

**Hvordan har fastlegeordningen påvirket
legevaktsøkningen
og
hvorfor velger noen pasienter å oppsøke
legevakten fremfor fastlegen?**

Et litteraturstudium



Stud. med. Julie Dahl Ørstavik
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
2009

FORORD

Denne oppgaven ville ikke blitt til uten inspirasjon og hjelp fra min veileder, Per Hjortdahl. Det var han som først fikk meg interessert i legevakten som en samhandlingsarena, og videre peilet meg inn på legevaktens funksjon og rolle i samspillet mellom fastlege, annenlinjetjenesten og pasient. Han klarte å balansere mellom å forvente mye av meg og la meg arbeide selvstendig, samtidig som han ledet meg og dyttet meg i riktig retning når jeg sto fast. Prosessen har vært spennende og lærerik, og jeg takker ham for at han gav meg muligheten til å arbeide med noe jeg virkelig interesserte meg for. Uten hans veiledning og støtte ville jeg heller ikke klart å motivere meg eller arbeide så systematisk mot ett mål – og forskningsspørsmål – som det jeg har gjort.

Jeg vil også takke Sven Eirik Ruud, som lot meg låne data fra hans pågående prosjekt ved legevakten i Oslo. Tallene han har skaffet er unike i norsk sammenheng og gjorde det lettere for meg å argumentere for min sak. Jeg ser frem til det videre arbeidet han skal gjøre med å fremskaffe data om legevakthenvendelser til Oslo Legevakt, noe jeg mener er nyttig og etterspurt informasjon.

Julie Dahl Ørstavik

Oslo, 19. juni 2009

ABSTRACT

Background

In 2001, Norwegian primary care physicians started working with personal patient lists after the introduction of “fastlegeordningen”. One of several targets was to reduce the number of patients in the out-of-hour emergency medical service. In Norway, the local municipalities are responsible providing their inhabitants with 24-hours emergency medical service. This is done by organizing a so called ”legevakt”, where the local primary care physicians work in rotation to ensure that there’s always someone available for emergency calls when out of normal working hours. The districts of the out-of-hour service are organized differently throughout the country, and they are a numerous and heterogeneous group.

Material and methods

In my literature study, I have mainly focused on the correlation and differences in patient contacts to primary care physicians and the emergency primary health care. By analyzing eight articles from different districts in Norway in the last decade, I studied how the introduction of patient lists (“fastlegeordningen”) in 2001 affected the number of patient contacts in the emergency medical service. Also, I tried to find what reasons make patients seek the emergency primary health care services instead of their own primary care physician.

Results

After the introduction of patient lists in 2001, there was no large scale reduction in the total number of patient contacts in the emergency health care. A total of three studies had tried to see if any effects could be found. Although some districts experienced reduced number of patient contacts to their emergency primary care service, it was not always that the reductions came as an immediate response to the introduction of “fastlegeordningen”. In Stavanger, the reductions were found to be part of larger trends with increasing availability in the primary health care service. In a study from Rådøy however, a significant reduction in contacts to the emergency service was found immediately after introducing patient lists. In other districts, it was difficult to see that patient lists had any effect on the out-of-hours service at all. The variation in the effect emphasizes the great number of ways that the Norwegian “legevakt”-

districts are organized and run, and that one can not expect them to react in the same way or as one homogenous group.

Some of the patients that contact the out-of-hours service have tried to get in touch with their primary care physician prior to this. The percentage varies, but the main reasons why they ended up at the out-of-hours service in the end are usually similar. Most often, the reason is that they were not able to get a consultation with their own doctor, or that they didn't get hold of him or her on the phone. Among the patients that seek the out-of-hours service without trying to contact their own doctors first, the main reason to seek the out-of-hour service is that they were ill after normal working hours or that their injury naturally belonged in an emergency room.

Interpretation

The effect of introducing patient list in the Norwegian primary health care service was only analyzed in three studies, and their results did not concur. These studies are not enough to draw conclusions on behalf on Norwegian emergency primary health care districts as a group. However, one can conclude that the introduction of "fastlegeordning" reduced the number of patient contacts to the out-of-hour services in some districts, but not in all. The ongoing Watchtower study, organized by National Centre for Emergency Primary Health Care, Bergen, Norway, is working to obtain data from a larger group of "legevakt"-districts, which will increase our knowledge and understanding of Norwegian out-of-hours emergency services' present and future challenges. A weakness with the Watchtower study is that it does not include any of the larger cities in Norway, which means that it primarily will describe the "legevakt" in rural districts. The emergency service in the cities differ from the rural districts in many ways, for instance in population, patient volume and organization. One will therefore need data selectively from the large cities, as well as from the Watchtower study.

The patients who seek out-of-hour primary care services often do this as a result of low availability or difficulties getting in touch with their primary care physician. When they are having trouble getting help from their own doctor, they seek the out-of-hour service instead. Increased availability in the primary health care service should reduce the number of patient contacts at the out-of-hours emergency primary care service.

INNHOOLD

1	Problemstilling	7
2	Bakgrunn	8
2.1	Organisering av legevakt i Norge.....	8
2.1.1	Distriktstørrelse og ulike former for organisering.....	8
2.1.2	Legevaktens tre hovedfunksjoner.....	9
2.1.2.1	Konsultasjon på legevaktkontor.....	9
2.1.2.2	Sykebesøk.....	9
2.1.2.3	Legevaktsentral.....	10
2.1.3	Kjøretid og tilgjengelighet til legevakt.....	10
2.1.4	Organisering av legevakt i de største kommunene i Norge.....	11
2.1.4.1	Norske storbylegevakter.....	11
2.1.4.2	Legevaktlokaler og –funksjoner.....	11
2.1.4.3	Pasientpopulasjon.....	12
2.2	Organisering av fastleger og listepasienter.....	12
2.2.1	Norske fastleger og fastlegekontorer.....	13
2.2.2	Fastlegekontorenes åpningstider og fastlegens akuttberedskap.....	13
3	Metode	15
3.1	Søkeord.....	15
3.2	Fremgangsmåte.....	15
4	Resultater	17
4.1	Kartlegging av hvilke pasienter som søker legevakt.....	17
4.1.1	Pasientenes alder.....	17
4.1.2	Pasientenes kjønn.....	18
4.1.3	Pasientens diagnose.....	18
4.2	Fastlegeordningens påvirkning på antall som søker legevakt.....	19
4.2.1	Sammenlikning av to byer med og uten fastlegeordning.....	19
4.2.2	Sammenlikning før og etter innføring av fastlegeordning.....	19
4.3	Variabler som påvirket legevaktsøkningen.....	20
4.3.1	Variasjon fra kommune til kommune.....	20
4.3.2	Legevaktspasientens tilknytning til fastlege.....	22
4.3.3	Avstand til legevakten.....	22
4.4	Årsaken til at pasientene oppsøkte legevakten.....	23
4.5	Pasientenes kontakt med fastlege før oppmøte på legevakten.....	24
4.5.1	Pasienter som hadde forsøkt å kontakte fastlege.....	25
4.5.2	Pasienter som ikke hadde forsøkt å kontakte fastlege.....	25
5	Diskusjon	27
5.1	Kartlegging av hvilke pasienter som søker legevakt.....	27
5.2	Fastlegeordningens påvirkning på antall som søker legevakt.....	28
5.3	Hvorfor velger noen pasienter å oppsøke legevakten fremfor fastlegen?.....	30
5.3.1	Variabler som påvirker legevaktsøkningen.....	30
5.3.2	Årsaken til at pasienten oppsøkte legevakten.....	32
5.3.3	Pasientens kontakt med fastlege før oppmøte på legevakten.....	33
6	Konklusjon	34
7	Kilder	36

INNLEDNING

Kommunene i Norge er pålagt å gi sine innbyggere og besøkende tilgang til helsehjelp på døgnbasis, hvilket inkluderer å organisere legevakt utenom vanlig kontortid (1). Legevaktstjenester i Norge er i utgangspunktet forbeholdt personer som trenger øyeblikkelig helsehjelp. 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 hjelpen er påtrengende nødvendig” (2, 3). Høy legevaktbruk har tidligere blitt sett på som en indikasjon på lav tilgjengelighet i allmennlegetjenesten (4, 5). Fastlegeordningen ble innført i Norge 1. juni 2001. Et av argumentene for ordningen var å øke pasientenes trygghet og redusere bruken av legevakt ved å øke tilgjengeligheten til primærhelsetjenesten (3, 5, 6). I dette lå det at fastlegen skulle ha en akuttmedisinsk funksjon for sine listepasienter i vanlig kontortid, såkalt ”daglegevakt” (3). Allikevel opplever fortsatt helsetjenesten at mange av henvendelsene til legevakt omhandler diagnoser eller problemer som like gjerne kunne vært behandlet av fastlegen. Tall fra det pågående Vaktårnprosjektet sier at det kan være mulig å flytte inntil 40 % pasientene med grønn hastegrad* fra legekonsultasjon til enten telefonkonsultasjon samme kveld eller til fastlegen påfølgende dag (7).

Etter innføring av fastlegeordningen har det blitt gjort flere kartleggingsstudier for å undersøke hvilken effekt ordningen har hatt på legevaktsøkingen. Undersøkelsene er gjort i ulike byer og kommuner i Norge og til ulik tid. Funnene har derfor variert mye fra studie til studie. Et hovedpoeng er at legevaktsøkingen er svært varierende i ulike kommuner i Norge, og sprikende resultater er dermed heller regelen enn unntaket i de ulike studiene. Et annet viktig poeng er at legevaktsøkingen varierer med en rekke faktorer, f. eks hvilket fastlegekontor pasienten tilhører (8, 9, 10).

* Med grønn hastegrad menes tilstander som ikke haster mer enn at de kan vente til første passende anledning, jf. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (11)

1 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å studere relasjonen mellom fastlegeordning og legevakt. Jeg vil gå igjennom litteraturen som omhandler legevaktens pasienttilstrømming, med særlig fokus på endringer før og etter at fastlegeordningen ble innført. Hovedfokus vil være på de pasientene som selv møter opp på legevaktkontoret, i motsetning til den delen av legevakten som omfatter hjemme- og sykebesøk. Jeg tolker altså her begrepet "legevaktsøking" til å omhandle den pasientgruppen som selv møter opp på legevakten for konsultasjon, mens sykebesøk og telefonkonsultasjoner ikke inkluderes. I tillegg til å se på forholdet mellom fastlegeordning og legevaktsøking, ønsker jeg å sette legevaktsøkingen i relasjon til pasientenes tilgjengelighet og tilknytning til fastlege. Gjennom studiet ønsker jeg å finne svar på følgende spørsmål: *Hvordan har fastlegeordningen påvirket legevaktsøkningen, og hvorfor velger noen pasienter å oppsøke legevakten fremfor å kontakte sin fastlege?*

2 Bakgrunn

2.1 Organisering av legevakt i Norge

Organiseringen av legevakt i Norge skiller seg fra de fleste andre land vi vil finne det normalt å sammenlikne oss med. Blant de viktigste særtrekkene er primærhelsetjenestens ansvar for den akuttmedisinske funksjonen, og legevaktens rolle i utsiling av pasienter før de sendes videre til sykehus og spesialisthelsetjeneste. Selv om det finnes liknende ordninger i enkelte land, f. eks Danmark, Nederland, England og Irland, er legevaktfunksjonen i de fleste andre vestlige land knyttet langt tettere opp til sykehusene, både funksjonelt og geografisk, enn den er i Norge. Internasjonalt finner man sjelden ordninger med kommunenes allmennleger i vaktordning slik det norske systemet baserer seg på. I 2007 tok 69 % av landets fastleger del i legevaksarbeid (12).

2.1.1 Distriktstørrelse og ulike former for organisering

Norske legevaktdistrikter er en svært heterogen gruppe både i forhold til arealstørrelse, innbyggertall og organisering (12, 13). I gjennomsnitt er det ca 18 000 innbyggere i et norsk legevaktsdistrikt, men antallet varierer fra under 500 til over 500 000. I 2006 hadde 82 % av norske legevaktsdistrikter under 25 000 innbyggere, 8 % hadde 25 – 50 000 innbyggere, 7 % 50 – 100 000 innbyggere og kun 3 % (syv distrikter) hadde over 100 000 innbyggere (7). Gjennomsnittsarealet var 1 325 km², men også her var spennvidden enorm, fra 11 km² i det minste distriktet til over 11 000 km² i det største.

Studier viser at det er stor variasjon i hvordan legevaksordningen er organisert i ulike deler av Norge (13). De fleste kommuner i Norge har en legevaktstjeneste der kommunens fastleger/allmennleger arbeider på skift i en kommunal eller interkommunal legevaksordning. I 2006 ble ca 2/3 av legevaktsdistriktene i Helse Sørøst drevet som interkommunale legevaksordninger, i helseregion Vest og Midt hadde ca 1/3 det samme. I Helse Nord var det kun 20 % som hadde interkommunale ordninger, mens de øvrige 80 % drev kommunal legevakt. Bruk av interkommunal legevaksordning har økt de siste årene, og i 2007 deltok 74 % av landets kommuner, enten på dagtid, kveldstid eller i helgene, i en slik ordning. Dette var en økning på 5 % fra 2006, og man antar at økningen vil stabiliseres på et høyt nivå (7). Interkommunale

ordninger er oftest i drift utenom vanlig kontortid, og kommunene med små areal har oftere en interkommunal ordning. 28 % av kommunene hadde aldri legevakt i egen kommune (12).

2.1.2 Legevaktens tre hovedfunksjoner

Legevakthenvendelser i Norge inndeles etter hvor alvorlige de er i rød, gul og grønn hastegrad, jf. Norsk medisinsk indeks 1999 (11). Akutte tilstander, dvs. tilstander som er livstruende eller potensielt livstruende, klassifiseres som rød hastegrad. Tilstander som haster og trenger rask vurdering av lege klassifiseres som gul hastegrad. Grønn hastegrad defineres som tilstander som ikke haster mer enn at de kan vente til første passende anledning.

Henvendelser til legevakt i Norge løses hovedsakelig gjennom tre hovedfunksjoner: stasjonær legevakt der pasientene kan møte opp for konsultasjon med lege, oppsøkende legevakt (sykebesøk) og legevaktsentral (telefontjeneste). Antallet legevaktkontakter på et år varierer med hvor mange innbyggere som bor i legevaktdistriktet, og forholdstallet mellom de ulike måtene å løse legevakthenvendelser på varierer fra legevaktdistrikt til legevaktdistrikt. Noen legevakter praktiserer såkalt lukket legevakt. Med det menes at man siler pasientene ved telefonkonsultasjon før man avgjør hvem som trenger sykebesøk eller leges konsultasjon. Andre legevakter fungerer som en åpen legevakt, der pasientene kan møte opp direkte og sette seg i kø på venterommet uten å ha hatt telefonkontakt med legevaktsentralen først. Flere studier har stilt spørsmål om hvorvidt struktureringen med åpen eller lukket legevakt vil kunne påvirke hvor stor andel av legevakthenvendelsene som løses på de ulike måtene (14).

2.1.2.1 Konsultasjon på legevaktkontor

I de fleste kommuner er konsultasjon med lege den hyppigste formen for legevaktkontakt. Flere undersøkelser har funnet at opptil 50 % av alle henvendelser blir løst på denne måten (9, 14, 15). I Vaktårnprosjektet fant man at ca 60 % av legevakthenvendelsene i 2007 ble løst ved konsultasjon (16). I den samme undersøkelsen ble rundt 30 % løst gjennom telefonkontakt med lege/sykepleier, mens det var kun 2 % av henvendelsene som endte i sykebesøk fra legevaktslegen. Ytterligere 2 % endte i ambulansetrykning eller tilkallelse av allmennlege. Tall fra NAV i 2006 estimerte med noe høyere sykebesøksandel, i overkant av 5 % (17). Da ble imidlertid også ambulansetrykning inkludert under sykebesøk.

2.1.2.2 Sykebesøk

Andelen legevakthenvendelser som blir løst ved sykebesøk varierer mye fra kommune til kommune. Forholdstallene mellom antallet sykebesøk og konsultasjoner har variert fra 1:1 i Vest-Agder i 1997 til 1:20 i Vaktårnundersøkelsen i 2007 (16, 18). De siste årene har antallet

sykebesøk blitt redusert kraftig i flere kommuner. En del steder har denne reduksjonen vært til fordel for økt antall legevaktkonsultasjoner. I Stavanger ble andelen sykebesøk av det totale antallet legevaktkontakter redusert fra 25 % til 11 % fra 1989 til 2002 (19). Etter innføring av interkommunal legevaktsordning falt andelen legebeseøk i Radøy kommune fra 18 % til under 1 % (15). I Skien og Siljan legevakt har antallet sykebesøk blitt redusert fra 67 pr. 1000 innbyggere i 1991 til 22 pr. 1000 innbyggere i 2002. Antallet legekonsultasjoner pr. 1000 har holdt seg relativt stabilt i den samme perioden (9).

2.1.2.3 Legevaktsentral

Mange henvendelser til legevakt blir avviklet via telefonkontakt (16). I de syv legevaktsdistriktene i Vaktårundersøkelsen ble totalt 30 % av alle henvendelser til legevakt avsluttet etter telefonkonsultasjon, hvorav 20 % med sykepleier og 10 % med lege. Data innhentet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har vist en økende trend med færre sykepleiere til å betjene legevaktstelefonen (12). Fra 2006 til 2007 falt andelen kommuner der sykepleiere betjente legevaktstelefonen fra 76 % til 68 %. Sykepleierne ble oftest erstattet av helsesekretærer, hjelpepleiere og ambulanspersonale. Legevaktsentralen er hyppigst plassert på et legekontor (54 %) i normal åpningstid (man – fre kl. 08 – 16). Utenom normal åpningstid er legevaktsentralen hyppigst plassert i legevaktlokale (ca 50 %) eller i forbindelse med en AMK-sentral (ca 23 %). Mens legevaktsentralen administreres av kommunen for å organisere lokal legevaktstjeneste, er AMK-sentralen administrert av det regionale helseforetaket for å organisere akuttmedisinske oppdrag og ambulansetrykning, jf §§ 2-7, 2-8, 2-9 i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenom sykehus.

2.1.3 Kjøretid og tilgjengelighet til legevakt

Pasientenes gjennomsnittlige kjøretid til legevakten øker jo færre innbyggere det er i kommunen (13), med et snitt på 60 minutter i de minste kommunene (< 2 500 innb). De tettest befolkede kommunene (< 100 000 innb) hadde gjennomsnittlig kjøretid på 31 minutter. Gjennomsnittlig kjøretid øker også med kommunens størrelse i areal. Kjøretid for ambulanse fra ambulansestasjon til pasient er noe kortere enn pasientens kjøretid til legevakt, men også denne øker når legevaktdistriktets innbyggertall er lavt eller arealet er stort.

Distriktets legevaktlokale er oftest lokalisert på et fast legekontor, eller i forbindelse med større sykehus, akuttmottak eller ambulansestasjon (12). 25 % av norske kommuner har ikke noe fast legevaktlokale i sitt distrikt. I stedet er legevaktkontoret plassert på varierende legekontor rundt omkring i distriktet, eller kommunen har kun legevakt i bil uten fast lokale.

2.1.4 Organisering av legevakt i de største kommunene i Norge

2.1.4.1 Norske storbylegevakter

Fem kommuner i Norge hadde over 100 000 innbyggere i 2007. Av disse hadde to kommuner egne kommunale legevakter (Oslo og Bergen), mens to (Bærum og Stavanger) hadde en interkommunal ordning samordnet med omkringliggende mindre kommuner. Trondheim hadde kommunal legevakt ut 2008, men 01.01.09 opprettet de en interkommunal legevaktsordning sammen med nærliggende mindre kommuner.

2.1.4.2 Legevaktlokaler og –funksjoner

Informasjon fra rapporten ”Fremtidens Storbylegevakt i Oslo” (20, 21) kan brukes som illustrasjon storbylegevaktens funksjoner til forskjell fra de mindre distriktslegevaktene. Legevaktene i de store kommunene har gjerne høyere spesialiseringsgrad og funksjoner utover det man finner i mindre distrikter, som for eksempel observasjonspost, operasjonsstue og poliklinikk. Det kan være organisert psykiatrisk akuttmottak, voldtektsmottak, sosial vakttjeneste, tannlegevakt o.l. i forbindelse med legevaktlokalet.

Oslo og Bergen legevakt er i funksjonshenseende svært like, selv om organiseringen av tjenestene er forskjellig. Begge har i tillegg til generell allmennt medisinsk og kirurgisk legevakt, tilbud om sosial- og psykiatrisk vakttjeneste og voldtektsmottak. Legevakten i Oslo har observasjonspost med 16 sengeplasser. Legevakten i Bergen har for øyeblikket ingen observasjonspost, men de samarbeider med Haukeland Universitetssykehus om å opprette en. Asker og Bærum legevakt drives som et felles akuttmottak med Bærum sykehus. Legevakten har ingen egen observasjonspost, men mulighet til å legge pasientene inn på sykehuset for observasjon. I Bergen er tannlegevakten samorganisert med legevakten.

De større kommunene har gjerne et fast legevaktlokale forbeholdt legevaktfunksjonen, enten alene eller samlokalisert med sykehus eller ambulansesentral. I Trondheim og Bærum ligger legevakten i direkte tilknytning til sykehus. Flere av de store kommunene har fast ansatte leger på legevakten i tillegg til fastleger i vaktordning. Dette gjelder blant annet i Oslo og Bergen, der man benytter både fast ansatte leger på legevakten, og fastleger i vaktordning, for å drive legevakttjenesten. I Oslo har fastlegene ansvar for sykebesøk og vakttjeneste på legevaktbasene, mens de fast ansatte tar konsultasjoner på legevaktlokalet i sentrum. I Bergen deles legevakten i kirurgisk og allmennt medisinsk avsnitt, der de fast ansatte primært arbeider på kirurgisk avsnitt, mens fastleger i vaktordning tar ansvar for allmennt medisinsk avdeling. I Asker og Bærum er det kun tre fast ansatte leger, og en større andel av legevakttjenesten drives av allmennleger i vaktordning. Sammenliknet med overnevnt organisering av legevakt

i distriktet disponerer storbylegevaktene i større grad faste lokaler, faste ansatte og utvidede funksjoner i tilknytning til sin legevaktbase.

2.1.4.3 Pasientpopulasjon

Pasientpopulasjonen og –volumet er ikke lik i de store kommunenes og distriktenes legevakter. De store byene i Norge har bl.a. en høyere andel innreisende eller nyinnflyttede, f. eks studenter, som kan ha fastlege andre steder i landet. Dette gjelder særlig universitetsbyer og andre steder med høy tilflytting. Mange innbyggere i storbyene er fremmedspråklige, og særlig i Oslo er denne andelen høy. Tall fra SSB 2006 oppga at 25 % av Oslos befolkning er innvandrere, hvorav 4 av 5 er fra ikke-vestlige land. I byene bor det dessuten innvandrere som er i landet på illegalt grunnlag eller uten papirer, og for dem er legevakten ofte den eneste helsehjelpen de har tilgang til.

Pasientvolumet pr. legevakt er mangedoblet i de store byene sammenliknet med distriktslegevaktene. Legevakten i Oslo hadde i 2007 ca. 265 000 legevaktkontakter, hvorav 118 000 var allmenntilleggslege konsultasjoner og 18 000 var sykebesøk. I Bergen hadde de totalt 90 000 konsultasjoner i 2007, 40 000 på kirurgisk avsnitt og 50 000 på allmenntilleggslegesk. De spesielle forholdene nevnt over medfører at legevaktene i de største kommunene i Norge møter andre utfordringer enn de mindre distriktslegevaktene både i forhold til antallet konsultasjoner (kvantitet) og med tanke på pasientpopulasjonen som benytter legevakten.

2.2 Organisering av fastleger og listepasienter

Fastlegeordningen i Norge er ikke unik i europeisk sammenheng (22). I Danmark, Nederland og England har man hatt ordning med listepasienter siden 1940-tallet, og det drives nå allmennhelsetjeneste med mange elementer som likner den norske fastlegeordningen. I alle de fire landene er allmennlegene deltagende i akuttberedskap på døgnbasis. I Norge og Danmark administreres dette gjennom kommunen som er pliktig til å organisere legevakt-tjeneste utenom fast arbeidstid. I England og Nederland har legene 24-timers døgnansvar for sine listepasienter. I praksis løses dette døgnansvaret gjennom samarbeidsavtaler og ”Walk-in centers” der pasientene kan møte opp uten fast avtale og utenom fastlegekontorets åpningstid. Ordningene i Danmark og Norge likner svært mye på hverandre i forhold til listelengde, akuttberedskap og arbeidstidsbestemmelser.

2.2.1 Norske fastleger og fastlegekontorer

I Norge er de fleste fastlegene privatpraktiserende, enten med eller uten avtale med kommunen. Alternativet til privat praksis er fastlønnsavtaler, der kommunen i stor grad kan bestemme innholdet i stillingen. Norske fastleger kan ha opptil 2500 listepasienter. Kommunen kan kreve at legen har minimum 1500 listepasienter ved fulltidspraksis og minimum 500 pasienter ved deltidspaksis (3). I tillegg kan legene pålegges offentlig legearbeid på inntil 7,5 t i uken, som f. eks sykehjemsarbeid, skolelegetjeneste eller samfunnsmedisinske oppgaver. Flere studier har funnet at den gjennomsnittlige listelengden hos norske fastleger ligger rundt 1250 personer (23), noe høyere hos mannlige enn kvinnelige fastleger. Dette har holdt seg relativt stabilt etter innføring av fastlegeordningen i 2001.

2.2.2 Fastlegekontorenes åpningstider og fastlegens akuttberedskap

Det er kommunenes ansvar at befolkningen har tilgang til øyeblikkelig hjelp døgnet rundt (1). De kan ikke pålegge fastlegene å ha åpent utover tidsrommet 8.00 til 16.00, mandag til fredag, minimum 28 timer per uke, 44 uker i året. I dette tidsrommet har fastlegen en akuttmedisinsk funksjon for sine listepasienter, såkalt "daglegevakt" (3). Fastlegen skal prioritere sine egne listepasienter foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-ansvar eller andre lovpålagte forpliktelser. Legene skal innrette sin praksis slik at personer som trenger øyeblikkelig hjelp kan mottas innen "rimelig tid", helst samme eller påfølgende dag. Kommune- og fastleger er dessuten pliktig til å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid dersom kommunen ber dem om dette. Antallet vakter hver lege må ta avhenger av turnusordningen i de ulike legevaktsdistriktene.

Innføring av interkommunal legevaktjeneste hadde som hovedmål, og har medført, at arbeidsbelastningen på hver enkelt allmennlege reduseres (15). Pr. 2007 deltok 69 % av landets fastleger i legevakt. Andelen av kommunens leger som deltar i legevakt er størst i kommunene med færrest innbyggertall, og lavest i kommunene med høyest innbyggertall (24). Fastleger over 60 år har rett til å søke fritak fra legevaktjeneste dersom de ønsker det. Andre årsaker som kan gi rett til fritak er sykdom, svangerskap og tungtveiende sosiale grunner. I 2007 var rundt 25 % av landets fastleger fritatt for legevaktarbeid, men i praksis er andelen som ikke deltar i legevakt høyere. Dette løses gjennom bl.a. å anskaffe vikarer til å ta vaktene.

Kommuner med under 20.000 innbyggere kan forplikte legene til organisert øyeblikkelig hjelp-beredskap på dagtid dersom kommunen ønsker dette (3). Dette kan f. eks administreres

gjennom telefonlegevakt, der det til enhver tid er en lege tilgjengelig. I større kommuner er ikke legene pliktige til å yte øyeblikkelig hjelp på dagtid utover sin egen pasientliste. Kommunen kan allikevel organisere en slik ordning dersom legene som deltar gir sitt samtykke. I større byer drives gjerne daglegevakter i egne lokaler. Det er ingen konkrete bestemmelser for slike ordninger, og dette avtales derfor lokalt.

3 Metode

3.1 Søkeord

Denne oppgaven baserer seg i hovedsak på artikler fra NorArt og andre norske databaser, blant annet arkivet til Tidsskrift for den norske lægeforening. Søket ble gjort i januar 2009. Jeg brukte hvert av søkeordene ”legevakt*”, ”fastlege*”, ”fastlegeordning” og kombinerte disse. Dette søket gav såpass få funn at videre begrensning ikke var nødvendig. En del rapporter er funnet gjennom søk i Google, fordi PDF-formatet ikke var tilgjengelig i NorArt. Noen rapporter ble også lastet direkte ned fra Unifob (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin) og Legevakten i Oslo sine hjemmesider.

3.2 Fremgangsmåte

Det var vanskelig å finne de korrekte søkeordene for å lete i engelskspråklige databaser. Begrepet og institusjonen ”legevakt” er et norsk fenomen, og lar seg ikke enkelt oversette til engelsk. Flere forsøk på søk i PubMed ga ingen relevante funn. Mange søk og Mesh-termer ble forsøkt, blant annet (emergency medical services); (primary health care OR primary care physician); (reasons to seek medical attention) både alene og i kombinasjon. Alene gav de tusenvis av treff. I kombinasjon fant jeg fra en til åtte artikler avhengig av kombinasjonen, men ingen av dem omhandlet det jeg skulle skrive om. Søk på (walk-in centres) AND ((primary health care) OR (primary care physician)) i PubMed gav totalt 36 treff, hvorav noen av artiklene omhandlet det samme temaet som det jeg vil skrive om. Da jeg leste abstractene fant jeg allikevel ut at det ble vanskelig å inkludere dem som originalartikler i mitt studium. Mot slutten av arbeidsprosessen ble jeg tipset om at jeg burde inkludere ordene ”lægevakt” for å få med danske artikler, og ”out-of-hours services” som er den mest korrekte engelske oversettelsen av ordet ”legevakt”. Jeg søkte på disse ordene i PubMed og fant en artikkel fra Finland som omhandlet det jeg skriver om. Imidlertid kom disse opplysningene så sent i min prosess at jeg syntes det ble vanskelig å inkludere nye artikler på det tidspunktet. Det vil derfor være en svakhet i mitt litteratursøk at disse ordene ikke var inkludert fra begynnelsen av.

Til slutt valgte jeg altså bare å ta med norske originalartikler i mitt litteraturstudium. I og med at jeg ønsker å ta tak i forholdene for legevaktjenester og fastlegeordning i Norge, forutsettes det at artiklene mine er sammenliknbare med norske forhold. Oppsettet og inklusjonskriteriene i studiene fra utlandet gjør det vanskelig direkte å overføre funnene for å sammenlikne med Norge. Dette skyldes at legevaktjenestene og fastlegeordning ikke er organisert på samme måte i Norge og utlandet, selv om noen lands måter å organisere på likner mer enn andre. Artiklene vil dermed kunne brukes for bakgrunnsinformasjon, men de vil ikke hjelpe meg i å besvare mitt forskningsspørsmål. Ti slike artikler ble vurdert til å inneholde relevant bakgrunnsinformasjon.

Søk på ”legevakt*” i NorArt gav 121 treff. Kombinasjonen med ”fastlege*” reduserte antall treff til 10. Dette medførte imidlertid at jeg mistet flere relevante artikler, så jeg valgte heller å skimme raskt igjennom alle de 121 artiklene jeg fant under ”legevakt”. I alt fant jeg ti artikler som kartla pasienttilstrømning til legevaktene i Norge. To av disse ble utelukket fordi de ikke knyttet denne pasientkartleggingen opp mot fastlegeordningen. De åtte som sto igjen omhandlet pasientstrømmen til legevakten og fastlegeordningens virkning på denne. Alle disse åtte ble inkludert i mitt studium. Tre av studiene var både kvalitative og kvantitative, ved at de også undersøkte *hvorfor* pasienten hadde møtt opp på legevakten fremfor hos fastlegen akkurat denne dagen. Tabellen under viser en oversikt over de originalartiklene som ble inkludert i mitt litteraturstudium.

Forfatter	Artikkel tittel	Tidsskrift
Halvorsen I et al	Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen	Tidsskr Nor Lægefor 2007
Moe E, Bondevik GH	Hvorfor velger pasienten legevakten fremfor fastlegen?	Sykepleien forskning 2008
Nyen B, Lindbæk M	Legevaktsøkning og fastlegeordning	Tidsskr Nor Lægefor 2004
Hansen EH, Hunskår S	Forskjeller i henvendelser til legevakten	Tidsskr Nor Lægefor 2007
Hansen EH, Hunskår S	Development, implementation, and pilot study of a sentinel network (The Watchtowers) for monitoring emergency primary health care activity in Norway	BMC Health Services Research 2008
Steen K, Hunskår S	Fastlegeordningen og legevakt i Bergen	Tidsskr Nor Lægefor 2004
Jøsendal O, Aase S	Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning	Tidsskr Nor Lægefor 2004
Tollefsen L et al	Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen	Tidsskr Nor Lægefor 2003

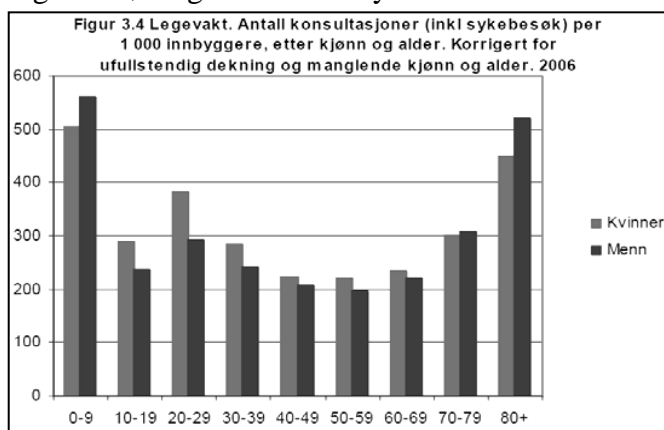
4 Resultater

4.1 Kartlegging av hvilke pasienter som søker legevakt

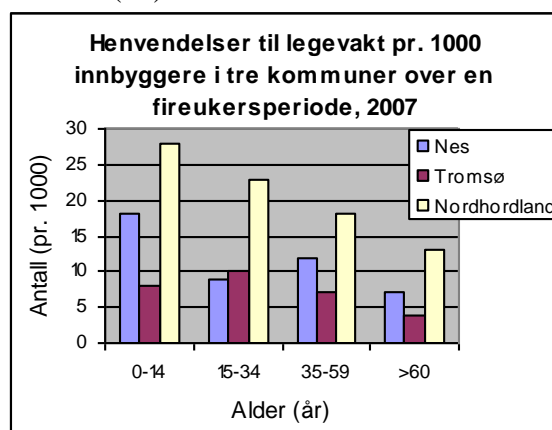
Studier fra ulike deler av landet har forsøkt å kartlegge hvilke pasientgrupper som oftest oppsøker legevakt. Vaktårnprosjektet er en pågående undersøkelse organisert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen, og har til hensikt å skaffe tilveie grundig statistikk over legevaktsøkingen i Norge. Undersøkelsen følger syv legevaktdistrikter som utgjøres av totalt 18 kommuner; to interkommunale ordninger og fem kommunale legevakter. Til sammen dekker kommunene i Vaktårnundersøkelsen ca 213 000 innbyggere, eller 4,6 % av Norges befolkning. Det største legevaktsdistriktet er Arendal med en interkommunal samarbeidsordning mellom ti kommuner, totalt over 85 000 innbyggere. Det minste distriktet er Austevoll, som har kommunal legevakt, med snau 4500 innbyggere.

4.1.1 Pasientenes alder

Tall fra NAV i 2006 (17) viser at antallet legevaktskonsultasjoner (inkl sykebesøk) varierer med pasientens alder. I gjennomsnitt fant man at det pr. 1000 innbyggere var 314 konsultasjoner for kvinner og 289 for menn. Barn under 10 år og eldre over 80 år var hyppigere i kontakt med legevakten enn befolkningen for øvrig (figur 1). En pilotstudie fra tre utvalgte kommuner i Norge utført i forbindelse med Vaktårnundersøkelsen, fant man også en overhyppighet av yngre pasienter som søkte legevakt (figur 2). I alle kommunene var det de yngste pasientene som oftest henvendte seg til legevakten, selv om den totale legevaktsøkingen varierte mye mellom de ulike kommunene (14).



Figur 1, hentet fra NAV-data 2006 (17)



Figur 2, tall fra Vaktårnundersøkelsen (14)

Også andre studier viser at det er overvekt av barn blant pasientene på legevakten. I en undersøkelse fra Arendal fant man at 16 % av alle henvendelsene gjaldt barn under 5 år (8). I Vaktårundersøkelsen utgjorde henvendelser fra pasienter under 17 år i underkant av 31 % (16). Ved Skien og Siljan legevakt var det 150 flere konsultasjoner pr. 1000 hos barn under ti år enn konsultasjonsraten for gjennomsnittspasienten (450 mot 300 pr. 1000) (9).

Verken i Arendal eller Vaktårprosjektet har funnet noen tydelig overvekt av eldre pasienter, slik de hadde funnet i NAV-rapporten fra 2006. I Skien og Siljan i 2002 fant man en klar overhyppighet av menn eldre enn 90 år (810 pr. 1000) sammenliknet med gjennomsnittlig besøksrate for menn det året (260 pr. 1000). Denne overhyppigheten ble imidlertid ikke funnet igjen for kvinner over 90 år.

I noen byer, bl.a. Oslo og Tromsø, finnes en opphopning av pasienter i gruppen 20–29 år. På allmennseksjonen på Oslo Legevakt i 2008 var kvinner i aldersgruppen 20–29 år den største enkeltgruppen av pasienter ved inndeling etter alder og kjønn (tall fra dr. Sven Eirik Ruud, Oslo Legevakt 2009). Menn i samme aldersgruppe hadde omtrent like mange henvendelser som barn i alder 0–9 år. I Tromsø i 2001 var 36 % av pasientene i gruppen 20–29 år. Det var signifikant høyere enn i gruppen 0–9 år, som utgjorde 21 % av henvendelsene.

4.1.2 Pasientenes kjønn

Det er en viss overhyppighet av kvinner som søker legevakt. Vaktårundersøkelsen har funnet at 55 % av alle henvendelser til legevakt gjelder kvinner, mens menn utgjør 45 % (16). Ved Skien og Siljan legevakt fant man i 2002 en besøksrate på 300 pr. 1000 kvinnelige og 260 pr. 100 mannlige innbyggere (9). Også tall fra NAV fant i 2006 høyere henvendelsesrate til legevakt fra kvinner enn fra menn, men kjønnsulikheten var mindre blant pasientene på legevakten enn den var blant pasientene som søkte fastlege (17).

4.1.3 Pasientens diagnose

Pasientenes diagnoser var stort sett sammenfallende for kvinner og menn. Luftveisplager og diagnoser fra muskel- og skjelettsystemet var de hyppigste årsakene til kontakt med legevakten hos begge kjønn (7, 25). De fem hyppigste hoveddiagnosene til konsultasjon (luftvei, muskel- og skjelett, fordøyelse, hud, allment og uspesifisert) utgjorde til sammen rundt 70 % av henvendelsene.

4.2 Fastlegeordningens påvirkning på antall som søker legevakt

Tre studier har undersøkt i hvilken grad innføring av fastlegeordning i en kommune påvirker antallet pasienter som oppsøker legevakten (15, 19, 25). Funnene var ikke samsvarende i de ulike undersøkelsene.

4.2.1 Sammenlikning av to byer med og uten fastlegeordning

I 2001 fant man at legevaktsøkningen var høyere i Tromsø, som hadde fastlegeordning, enn i Fredrikstad, der de ikke enda hadde innført fastlegeordning (25). Tromsø hadde gjennom hele undersøkelsesperioden 35 – 50 % flere konsultasjoner enn Fredrikstad. Tromsø hadde ca. 30 konsultasjoner i måneden pr. 1000 innbyggere i første kvartal av 2001, mens Fredrikstad hadde ca. 20 pr. måned. Tromsø hadde ved undersøkelsens oppstart hatt fastlegeordning i syv år, fra mai 1993. De to byene var forøvrig sammenliknbare i forhold til innbyggertall og legevaktorganisering. Imidlertid ble det bemerket at Fredrikstad hadde flere allmennlegetillinger enn Tromsø (57 mot 46), og at legedekningen på undersøkelsestidspunktet derfor var lavere i Tromsø enn i Fredrikstad.

4.2.2 Sammenlikning før og etter innføring av fastlegeordning

En undersøkelse fra Stavanger (19) viste en absolutt nedgang på 2,2 % i konsultasjons- og sykebesøksraten 17 mnd etter innføring av fastlegeordningen sammenliknet med tilsvarende periode 17 mnd før ordningen ble innført. Dette gav en relativ reduksjon av antall konsultasjoner på 10 %. Denne reduksjonen var imidlertid del av en større nedadgående trend i legevaktsøkningen. Fra 1997 til 2002 var det en jevn absolutt nedgang i konsultasjons- og sykebesøksraten på 5,3 %, hvilket gav 19 % relativ reduksjon i løpet av femårsperioden. Den største reduksjonen fant sted fra 1997 til 1998, da den absolutte reduksjonen var 2,4 %. Samme år gjennomgikk allmennhelsetjenesten en større reform, der 20 leger gikk over fra fastlønn til driftsavtale. I forbindelse med innføring av fastlegeordningen ble det dessuten opprettet syv nye stillinger i allmennhelsetjenesten i byen.

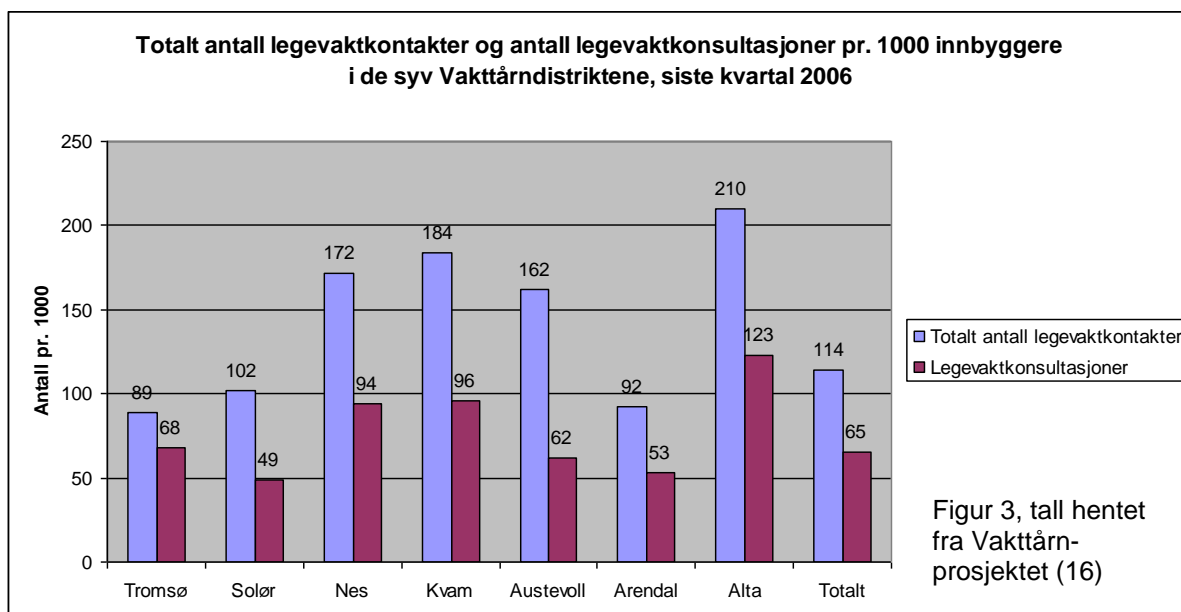
I en studie fra Radøy kommune (15) registrerte man både hvordan innføring av fastlegeordning og interkommunal legevakt påvirket legevaktsøkingen. Dataene ble registrert i fire perioder á seks uker fra 1999 til 2002. Innføring av interkommunal legevaktsordning fra 1. jan 2000 medførte hovedsakelig reduksjon i andelen sykebesøk, fra 18 % til under 1 % av

konsultasjonene. Totalantallet i antall legevakthenvendelser endret seg ikke signifikant. Etter innføring av fastlegeordningen 1. juli 2001 ble det absolutte antallet som henvendte seg til legevakten redusert med 30 %. Antallet henvendelser fire måneder før fastlegeordningen ble innført var ca. 450 i løpet av en seksukers registreringsperiode. Antallet henvendelser ble redusert til ca. 300 (pr. seksukers registreringsperiode) fire måneder etter innføring av ordningen. Reduksjonen på 30 % holdt seg stabil fra tredje (okt 2001) til fjerde (okt 2002) registreringsperiode, 18 måneder etter at fastlegeordningen var innført.

4.3 Variabler som påvirket legevaktsøkingen

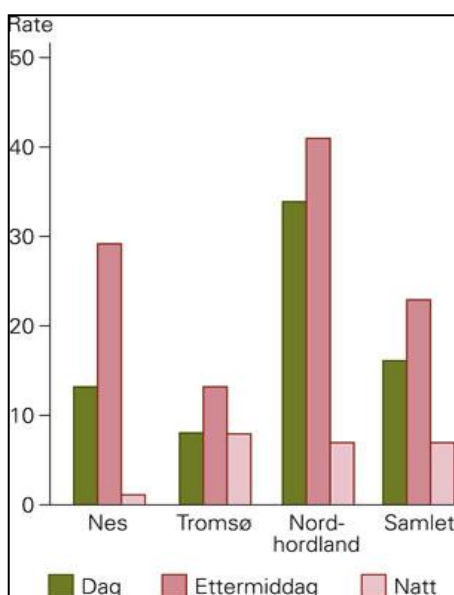
4.3.1 Variasjon fra kommune til kommune

Vakttårnprosjektet er et av flere studier som har funnet stor variasjon i legevaktsøkingen i de ulike kommunene i Norge. Både raten som søker legevakt, og fordelingen mellom de ulike formene for henvendelser, varierer fra kommune til kommune. Blant kommunene som er inkludert i Vakttårnprosjektet (figur 3) varierte antallet henvendelser i siste kvartal i 2006 fra 210 pr. 1000 innbyggere i Alta til 89 pr. 1000 i Tromsø (16). Antallet legekonsultasjoner foretatt på legevakt varierte fra 123 pr. 1000 i Alta til 49 pr. 1000 i Solør. Det vil si at det er 2,5 ganger så mange legevakthenvendelser og -konsultasjoner i distriktet med høyest frekvens i forhold til distriktet med lavest frekvens. Prosentandelen av det totale antallet henvendelser til legevakten som ble løst ved konsultasjon med lege varierte fra 38 % i Austevoll kommune



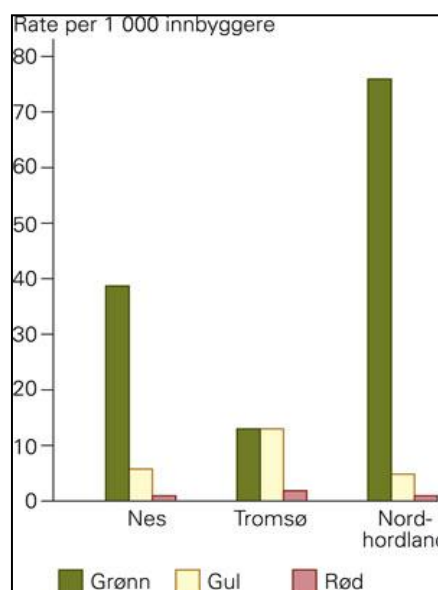
til 76 % i Tromsø kommune. Med andre ord ble dobbelt så mange av legevakthenvendelsene løst ved legekonsultasjon i Tromsø sammenliknet med Austevoll. Gjennomsnittlig ble 57 % av legevaktkontaktene i de syv distriktene løst ved legekonsultasjon.

En studie fra Tromsø, Nes og Nordhordland legevakt i 2006 viste også store variasjoner i legevaktsøkingen fra distrikt til distrikt (14). Det totale antallet legevaktkontakter i løpet av fire uker varierte fra 29 pr. 1000 i Tromsø til 84 pr. 1000 i Nordhordland. Blant de mest signifikante funnene var forskjellene i henvendelser sett i forhold til tidspunkt på døgnet (figur 4). Ved alle tre distriktene var henvendelsesraten størst på ettermiddagen (kl 1530 – 2300). I Tromsø hadde de omtrent like mange henvendelser om dagen som på natten, mens i både Nordhordland og Nes var henvendelsesraten på dagtid langt høyere enn på nattestid. På dagtid var henvendelsesraten syv ganger høyere i Nordhordland enn den var i Tromsø. Et annet viktig funn var variasjonen i hastegrad. Mens det var like mange pasienter med grønn og gul hastegrad i Tromsø, var det stor overvekt av pasienter med grønn hastegrad i Nes og Nordhordland. Med grønn hastegrad menes tilstander som ikke haster og kan vente til første passende anledning, jf. Norsk medisinsk indeks 1999 (11).



Figur 4: Henvendelser etter tidspunkt på døgnet pr. 1000 innbyggere
 Dag (0800 – 1530)
 Ettermiddag (1530-2300)
 Natt (2300 – 0800)

Figurene viser henvendelser til legevakt i tre forsøkskommuner i løpet av en fireukersperiode i 2006. Hentet fra Hansen og Hundskår, "Forskjeller i henvendelse til legevakten", Tidsskr Nor Lægefor 2007



Figur 5: Henvendelser etter hastegrad pr. 1000 innbyggere

Legevaktkontakten ble løst på forskjellige måter i de tre kommunene. I Nordhordland ble 44 % avviklet ved sykepleierråd, mens 48 % fikk konsultasjon med lege. I Tromsø ble 73 % av henvendelsene løst gjennom legekonsultasjon, mens bare 18 % fikk sykepleierråd. Andelen sykebesøk var lav i alle tre kommunene.

4.3.2 Legevaktspasientens tilknytning til fastlege

Flere studier har fokusert på hva slags forhold pasientene som søker legevakt har til sin fastlege. I Bergen i 2004 (26) fant man at 84 % av pasientene på legevakten visste hvem som var deres fastlege. Det var langt flere menn (26 %) enn kvinner (9 %) som ikke kjente til sin fastleges navn, og unge pasienter hadde dårligere kjennskap til fastlegen enn eldre. I aldersgruppen 15 – 29 år manglet 15 % av kvinnene og 39 % av mennene kunnskap om hvem som var deres fastlege. Best kjennskap til fastlege hadde eldre pasienter. Uavhengig av pasientens kjønn hadde mer enn 90 % av de over 45 år kjennskap til fastlegens navn.

I Porsgrunn (2006) og i Skien og Siljan legevaktdistrikt (2002) har man funnet variasjoner i legevaktsøkningen fra de enkelte legers pasientlister. I Skien var det signifikante variasjoner i legevaktsøkningen avhengig av hvilket fastlegekontor pasientene hørte til, mens dette var mindre uttalt i Porsgrunn. Det fantes ingen sammenheng mellom legevaktsøkningen og hvordan de ulike kontorene var organisert (solopraksis eller legesenter) (10). Variasjonen kunne heller ikke settes i sammenheng med legens listelengde eller pasientpopulasjon (9).

Enkelte pasienter benytter aldri sin fastlege ved sykdom. To studier har kartlagt hvor mange av pasientene som alltid henvender seg direkte til legevakten. I Tromsø og Fredrikstad i 2001 svarte hhv. 12 og 5 % at de aldri benyttet sin faste lege på dagtid, men heller henvendte seg til legevakten. I Bergen i 2004 oppga drøye 3 % at de alltid bruker legevakten ved sykdom. Det er ikke kartlagt videre *hvorfor* pasienten benytter legevakten som sin ”fastlege”.

4.3.3 Avstand til legevakten

I Arendal, der de har interkommunal legevaksordning bestående av ti kommuner, hadde de kartlagt pasienttilstrømmingen til legevakt avhengig av avstanden mellom legevakten og pasientens bostedskommune. Det var klar tendens til at pasientene som bodde i kommuner nært til legevakt hadde høyere henvendelsesrate enn pasienter som bodde i kommuner med lang kjøretid til legevakten. Høyest henvendelsesrate hadde legevakten fra pasienter fra Froland kommune, Arendal kommune og Grimstad kommune. Arendal er legevaktens hjemkommune, Froland ligger 12 km fra Arendal og Grimstad ligger 20 km unna. Lavest henvendelsesrate hadde legevakten fra pasienter fra kommunene Åmli (56 km unna), Fyresdal (130 km unna) og Gjerstad (60 km unna). Variasjonen i henvendelsesrate var fra 1,2 % av alle listepasienter i Froland kommune til 0,05 % av alle listepasienter i Gjerstad kommune.

4.4 Årsaken til at pasientene oppsøkte legevakten

Pasientenes forklaringer på hvorfor de oppsøkte legevakten akkurat den dagen er gjengitt i tabell 2. Data fra tre originalartikler er oppsummert, undersøkelsene er utført i hhv Arendal, Tromsø og Bergen. I tillegg er det inkludert data fra en Gallupundersøkelse i Oslo i 2002. Hyppigste årsak til at pasientene oppsøkte legevakt var ikke sammenfallende i de fire undersøkelsene, hvilket kan skyldes at de er utført på litt forskjellig måte. Inklusjonskriteriene varierte særlig i forhold til i hvilke tidsrom spørreskjemaet ble utdelt.

Studiene har formulert spørsmålene ulik, hvilket gjør dem vanskelig sammenliknbare. I tabellen har jeg valgt å samle liknende og overlappende spørsmål under ett for lettere å kunne tolke svarene. Undersøkelsene fra Arendal og Oslo tillot at pasientene krysset av for flere svaralternativer, og derfor går ikke prosenttallet opp i 100. Sammenlikning med prosenttallene i de to andre undersøkelsene blir derfor ikke helt riktig.

Tabell 2 Årsak til å kontakte legevakt fremfor fastlege; <i>Alle pasienter = pasienter som hadde og pasienter som ikke hadde forsøkt å kontakte fastlege før oppmøte på legevakt</i>	Arendal		Tromsø		Bergen		Oslo	
	Antall	Prosent (%)	Antall	Prosent (%)	Antall	Prosent (%)	Antall	Prosent (%)
Stengt fastlegekontor/legen var ikke på jobb den dagen	508	(71)	10	(6)	84	(6)	-	-
Kom ikke gjennom på telefonen hos fastlegen	18	(3)	6	(4)	80	(5)	69	(10)
Fikk ikke time hos fastlegen	44	(6)	45	(26)	112	(7)	111	(16)
Fikk time hos fastlegen, men valgte å oppsøke legevakten	-	-	3	(2)	33	(2)	-	-
Fastlegekontoret ba meg oppsøke legevakten	16	(2)	-	-	67	(4)	-	-
Ble syk utenom vanlig kontortid	272	(38)	30	(18)	-	-	477	(69)
Erfaringsmessig vanskelig å få kontakt med lege/tungvint å ringe så tidlig	8	(1)	13	(8)	178	(12)	-	-
Praktisk vanskelig å oppsøke fastlege på dagtid	56	(8)	11	(6)	-	-	90	(13)
Har en sykdom der legevakter yter best hjelp	37	(5)	-	-	263	(18)	35	(5)
Har fastlege i annet distrikt	21	(3)	-	-	149	(10)	-	-
Vet ikke hvem fastlegen min er/har ikke fastlege	6	(1)	-	-	77	(5)	-	-
Raskere å få hjelp på legevakten	85	(12)	-	-	-	-	-	-
Annet/uklassifiserbart/ikke svart/krysset av på flere	-	-	52	(31)	457	(30)	-	-
Totalt	*	**	170	(100)	1500	(100)	*	**

* Tallet lar seg ikke summere opp til det totale antallet innleverte svar

** Tallene kan ikke summeres opp til 100 %, da det var mulighet for å krysse av på flere alternativer

De hyppigste *spesifiserte* årsakene til at pasientene i Tromsø (25) kontaktet legevakten fremfor fastlegen var at de ikke fikk time hos fastlegen eller at de ble syke utenom vanlig kontortid. I Bergen (26) var den vanligste *spesifiserte* årsaken at pasienten hadde sykdom der han / hun mente at legevakten tilbød best hjelp. I begge byene var imidlertid den største gruppen av årsaker *uspesifisert* under kategorien ”annet/ikke svart/uklassifiserbart/krysset av på flere”. I Arendal var vanligste årsak for oppmøte på legevakten at fastlegekontoret var stengt og at pasienten ble syk utenom vanlig kontortid. I Oslo (27) var vanligste årsak til å kontakte legevakt at pasienten ble syk utenom vanlig kontortid eller ikke fikk time hos fastlege.

I Bergen og Tromsø var det en betydelig andel som møtte opp på legevakten fordi de hadde dårlig erfaringer med å få kontakt med fastlegen (hhv 12 og 8 %) eller fordi det er komplisert å få kontakt ved at man må ringe tidlig på morgenen. I Arendal var denne andelen signifikant mindre, og kun 1 % oppga at de hadde dårlige erfaringer med å få kontakt med fastlegen. 8 % i Arendal, 6 % i Tromsø og 13 % i Oslo oppga at de oppsøkte legevakt fordi det var praktisk vanskelig å oppsøke fastlegen på dagtid.

I undersøkelsen fra Tromsø ble det også hentet inn tall fra Fredrikstad, som ved undersøkelsestidspunktet ikke hadde fastlegeordning. Det var ingen store avvik i årsakene til at pasientene i Tromsø og Fredrikstad oppsøkte legevakten. Noen forskjeller var det allikevel. Nesten dobbelt så mange pasienter i Fredrikstad opplevde at de ikke kom igjennom på telefonen til fastlegen (6,5 % mot 3,5 % i Tromsø), mens færre av pasientene som kom igjennom på telefonen opplevde at de ikke fikk time hos fastlegen (21 % mot 26 % i Tromsø). Færre i Fredrikstad enn i Tromsø oppga at det var vanskelig å oppsøke lege på dagtid (2 %).

4.5 Pasientenes kontakt med fastlege før oppmøte på legevakten

I undersøkelsene fra Tromsø og Bergen hadde man valgt bare å inkludere pasienter som oppsøkte legevakten på dag-/kveldstid (frem til kl. 22), for at pasientene skulle ha hatt en reell mulighet til å kontakte fastlegen før de dro til legevakten. I Tromsø i 2001 hadde 47 % av pasientene forsøkt å kontakte fastlegen før de møtte opp på legevakten (25). I Bergen i 2003 oppga kun 26 % at de hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de møtte opp på legevakten (26). Kvinner hadde oftere forsøkt å kontakte fastlege enn menn (kvinner 30 %, menn 21 %, $p < 0,01$). Funnene i Bergen er samsvarende med funn fra Oslo i 2002, der 24 % hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de møtte opp på legevakten (27).

Undersøkelsen fra Arendal legevakt i 2008 inkluderte alle som oppsøkte legevakten, også om natten og i helgene. Dermed hadde de pasientene i Arendal som møtte opp på legevakten i helgene/på natten ikke hatt noen reell mulighet til å forsøke å kontakte fastlegen før de møtte opp på legevakten. Dette speiles i besvarelsene på hvorfor pasienten oppsøkte legevakten (se tabell 2); 71 % av pasientene svarte at fastlegekontoret var stengt, og 38 % oppga at de ble syke utenom vanlig kontortid (8). Dette var vesentlig høyere enn i undersøkelsene fra Tromsø og Bergen. Undersøkelsen i Arendal kartla ikke direkte hvorvidt pasienten hadde eller ikke hadde forsøkt å kontakte fastlege før de møtte på legevakten.

4.5.1 Pasienter som hadde forsøkt å kontakte fastlege

Både i Tromsø i 2001, i Oslo i 2002 og i Bergen i 2003 var den hyppigste årsaken til at pasienten hadde oppsøkt legevakten etter kontakt med fastlegen at det ikke var ledig time samme dag. Andre hyppige årsaker var at man ikke kom igjennom på telefonen eller at man kom igjennom på telefonen, men at legen ikke var på jobb. I Oslo svarte 45 % av at de møtte opp på legevakten fordi de ikke fikk time raskt nok hos fastlegen, mens 32 % ikke fikk kontakt med fastlegen. Resultatene fra Tromsø og Bergen er gjengitt i tabell 3. Fullstendig oversikt over hvorfor pasientene oppsøkte legevakten er gjengitt i tabell 2.

Tabell 3: Årsak til oppmøte på legevakt <i>Pasienter som hadde forsøkt å kontakte fastlege før kontakt med legevakten</i>	Tromsø		Bergen	
	Antall	Prosent (%)	Antall	Prosent (%)
Kom ikke gjennom på telefonen	6	(7)	80	(21)
Kom gjennom på telefonen, men fikk ikke time i dag	45	(55)	112	(29)
Ringte, men kontoret var stengt/legen var ikke på jobb	9	(11)	84	(22)
Var hos lege tidligere på dagen, men oppsøkte legevakt på kvelden	3	(4)	9	(2)
Ringte, men ble bedt om å oppsøke legevakt	-	-	67	(17)
Ringte, fikk time, men valgte å oppsøke legevakt	-	-	24	(6)
Annet/uklassifiserbart/ikke svart/krysset av på flere	19	(23)	11	(3)
Totalt	82	100 %	387	100 %

I undersøkelsen fra Arendal kartla man ikke hvorvidt pasientene hadde forsøkt å kontakte fastlege på forhånd eller ikke. Noen av svarene under årsakene til å oppsøke legevakten (tabell 2) medfører imidlertid at pasienten må ha gjort et forsøk på å kontakte fastlegen. 6 % av pasientene i Arendal oppga at de ikke fikk time raskt nok hos fastlege. 3 % svarte at de ikke kom igjennom på telefonen til fastlegen, og 2 % oppga at fastlegekontoret hadde bedt dem oppsøke legevakten.

4.5.2 Pasienter som ikke hadde forsøkt å kontakte fastlege

Både undersøkelsen fra Tromsø og fra Bergen kartla hvorfor pasientene ikke hadde forsøkt å kontakte fastlege før de møtte opp på legevakten. Pasientene som hadde svart ”nei” under spørsmål om de hadde forsøkt å kontakte fastlegen fikk deretter oppfølgingsspørsmål om hvorfor de ikke hadde forsøkt det. Det var 88 pasienter i Tromsø og 1113 i Bergen som ikke hadde kontaktet fastlegen før oppmøte på legevakten. Resultatene fra undersøkelsene var imidlertid ikke sammenliknbare, da ingen av svaralternativene som ble gitt liknet eller overlappet hverandre.

I Tromsø var de hyppigste årsakene til at pasientene ikke hadde kontakten fastlegen at de ble syke etter fastlegekontorets åpningstid (34 %), ”annet” (22 %) og at de ikke hadde anledning til å oppsøke lege på dagtid pga arbeidssituasjon (13 %). Dessuten var det en

betydelig gruppe (10 %) som oppga at de ikke kontaktet fastlegen fordi de måtte ringe så tidlig på dagen for å få time.

I Bergen var de hyppigst oppgitte årsakene til at pasientene ikke kontaktet fastlege at de hadde sykdom/skade som de mente det var naturlig at legevakten tok seg av (24 %), at de erfaringsmessig vanskelig fikk kontakt med fastlegen (16 %) eller at de har fastlege i annen kommune (13 %). Den største gruppen pasienter var imidlertid plassert i gruppen ”annet/ikke oppgitt/uklassifiserbar” (35 %). 5 % oppga at de alltid brukte legevakten ved sykdom.

Resultatene fra Tromsø og Bergen kan sammenliknes resultatene fra med Arendal og Oslo. Selv om prosenttallene ikke er direkte sammenliknbare, gir de uttrykk for hvor mange som mente argumentene omfattet dem da de valgte å søke legevakt. I Arendal oppga 38 % at de ble syke utenom legekantorets åpningstid (Tromsø: 34 %, Oslo: 69 %) og 8 % at de ikke hadde anledning til å oppsøke legevakten på dagtid (Tromsø: 13 %, Oslo: 13 %). I Arendal svarte 5 % at de mente at fastlegen ikke tilbød den hjelpen de trengte akkurat da (Bergen: 24 %, Oslo: 5 %) Den hyppigste årsaken til henvendelse på legevakten blant pasientene ved Arendal legevakt var at fastlegekontoret var stengt, hvilket gjaldt 78 % av pasientene.

5 Diskusjon

5.1 Kartlegging av hvilke pasienter som søker legevakt

Da jeg lette etter opplysninger om hvilke pasienter som hyppigst er representert på legevakten, fant jeg hovedsakelig informasjon om alder, kjønn og diagnose. Andre epidemiologiske faktorer som kan påvirke legevaktsøkningen, f.eks sosioøkonomisk bakgrunn, utdanningsnivå, etnisk tilhørighet og bosted, var det ikke mulig å finne gode opplysninger om.

Kjønns- og diagnosefordelingen var relativt lik i de kartleggingsstudiene som var gjort. Aldersfordelingen varierte noe mellom de ulike studiene. Flere undersøkelser har funnet en overhyppighet av unge pasienter / barn. Noen data, f. eks tall fra NAV i 2006, viste imidlertid at også eldre pasienter er hyppigere i kontakt med legevakten enn gjennomsnittet. Disse tallene ble ikke funnet igjen i andre undersøkelser. En viktig årsak til dette funnet kan være at NAV inkluderte sykebesøk i tallet på antall kontakter, mens de øvrige undersøkelsene kun kartla alderen på de pasientene som selv møtte opp på legevakten for konsultasjon. Sykebesøkspasientene utgjøres ofte av eldre pasienter som ikke klarer å ta seg til legevakten på egenhånd. I Oslo 2007 var 55 % av alle sykebesøkene til pasienter > 80 år, mens snaue 30 % til pasienter 60 – 80 år (21). Dette kan være en forklaring på hvorfor barn er overrepresentert ved kartlegging av hvilke aldersgrupper som selv henvender seg til legevakten, mens eldre pasienter kun finnes overrepresentert dersom man inkluderer sykebesøkene. I noen byer finnes også en overhyppighet av pasienter i aldersgruppen 20–29 år. Eksemplene som er trukket frem i oppgaven er Oslo og Tromsø. Disse er begge universitetsbyer med mange unge innflyttere fra andre steder i landet. Det kan tenkes at studenter med fastlege i sin oppvekst-/hjemstedskommune oppsøker legevakten dersom de blir syke mens de er på studiested.

Selv om man gjennom undersøkelsene kan si noe om kjønn- og aldersfordeling blant pasientene som søker legevakt, mener jeg at dette ikke er tilstrekkelig for å vite hvilke pasienter som er overrepresentert hos legevaktene. Som nevnt i innledningen under kapittelet om legevakt i de største kommunene i Norge, finnes det steder/byer i landet der pasientpopulasjonen er langt mer heterogen enn i et gjennomsnittlig norsk legevaktdistrikt. I disse kommunene vil langt flere variabler kunne spille inn på legevaktsøkningen enn bare kjønn og alder. Kartlegging av utdanningsnivå, tilknytning til kommunen i forhold til botid, etnisk tilhørighet og norsk språkforståelse vil kunne gi mer informasjon og forståelse av hvilke

pasientgrupper som er overrepresentert på legevakter i større norske kommuner. En opptelling av antallet pasienter med norske vs utenlandske navn som henvendte seg til legevakten i Oslo i uke 4, 2009, viste at 46 % av henvendelsene til allmenntilleggsinnlegg var fra pasienter med utenlandske navn (tall fra dr. Sven Eirik Ruud, Oslo Legevakt, 2009). Dette til tross for at kun 25 % av Oslos befolkning har ikke-norsk bakgrunn. Dette kan ses på som en indikasjon på at f. eks etnisk tilhørighet har stor påvirkning på legevaktsøkningen i Oslo. Ytterligere kartlegging etiologiske faktorer vil være nødvendig, særlig i legevaktstrikter der pasientpopulasjonen er heterogen, for å få grundigere forståelse av hvilke pasienter som er overrepresentert på legevaktstatistikken.

5.2 Fastlegeordningens påvirkning på antall som søker legevakt

Det er ikke mulig å konkludere med at fastlegeordningen har påvirket legevaktsøkningen i den ene eller den andre retningen. Funnene i de ulike undersøkelsene var ikke samsvarende eller sammenliknbare. Man ser at gjennom studiene at legevaktsøkningen er påvirket av mange og komplekse forhold i de ulike legevaktstrikterne, som f. eks legevaktstradisjoner, legetilgjengeligheten både i øyeblikket og tidligere, befolknings-sammensetning i kommunene, organiseringen av kommunenes allmennleger m.m. Slik blir det vanskelig å trekke ut kun en faktor – organisering av kommunenes allmennleger – og deretter konkludere med om dette kan påvirke legevaktsøkningen. Det er gjort for få undersøkelser der man tar hensyn til andre forhold som påvirker legevaktsøkningen til at man kan konkludere med om fastlegeordningen har noen effekt i så henseende. Videre studier der man sammenlikner flere kommuner, og samtidig forsøker å kartlegge andre faktorer som påvirker legevaktsøkningen, vil være nødvendig før man kan finne noen gode svar.

Ved sammenlikning av to distrikter med og uten fastlegeordning fant man at legevaktsøkningen var større i Tromsø, som hadde fastlegeordning, enn i Fredrikstad, som ikke hadde fastlegeordning. Imidlertid hadde legedekningen i Tromsø vært dårligere enn i Fredrikstad i flere år før undersøkelsen ble utført, og var det fremdeles ved undersøkelsestidspunktet. I 2001 var det 1 400 innbyggere pr lege i Tromsø, mens det var 1 200 i Fredrikstad. Legevaktsøkningen i Tromsø hadde vært høy også i forkant av innføringen av listepasienter. En del pasienter i Tromsø kunne derfor ha utviklet en vane med å oppsøke legevakten ved sykdom, og 12 % av legevaktspasientene oppga at de aldri hadde oppsøkt sin fastlege. Dette var signifikant flere enn i Fredrikstad, der kun 5 % av pasientene oppga det samme. Når det gjaldt formålet med legevaktbesøket oppga 21 % av pasientene i Tromsø at

de trengte sykemelding, mens kun 5 % av pasientene i Fredrikstad hadde dette som formål da de søkte legevakt. Dette forsterker teorien om at pasientene i Tromsø oppsøkte legevakten mer fordi det var en vane, enn fordi de var akutt syke. En litt større andel av pasientene i Tromsø hadde forsøkt å kontakte sin fastlege før de møtte opp på legevakten (47 % i Tromsø mot 43 % i Fredrikstad). At flere som forsøkte å kontakte fastlege allikevel endte opp på legevakten kan være et tegn på dårligere tilgang på øyeblikkelig hjelp hos fastlege. På tross av at flere pasienter i Tromsø enn i Fredrikstad endte opp på legevakten etter først å forsøke å kontakte fastlegen, mente flere i Tromsø enn i Fredrikstad at tilgjengeligheten til allmennlege var ”meget bra”. Dette kan skyldes at tilgjengeligheten i Tromsø tidligere hadde vært enda dårligere, og at forbedringen har gjort pasientene mer tilfreds slik at de opplever tilgangen som vesentlig bedre enn før. Allikevel kan man ikke konkludere med at innføring av listepasienter har påvirket legevaktsøkningen i Tromsø i signifikant grad.

I Stavanger fant man nedgang i legevaktsøkningen etter innføring av fastlegeordningen. Denne reduksjonen var imidlertid del av en større nedadgående trend i legevaktsøkningen som begynte mer enn tre år før ordningen ble innført. Den største reduksjonen fant sted fra 1997 til 1998, i forbindelse med at allmennhelsetjenesten gjennomgikk en større reform. Da gikk 20 leger over fra fastlønn til driftsavtale. Studier har tidligere vist at leger med driftsavtale har flere konsultasjoner pr. dag enn kommunalt ansatte leger (28). Omleggingen fra fastlønn til driftsavtale kan derfor være en viktig grunn til det kraftige fallet i legevaktsøkningen f.o.m. 1998. I forbindelse med innføring av fastlegeordningen ble det opprettet syv nye allmennlegestillinger i kommunen i 2001. Økt tilgjengelighet i primærhelsetjenesten kan derfor også ha bidratt til at antallet legevakthenvendelser sank. Når disse faktorene inkluderes kan man ikke knytte reduksjonen i antallet legevakthenvendelser direkte opp mot innføring av fastlegeordningen, men man kan anta at det har hatt noe effekt. Trenden ble startet allerede i 1998 etter innføring av driftsavtaler. Nedgangen kan deretter ha blitt opprettholdt eller ytterligere stimulert av innføringen av fastlegeordningen og de syv nye allmennlegestillingene i 2001.

I Radøy kommune fant man en signifikant og vedvarende reduksjon i legevaktsøkningen etter innføring av fastlegeordning. Endringen var tydelig bare fire måneder etter at fastlegeordningen var tatt i bruk, det absolutte på antallet som henvendte seg til legevakten ble redusert med 30 %. Denne reduksjonen holdt seg stabil så lenge undersøkelsen pågikk, det vil si inntil 18 måneder etter at fastlegeordningen var innført. Radøy kommune har relativt få innbyggere, hvilket ofte medfører høyere vaktbelastning pr. lege i legevakt. En endring som medfører lavere vaktbelastning i legevakt vil kunne øke tilgjengeligheten til lege på dagtid, fordi legene tar mindre avspasering eller fri etter vakter. Innføring av

fastlegeordning kan ha skapt øket bevissthet blant legene om allmennlegenes ansvar for øyeblikkelig hjelp til sine listepasienter på dagtid. Øket tilgang til daglegevakt vil kunne redusere trykket på legevaktsfunksjonen, som igjen gir lavere vaktbelasting pr. lege. Det kan konkluderes med at innføring av fastlegeordning medførte en signifikant reduksjon i antallet henvendelser til legevakten i Radøy kommune.

5.3 *Hvorfor velger noen pasienter å oppsøke legevakten fremfor fastlegen?*

5.3.1 Variabler som påvirker legevaktsøkingen

Hovedpoenget med å kartlegge variabler som påvirker legevaktsøkingen må være å få en dypere forståelse av hvordan legevakt mest hensiktsmessig skal organiseres i ulike norske legevaktdistrikter. Vaktårnprosjektet har avdekket store forskjeller i legevaktsøkingen i ulike legevaktdistrikter i Norge.

I Vaktårnundersøkelsen fant man at det gjennomsnittlige antallet legevakthenvendelser var 114 pr. 1000 i de syv kommunene. Kommunene delte seg imidlertid i to grupper med hhv lav og høy henvendelsesrate, der den første (Solør, Arendal og Tromsø) hadde snitt på 94 henvendelser pr. 1000, mens den andre gruppen (Alta, Nes, Kvam, Austevoll) hadde snitt på 182 henvendelser pr. 1000. Gruppen med lav henvendelsesrate utgjøres av de tre legevaktdistriktene med høyest innbyggertall. To av disse er organisert som interkommunale legevaktsordninger, mens den siste (Tromsø) driver kommunal legevakt. Alle legevaktene med høy henvendelsesrate drives som kommunale ordninger, og det gjennomsnittlige antallet innbyggere i distriktene med høy henvendelsesrate er vesentlig lavere enn tilsvarende distriktene med lav henvendelsesrate (12 000 mot 56 500). Dette kan være en indikasjon på at kommuner med lavt innbyggertall har høyere legevaktsøking enn kommuner med mange innbyggere. Forskjellen kan være knyttet sammen med dårligere eller ustabil legedekning i distriktene, eller med ulike tradisjoner for å henvise pasienter til legevakten fremfor at fastlegen fyller sin akutfunksjon på dagen.

Henvendelsesraten i de to gruppene kan også ha blitt påvirket av distriktenes størrelser i areal. Gruppen med lav henvendelsesrate utgjøres av Solør, Arendal og Tromsø på hhv. 2583 km², 5622 km² og 2566 km². Størrelsen på legevaktdistriktene i gruppen med høy henvendelsesrate var 3849 km² (Alta), 637 km² (Nes), 616 km² (Kvam) og 117 km² (Austevoll). Snittarealet var dermed vesentlig større i gruppen med lav henvendelsesrate

(3590 km²) enn i gruppen med høy henvendelsesrate (1304 km²). Større avstand til legevakten i den første gruppen kan ha være medvirkende til å redusere henvendelsesraten. Som vist i undersøkelsen fra Arendal er henvendelsesraten høyere fra pasienter som bor nært til legevakten enn fra de som bor langt unna. Store legevaktdistrikter kan derfor medføre lavere henvendelsesrate.

I gjennomsnitt ble 57 % av henvendelsene løst ved legekonsultasjon. Fem av kommunene hadde relativt få avvik fra snittet, men hos de siste to var variasjonen stor (76 % i Tromsø til 38 % i Austevoll). Det vil si at dobbelt så mange av legevakthenvendelsene i Tromsø ble løst ved legekonsultasjon, sammenliknet med Austevoll. En årsak til den lave konsultasjonsraten i Austevoll kan være at kommunen utgjøres av en rekke små øyer, og at topografien gjør det vanskelig å komme seg til lege ved sykdom. En årsak til at Tromsø har høy andel legevaktkonsultasjoner kan være at de ikke har krav om eller tradisjon for å ringe før oppmøte på legevakt. I stedet møter pasientene direkte opp på legevakten og henvender seg i skranken. Det kan hende at terskelen for å tilby pasientene legekonsultasjon er lavere når de allerede er på legevakten, enn når de tar kontakt på andre måter.

I undersøkelsen fra Tromsø, Nordhordland og Nes kommune fant man store forskjeller i hastegraden til pasientene som henvendte seg til legevakten. Mens Tromsø hadde omtrent like mange pasienter med grønn og gul hastegrad, var det stor overvekt av pasienter med grønn hastegrad i Nes og Nordhordland. Totalt var det nesten syv ganger høyere henvendelsesrate fra ”grønne” pasienter i Nordhordland enn det var i Tromsø. Til gjengjeld var raten av pasienter med gul og rød hastegrad lavere i Nes og Nordhordland enn i Tromsø. Som nevnt over er legevaktsøkingen ulik i forskjellige legevaktdistrikter. Tromsø er en større bykommune med høyt innbyggertall og lav legevakthenvendelse. Nes og Nordhordland er mindre kommuner med høyere henvendelsesrate. Som diskutert over vil legemangel, bruk av vikarer og legevakttradisjoner kunne dytte pasienter over fra fastlege til legevakt. I den sammenheng er det interessant at henvendelsesraten til legevakten på dagtid, når fastlegekontorene skal være åpne, var mye høyere i Nordhordland enn i Tromsø. Dette kan være tegn på at tilgjengeligheten til fastlegene i Nordhordland på dagtid er for dårlig, slik at pasientene i stedet oppsøker legevakten.

Pasientenes tilknytning til sin fastlege er en annen faktor som kan påvirke legevaktsøkingen. Særlig interessant er det at man fant at en viss andel pasienter aldri henvender seg til fastlegen ved sykdom, men i stedet oppsøker legevakten. Denne andelen var høyest i Tromsø (2001), der hele 12 % oppga at de benytter legevakten som om den var deres ”fastlege”. Dette kan skyldes mange ting, f. eks at pasienten ikke ser noen verdi i å ha en fast lege som kjenner seg eller kanskje ikke ønsker dette, at han eller hun ikke er tilknyttet

fastlegeordningen eller at han eller hun har for vane å oppsøke legevakten av andre årsaker. Ved senere studier burde man se på disse pasientene spesielt og kartlegge hvem de er, hva slags tilknytning de har til fastlegeordningen og hvorfor de benytter legevakten på den måten de gjør.

5.3.2 Årsaken til at pasienten oppsøkte legevakten

Årsaken til at pasientene oppsøkte legevakten var mange og varierte. Der hvor undersøkelsen var utført både på dag- og nattestid, og der helgen var inkludert, var en hyppig årsak at fastlegekontoret var stengt eller at pasienten ble syk utenom ordinær åpningstid. Ellers var det en vanlig årsak at pasienten ikke fikk time (raskt nok) hos fastlegen. Dette var blant de hyppigste årsakene til å henvende seg til legevakten i studiene som kun inkluderte henvendelser i eller like etter fastlegekontorets åpningstid. Også problemer med å komme gjennom på fastlegens telefon ble oppgitt som årsak til å søke legevakt. Man kan dermed oppsummere med at redusert tilgjengelighet i primærhelsetjenesten, enten på grunn av fulle timelister, telefonkø eller stengte fastlegekontor, medfører økt mengde henvendelser til legevakten.

En del oppga at de henvendte seg til legevakten fordi de hadde skade som det var naturlig at legevakten tok seg av. Dette kan f. eks tenkes å være sårskader, spørsmål om brudd eller andre akutte skader. Spørsmålet i denne sammenheng burde være om pasientene vet at også fastlegene kan ta hånd om mange av denne type henvendelser.

En betydelig andel pasienter oppga at de henvendte seg til legevakten fordi det av ulike årsaker var praktisk vanskelig, eller de hadde dårlige erfaringer med, å henvende seg til fastlegen. Dette kunne være fordi de ikke kunne dra til legen i arbeidstiden, at de måtte ringe tidlig på dagen for å få time, eller at fra tidligere av hadde hatt vansker med å få kontakt med fastlegen og dermed henvendte seg til legevakten direkte. Dette vitner om en større forbrukerbevissthet fra pasientenes side. Pasientene ønsker å kunne få hjelp fra lege når det passer dem og uten at de skal måtte ta fri fra arbeid eller stå i telefonkø hos fastlegekontoret. Dette kan være resultat av en endring i samfunnet der pasienter er vant til at servicetilbud er tilgjengelige til den tiden det passer dem. Fastlegekontorenes åpningstider er ikke tilstrekkelige i så henseende. "Drop-in"-funksjonen hos legevakten kan dermed passe bedre for økende andelen pasienter som lever i en verden der man er vant til å kunne ta ting på sparket fremfor å planlegge.

5.3.3 Pasientens kontakt med fastlege før oppmøte på legevakten

I de studiene som var gjort fant man at mellom halvparten og en fjerdedel av pasientene på legevakten hadde forsøkt å kontakte fastlegen i forkant. Blant disse pasientene var de viktigste årsakene til at de henvendte seg til legevakten at de ikke fikk time hos fastlegen eller at de ikke kom igjennom på telefonen (enten fordi kontoret var stengt eller fordi det var telefonkø). I undersøkelsen fra Bergen var det en betydelig andel (17 %) som oppga at fastlegekontoret hadde henvist dem til legevakten. Dette spørsmålet var ikke stilt i undersøkelsen fra Tromsø. Et hovedpoeng er at pasientene som henvendte seg til legevakten etter å ha forsøkt å kontakte fastlegen gjorde dette fordi de ikke fikk den hjelpen de trengte av fastlegen. Primært skyltes dette at tilgjengeligheten til fastlegen var dårlig og at fastlegen ikke hadde kapasitet til å ta dem i mot. Generelt er det vanskelig å si noe om funnene fra de to undersøkelsene er representative for hele Norge. Tidligere har jeg påpekt den store variasjonen i legevakthenvelser, både i forhold til antall og type henvendelser, i de ulike legevaktdistriktene i Norge. Undersøkelser fra kun to byer vil dermed ikke kunne appliseres over til den store og heterogene gruppen av legevaktdistrikter som Norge består av. Siden undersøkelsene som var gjort hadde relativt få svaralternativer var det en stor gruppe av pasientene i Tromsø som havnet i kategorien ”annet”. Dette er en svakhet når man skal trekke konklusjoner. Allikevel kan jeg påstå at lav tilgjengelighet i primærhelsetjenesten medfører at pasientene i de to byene undersøkelsene var utført i oppsøker legevakten fremfor fastlegen.

Blant pasientene som ikke hadde forsøkt å kontakte fastlegen før oppmøte på legevakten blir det enda vanskeligere å trekke noen definitiv konklusjon. En av årsakene til dette var at svaralternativene i de to undersøkelsene ikke lot seg sammenlikne fordi de ikke samsvarte. Dette vitner om en svakhet i undersøkelsene, der pasientene i begge tilfeller kun ble tilbudt et visst antall svaralternativer som ikke nødvendigvis var dekkende. Dette viser seg også i resultatene, der hhv 22 % i Tromsø og 35 % i Bergen havnet i klassen ”annet”. Øvrige funn er diskutert under 4.4.

6 Konklusjon

I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge. Et av målene med ordningen var å redusere antallet henvendelser til legevakt. I Norge er kommunen ansvarlig for gi sine innbyggere tilgang til akutt legehjelp på døgnbasis. Det gjøres ved å organisere legevakt, der fastleger arbeider i turnusordning utenom vanlig kontortid. Legevaktdistriktene i Norge er en stor og heterogen gruppe. Variasjonen gjør at det blir vanskelig å trekke konklusjoner ut i fra undersøkelser i enkelte kommuner og distrikter, for deretter å applisere konklusjonene mot legevakt i Norge som en helhet. Det pågående Vaktårnprosjektet har til formål å skaffe tilveie data fra en representativ gruppe av norske legevaktdistrikter. Slik vil man kunne utarbeide større kunnskap og forståelse om norske legevaktens og legevaktdistrikters utvikling og utfordringer. En svakhet ved Vaktårnprosjektet er at det ikke vil kunne gi informasjon om legevakt i de største byene i Norge, der forholdene er en god del annerledes enn ved distriktslegevaktene.

I mitt litteraturstudium har jeg fokusert på hvilken effekt innføring av fastlegeordningen har hatt på legevaktsøkningen i Norge. Gjennom analyse av åtte artikler fra ulike legevaktdistrikter har jeg prøvd å svare på følgende problemstilling: Hvordan har fastlegeordningen påvirket legevaktsøkningen i Norge, og hvorfor velger noen pasienter å oppsøke legevakten fremfor sin fastlege?

Innføringen av fastlegeordningen gav ingen voldsom endring i legevaktsøkningen i Norge. Tre studier analyserte hvilken effekt ordningen hadde hatt på legevaktsøkningen, men resultatene var ikke sammenfallende. Noen kommuner opplevde nedgang i antall legevakthenvendelser etter 2001, men ikke alle stedene synes dette utelukkende å skyldes innføring av fastlegeordning. I én kommune, Rådøy, var det allikevel opplagt at nedgangen i antallet legevakthenvendelser var begrunnet i innføring av fastlegeordning. I andre kommuner fant man ingen påvirkning på legevaktsøkningen overhodet. Fastlegeordningens påvirkning på antall som søker legevakt har derfor vært varierende i ulike legevaktdistrikter, noe som forsterker oppfatningen av norske legevaktdistrikter er en heterogen gruppe.

En del av pasientene som oppsøker legevakten har forsøkt å kontakte sin fastlege i forkant. Andelen pasienter som har kontaktet fastlegen på forhånd varierer, men årsaken til at de ender opp på legevakten er stort sett sammenfallende. Hyppigst skyldes det at de ikke får time hos fastlegen eller at fastlegen ikke er tilgjengelig på telefonen. En del pasienter oppsøker legevakten direkte, uten å ha forsøkt å kontakte fastlegen først. Da oppgir mange

som årsak at de ble syke utenom fastlegens åpningstid eller at de hadde skade som naturlig hører hjemme hos legevakten. En del oppgir at de synes det er tungvint å kontakte fastlegen. Dette kan skyldes at de ikke ønsker å gå til legen i egen arbeidstid, at de må ringe på ugunstige tider for å få øyeblikkelig-hjelp-time hos fastlegen eller at de fra tidligere har dårlig erfaring med å få kontakt med fastlegen. Pasientene velger derfor å oppsøke legevakten fremfor å ta kontakt med fastlegen. Dårlig tilgjengelighet i allmennhelsetjenesten synes å være en viktig grunn til at pasienter oppsøker legevakten fremfor fastlegen. Øket tilgjengelighet hos fastlegene kan derfor være med på å redusere antallet henvendelser til legevakten.

7 Kilder

1. Ot.prp. nr. 66 (1982-83) Lov om helsetjeneste i kommunene § 1-3.
2. Ot.prp.nr.99 (1998-99) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 2-7.
3. FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene
4. Rapport 1996: 1. Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1996.
5. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor lægeforen 2000; 120: 815-8.
6. AFIs Rapportserie 1996: 2. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 1996.
7. Hunskår S, ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, 2009
8. Moe E, Bondevik GH. Hvorfor velger pasienten legevakten fremfor fastlegen? Sykepleien forskning 2008; 3: 128-34.
9. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508-9.
10. Aasmoe N, Andersen CM, Hunskår S et al. Kartlegging av pasienttilstrømming til Porsgrunn legevakt 2006 - Rapport. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
11. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 2. utg. Oslo: Den norske Lægeforening, 1999.
12. Morken T, Hunskår S, Blinkenberg J et al. Legevaktorganisering i Norge. Bergen: Nasjonalt legevaktregister 2007, Unifob Helse, 2008.
13. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GH et al. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1335-8.
14. Hansen EH, Hunskår S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1344-6.
15. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 506-7.
16. Hansen EH, Hunskår S. Development, implementation, and pilot study of a sentinel network (The Watchtowers) for monitoring emergency primary health care activity in Norway. BMC Health Services Research 2008; 8:62
17. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4/2007. Oslo: NAV, 2007.

18. Steen TW, Jørgensen JE, Birkeland GL et al. Legevakt i Vest-Agder. En kartleggingsundersøkelse i 15 kommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2976 – 9.
19. Halvorsen I, Meland E, Bærheim A. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 15-7.
20. Prosjektrapport 6/11-2008. Fremtidens Storbylegevakt. Oslo: Helse Sør-Øst, 2008
21. Forprosjekt våren 2008. Fremtidens Storbylegevakt i Oslo. Oslo: Helse Sør-Øst, 2008
22. Solholm K. Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Oslo: Senter for helseledelse og helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2003.
23. Grytten J, Skau I, Aasland OG. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1850-2.
24. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
25. Tollefsen L, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 23: 1327-9.
26. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365-6.
27. Rapport. Brukernes vurdering av legevaktstjenester i Oslo. Oslo: Norsk Gallup Institutt, 2002
28. Bjørndal A, Arntzen E, Johansen A. Salaried and fee-for-service general practitioners: is there a difference in patient turnover? Scandinavian Journal of Primary Health Care 1994; 12: 209-13