	26 (10)	5 (13)	5 (13)	1 (2)	4 (6)	11 (14)	0,07

Tabell 4 Karakteristika for norske legevakter fordelt etter størrelse på vertskommuner (N = 282). P-verdien angir resultatet av khikvadrattest for forskjeller mellom kommunestørrelsene. Antall svar varierte mellom 239 og 260 på de enkelte spørsmålene

	Totalt [%]	Små n = 140 [%]	Mellom- store n = 106 [%]	Store n = 36 [%]	P-verdi
<i>Lokalisering</i>					
Samlokalisering med sykehus	15	2	19	44	0,00
Felles med akuttmottak	3	1	3	8	0,12
Eget legevaktlokale uten legevaktsentral	8	7	11	3	0,17
Eget legevaktlokale med legevaktsentral	20	7	22	58	0,00
Fast legekantor/legesenter	46	54	40	8	0,00
Varierende legekantor	23	26	22	0	0,00
Kun kjørende lege	4	5	3	0	0,24
<i>Andre karakteristika</i>					
Plan for opplæring av leger	50	40	47	58	0,43
Plan for opplæring av annet helsepersonell	47	22	52	86	0,00
Samtrening med AMK	32	31	26	25	0,29
Samtrening med ambulanse	60	56	52	28	0,00
Medlem av NOKLUS	70	60	55	75	0,02
Skrives avviksmeldinger	67	47	62	97	0,00
Rutiner for epikrise til fastlegen	64	56	54	75	0,10
Blir pasienten tildelt time	82	73	80	53	0,00
Har utført måling av telefontrafikk	25	17	24	31	0,42
Har utført brukerundersøkelse	21	9	19	58	0,00
Gir prioriteringsgrad ved ankomst	38	24	36	64	0,00
Informasjon om prioriteringsgrad til pasienten	25	17	22	39	0,03
Defibrillator med på utrykning	46	52	39	11	0,00
Eget røntgenutstyr	10	13	5	8	0,05

teringsgrad ved ankomst til legevakten. De store vertskommunene med antatt størst pågang og kanskje direkte adgang til legevakten, foretok i større grad en prioritering av pasientene ved ankomst.

70 % av vertskommunene rapporterte at de var medlem av Noklus. Til sammenlikning deltok nesten alle landets legekantorer (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) med eget laboratorium, i Noklus i 2005 (7). Dersom et legekantor er medlem av Noklus på dagtid, har ikke nødvendigvis legevakten de samme rutiner for kvalitetssikring gjennom Noklus på kveld, natt eller helg hvis det er et annet personale som benytter legekantoret til legevakt.

Sosial- og helsedirektoratet har ment at brukerundersøkelser kan gi kommunene data om både kvalitet, kvantitet og befolkningens opplevelse av helsetjenesten og at slik kartlegging av pasientenes erfaring i større grad bør brukes som måleinstrument og rettesnor (8). I Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester påpekes det at virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av tjenesten (2). Brukerundersøkelser kan være ett av flere verktøy for innhenting av erfaringer, men er i liten grad integrert i legevakt-

tjenesten. I Helseregion Sør hadde riktignok halvparten av alle vertskommunene gjennomført brukerundersøkelse, og dette var dobbelt så mye som i noen av de andre helseregionene. Det var stort sett store vertskommuner som hadde gjennomført brukerundersøkelser.

To tredeler av vertskommunene skrev avviksmeldinger. Dette er positivt dersom meldingene blir brukt konstruktivt til å bedre kvaliteten av legevakten. Flertallet av vertskommunene som skrev avviksmeldinger, var tilknyttet legevaktsentraler og sykehus. Det er mulig disse vertskommunene er under påvirkning av allerede eksisterende kvalitetssikringskrav fra andre og større grupperinger.

I Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus defineres medisinsk nødmeldetjeneste og kommunenes ansvar vedrørende nødmeldetjenesten og kommunikasjonsutstyret som benyttes (3). Det er et krav at kommunene har utstyr som er tilgjengelig og at det skal være kommunikasjonsberedskap. Ifølge denne undersøkelsen oppfylte om lag halvparten av vertskommunene ikke alltid kravet om kommunikasjonsberedskap. Mange leger på vakt var ikke til en hver tid tilgjengelige i helse-

radionettet, og de responderte ikke alltid på alarmer sendt fra AMK- eller legevaktsentralen.

Oppsummert har denne undersøkelsen vist at det er både likheter og ulikheter innen organiseringen av legevaktene i Norge. Det var stort sett likheter når det gjaldt lokaler og utstyr ved legevaktene. Det var noen flere ulikheter mht. lokalisering av legevakten, selv om et fast legekantor var vanligst. Det er også forskjeller i en del rutiner mellom helseregionene og i forhold til kommunestørrelsen. Det var vanligere å skrive avviksmeldinger i store vertskommuner, mens bruk av helseradio var vanligst i små vertskommuner. Mange kommuner fulgte ikke opp alle deler av de forskrifter som de er lovpålagt.

Litteratur

1. Lov om helsetjenesten i kommunene. www.lovdata.no (4.10.2006).
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. www.lovdata.no (4.10.2006).
3. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. www.lovdata.no (4.10.2006).
4. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT et al. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1335–8.
5. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. www.legevaktmedisin.no (4.10.2006).
6. Brügger EA, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
7. Noklus årsrapport 2005. www.uib.no/isf/noklus/rapport/2005/arsrapport.pdf (4.10.2006).
8. Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-13_2003_4166a.pdf (4.10.2006).

Manuskriptet ble mottatt 27.10. 2006 og godkjent 28.3. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.