

Forskjeller i henvendelse til legevakten

Sammendrag

Bakgrunn. Henvendelser til legevakt er tidligere ikke blitt systematisk kartlagt i Norge og det finnes ikke nasjonale data. Artikkelen rapporterer henvendelser og ulike tiltak iverksatt ved hver henvendelse, med data fra en pilotstudie fra tre legevakter.

Materiale og metode. Nes, Nordhordland og Tromsø legevakter registrerte alle henvendelser gjennom hele døgnet i fire uker våren 2006. Variabler og definisjoner ble gjennomgått og avklart med legevaktene før registreringstart. En prosjektkoordinator ved hver legevakt hadde ansvar for å kvalitetssikre og sende inn data hver uke.

Resultater. Det ble registrert i alt 5 041 henvendelser i fireukersperioden. Det var stor forskjell i henvendelser mellom legevaktene, fra 29 til 84 per 1 000 innbyggere. Det var stor overvekt av grønn hastegrad i Nes og Nordhordland legevakter. Tromsø legevakt hadde dobbelt så høy prosentandelen av rød hastegrad i forhold til de to andre legevaktene. Andel legekonsultasjoner varierte, mens andel sykebesøk og utrykning med lege og ambulanse var lav i alle legevaktene.

Fortolkning. Denne pilotstudien viser store forskjeller for mange forhold hva angår henvendelser til legevakt. Pilotstudien gir grunnlag for å starte en representativ hovedstudie.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1334

Elisabeth Holm Hansen

elisabeth.holm-hansen@isf.uib.no

Steinar Hunsikår

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Kalfarveien 31

5018 Bergen

og

Seksjon for allmenntilleggsmedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Det finnes ingen fast nasjonal registrering av driftsdata fra legevakt, verken når det gjelder antall henvendelser, hvem som henvender seg, hastegrader eller hvilke tiltak som blir satt i verk. Lokalt finnes det noen steder registrering av antall pasienter som henvender seg til legevakten eller legevaktsentralen, antall konsultasjoner og annet, men disse registreres forskjellig og har ulike definisjoner slik at det har vært umulig å sammenlikne dem. Heller ikke nasjonale registre som NAV (regningskort o.l.) er tilgjengelige for nasjonal statistikk.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (1) skal blant annet bidra til offentlig statistikk, overvåke utviklingstrekk og gi grunnlag for forskningsprosjekter. Senteret har derfor planlagt et prosjekt, Vaktårprosjektet, som ved hjelp av et representativt utvalg av kommuner eller legevaktdistrikter skal registrere relevante data. Som et ledd i utviklingen av prosjektet ble det våren 2006 gjennomført en pilotstudie ved tre ulike typer legevakter. Hovedhensikten med pilotstudien var å teste variabelsettet, registreringsverktøyet og praktiske forhold, samt å gi en første indikasjon på omfang og fordeling av henvendelser, konsultasjoner, hastegrad og ulike tiltak ved legevakt i Norge. Data fra pilotstudien danner grunnlaget for denne artikkelen, som omhandler henvendelser til legevakt og hvilke tiltak som ble iverksatt ved hver henvendelse.

Materiale og metode

Tre legevakter deltok i pilotstudien etter en åpen invitasjon i legevaktmiljøet og ved konferanser. Tromsø legevakt representerer en større bykommune (63 596 innbyggere), Nordhordland legevakt er en interkommunal ordning med sju kommuner (29 021 innbyggere) og Nes en mellomstor sentral landkommune (18 022 innbyggere) (2). Alle hadde organisert legevakten med døgkontinuerlig sykepleierbetjent legevaktsentral. Tromsø og Nordhordland legevakt hadde sykepleiere og lege til stede i legevaktlokalet hele døgnet, mens Nes hadde vaktlege i et

Ramme 1

Definisjon av hastegrader ifølge Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (3)

Grønn hastegrad: Vanlig

- Tilstander som ikke haster mer enn at de kan vente til første passende anledning. Lokale instruksjoner bør utarbeides for håndtering etter ulik tid på døgnet

Gul hastegrad: Haster

- Mulig alvorlig tilstand der vitale funksjoner kan bli truet og det er behov for rask situasjonsvurdering av lege

Rød hastegrad: Akutt

- Tidskritisk tilstand som er livstruende eller potensielt livstruende der vitale funksjoner er ustabile eller truet

annet lokale enn sykepleier på dagtid alle hverdager.

De tre legevaktene registrerte alle henvendelser gjennom døgnet hver dag i fire uker, fra 6.3. 2006 til 2.4. 2006. Følgende variabler ble registrert for hver henvendelse/pasient: bostedskommune (kommunennummer og kommunenavn), år, ukenummer, ukedag, tid på døgnet, kjønn, alder, hvem ringer/kontaktmåte, hastegrad og tiltak for hver henvendelse. Det ble ikke registrert diagnoser, symptomer eller problemstilling for pasientenes henvendelse. Tid på døgnet var definert som dag (kl 0800–1529), ettermiddag (kl 1530–2259) og natt (kl 2300–0759). Hastegrad ble registrert i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (ramme 1) (3). Data ble innhentet på individnivå og hver innkomne henvendelse til legevakten utgjorde en unik registrering i matrisen. Data fra hver uke, som var definert fra mandag kl 00 til og med søndag kl 24 i samme uke, ble sendt til Nasjonalt kompetansesenteret.

Hovedbudskap

- Store forskjeller i henvendelsesrate og fordeling av hastegrader forekom mellom tre ulike legevakter
- En tredel av henvendelsene ble avklart ved råd fra sykepleier alene
- Andel sykebesøk og utrykning med lege og ambulanse var lav ved alle legevaktene

ter for legevaktmedisin innen utgangen av påfølgende onsdag.

Sykepleiere på vakt sto for registreringen. Alle variablene og mulige tolkninger ble gjennomgått og avklart med samtlige sykepleiere og deres ledere før oppstart i møter med prosjektleder. Registreringsskjemaet ble testet hos de ulike legevaktene før registreringsstart. Sykepleierne hadde ansvaret for å registrere henvendelsene til legevakten fortløpende, mens kvalitetssikring og inn-sending av data ble delegert til en definert prosjektkoordinator ved hver legevakt. Prosjektkoordinator skulle sikre at data var korrekt registrert, og at data fra alle henvendelser ble registrert i hver uke.

Senteret hadde utarbeidet et registrerings-skjema i et Excel regneark som ble benyttet av Nes og Nordhordland legevakt. Tromsø benyttet et egenutviklet elektronisk registreringsprogram som var spesielt tilpasset pilotstudien formål, og programmet var testet og godkjent av Senteret på forhånd.

Resultatene ble analysert i statistikkprogrammet SPSS versjon 13.0, det ble brukt khikvadrattester og statistisk signifikans ble definert som $p < 0,05$.

Resultater

Henvendelser

Totalt ble det registrert 5 041 henvendelser til de tre legevaktene i registreringsperioden i et befolkningsgrunnlag på til sammen 110 639 innbyggere. Raten for alle henvendelser samlet i fire uker var 46 per 1 000 innbyggere, med 29 i Tromsø, 47 i Nes og 84 i Nordhordland. Samlet andel kvinner var 55 %, med små variasjoner mellom legevaktene. Det var signifikante forskjeller i aldersfordelingen mellom pasienter som henvendte seg til de tre legevaktene ($p < 0,0001$). Samlet sto aldersgruppen 0–14 år for en tredel av henvendelsene. Personer over 60 år hadde lavest henvendelsesandel ved alle tre legevaktene (tab 1).

Av alle henvendelsene ble 64 % registrert på hverdager, 36 % i helgene. Fordelingen av henvendelser til de tre legevaktene var ganske lik mellom ukedagene (resultater ikke vist), men fordelingen mellom ulike tider på døgnet varierte mye. Henvendelsesraten per 1 000 innbyggere på dagtid på hverdager var sju ganger så høy ved Nordhordland som ved Tromsø legevakt, mens henvendelsesratene for natten var ganske lik mellom legevaktene. Figur 1 viser henvendelsesraten per 1 000 innbyggere ulike tider på døgnet alle ukens dager. Pasientene kontaktet legevakten oftest per telefon i Nes (83 %) og Nordhordland (91 %) i motsetning til Tromsø, der kun 25 % av pasientene ringte på forhånd. Henvendelser fra AMK-sentralen utgjorde under 2 % av henvendelsene ved alle legevaktene.

Hastegrad

Det var signifikante forskjeller i fordelingen av registrerte hastegrader mellom legevak-

tene ($p < 0,0001$) (fig 2), med stor overvekt av grønn hastegrad i Nes og Nordhordland, mens Tromsø hadde like stor andel av gul og grønn hastegrad. Rød hastegrad utgjorde 7 % i Tromsø, dette var mer enn det dobbelte av den i Nes og Nordhordland. Aldersgruppen over 60 år hadde størst andel rød hastegrad i alle legevaktene og andel rød hastegrad var høyest om natten.

Tiltak

Tabell 2 viser hvilke registrerte tiltak henvendelsene førte til. Det var store forskjeller i rater for legekonsultasjoner og sykepleieråd som avsluttende tiltak. Nes og Nordhordland hadde samsvarende prosentandel legekonsultasjoner ved gule hastegrader (71 % og 76 %), men Tromsø hadde 83 %. Tromsø hadde også høyest prosentandel legekonsultasjoner ved grønne og røde hastegrader og høyest prosentandel legekonsultasjon i alle aldersgrupper.

Andel uttrykning ved lege og ambulanse og sykebesøk ved lege var høyest i aldersgruppen over 60 år ved alle de tre legevaktene. Det var ingen sykebesøk i aldersgruppen 0–14 år ved noen av legevaktene.

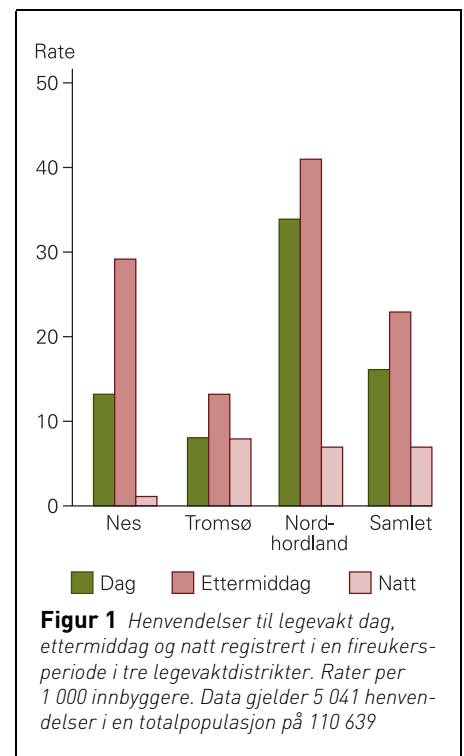
Diskusjon

Pilotstudien ble gjennomført etter planen og uten større praktiske problemer. Registreringsrutinene fungerte, og erfaringene gir grunnlag for å utvikle Vaktårprosjektet til et nasjonalt representativt nivå. Utvalget av legevakter i pilotstudien var strategisk valgt, og selv om et stort innbyggertall gir stabile resultater selv for en fireukersperiode, vet vi ikke hvor representative våre legevakter er i forhold til landet for øvrig. Vi vil derfor legge mindre vekt på absoluttnivåene for henvendelser og tiltak, men heller understreke de store forskjellene som er avdekket mellom de tre legevaktene. Like fullt er dette sannsynligvis den største og mest systematiske undersøkelse som er gjort av legevakt-henvendelser i Norge.

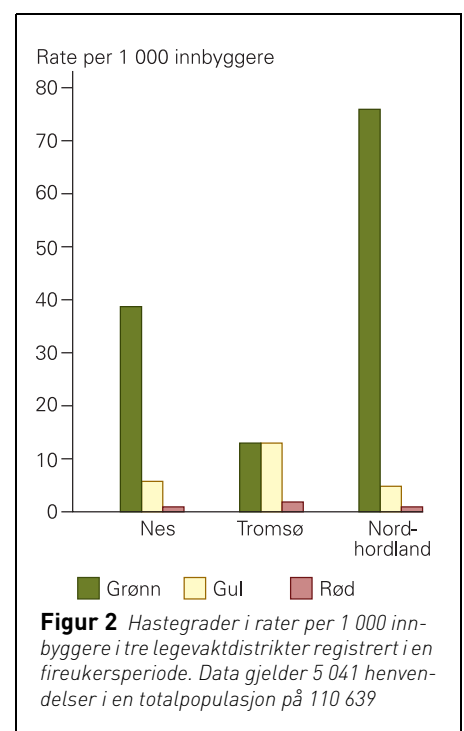
Resultatene tyder på at legevaktaktiviteten i Norge er veldig forskjellig fra kommune til kommune, og at befolkningens bruk av og kommunenes planleggingsbehov for legevaktjenesten varierer uavhengig av oppstøtte medisinske behov i streng forstand, noe som må antas å være ganske likt i et land som Norge. Stor variasjon i rater for henvendelser på dagtid kan skyldes dårligere tilgjengelighet til fastlegene i noen kommuner enn i andre. En registreringsstudie fra 2004 ved Skien om legevaktsøkning og fastlegeordningen (4) viste at dårlig tilgjengelighet ved legekontorer i hovedsak skyldes ulikheter i telefontilgjengelighet og ulik kapasitet til å ta imot øyeblikkelig hjelp, samt ulik grad av serviceinnstilling ved legekontorene. Fastlegens tilgjengelighet er ikke undersøkt i denne studien, men kan være en mulig årsak til den høye henvendelsesraten i Nordhordland. Registreringsstudien om fastlegeordningen og legevakt i Bergen fra

Tabell 1 Henvendelser fordelt på alder i rate per 1 000 innbyggere registrert i en fireukersperiode i tre legevakter. Data gjelder 5 041 henvendelser i en totalpopulasjon på 110 639 innbyggere

Alder (år)	Nes	Tromsø	Nordhordland
0–14	18	8	28
15–34	9	10	23
35–59	12	7	18
60+	7	4	13



Figur 1 Henvendelser til legevakt dag, ettermiddag og natt registrert i en fireukersperiode i tre legevakt-distrikter. Rater per 1 000 innbyggere. Data gjelder 5 041 henvendelser i en totalpopulasjon på 110 639



Figur 2 Hastegrader i rater per 1 000 innbyggere i tre legevakt-distrikter registrert i en fireukersperiode. Data gjelder 5 041 henvendelser i en totalpopulasjon på 110 639

Tabell 2 Tiltak for alle henvendelser registrert i fireukersperioden ved de tre legevaktene, vist ved totalantall, prosentfordeling mellom tiltakene og rater per 1 000 innbyggere

	Nes			Tromsø			Nordhordland			Alle		
	N	(%)	Rate per 1 000	N	(%)	Rate per 1 000	N	(%)	Rate per 1 000	N	(%)	Rate per 1 000
Sykepleierråd	220	26	12	334	18	5	1 070	44	37	1 624	32	15
Telefonkonsultasjon ved lege	120	14	7	89	5	1	102	4	4	311	6	3
Konsultasjon ved lege	454	54	25	1 304	73	21	1 151	48	40	2 909	58	26
Utrykning ved lege og ambulanse	7	1	0,3	29	2	0,5	24	1	0,8	60	1	0,5
Sykebesøk ved lege	13	2	0,7	14	1	0,2	4	0	0,1	31	1	0,3
Annet ¹	23	3	1	17	1	0,3	62	3	2	102	2	1
Mangler	3			0			1			4		
Totalt	840	100		1 787	100		2 414	100		5 041	100	

¹ Utsending av ambulanse uten lege, henvisning til politi, krisesenter etc.

2004 (5) viste at tre firedeler av dem som oppsøkte legevakten i Bergen, ikke hadde forsøkt å kontakte fastlegen først, og av dem som hadde henvendt seg til fastlegen var det bare 8 % som fikk time samme dag.

En mulig forklaring på at flesteparten i Nordhordland kontaktet legevakten per telefon kan være at legevakten har vært tydelig i informasjonen til innbyggerne. Ledelsen og de ansatte har «oppdradd» befolkningen til å kontakte legevakten per telefon og vært konsekvente med denne rutinen. Legevakt-sentralen i Nes har ikke har lege til stede på dagtid på hverdager, men lege i vaktberedskap på legekantor. Det kan være en forklaring på at innbyggerne i Nes også tok kontakt med legevakten per telefon.

Det var stor variasjon i andel gitte sykepleierråd ved de tre legevaktene. Grunnen til at Tromsø hadde lavest andel sykepleierråd kan være flere. Men 72 % av pasientene som henvendte seg til Tromsø legevakt, kom

direkte til legevakten uten å ringe først, og det vil ofte være lettere å gi pasientene tilbud om legekonsultasjon når de først står i legevaktlokalet. En annen mulig forklaring på lavest andel sykepleierrådgivning i Tromsø kunne være at de hadde en langt høyere rate for gul og rød hastegrad enn de to andre legevaktene. I henhold til Medisinsk indeks skal sykepleier ikke gi råd som endelig tiltak ved gul og rød hastegrad.

Den lave sykebesøksandelen og utrykning ved lege og ambulanse i de tre legevaktene skyldes i denne studien ikke bare etablering av interkommunal ordning da andelen sykebesøk og utrykning lege og ambulanse også var lav ved de kommunale legevaktene.

Det er stort behov for legevaktepidemiologiske data i Norge, men mangel på et nasjonalt system som overvåker relevante aktivitetsdata. Utvikling av et system for innhenting av data fra et stort representativt utvalg er sannsynligvis det eneste som kan gjennom-

føres med tilstrekkelig kvalitet og validitet per i dag. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har sett det som sin oppgave å etablere et slikt monitoreringssystem, og basert på erfaringene fra pilotstudien gjennomfører vi et fullskalaprojekt fra 2007.

Litteratur

1. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. www.legevaktmedisin.no (6.1.2006).
2. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde (6.1.2006).
3. Den norske lægeforsening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 2. utg. Oslo: Den norske lægeforsening, 1999.
4. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508–9.
5. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365–6.

Manuskriptet ble mottatt 18.1. 2007 og godkjent 27.3. 2007. Medisinsk redaktør Kjetil Søreide.