

Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen

Sammendrag

Bakgrunn. Hensikten med studien var å bedre innsikten i hva som påvirker innbyggernes bruk av legevakt i en bykommune. Vi analyserte endringer i stavangerbefolkningens bruk av legevakt fra 1989 til 2002, og vurderte også om innføringen av fastlegeordningen har hatt betydning for legevaktsøkningen.

Materiale og metode. Endringer i antall konsultasjoner og sykebesøk fra kl 16 til kl 23 hver dag sju dager i uken ble sammenholdt med endringer i driftsforutsetninger for legevakten og for legetjenesten på dagtid.

Resultater. Konsultasjons- og sykebesøksraten steg hvert år fra 1989 til 1997, med unntak for 1994. Absolutt økning i andelen av befolkningen som søkte legevakten, var på 4,6 % (20 % relativ økning). Fra 1997 til 2002 var det en jevn absolutt nedgang i konsultasjons- og sykebesøksraten på 5,3 % (19 % relativ reduksjon). I 1989 omfattet sykebesøkene 25 % av alle møter mellom lege og pasient, mot 11 % i 2002. Vi sammenliknet de første 17 månedene etter innføringen av fastlegeordningen med en tilsvarende lang periode før innføringen. Antall konsultasjoner og sykebesøk på kveldstid i befolkningen viste en absolutt reduksjon med 2,2 % (1,7–2,6), som tilsvarer en 10 % relativ nedgang.

Fortolkning. 20 % variasjon i legevakt-søking i løpet av få år må bety at ordningen brukes til mer enn akutt nødvendig helsehjelp. Legenes muligheter og vilje til å tilby god tilgjengelighet på dagtid er sentrale premisser for omfanget på denne delen av legevaktarbeidet. Det kan se ut til at både leger og innbyggere har tilpasset seg fastlegereformen og foretrekker at flere problemer løses hos fastlegen enn ved legevakten.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ivar Halvorsen

ihalv@broadpark.no
Stavanger kommune
Postboks 8001
4068 Stavanger

Eivind Meland Anders Bærheim

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Legevaktstjenesten i Norge er i første rekke ment å dekke befolkningens behov for øyeblikkelig helsehjelp til ulike tider på døgnet (1). Med øyeblikkelig hjelp menes «den helsehjelp som helsetjenesten eller en helsearbeider er pliktig til å yte uten opphold eller snarest når det etter de foreliggende opplysninger må antas at det er påtrengende nødvendig» (2). En stor del av legevaktarbeidet tilfredsstiller neppe en så streng definisjon. Befolkningens og legenes oppfatning av hva det er rimelig å bruke vaktstjenesten til, vil også variere med en rekke lokale forhold.

Innsikten i hvilke mekanismer som påvirker variasjonen i legevaktbruken har inntil nylig vært basert på skjønn og personlige erfaringer, og i mindre grad på en mer systematisk gjennomgang. Evalueringen av fastlegeordningen har gitt noe ny innsikt. Antall konsultasjoner og sykebesøk på legevakt ser ut til å variere betydelig. For eksempel kan summen av konsultasjoner og sykebesøk i samme geografiske område variere med et forholdstall på 2 (3). Forholdet mellom sykebesøk og konsultasjoner i vaktarbeidet varierer også mye mellom ulike områder, bl.a. fra 1:1 samlet for 15 kommuner i Vest-Agder til 1:13 i Skien (4, 5). Kommunestørrelsen har dessuten en viss betydning, med høyere legevaktbruk og flere sykebesøk i mindre kommuner (3–5).

I Skien og Siljan legevaktstriktdistrikt fant man klare forskjeller i innbyggernes kultur for bruk av legevakt, kun avhengig av hvilket legesenter fastlegen arbeidet ved (5). I Bergen hadde tre av fire pasienter ikke gjort noe forsøk på å kontakte fastlegen før legevaktbesøk (6). Men rundt halvparten hadde gjerne ventet en dag dersom de da var sikret time hos fastlegen, og 84 % visste hvem fastlegen deres var. I en annen undersøkelse hadde 43 % av pasientene i Fredrikstad og 47 % av pasientene i Tromsø forsøkt å kontakte lege på dagtid samme dag som de oppsøkte legevakten (7).

I perioden for vår studie i Stavanger betjente legevakten ca. 110 000 innbyggere. På dagtid ivaretas akuttmedisinen av fastlegene og av 1–2 fast ansatte leger på legevakten. På kveldstid er tre leger på vakt, hvorav en kjører sykebesøk. En lege er alene om å dekke natten. Legevaktdistriktet er preget av korte avstander og god ambulansedekning. På den stasjonære legevakten møter pasientene direkte opp, blir registrert og prioritert, og venter på tur. Vaktstående lege eller sykepleier har dermed ikke mulighet til å gi råd for enkle problemer i telefon, noe som er vanlig i andre vaktordninger. En slik organisering fører til kødanning, med mindre det er overkapasitet i systemet (8). Ventetiden varierer fra rundt 30 minutter til flere timer der det ikke kreves øyeblikkelig innsats.

Formålet med denne studien var å øke innsikten i hvilke forhold som påvirker bruk av legevakten i en bykommune. Gjennom beskrivelse og analyse av endringer i stavangerbefolkningens bruk av legevakten i perioden 1989–2002 ønsket vi spesielt å studere om innføringen av fastlegeordningen har hatt betydning for legevaktsøkningen. Vår hypotese var at organiseringen av allmennlegetjenesten på dagtid påvirker legesøkningen på kveldstid.

Materiale og metode

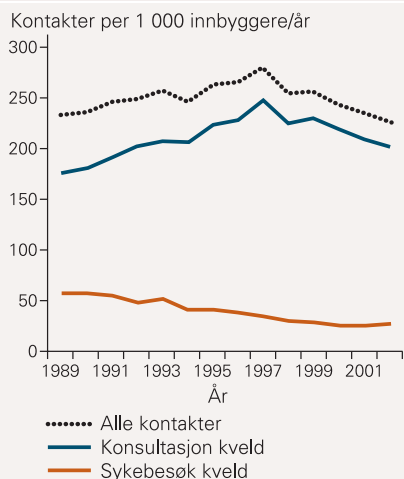
Stavanger legevakt har siden 1986 systematisk registrert alle typer kontakter gjennom hele døgnet. Vi valgte å bruke alle registrerte konsultasjoner og sykebesøk fra kl 16–23 alle ukedager i perioden 1989–2002. Alle tall er angitt per 1 000 innbyggere for hvert enkelt år ut fra folketallet ved årets begynnelse. For å fange opp en mulig effekt av innføringen av fastlegeordningen 1.6. 2001 sammenliknet vi bruksraten for de første 17 månedene etter oppstarten (juni 2001–oktober 2002) med en tilsvarende lang periode før dette fant sted (juni 1999–oktober 2000).



Hovedbudskap

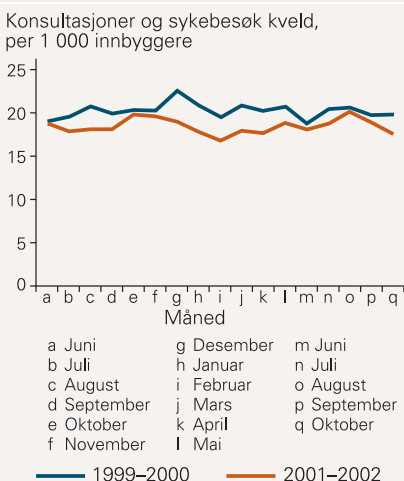
- Legevaktssystemet brukes til mer enn påtrengende nødvendig helsehjelp, som er utgangspunktet for tjenesten
- God tilgjengelighet til fast lege på dagtid reduserer bruken av legevakt
- Både leger og innbyggere har tilpasset seg fastlegereformen – fastlegen foretrekkes fremfor legevakten

Figur 1



Konsultasjoner og sykebesøk i Stavanger på kveldstid (kl 16–23) per 1 000 innbyggere 1989–2001

Figur 2



Konsultasjoner og sykebesøk i Stavanger på kveldstid (kl 16–23) per 1 000 innbyggere i månedsrater før og etter innføring av fastlegeordningen

år fra 1989 til 1997. 1997–2002 var det en jevn nedgang. I 2000 var den årlige raten 227 konsultasjoner/sykebesøk per 1 000 innbyggere. Det var lavere enn raten på 233/1 000 for året 1989 og langt lavere enn 279/1 000 i toppåret 1997.

Vi fant en absolutt økning i konsultasjons- og sykebesøksraten fra 1987 til 1997 på 4,6 % (99 % KI 4,1–5,1), som tilsvarer en 20 % relativ økning. Fra 1997 til 2002 var det til sammenlikning en jevn absolutt nedgang i raten med 5,3 % (4,8–5,7), eller 19 % relativ reduksjon. Størst endring fra et år til det neste så vi fra 1997 til 1998. Da var det en absolutt nedgang på 2,4 % (1,9–2,9).

I løpet av hele perioden har fordelingen mellom sykebesøk og konsultasjoner på legevakten endret seg. Mens sykebesøkene i 1989 utgjorde 25 % av alle møter mellom lege og pasient, hadde dette sunket til 11 % i 2002.

Konsultasjons- og sykebesøksraten i løpet av de første 17 månedene etter innføringen av fastlegeordningen (juni 2001–oktober 2002) viste et absolutt fall på 2,2 % (1,7–2,6) sammenliknet med den tilsvarende perioden før ordningen trådte i kraft (juni 1999–oktober 2000), noe som tilsvarer en 10 % relativ nedgang. Figur 2 fremstiller månedlige rater og viser at antall kontakter med lege var gjennomgående lavere i perioden etter innføringen av fastlegeordningen.

Endringene i legevaktsøkningen holdes opp mot organisatoriske endringer i tabell 1. Opprettelsen av seks nye legestillinger i mars 1994 medførte ingen reduksjon i legevaktpågangen det året. Den store nedgangen i legevaktsøkningen etter 1997 falt sammen med at 20 leger gikk over fra fastlønn til avtaledrift. På den annen side medførte åpningen av et meget attraktivt legevaktkbygd i august 1998 ingen økning i antall henvendelser. Etter 1999 er innføringen av fastlegeordningen og opprettelse av sju nye årsverk de mest sentrale hendelsene. Disse falt sammen med en jevn nedgang i legevaktsøkningen. I den samme perioden åpnet Forusakutten med et ganske beskjedent tilbud i privat regi på kveldstid.

Diskusjon

Vårt hovedfunn er at det i løpet av perioden 1989–2002 har skjedd store endringer i måten befolkningen i Stavanger benytter legevakten på. Endringene samvarierer først og fremst med konkrete, større endringer i allmennlegekapasiteten på dagtid. En moderat kapasitetsøkning hos mange leger ser ut til å ha større betydning enn økning i antall stillinger.

Mange innbyggere i vaktområdet gir høy sikkerhet mot at endringene i legevaktkontakten representerer tilfeldige svingninger. Det samme gjelder vår bruk av 99 % konfidensintervall. Tendensene i vårt tallmateriale er også entydige og konsistente fra år til år. Opprettelse av mange nye legestillinger på én gang og endret driftsform for et stort antall leger gir et bra tallgrunnlag for vurderin-

gene. Rundt regnet var en av tre legevaktleger ansatt ved sykehuset. Dette tallet har holdt seg noenlunde stabilt i mange år. Dessuten har leger på vakt i liten grad fått legge føringer for omfanget av legevakttjenesten.

Etableringen av det helt private legetilbudet Forusakutten i november 1998 utgjør en viss usikkerhet, fordi det kan ha redusert pågangen ved legevakten med 3–5 pasienter per kveld og noe mindre etter innføringen av fastlegeordningen (A. Kaisen, personlig meddelelse). Forusakutten kan forklare noe av nedgangen i legevaktsøkningen, men ikke hele den jevne årlige nedgangen fra 1997 til 2002.

Både strukturelle og konseptuelle forhold kan påvirke arbeidsdelingen mellom allmennlegene og legevakten. De strukturelle forholdene dreier seg om de faktiske mulighetene både fastlege og legevakt har til å betjene dem som trenger ulike typer hjelp. Konseptuelle forhold omfatter bl.a. forståelsen i befolkningen og hos legene av hva som er en fornuftig arbeidsdeling.

Strukturelle forhold

Det har ikke vært strukturelle endringer ved legevakten i perioden. Det innebærer at vaktordningen og systemene for faglig vurdering og siling av henvendelsene har vært de samme. Den jevne økningen i legevaktkontakten fra 1989 til 1997 kan forklares med at et økende antall pasienter måtte finne andre løsningsmåter når de ikke nådde frem hos en allmennlege på dagtid. Flere allmennlegestillinger hadde i denne forbindelse kun kortvarig eller ingen effekt (fig 1).

Fra januar 1998 gikk 20 leger over fra fastlønn til driftsavtale med kommunen. Sammenliknet med 1997 sank antall legevaktkonsultasjoner på kveldstid med 8,7 %. Dette var den mest markante nedgangen for noe enkeltår. Bjørndal og medarbeidere fant at kommunalt ansatte leger og leger med driftsavtale arbeider nokså likt, men at leger med driftsavtaler fyller arbeidsdagen sin med flere konsultasjoner (10). Endret driftskonsept har trolig fungert som en stimulans for legene til å gjøre seg mer tilgjengelig på dagtid og til å øke effektiviteten noe.

Ved innføringen av fastlegeordningen ble legetjenesten styrket med sju nye stillinger. Disse legene fikk straks en praksisstørrelse på linje med de etablerte legene, som fikk en tilsvarende avlastning i sin arbeidsbyrde. Legenes faktiske mulighet for å ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp til egne listepasienter ble dermed bedre. Dette mener vi er den viktigste forklaringen på nedgangen på 10 % i legevaktsøkningen de 17 første månedene etter at fastlegeordningen trådte i kraft.

Både overgangen til driftsavtale og innføringen av fastlegeordningen representerte betydelige strukturendringer i form av en moderat, men tydelig kapasitetsøkning hos et stort antall leger. Denne formen for endring ser ut til å bety mer enn økt antall stillinger.

Markerte endringer i driftsforutsetninger knyttet til legevakten og legetjenesten på dagtid er sammenholdt med endringer i legevaktsøkning. De viktigste endringene i perioden er gjengitt i tabell 1 og beskrevet i resultat- og diskusjonsdelene.

Programvaren Confidence Interval Analysis (CIA), versjon 2.0 er brukt (9). Endringene i legevaktkontakten er angitt som absolutt oppgang eller nedgang i prosentvis andel av byens befolkning som konsulterte eller fikk sykebesøk fra legevakten. Forskjeller i konsultasjonsrater er gitt som forskjell mellom proporsjoner med 99 % konfidensintervall.

Resultater

Figur 1 viser at konsultasjons- og sykebesøksraten på kveldstid (kl 16–23) steg hvert

Tabell 1 Betydningsfulle endringer i legevakttjenesten og det primærmedisinske tilbudet i Stavanger i perioden 1986–2002

<i>Endret kapasitet</i>	
Nye legehjemler	6 fastlønnede legestillinger mars 1994 4 fastlønnede stillinger i 1997 6 nye driftsavtaler i januar, 1 ny driftsavtale i juni 2001
Ny driftsform	Overgang fra fastlønn til driftstilskudd, 20 leger, januar 1998
Alternativt tilbud	Forusakutten åpnet 1998, åpent fra kl 16–20 på hverdager. 4–5 legevaktkonsultasjoner/kveld
<i>Legevaktens profil</i>	
Nytt, attraktivt bygg	August 1998
Informasjon til publikum	Publikumsbrosjyre mai 1999
<i>Innføring av fastlegeordningen</i>	Juni 2001

En konsekvens av dette vil være at hvis arbeidsmengden knyttet til en gitt listelengde øker over tid, vil fastlegene igjen få redusert sine faktiske muligheter til å tilby øyeblikkelig hjelp på dagtid. En økning i bruk av legevakt kan derfor være et signal på økende belastning hos fastlegene.

Konseptuelle forhold

Slike forhold må vurderes med større grad av skjønn. All legevaktvirksomhet er avhengig av en allianse mellom befolkningen og legene. Det innebærer en felles forståelse av hva vaktssystemet skal brukes til. Små endringer i holdning kan gi store utslag over tid. Sett fra innbyggerens side blir spørsmålet: Hvor får jeg hjelp for dette problemet? Og sett fra allmennlegens side: Hvilket ansvar har jeg på dagtid og hva må til for at jeg kan ivareta det?

Fra året 2000 sank legevaktøkningen fortsatt jevnt gjennom resten av registre-

ringsperioden. En forklaring kan være at fokus på det forestående valget av fastlege økte legenes og innbyggernes bevissthet om betydningen av å bruke samme lege på en annen og mer forpliktende måte enn før. Dette kan ha påvirket og endret atferden til begge parter. Fra Skien og Siljan kjenner vi til at legenes kultur for å være tilgjengelig varierer betydelig (5). Vi vet også at omkring halvparten av dem som søkte legevakten i Bergen, Fredrikstad og Tromsø, helst ville brukt fastlegen til det man kontaktet legevakten for (6, 7).

Konklusjon

Vi betrakter en 20 % variasjon i årlig legevaktøkning som uttrykk for at ordningen brukes til mer enn øyeblikkelig hjelp. En velorganisert legepraksis på dagtid er det mest sentrale premiss for omfanget av legevaktarbeidet utenom ordinær arbeidstid. En understrekning av legevaktens oppgave som

nødhjelp har sannsynligvis langt sterkere gjennomslagskraft når forholdene er lagt til rette for at pasienten får løst sitt problem hos egen lege.

Vi takker Norges forskningsråd, Program for forskningsmessig evaluering av fastlegeordningen som finansierte et stipend til dette prosjektet.

Litteratur

1. Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og § 1-3, annet ledd nr. 1.
2. Ot.prp. nr. 99 (1998–1999) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (Fastlegeordningen).
3. Brügger EAU, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
4. Steen TW, Jørgensen JE, Birkeland GL et al. Legevakt i Vest-Agder. En kartleggingsundersøkelse i 15 kommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2976–9.
5. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508–9.
6. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365–6.
7. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1327–9.
8. Waaler HT, Iversen T. Køer som resultat av statistiske tilfældigheter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4742–5.
9. Altman DG, Machin D, Bryant TN et al. Statistics with confidence. 2. utg. London: BMJ Books, 2000.
10. Bjørndal A, Arntzen E, Johansen A. Salaried and fee-for-service general practitioners: is there a difference in patient turnover. Scand J Prim Health Care 1994; 12: 209–13.

Manuskriptet ble mottatt 27.9. 2005 og godkjent 21.9. 2006. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.