

2021

EKSPERTGRUPPE LEGEVAKT:

Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning

Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet
november 2021

Oversikt og definisjon av sentrale begrep

Begrep	Definisjon
Aktiv tjeneste	Aktivitet som medfører takster der legevaktlege sender refusjonskrav etter pasientkontakt. Informasjonen lagres i KUHR.
Akuttmedisinforordningen	Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. av 20.3.15 nr. 231.
Akuttmedisinsk beredskap	Forberedte tiltak som kan iverksettes for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske helsetjenester.
Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral)	Spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske fagsentral for mottak og håndtering av henvendelser om behov for medisinsk nødhjelp og ambulanseoppdrag.
Akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus	Medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjeneste.
Alvorlighetsgrad	Klassifisering av sykdom eller skade etter behandlingsbehov og grad av organsvikt.
Antall kontakter / konsultasjoner i KUHR	Antall unike regninger. Én regning tilsvarer én kontakt/konsultasjon.
Antall leger i KUHR	Antall unike helsepersonellnumre.
Avtalekommune	Kommunen fastlegen har avtale med.
Bakvakt	Kan inkludere kompetansebakvakt, beredskapsbakvakt og volumbakvakt (se tabell 1 under). Tilsvarer «Bakvakt» i mandatet.
Behandlerkommune	Kommunen hvor behandlingen finner sted (én fastlege kan behandle pasienter bosatt i ulike kommuner).
Boksplott	Et boksplott er en kompakt, men effektiv måte å beskrive dataene på. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. Median er den midterste verdien når man rangerer verdiene i stigende rekkefølge. Boksens bunn og topp viser første og tredje kvartil. En fjerdedel av verdiene i hver ende ligger utenfor boksen, illustrert med de to vertikale "halene". Halene strekker seg til minimums- og maksimumsverdiene. Når avstanden blir veldig stor, vises verdiene som prikker.
Bostedskommune	Kommunen pasienten bor i (kan avvike fra behandlerkommune, pga. reiser eller lignende).
Daglegevakt	Daglegevakt er den legevaktordning som kommunen har etablert i kontortiden.
Fastlegeforskriften	Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 29.8.12 nr. 842.
FLO	Brukes her som angivelse av datagrunnlag hentet fra Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen.
Hastegrad	Gradering som forteller i hvilken grad det haster med respons på en hendelse. I henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) deles

	hastegrad inn i kategoriene Akutt (rød), Haster (gul) og Vanlig (grønn). NIMN brukes ved telefonhenvendelser.
Helfo	Helsedirektoratets ytre etat (opprinnelig Helseøkonomiforvaltningen).
Helse- og omsorgstjenesteloven	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.6.11 nr. 30.
Helsepersonelloven	Lov om helsepersonell m.v. av 2.7.99 nr. 64.
Helsetilsynsloven	Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. av 15.12.17 nr. 107.
Hjemmevakt	Beredskapsvakt i eget hjem. Tilsvarende «Beredskapsvakt» i mandatet.
HPR-nummer	Helsepersonellnummer.
Interkommunal legevaktordning	Samarbeid mellom flere kommuner om drift av legevakt.
KAD	Kommunale akutte døgnplasser. Kalles også Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).
KUHR	Kontroll og utbetaling av helserefusjoner. Et system for å håndtere refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo).
Legevakt	Organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig medisinsk hjelp og iverksette den oppfølging som anses nødvendig.
Legevaktdistrikt	Geografisk område der en navngitt legevakt har ansvaret for akutt medisinsk hjelp. Et legevaktdistrikt kan omfatte flere kommuner som samarbeider om legevaktforpliktelsene (se tabell V2.X for en oversikt over legevaktdistrikt og tilhørende kommuner).
Legevaktpersonell	Personell som jobber på legevakten.
Norsk indeks for medisinsk nødhjelp	Et norskutviklet veilednings- og støttesystem for fastsettelse av hastegrad, valg av respons, medisinsk rådgivning og instruksjon. Er utviklet for ansatte i AMK- og legevaktsentral.
Operatør	Personell som håndterer telefonhenvendelser og Nødnett.
Praksistype i KUHR	Legevakt: Kontakter hvor «praksistype» i KUHR er satt til legevakt eller legevakt kommunal og kveldstakster er brukt (se vedleggstabell V2.1). Fastlegearbeid: Kontakter hvor «praksistype» i KUHR er satt til fastlege eller fastlønnet og dagtakster er brukt (se vedleggstabell V2.1).
Rammeavtalen (ASA 4310)	Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene for perioden 2013 - 2014 (prolongert frem til 31.08.2022).
Rammeavtalen (Oslo)	Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen (oppsagt, under reforhandling høsten 2021).
ROS-analyse	Risiko- og sårbarhetsanalyse
Samtidighetskonflikt	En situasjon hvor det oppstår en hendelse som blir kategorisert som et akutt- eller hasteoppdrag, og hvor det ikke er ledig kapasitet i området til å løse oppdraget umiddelbart.

Sentralitetsindeks	SSBs sentralitetsmål. Skala fra 1 (mest sentralt) til 6 (minst sentralt).
Spesialist i allmennmedisin	Lege som har fullført utdanning og er godkjent som spesialist i allmennmedisin.
Særavtalen (KS)/SFS 2305	Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen, tariffperioden 01.01.2021- 31.12.2021.
Sykebesøk	Konsultasjon foretatt av fastlege eller legevaktlege i pasientens hjem eller institusjon der pasienten bor.
Tidsangivelser i KUHR	Dag: Kl. 08.00-15.59. Kveld: Kl. 16.00-22.59. Natt: Kl. 23.00-07.59.
Triagering	Prosess der en vurderer hastegrad og prioriterer pasienter basert på alvorlighetsgrad av skade eller sykdom
Utrykning	Når vakthavende lege reiser ut til en hendelse som har fått hastegrad rød respons
Vaktklasser	Vaktklasser beskriver hvor mange leger som til enhver tid bør eller skal være del av vaktordningen i kommunen iht. særavtalens § 8. Ref. tabell 2.
Tilstedevakt	Lege i vakt er til stede i eget lokale på daglegevakt/legevakt
ØHD	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen for pasienter som trenger observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke behøver innleggelse i sykehus. Kalles også kommunal akutt døgnetenhet (KAD).
Øyeblikkelig hjelp-innleggelse	Henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon. Gjelder pasienter som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie – med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.
8.2-avtale	Kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell mot at fastlegen betaler et månedlig eller årlig beløp for dette.

Tabell 1: Kategorisering av typer legevaktarbeid for leger

Arbeidstype	Arbeidsform	
	Hjemmevakt (lege er hjemme, men rykker ut ved behov)	Tilstedevakt (lege er på legevakten i arbeidstiden, rykker ut ved sykebesøk og utrykning)
Vanlig legevakt		
Bakvakt:		
1. Kompetansebakvakt grunnet manglende selvstendig vaktkompetanse hos vaktlegen		
i. Beredskapsbakvakt (for akutte hendelser i befolkningen på grunn av store avstander)		
ii. Volumbakvakt (på grunn av stor pågang som overstiger normal bemanning på legevakten)		

Både arbeidsform og arbeidstype kan ha ulike kombinasjoner, for eksempel vanlig legevakt som hjemmevakt. (Kategorisering og beskrivelser innhentet fra Jesper Blinkenberg, leder ved NKLM)

Tabell 2: Vaktklasser

Vaktklasse	Antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per vakt
1	0 – 10 min.
2	11 – 25 min.
3	26 – 45 min.
4	Over 45 min.

Innhold

1 Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte	13
1.1 Bakgrunn for mandatet	13
1.1.1 Ekspertgruppens mandat	13
1.2 Midtveisrapport til Helse- og omsorgsdepartementet	15
1.3 Om ekspertgruppen og mandatet	15
1.4 Ekspertgruppens arbeid	16
2 Sammendrag	21
3 Verdier	25
3.1 Likeverdige helse- og omsorgstjenester	25
3.2 Trygge og tilgjengelig helsetjenester	26
3.3 Pasientens helsetjeneste	26
3.4 Stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet	27
3.5 Nærhet og kvalitet	27
4 Historie, dagens situasjon og organisering	29
4.1 Historisk utvikling legevakt	29
4.2 Dagens legevakt	31
4.2.1 Organisering	31
4.2.2 Bemanning	34
4.2.3 Triagering og pasientstrøm	35
4.2.4 Finansiering og kostnader	36
4.2.5 Kvalitetsforbedringer og brukererfaringer	36
4.3 Legevakt som del av den en akuttmedisinske kjede	37
4.4 Fastlegeordningen og legevakt	39
4.4.1 Om fastlegeordningen	39
4.4.2 Finansiering av fastlegeordningen	39
4.4.3 Fastlegens deltakelse i legevakt	40
4.4.4 Utfordringer i fastlegeordningen	40
5 Utfordringsbildet	42
5.1 Kommunens ansvar	42
5.1.1 Ledelse og styringssystem	42
5.1.2 Utvidelse av ansvar	43
5.2 Bemanning og rekruttering	43
5.2.1 Rekrutteringsutfordringer	43
5.2.2 Vaktbelastning i legevakt	44
5.3 Bruk av legevakten/pasientstrøm	45
5.3.1 Manglende tilgjengelighet i fastlegeordningen	45

5.4 Kvalitet og kompetanse	47
5.4.1 Fastlegens kunnskap/kjennskap til pasienter	47
5.4.2 Opplæring på legevakt	47
5.4.3 Samtreening med kolleger og andre samarbeidende instanser	47
5.4.4 Triagering	47
5.5 Driftskostnader og avlønning i legevakt	47
5.5.1 Kommunens kostnader	47
5.5.2 Avlønning på legevakt	48
5.6 Sammenhengende system for akuttmedisinske tjenester og samarbeid	48
5.6.1 Samhandling med spesialisthelsetjenesten	48
5.6.2 Samarbeidsavtaler, ROS-analyser, lokaliseringsutfordringer	49
6 Rammeverk	50
6.1 Overordnet rammeverk: Helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter	50
6.1.1 Kommunens «sørge for-ansvar»	50
6.1.2 Kravet til forsvarlige helsetjenester	50
6.1.3 Minimumskrav til bemanning og kvalifikasjoner	51
6.2 Organisering av legevakt – legevakt som integrert del av fastlegeordningen	52
6.3 Det kollektive regelverket – overordnet om avtaleverket for legevakt	53
6.4 Avtaleverket på KS-området	53
6.4.1 Om avtaleverket	53
6.4.2 Avtalt unntak fra arbeidstidsbestemmelsene: særavtalens § 3	54
6.4.3 Legevakt på dagtid: særavtalens § 6	55
6.4.4 Legevakt utenom ordinær arbeidstid: særavtalens § 7-9	56
6.4.4.1 Hvem har plikt til å delta i legevakt?	56
6.4.4.2 Generelle bestemmelser for legevakt utenom ordinær åpningstid: §§ 7-9	56
6.4.4.3 Arbeidstidsbestemmelser og godtgjøring for legevakt utenom ordinær arbeidstid, § 8	57
6.5 Avtaleverket i Oslo kommune	59
6.5.1 Utgangspunkt og organisering av legevakten	59
6.5.2 Rammeavtalen for næringsdrivende leger som deltar i legevakt i Oslo	60
6.5.2.1 Innledning	60
6.5.2.2 Legevakt på dagtid	60
6.5.2.3 Legevakt utenom ordinær arbeidstid	60
6.5.2.4 Særavtalen for ansatte leger	61
7 Datakilder	63
7.1 Innhenting av datakilder	63
7.2 Tidsbruksundersøkelsen	64
7.2.1 Spørreskjema – utvikling og innhold	64
7.2.2 Utvalg og utsendelse	65
7.2.3 Representativitet	65
7.2.4 Bemerkninger til data/undersøkelsen	65

7.3 Fastlegeevalueringen – spørreundersøkelse til fastleger, spørreundersøkelse til kommuner	66
7.3.1 Spørreskjema – utvikling og innhold	66
7.3.2 Utvalg og utsendelse	67
7.3.3 Representativitet	67
7.3.4 Spørreskjema – utvikling og innhold	67
7.3.5 Utvalg og utsendelse	67
7.3.6 Representativitet	67
7.3.7 Bemerkninger til data/undersøkelsene	67
7.4 Nasjonalt legevaktregister	68
7.4.1 Spørreskjemaet – utvikling og innhold	68
7.4.2 Utvalg og utsendelse	68
7.4.3 Bemerkninger til data	68
7.5 Legevakt 2020, resultater fra en spørreundersøkelse (KS)	69
7.5.1 Utvalg og utsendelse	69
7.5.2 Spørreskjemaet – utvikling og innhold	69
7.5.3 Representativitet	69
7.5.4 Bemerkninger til data/undersøkelsen	69
7.6 KUHR	70
7.6.1 Bemerkninger til data	70
7.7 Helfo basistilskudd-rapport og FLO (kun for fastlegens alder) (brukt istedenfor Fastlegeregisteret)	70
7.8 Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene	71
7.8.1 Spørreskjemaet – utvikling og innhold	71
7.8.2 Utvalg og utsendelse	72
7.8.3 Representativitet	72
7.8.4 Bemerkninger til data/undersøkelsen	73
7.9 Datakilder til publiserte resultater som inngår i ekspertgruppens kartlegging	73
8 Kartlegging av vaktbelastning i legevakt	75
8.1 Timer i aktiv tjeneste	75
8.1.1 Publiserte resultater	75
8.1.2 Analyseresultater	75
8.2 Timer i vakt i ulike vakttyper; tilstedevakt, bakvakt, beredskapsvakt/hjemmevakt	84
8.2.1 Publiserte resultater	84
8.2.2 Analyseresultater	85
8.3 Kommuner som praktiserer beredskapsvakt med tilstedeværelse grunnet lang reiseavstand	88
8.3.1 Publiserte resultater	88
8.3.2 Analyseresultater	88
8.4 Hvem dekker legevakter i kommunen?	89
8.4.1 Publiserte resultater	89

8.4.2 Analyseresultater	89
8.5 Vaktklasser i kommunal og interkommunal legevakt	92
8.5.1 Publiserte resultater	92
8.5.2 Analyseresultater	92
8.6 I hvilken grad tar legen fri etter legevakt	93
8.6.1 Publiserte resultater	93
8.6.2 Analyseresultater	93
8.7 Hvem betjener legevaktfunksjonen på dagtid	95
8.7.1 Publiserte resultater	95
8.7.2 Analyseresultater	95
8.8 Andre faktorer ekspertgruppen vurderer som relevante for vaktbelastning	95
8.8.1 Vaktordninger	96
8.8.2 Belastning i vakt	96
8.8.3 Aldersfordeling blant fastleger i Norge	97
8.9 Oppsummering av resultater	97
9 Kartlegging av organisering av legevakt og legevaktmodell i lys av kommune karakteristika	99
9.1 Fordeling av vaktansvar på fastleger og legevaktleger på henholdsvis kveld og natt	99
9.1.1 Publiserte resultater	99
9.1.2 Analyseresultater	99
9.2 Reisetid til nærmeste sykehus med akuttfunksjon (avstand til nærmeste sykehus/akuttmottak)	102
9.2.1 Publiserte resultater	102
9.2.2 Analyseresultater	103
9.3 Antall fastleger (næringsdrivende/næringsdrivende med 8.2-avtaler og fastlønnede fastleger) i kommunen	105
9.3.1 Publiserte resultater	105
9.3.2 Analyseresultater	106
9.4 Er det sykepleier og annet helsepersonell fast til stede på legevakt og når på døgnet	109
9.4.1 Publiserte resultater	109
9.4.2 Analyseresultater	109
9.5 Kommuner med tre eller færre leger i vaktordningen	114
9.5.1 Publiserte resultater	114
9.5.2 Analyseresultater	114
9.6 Interkommunalt legevaktsamarbeid	115
9.6.1 Publiserte resultater	115
9.6.2 Analyseresultater	116
9.7 Bemanning av andre akuttmedisinske døgntilbud samtidig som legevakt, for eksempel kommunale akutte døgnplasser	118
9.7.1 Publiserte resultater	118
9.7.2 Analyseresultater	118

9.8 Tilknytning til øvrig akuttmedisinsk kjede (samlokalisert med sykehus/ambulansestasjon/ akuttmottak/annen institusjon)	119
9.8.1 Publiserte resultater	119
9.8.2 Analyseresultater	119
9.9 Årsak for valg av legevaktorganisering	119
9.9.1 Publiserte resultater	119
9.9.2 Analyseresultater	120
9.10 Ulik organisering avhengig av tid på døgnet	122
9.10.1 Publiserte resultater	122
9.10.2 Analyseresultat	122
9.11 Andre faktorer ekspertgruppen anser som relevant for organisering	123
9.12 Oppsummering av resultater	124
10 Kartlegging av pasientstrøm i legevakt	126
10.1 Pasientkarakteristika	126
10.1.1 Publiserte resultater	126
10.1.2 Analyseresultater	126
10.2 Antall konsultasjoner, inkludert telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger	129
10.2.1 Publiserte resultater	129
10.2.2 Analyseresultater	129
10.3 Tidspunkt for konsultasjon	130
10.3.1 Publiserte resultater	130
10.3.2 Analyseresultater	130
10.4 Tidspunkt for konsultasjon per diagnose	133
10.4.1 Publiserte resultater	133
10.4.2 Analyseresultater	133
10.5 Konsultasjonens varighet	134
10.5.1 Publiserte resultater	134
10.5.2 Analyseresultater	135
10.6 Diagnoser/årsak for konsultasjon, hastegrad	136
10.6.1 Publiserte resultater	136
10.6.2 Analyseresultater	139
10.7 Alvorlighet for konsultasjon basert på triageringskode grønt/gult/rødt fordelt på dag/ettermiddag/kveld/natt.	139
10.7.1 Publiserte resultater	139
10.7.2 Analyseresultater	139
10.8 Andre faktorer ekspertgruppen vurderer som relevant for pasientstrøm	140
10.9 Oppsummering av resultater	140
11 Ekspertgruppens drøftinger og anbefalinger	142
11.1 Oppsummering av resultater	142
11.2 Punkter i mandatet som ikke fullt ut har blitt besvart	143

11.2.1 «Funnene bør i den grad det er mulig sees i sammenheng med øvrige arbeidsoppgaver i allmennlegetjenesten, som for eksempel listelengde»	144
11.3 Behov for data og analyser	145
11.4 Samspillet mellom fastlege og legevakt – utfordringene	145
Referanser	148
Vedlegg 1	154
Vedlegg 2	159
Vedlegg 3	167
Vedlegg 4	189
Vedlegg 5	190
Vedlegg 6	196

1 Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte

1.1 Bakgrunn for mandatet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) oppnevnte i januar 2021 Ekspertgruppe legevakt for å kartlegge vaktbelastning og skaffe økt innsikt om legevaktsarbeid. Oppnevnelsen av ekspertgruppen og kartleggingen er et av tiltakene i regjeringens Handlingsplan for allmennlegetjenesten fra 2020. Handlingsplanen beskriver hva som må gjøres for å få faglige sterke allmennlegetjenester og en attraktiv og robust fastlegeordning. Ekspertgruppens mandat og sammensetning er utarbeidet sammen med partene i trepartssamarbeidet.

1.1.1 Ekspertgruppens mandat

Mål for arbeidet

Formålet med ekspertgruppens arbeid er å styrke kunnskapsgrunnlaget, for å understøtte det videre arbeidet med å utvikle en bærekraftig legevaktordning på tvers av kommuners størrelse og sentralitet. Ekspertgruppen skal kartlegge vakt situasjonen i dagens legevaktordning ved å skaffe til veie statistikk og analysere data som bidrar til økt innsikt om vaktbelastning, sammensetning av type leger som dekker legevakt og organisering av legevakttjenester. Videre skal ekspertgruppen i samråd med statistikere innhente ny og/eller utvikle eksisterende data som svarer til dette formålet. Ved behov kan statistikkinnhenting suppleres med dybdeintervjuer eller spørreundersøkelser, for å få en helhetlig forståelse av utfordringene i dagens legevaktordning. Dette skal gi et kunnskapsgrunnlag som legges til grunn når veivalgene mot å bygge en bærekraftig legevaktordning skal tas.

Avgrensninger og oppgaver

Ekspertgruppens arbeid vil omfatte en kartlegging av dagens situasjon basert på oppgavene under. Funnene fra kartleggingen vil spille inn som kunnskapsgrunnlag til videre arbeid og utvikling av legevaktordningen. Ekspertgruppen oppfordres til å innhente kvalitativ informasjon i form av dybdeintervjuer eller spørreundersøkelser der de finner det hensiktsmessig.

a) Sammenstille en oppsummering av eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen, herunder legevaktplikt (lov/forskrift), sørge-for-ansvar, og avtaleverk

b) For å kartlegge vaktbelastning, anbefales ekspertgruppen å innhente og/eller bruke representativ og oppdatert data på blant annet:

- timer i aktiv tjeneste
- timer i bakvakt
 - inkludert timer i bakvakt etter akuttmedisinforskriften §7
 - inkludert timer i bakvakt med utrykning
- timer i beredskapsvakt
- timer i beredskapsvakt med tilstedeværelse grunnet lang reiseavstand
- antall vakttimer betjent av fastlege vs ikke-fastlege, spesialist i allmennmedisin, innleid legevikar som bemanner legevakt
- antall leger som inngår i legevaktbemanningen fordelt på vaktklasser
 - inkludert antall leger på vakt samtidig
- i hvilken grad tar legen fri etter legevakt, og i hvilken grad opplever legen at rettigheten er praktisk gjennomførbar

- legenes reelle mulighet til å få innvilget søknad om vaktfritak eller vektige sosiale grunner
- tidsbruk i forbindelse med pasienttransport og medisinsk oppfølging ved henvisning til spesialisthelsetjenesten

c) For å kartlegge organisering av legevakt og legevaktmodell i lys av kommunekarakteristika, anbefales ekspertgruppen å innhente og/eller bruke representativ data på blant annet:

- fordeling av vaktansvar på fastleger og legevaktleger på henholdsvis kveld og natt
- avstand til nærmeste sykehus/akuttmottak
- antall fastleger (næringsdrivende/næringsdrivende med 8.2-avtaler og fastlønnede fastleger) i kommunen
 - inkludert antall kurative dager for fastlegene
- antall annet helsepersonell
- kommuner med mindre enn fire leger som inngår i vaktordningen, og i så fall hvor mange uker per år
- interkommunalt legevaktsamarbeid
 - bemanning av andre akuttmedisinske døgntilbud samtidig som legevakt, for eksempel sengepost ved sykestue.
- tilknytning til øvrig akuttmedisinsk kjede (samlokalisert med sykehus/ambulansesetasje/akuttmottak/annen institusjon eller ingen av disse)
- årsak og begrunnelse for valg av legevaktorganisering
- ulik organisering avhengig av tid på døgnet
- vurdering av hvorvidt interkommunalt samarbeid er tilstrekkelig utnyttet

d) For å kartlegge pasientstrøm i legevakt, anbefales ekspertgruppen å innhente og/eller bruke representativ data på blant annet:

- pasientkarakteristika
- antall konsultasjoner, inkludert e-konsultasjoner, sykebesøk og utrykninger
- tidspunkt for konsultasjon
- tidspunkt for konsultasjon per diagnose
- konsultasjonens varighet
- diagnoser/årsak for konsultasjon, hastegrad
- alvorlighet for konsultasjon basert på triageringskode grønt, gult, rødt fordelt på dag/ettermiddag/kveld/natt.

e) Funnene bør i den grad det er mulig sees i sammenheng med øvrige arbeidsoppgaver i allmennlegetjenesten, som for eksempel listelengde. Videre bør ekspertgruppen kartlegge og sammenlikne funn på basis av et utvalg av kommuner av ulik sentralitet og størrelse.

f) Sammenstille rapport hvor oppsummeringen i a) og kartleggingen b-e) presenteres

Kunnskapsgrunnlag

Kartleggingen og analysen skal baseres på data som reflekterer tjenesten og dagens legevaktordning. Det finnes allerede datakilder som beskriver deler av dette bildet, men det er behov for å kvalitetssikre og eventuelt supplere data for å få et robust faktagrunnlag for å fatte beslutninger i det videre arbeidet.

1.2 Midtveisrapport til Helse- og omsorgsdepartementet

Ekspertgruppe legevakt leverte midtveisrapport med beskrivelse av status for fremdrift og foreløpige funn til HOD 02.05.21. I midtveisrapporten inngikk møteplan og agendapunkter med eksterne innledere, informasjon om innledende arbeider, litteraturgjennomgang, status for sammenstilling av rammebetingelser og kartlegging og innhenting av datakilder. Det ble også beskrevet behov for datainnsamling og alternative løsninger for dette. Til slutt i rapporten ble det pekt på utfordringer i arbeidet. HOD hadde ingen kommentarer til midtveisrapporten.

1.3 Om ekspertgruppen og mandatet

Ekspertgruppen har bestått av seks medlemmer, med erfaring fra ulike områder innen legevakt, arbeidsrett og academia, og inkludere kommuneoverlege/fastlege som bemanner legevakt og leder fra kommunalt nivå med erfaring fra helse, omsorg og organisering av legevakt. Leder for ekspertgruppen har vært professor Tor Iversen. Ekspertgruppens sekretariatsfunksjon har vært ivaretatt av Folkehelseinstituttet (FHI).

Tabell 1.1: Ekspertgruppens medlemmer

Navn	Funksjon	Stilling
Tor Iversen	Leder	Professor, Institutt for Helse og Samfunn, UiO
Ståle Sagabråten	Medlem	Fastlege ved Nesbyen Legesenter, Nesbyen kommune
Marit Tuv	Medlem	Fastlege og kommuneoverlege, Vang Kommune
Inger Skeimo	Medlem	Advokat hos Kommuneadvokaten, Oslo kommune
Hege Lorentzen	Medlem	Helse- og rehabiliteringsleder, Dovre kommune til 31.07.21. Medisinsk fagsjef, avdeling Helse og velferd, KS fra 01.08.21.
Stian Wik Rasmussen	Medlem	Helseleder, Bodø kommune
Ylva Helland Kirsten Danielsen Angela S. Labberton Ingeborg Strømseng Sjetne Katrine Damgaard Skyrud Kjersti Helene Hernæs	Sekretariat	Seniorrådgiver Forsker Seniorrådgiver Seniorforsker (analytiker) Seniorforsker (analytiker) Forsker (analytiker) Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten, område for helsetjenester, FHI

Ekspertgruppe legevakt og dens mandat utgår fra Handlingsplanen for allmennlegetjenesten som et av flere tiltak for å møte utfordringene i dagens fastlegeordning. Ekspertgruppen legger dette til grunn i sin forståelse av mandatet. I de fleste kommuner er fastlegene i dag bærebjelkene i legevaktordningen. I kartleggingen og analysen vil gruppen derfor så langt som mulig se legevaktordningen i sammenheng med fastlegeordningen.

Ekspertgruppen har gjort valg tilknyttet følgende delspørsmål i oppgave b) i mandatet, kartlegging av vaktbelastning i legevakt:

- timer i bakvakt
- inkludert timer i bakvakt etter akuttmedisinforskriften § 7
- inkludert timer i bakvakt med utrykning
- timer i beredskapsvakt
- timer i beredskapsvakt med tilstedeværelse grunnet lang reiseavstand

Timer i bakvakt vil rapporteres samlet, og det vil ikke differensieres mellom timer i bakvakt etter akuttmedisinforskriften og timer i bakvakt med utrykning siden det ikke differensieres mellom de to formene for bakvakt i datagrunnlaget. Timer i beredskapsvakt og timer i beredskapsvakt med tilstedeværelse grunnet lang reisevei vil rapporteres separat.

1.4 Ekspertgruppens arbeid

Møteplan

Ekspertgruppen har gjennomført ti av ti planlagte møter; i februar, mars, april, mai, juni, august, september og oktober. I tillegg til de ti planlagte møtene hadde gruppen et ekstra møte i oktober der temaet var gjennomgang av kapitlet om analyser og oppsummering av arbeidet. Tabell 1.2 under gir en kort oppsummering av tema som inngikk i ekspertgruppens møter. På grunn av den pågående koronapandemien ble alle møtene gjennomført digitalt, med unntak av ett.

Ekspertgruppen inviterte eksterne foredragsholdere til møtene for å belyse tema som var relevante for mandatet. Foredragsholdere fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Legeforeningen og KS i tillegg til leder for ALIS-Nord, ledere for noen legevakter og kommunale helseledere fra ulike kommuner, deltok på møter i ekspertgruppen.

Tabell 1.2: Ekspertgruppens møteplan

Uke	Dato	Tema	Eksterne foredragsholdere
6	08.02.	Eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen. Presentasjon tilgjengelig kunnskap om problemstillingene Diskusjon videre arbeid	Avdelingsdirektør Maren Skaset, HOD. Advokat Hege Torvbråten, KS. Rådgiver/advokatfullmektig Christine Palm, Legeforeningen. Leder, Jesper Blinkenberg, NKLM.
10	08.03.	Presentasjon skisse sammenstilling rammebetingelser Vaktplaner i legevakt Presentasjon analyseskisse av KUHR-data Presentasjon av datakilder	Overlege/legevaksleder Jørn Kippersund, Søre Sunnmøre legevakt. Fagdirektør Kjetil Telle og analytiker/PhD Katrine Skyrud, FHI.
15	16.04.	Oppdatering eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen Orientering om lokale ordninger Foreløpige analyser pasientstrøm legevakt Beslutning datainnsamling	Enhetsleder Ann Karin Røgholt, Trysil legesenter. Helsesjef, Merethe Skui, Tinn kommune. Fagdirektør Kjetil Telle og analytiker/PhD Katrine Skyrud
20	18.05.	Oppdatering rammebetingelser - kommunenes ansvar og forventinger som ligger til fastlegeordningen Orientering om kommuner i Nord-Norge og oppsummering seminar Alis-Nord Orientering om legevakten NGLMS og deltakende kommuner Oppdatering analyseresultater KUHR-data Presentasjon datakvalitet og foreløpige analyseresultat Tidsbruksundersøkelsen Orientering datainnhenting og utforming av spørsmål	Prosjektleder Alis-Nord, Svein Steinert. Fagdirektør Kjetil Telle Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
24	18.06.	Gjennomgang problemnotat begrepsbruk Orientering datainnhenting via Statsforvalters fellestjeneste og gjennomgang spørreskjema Oppdatering analyseresultater KUHR-data og forslag tabellstruktur Presentasjon forslag tabellstruktur Tidsbruksundersøkelsen og Legevaktregisteret	Fagdirektør Kjetil Telle Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
33	20.08.	Gjennomgang kapittel 3 Gjennomgang kapittel 4 Presentasjon tabeller analyseresultater vaktbelastning og organisering Gjennomgang kapittel 5 Gjennomgang av kapittel 6	Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
37	14.09.	Gjennomgang kapittel 7 Introduksjon og diskusjon kapittel 8 Presentasjon tabeller analyseresultater Ekspertgruppens undersøkelse Presentasjon analyseplan pasientstrøm, evt. eksempel tabeller Introduksjon og diskusjon kapittel 9, Organisering	Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
39	29.-30.09.	Introduksjon og gjennomgang kapittel 10, Pasientstrøm Introduksjon og gjennomgang av kapittel 8, Vaktbelastning Gjennomgang kapittel 9, Organisering Introduksjon til kapittel 11 og oppstart diskusjon	Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
40	13.10.	Kapittel 11, Drøftelser og analyser	
42	22.10.	Gjennomgang kapittel 3-7 Gjennomgang kapittel om vaktbelastning Gjennomgang kapittel om organisering Gjennomgang av kapittel om pasientstrøm Gjennomgang kapittel 11	Analytiker/PhD Katrine Skyrud Forsker Kjersti Hernæs Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne
43	26.10.	Kapittel 11, Drøftelser og analyser	

Innledende arbeider

Etter utnevnelsen av ekspertgruppen 20.01.21 startet utvalgsleder og sekretariat med forberedende arbeider. Arbeidet bestod i planlegging av første møte i ekspertgruppen, forberedelser til oppstart av arbeidet i ekspertgruppen og avklaring av arbeidsfordeling mellom utvalgsleder og sekretariat. Denne fasen inkluderte videre opprettelse av kontakt og innledende møter med sentrale miljø i Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen og NKLM, samt innhenting og gjennomlesning av sentrale bakgrunnsdokument, og innledende kartlegging av potensielle datakilder for å svare på mandatet.

Litteratursøk

Sekretariatet gjennomførte et systematisk litteratursøk, med bistand fra bibliotekar i Folkehelseinstituttet (FHI), for å fange opp litteratur om legevakt i Norge. I tillegg ble det innhentet artikler, rapporter, publikasjoner og informasjon med relevans for ekspertgruppens arbeid fra kjente fagmiljø. Se nærmere beskrivelse av litteratursøk i vedlegg 5.

Sammenstilling av eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen

Som kunnskapsgrunnlag for sammenstillingen hadde ekspertgruppen møter med og innhentet informasjon fra jurister i Legeforeningen og KS, samt leder for Oslo legevakt. For å gi innsikt i legevaktordninger som fraviker særavtalen, er det innhentet eksempler fra noen kommuner som har lokale ordninger (se vedlegg 1). KS gjennomførte dette på forespørsel fra ekspertgruppen. To kommuner som benytter ulike varianter av «Nordsjø-turnus» ble invitert til et ekspertgruppemøte for å gi gruppen en orientering om ordningen ved sin legevakt.

Kartlegging av datakilder

I kartleggingen av datakilder ble det gjennomført møter med NKLM og KS for å innhente informasjon om potensielle datakilder. Dette gjaldt både data de selv har samlet inn og eier/drifter og datakilder de kjenner til. Det har også vært møter med sentrale miljø i Helsedirektoratet for å sikre oversikt over datakilder og for å avklare om det er overlappende arbeid mellom ekspertgruppen og miljø i Helsedirektoratet.

Ekspertgruppen identifiserte seks primære datakilder for arbeidet (tabell 1.3). Som vist i tabellen under, inkluderer disse Tidsbruksundersøkelsen, Fastlegeevalueringen, Nasjonalt legevaktregister, en spørreundersøkelse av legevakt utført av KS, KUHR og Fastlegeregisteret. De fire førstnevnte datakildene er basert på spørreundersøkelser, de tre sistnevnte er registerdata. Ekspertgruppe legevakt gjennomførte i tillegg sin egen spørreundersøkelse om organisering av legevakt i alle landets kommuner i perioden 28. juni - 23. august 2021. Denne undersøkelsen inngår som den syvende datakilden i ekspertgruppens arbeid.

Tabell 1.3: Datakilder

Datakilde	Datatype	Eier
Tidsbruksundersøkelsen (2019)	Spørreskjema	Helsedirektoratet
Fastlegeevalueringen (2019)	Spørreskjema	Helsedirektoratet
Legevaktregisteret (2018, 2020)	Spørreskjema	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
Legevakt 2020, resultater fra en spørreundersøkelse	Spørreskjema	KS
Ekspertgruppens datainnsamling	Spørreskjema	Folkehelseinstituttet
KUHR (2019)	Register	Helfo
Basistilskuddsrapporten november 2019	Register	Helfo

Fastlegeregisteret ble ikke levert i tide til FHI til å inngå i analysene, og utgår derfor som datakilde. Basistilskuddsrapporten for november 2019, som eies av Helfo, er benyttet i stedet. Datakildene beskrives nærmere i kapittel 7.

Manglende datagrunnlag for enkelte punkter i mandatet

Gjennomgangen av variabellister og datafiler viste at ikke alle dataene var egnet til å besvare mandatpunktene. For enkelte av mandatpunktene under punkt b) vaktbelastning, foreligger det ikke data, og de utgår derfor fra kartleggingen. Dette gjelder følgende mandat-punkter:

- (I hvilken grad tar legen fri etter legevakt,) ... og i hvilken grad opplever legen at rettigheten er praktisk gjennomførbar
- Legenes reelle mulighet til å få innvilget søknad om vaktfritak etter alder eller vektige sosiale grunner
- Tidsbruk i forbindelse med pasienttransport og medisinsk oppfølging ved henvisning til spesialisthelsetjenesten

For spørsmålet som omhandler hvorvidt legen tar fri etter legevakt, gjør vi oppmerksom på at første del av spørsmålet, «I hvilken grad legen tar fri etter legevakt», besvares i kapittel 8. For siste del av spørsmålet, dvs. legens opplevelse av praktisk gjennomførbarhet, foreligger kun kort beskrevet i Fastlegeevalueringens rapport (kvalitative intervju), gjengitt i kapittel 8.6.1.

Mandatpunktet *legens reelle mulighet til å få innvilget vaktfritak* utgår, men fastlegers aldersfordeling og alder for fastleger som går legevakt beskrives i kapittel 8.8.3 og figur 9.1.2.1.

Datainnsamling

Ekspertgruppe legevakt gjennomførte en spørreundersøkelse om organisering av legevakt blant landets kommuner sommeren 2021. Formålet med undersøkelsen var å fremskaffe data som ikke allerede var tilgjengelig gjennom andre kilder, for å kunne besvare spørsmål i mandatet. Datainnsamlingsmetoden var ikke egnet til å kunne besvare samtlige mandatpunkt hvor det manglet datagrunnlag. Disse er beskrevet over, under punktet *Manglende datagrunnlag for enkelte punkt i mandatet*. Datainnsamlingen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse. I kapittel 7.8 er det en grundigere beskrivelse av selve datainnsamlingen og utviklingen av spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen.

2 Sammendrag

Innledning

I januar 2021 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet en ekstern ekspertgruppe med oppdrag å kartlegge vaktbelastning og skaffe økt innsikt om legevaktarbeid. Kartleggingen skulle bidra til kunnskapsgrunnlag for arbeidet med å utvikle en bærekraftig legevaktordning.

Kapittel 1 Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsmåte

Kapittelet beskriver mandatet, ekspertgruppens medlemmer og arbeidsmåte.

Bakgrunn

Kapittel 3 Verdier

Verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten bygger på menneskeverd, likhet og rettferdighet. Kapittelet gjennomgår verdiene likeverdige helsetjenester, trygge og tilgjengelige helsetjenester, pasientens helsetjeneste, stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet, samt nærhet og kvalitet. Disse verdiene legges til grunn i utvikling og utførelse av tjenesten.

Kapittel 4 Historie, dagens situasjon og strukturer

Kapittelet omfatter en oppsummering av legevaktens historiske utvikling, en beskrivelse av dagens situasjon og organisering i legevakt i tillegg til en kort innføring om fastlegeordningen og legevaktens tilknytning til ordningen.

Kommunene har ansvar for å ivareta befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp og organisering av legevakt. Det er stor variasjon i måten legevaktene er organisert på i Norge. Minst én lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet, men det er ikke spesifisert krav om annet helsepersonell. Lege i vakt må oppfylle kompetansekravet i akuttmedisinforskriften eller ha bakvakt. Fastleger har plikt til å delta i legevakt, og utfører majoriteten av konsultasjoner og sykebesøk i legevakt. Det er stor variasjon mellom fastlegers deltakelse i legevakt etter kommunens sentralitet, folketall og type legevakt.

Kapittel 5 Utfordringsbildet

Kapittelet beskriver utfordringsbildet for legevakttjenesten. Fastlegedekningen og rekruttering av nye fastleger utgjør, sammen med andre forhold som bosetningsmønster og geografiske avstander, de største utfordringene for legevaktordningen og organiseringen av legevakt.

Utfordringer med fastlegerekruttering er kjent i små og usentrale kommuner, men sprer seg til stadig flere større og mer sentrale kommuner. Det økte kompetansekravet i akuttmedisinforskriften forsterker utfordringene for kommuner og øker vaktbelastning for leger som har vaktkompetanse. Det har skjedd en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten som påvirker arbeidsbelastningen i fastlegeordning og legevakt.

Leger over 60 år kan søke fritak fra legevakt. Fritak er særlig sårbar i små kommuner med få leger i vaktordningen. Liten kapasitet og tilgjengelighet hos fastlegene medfører

økt pågang i legevakt. Lengre reisevei til legevakt gir redusert bruk, også for de mest akutte hendelsene.

Oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser skal være grunnlag for plan for og organisering av legevakttjenesten. Kun en tredjedel av legevaktene har utført slike analyser de siste to årene. Den akuttmedisinske tjenesten er en fragmentert tjeneste med behov for økt samarbeid og samhandling mellom aktørene.

Kapittel 6 Rammeverk

Kapittelet inneholder en oppsummering av eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen, herunder kommunenes sørge-for-ansvar, kravet til forsvarlige helsetjenester og fastlegers legevaktplikt iht. lovverk og avtaleverk.

Datakilder

Kapittel 7 Datakilder

Kapittelet beskriver datakildene som er innhentet og analysert av statistikere/forskere. Spørreundersøkelsen som er gjennomført av ekspertgruppen, omtales også her. Syv ulike datakilder inngår i analysene, to av disse er registerdata og fem er spørreskjemaundersøkelser.

Resultater

Kapittel 8 Kartlegging av vaktbelastning i legevakt

Kapittelet viser kartlegging av vaktbelastning i legevakt. Over halvparten av landets fastleger deltok i legevakt i 2019. I tillegg til fastlegene som dekker legevakt, er det vanlig å bruke andre fast ansatte leger på legevakt i de mest sentrale kommunene. Fastleger i mindre legevaktdistrikt har flere timer legevakt og hyppigere helgevakt enn fastleger i større distrikt. Av fastleger som har legevakt, har nesten alle i de små legevaktdistriktene nattevakt, men dette gjelder bare noe over halvparten i de største distriktene. Det er mindre registrert aktivitet i løpet av en nattevakt i små legevaktdistrikt enn det er i større distrikt. Fastlegene i små legevaktdistrikt har flere nattevakter enn fastlegene i større legevaktdistrikt, og fastleger i små kommuner jobber nesten dobbelt så mange dager etter legevakt på natt med aktivitet.

Kapittel 9 Kartlegging av organisering av legevakt

En kartlegging av organisering av legevakt og legevaktmodell i lys av kommunekarakteristika gjennomgås i kapittelet. I de store kommunene har cirka en tredjedel av fastlegene legevakt, mot mer enn to tredjedeler av fastlegene i de små kommunene. Fastleger over 60 år i mindre legevaktdistrikt har i snitt mange flere vakter enn kollegaene i større legevaktdistrikt, hvor gjennomsnittet er tilnærmet null vakter. Det er større andel spesialister i allmennmedisin blant fastleger som har legevakt i store kommuner enn i små kommuner. På kveld har en tredjedel av legevaktene ikke sykepleier eller annet helsepersonell til stede, mens to av fem legevakter ikke har det på natt. En av fire av kommunene med $\leq 5\,000$ innbyggere har hatt tre eller færre leger i vaktordningen på fast basis i løpet av det siste året.

Kapittel 10 Kartlegging av pasientstrøm i legevakt

I kapittelet beskrives en kartlegging av pasientstrøm i legevakt. I 2019 var det totalt 1,8 millioner pasientkontakter med refusjonskrav på legevakter i Norge. To tredjedeler var konsultasjoner og omtrent en tredjedel var enkle kontakter. En meget liten andel var sykebesøk og utrykninger.

På hverdager skjer de fleste kontaktene mellom kl. 16 og ca. kl. 20, avtagende gjennom natten. I helgene er det mest aktivitet mellom kl. 10 og kl. 20. De yngre og de eldre aldersgruppene oppsøker legevakten hyppigere enn de øvrige aldersgruppene. Psykiske lidelser utgjør nesten 5 % av alle kontakter på legevakt, og en større andel av disse kontaktene skjer på natt sammenlignet med andre diagnoser. Det blir brukt flere tidstakster i de mindre distriktene. I overkant av en tredjedel av somatiske øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus er henvist fra legevakt.

Drøfting og anbefaling

Kapittel 11 Ekspertgruppens drøftinger og anbefalinger

Kapittelet begynner med en oppsummering av resultater fra kapitlene 7-10. Deretter beskrives og drøftes de punktene i mandatet som ikke har blitt fullt ut besvart.

I "Bakgrunn og formål med å oppnevne ekspertgruppen" stiller Helse- og omsorgsdepartementet spørsmålet «....hvilke konsekvenser en eventuelt redusert vaktbelastning vil få for behovet for leger.» Med den informasjonen ekspertgruppen har tilgjengelig, er det ikke mulig å gi noen presis beskrivelse av behovet for leger, men det presenteres to eksempler som illustrasjon.

Mandatet angir at «[f]unnene bør i den grad det er mulig sees i sammenheng med øvrige arbeidsoppgaver i allmennlegetjenesten, som for eksempel listelengde». Fastlegers listelengde øker med en kommunes sentralitet og innbyggertall. Samtidig kan en bestemt listelengde medføre større arbeidsmengde i distriktkommuner enn i sentrale kommuner. Aldrende befolkning, lengre avstand til sykehus, dårligere tilgang til private helsetilbud og avtalespesialister som avlaster fastlegene, bidrar til dette. Listelengde alene gir et ufullstendig bilde av arbeidsbelastningen til fastlegene, ettersom mange fastleger også har andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Andelen fastleger uten kommunale oppgaver øker med kommunestørrelse og sentralitet, listelengde, kurative dager og med å være selvstendig næringsdrivende. Ekspertgruppens egne beregninger viser at variasjonen mellom fylker i antall innbyggere per legeårsverk i allmennlegetjenesten er mindre enn variasjonen i listelengde.

Ekspertgruppen beskriver behovet for data og analyser av aktivitet i legevakt. Beskrivelsen er ikke ment å være fullstendig, og står ikke i motsetning til igangsetting av tiltak allerede nå. I dag registreres kun legevakt dersom det har vært aktivitet på vekten. Ekspertgruppen ser behovet for en bedre beskrivelse av leger på vakt uten registrert aktivitet. Det er også behov for data og oversikt over inntekt i legevakt, samt for kommunenes kostnader til drift av legevaktstjenesten.

Kapittel 11 avsluttes med en diskusjon av samspillet mellom fastlege og legevakt. Mange fastleger har over lang tid opplevd for stor arbeidsbelastning på dagtid. I mindre kommuner med lange avstander har fastlegene stor vaktbelastning. Dette er en av årsakene til de økende rekrutterings- og stabilitetsutfordringene i fastlegeordningen. Et økende antall pasienter som ikke har fastlege, betyr flere henvendelser til legevakt og derfor en større arbeidsbelastning på legevaktlegene. I tillegg vil ubesatte fastlegestillinger øke vaktbelastningen på de gjenværende legene i vaktordningen - noe som får større

betydning jo færre leger som i utgangspunktet deltar i ordningen.

Alderssammensetningen i fastlegekorpset medfører også en økende andel fastleger som har rett til fritak fra legevakt - som igjen betyr færre leger i vaktordningen og flere vakter på de gjenværende legene. Den totale arbeidsbelastningen for fastlegene på dagtid og legevakt øker, som igjen forsterker rekrutterings- og stabilitetsproblemene. Utfordringen nå er å finne fram til tiltak som kan bidra til å bryte denne negative spiralen.

3 Verdier

Sentrale verdier for helse- og omsorgstjenesten er menneskeverd, likhet, rettferdighet, likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet og åpenhet. Brukermedvirkning og mestring ansees som viktige forutsetninger for god helse og omsorg. Verdier legges til grunn i utvikling og utførelse av tjenesten og ved prioriteringer. Overordnet er det to hovedformer for prioriteringer i helsetjenesten; rekkefølgen i køen (hvem skal først og hvem må vente), og hvem som får og hvem som ikke får (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

For å oppnå en mest mulig rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester er prinsipper for prioritering nyttig. Prinsippene er basert på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. Verdigrunnlaget har bred tilslutning i befolkningen og gir seg konkret uttrykk i prinsippene for prioritering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Meld. St. 38 (2020-2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) beskriver prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og bygger videre på tidligere arbeider (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b, 2015c, 2015d, 2018). Meldingen drøfter bruk av prioriteringskriteriene blant annet på klinisk nivå, gruppenivå og administrativt nivå. Målet er åpne og etterprøvbare beslutningsprosesser basert på prioriteringskriterier.

På klinisk nivå gjøres prioriteringsvurderinger primært i møte mellom helsepersonell og pasient og handler om iverksettelse og valg av tiltak. Det skilles mellom tre typer prioriteringssituasjoner: vurderinger av om pasienter skal ha vedtak om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste, fortløpende vurderinger i helsepersonells møte med pasienter og prioriteringsvurderinger i møte med pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. På legevakt er det avgjørende å gjøre prioriteringer mellom pasienter i situasjoner med samtidighetskonflikt. Triage er prioriteringssystem som brukes for å skille mellom pasienter som trenger rask hjelp og de det ikke haster med, i situasjoner der behovet er større enn kapasiteten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

På gruppenivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ikke systematisk bruk av kunnskapsgrunnlag og heller ikke noen enhetlige beslutningsprosesser på tvers av kommuner. Den enkelte kommune gjør selvstendige prioriteringsbeslutninger, noe som kan bidra til at det kan finnes ulike tjenestetilbud etter hvilken kommune man bor i (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Administrativt nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjør prioriteringsvurderinger tilknyttet beslutninger om løpende drift, fordeling av ressurser og organisering av tjenestene. Rammene for prioriteringene er blant annet kommunens budsjett og politiske beslutninger, finansieringssystem og kommunenes sørge-for-ansvar. Kommunen har en lang rekke oppgaver utover helse- og omsorgstjenester, og kommunen må gjøre en avveining mellom oppgavene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

3.1 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Det er bred politisk enighet om at hele befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Likeverdige helsetjenester innebærer at alle som har behov for helsetjenester skal ha samme mulighet til å få tjenester uavhengig av hvor man bor, økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk tilhørighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) beskrives målsetningen for akutte tjenester i Norge slik:

«Regjeringen vil ha en helse- og omsorgstjeneste som sikrer befolkningen likeverdig tilgang til tjenester ved akutt sykdom og skade. Helsetjenesten skal sammen, uansett ansvarsnivå, sørge for god og forsvarlig helsehjelp til dem som trenger det. Uavhengig av hvor vi befinner oss, skal vi føle trygghet for at vi kan få rask og riktig hjelp.»

I NOU 2015:17 *Først og fremst* beskrev Akuttutvalget at det, tross langvarig målsetning om likeverdige tjenester, i liten grad er operasjonalisert hva likeverdig tilgang til helsetjenester innebærer. Et mål for å se om likeverdige helsetjenester oppfylles er hvordan helsetjenester møter og ivaretar pasienter med ulike bakgrunn. Befolkningen består av personer med ulike språk, ulike etnisk opprinnelse og ulike land- og kulturbakgrunn. Ved akutt skade og sykdom og behov for rask hjelp, må helsetjenesten ha tilgjengelige planer og tiltak for å håndtere kommunikasjonsutfordringer tilfredsstillende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

For å kunne gi et likeverdig akuttmedisinsk tilbud til alle innbyggere, er det nødvendig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til varierende bosetningsmønstre i landet. Flere steder i Norge bor folk spredt, med varierende avstand til kommunale og mer spesialiserte helsetjenestetilbud. Utvalget påpekte at ved så forskjellige forutsetninger må det være aksept for at tjenesten vil være ulikt utformet i ulike steder av landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

3.2 Trygge og tilgjengelig helsetjenester

Et godt lokalt akuttmedisinsk tilbud utgjør en viktig trygghet for befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom og skade rammer, skal helsetjenesten behandle den enkelte borger på best mulig måte. Befolkningen skal ha tilgang på nødvendige helsetjenester uansett hvor i landet de bor, og innenfor en akseptabel og forutsigbar ramme. Dette er en forutsetning for å opprettholde en desentralisert bosetning, og nødvendig for befolkningens trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Målsetning for den akuttmedisinske kjeden er «et helhetlig system som ivaretar befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Ved behov for akuttmedisinsk hjelp er tid ofte en kritisk faktor, og kan ha stor innvirkning på pasientens overlevelse og helsestatus. Rask tilgang til akuttmedisinske tjenester med god kvalitet er vesentlig for helseutfall, og er også viktig for befolkningens trygghetsfølelse (Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten, 2006).

3.3 Pasientens helsetjeneste

Grunnlaget for pasientens helsetjeneste er menneskets ukrenkelige egenverdi. Pasientens menneskeverd er tuftet på at man er menneske, og er ikke knyttet til hva man har gjort seg fortjent til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d).

Det overordnede målet i Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Pasientens helsetjeneste innebærer blant annet:

- Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.
- Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem.
- Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og der informasjonen følger pasienten hele veien.

Pasientens helsetjeneste betyr også en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, hvor pasienters og pårørendes behov og forventninger brukes som utgangspunkt for beslutninger og tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Videre skal pasienten ha rett til å være involvert i å velge forsvarlige og prioriterte undersøkelser og behandling. Det er også et uttalt mål at brukere og pasienter skal delta i utformingen av prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d).

3.4 Stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet

Stabilitet, forutsigbarhet og kontinuitet gir trygghet i møte med helsetjenesten, og har betydning for om pasienter og pårørende opplever tjenesten sammenhengende og helhetlig. Stabilitet i organisering, plassering og bemanning av legevakt og øvrige akuttmedisinske tjenester gir trygghet for befolkningen for hvilke tilbud de mottar ved akutt behov for hjelp. Stabilitet gir også forutsigbarhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Sammen med likebehandling utgjør forutsigbarhet to grunnprinsipper for å oppnå en rettferdig fordeling av helsetjenester. Alle innbyggere er sikret tilgang til grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvem man er (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b).

Kontinuitet handler om varighet av behandlingsrelasjoner og tiltakene pasientene mottar i helsetjenesten, uavhengig av hvem som har ansvaret for å formidle tjenesten. Skiftende helsepersonell, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, gir pasienter opplevelsen av manglende kontinuitet. Manglende kontinuitet kan gi utrygghet for pasient og helsepersonell, feil i behandling, ineffektive tjenester, og kan bidra til redusert livskvalitet for pasienter og pårørende. Motsatt er det indikasjon på at stabilitet i behandlingsrelasjonen mellom pasient og helsepersonell er positivt for helse og mestring, og kan gi lavere bruk av øyeblikkelig hjelp-tjenester og sykehusinnleggelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, & Hunskaar, 2021)

Fastlegens styrke er mer helhetlig kunnskap om pasientens situasjon og helse, nærhet til tjenesten og kontinuitet i lege-pasient-forholdet. DIFI- og Commonwealth Fund-undersøkelsene bekrefter at dette er viktig for at pasienten skal oppleve trygghet (Hustad, Rødland, & Andersen, 2019) (Skudal, Bjertnæs, & Lindahl, 2017). Fastlegene ivaretar daglegevaktfunksjonen i mange kommuner, og håndterer et stort volum av øyeblikkelig hjelp-henvendelser på dagtid. Tidligere utredninger peker derfor på nødvendigheten av at fastlegene fortsatt deltar i den kommunale legevakten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

3.5 Nærhet og kvalitet

Kravene til kvalitet på helsetjenesten skal være like, uavhengig av hvor man bor i landet, behandlingssted og hvem som utfører tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

For å sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse for alle tjenester i den akuttmedisinske kjeden, er det lagt om til større legevaktdistrikt og færre og større ambulansestasjoner, parallelt med sentralisering av sykehusfunksjoner og funksjonsfordeling av spesialiserte

akuttilbud mellom sykehus. Dette kan stå i motsetning til tilstrekkelig nærhet for befolkningen til legevakt og øvrige akuttmedisinske tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Plassering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner gir krevende avveininger mellom faglig kvalitet på tjenesten og kortest mulig reisevei til legevakt og akseptabel responstid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

I en tidligere befolkningsundersøkelse basert på GallupPanelet, ble informantene bedt om å oppgi hvilke tre kriterier som var viktigst for dem når de tenkte på god kvalitet i helsetjenesten. Kriterier for god kvalitet som hyppigst ble nevnt var nærhet til sykehus og lege (57 %), etterfulgt av helsepersonell med god utdanning (54 %) og behandling som virker (46 %) (Danielsen, Haugum, Bjertnæs, & Lindahl, 2015). Svarene viser hvor viktig nærhet til tjenesten er for befolkningen.

Systematisk innsamling av brukererfaringer i helsetjenesten er et viktig verktøy for kvalitetsforbedringsarbeid. Involvering av brukerne i tjenestene inngår også som en av flere faktorer i god tjenestekvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Videre er det stor enighet om at brukererfaringer bør legges til grunn når det skal gjøres omorganisering av tjenestetilbud og planlegging av pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

4 Historie, dagens situasjon og organisering

I dette kapittelet gis det en overordnet beskrivelse av den historiske utviklingen av legevakt, dagens situasjon og organisering i legevakt og en beskrivelse av legevakt som del av den akuttmedisinske kjede. Siste del av kapittelet gir en kort innføring om fastlegeordningen og legevaktens tilknytning til ordningen. En mer detaljert beskrivelse av dagens situasjon inngår i resultatene av ekspertgruppens kartlegging (kapitlene 8, 9 og 10). Kapittel 5 Utfordringsbildet gir en mer omfattende presentasjon og diskusjon av ulike utfordringer i legevakttjenesten, herunder kommunens ansvar, bemanning og rekruttering, bruk av legevakten/pasientstrøm, kvalitet og kompetanse, avlønning av legevakt og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

4.1 Historisk utvikling legevakt

Oppsummering av legevaktens historiske utvikling baserer seg først og fremst på boken «Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege» (Hunskår & Sandvik, 2018), men inneholder også referanser til andre kilder.

I Norge fikk man de første primærlegene på 1800-tallet. Det var da distriktslegenes ansvar å ivareta offentlige legeoppgaver. Siden den gang har legehjelp på legens kontor eller i form av sykebesøk vært en naturlig og integrert del av allmennlegens virksomhet. De første legedistriktene var store, og distriktslegen var ofte den eneste legen i store geografiske områder. Distriktslegene var parat til å yte hjelp uansett tid på døgnet. De anså tilgjengelighet til alle døgnets tider som en naturlig del av legegjerningen, og begrepet «legevakt» ble neppe brukt om dette arbeidet. Terskelen for å søke legehjelp var betydelig høyere enn den er i dag, og distriktslegen ble sjeldent kalt inn på sykebesøk. Etter hvert ble legevaktdistriktene delt opp slik at avstanden til distriktslegen ble mindre. Det ble også vanlig for distriktslegene å ansette assistenter som hjalp til med å rekke over pasientarbeidet. Fra 1960-tallet ble det åpnet opp for at det kunne være flere distriktsleger i samme distrikt (Hunskår & Sandvik, 2018).

De første legevaktene i Norge ble etablert som stasjonære legevakter i Oslo og Bergen i 1890-årene. I andre større kommuner fikk man ambulante legevaktordninger. I byene var det kun på søndager i sommerferien at det fantes en legevaktordning, ellers var det opp til innbyggerne selv å finne en lege som kunne hjelpe utenom arbeidstid (Hunskår & Sandvik, 2018).

I krigsårene 1940-1945 gikk det fra å være legeoverskudd til å bli legemangel i landet. De fleste distriktslegene ble værende i stillingene sine under krigen, men legemangelen i distriktene ble etter hvert stor. Dette førte til at det i 1942 ble innført en sivil tjenesteplikt for leger (Hunskår & Sandvik, 2018).

Etter krigens slutt fulgte en periode med sterk utbygging av institusjonshelsetjenesten. Unge leger satset på en karriere som legespesialister på sykehus. I løpet av perioden 1955 - 1965 hadde antall allmennleger sunket betraktelig, og i enkelte områder hadde legen ansvar for mer enn 8000 pasienter. Som et tiltak for å bøte på denne situasjonen vedtok Stortinget å videreføre en midlertidig lov om sivil tjenesteplikt for leger og andre helsearbeidere. Denne loven ga Helsedirektoratet anledning til å pålegge leger å overta en legestilling fra en annen lege eller utføre annet tilvist legearbeid. En viktig ordning som ble innført i perioden med legemangel, var turnuslegeordningen. Denne ordningen ble et viktig bidrag til å gjøre noe med den mest alvorlige legemangelen (Hunskår & Sandvik, 2018).

Når det gjaldt legevakt, var det lovhjemmel til å pålegge leger å samarbeide om legevaktordninger. De første vaktordningene var kollegiale avtaler gjort med leger i nabodistriktet, slik at det var mulig å få fri en helg eller noen dager. Gjennom hele 1960-tallet sto legevakt på den politiske dagsorden. Ordningen var mangelfull, og legene selv ønsket en mer ordnet arbeidstid. Det var nødvendig å innføre bedre legevaktordninger, både i helgene og på kveldstid i ukedagene. I 1966 kom det forslag til regler for en legevaktordning. Det var Legeforeningens lokalavdelinger som fikk ansvaret for å lage forsvarlige vaktordninger, og kommunene fikk ansvaret for utgiftene (Hunskår & Sandvik, 2018).

På 1970- og 80-tallet ble det innført lokale vaktordninger for legevakt de fleste steder i landet, og undersøkelser viste at mange leger deltok, men at deltakerandelen varierte en del mellom fylkene. I 1980 var det forhandlinger mellom Legeforeningen og Norske Kommuners Sentralforbund (NKS) om hvorvidt leger i vakt skulle få betalt for beredskap. Forhandlingene resulterte i en avtale om legevakt i kommunene. Ifølge avtalen hadde kommunene ansvaret for etablering og drift av legevaktordninger, mens allmennlegene hadde plikt til å delta i vaktordningene (Hunskår & Sandvik, 2018).

Det ble vedtatt flere lover på 1980-tallet med betydning for organisering av legevakt: I 1982 kom ny lov om leger, hvor leger fikk lovpålagt plikt til å delta i legevakt, og lov om helsetjenester i kommunene, som påla kommunene å organisere legevakt (Hunskår & Sandvik, 2018).

På 1990-tallet var det fokus på utvikling av interkommunale legevakter (IKL). Det fantes ikke så mye data om endring av legevaktorganisering, men en undersøkelse fra 1992 viste blant annet at av de 71 kommunene som deltok i undersøkelsen, hadde 60 % en form for legevaktsamarbeid (Rytter & Saether, 1992). I 1997 gjorde Haga-utvalget en spørreundersøkelse i forbindelse med arbeidet med en offentlig utredning. Undersøkelsen dreide seg om organisering av legevakt, og gikk ut til alle landets kommuner (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Som et resultat av utredningen foreslo Haga-utvalget minstekrav til kommunal legevakttjeneste, blant annet forslag om faste legevaktlokaler bemannet med helsepersonell, og at man burde vurdere å slå sammen flere vaktdistrikt til større vaktdistrikt om natten (Hunskår & Sandvik, 2018; Sosial- og helsedepartementet, 1998).

I samme tidsperiode ble det arbeidet med utviklingen av den medisinske nødmeldetjenesten. Dette resulterte i at det ble satt søkelys på faglig utvikling av ambulansetjenesten og kommunal legevakt, og førte etter hvert frem til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i 2005 (Hunskår & Sandvik, 2018).

I årene etter 2005 fulgte en periode med økt oppmerksomhet rettet mot utfordringer i legevakttjenesten. I 2015 kom det en ny akuttmedisinforskrift, som førte til fokus på faglig utvikling, økt kompetanse i legevakt og ressurstilgang (Hunskår & Sandvik, 2018). Bakgrunnen var at Akuttutvalget vurderte at legevakten var i ferd med å bli et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden, fordi legevakten hang etter den medisinske og organisatoriske utviklingen i forhold til resten av den akuttmedisinske kjeden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Det har skjedd flere endringer i årenes løp mht. organisering av legevakttjenesten. En endring gjaldt overgrepsmottakene. Inntil midten av 1980-tallet var det helsetjenestens oppgave å bistå politiet med undersøkelser av den utsatte ved anmeldte tilfeller. Legevakten var involvert ved kroppslige skader etter vold og overgrep. Fra midten av 1980-tallet ble det opprettet overgrepsmottak over hele landet, hovedsakelig lagt ved

kommunale eller interkommunale legevakter. Etter mange år ble dette endret, og i 2016 overførte Stortinget ansvaret til spesialisthelsetjenesten (Hunskår & Sandvik, 2018).

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Det overordnede målet med ordningen var å øke kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å bedre kontinuitet og tilgjengelighet. Fastlegeordningen er i dag hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 4, og er nærmere regulert i fastlegeforskriften.

Norsk legevaktforum (NLF) er en interesseorganisasjon for legevakter, og har blant annet som mål å bedre kvaliteten på behandling og omsorg av legevaktpasienter, og å øke utvikling, utdanning, forskning og organisering.

I 2001, under behandling av Akuttmeldingen, støttet et flertall på Stortinget at det skulle utredes et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Senteret ble opprettet i 2005, og skal være en viktig premissleverandør for utvikling av legevaktjenesten (Hunskår & Sandvik, 2018).

4.2 Dagens legevakt

Kommunene har ansvar for å tilby en legevaktjeneste som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp (akuttmedisinforskriften §6) (Akuttmedisinforskriften, 2015). Kommunens ansvar gjelder for alle som oppholder seg i kommunen. Som en del av kommunens plikt til å tilby legevakt, inngår ansvaret for å administrere og organisere legevaktjenesten. Kommunen skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, samt psykososial beredskap og oppfølging (helse- og omsorgstjenesteloven § 3) (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Tjenestene skal gi hjelp ved skader, fysiske eller psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Legevaktordningen skal omfatte et fast legevaktnummer (telefonnummer), legevaktsentral og lege i beredskap. Disse funksjonene skal være døgntilgjengelige og tilknyttet det faste legevaktnummeret (Helsedirektoratet, 2021a). Sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten utgjør legevakten den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus.

I 2020 var det registrert 169 legevakter i Norge, hvorav 86 dekket én kommune, og 83 var interkommunale legevakter (Allertsen & Morken, 2021).

I tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), ble Helsedirektoratet i 2017 bedt om å utvikle kvalitetsindikatorer på legevaktområdet.

Følgende kvalitetsindikatorer for legevakt ble valgt:

1. Gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)
2. Samtreening mellom helsepersonell på legevakt og ambulanse
3. Tilgang på tolketjenester
4. Tilgjengelig legevaktlege på dagtid, utstyrt og tilgjengelig for utrykning
5. Triagering av oppmøtte pasienter på legevakt

4.2.1 Organisering

Organisering av legevakten skal ta utgangspunkt i omfang og behov i tjenesten og krav til forvarlighet. Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) er kartlegging av sannsynlighet for og konsekvenser av uønskede hendelser. ROS-analyser er viktige verktøy for

kommunene i å identifisere risikoområder og behov for forbedring og tiltak i legevakttjenesten. Analysene er en kvalitetsindikator på legevaktområdet. De skal danne grunnlaget for kommunens beredskapsplaner og plan for og organisering av legevakttjenesten (Helsedirektoratet, 2021a).

Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2021a) beskriver en rekke forhold som må inngå i vurderingen ved valg av legevaktorganisering som befolkningsgrunnlag, reiseavstand, bemanning, helsepersonellens kompetanse, samt arbeidsbelastning per vakt. Prinsippet om faglig forsvarlighet er styrende ved vurdering av organiseringen, og omfatter en rekke ulike forhold:

- Medisinsk forsvarlighet: befolkningsgrunnlag og bosettingsmønster, utstyr og lokaler, antall tilgjengelige fastleger og andre leger i legevaktordningen for å sikre en bærekraftig vaktordning osv.
- Ressursbruk: personalressurser, inkludert leder og administrasjon, vaktordninger og bakvakt, samt transport.
- Lokaler og husleie: tilgjengelighet, legevaktsentral og -stasjon, reiseavstand, geografiske forhold (ferger, vinterstengte veier osv.), fastlegekontorets plassering osv.

Det er stor variasjon i måten legevaktene er organisert på. En kommune kan ha ulike organisering av legevakt gjennom døgnet og uken; den kan ha kommunal legevakt på noen tidspunkt og inngå i interkommunalt samarbeid på andre tidspunkt. Antallet kommuner som inngår i en spesifikk interkommunal legevakt kan også variere. Det har over tid vært en reduksjon i antall legevakter (Allertsen & Morken, 2021).

Daglegevakt

Daglegevakt er kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid/ordinær arbeidstid. Kommunene skal sørge for at minst én lege er tilgjengelig på dagtid, utstyrt og tilgjengelig for utrykning, jf. akuttmedisinforskriften § 6. Fastlegen plikter å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten, jf. fastlegeforskriften § 13.

Kommunal eller interkommunal legevakt

Et legevaktsdistrikt er et geografisk område der en gitt legevakt har ansvaret, og kan bestå av én kommune eller flere kommuner når kommunene samarbeider om en legevaktordning. I 2020 var det totalt 169 legevaktsdistrikt i Norge (Allertsen & Morken, 2021). Det kan være én eller flere legevaktslokaler i et legevaktsdistrikt, avhengig av lokale forhold. Videre skal hvert legevaktsdistrikt være tilknyttet en legevaktsentral.

Kommunene står fritt til å velge om de organiserer legevakten som en kommunal ordning eller i interkommunalt samarbeid. I kommunal legevakt har kommunen eneansvaret for tjenesten (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019). Ved bruk av vertskommunemodellen i et interkommunalt samarbeid er kommunene som inngår i samarbeidet enten vertskommune eller deltakerkommune. Hvis legevakten er organisert som et interkommunalt selskap, eier deltakerkommunene andeler i selskapet.

Legevaktpilot

Helsedirektoratet foreslo i 2018 en pilotmodell med mål om å finne en ny organiseringsform for legevakt i små og mellomstore kommuner, for å sikre en

bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i fremtiden i områder hvor det er store utfordringer med tjenesten. Det er to geografiske områder som deltar i pilotprosjektet; Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Molde interkommunale legevakt. Begge områdene består av ni kommuner hver. I piloten deles legevaktene inn i tre ulike nivåer, som er tilpasset lokale forhold som befolkningsgrunnlag og geografi. De tre nivåene er en sentral legevaktstasjon med hovedlegevaktsentral, leger som evt. er tilknyttet en legevaktstasjon, og legevaktsatelitter der det fortrinnsvis er sykepleiere som går i døgnvakt i kommunen. Legen på den sentrale legevaktstasjonen skal være tilgjengelig for raske avklaringer, og skal være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i legevakt. Legen kan også ha bakvakt for andre legevaktleger i distriktet (Helsedirektoratet, 2018).

Lokalisering og legevaktlokale

Lokalisering av legevaktene varierer. Det vanligste er at legevakten har et eget legevaktlokale, hvorav de fleste er samlokalisert med legevaktsentralen. En større andel av legevaktene er lokalisert sammen med et fast legekontor eller forskjellige legekontor avhengig av hvilken lege som har vakt. Noen legevakter er opprettet i nærhet til sykehus, ambulansestasjon eller brannstasjon (Morken T, 2019).

Utstyr

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonell som har vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner (akuttmedisinforskriften § 9). Hva slags utstyr en legevakt bør ha inngår i kommunens planlegging av legevaktordningen, basert på kartlegging av lokale forhold (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6). Avstand og reisetid for ambulansetjenesten med tilgjengelig transport og utstyr, reisetid til sykehus, samt spesielle forhold i legevaktdistriktet som sesongvariasjon mht. antall besøkende, er forhold som kan få betydning.

I henhold til akuttmedisinforskriften § 6 bokstav c skal legevakten gjennom hele døgnet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. I henhold til akuttmedisinforskriftens § 9 forutsetter dette at kommunen har tilrettelagt med egnet fremkomstmiddel og tilstrekkelig medisinsk utstyr til diagnostikk, behandling og overvåkning. Halvparten av legevaktene i Norge har egen legevaktbil (Morken T, 2019).

Legevaktsentral

Legevaktsentralens oppgave er gjennom hele døgnet, å motta og håndtere telefonhenvendelser fra personer som oppholder seg i legevaktdistriktet tilknyttet sentralen. Dette inkluderer å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og iverksette nødvendige tiltak (Helsedirektoratet, 2021a).

Veileder for legevakt og legevaktsentral anbefaler telefonkontakt som første kontaktmåte med legevakt (Helsedirektoratet, 2021a). Dette gir legevaktsentralen mulighet til styre ressursene etter behov og hastegrad.

Pr. 2020 er det 95 legevaktsentraler i Norge. Det er 45 legevaktsentraler i helseregion Sør-Øst, 20 i Vest, 19 i Nord og 11 i Midt. 80 % av legevaktsentralene er samlokalisert med legevaktlokalene. De øvrige er samlokalisert med akuttmottak/sykehus, AMK eller plassert i et eget bygg eller ved et helse- og omsorgssenter (Allertsen & Morken, 2021).

Tilgang på tolketjeneste

Legevakten skal kunne tilby tolketjenester ved behov. Helsepersonell har plikt til å vurdere om det er behov for tolk og å bestille tolk. Tilgang til tolketjenester er en kvalitetsindikator for legevaktområdet. Legevakten har ansvar for å ha avtale med tolketjeneste via telefon- eller skjermtolking med god tilgjengelighet (Helsedirektoratet, 2021a). Nasjonalt legevaktregister rapporterer i 2020 at 80% av legevaktene hadde avtale om døgnkontinuerlig tolketjeneste på ett eller flere fremmedspråk. Flere av legevaktene hadde i praksis tilgang til tolketjenester uten å ha formalisert avtale (Morken T, 2019).

KAD-plasser

Fra 2016 har det inngått i kommunenes ansvar å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, kalt Kommunalt akutte døgnplasser (KAD) eller Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Plikten gjelder kun for pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I denne rapporten brukes begrepet KAD om plasser for døgnopphold regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med KAD er å redusere behovet for akuttinnleggelser og gi et tilpasset tilbud til pasienter i primærhelsetjenesten (Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), 2016).

I underkant av halvparten av legevaktene er samlokalisert med KAD. Det er variasjon i legevaktens ansvar og arbeidsoppgaver når det gjelder KAD; fra konsultasjon/sykebesøk etter hastegradsvurdering, ved behov for øyeblikkelig hjelp eller fast tilsyn (Morken T, 2019).

4.2.2 Bemanning

Minst én lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet, jf. akuttmedisinforskriften § 6. Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven vil avgjøre behovet for legebemanning utover dette. Det er ikke spesifisert noe krav om annet helsepersonell på legevakt. Forsvarlig bemanning må beregnes basert på befolkningsgrunnlaget i legevaktdistriktet, aktivitetsnivået i legevakten, vaktbelastning og geografiske forhold (Helsedirektoratet, 2021a). Kommunen er ansvarlig for at legevakt og legevaktsentral et tilstrekkelig og forsvarlig bemannet.

NKLM har utarbeidet forslag til minimumsbemanning med lege og sykepleier/annet helsepersonell basert på størrelsen på befolkningsgrunnlaget i legevaktdistriktet (Nklm, 2021).

Den kommunale legevakten er en integrert del av allmennlegetjenesten, og fastleger har plikt til å delta i legevakt iht. fastlegeforskriften § 13. Fastleger utfører majoriteten av konsultasjoner og sykebesøk i legevakt, men en betydelig andel utføres av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger, nyutdannede leger, sykehusleger og stipendiater (Sandvik, Hunskaar, & Blinkenberg, 2021).

Kompetanse og opplæring

Dersom lege i vakt ikke oppfyller kompetansekravet i akuttmedisinforskriften og har gjennomført obligatorisk kurs i akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering, må legen ha bakvakt. Det er gitt et midlertidig fritak under utbruddet av SARS-CoV-2-viruset. Frem til 1. juli 2022 kan kommunen gi unntak for kompetansekrav for leger som har oppnådd læringsmålene tilsvarende spesialistutdanningens første del. Statsforvalteren skal orienteres om unntak som gis etter denne bestemmelsen. Helsepersonell som arbeider

sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering (akuttmedisinforskriften §§ 7 og 8). Helsepersonell i legevaktsentral må ha helsefaglig utdanning på bachelornivå (akuttmedisinforskriften § 13).

Legevaktene bør ha skriftlig opplæringsplan for leger og annet helsepersonell som er tilpasset de lokale forholdene. Ledelsen skal ha oversikt over de ansattes kompetanse og sørge for at de får nødvendig videre- og etterutdanning i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2021a).

4.2.3 Triagering og pasientstrøm

Legevakt og legevaktsentral bør ha et system for prioritering og triagering av pasienter (Helsedirektoratet, 2021a). Triagering av oppmøtte pasienter inngår også som kvalitetsindikator på legevaktområdet, og er begrunnet i akuttmedisinforskriftens krav om å kunne vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp (akuttmedisinforskriften § 6). Formålet med hastegradsvurdering og triage er å skille de pasientene som trenger rask hjelp fra de hvor det ikke haster. Pasienter som får konsultasjon på legevakt, enten som resultat av telefonhenvendelse eller direkte oppmøte, bør alltid gis en hastegrad uavhengig av hvor stor pasientpågangen til legevakten er. Dersom første vurdering er gjort over telefon og pasienten ikke mottar hjelp umiddelbart, bør pasienten triageres på nytt etter ankomst til legevaktlokalet (Helsedirektoratet, 2021a).

Det finnes to norskutviklede verktøy til bruk ved prioritering og hastegradsvurdering av telefonhenvendelser: Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) og Legevaktindeks. For triagering av oppmøtte pasienter, finnes det flere triageverktøy eller beslutningsstøttesystemer som benyttes i norske legevakter i dag. De mest kjente er Manchester Triage System (MTS), South African Triage Scale (SATS), og Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS).

Pasientstrøm/aktivitet

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin utgir årsstatistikk om aktivitet på legevakter i Norge. Det gjennomføres datainnsamling hvert andre år, sist i 2020 (Allertsen & Morken, 2021). «Samlerapport vaktårn» gir også oversikt over aktivitetsdata i legevakttjenesten.

Majoriteten av kontaktene i legevakt er konsultasjoner, etterfulgt av telefonkontakter og sykebesøk. Antallet konsultasjoner i legevakt er relativt stabilt, mens antall sykebesøk har falt over mange år. I små distriktskommuner utgjør sykebesøk en større andel av kontaktene enn i større kommuner. 3 av 5 legevaktkontakter skjer i ukedagene, med høyest kontaktfrekvens om kvelden (Sandvik, Hunskaar, & Blinkenberg, 2019).

Små barn og de eldste i befolkningen bruker legevakten mest. Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra år til år, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser er økende (35%). Fordelingen av diagnoser har sesong- og døgnvariasjoner (Sandvik et al., 2019).

4.2.4 Finansiering og kostnader

Det foreligger ingen samlet oversikt over kommunenes kostnader for drift av legevakt. I 2020 utgjorde totale utgifter for refusjoner og pasientbehandling i legevakt 1.069 mill. kroner (Helsedirektoratet, 2021c).

Beredskapsgodtgjøringen er delt i fire klasser i henhold til særavtalen (SF2305) mellom KS og Den norske legeforening. Beredskapsgodtgjøringen er høyest i laveste vaktklasse med minst aktivt arbeid og faller med økende aktiv arbeidstid. Beredskapstillegget er en aktivitetssuavhengig kompensasjon for å ha vakt. Laveste vaktklasse er vanligvis i legevaktdistrikt med lavt befolkningsgrunnlag og stor variasjon i arbeidsmengde og henvendelser til legevakt (Godager, Iversen, Morken, & Hunskaar, 2015). Høyeste vaktklasse er typisk i store byer som Oslo og Bergen. I disse legevaktdistriktene er aktiviteten høy, beredskapstillegget bortfaller og inntekten for legene er basert på aktivitetsbaserte takster. Oslo kommune er imidlertid ikke omfattet av særavtalen mellom KS og Den norske legeforening, og har også organisert en stor del av legevakten med fast ansatte leger.

4.2.5 Kvalitetsforbedringer og brukererfaringer

Brukeres erfaringer med helsetjenester er viktig for å vurdere kvaliteten på tjenestene. Det er krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i legevakt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og plikt til å vurdere virksomheten basert på brukererfaringer fra pasienter og pårørende.

I 2010/2011 ble det gjennomført en brukererfaringsundersøkelse med svar fra 844 pasienter fra Vaktårn-legevaktene. Brukerne ga gode tilbakemeldinger på mange områder, blant annet forståelighet av telefonkontakt og kommunikasjon med lege på vakt. Brukerne rapporterte dårligere erfaringer knyttet til tilgjengelighet og organisering, særlig tilknyttet ventetid på venterommet og manglende informasjon om ventetiden (Danielsen, Holmboe, Hansen, Førland, & Bjertnæs, 2012). I forbindelse med Helsedirektoratets veileder til legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2021a), har Nklm laget forslagslister. Blant forslagene inngår informasjon om brukerundersøkelser på legevakt, og man finner lenke til spørreskjema om brukererfaringer i legevakt, samt annen nyttig informasjon om temaet på Nklms nettsider (Nklm, 2021).

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har i flere år gjennomført innbyggerundersøkelser, hvor et representativt utvalg av befolkningen har svart på spørsmål om erfaringer med og vurderinger av offentlige tjenester, herunder spørsmål om legevakt. Legevakt skårer lavest av helsetjenestene, men har hatt en positiv utvikling og skårer høyere enn i 2017 (Hustad et al., 2019).

Brukererfaringer og organisering i sammenlignbare land

Det finnes få data som sammenligner brukererfaringer i norske legevakter med forhold i andre land, men amerikanske Commonwealth Fund gjennomfører jevnlig undersøkelser der helsesystem i ulike land sammenlignes. Undersøkelsene viser at det er lettere å få helsehjelp utenfor vanlig arbeidstid i Norge sammenlignet med de øvrige landene, og resultatene har vist seg å være stabile over tid (Skudal et al., 2017).

Det ble i 2010 dannet et nettverk av forskere fra europeiske land - *European research network for out-of hours primary care* (EurOOHnet). Formålet med nettverket var å dele erfaringer og kunnskap om legevaktarbeid mellom deltakerlandene. Det er også inngått

internasjonale forskningsprosjekter på legevaktfeltet (Huibers et al., 2014). En kartlegging av organisasjonsmodeller for legevakt i 26 europeiske land fra 2021 viser variasjon mellom og innad i landene. Det eksisterer mellom tre og ti ulike modeller for organisering av legevakt internt i det enkelte av de 26 landene. I grove trekk er den dominerende modellen for landene i Nord- og Vest-Europa fastlege «cooperatives», mens for land i Sør- og Øst-Europa inngår dette som én av flere alternative modeller. Trenden viser økning av primærhelsetjenestebaserte modeller og større enheter og sentralisering (Steeman et al., 2021).

4.3 Legevakt som del av den akuttmedisinske kjede

Den akuttmedisinske kjeden er en sammenhengende rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp ved sykdom eller skade fra hendelsessted til endelig behandlingssted. Kommunal legevakt og legevaktsentral inngår i den akuttmedisinske kjeden for å sikre akutt helsehjelp ved sykdom eller skade, sammen med akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), ambulansetjenesten og akuttmottak i sykehus (Direktoratet for e-helse, 2021). Legevaktens oppgaver er beskrevet i akuttmedisinforskriften § 6, og omfatter blant annet plikt til å:

- a. «vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.»

Øvrige kommunale øyeblikkelig hjelp-tjenester og hjemmesykepleien spiller også en viktig rolle i den akuttmedisinske kjeden.

Kommunene har ansvar for legevakt, legevaktsentral og kommunale helse- og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentralene og ambulansetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I henhold til akuttmedisinforskriften § 4 skal kommunene og helseforetakene «sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden». Dette inkluderer samarbeid om plassering av ambulanse- og legevaktslokaler for å sikre tilgjengelige tjenester for befolkningen.

For å styrke samarbeidet og samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden på tvers av forvaltningsnivå, plikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, beredskapsplaner og å delta i samtrening. I avtalene skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. Samarbeidsavtalene skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og foretak og etablere gode samarbeidsrutiner (Samhandlingsreformen og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4). Beredskapsplaner skal blant annet beskrive samhandlingen mellom de ulike nivåene i den akuttmedisinske kjeden.

Samtrening mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden er et forskriftsfestet krav (akuttmedisinforskriften § 4), og skaper kvalitet, trygghet og god opplæringskultur (Helsedirektoratet, 2021a). Samtrening innebærer at ansatte trener systematisk på å forbedre situasjonsforståelse, kommunikasjon og ledelse gjennom alle faser av et akuttmedisinsk forløp. Ved å delta i realistiske simuleringsøvelser blir man kjent med samarbeidspartnere og sin egen rolle, samtidig som man får testet utstyr og rutiner.

Norges geografi og bosettingsmønster gir noen særlige utfordringer for beredskap og drift av akuttmedisinske tjenester. Lange avstander, skiftende vær- og føreforhold og spredt befolkning kan gi utslag i høye kostnader, få oppdrag og liten erfaring for personell, og kan gi utfordringer ved rekruttering av kompetanse. For å sikre tilstrekkelig kvalitet og kapasitet i hele den akuttmedisinske kjeden har det over flere år vært en utvikling mot sentralisering av funksjoner i den akuttmedisinske kjeden, med færre AMK-sentraler, legevaktsentraler, legevakter og ambulansestasjoner. Samtidig har det vært gjort flere endringer i sykehusstruktur og i funksjonsfordeling mellom sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Akuttutvalgets utredning i 2015 beskrev en fragmentert tjeneste med behov for mer og bedre samarbeid og samhandling mellom tjenestene og forvaltningsnivåene. For å oppnå målsetningen om en helhetlig akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus, som sikrer befolkningens behov for akutt helsehjelp, ble det foreslått en nasjonal strategi med flere tiltak. Forslaget omfattet felles planer for kommuner og helseforetak, et kvalitetsløft med økt forskning, kvalitetsmåling og kompetanse, og mer kunnskap om konsekvenser av og sammenheng mellom endringer i sykehusstruktur og legevakt. Utvalget foreslo også økt kapasitet i de prehospitale tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å etablere et nasjonalt prehospitalt lederorgan med formål om bedre samordning av de akuttmedisinske tjenestene. Den nasjonale strategien skal være veiledende for de tiltakene som kommuner og helseforetak gjør for å utvikle bærekraftige tjenester. Hovedsatsningsområdene i strategien er utvikling av styringsinformasjon og sammenlignbare data, økt kompetanse, samarbeid og samhandling, og tjenesteutvikling for god kvalitet og forbedret ressursutnyttelse i den prehospitale kjeden (Helsedirektoratet, 2019).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har mål om en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede i og utenfor sykehus. Planen beskriver hvordan kapasitet og kompetanse skal styrkes i tjenestene. Det er etablert et fagnettverk som skal styrke kompetanse til analyse, forskning og utviklingsarbeid. Funksjonsfordeling mellom sykehus og endringer i disse har stor påvirkning på organisering og dimensjonering av akuttmedisinske tjenester. Det er nødvendig at oppgavedeling mellom sykehus og ambulansetjenester sees i sammenheng for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Ved endringer i sykehusenes akuttberedskap, må behov for endringer i ambulansetjenesten vurderes samtidig.

Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker behovet for bedre samhandling mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene skal gjenoppfriskes og konkretiseres slik at de kan fungere som felles planleggingsverktøy for virksomhetene i den akuttmedisinske kjeden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Regjeringen og KS inngikk i 2019 en avtale om innføring av helsefelleskap mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Målet er å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. I helsefellesskapene skal det, i henhold til avtalen, møte representanter fra helseforetak, kommuner inkl. fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.

Meldingen vektlegger også behovet for flere nasjonale retningslinjer, standarder og veiledere på det akuttmedisinske området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er nå utviklet en nasjonal veileder for helsepersonell i legevakt og nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt (Helsedirektoratet, 2021a).

4.4 Fastlegeordningen og legevakt

4.4.1 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 og gir alle som er bosatt i en kommune rett til å ha en fastlege. Formålet med ordningen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom kontinuitet i lege-pasientforholdet. Å få en fast lege å forholde seg til og bedret tilgjengelighet i tjenesten skulle gi større trygghet for befolkningen. Ordningen skulle også bidra til bedre utnyttelse av landets fastlegeressurser (Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), 2016).

Fastlegeordningen inngår i kommunenes sørge for-ansvar. Antallet fastlegeavtaler er ikke regulert av sentrale myndigheter eller ved lov. Kommunene må selv ansette tilstrekkelig antall fastleger eller inngå driftsavtaler som dekker behovet i den enkelte kommune. Pr mars 2021 er det 4934 fastleger og 5151 unike fastlegelister i Norge (Helsedirektoratet, 2021c).

Etterspørselen etter fastleger er knyttet til en rekke forhold både i og utenfor helsetjenesten. Befolkningens alder og omfanget av sykdom og helseplager, kontaktmønster, forventninger til hva fastlegen kan hjelpe med og krav fra myndighetene, er forhold som påvirker pågangen hos fastlegene. Flere pasienter har komplekse tilstander og behov for mye oppfølging. Tidlig identifisering og behandling av sykdom er vektlagt. Samtidig er det et uttalt mål at pasienten skal motta mest mulig behandling i den kommunale helsetjenesten. Målet er færre sykehusinnleggelser og kortere liggetid når sykehusbehandling er nødvendig (Christiansen & Sandvik, 2017; EY og Vista Analyse, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a; Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), 2016).

4.4.2 Finansiering av fastlegeordningen

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene inngår avtale med selvstendig næringsdrivende leger. Den private næringsdriften finansieres gjennom basistilskudd per pasient på legelisten som utbetales fra kommunen, takstrefusjoner fra staten (Helfo), og egenandeler fra pasientene. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Det finnes tre alternativer til ren næringsdrift; kommunal drift med fastlege på fastlønn, næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen (8.2-avtale) og kommunal drift med fastlønn med aktivitetsavhengig bonusavtale (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2020).

Fordelingen av driftsform tegner et bilde av at det i praksis eksisterer to hovedmodeller for drift av fastlegepraksis, hvor fastlønn er hovedmodellen i de minste kommunene og næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner (Helsedirektoratet, 2021c).

Hovedandelen av fastlegene (84%) har næringsdrift som driftsform (inkludert 8.2-avtaler), mens de øvrige er ansatt på fastlønn i kommunen. Fordelingen mellom driftsform varierer etter kommunestørrelse. I små kommuner har 8 av 10 fastleger fastlønn, mens kun 5 av 100 har fastlønnsavtale i de store kommunene (Helsedirektoratet, 2021c).

Det finnes ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som har tilleggsfinansiering, kostnadene ved denne subsidieringen eller kommunenes faktiske kostnader ved kommunal drift (Helsedirektoratet, 2021c). IPSOS har over flere år kartlagt kommunens tilleggsfinansiering. Samlede merkostnader for kommunesektoren estimeres til 591

millioner kroner i 2020, mot 520 millioner kroner i 2019, 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner kroner i 2017 (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2020).

4.4.3 Fastlegens deltakelse i legevakt

Fastlegen har en tredelt rolle som omfatter lovpålagt plikt til å delta i den kommunale legevakten, ansvar for legetjenester til de som står på fastlegens liste og oppgaver definert som allmennmedisinsk offentlig legearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Legevaktens tjenester må sees i tett sammenheng med fastlegeordningen og andre ordninger. Fastlegen har ifølge fastlegeforskriften plikt til å delta i kommunens legevaktstjeneste utenom ordinær åpningstid. Plikten omfatter også deltakelse i kommunens øyeblikkelige hjelp-tjeneste i ordinær arbeidstid, og innebærer å være tilgjengelig i nødnett og ivareta utrykningsplikten (Fastlegeforskriften).

Fastlegene utfører i overkant av 60 % av konsultasjonene og sykebesøk i legevakt. Tallene har vært stabile siden 2016 (Sandvik, Hunskaar, et al., 2021). En tidligere undersøkelse viser stor variasjon mellom fastlegers deltakelse i legevakt etter kommunens sentralitet, folketall og type legevakt. I de minst sentrale kommunene deltok majoriteten av fastlegene i legevakt, mot omtrent halvparten i de mest sentrale kommunene (Abelsen & Bradstorp, 2017). Deltakelse i samtrening ser ut til å være viktig for fastlegens deltakelse i akuttmedisinsk arbeid. Fastleger som jevnlig deltar i samtrening, deltar også i legevakt og akuttmedisinske oppdrag (Hjortdahl, Zakariassen, & Halvorsen, 2018).

4.4.4 Utfordringer i fastlegeordningen

Fastlegeordningen har fra innføringen i 2001 hatt stor tilslutning i befolkningen og har vært vurdert som vellykket. Samtidig viser flere undersøkelser de siste årene at ordningen har en rekke utfordringer (EY og Vista Analyse, 2019; Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), 2016).

Pasientene opplever at fastlegen ikke har nok tid. Mange som har hatt behov for hjemmebesøk eller tolk, har ikke fått tilbud om dette. Andre forbedringsområder er informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner og at pasienter får skrevet ut medisinlister ved endringer i medisiner (Iversen, Bjertnæs, & Holmboe, 2019).

Fastlegene rapporterer om økt arbeidsbelastning og flere arbeidstimer, og et økende antall kommuner har utfordringer med å rekruttere nye og beholde etablerte fastleger (Helsedirektoratet, 2021c). Det er en trend at antall fastlegelister øker mer enn antall fastleger, noe som indikerer at andelen udekkede lister øker og at flere innbyggere ikke har fastlege (Helsedirektoratet, 2021b).

Fastlegens økte arbeidsbelastning er et resultat av mange ulike faktorer. Endringer i forventninger hos befolkningen, sykdomsendringer og aldrende befolkning med mer sammensatte og kompliserte sykdommer, medisinske endringer som gjør behandling av flere sykdommer mulig og som gjør at fastlegene bruker mer tid på kompetanseheving, samt nye krav og lovendringer som fastlegene må sette seg inn i og følge, har samlet ført til mer arbeid. Det har også vært økning i fastlegenes oppgaver for NAV. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, som for eksempel en rekke kreftkontroller, genererer behov for gode systemer for logistikk, innkalling, vurdering og oppfølging. I forbindelse med redusert liggetid i sykehus øker også oppfølging av utredninger som ikke avsluttes under innleggelse. Slike oppgaver medfører også høyere volum av pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er til stede (Christiansen & Sandvik, 2017; Staten, KS, RHF, Den norske legeforening, & Helsedirektoratet, 2019).

Fastlegene utfører færre allmennlegeoppgaver for kommunen nå enn tidligere, og det er en økning av fast ansatte allmennleger som ivaretar det kommunale allmennlegearbeidet (Staten et al., 2019). Den gjennomsnittlige listelengde reduseres, i henhold til målsetningen om bedre tilpasning av listelengde til fastlegens totale arbeidsbelastning (Helsedirektoratet, 2021c). Samtidig er det en økning i antall takster pr konsultasjon, særlig i bruken av tidstakt og prosedyretakster (Staten et al., 2019).

Fastlegens rapportering av økt arbeidsbelastning er en internasjonal trend, og relatert stress, som mistriivsel og utbrenthet rapporteres i 11 europeiske land, inkludert Norge (Cohidon, Wild, & Senn, 2020). En undersøkelse fra Commonwealth Fund, som sammenligner helsetjenester i ulike land, viser at norske allmennleger skårer høyere enn snittet av de andre deltakerlandene når det kommer til jobbtilfredshet. Imidlertid viser undersøkelsen at norske fastleger er mindre fornøyde med sin daglige arbeidsmengde sammenlignet med snittet i de andre landene, og en mye større andel planlegger å bytte karriere i løpet av de kommende tre årene (Skudal, Holmboe, Bjertnæs, & Telle, 2019).

Oppnevningen av Ekspertgruppe legevakt og mandatet utgår fra Handlingsplan for allmennlegetjenesten som ett av flere tiltak for å møte utfordringene i dagens fastlegeordning. Utfordringene i fastlegeordningen gjenspeiler seg i legevaktordningen (Helsedirektoratet, 2021c). Tilsvarende må tiltak for å utvikle en bærekraftig legevaktjeneste sees i sammenheng med tiltak for å styrke fastlegeordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det neste kapitlet beskriver utfordringsbildet i dagens legevaktordning, knyttet til blant annet situasjonen i fastlegeordningen, kommunenes ansvar og legevakten som del av den akuttmedisinske kjeden.

5 Utfordringsbildet

Legevaktordningen er en integrert del av allmennlegetjenesten, og for mange fastleger utgjør legevaksarbeid en betydelig del av arbeidsbelastningen. Dette gjelder særlig i mindre kommuner (EY og Vista Analyse, 2019). Fastlegedekningen og rekruttering av nye fastleger utgjør, sammen med andre forhold som bosetningsmønster og geografiske avstander, de største utfordringene for organiseringen av legevakt (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

Det er store forskjeller i utfordringsbildet mellom kommunene, avhengig av blant annet kommunenes størrelse og sentralitet, demografiske forhold som befolkningsgrunnlag og antall leger som inngår i vaktordningen. Små kommuner med store geografiske avstander har i lengre tid hatt store utfordringer med rekruttering av fastleger. I disse kommunene deltar en høy andel av fastlegekorpset i legevakt. Fraflytting utgjør et generelt problem i distriktene, og påvirker mulighetene for rekruttering av leger. Store kommuner har mindre rekrutteringsutfordringer, men har ofte lav delaktighet fra fastlegene i legevakt (TNS Gallup & KS, 2014).

Dette kapittelet oppsummerer status for utfordringer i legevaktjenesten og omfatter følgende punkter:

- Kommunens ansvar
- Arbeidsbelastning, bemanning og rekruttering
- Bruk av legevakten/pasientstrøm
- Kvalitet og kompetanse
- Økonomi
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten

5.1 Kommunens ansvar

5.1.1 Ledelse og styringssystem

Det er begrenset med dedikerte ressurser til ledelse i flere legevakter. Én av fem legevakter rapporterte i 2018 at de hadde fra 0 til 10 % årsverk til ledelse (Morken T, 2019). Kommunen er ansvarlig for ledelsen av legevakt, men det er stor variasjon mellom kommuner på hvilken styringsinformasjon som samles inn systematisk (KS FoU & Agenda Kaupang, 2016).

Som yter av helse- og omsorgstjenester, har kommunene plikt til å etablere internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, gjennomføres og vedlikeholdes i henhold til lover og forskrifter (helsetilsynsloven § 3). Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3, skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. I henhold til samme forskrift er en av oppgavene å sørge for at planer er kjent i virksomheten.

Oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) skal danne grunnlaget for plan for og organisering av legevaktjenesten. Pr. 2020 oppga kun 30 % av legevaktene å ha utført ROS-analyse de siste to årene. Mer enn halvparten av legevaktene hadde ikke gjennomført, eller visste ikke om det var gjennomført, slike analyser i løpet av de to foregående årene (Allertsen & Morken, 2021).

Kommunens beredskapsplaner skal også være basert på ROS-analyser, jf. forskrift om krav til beredskapsplanlegging § 3. I henhold til helseberedskapsloven § 2-2 og helse- og

omsorgstjenesteloven § 5-2 plikter kommunene å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene. Planene skal være kjent for lege i vakt, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7a. Kartlegging har vist at disse brukes svært sjelden. Planene er også i liten grad utarbeidet for å fungere som arbeidsverktøy i det daglige beredskapsarbeidet. Planene skisserer hovedsakelig ansvarslinjer, organisering og varslingsrutiner ved store ulykker og katastrofer (KS FoU & Agenda Kaupang, 2016; Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

5.1.2 Utvidelse av ansvar

Kommunene har fått mer ansvar og flere oppgaver grunnet lovendringer og reformer som samhandlingsreformen. Det har skjedd en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten. HVPU-reformen, endringer i psykisk helsevern med reduksjon i antall senger og langt kortere liggetider i sykehus, er i tråd med målsetningen om at innbyggerne skal få majoriteten av helsetjenestene i kommunen de bor i (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a). Det er et økende antall hjemmeboende pasienter som krever avansert medisinsk utstyr og behandling som kommunene har ansvar for. Raskere utskrivelse medfører også behov for mer heldøgns omsorg i egen bolig i kommunen, samt økt behov for fastlegetjenester (Staten et al., 2019). Kommunenes ansvar for kommunale akutte døgnplasser (KAD) inkluderer å sikre døgnkontinuerlig sykepleierdekning og tilgang til lege (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019). En rekke kommuner har, enten alene eller i et interkommunalt samarbeid, også etablert intermediære senger som er senger som "ligger imellom" en regulær sykehusseng og sykehjemsplass, dvs. pasienter som er for dårlige til behandling på sykehjemmet (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020).

5.2 Bemanning og rekruttering

5.2.1 Rekrutteringsutfordringer

Fastlegens arbeidsbelastning

Fastlegens arbeidsbelastning utgjør en stor utfordring for bemanning og rekruttering i fastlegetjenesten (EY og Vista Analyse, 2019; Staten et al., 2019), noe som igjen påvirker bemanning av legevakt. Fastlegens økte arbeidsbelastning er beskrevet nærmere i kapittel 4 Fastlegeordningen og legevakt (EY og Vista Analyse, 2019; Staten et al., 2019).

En utredning av fastlegeordningen i Tromsø viser at stor arbeidsbelastning og manglende kapasitet til å ivareta driften av egen praksis gjør det vanskelig for mange fastleger å delta i legevakt (Tromsø kommune, 2020). For å redusere høy arbeidsbelastning ber mange fastleger i større kommuner om fritak fra legevakt eller bytter bort vakter. For leger i små kommuner med få leger i vaktordningen er dette imidlertid oftest ikke en reell mulighet. (EY og Vista Analyse, 2019).

Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen og legevaktordningen (generelt og spesifikt for leger)

Rekrutteringsutfordringer for små og usentrale kommuner har vært kjent over tid, men nå rapporterer et økende antall større og mer sentrale kommuner tilsvarende problem (EY og Vista Analyse, 2019). Det er større stabilitet i fastlegetjenesten i større byer enn i små distriktkommuner (Helsedirektoratet, 2021c), men stadig flere kommuner har utfordringer med å rekruttere nye og beholde etablerte fastleger. En kartlegging blant 385 kommuner viser forverring i rekrutteringssituasjonen blant 33 % av kommunene fra 2017 til 2019. Mer enn hver tiende kommune har store problemer med å rekruttere

fastleger (Wærnes, 2021). Tilsvarende viser KS sin arbeidsgivermonitor at seks av ti kommuner har utfordringer med å rekruttere leger. Rekrutteringsutfordringene forekommer i alle typer kommuner (KS, 2019).

Rekrutteringsutfordringer av fastleger har direkte påvirkning på bemanning av legevakt og vaktbelastning for legene som er i vaktordningen (Helsedirektoratet, 2021c). Det gir seg utslag i vanskeligheter med å rekruttere leger til vakante vakter og som spill-over av pasienter fra fastlegekontorene (Tromsø kommune, 2020).

I flere små og usentrale kommuner er det utfordrende å få til en bærekraftig legevaktordning for legene. Som et kompensierende tiltak har kommunene relativt mange fastleger og kortere fastlegelister (Abelsen & Bradstorp, 2017). En kartlegging fra 2015 viser at utfordringer med å rekruttere vaktkompetente leger til legevakt er større i kommuner med små enn med store legevakter, og noe større i kommuner med kommunale enn med interkommunale legevakter (TNS Gallup & KS, 2015).

Det økte kompetansekravet og bemanningskravet i akuttmedisinforskriften forsterker kommunenes utfordringer med å ha tilstrekkelig antall leger til å dekke opp vakter. Det gir en særlig utfordring for kommuner som allerede har problemer med å rekruttere fastleger som kan møte kompetansekravet. Disse utfordringene er størst for små kommuner med store geografiske avstander (EY og Vista Analyse, 2019). Rekruttering av leger som tilfredsstiller kompetansekravet i akuttmedisinforskriften er et problem for nær én av ti legevakter. Disse legevaktene er hjemmehørende i ni ulike fylker og representerer både små og store befolkningsgrunnlag. To av tre ligger i helseregion Nord (Morken T, 2019).

Fastlegens slutttilbøyelighet

Fastlegers tilbøyelighet til å slutte i jobben bidrar til kommunenes rekrutteringsutfordringer. Sannsynligheten for å slutte etter kort tid som fastlege økte i perioden 2010-2018, både i sentrale og usentrale strøk (EY og Vista Analyse, 2019). Det er vekst i antall fastleger, men samtidig økning i antall ubesatte fastlegelister. Det sees som en indikasjon på fortsatt ustabilitet (Helsedirektoratet, 2021c). Studier av rekrutterings- og stabilitetsutfordringer i fastlegeordningen viser at en stor andel av legeløse lister finnes i kommuner med færre enn 5000 innbyggere (Abelsen, Gaski, & Fosse, 2020). Utfordringer med rekruttering i større kommuner kan også gi økning i ubemannede fastlegelister. Dette vil igjen kunne forverre rekrutteringssituasjonen i de mindre kommunene (Helsedirektoratet, 2021c).

Rekrutteringsutfordringer annet helsepersonell

Kompetansebehovsutvalget beskriver betydelige rekrutteringsproblemer for sykepleiere generelt i helsetjenesten (2020). Tilsvarende oppgir tre av fire rådmenn i 220 kommuner til KS' Arbeidsgivermonitor at det er meget (50 %) eller ganske (25 %) utfordrende å rekruttere sykepleiere (KS, 2019). Nærmere én av syv legevakter rapporterer om vansker med å rekruttere sykepleiere (Morken T, 2019).

5.2.2 Vaktbelastning i legevakt

Vaktbelastning og bakvakt

Kompetansekravet i legevakt har medført økt vaktbelastning for leger med vaktkompetanse. I kommuner med én eller få fastleger som oppfyller kompetansekravet må disse ha bakvakt for de øvrige legene. Det er særlig arbeidskrevende for vaktkompetente fastleger i små kommuner om flere leger i legevaktordningen har behov

for bakvakt. Fastleger i distriktet beskriver høy vaktbelastning (EY og Vista Analyse, 2019).

Vaktbelastning og fritak fra vakt

Det er flere leger enn de som har rett til fritak som ikke går legevakt. Særlig i større kommuner er det en stor andel fastleger som ber om fritak eller "gir" bort vakter i legevakt. I kommuner eller legevaktdistrikt med få leger kan det være vanskelig å søke om fritak, da det medfører større arbeidsbelastning for de gjenværende legene i vaktordningen, ettersom det ikke er andre leger som kan overta vaktene (EY og Vista Analyse, 2019; Tromsø kommune, 2020)

Fritak for legevakt utgjør en utfordring i kommuner med større andel leger over 60 år. Fritak er særlig sårbart i små kommuner med få leger i vaktordningen. I én av tre kommuner er mer enn 25 % av legene over 60 år. En høy andel leger som nærmer seg 60 år kan i seg selv bidra til rekrutteringsproblemer, ved at det vil gi økt vaktbelastning for de øvrige legene i vaktordningen (Helsedirektoratet, 2021c). Fra 1.1.2013 ble det innført rett til fritak fra legevakttjeneste fra fylte 55 år (fastlegeforskriften § 13), og dette medførte et mulig bortfall av inntil 243 fastleger. Regelendringen førte til en større utfordring i de mindre sentrale kommunene, ettersom fastlegene utgjorde en betydelig større andel av legevaktstyrken i disse kommunene sammenliknet med de mer sentrale kommunene (Gaski & Abelsen, 2013). Regelendringen ble reversert allerede 1.7.2013.

Alene på vakt og utrygghet på vakt

Utrygghet på vakt er et problem ved mange legevakter, og er pekt på som viktig med hensyn til fremtidig rekruttering til legevakt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Fastleger i distriktet beskriver krevende alenevakter i akutte situasjoner, bl.a. ved å være de første ankomne til alvorlige ulykker og ha lang avstand til sykehus (EY og Vista Analyse, 2019).

Flere undersøkelser viser at leger er alene på vakt uten at det gjøres nødvendige tiltak for å øke sikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a; Holen-Rabbersvik E, 2018; Joa & Morken, 2012). Disse forholdene påvirker igjen rekrutteringen negativt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Majoriteten (65 %) av legevakterne har fortsatt kun én lege på vakt til alle døgnets tider. Ved hver femte av disse legevakterne er det ingen sykepleier på vakt, noe som betyr at legen er alene på vakt uten bistand fra støttepersonell (Morken T, 2019).

Det er høy forekomst av hendelser som trusler og vold mot ansatte i legevakt. Nær halvparten av landets legevakter rapporterte om minst én volds- eller trusselhendelse mot legevaktpersonellet i løpet av ett år (Morken T, 2019). I en studie utført ved 20 legevakter var fire av fem ansatte blitt utsatt for verbal aggresjon. Nærmere halvparten hadde mottatt trusler, og mer enn én av ti hadde vært utsatt for vold (Joa & Morken, 2012).

5.3 Bruk av legevakten/pasientstrøm

5.3.1 Manglende tilgjengelighet i fastlegeordningen

Lekkasje av pasienter fra fastlegetjenesten til legevakt er beskrevet i flere undersøkelser og rapporter, og kobles til flere faktorer, som beskrevet under. Tilgjengelighet i fastlegeordningen er en avgjørende faktor for pasienters bruk av legevakt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Liten kapasitet og tilgjengelighet hos fastlegene medfører økt pågang i legevakt, spesielt på kveld og helg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a;

Sandvik, Hunskar, & Diaz, 2012). Tilsvarende har områder med lavere dekning av fastleger en høyere konsultasjonsfrekvens ved legevaktene (Sandvik, Hunskar, et al., 2012). Bemannings- og rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen kan merkes som spill-over av pasienter fra fastlegekontorene (Tromsø kommune, 2020).

God kapasitet blant fastlegene beskrives som sentralt for at legevakten skal kunne ivareta sin akutfunksjon (Den norske legeforening, 2015). Videre viser en tidligere litteraturgjennomgang at lav tilgjengelighet hos fastlege øker henvendelser til flere ledd i den akuttmedisinske kjeden, inkludert legevakt, skadepoliklinikker og akuttmottak (Bakke et al., 2017).

Det er estimert at det er potensial for å flytte flere hundre tusen kontakter fra legevakt til fastlegen dersom fastlegene øker sin kapasitet for å motta akutte henvendelser (Sandvik, Hunskar, et al., 2012). Bruken av legevakt påvirkes også av manglende kontinuitet blant fastlegene. Når en lege slutter i sin fastlegepraksis, ses en midlertidig nedgang i fastlegebruk og økt bruk av legevakt, særlig blant de eldre. Økt sannsynlighet for å oppsøke legevakt er vedvarende over tid. Det er en tendens til vedvarende endring for bruk av legevakt og forebyggbare innleggelser. Manglende kontinuitet blant fastlegene øker sannsynligheten for unngåelig innleggelse i sykehus, spesielt blant de eldste (Skarshaug, Kaspersen, Bjørngaard, & Pape, 2021). Tilsvarende viser en ny nasjonal registerstudie en tydelig sammenheng mellom kontinuitet i fastlege-pasient-relasjonen og lavere bruk av legevakt, lavere hyppighet av akuttinnleggelse i sykehus og lavere dødelighet. Sannsynligheten for disse hendelsene reduseres betydelig ved økt lengde på fastlegerelasjonen. Motsatt øker risikoen for behov for akuttmedisinsk hjelp eller død sterkt om man mister en fastlege man har hatt i mer enn 15 år (Sandvik, Hetlevik, et al., 2021).

Utover å øke kommunenes rekrutteringsutfordringer, har altså manglende kontinuitet blant fastlegene direkte innvirkning på befolkningens bruk av legevakt. I kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere er stabiliteten i fastlegetjenesten lav. Noen små kommuner i distriktene har faste vikarordninger som «Nordsjø-turnuser», og gjennomsnittlig varighet av fastlegeavtalene er lavere her (Abelsen, Gaski, & Bradstorp, 2016).

«Grønne» pasienter»

Majoriteten av pasientkontaktene i legevakt har laveste hastegrad (grønn). I 2019 var fordelingen mellom grønne og røde responser pr. 1 000 innbyggere henholdsvis 209 for grønn og 32 for røde (Eikeland, Fotland, & Raknes, 2020). Den høye andelen pasienter i laveste hastegrad viser at legevaktene bruker mye tid og ressurser på ikke-akutte tilstander. Tidligere studier anslår at så mye som 40 % av konsultasjonene omhandler tilstander pasientene kunne håndtert selv eller alminnelige helseplager som kunne vært tatt opp med fastlege påfølgende dag (Den norske legeforening, 2015; Welle-Nilsen, Morken, Granås, & Hunskår, 2009).

Organisering: større legevaktdistrikt gir lengre avstander

Utviklingen mot større legevaktdistrikt fører til lengre reisevei for befolkningen til legevakten. I tillegg fører store geografiske avstander til lang utrykningstid. Studier viser en sterk assosiasjon mellom økende avstand til legevakt og redusert bruk. Redusert bruk av legevakt er også gjeldende for de mest akutte hendelsene, men har mest utslag på grønne (ikke-akutte) kontakter. Motsatt er det overforbruk av legevakt i befolkningen som

bor nær tjenesten (Raknes, Hansen, & Hunskaar, 2013; Raknes, Morken, & Hunskaar, 2014). Avstand ser ut til å være en avgjørende faktor for befolkningens bruk av legevakt, og tilgjengelighet kan være en viktigere faktor enn medisinske behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; Hunskaar & Sandvik, 2018).

5.4 Kvalitet og kompetanse

5.4.1 Fastlegens kunnskap/kjennskap til pasienter

Å ha legevakt i egen kommune kan bety at legen drar nytte av kjennskap til pasientene, og dette oppleves som betryggende for pasientene (Bakke et al., 2017; Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019). Kommuner som er avhengige av innleide vikarer for å drifte egen legevakt kan potensielt få utfordringer med hensyn til legens kjennskap til lokale systemer og tilbud, organisering og personell.

5.4.2 Opplæring på legevakt

En stor andel av legevaktene har ikke skriftlige kompetanse- og opplæringsplaner. I overkant av halvparten av legevaktene oppgir at de har skriftlig opplæringsplan for leger og for sykepleiere (Morken T, 2019).

5.4.3 Samtrening med kolleger og andre samarbeidende instanser

Akuttmedisinforskriften § 4 krever at virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at virksomhetens personell får nødvendig trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Likevel er det svært mange leger og sykepleiere som ikke deltar i akuttmedisinsk samtrening med samarbeidspartnere. Omtrent tre av fem legevakter rapporterer at de deltar i akuttmedisinsk samtrening, mens en litt større andel deltar i beredskapsøvelser. Det er vanligst å ha samtrening med ambulansetjenesten (Morken T, 2019).

5.4.4 Triagering

Legevakter og legevaktsentraler bør ha et system for prioritering og triagering av pasienter. Allikevel oppgir fire av ti legevakter at de ikke har noe slikt system for triagering ved oppmøte. Av disse oppgir 75 % at de sjelden eller aldri opplevde samtidighetskonflikter (Allertsen & Morken, 2021).

5.5 Driftskostnader og avlønning i legevakt

5.5.1 Kommunens kostnader

Det foreligger lite data om kommunenes kostnader til drift av legevakt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). De beregninger som finnes viser store variasjoner når det gjelder kostnader mellom kommunene, relatert til kommunestørrelse og organisasjonsmodell. Kommuner som ikke har samarbeid, har høyere kostnader. Små kommuner med egen legevakt og som ikke har mulighet til å inngå i interkommunalt samarbeid har kostnader som er flere ganger høyere enn større kommuner og kommuner med andre driftsformer (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

For å møte utfordringene i legevakttjenesten hva gjelder rekruttering, høy vaktbelastning og lange avstander, har mange små distriktskommuner satt inn en rekke tiltak som utgjør en betydelig kostnad for kommunen. Ansettelse av relativt mange fastleger med kortere

legelister er tiltak som skal bidra til en akseptabel vaktbelastning for legene og sikre tilgjengelighet til legevakt for innbyggerne (Abelsen et al., 2020).

5.5.2 *Avlønning på legevakt*

Avlønning med beredskapstillegg og takster gir varierende inntekt og uforutsigbarhet for legen. Avlønningsformen kan bidra til at hensyn til inntekt påvirker legens beslutninger for prioritering og behandling (Godager et al., 2015). Videre gir denne avlønningsformen betydelig lavere inntekt i distriktene enn i sentrale kommuner. Beredskapstillegget er for lavt til å utjevne inntektsforskjellene mellom vaktklasse 1-3 sammenlignet med vaktklasse 4 (Godager et al., 2015). Fastlønn gir forutsigbarhet for legen, men kan også oppleves som en innskrenkning av råderett over egen tidsbruk (Godager et al. 2015). På tross av retten til fri etter nattevakt (regulert i avtaleverket), oppgir mange fastleger (som har ren selvstendig næringsdrift) at de likevel jobber i sin fastlegepraksis påfølgende dag for å unngå inntektstap (EY og Vista Analyse, 2019). Selv om de tar fri, har de løpende kostnader til husleie, utstyr og personell.

Fastlønn i legevakt, samt ekstra lønn eller andre goder til fastleger som deltar i vaktordningen, benyttes som rekrutteringstiltak i kommuner (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2020). Fastlønn gir kommunene større frihet til å fastsette lønn som er tilstrekkelig for å rekruttere personell til legevakt (Godager et al., 2015).

5.6 **Sammenhengende system for akuttmedisinske tjenester og samarbeid**

5.6.1 *Samhandling med spesialisthelsetjenesten*

Ansvaret for tjenestene i den akuttmedisinske kjeden er delt mellom to forvaltningsnivå som styres ulikt. Helseforetakene er statlig eid, noe som innebærer styringsrett over sykehusene. Primærhelsetjenesten styres lokaldemokratisk. Tjenestene er også heterogene og ulikt organisert. Beslutningsprosesser i kommuner og helseforetak er lite koordinerte og styres av egne målsetninger. Dette kan medføre at ingen av partene har ansvar for helheten og for å redusere uheldige konsekvenser for den andre. Det delte ansvaret mellom forvaltningsnivåene gir også vanskelige grenseflater (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 videreføres sentralisering og differensiering av sykehusstruktur. Større endringer i funksjonsfordeling mellom sykehus får betydning for organisering og dimensjonering av akuttmedisinske tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom endringer som gjøres i sykehusstruktur og i legevakt (Helsedirektoratet, 2019).

I henhold til akuttmedisinforskriften § 4 første ledd, plikter kommunene og helseforetakene å sikre et sammenhengende system og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Akuttmedisinutvalget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) beskrev den akuttmedisinske kjeden som en fragmentert tjeneste med behov for sterkere og bedre samarbeid og samhandling mellom aktørene. Som respons fikk Helsedirektoratet i oppgave å etablere en struktur for å fremme samhandling og samordning mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden (Helsedirektoratet, 2019).

NAKOS påpekte i sin kartlegging i 2019 at akuttmedisinske tjenester «står foran store utfordringer knyttet til rask faglig og teknologisk utvikling og endringer i befolkningens behov og forventninger til tjenestene» (Idland et al., 2019).

5.6.2 Samarbeidsavtaler, ROS-analyser, lokaliseringsutfordringer

Kommuner og helseforetak plikter å inngå samarbeidsavtaler som skal omfatte en beskrivelse av øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. I samarbeidsavtalene bør partene se øyeblikkelig hjelp-tilbudene i sammenheng og finne gode løsninger for pasienter, kommuner og foretak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). En tidligere undersøkelse av erfaringene med samhandlingsavtaler viser variasjon i etterlevelse av avtalene og lite kjennskap til enkelte av avtalene blant ledelse og øvrig organisasjon (Williksen, Bringedal, & Hall, 2014). En evaluering av samhandlingsreformen fra 2016 viser at avtalene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid.

Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid (Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), 2016). Så langt ekspertgruppen kjenner til er det ikke undersøkt hvilke konsekvenser dette har for legevakt, og vi vet derfor ikke om potensialet i samarbeidsavtalene er blitt utnyttet tilstrekkelig for legevakt.

Ved beslutninger om lokalisering av for eksempel ambulansestasjoner og legevaktstasjoner, er det nødvendig at helseforetak og kommuner samarbeider for å sikre tilgjengelige helsetjenester for befolkningen. Om oppgavedelingen mellom nivåene og tjenestene ikke sees samlet vil det være krevende å sikre kapasitet og kompetanse i hele den akuttmedisinske kjeden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Felles ROS-analyser er et viktig verktøy for å styrke samarbeidet om akuttmedisinske tjenester mellom kommunene og de regionale helseforetakene, og for å se på hele den akuttmedisinske kjede i sammenheng. Analysene skal ha særlig fokus på risikofaktorer tilknyttet samhandling og overganger (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11 (tjenesteavtale 11). Som beskrevet over, gjennomføres ROS-analyser i liten grad ved legevakt (Allertsen & Morken, 2021)

6 Rammeverk

Kapitlet inneholder en oppsummering av eksisterende rammebetingelser for legevaktordningen, herunder kommunenes sørge-for-ansvar, fastlegers legevaktplikt (lov/forskrift) og avtaleverk.

6.1 Overordnet rammeverk: Helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter

6.1.1 Kommunens «sørge for-ansvar»

Kommunene har ansvar for å tilby legevakt til personer som oppholder seg i kommunen. Dette følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.6.11 nr. 30 («hol.»). I lovens kapittel 3 er det lovfestet hvilke helse- og omsorgstjenester kommunen er forpliktet til å tilby. Det overordnede «sørge for-ansvaret» er lovfestet i § 3-1 første ledd, der det heter at «[k]ommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» Det er nærmere redegjort for hvilke tjenester kommunen plikter å tilby i § 3-2. I § 3-2 nr. 3 er det fastslått at kommunen plikter å sørge for «hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder a. legevakt». Fordi plikten til å tilby helsetjenester gjelder alle personer som «oppholder seg i kommunen», plikter kommunene å tilby helse- og omsorgstjenester til andre enn egne innbyggere. Legevakt er et særlig viktig element i denne plikten, og en person som oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende er bosatt vil kunne oppsøke legevakten på samme måte som kommunens innbyggere. Administrasjon av legevaktordningen er kommunens ansvar, og dette følger først og fremst av «sørge for-ansvaret» som beskrevet ovenfor. Kommunens ansvar for en forsvarlig ordning er også understreket i tariffavtale mellom Legeforeningen og KS (Særavtalen eller SFS 2305) § 5.2.

6.1.2 Kravet til forsvarlige helsetjenester

Et viktig og grunnleggende prinsipp for organisering av helsetjenester er at de helsetjenestene som gis, skal være forsvarlige. Kommunenes plikt til å tilby forsvarlige helsetjenester er lovfestet i hol. § 4-1. I lovens forarbeider er prinsippet beskrevet slik, jf. Prop. 91 L (2010-2011) pkt. 20.5:

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard, dvs. at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang [...]

En avgjørende faktor for å kunne yte forsvarlige tjenester er den ressursen personellet utgjør. Virksomheten må sørge for tilstrekkelig bemanning og at personellet har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre oppgaver de blir tildelt. I en del sammenhenger vil tilgang på nødvendig utstyr og egnede bygningsmessige forhold være viktige forutsetninger for å kunne yte forsvarlige tjenester.»

Også helsepersonelloven (hpl.) § 16 pålegger kommunen å organisere helse- og omsorgstjenestene slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. På samme måte som for andre helsetjenester, gir forsvarlighetskravet og kravet i hpl. en overordnet ramme for kommunenes plikt til å organisere legevaktordningen. Videre er det forskriftsfestet enkelte mer detaljerte regler om krav til bemanning og faglige kvalifikasjoner for leger som går legevakt.

6.1.3 Minimumskrav til bemanning og kvalifikasjoner

Nærmere regler for kommunenes plikt til å tilby legevakt tjenester er nedfelt i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Formålet med forskriften (som også omfatter kommunenes plikt til å tilby annen øyeblikkelig helsehjelp) er å «bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus», jf. § 1. I forskriftens kapittel 2 er det regler om minimumsbemanning og kvalifikasjoner til leger som skal gå legevakt. I § 6 heter det:

«§ 6. Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legesamtaler og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig»

Kommunen plikter følgelig å sørge for at det alltid er minst én lege tilgjengelig hele døgnet. I forskriftens § 7 stilles det nærmere krav til hvilken kompetanse en lege som er på vakt må ha. Kompetansekravet ble innført i ny akuttmedisinforskrift i 2015. I den tidligere akuttmedisinforskriften § 12a var det et krav om at den kommunale legevaktordningen skulle «bemannes med helsepersonell som sikrer at helsehjelpen som ytes er forsvarlig», i tillegg til at legen måtte tilfredsstille kravene i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger.

Det fremgår av någjeldende forskrift § 7 at en lege kan ha vakt alene (uten bakvakt) dersom han eller hun har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering, jf. bokstav a). Etter bokstav b) følger det at leger som har minst 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen, samt i tillegg har gjennomført 40 legevakter eller har arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kan ha legevakt alene. I bokstav c) og d) er det nærmere regler for på hvilke vilkår leger med godkjenning som allmennleger under veiledet tjeneste kan ha legevakt, og i bokstav e) er det nærmere regler for på hvilke vilkår leger som har godkjenning som spesialist i allmennmedisin fra EØS-land og Sveits kan ha legevakt.

Felles for alle som skal gå vakt er et krav om at legen har gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Tidligere var det adgang til å søke fylkesmannen (nå statsforvalteren) om dispensasjon fra kompetansekravet dersom det ikke var mulig for kommunen å skaffe leger som oppfylte kompetansekravet. Fom. 1.1.20 åpner ikke forskriften lenger for dispensasjon, med unntak av en særskilt

midlertidig dispensasjonsadgang gitt i tredje ledd i forbindelse med covid-19-pandemien.

I alle kommuner må det altså i utgangspunktet til enhver tid være minst én lege på vakt som har godkjenning som spesialist i allmennmedisin, eller en annen lege som tilfredsstiller kravene i bokstav b)-e). Av annet ledd fremgår det at det likevel kan være leger på vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd, såfremt det er en bakvakt tilgjengelig som oppfyller kravene. Kommunene må videre vurdere om bakvakten skal være tilgjengelig for til stede-veiledning av lege i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene, og et sentralt tema i denne vurderingen er hva som er forsvarlig, jf. prinsippet i hol. § 4-1.

I større kommuner vil forsvarlighetsprinsippet også kunne medføre at det er behov for mer enn én kvalifisert lege på vakt.

Av akuttmedisinforskriftens § 9 følger det at kommunen også må sørge for at legevakten har tilstrekkelig utstyr slik at «helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner». Videre er det i bestemmelsens annet ledd et krav om at kommunen skal sørge for at «legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart». Også dette er et utslag av det overordnede forsvarlighetskravet.

6.2 Organisering av legevakt – legevakt som integrert del av fastlegeordningen

Legevaktordningen henger tett sammen med fastlegeordningen, og er en integrert del av kommunenes legetjenester. I forarbeidene til hol., Prop. 91 L (2010-2011) s. 178, er dette beskrevet slik:

«Den kommunale legevaktordningen er en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen består av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Legevaktens tjenester kan ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester.»

At kommunen har plikt til å tilby fastlegeordning, følger av hol. § 3-2 nr. 4. Ordningen er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordning i kommunene av 29.8.12 nr. 842 (fastlegeforskriften). Formålet med fastlegeforskriften er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til, jf. fastlegeforskriften § 1. Forskriften gjelder for fastleger, uavhengig av om de er selvstendig næringsdrivende eller ansatt i kommunen, jf. § 2a).

Det følger av fastlegeforskriften § 2 bokstav a) at fastleger i forskriftens forstand er «lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende». Etter § 13 første ledd bokstavene a) og b) følger det at fastleger plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, og dette gjelder dermed både ansatte fastleger og næringsdrivende fastleger, jf. definisjonen i § 2. Av fjerde ledd fremgår det at kommuner kan fritta fastleger fra plikt til legevaktdeltakelse når legen «av helsemessige eller viktige sosiale grunner» ber om det selv, og at det da skal tas særlig hensyn til leger over 55 år. Leger har videre rett til fritak for legevakt når de er over 60 år, når de er gravide i de tre siste månedene av svangerskapet eller når graviditeten er til hinder for deltakelse, samt når de ammer barn som er under ett

år, jf. bestemmelsens femte ledd. Utover dette har fastlegene en lovfestet plikt til å delta i den kommunale legevaktordningen. Nærmere reguleringer finnes også i rammeavtaler og tariffavtaler mellom kommunene og Legeforeningen.

Kommuner kan også velge å ansette leger særskilt til å være legevaktleger, og dette gjøres blant annet i enkelte større kommuner der det anses hensiktsmessig. Disse legene har plikt til å gå legevakt ikke i kraft av å være fastlege, men i kraft av sin arbeidsavtale med kommunen. Kommunen kan også velge å organisere legevakten med en kombinasjon av fast ansatte legevaktleger og (fast ansatte eller selvstendig næringsdrivende) fastleger. Oslo kommune er et eksempel på en kommune som har innrettet seg på denne måten, se vedlegg 1.

Fordi det er fastlegene som først og fremst bemanner de kommunale legevaktene, henger tilgangen på legevaktleger – og dermed vaktbelastningen for den enkelte lege – nøye sammen med kommunens tilgang på fastleger.

6.3 Det kollektive regelverket – overordnet om avtaleverket for legevakt

Leger som går legevakt, er omfattet av kollektive avtaler som regulerer vilkårene for legevakt mer detaljert. Hvilken avtale som gjelder for legen beror bl.a. på i hvilken kommune legen arbeider. Et hovedskille går mellom Oslo kommune og andre kommuner som er medlem i Kommunesektorens organisasjon (KS). Fordi Oslo kommune er eget tariffområde, gjelder ikke avtaleverket mellom KS og Legeforeningen for leger med arbeidssted i Oslo, selv om kommunen er medlem i KS. I det følgende gjøres det derfor et skille mellom avtaleverket på KS-området, som behandles i punkt 6.4 og avtaleverket i Oslo kommune, som behandles i punkt 6.5. Det er ingen andre kommuner enn Oslo som ikke i utgangspunktet er omfattet av KS-avtalen. Det finnes imidlertid enkelte andre kommuner som har inngått lokale avtaler med særordninger både for organisering av fastlegetjenesten og legevaktstjenesten i kommunen. Slike ordninger vil beskrives nærmere i vedlegg 1.

6.4 Avtaleverket på KS-området

6.4.1 Om avtaleverket

Fastleger i KS-området som er selvstendig næringsdrivende, har inngått en individuell avtale med kommunen etter fastlegeforskriften § 30, og er i utgangspunktet ikke arbeidstakere i kommunen. Deres vilkår for arbeidet som fastlege følger av rammeavtale mellom KS og Legeforeningen, ASA 4310. Legens plikter følger av avtalens del IV. I punkt 10.4 i kapittel 10 om «Legens behandlende (kurative) virksomhet», heter det følgende: «Om øyeblikkelig hjelp/legevakt/daglegevakt: Se SFS 2305 punktene 6 – 8.»

SFS 2305 («særavtalen») er en særavtale mellom KS og Legeforeningen, inngått med hjemmel i Hovedavtalen til KS. Avtalen gjelder leger som er ansatt i kommuner/kommunale foretak/interkommunale selskap som er medlemmer i KS' arbeidsgivervirksomhet, jf. særavtalen § 2.1. Avtalen gjelder i utgangspunktet dermed kommunalt ansatte leger, både fast ansatte fastleger (i kommuner som velger å organisere fastlegeordningen med ansatte leger) og andre kommunalt ansatte leger (for eksempel leger ansatt på sykehjem, helsestasjon, LIS1-leger mv.), men i utgangspunktet ikke næringsdrivende fastleger. Så vidt ekspertgruppa forstår er det likevel enighet mellom KS og Legeforeningen om at også næringsdrivende fastleger er å anse som arbeidstakere i kommunen for den delen av

arbeidet som gjelder legevakt utenfor ordinær åpningstid. Dette er ikke direkte avtalefestet, men synes å være en omforent tolkning av legenes arbeid i legevakttjenesten sett opp mot arbeidstakerbegrepet i arbeidsmiljøloven § 1-8. Ekspertgruppen legger derfor til grunn at særavtalen gjelder i sin helhet også for næringsdrivende fastleger når de går legevakt, slik at reguleringen av legevaktdeltakelse er lik for fast ansatte fastleger og næringsdrivende fastleger.

I særavtalens § 5 er begrepet legevakt nærmere definert slik:

«Med kommunal legevaktordning menes virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.»

Videre følger det av bestemmelsen at kommunen skal «tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp», at kommunen «må sørge for at minst én lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet» og at kommunen må «vurdere at legevaktordningen er forsvarlig». Dette følger allerede av hol. § 3-2 nr. 3 og § 4-1, samt akuttmedisinforskriften § 6, slik redegjort for ovenfor, og er dermed både lovfestet og tariffestet.

6.4.2 *Avtalt unntak fra arbeidstidsbestemmelsene: særavtalens § 3*

For arbeidstakere som er ansatt i kommunen er maksimal tillatt arbeidstid regulert i arbeidsmiljølovens kapittel 10. For leger som til vanlig har sitt ordinære arbeid som lege i kommunen, og som deltar i legevakt i tillegg, vil det være vanskelig ikke å overskride disse bestemmelsene når de går legevakt. Med hjemmel i aml. § 10-12 (4) er det i særavtalens § 3 derfor avtalt unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Av særavtalens § 3.2 fremgår det at vilkårene i særavtalen «samlet sett innebærer at arbeidsmiljølovens bestemmelser om daglig og ukentlig arbeidstid mv. ... ikke gjelder i forbindelse med legevakt».

Av § 3.3 fremgår det at avtalen om avvik fra arbeidstidsbestemmelsene i forbindelse med legevakt gjelder både der legearbeidet for kommunen «er basert på et ansettelsesforhold og i de tilfeller der legearbeidet er basert på avtalepraksis», dvs. både for ansatte leger i kommunen som går legevakt og selvstendig næringsdrivende leger som går legevakt. For næringsdrivende leger, som ikke er omfattet av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for det arbeid de utfører i egen praksis, er regelen i § 3.3 imidlertid ikke noe egentlig unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i § 10-12 (4).

Det avtalte unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene var gjenstand for tvist i tariffforhandlingene mellom Legeforeningen og KS i 2020. I tvisten, som ble avgjort ved Rikslønnsnemndas kjennelse av 11.6.21, krevde Legeforeningen at det avtalte unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene skulle oppheves, og at det skulle etableres en ytre skranke for hva legene kan pålegges av maksimal ukentlig arbeidstid. KS bestred dette, og krevde at særavtalens unntak skulle videreføres uendret. Rikslønnsnemndas flertall ga KS medhold, og uttalte følgende:

“Rikslønnsnemnda har forståelse for at legevakttjenesten og de unntak som er gjort fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven innebærer en stor belastning for legene i kommunehelsetjenesten. Særlig forstår Rikslønnsnemnda at dette oppleves som krevende for unge leger. Rikslønnsnemnda mener at ordningen også medfører problemer med rekrutteringen av leger i kommunehelsetjenesten. Rikslønnsnemnda finner at det er behov for en revisjon av de avtaler som finnes i dag. Samtidig viser Rikslønnsnemnda til at det er et stort samfunnsmessig behov å bemanne legevakttjenesten i den enkelte kommune. Endring av dagens ordning vil trolig være forbundet med

en mer omfattende og dyptgripende reform. Legeforeningen og KS synes å være enige om at det er nødvendig med en revisjon av dagens ordning, men er uenige om hvordan dette skal gjøres.

[...]

Rikslønnsnemndas flertall, Taraldsrud, Barth, Borvik og Mygland, mener det vil være risiko for manglende legedekning dersom det fastsettes en ordning som bryter med dagens system uten samtidig å sikre at det er nok leger tilgjengelig.

Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at det er "strengt nødvendig" å videreføre dagens ordning. Flertallet legger også vekt på at dagens unntak bygger på en framforhandlet løsning innenfor et samlet system og at det er behov for mer omfattende reformer som samtidig sikrer befolkningen en forsvarlig legevaktordning. Det vises i denne sammenheng til drøftelsen ovenfor. Rikslønnsnemndas flertall finner således at ordningen heller ikke kommer i strid med Grunnloven § 101 og EMK artikkel 11 nr. 2. Rikslønnsnemndas flertall mener derfor at særavtale SFS 2305 – Kommunelegeavtalen skal prolongeres til 31. desember 2021."

Rikslønnsnemnda videreførte dermed avtalen, inkludert unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, frem til 31.12.2021. Så vidt ekspertgruppen forstår Rikslønnsnemnda er det likevel enighet mellom Legeforeningen og KS om at det er behov for å revidere ordningen.

De nærmere unntakene for arbeidstidsbestemmelsene vil det bli redegjort for nedenfor under punkt 4.4 om legevakt utenom ordinær arbeidstid.

6.4.3 Legevakt på dagtid: særavtalens § 6

Bestemmelsene i § 6 regulerer legevakt på dagtid. Av § 6.1 fremgår det at virketiden på dagtid er kl. 08.00-16.00 med mindre det lokalt er avtalt avvikende virketid for legevakt på kveldstid etter § 7.3. Av § 6.2 følger det at legetjenesten i kommunen «må være tilstrekkelig til også å dekke tilreisende samt innbyggere utenfor fastlegeordningen». Dette medfører at mindre kommuner med lavt innbyggertall, men med stor tilstrømning av turister i helger og ferier, må sørge for å ha forsvarlig bemanning også i de perioder når kommunen har vesentlig flere innbyggere enn normalt.

I § 6.3 er det fastslått at fastleger «plikter å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten», med henvisning til fastlegeforskriftens § 13 første ledd b) der det samme fremgår. For fastlegens egne listeinnbyggere skal praksisen innrettes slik at legen kan ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, jf. annet ledd jf. fastlegeforskriften § 22. Legene har etter denne bestemmelsen ikke utrykningsplikt.

I § 6.4 behandles kommunens rett til å organisere legevakt på dagtid ut fra lokale behov. Tjenesten kan «blant annet» organiseres med leger som er ansatt i hel- eller deltidstilling for å betjene legevakt på dagtid, ved at en fastlege til enhver tid deltar i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste eller ved en kombinasjon av disse to. Bruken av «blant annet» gjør at bestemmelsen heller ikke stenger for at tjenesten organiseres på annen måte. Også beredskapsgodtgjøringen for selvstendig næringsdrivende leger er regulert i bestemmelsens siste ledd. I kommuner med inntil 25 000 innbyggere får legen et beredskapstillegg avtalt til et fast kronebeløp. I kommuner med mer enn 25 000 innbyggere skal godtgjøringen avtales lokalt, jf. § 6.4 b).

6.4.4 Legevakt utenom ordinær arbeidstid: særavtalens § 7-9

Hvilke rammebetingelser som gjelder for legevakt på kveld og i helger, er detaljert regulert i særavtalen § 7. Legevakt er her definert i § 7.1 som «ordinær allmennlegevakt (beredskap, konsultasjoner og sykebesøk)». I § 7.3 fremgår det at legevaktens virketid, med de reguleringer som da følger av § 7, er kl. 16.00-08.00 på hverdager, samt helge- og høytider, med mindre noe annet er avtalt lokalt.

6.4.4.1 Hvem har plikt til å delta i legevakt?

Utgangspunktet er at fastleger har plikt til å delta i legevaktordningen, jf. fastlegeforskriften § 13. Dette vil normalt også følge av den individuelle fastlegeavtalen mellom fastlegen og kommunene. Også andre kommunalt ansatte leger kan ha plikt til å gå legevakt i kraft av arbeidsavtalen. I særavtalens § 7.2 er det tariffestet at det gis fritak fra legevakt når vilkårene for unntak i fastlegeforskriften § 13 fjerde ledd er oppfylt, samt «når legen av andre helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Det tas særlig hensyn til leger over 55 år.» Bestemmelsen må forstås som en snever unntaksregel, og selv om det ikke fremgår uttrykkelig, er det kommunen som i første omgang må vurdere om vilkårene for fritak fra legevakt som følge av helsemessige eller vektige sosiale grunner er oppfylt. Avgjørelsen beror på en konkret skjønnsmessig vurdering, og utgjør et enkeltvedtak som kan påklages etter forvaltningslovens regler.

I særavtalens § 7.2 annet ledd er det tariffestet at leger som «ber om fritak fra legevakt de siste tre månedene i svangerskapet etter fastlegeforskriften § 13 (4) bokstav b, har rett på lønn/beredskapsgodtgjørelse i henhold til oppsatt vaktplan.»

I siste ledd er det tariffestet at «kommuneoverlege eller tilsvarende i samfunnsmedisinsk stilling uten andre avtalte legeoppgaver i kommunen» kan fritas fra legevakt dersom vedkommende ønsker det.

6.4.4.2 Generelle bestemmelser for legevakt utenom ordinær åpningstid: §§ 7-9

Nærmere regler for arbeidstid og hviletid i forbindelse med legevakt utenom ordinær åpningstid er fastsatt i særavtalen § 7.4. Av bestemmelsens første ledd følger det at alt av legens arbeid for kommunen, både som ansatt og som næringsdrivende, skal tas med ved beregning av arbeidstid og hviletid. Fulltids kurativ praksis som fastlege skal normalt settes til 40 timer per uke ved beregningen av arbeid i legevakt, da næringsdrivende fastleger ikke er ansatt i kommunen, og dermed ikke har noen fastsatt arbeidstid. Dette reflekterer dermed ikke nødvendigvis fastlegens faktiske arbeidstid den uken han eller hun går legevakt.

Av bestemmelsens andre ledd fremgår det at kommunen skal utarbeide en skriftlig arbeidsplan med angivelse av legevaktens lengde i samarbeid med legenes tillitsvalgte. Berørte leger skal normalt varsles om arbeidsplanen minst to måneder i forveien. Vaktene skal etter bestemmelsen «søkes jevnt fordelt mellom deltakerne i vaktordningen, inkludert turnuslegene/LIS1». At det skal skje et samarbeid forutsetter en reell prosess mellom kommunen og de tillitsvalgte. Det er imidlertid ikke en forutsetning at tillitsvalgte skal godkjenne arbeidsplanen.

Av bestemmelsens tredje ledd fremgår det at arbeidsplanen skal være forsvarlig og at den skal sikre legene tilstrekkelig hvile. Dette følger allerede både av forsvarlighetskravet i hol. § 4-1 av hensyn til pasientene og kravet til fullt forsvarlig arbeidsmiljø for legene etter aml. § 4-1, men er også direkte avtalt i særavtalen. I bestemmelsens fjerde ledd fremgår det også

minstekrav til daglig og ukentlig hvile: Legene skal som hovedregel sikres minst 8 timer fri mellom to arbeidsperioder, og det skal tas særlig hensyn til turnuslegers/LIS1-legers totale arbeidsbelastning når det utarbeides vaktplan. Videre følger det at legene bør ha sammenhengende arbeidsfri i minst 28 timer i løpet av syv dager.

Særavtalen § 7.4 inneholder også en såkalt «sikringsbestemmelse» i femte ledd. Hvis det viser seg at det over tid er umulig å sikre tilstrekkelig hviletid etter bestemmelsen, kan partene kreve lokale drøftinger for å finne frem til tiltak som gjør ordningen forsvarlig.

For leger med beredskapsvakt, følger det av sjette til åttende ledd at de selv må vurdere om det er forsvarlig å behandle pasienter i egen praksis dagen etter legevakt, og dersom legen finner det nødvendig å ta helt eller delvis fri, skal det ikke trekkes i basistilskudd. Regelen er tillitsbasert, og er et naturlig utslag av at det er den enkelte leges selvstendige ansvar å sørge for at vedkommende yter forsvarlig helsehjelp. Dersom legen har hatt utrykning etter kl. 23, følger det at han eller hun har rett til å ta ut 8 timers arbeidsfri dagen etter legevakten uten trekk i lønn/basistilskudd. Næringsdrivende leger får også en nærmere angitt praksiskompensasjon. Legen må selv kreve inn kompensasjonen fra kommunen.

For leger som er til stede på legevakt etter kl. 23, skal kommunen sikre minst 8 timers arbeidsfri dagen etter vakt, uten trekk i lønn eller basistilskudd, jf. niende ledd. Næringsdrivende leger får også en nærmere angitt praksiskompensasjon, som må kreves inn av den enkelte lege, jf. tiende ledd.

I §§ 7.5 og 7.6 er det tariffestet nærmere regler om journalføring og kursing. § 7.7 fastslår at kommunen må sørge for forsvarlig transportordning ved utrykning og sykebesøk til pasienter, jf. akuttmedisinforskriften § 9, og det er også avtalt adgang til bruk av egen bil på visse vilkår. Bestemmelsen inneholder også i § 7.8 en henvisning til reglene om gruppelivsforsikring og yrkesskadeforsikring i Hovedtariffavtalen, og av § 7.9 fremgår det at kommunen plikter å tilrettelegge for at leger i spesialisering får gjennomført nødvendige legevakter slik at de oppnår spesialistgodkjenning.

6.4.4.3 Arbeidstidsbestemmelser og godtgjøring for legevakt utenom ordinær arbeidstid, § 8

Nærmere om inndeling i vaktklasser

Nærmere regler om organisering av legevakt utenom ordinær åpningstid finnes i særavtalens § 8. Regelverket er delt inn i vaktklasser som beskriver nærmere hvor mange leger som til enhver tid bør være del av vaktordningen i kommunen. Plassering i vaktklasser skjer etter lokale forhandlinger mellom kommunen og lokale tillitsvalgte fra Legeforeningen, og skal være et gjennomsnitt for året, som forutsettes å bygge på registrering av aktivt arbeid under vakt i en representativ periode, jf. § 8.6. Kommuner med stor sesongbetont variasjon i befolkningsgrunnlaget kan endre vaktklasse «når forholdene tilsier det», for eksempel kan dette være aktuelt for kommuner med en stor andel fritidsboliger. Inndelingen i vaktklasser bygger på antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke time vakt:

Vaktklasse	Antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per vakt
1	0 – 10 min.
2	11 – 25 min.
3	26 – 45 min.
4	Over 45 min.

Beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet

Punkt 8.1 gjelder beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet. I vaktklasse 1 følger det av avtalen at belastningen «normalt» ikke bør være større enn 4-delt vakt, dvs. at fire leger deler på vaktordningen. Det skal tilstrebes en belastning med minst 6-delt vakt, dvs. at minst seks leger deler på vaktordningen. I kommuner med tre eller færre leger i vaktordningen, har legen rett til to ukers ekstra fri pr. år. Vaktklasse 1 gjelder for kommuner der man estimerer 0-10 minutter aktivt arbeid gjennomsnittlig pr. klokke time vakt, jf. § 8.3.

I vaktklasse 2 følger det av avtalens § 8.1 at belastningen ved legevakt normalt ikke bør være større enn 6-delt vakt, og at det bør tilstrebes en belastning med minst 7-delt vakt. Helgen skal i denne vaktklassen deles på minst to leger. Dersom det er fem eller færre leger i ordningen, har legen rett til en uke ekstra fri pr. år. Vaktklasse 2 gjelder for kommuner der man estimerer 11-25 minutter aktivt arbeid gjennomsnittlig pr. klokke time vakt, jf. § 8.3.

I vaktklasse 3 bør vaktbelastningen normalt ikke være større enn 8-delt vakt, og helgen må deles på minst to leger. Dersom det er syv eller færre leger i ordningen, har legen rett til en uke ekstra fri pr. år. Vaktklasse 3 gjelder for kommuner der man estimerer 26-45 minutter aktivt arbeid gjennomsnittlig pr. klokke time vakt, jf. § 8.3.

Felles for vaktklassene er at partene lokalt kan bli enige om avvikende ordninger, og at det er avtalt nærmere regler for uttak av den ekstra ferieuken. Vaktklassene er ulikt honorert pr. time, og tabell for hvilket beredskapstillegg som gis i de ulike vaktklassene følger av § 8.3. I tillegg innkrever og beholder legen egenandeler, reisetillegg, skyssgodtgjøring og refusjon som følger av normaltariiffen, dvs. at legevaktsarbeid honoreres ulikt avhengig av hvor mange pasienter som kommer på den enkeltes vakt.

Det er imidlertid ikke særskilte regler for tilfeller der det er behov for mer enn én lege på vakt samtidig, slik at inndelingen i 4-delt, 6-delt vakt osv. ikke nødvendigvis betyr at legen kun har vakt 1/4 eller 1/6 av tiden. Dersom det for eksempel er mange leger som ikke oppfyller kompetansekravene for å gå legevakt slik at de må ha bakvakt, vil vaktbelastningen for de vaktkompetente legene dermed i realiteten kunne bli vesentlig høyere.

Vakt med tilstedeplikt

For kommuner i vaktklasse 4 (kommuner der man estimerer over 45 minutters aktivt arbeid gjennomsnittlig pr. klokke time på vakt, jf. § 8.3) og i interkommunal ordning, skal legevaktordningen organiseres med tilstedeplikt. Belastningen skal da ikke være større enn 12-delt vakt, og den enkelte vakt skal ikke overstige 9 timer uten samtykke fra den enkelte lege, jf. § 8.2.

Også kommuner som i utgangspunktet ikke tilhører vaktklasse 4 kan bestemme at legen skal ha tilstedeplikt i legevaktsentral hele eller deler av vakt døgnet, jf. § 8.2, såfremt legevaktsentralen er bemannet av hjelpepersonell. Det er forutsatt i særavtalen at dette bare vil være aktuelt i «vaktdistrikter med relativt stor pågang (vaktklasse 3) der minst 10 leger deltar i ordningen». Det kan også avtales tilstedeplikt for vaktklasse 2 lokalt, under forutsetning av at legevakten da honoreres etter § 8.4, dvs. at det forhandles fastlønn

lokalt etter reglene i Hovedtariffavtalen kap. 5. Trygderefusjoner og egenandeler tilfaller da kommunen.

I vaktklasse 4 gis det ikke beredskapstillegg, men et tillegg for arbeid ved legevaktssentral, i tillegg til at legen også her innkrever og beholder egenandeler, reisetillegg, skyssgodtgjøring og refusjon som følger av normaltariffen. Dette vil normalt være høyere enn i de andre vaktklassene ettersom det er estimert en høyere andel aktivt arbeid pr. time i vakt.

I legevaktordning med tilstedeplikt kan det også avtales avvikende lønnsfastsetting med timelønn etter Hovedtariffavtalen kap. 5. For slike ordninger tilfaller trygderefusjoner og egenandeler kommunen, jf. § 8.4.

Nærmere om bakvakt for lege uten legevaktkompetanse

Lege som har bakvakt for lege som ikke oppfyller kravene i akuttmedisinforskriften gis en beredskapsgodtgjøring med et fast kronebeløp pr. time, jf. § 8.5. Hvis legen må rykke ut, har legen krav på et beløp tilsvarende trygderefusjoner og egenandeler fra kommunen. Bistand over telefon honoreres etter nærmere takster.

Nærmere om godtgjøring ved vakanser og vikarbehov

I avtalen § 8.8 - § 8.10 er det nærmere regler for økt kompensasjon ved vakanser i legevaktturnusen, behov for vikar på kort varsel mv.

Særlig om godtgjørelse til legevakt ved interkommunal legevaktsentral 23.00-08.00, § 9

Legevakt i interkommunal legevaktsentral mellom kl. 23.00 – 08.00 lønnes med timelønn avhengig av befolkningsgrunnlaget i legevaktsdistriktet, jf. § 9.1. Trygderefusjoner og egenandeler tilfaller da kommunen.

§ 9.2 - § 9.4 har nærmere regler om honorering av vakansvakter med kort varsel, skyssgodtgjørelse mv. Bakvakt i interkommunal legevaktordning godtgjøres etter § 8.3 vaktklasse 3, jf. § 9.4. Dersom legen har bakvakt for lege uten legevaktkompetanse, godtgjøres vekten etter § 8.5 med et kronebeløp pr. time, jf. § 9.5. Dersom legen som har bakvakt må rykke ut for å bistå legen på vakt, gis det ytterligere kompensasjon tilsvarende trygderefusjon og egenandeler. Bistand pr. telefon honoreres etter nærmere takster.

6.5 Avtaleverket i Oslo kommune

6.5.1 Utgangspunkt og organisering av legevakten

Oslo kommune er som nevnt et eget tariffområde, og er derfor heller ikke omfattet av KS' avtaler på legevaktområdet. Kommunen har organisert legevaktordningen annerledes enn mange andre kommuner, og bemanner en stor del av legevakten med fast ansatte legevaktleger. I tillegg bemannes deler av legevakten med fastleger og andre eksterne leger. Se nærmere beskrivelse av ordningen i vedlegg 1.

Ansettelsesforholdet for de fast ansatte legevaktlegene gir legene arbeidstakerrettigheter etter arbeidsmiljøloven, og det gjennomføres årlig lokale lønnsforhandlinger etter hovedtariffavtalen som gjelder for Oslo. Disse ansatte er videre underlagt særavtale mellom Legeforeningen og Oslo kommune, som er et vedlegg til hovedtariffavtalen i kommunen, se nedenfor i punkt 5.4.3.

Regulering av lønns- og arbeidsvilkår for næringsdrivende fastleger i legevakt reguleres av rammeavtalen om fastlegeordningen mellom Oslo kommune og Legeforeningen, se nedenfor i punkt 6.4.2.

6.5.2 *Rammeavtalen for næringsdrivende leger som deltar i legevakt i Oslo*

6.5.2.1 Innledning

Oslo kommune og Legeforeningen har inngått en rammeavtale om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen. I tillegg inngår hver enkelt fastlege en individuell fastlegeavtale med kommunen, der det fastslås at rammeavtalen gjelder. Rammeavtalen inneholder bestemmelser om organisering av og plikt til å delta i legevakt i og utenom ordinær åpningstid i kommunens legevaktordning. I motsetning til i KS-området, anses ikke fastlegene å være ansatt i kommunen for det arbeid de gjør på legevakten. Dette følger direkte av særavtalen (som gjelder for ansatte leger) § 2.2, der det heter at *«[d]eltakelse i legevakt for leger i Oslo kommune som ikke er ansatt ved Oslo Legevakt skjer som selvstendig næringsdrivende, og følger bestemmelsene i den til enhver tid gjeldende rammeavtale om fastlegeordningen mellom Oslo kommune og Legeforeningen.»*

Legevaktdeltakelse for næringsdrivende fastleger er dermed utelukkende regulert i Rammeavtalens kapittel 10.5 om Øyeblikkelig hjelp og legevakt.

Rammeavtalen for fastlegene er sagt opp av Legeforeningen, og reforhandles høsten 2021. Henvisningene til bestemmelsene i dette kapittelet refererer seg til den oppsagte avtalen, idet det ikke er inngått noen ny avtale mellom partene før ekspertgruppen avsluttet sitt arbeid.

6.5.2.2 Legevakt på dagtid

Det følger av rammeavtalen punkt 10.5.1 at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp på dagtid skal ivaretas av sine fastleger så langt det er mulig innenfor alminnelig åpningstid. Utover dette er fastlegenes plikt til å delta i øyeblikkelig hjelp på dagtid ikke regulert, trolig fordi Oslo kommune har døgnåpen legevakt som ivaretar utenbys pasienter.

6.5.2.3 Legevakt utenom ordinær arbeidstid

Fastlegers plikt til å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid er regulert i rammeavtalens punkt 10.5.2. Det er avtalt mellom partene at fastlegene «deltar i kommunens organiserte allmennmedisinske legevakt i vaktsentral og sykebesøk etter vaktplan», i perioden hverdager kl. 16.00-kl. 08.00 neste dag og på dager før helligdager. På lørdager, søndager, høytidsdager og på helligdager deltar fastlegene i perioden kl. 08.00-kl. 08.00. Av første ledd fremgår det også at legevakten «organiseres med sikte på gjennomsnittlig aktivitet på minimum 30 minutter per time for legen».

Av bestemmelsens annet ledd fremgår det at vaktplanen for legevakt «i hovedsak» skal dekkes av byens fastleger. Legen kan enten oppfylle sine forpliktelser ved selv å delta eller ved å registrere «kvalifisert vikar». Slik lege kan være annen fastlege i kommunen, men også fastlegers vikar, annen lege med erfaring fra allmennpraksis eller annen spesialistkompetanse eller med erfaring fra klinisk arbeid på sykehus etter nærmere retningslinjer. Kommunen kan også godkjenne vikar etter særskilt søknad som ikke oppfyller disse vilkårene. Anmodning om registrering av vikar skal inngis skriftlig av fastlegen med legevaktplikt, og besvares skriftlig av kommunen. Mulighetene for fritak fra legevaktdeltakelse er følgelig ganske stor i Oslo. Av femte ledd følger det at dersom

praktiseringen av fritaksbestemmelsene fører til mangel på fastleger/allmennleger som kan dekke vaktordningen, kan kommunen beslutte å ta inn utenforstående kvalifiserte leger i ordningen, etter forutgående drøftelser med samarbeidsutvalget for legevakten.

En forskjell fra legevaktplikt på KS-området er at Oslo kommune og Legeforeningen har avtalt et øvre tak på antallet vakter pr. måned. Av punkt 10.5.2 sjette ledd følger det at leger normalt «ikke [skal] kunne pålegges vakt hyppigere enn gjennomsnittlig 1 dag pr. 20 kalenderdager.» Det er videre avtalt noen unntak fra dette for ferieavvikling, ved epidemier og uforutsette vakanser mv. Ekspertgruppen har fått opplyst at det normalt tildeles ca. én vakt per fastlege i måneden, dvs. sjeldnere enn begrensningen i avtalen. Det er videre avtalt at det på alle vakter skal settes inn en lege i beredskap som skal tre inn ved sykdomsforfall eller økt pågang av pasienter, jf. punkt 10.5.2 syvende ledd. Slik beredskapsvakt godtgjøres med et nærmere avtalt kronebeløp pr. time. Ekspertgruppen har imidlertid fått opplyst at det ikke settes inn slik bakvakt om natten (dvs. 22.00-08.00).

I bestemmelsens åttende ledd er det avtalt mulighet for fritak fra legevakt «når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det», og slikt fritak besluttet av kommunen.

Det er videre avtalt i bestemmelsens ellefte ledd at legevakten skal være bemannet med hjelpepersonell og personell til transportordning for sykebesøk. Det er også opprettet et samarbeidsutvalg for legevakten mellom kommunen og Legeforeningen etter nærmere regler, jf. 12. ledd.

På kveldstid (kl. 16.00-23.00) og i helger (kl. 08.00-23.00) godtgjøres leger for legevaktsarbeid som næringsdrivende etter nærmere avtalte satser, jf. rammeavtalens punkt 10.5.3 med vedlegg. Legen mottar egenandel, reisetillegg og trygderefusjon i tillegg. For ekstravakter med mindre enn 48 timers varsel skal det etter avtalen gis 50 % forhøyet godtgjøring. Hvis kommunen bekoster prøvetaking, mottar kommunen refusjon for dette.

Om natten (kl. 23.00-08.00) godtgjøres leger for legevaktsarbeid som næringsdrivende etter nærmere avtalte satser. På dag og kveld får legene en beredskapsgodtgjørelse per time, på natt mottar de honorar i form av timelønn (ikke beredskapshonorar), jf. rammeavtalens punkt 10.5.4 med vedlegg. I denne perioden tilfaller egenandeler og trygderefusjon kommunen. For ekstravakter som varsles mindre enn 4 dager før, er det også her avtalt 50 % forhøyet godtgjøring. Ekspertgruppen har fått opplyst at dette ikke praktiseres utenom ved beordring.

Det er ikke avtalefestet noen praksiskompensasjon ved fri dagen etter legevakt for fastleger i Oslo.

6.5.2.4 Særavtalen for ansatte leger

Slik beskrevet ovenfor i punkt 5.1, har Oslo kommune og Legeforeningen inngått en særavtale til hovedavtalen i kommunen, som gjelder for leger som er ansatte i kommunen, herunder turnusleger/LIS1-leger. Særavtalen gjelder for alle ansatte leger i kommunen, men det er også enkelte særbestemmelser for ansatte ved allmennlegevakten.

Av særavtalens § 3.2.2, som kun gjelder leger ved allmennlegevakten (ikke andre ansatte leger i kommunen eller leger ved KAD), fremgår det at ukentlig arbeidstid for leger som deltar i skiftordning er 33,6 timer, og 35,5 timer i uken for andre leger (i motsetning til

vanlig tariffestet arbeidstid i kommunen som utgjør 37,5 timer pr uke). Videre er det i samme bestemmelse avtalt at turnusen skal ordnes slik at det blir en «rimelig fordeling av dag-, kvelds- og nattskift, samt lørdags- og søndagsarbeid» for hver enkelt lege. Det er avtalt at det gjennomsnittlig på årsbasis ikke skal forekomme helgearbeid oftere enn hver tredje uke, og at nattskift ikke skal overstige 12 timer pr. uke i gjennomsnitt. Videre skal dag- og kveldsvakter i helger ikke overstige 8 timer, med 8 timers arbeidsfri mellom vaktene.

Særavtalen åpner i § 3.3 for frivillig inngåelse av avtale om utvidet arbeidstid, jf. aml. § 10-12 fjerde ledd.

I særavtalens § 3.5 er det avtalt at arbeidstiden skal organiseres slik at den ikke overstiger 60 timer for noen enkeltuke, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Daglig arbeidstid, inkludert spisepause, skal ikke overstige 19 timer. Videre skal hver enkelt arbeidsuke inneholde minst 28 sammenhengende timer fri, og det skal være minimum 8 timers fri mellom to arbeidsperioder. Turnusen bør heller ikke organiseres slik at noen arbeidsdager er kortere enn 5 timer. For turnusleger/LIS1-leger og gravide og ammende, er det avtalt enkelte særregler i § 3.5 som ikke gjennomgås her.

I § 3.6 er det avtalt at leger som ikke er ansatt ved Legevakten, men som deltar i sentral allmennlegevakt, har rett til minimum 2 timers fri uten trekk i lønn etter deltakelse i slik legevakt.

I avtalens § 4.4 er det avtalt særbestemmelser for ansatte leger ved allmennlegevakten vedr. godtgjørelse for ekstravakter. Det følger av bestemmelsen at ekstravakttjeneste kan pålegges de fast ansatte legene ved legevakten dersom det oppstår vakant skift som ikke kan dekkes ved vikar, og at det for aktive timer betales et tillegg på 100 % i tillegg til vanlig timelønn. Dersom grensene for samlet overtid etter arbeidsmiljøloven § 10-6 fjerde til niende ledd overskrides i disse tilfellene, har legene rett til godtgjørelse på timelønnen + et tillegg på 200 %. Det er også anledning til å avspasere slike ekstravakter time for time, jf. § 4.4 tredje ledd.

I særavtalens § 5 er det særlige bestemmelser om rett til videre- og etterutdanning. Det er avtalt at kommunen skal legge til rette for at den enkelte lege skal kunne gjennomføre en kontinuerlig kompetanseutvikling, bl.a. gjennom deltakelse i for eksempel undervisning, veiledning og forskning. Den enkelte lege er videre forpliktet til å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse. Videre skal faglig fordypning avtales lokalt og fremgå av tjenesteplanen. Ekspertgruppen har fått opplyst at en del av den avtalte arbeidstiden for de fast ansatte legene ved allmennlegevakten i Storgata går med til kompetanseutvikling, i tillegg til det kliniske arbeidet.

7 Datakilder

Ekspertgruppens oppdrag er å kartlegge dagens situasjon i legevakt ved å innhente statistikk og analysere data som er relevante for formålet. Etter ekspertgruppens vurdering kan datagrunnlaget suppleres med å samle inn nye data, for eksempel ved bruk av spørreundersøkelse. Kapittelet beskriver datakildene som er innhentet og analysert av statistikere/forskere. Spørreundersøkelsen som er gjennomført av ekspertgruppen, omtales også her.

Kartlegging av datakilder var en sentral del av ekspertgruppens innledende arbeid. Ekspertgruppen har gjennomført møter med NKLM og KS for å innhente informasjon om potensielle datakilder. Både datakilder de selv har samlet inn og eier/drifter, samt datakilder de kjenner til, er kartlagt. Det har også vært møter med sentrale miljø i Helsedirektoratet for å sikre oversikt over datakilder, samt avklare om det er overlappende arbeid mellom ekspertgruppen og miljø i Helsedirektoratet. Ekspertgruppen har inkludert følgende datakilder i arbeidet: Tidsbruksundersøkelsen, Fastlegeevalueringen, Nasjonalt legevaktregister, en spørreundersøkelse om legevakt utført av KS, samt KUHR og Basistilskuddsrapporten for fastlegeordningen (tabell 7.1). I tillegg er FLO benyttet for å innhente fastlegens alder. De fire førstnevnte datakildene er basert på spørreundersøkelser, de tre sistnevnte er registerdata. Ekspertgruppen har også gjennomført en egen spørreundersøkelse, nærmere beskrevet i kapittel 7.8.

Tabell 7.1: Oversikt over datakilder som inngår i kartleggingen

Datakilde	Datatype	Eier
Tidsbruksundersøkelsen (2019)	Spørreskjema	Helsedirektoratet
Fastlegeevalueringen (2019)	Spørreskjema	Helsedirektoratet
Legevaktregisteret (2018, 2020)	Spørreskjema	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
Legevakt 2020, resultater fra en spørreundersøkelse	Spørreskjema	KS
KUHR (2019)	Register	Helfo
Basistilskuddsrapporten for fastlegeordningen, november 2019	Register	Helfo
FLO ^a (fastlegens alder)	Datasystem	Helfo
Ekspertgruppens spørreundersøkelse til kommunene	Spørreskjema	FHI

^aDatagrunnlag hentet fra Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen

7.1 Innhenting av datakilder

Ekspertgruppen har bedt om rådata fra dataeierne. Helsedirektoratet har ført dialog om dataoverlevering med datautførere og gitt juridisk bistand (Tidsbruksundersøkelsen og Fastlegeevalueringen). Det er inngått avtaler med eiere av de ulike datakildene der det er nødvendig. Det er signert utlånsavtale mellom Helsedirektoratet og FHI for Tidsbruksundersøkelsen og Fastlegeevalueringen, og samarbeidsavtale mellom NKLM og FHI for Nasjonalt legevaktregister. I avtalene sikres ekspertgruppens uavhengige rolle i bruk, analyse og fortolkning av datakildene.

FHI har tilgang til KUHR via prosjektet Kvalitet og variasjon i helsetjenesten. Relevante deler av ekspertgruppens mandat organiseres som delprosjekt under dette prosjektet, og DPIA og søknader er oppdatert. Fastlegeregisteret er søkt Helsedirektoratet, men forelå ikke i tide til å inngå i kartleggingen.

Oversikt over delspørsmål i mandat og variabler i datakilder

Ekspertgruppen ved sekretariatet utarbeidet en oversikt over delspørsmålene i mandatet og hvilke variabler i datakildene som kunne benyttes for å besvare spørsmålene. Oversikten ga indikasjon på at datakildene kunne besvare en stor andel av spørsmålene i mandatet, og dannet grunnlaget for arbeidet med og innledende analyser av rådata. Dette arbeidet ble utført før hoveddelen av rådataene var tilgjengelig, og oversikten er oppdatert og justert etter at datafilene er gjennomgått. Etter at ekspertgruppen mottok de ulike datafilene, viste gjennomgangen av variabelister og filer at alle dataene likevel ikke var egnet til å besvare mandatpunktene. De relevante mandatpunktene beskrives under punkt 1.5

Datainnsamling

Ekspertgruppens innledende kartlegging av datakilder viste at et mindre antall spørsmål i mandatet ikke kunne besvares av eksisterende data. Det var derfor behov for en datainnsamling. Datainnsamlingen beskrives nærmere under punkt 7.8.

7.2 Tidsbruksundersøkelsen

HOD ga i 2017 Helsedirektoratet i oppgave å kartlegge fastlegers fordeling av sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper. Undersøkelsen ble gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i 2018. Det ble sendt ut elektronisk skjema til alle landets fastleger for registrering av tidsbruk for fastlegeoppgaver for en uke.

Undersøkelsen består av en døgnregistrering av tidsbruk i en uke for ulike arbeidsoppgaver i fastlegepraksisen og et spørreskjema med 12 spørsmål som skulle fylles ut én gang. 4716 leger fikk tilsendt skjemaet og 1954 av disse svarte (41%).

7.2.1 Spørreskjema – utvikling og innhold

Spørreskjemaet ble utformet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og NKLM, og ble pilottestet på en gruppe på ca. 30 leger. Piloteringen omfattet innhold i skjema og teknisk løsning for registrering av svar.

Spørreskjemaet ble utviklet av en arbeidsgruppe bestående av til sammen tre fagpersoner og forskere fra henholdsvis Helsedirektoratet og NKLM, hvorav to har mangeårig erfaring som fastleger. Spørsmål ble utviklet basert på en gjennomgang av temaer det var aktuelt å spørre om (muntlig informasjon fra Tone Morken, NKLM). Skjemaet ble testet ut med relevante kolleger i NKLM og Helsedirektoratet, før pilotering ble gjennomført blant 30 fastleger i Bergensområdet. Det ble gjort justeringer i skjemaet basert på tilbakemeldingene i piloten.

Spørreskjemaet består av 12 spørsmål, inkludert bakgrunnsvariablene kjønn, alder, status spesialist allmennmedisin, antall år fastlege og antall år allmennlege, samt kjennetegn ved fastlegepraksisen som praksisform og antall kurative dager i uken i tillegg til kjennetegn ved kommunen som antall innbyggere. Det er ingen fritekstfelt. Døgnregistreringen inneholder registrering av tid brukt på ulike spesifiserte arbeidsoppgaver. Tidsbruken

registreres i bolker à 15 minutter, inntil 24 timer i døgnet. Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk ved bruk av Qualitrics.

7.2.2 Utvalg og utsendelse

Målgruppen for undersøkelsen var alle landets fastleger. Undersøkelsen ble sendt ut til i alt 4716 leger. Kontaktinformasjonen var basert på en sammenstilling av adresseregisteret i Norsk Helsenett (NHN) og Samhandlerregisteret for takstoppgjør i Helfo. Utsendelsen ble gjort ved e-postkoblet lenke. E-posten inkluderte kort informasjon om undersøkelsen og invitasjon til å delta, lenke til ytterligere informasjon om deltakelse og huskeliste til registreringsstøtte gjennom arbeidsdagen. Det ble sendt to påminnelser til leger som ikke besvarte undersøkelsen.

Det ble gjennomført en rekke informasjonstiltak for å øke deltakelse til undersøkelsen. Helsedirektoratet og Legeforeningen sendte ut informasjon om undersøkelsen til henholdsvis alle landets kommuner og fylkesmenn, samt til medlemmer med oppfordring om å delta. Undersøkelsen fikk også presseomtale i relevante media. Fastleger som ikke hadde mottatt undersøkelsen ble oppfordret til å ta kontakt med NKLM for å få den tilsendt.

Undersøkelsen var todelt og bestod av; a) spørreskjema som ble fylt ut én gang, og b) daglig registrering av antall timer aktivitet i 7 dager i selvvalgt uke. Datainnsamlingen pågikk i 27 dager i januar 2018.

7.2.3 Representativitet

Det ble gjort analyser av gruppen som svarte sammenlignet med fastlegestatistikken ved utgangen av år 2017 for følgende variabler: aldersgrupper, andel kvinner og menn som er spesialist i allmennmedisin, hvor mange som er vikar i fastlegepraksis, listelengde og hvor mange som er fastlønnet i forhold til privat driftsform.

Svarergruppen inneholder forholdsvis flere leger i aldersgruppen 30-39 år og noen færre for aldersgruppen 55-65 år, sammenlignet med fastlegestatistikken. Kvinneandelen og andelen med spesialitet i allmennmedisin er noe høyere i svarergruppen enn i fastlegestatistikken, mens andelen vikarer (5,8% vs 18,6%) og fastleger med fastlønn (3,9% vs 6,6%) er lavere. Forfatterne argumenterer for at forskjellene er små for de fleste av variablene og derfor ikke representerer noe problematisk skjevhet i studiepopulasjonen. Fordeling etter listestørrelse samsvarer med fastlegestatistikken fra 2017 med en gjennomsnittslengde på listen til i underkant av 1200.

Forfatterne vurderer svarerne som representative for fastlegene i Norge med hensyn til alder, kjønn og listelengde sammenlignet med fastlegestatistikken i 2017.

7.2.4 Bemerkninger til data/undersøkelsen

Det er stor spredning i materialet for antall registrerte arbeidstimer for de ulike vakttypene i legevakt. Enkelte svarere har rapportert mer enn døgnet 24 timer for én eller flere av dagene i uken med registrering, når man ser på antall arbeidstimer for de ulike vakttypene samlet. De tre kategoriene som timene er registrert under, er ikke tydelig definert. Bakvakt er ikke definert som atskilt fra tilstedevakt og hjemmenvakt. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende ved registrering av arbeidstiden. Dette gir usikkerhet rundt hvordan svarerne har registrert timer og om/i hvilken grad arbeidstimer er registrert under flere kategorier. Undersøkelsen kartlegger mengde tid i døgnet pr vakttype, men det

tidfestes ikke *når* på døgnet arbeidstimene utføres. Det utelukker muligheten til å vurdere eventuell dobbeltregistrering av timer i døgnet på ulike vakttyper.

Undersøkelsen har vært diskutert. Trepertssamarbeidet har uttalt at tallene ikke egner seg til å fastslå faktiske arbeidstider, men det er enighet i at fakta beskrevet i rapporten viser økning i fastlegenes arbeidstid (Staten et al., 2019).

I spørreundersøkelser generelt er det knyttet usikkerhet til reliabiliteten til selvrapporterte opplysninger. Det kan være svakheter ved selve undersøkelsen, som for eksempel upresist formulerte spørsmål, eller spørsmål som er vanskelig å finne korrekte svar på. Bevisste eller ubevisste tendenser hos svarerne kan også påvirke resultatet, for eksempel er «social desirability» et kjent fenomen. «Social desirability» trekker svarerne i retning av å svare slik det kan være gunstig for den gruppa hun/han er en del av som respondent i den aktuelle undersøkelsen. Dette kan være av betydning for eksempel når det gjelder valg av uke.

7.3 Fastlegeevalueringen – spørreundersøkelse til fastleger, spørreundersøkelse til kommuner

Helsedirektoratet ga i 2019 Ernst&Young i oppdrag å evaluere fastlegeordningen. Oppdraget ble utført i samarbeid med Vista Analyse. Som en del av evalueringen ble det gjennomført tre elektroniske spørreundersøkelser. To av disse er inkludert som datakilde i ekspertgruppens arbeid. De aktuelle datakildene er en spørreundersøkelse til fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer, samt en spørreundersøkelse til kommuner. Evalueringen inkluderer også en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer med fastleger og ledelse i kommunal helsetjeneste. Resultatene fra intervjuene inngår i kartleggingen som publiserte resultater, og beskrives nærmere i punkt 7.9 *Datakilder til publiserte resultater som inngår i ekspertgruppens kartlegging*.

Hovedtema for undersøkelsen til fastlegene var deres arbeidssituasjon og rammebetingelser, kvalitet i tjenesten, fastlegenes vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen, samt vurdering av samarbeidet med andre tjenester. Spørsmålene til kommunene omhandlet deres sørge for-ansvar, dialog og samarbeid mellom fastleger og kommunen, samt rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten og legevaktordningen.

Før overlevering av data fra Ernst&Young ble det gjennomført anonymisering av rådata, inkludert sletting av alle kjennetegn ved fastlegene. Sentralitet og befolkningsstørrelse ble videre sammenslått fra seks til tre grupper for både undersøkelsene til kommuner og fastleger.

Spørreundersøkelse til fastleger

7.3.1 Spørreskjema – utvikling og innhold

Spørreskjemaene ble utarbeidet med bakgrunn i oppdragsbrev, kravspesifikasjon og innledende arbeider. Spørreskjemaet ble pilotert blant 7 fastleger og justert basert på 7 innspill.

I spørreundersøkelsene ble respondentene spurt om å vurdere ulike forhold på en 5-punkts Likert-skala, der 1 representerer «i svært liten grad» eller «helt uenig», og der 5 representerer «i svært stor grad» eller «helt enig». Enkelte steder var det lagt inn fritekstfelt for utdyping av svar. Det var lagt inn filterspørsmål som dirigerte svarerne til ulike spørsmål basert på svar på foregående spørsmål. Dette medfører at antall respondenter varierer på ulike spørsmål.

7.3.2 Utvalg og utsendelse

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle fastleger med egen hjemmel og fastlegevikarer. Utvalgsrammen var basert på kontaktinformasjon fra Helfo sammenstilt med mottakere av basistilskudd basert på Fastlegeregisteret. Fastlegene mottok en e-post med en unik lenke som kunne besvares kun én gang. Det ble sendt to purringer. Av 4324 utsendte spørreskjema besvarte 2132 fastleger hele undersøkelsen (49 prosent).

7.3.3 Representativitet

Respondentene beskrives som sammenlignbare med populasjonen når det gjelder kjønn, aldersfordeling og status for spesialisering. Det er en noe lavere andel fastlønnede leger blant respondentene enn i utvalgsrammen. Basert på sammenlignbare karakteristika vurderes respondentene som representative for fastlegepopulasjonen. For vikarpopulasjonen foreligger det ingen fullstendig oversikt for å kunne vurdere hvor stor andel som deltok og representativitet.

Spørreundersøkelse til kommuner

7.3.4 Spørreskjema – utvikling og innhold

Spørreskjemaene ble utarbeidet med bakgrunn i oppdragsbrev, kravspesifikasjon og innledende arbeider. Spørreskjemaet ble prøvd ut blant fire kommuneoverleger og fire administrative ledere. Skjemaene ble justert i henhold til innspill fra disse åtte.

I spørreundersøkelsene ble respondentene spurt om å vurdere ulike forhold på en 5-punkts Likert skala, der 1 representerer «i svært liten grad» eller «helt uenig», og der 5 representerer «i svært stor grad» eller «helt enig». Enkelte steder var det lagt inn fritekstfelt for utdyping av svar. Det var lagt inn filterspørsmål som ledet svarerne til ulike spørsmål basert på svar på foregående spørsmål. Det medfører at antall respondenter varierer på ulike spørsmål.

7.3.5 Utvalg og utsendelse

Spørreundersøkelsen ble sendt ut som e-postkoblet lenke til kommuneoverleger og administrative ledere for fastlegeordningen i alle landets kommuner. E-posten ble sendt til kommunenes postmottak med instruks om å videresende til aktuelle roller i kommunen. Spørreskjemaet kunne besvares kun én gang, og det kom inn ett svar per kommune. Kommuneoverlegen og/eller administrativ leder i 291 kommuner besvarte undersøkelsen, og det gir en svarprosent på 69.

7.3.6 Representativitet

Gruppen av kommuner som svarte beskrives som representativ for kommuner i Norge med hensyn til sentralitet, antall innbyggere, fylke og fastlegenes avlønningsform. Mer enn halvparten av kommunene i hvert fylke svarte på undersøkelsen.

7.3.7 Bemerkninger til data/undersøkelsene

Det er en styrke at formålet med EYs datainnsamling fra kommuner og fastleger/vikarer i stor grad er sammenfallende med ekspertgruppens behov for beskrivelse av fastlegeordningen. Svarergruppen i de to undersøkelsene blir beskrevet som representative for populasjonen.

7.4 Nasjonalt legevaktregister

Nasjonalt legevaktregister er opprettet på oppdrag fra og i samarbeid med Helsedirektoratet, og er lagt til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Registeret skal gi grunnlag for offentlig statistikk og rapportering og innsyn i legevaktorganiseringen i Norge. Registeret oppdateres hvert andre år, sist i 2020. Samtlige legevakter besvarer undersøkelsen.

Undersøkelsen i 2018 hadde som formål å oppdatere registeret om organisering av legevakt, samt undersøke organisering av legevaktsentralene og samhandling mellom aktører i den akuttmedisinske kjede. Tema for undersøkelsen i 2020 var håndtering av koronaepidemien på legevakt og legevaktsentral, samt kvalitetsindikatorer i legevakt.

7.4.1 Spørreskjemaet – utvikling og innhold

Utvikling og testing av spørreskjema er ikke beskrevet i rapporten for 2018. Spørreskjemaet ble utviklet i 2006, basert på gjennomgang og diskusjon i fagmiljøet (NKLM) som identifiserte sentrale tema og spørsmål om organisering av legevakt. Skjemaet ble testet ut blant kolleger i fagmiljøet og nødvendige justeringer ble gjort. Det er ikke blitt gjort en systematisk validering av skjemaet, men skjemaet har blitt kontinuerlig jobbet med og bearbeidet basert på interne gjennomganger og hyppig dialog med legevaktene (Informasjon innhentet fra Tone Morken, NKLM).

Skjemaet består av et fast sett med spørsmål, samt en del som varierer fra undersøkelse til undersøkelse. Faste spørsmål omhandler organisering av legevakt, som tidspunkt for interkommunalt samarbeid og plassering av legevakt og legevaktsentral. Tilleggsspørsmålene omhandler ulike tema som vold og trusler i legevakt og samhandling i den akuttmedisinske kjede, basert på bestillinger fra eksterne aktører som Helsedirektoratet, pågående studier osv.

7.4.2 Utvalg og utsendelse

Undersøkelsen retter seg mot alle legevakter i Norge. E-postinvitasjon med lenke til undersøkelsen sendes til ledere ved alle legevakter registrert i Nasjonalt legevaktregister. Undersøkelsen purres to ganger til alle som ikke besvarer innen tidsfristen. Ikke-svarerne blir deretter kontaktet via telefon og e-post. Samtlige legevakter i registeret besvarte spørreundersøkelsen i 2018 og 2020.

Befolkningstall for 2018 ble innhentet fra SSB. For å undersøke utvikling over tid, ble det benyttet data fra tidligere datainnhentinger i Nasjonalt legevaktregister.

7.4.3 Bemerkninger til data

Legevaktregisteret beskriver alle legevaktene i landet, og er dermed komplett i motsetning til de øvrige spørreundersøkelsene som er brukt som kilder i rapporten. Det inneholder omfattende og detaljert informasjon. Som datakilde i ekspertgruppens kartlegging er legevaktperspektivet en svakhet, ettersom det også er ønskelig at informasjonen er tilgjengelig på kommunenivå. Informasjon på kommunenivå om kommuner som deltar i interkommunale ordninger, krever informasjon utover registerets innhold. I rapporten er derfor informasjon fra legevaktregisteret på legevaktnivå.

7.5 Legevakt 2020, resultater fra en spørreundersøkelse (KS)

KS gjennomførte en elektronisk spørreundersøkelse om legevakt blant landets kommuner i 2020. Hovedformålet med undersøkelsen var å fremskaffe data som ikke er tilgjengelige gjennom andre kilder/registre. De innsamlede dataene ble hovedsakelig benyttet i forberedelsene til forhandlinger med Legeforeningen om «kommunelegeavtalen» (SFS 2305). Det er ikke publisert egen rapport fra undersøkelsen, men utdrag av resultatene er presentert i møter med Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatene er også brukt som grunnlag i KS sitt fremlegg for Rikslønnsnemnda.

7.5.1 Utvalg og utsendelse

Dataene ble samlet inn i 2020 gjennom en elektronisk spørreundersøkelse i perioden 10.-28. februar. Invitasjon ble sendt til postmottak i alle landets kommuner med instruksjon om å videresende til rette vedkommende i kommunen med kunnskap om legevakt. Det ble gjort én purring. Det kom svar fra totalt 195 kommuner, som er beregnet til en svarprosent på 55 %.

7.5.2 Spørreskjemaet – utvikling og innhold

Skjemaet består av 9 spørsmål (totalt 13 med betingelser). Spørsmålene omfatter antall innbyggere og antall fastleger i kommunen, antall fastleger som deltar i legevakt, kommunenes legevaktordning, vaktklasse, organisering av legevakt (beredskapsvakt/hjemmevakt, tilstedevakt, kombinasjon tilstedevakt/hjemmevakt), antall kommuner i legevaktordningen, totalt antall leger som deltar i legevaktordningen fra alle kommuner og størrelse på legevaktdistrikt. Utviklingen av skjemaet er ikke beskrevet skriftlig.

7.5.3 Representativitet

Vi kan få et visst grunnlag for å vurdere representativiteten til kommunene som har svart ved å sammenligne kjente egenskaper ved svarergruppen med tilsvarende egenskaper ved hele populasjonen av kommuner. Utvalget av kommuner som har svart er vurdert til å være representativt med hensyn til innbyggertall, region og andel fastleger med henholdsvis fastlønn og næringsdrift.

7.5.4 Bemerkninger til data/undersøkelsen

Formålet med dataene, som ble samlet inn av KS, var å bruke dataene i forbindelse med intern virksomhet, og resultatene er ikke publisert. Formuleringen av spørsmålene som ble stilt for å kartlegge antall leger som deltar i legevakten, skiller ikke mellom fastleger og andre leger, og resultatet av undersøkelsen er derfor ikke egnet til å svare ut ekspertgruppens behov. Ut fra spørsmålsformuleringene er det også usikkert om fastleger som er fritatt fra legevakter på grunn av høy alder eller andre individuelle forhold, skal inkluderes eller ikke. Ved telling av fastleger, er det usikkerhet om vikarer telles med eller ikke.

Når det gjelder organisering og vaktklasser, ble spørsmålene stilt og besvart for kommunal ordning og interkommunal ordning hver for seg. KS har kommentert «Kommunal/interkommunal legevaktordning er ikke gjensidig utelukkende. Kommunene kan f.eks. ha egen ordning på hverdager, men delta i interkommunal ordning i helgene. Flere kombinasjoner er mulige, og spørsmålene gir oss ikke full oversikt over organisering».

7.6 KUHR

Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) er et system for å håndtere refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). De som sender refusjonskrav til KUHR er blant annet fastleger og legevakt. For hver kontakt en pasient har med en behandler, sendes det en regning til Helfo med informasjon om bl.a. behandler (praksistype, spesialitet), pasient (kjønn, alder, bostedskommune), dato, klokkeslett, diagnoser og takster. Dataene omfatter aktivitet som konsultasjon med lege, sykebesøk, telefonkontakter der lege er involvert og enkle kontakter (for eksempel skriving av resept uten konsultasjon). Tilleggstakster for tidsbruk utover 20 minutter, prosedyrer som blir utført og eventuelle spesielle kvalifikasjoner hos legen (spesialist i allmennmedisin, doktorgrad) blir også oppført under takstene. Det er særlig statistikk og analyse basert på opplysninger om refusjoner til legevakt, men også til fastlege, som vil kunne bidra til å belyse ekspertgruppens arbeid.

7.6.1 Bemerkninger til data

Informasjonen i registrene er i utgangspunktet samlet inn for administrative formål, og ikke for å studere de spørsmålene ekspertgruppen ønsker belyst. For noen formål er registerdata svært godt egnet, mens for andre egner det seg mindre godt. Tolkning av statistikken må bygge på en god forståelse for hvordan tallene i registeret er fremkommet.

Det vil være flere feilkilder til tall basert på KUHR. For det første er ikke formålet med dataene å lage slik statistikk. Det er derfor ikke sikkert de gir et godt bilde av vaktbelastningen. Det vil for eksempel i de fleste kommuner/legevaktdistrikt kun være mulig å fange opp vaktbelastning for leger der det er registrert aktivitet, og ikke når de som er på vakt ikke har noen konsultasjoner. For noen kommuner (hele Finnmark fylke, og enkelte kommuner i Troms fylke, Nordland fylke, Nord-Trøndelag og Hordaland fylke) kan takstkodene 15a og 15b brukes. De brukes for å registrere deltakelse i kommunalt organisert legevakt per vakt døgn, og gjør det er mulig å fange opp noen døgn med vakt uten konsultasjon. For de kommunene som ikke har denne muligheten, vil det kunne bli skjevheter i data for gjennomsnittlig antall kontakter per vakt og antall legevakter per år.

En annen utfordring med tolking av dataene er at noen kommunale legevakter (heldigvis svært få) sender samleregninger fra flere leger på samme Helsepersonellnummer (HPR-nummer). Dette vil spesielt bli en utfordring for statistikk rundt antall legevakter og helgevakter per lege per år.

Aktivitet som ikke genererer regningskort til Helfo blir *ikke* fanget opp i KUHR. Papirbaserte refusjonskrav blir ikke inkludert (estimert til < 1% av kravene siden 2010 (Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010, 2012; Nydal, 2016)).

7.7 Helfo basistilskudd-rapport og FLO (kun for fastlegens alder) (brukt istedenfor Fastlegeregisteret)

Helfo beregner basistilskuddet per listepasient til legen. Kommunen betaler basistilskudd til fastlegene per registrerte person på legens liste. Listen publiseres hver kalendermåned. Vi har valgt rapporten for november 2019. November er en måned med lite eller ingen ferie eller annen fri, og med potensielt høyt pasienttrykk (influensaseson, m.m.). Det er derfor rimelig å anta at de fleste fastlegene jobber hele eller deler av denne måneden, og dermed finnes i basistilskuddsrapporten for november. Vi benytter informasjonen om hvilke fastleger som får basistilskudd og hvilken kommune legen har fastlegeavtale med. Fastlegene som har avtaler med flere kommuner er ekskludert fra materialet (dette gjelder kun i underkant av 30 fastleger). Vikarleger er mest sannsynlig ikke inkludert i basistilskuddsrapporten.

For å få tilgang til fastlegens alder har vi fått tilsendt en fil med helsepersonellnummer (HPR-nummer) og fastlegens alder i 2019 hentet ut fra FLO (datasystemet som Helsedirektoratet har laget slik at Helfo skal kunne administrere fastlegeordningen).

7.8 Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene

Ekspertgruppe legevakt gjennomførte en spørreundersøkelse om organisering av legevakt blant landets kommuner sommeren 2021. Formålet med undersøkelsen var å fremskaffe data som manglet i andre kilder, for å kunne besvare spørsmål i mandatet.

Ekspertgruppen utviklet selv spørsmålene til spørreundersøkelsen, med bistand fra forskere ansatt i Folkehelseinstituttet (FHI) med erfaring fra spørreskjema utvikling. Datainnsamlingen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse, ved bruk av Nettskjema, et datainnsamlingsverktøy utviklet og driftet av Universitetet i Oslo. FHI sendte ut spørreundersøkelsen på vegne av ekspertgruppen, og står som eier av dataene som er samlet inn. Analytikere fra FHI har gjort tilrettelegging av dataene og gjennomført analysene som blir referert til i denne rapporten.

7.8.1 Spørreskjemaet – utvikling og innhold

Et førsteutkast til spørsmål ble formulert ut fra temaer som inngikk i mandatet til Ekspertgruppe legevakt. Etter diskusjoner og justeringer av spørsmål i ekspertgruppen, forelå det et spørreskjema utkast som ble testet blant seks helseledere. Dette var ansatte i kommunen og ved legevakter i små, mellomstore og store kommuner i ulike deler av landet. Deltakere til intervjuene ble rekruttert fra medlemmer i ekspertgruppens eget nettverk.

Formålet med testingen var å finne ut om spørsmålene opplevdes som nyttige og relevante for ansatte i kommuner og legevakter. Spørreskjemaet ble sendt til informantene rett før intervjuet begynte, og ble fylt ut underveis i intervjuet, som en samtale om hvert enkelt tema og spørsmål. Intervjuene varte opp mot en time, og ble gjennomført digitalt av to forskere fra FHI.

Basert på resultatene fra intervjuene ble det gjort noen endringer i spørreskjemaet, og en justert versjon ble presentert og ferdigstilt på ekspertgruppemøtet.

Den versjonen av spørreskjemaet som nå forelå ble lagt inn i Nettskjema og sendt for testing til deltakere i ekspertgruppen. Det ble også rekruttert 6-10 personer utenfor ekspertgruppen, med erfaring med legevaktstjenesten, for å teste spørreskjemaet. Formålet med testingen var å sjekke at både spørsmålene og det tekniske i datainnsamlingen fungerte. Spørreskjemaet ble også gjennomgått av en seniorforsker fra FHI med lang erfaring med spørreskjema utvikling og datainnsamling.

Etter noen mindre justeringer forelå det en endelig versjon av spørreskjemaet. Det er denne versjonen som er brukt i undersøkelsen om organisering av legevakt som ble gjennomført fra 28. juni til 23. august 2021.

Spørreskjemaet består av inntil 16 spørsmål om forhold ved legevaktene som ikke de andre undersøkelsene kan gi svar på (Vedlegg 3). Det er spørsmål om reisetid fra legevakt til nærmeste sykehus med akutfunksjon, om det er sykepleier og/eller annet helsepersonell fast til stede på legevakten, hvem som betjener legevaktfunksjon på dagtid, antall leger i vaktordningen, vakttyper, interkommunalt legevaktsamarbeid, grunner til kommunens legevaktorganisering og avlønning av legevakt. Det er satt av fritekstfelt

under de fleste av spørsmålene. I tillegg inneholder spørreskjemaet seks bakgrunnsspørsmål om kommunen og den som svarer på spørreskjemaet.

7.8.2 Utvalg og utsendelse

Undersøkelsen ble sendt til alle landets kommuneoverleger, og informasjon om undersøkelsen ble også sendt til kommunesjef for helse i alle kommuner. Minst én person som var oppført som kommuneoverlege i hver av de 356 kommunene fikk e-post med informasjon om undersøkelsen. Informasjonen ble samtidig sendt til samtlige postmottak (n=356) i kommunene (vedlegg 4). Kommunenes e-postadresse til postmottak var den som ble brukt for å nå kommunalsjef for helse. Oppdaterte e-postadresser til kommuneoverlegene ble innhentet internt i FHI. Godkjenning til innhenting av e-postadresser ble gitt av avdelingsdirektør og personvernombud i FHI.

Det ble sendt separat e-post til alle landets kommuneoverleger og kommunalsjef for helse med informasjon om en kommende spørreundersøkelse. Noen dager senere, 28. juni 2021, mottok de alle en e-post med mer informasjon om innhold og gjennomføring av undersøkelsen. Vedlagt e-posten var en PDF-versjon av spørreskjemaet, samt mer informasjon om undersøkelsen og oppfordring om å kun sende inn ett svar per kommune. Selve spørreundersøkelsen ble sendt til kommuneoverlegene i en egen e-post fra Nettskjema.

En del kommuner tok kontakt fordi de ikke hadde mottatt e-post med invitasjon til å svare på undersøkelsen, eller av andre årsaker, som at det var ny kommuneoverlege eller at det var vikar for kommuneoverlegen som skulle svare. Disse fikk da tilsendt ny lenke til spørreskjemaet. Kommuneoverleger med ansvar for å svare for flere kommuner fikk informasjon om at de kunne svare på spørreskjemaet inntil fem ganger.

Undersøkelsen ble gjennomført ved inngangen til sommerferien, men i den første henvendelsen til kommuneoverlegene og kommunalsjef for helse i kommunene ble det informert om at det ville bli sendt en påminnelse om å svare i uke 33. Påminnelse ble sendt til kommuneoverleger som ikke allerede hadde svart mandag 16. august. Det ble også sendt en ny lenke til undersøkelsen fra Nettskjema. Kommunalsjef for helse mottok en e-post, via postmottak, om at påminnelse var sendt til kommunene som ikke allerede hadde svart. I tillegg til påminnelse om å svare på undersøkelsen oppfordret deltakerne i ekspertgruppen kommuneoverleger til å svare på undersøkelsen gjennom egne nettverk.

7.8.3 Representativitet

Undersøkelsen ble sendt til 356 kommuner. Av disse svarte 275 elektronisk og tre på papir. De 278 svarene ga en total svarandel på 78 %.

Blant fylkene (unntatt Oslo) varierte svarandelen mellom 60 % (Agder) og 92 % (Vestfold og Telemark). Kjennetegn ved kommunene i gruppa som svarte versus gruppa som ikke svarte med hensyn til sentralitetsklasse, innbyggertall (femdelt variabel) og befolkningstetthet (over/under medianen) ble testet (χ^2 -test). Ingen av forskjellene var statistisk signifikante.

Sammenligningene gir støtte til å anse de innsamlede dataene som representative for kommuner i Norge.

7.8.4 *Bemerkninger til data/undersøkelsen*

En styrke ved denne undersøkelsen er at den er tilpasset temaene ekspertgruppen ønsket å få informasjon om. Spørsmålene ble utviklet med tanke på at det var kommuneoverlegene i kommunene som skulle besvare spørreskjemaet, noe som også er med på å sikre kvaliteten til opplysningene som er samlet inn. Det er ønskelig med høyest mulig svarprosent i en spørreundersøkelse. At datainnsamlingen i denne undersøkelsen foregikk midt i sommerferien, kan ha ført til at svarprosenten ble lavere enn den kunne blitt hvis undersøkelsen ble sendt ut på et annet tidspunkt. Sammenligningene beskrevet i forrige avsnitt tyder på at de 278 svarene som kom inn, gir data som er representative for landets kommuner.

7.9 **Datakilder til publiserte resultater som inngår i ekspertgruppens kartlegging**

Noen sentrale rapporter om legevakt er blitt brukt som en del av ekspertgruppens kartlegging. Det gjelder Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2018 og 2020, Årsstatistikk for legevakt 2019 og Vaktårnprosjektets samlerapport 2019. Datagrunnlaget for nasjonalt legevaktregister er beskrevet i avsnitt 7.3, og Årsstatistikk for legevakt bruker regningskort fra legevakt sendt inn til Helfo som datagrunnlag (avsnitt 7.5).

Kvalitative intervju i Fastlegeevalueringen 2019

Det ble gjennomført 246 semistrukturerte intervjuer med 262 informanter i desember 2018 og januar 2019. Informantene var fra kommuneadministrasjon, inkludert kommuneoverleger, fastleger og fastlegers samarbeidspartnere på kommunenivå og i spesialisthelsetjenesten. Et utvalg av 22 kommuner og 3 bydeler i Oslo ble invitert til å delta i intervjustudien. Utvalget ble gjort for å sikre en bred dekning av norske kommuner, basert på en rekke kriterier inkludert geografisk spredning, kommunestørrelse, sentralitet, avstand til sykehus og organisering av legevaktordning. 52 fastleger ble intervjuet, og utvalget ble gjort basert på dato fra fastlegeavtale, kjønn, alder, avtaleform, listelengde og status spesialisering allmennlege. De fleste intervjuene ble gjennomført som individuelle samtaler, men enkelte som gruppesamtaler. Datamaterialet ble analysert ved bruk av innholdsanalyse.

Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2018 og 2020

Nasjonalt legevaktregister og datagrunnlaget er beskrevet i kapittel 7.4.

Årsstatistikk for legevakt 2019

Hvert år siden 2006 har Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) utarbeidet årsstatistikk fra alle legevakter i Norge. Statistikken baserer seg på elektroniske refusjonskrav fra legevakt sendt inn til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), og gir derfor en oversikt over aktivitet på legevakt som genererer et regningskort. Statistikken omfatter aktivitet som konsultasjon med lege, sykebesøk, telefonkontakter med lege og enkle kontakter (for eksempel utskriving av resept uten konsultasjon).

Siden koronapandemien har resultert i flere endringer i hvordan legevakt brukes, inkludert kontaktttype, -mønster og -hyppighet, takstbruk, diagnosefordeling og sannsynligvis bemanning, fokuseres det i denne rapporten på årsstatistikken til og med 2019 (Sandvik, Hunskaar, et al., 2021).

Vakttårnprosjektet samlerapport 2019

Vakttårnprosjektet består av sju utvalgte legevaktdistrikt, såkalte vakttårn. Vakttårnene skal være et representativt utvalg av legevakter som dekker minst 150 000 innbyggere, har minst 150 000 pasientregistreringer årlig, representerer både små og mellomstore kommuner og har geografisk variasjon. De sju vakttårnene er Alta kommunale legevakt, Legevakten i Arendal, Austevoll legevakt, Kvam legevakt, Nes legevakt, Solør legevakt og alarmsentral, og Legevakta i Tromsø. Disse dekker totalt 244 367 innbyggere (per 1. januar 2019) og 15 947 kvadratkilometer. All kontakt ved legevaktene som har medisinsk relevans, registreres systematisk, og fire av vakttårnene registrerer også kontakter uten medisinsk relevans («hvite kontakter»). I utvalgte år registrerer utvalgte vakttårn all kontakt tilknyttet spesifikke tilstander eller hendelser (for eksempel psykiatri og rus, vold på legevakten mv.). I 2019 ble det registrert totalt 88 827 medisinske kontakter, og ved fire vakttårn 2238 hvite kontakter (Eikeland et al., 2020).

Det er utviklet eget registreringsverktøy for systematisk registrering av kontakter. Følgende registreres: kontaktmåte, bostedskommune, kjønn og alder på den det gjelder, hastegrad og tiltak. I tillegg er det flere opplysninger som registreres automatisk, blant annet dag og tidspunkt på døgnet for kontakten. Manglende eller ufullstendig registrering er ansett som størst feilkilde i vakttårnprosjektet. Det manglet eller var ukjent minst én opplysning for 4,2 % av alle kontakter (min 1,7 %, max 12,3 %) totalt for alle vakttårn i 2019. I tillegg kan registrering av alder være feil eller kun anslått ved at det var opphopning av oppgitt alder som runde år. Underregistrering av kontakter kan derimot ikke spores, og kan bli mer utbredt i travle tider. Sammenligning med antall regningskort registrert hos Helfo viser at vakttårnprosjektet har hatt færre registreringer (per 100 000 innbyggere) siden 2012 enn det som er registrert hos Helfo. I 2019 var det 363,5 registrerte kontakter per 100 000 fra vakttårnprosjektet, versus noe over 400 kontakter per 100 000 registrerte hos Helfo. Av disse kontaktene var det registrert 21,5 % færre konsultasjoner og 15,6 % færre sykebesøk i vakttårnet sammenlignet med tall fra Helfo (Eikeland et al., 2020).

8 Kartlegging av vaktbelastning i legevakt

Det er flere faktorer som kan påvirke den opplevde vaktbelastningen for leger i legevakt. Kartleggingen omfatter både publiserte resultater og analyser som er utført som en del av ekspertgruppens arbeid. Analysene er utført med datakilder som inngår i ekspertgruppens datagrunnlag, samt ekspertgruppens egen undersøkelse. For hvert tema presenteres relevante resultater fra publiserte studier, etterfulgt av resultater av ekspertgruppens analyser.

Under avsnittene *Publiserte resultater* oppsummeres det relevante funn fra eksisterende rapporter dersom disse komplementerer ekspertgruppens analyser, og/eller punktet ikke blir godt dekket av ekspertgruppens analyser i avsnittene *Analyseresultater*. Under punkt 8.7 oppsummeres det relevante publiserte funn som ikke direkte nevnes i mandatet, men som likevel vurderes som relevant for legens vaktbelastning.

8.1 Timer i aktiv tjeneste

8.1.1 Publiserte resultater

Tidsbruksundersøkelsen viser at for de fastlegene som deltar i legevakt, utgjør legevaktarbeid en stor andel av deres totalarbeidstid. Total arbeidstid er størst blant de legene som deltar i legevakt, sammenlignet med de som ikke gjør det. Mens fastleger med legevaktarbeid rapporterer 68 timer gjennomsnittlig arbeidstid i uken, rapporterer de uten legevaktarbeid 49 timer i gjennomsnitt (Rebnord, Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018).

Ekspertgruppens analyser av rådata fra Tidsbruksundersøkelsen og Fastlegeevalueringen gjennomgås under punkt 8.2.

8.1.2 Analyseresultater

Analysene gir en oversikt over antall vakter/dager med aktiv tjeneste gjennom døgnet registrert i KUHR. I punkt 8.2 gis det en oversikt over antall timer i ulike vakttyper, basert på Tidsbruksundersøkelsen (2018) og Fastlegeevalueringen (2019).

Resultatene må tolkes i lys av at aktivitet som ikke genererer elektronisk regningskort til Helfo, *ikke* blir fanget opp i KUHR, jf. pkt. 7.6.1. I KUHR-dataene for 2019 var det 5774 unike leger som hadde legevakt (kveld, natt og/eller helg). Begrenses det til fastleger i Basistilskuddsrapporten for november 2019 (jf. pkt. 7.6), var det 2611 unike leger som hadde legevakt. Totalt i Norge i 2019 var det registrert 4884 hjemler/fastlegepraksiser med fast tilknyttet lege (Helsedirektoratet, 2021b).

Ekspertgruppen har valgt å fordele vaktbelastningen for legene etter folketall i:

- 1) legevaktdistrikt (hvor legen har legevakt)
- 2) avtalekommune (kommunen fastlegen har avtale med)

Forskjellen ligger i om kontakten tilskrives legevaktdistriktet eller kommunen fastlegen har avtale med. Resultatene presenteres fra begge fordelingene, for å vise hvordan belastningen varierer, avhengig av hvor den tilskrives. Begge perspektiver er viktige, avhengig av hvilken problemstilling man vil belyse. Er man interessert i aktivitet i legevakt, er legevaktdistriktet den relevante fordelingen. Er man derimot interessert i fastlegenes samlede arbeidsbelastning, er det fastlegenes avtalekommuner som er det relevante nivået, ettersom det er her de ordinære fastlegeoppgavene blir utført. Kontakter omfatter konsultasjoner, sykebesøk og uttrykninger. Telefonkontakter er utelatt, unntatt

1g, når legevaktsentral ikke er etablert, og 1g dermed innebærer telefon direkte til lege (vekking om natten). Fastleger som har avtale med flere kommuner, er ekskludert fra materialet (i underkant av 30 fastleger). Se tabell V2.4 i Vedlegg 2 for en oversikt over legevaktdistrikt og kommuner i opptaksområdet.

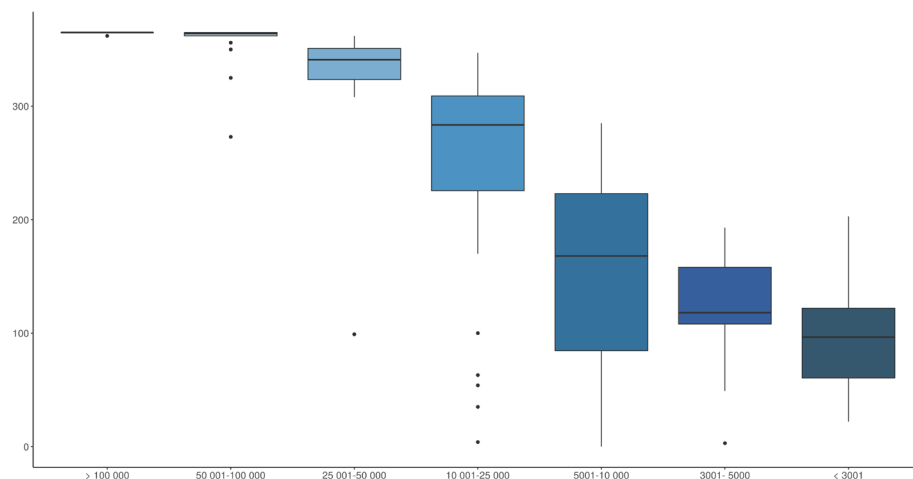
I disse analysene er det ikke tatt hensyn til at legevakter kan ha ulike åpningstider. Dette ville økt kompleksiteten i analysene betraktelig, uten at det nødvendigvis påvirker resultatene.

Verdiene for min^{p5} og maks^{p95} gir et inntrykk av spredningen mellom legevaktdistriktene (eller kommunene) innad i hver folketallgruppe. Enkelte kommunale legevakter sender samleregninger fra flere leger på samme helsepersonellnummer (HPR-nummer). Det kan resultere i ekstremverdier, og påvirke beregningene på en uheldig måte. De lar seg imidlertid ikke identifisere. Ekstremverdier lukes ut ved å rangere alle verdiene fra den minste til den største, og fjerne de ytterste 5 % i hver ende (de 5 % minste og de 5 % største verdiene). Alle verdiene er inkludert når gjennomsnittene beregnes. Noen av ekstremverdiene kan være reelle, og under noen av punktene beskrives de i teksten.

Et boksplott er en kompakt, men effektiv måte å beskrive dataene på. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe (som folketall, i f.eks. figur 8.2.1.1). Den horisontale, svarte linjen viser medianen. Median er den midterste verdien når man rangerer verdiene i stigende rekkefølge. En fjerdedel av verdiene i hver ende ligger utenfor boksen, illustrert med de to vertikale "halene".

Vaktbelastning natt

Figur 8.1.2.1 viser at det er stor variasjon i antall netter med registrert aktivitet i KUHR for legevakt, gruppert etter folketall i legevaktdistriktene. I de største legevaktdistriktene er det aktivitet 365 dager i året. I de minste legevaktdistriktene er det registrert aktivitet i KUHR i snitt 90 dager i året. Samtidig er det en spredning mellom legevaktdistriktene innad i hver folketallgruppe illustrert med boksplottet.



Figur 8.1.2.1: Antall netter med registrert aktivitet i legevakt og spredning mellom og innen legevaktdistrikt i ulike folketallgrupper i 2019. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende, illustrert med de to vertikale "halene", ligger utenfor boksen. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f og 1g. Kilde: KUHR 2019.

I de neste tabellene vises det tall for legenes vaktbelastning basert på *legevaktdistrikter* og *kommunen fastlegen har avtale med*. Begge er deretter gruppert etter folketall (se tabell V2.4 i Vedlegg 2, for liste over legevaktdistrikt og kommuner i opptaksområdet). Utvalgte kommuner kan benytte en særskilt takst for deltagelse i kommunalt organisert legevakt per vaktdøgn, på hverdager (15a) og i helger (15b). Takstene er per vaktdøgn uavhengig av om ytterligere aktivitet er registrert i KUHR. De utvalgte kommunene ligger i

hovedsak i legevaktdistrikt med færre enn 3000 innbyggere, og takstene er der brukt alene i snitt ca. 20 % av nettene i løpet av 2019 (se Vedleggstabell V2.2). Det kan være vaktdøgn hvor takstene ikke blir registrert, og det er derfor ikke sikkert at alle vakter uten aktivitet fanges opp for disse kommunene.

Tabell 8.1.2.1a viser at av alle leger (fastleger, fast ansatte, vikarer, m.m.) som har vakt i de minste legevaktdistriktene, har mer enn 90 % legevakt natt, mot litt over 60 % i de største distriktene. I løpet av en legevakt natt med registrert aktivitet (jf. punkt 7.6.1), er det i gjennomsnitt flere registrerte kontakter i de større legevaktdistriktene enn i de mindre. De større distriktene har også aktivitet nær sagt alle netter, mot 1 av 4 netter i de minste distriktene.

Tar en med netter uten aktivitet i beregningen av gjennomsnittlig antall registrerte kontakter per legevakt, vil det forbli omtrent uendret i de største distriktene, fordi de har aktivitet nær sagt hver natt. I mindre distrikter, som har overvekt av netter uten registrert aktivitet, vil gjennomsnittlig antall kontakter per legevakt natt bli betydelig lavere. Av samme grunn blir antall legevakt natt per år større i de mindre distriktene når antall netter uten registrert aktivitet blir inkludert.

Hvor ofte en lege har legevakt i løpet av et år, gir et supplerende bilde mht. vaktbelastning. Leger i de største distriktene har i snitt 16,1 nattevakter med registrert aktivitet per år. Tilsvarende tall for leger i de nest minste og minste distriktene er 16,8 og 17,9. I de øvrige distriktene ligger antallet på rundt 12. Det reelle tallet er høyere for legene i de mindre distriktene, fordi tallene kun fanger opp netter med aktivitet, og en ikke ubetydelig andel av deres legevakter er uten registreringer. For leger i de største distriktene, ligger det reelle tallet sannsynligvis veldig nær 16,1.

Min- og maksverdiene for antall registrerte kontakter per legevakt viser moderat spredning innad i folketallgruppene. Spredningen for antall legevakt natt per år er noe større. Noen leger har mange netter med registrert aktivitet per år, andre har relativt få. De største maksverdiene finner vi i de minste distriktene.

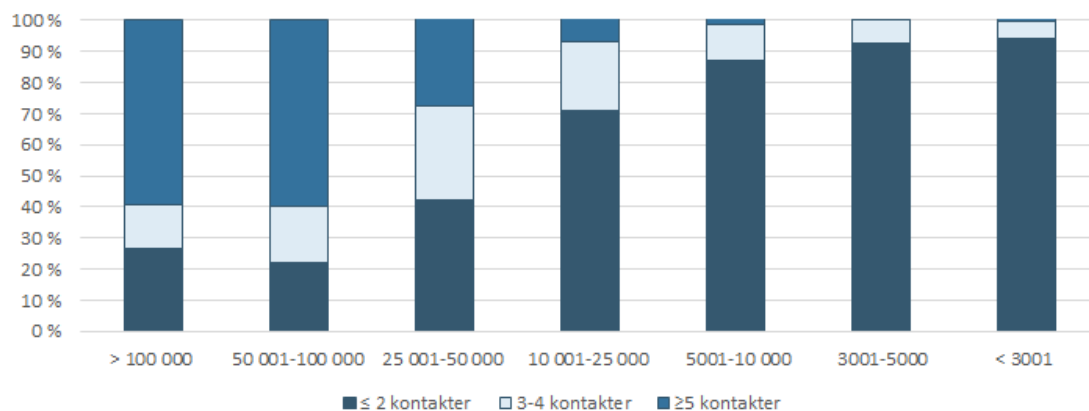
Tabell 8.1.2.1a: Alle leger som har legevakt natt (kl. 23-8), etter folketall i legevaktdistriktet. Antall (og prosent av alle leger som har legevakt, jf. tabell V2.3 i Vedlegg 2), gjennomsnittlig antall registrerte kontakter per legevakt natt med aktivitet, andel netter med registrert aktivitet per år, og gjennomsnittlig antall legevakt natt med registrert aktivitet per år, i snitt per lege.

Folketall	Alle leger ^a som har legevakt natt	Registrerte kontakter i KUHR pr legevakt natt ^b	Andel netter (%) med registrert aktivitet i KUHR	Legevakt natt p.a. registrert i KUHR ^b
	Antall (% av alle som har vakt)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)	Snitt per legevaktdistrikt	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)
> 100 000	1049 (61,8)	5,8 (4,4; 8,2)	99,9	16,1 (8,8; 22,4)
50 001-100 000	929 (78,3)	5,7 (3,9; 7,3)	97,3	12,5 (7,5; 20,6)
25 001-50 000	1026 (79,8)	3,4 (2,4; 5,1)	90,7	12,1 (7,8; 17,6)
10 001-25 000	983 (88,6)	2,1 (1,2; 3,1)	68,3	12,1 (5,8; 18,5)
5001-10 000	466 (85,2)	1,6 (1,1; 2,2)	41,5	12,6 (3,8; 22,5)
3001-5000	103 (86,6)	1,4 (1,1; 1,7)	33,6	16,8 (4,4; 37,7)
< 3001	259 (91,5)	1,4 (1; 1,6)	25,6	17,9 (7,4; 35,7)

^a Alle leger som har legevakt, herunder fastleger, leger som er fast ansatt i kommunen, vikarer, m.m.

^b Merk at vi overestimerer gjennomsnittlig antall kontakter per legevakt natt i de legevaktdistriktene hvor mange av nettene er uten kontakter (se andel netter med registrert aktivitet p.a.), samtidig vil vi underestimere antall legevakter per år siden vi kun teller legevakter med aktivitet. Takstkodene 15a og 15b er med i beregningene av legevakt natt, men ikke i registrerte kontakter per natt. Takst 15A og 15B brukes kun av utvalgte kommuner (se tabell V2.1 og V2.2). Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2dk, 2fk, 11ak, 11ck, 11f, 1g, 15a og 15b. Kilde: KUHR 2019.

Vi har gruppert legevakt natt etter antall registrerte kontakter per natt (≤ 2 , 3-4 og ≥ 5), og sett hvordan de fordeler seg etter folketall i legevaktdistriktene. 60 % av legene i de største og nest største legevaktdistriktene har 5 eller flere kontakter per legevakt. Dette gjelder imidlertid svært få av legene i de mindre distriktene, hvor mer enn 90 % har 2 eller færre kontakter i løpet av en legevakt natt.



Figur 8.1.2.2 Andel leger som har legevakt (prosent), etter folketall i legevaktdistriktet, etter antall kontakter (≤ 2 , 3-4 og ≥ 5) i løpet av en legevakt om natten (kl. 23-08). Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f og 1g. Kilde: KUHR 2019.

For fastleger kommer legevaktarbeid i tillegg til fastlegearbeid på dagtid. Tabell 8.1.2.1b viser tall for fastleger som har legevakt om natten, gruppert etter folketallet i legevaktdistriktet. Disse tallene kan sammenholdes med tallene i tabell 8.1.2.1c, der de er fordelt etter folketallet i kommunen fastlegen har avtale med. Fastleger i små kommuner har ofte legevaktpforpliktelser i større legevaktdistrikt. Derfor blir antallet fastleger høyere i de minste avtalekommunene enn det blir i de minste legevaktdistriktene. Av samme grunn blir antallet registrerte kontakter i KUHR større i de minste avtalekommunene enn i de minste legevaktdistriktene, og antallet legevakt natt registrert i KUHR blir mindre i de minste avtalekommunene enn i de minste legevaktdistriktene. Vaktbelastningen i legevaktdistriktet og de enkelte kommunene framstår derfor som ulik.

Tabell 8.1.2.1b: Fastleger som har legevakt natt, etter folketall i legevaktdistriktet. Antall (og prosent av fastleger som har legevakt natt, fordelt etter legevaktdistrikt, jf. tabell V2.3 i Vedlegg 2) gjennomsnittlig antall kontakter i KUHR per legevakt natt og gjennomsnittlig antall legevakt natt per år.

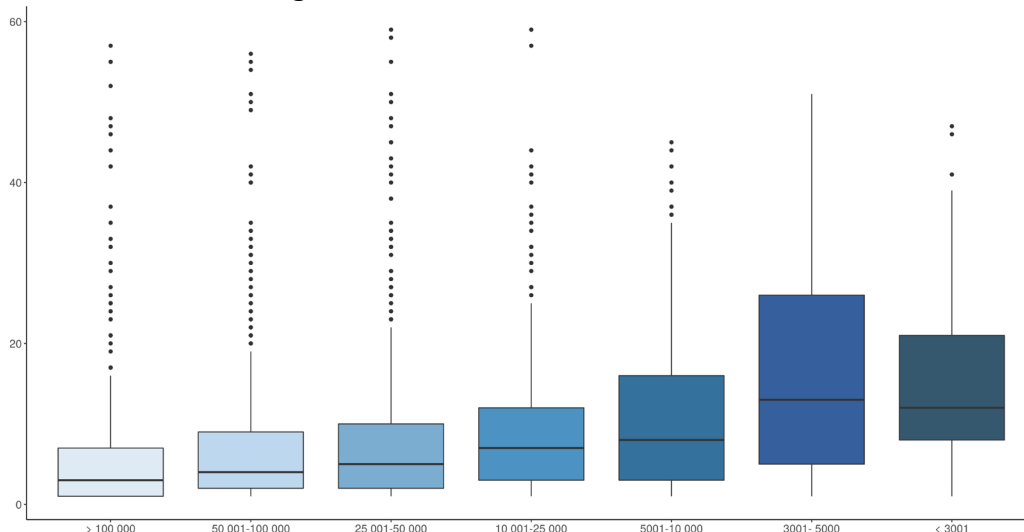
Folketall	Fastleger ^a som har legevakt natt	Registrert kontakter i KUHR pr legevakt natt ^b	Legevakt natt registrert i KUHR p.a. ^b
	Antall (% av alle fastleger som har vakt)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)
> 100 000	402 (58,1)	5,6 (3,4; 8,6)	10,9 (4,3; 17,7)
50 001-100 000	469 (78,2)	5,5 (2,5; 8,6)	9,4 (4,8; 15,1)
25 001-50 000	486 (78,9)	3,2 (1,9; 5,2)	10,5 (5,1; 19,1)
10 001-25 000	449 (89,8)	2,1 (1,2; 3,2)	11,7 (5,9; 18,4)
5001-10 000	196 (85,2)	1,6 (1,1; 2,2)	13,8 (5,0; 27,9)
3001-5000	45 (88,2)	1,4 (1,1; 1,8)	19,8 (5,2; 41,5)
< 3001	87 (96,7)	1,4 (1,1; 1,7)	27,0 (9,6; 76,6)

^a Leger som finnes i basistilskuddsrapporten for november 2019.

^b Merk at gjennomsnittlig antall kontakter per legevakt natt overestimeres i de legevaktdistriktene hvor mange av nettene er uten kontakter (se andel netter med registrert aktivitet p.a.). Antall legevakter per år underestimeres siden det kun er legevakter med aktivitet som telles. Takstkodene 15a og 15b er med i beregningene av antall legevakt natt, men ikke registrerte kontakter per natt. Takst 15A og 15B brukes kun av utvalgte kommuner (se tabell V2.1 og V2.2). Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 2fk, 11f, 1g, 15a og 15b.

Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Figur 8.1.2.3 viser at fastleger i større legevaktdistrikt sjeldnere har legevakt natt enn fastleger i mindre legevaktdistrikt. Fastleger i de nest minste legevaktdistriktene har hyppigst legevakt natt og størst variasjon. Resultatene viser ekstremverdier i både store og små legevaktdistrikt. Det kan bety at noen fastleger har betydelig flere legevakter om natten enn det som er vanlig.



Figur 8.1.2.3: Antall legevakt natt per år, per fastlege, etter folketall i legevaktdistriktet. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende, illustrert med de to vertikale "halene", ligger utenfor boksen. Merk at verdier over 99 %-persentilen er fjernet fra figuren for å luke ut de aller mest ekstreme verdiene (~150 dager i året). 99 %-persentilen har 99 % av observasjonene/enhetene i utvalget under seg. Enkelte leger kan ha over 150 netter per år, men det kan også skyldes at flere leger rapporterer på samme HPR-nummer. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b. Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Tabell 8.1.2.1c: Fastleger som har legevakt natt, etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med. Antall som har legevakt natt (og prosent av alle fastleger som har legevakt (fordelt etter avtalekommune, jf. tabell V2.3 i Vedlegg 2), gjennomsnittlig antall konsultasjoner per legevakt natt, og gjennomsnittlig antall legevakt natt med aktivitet per år.

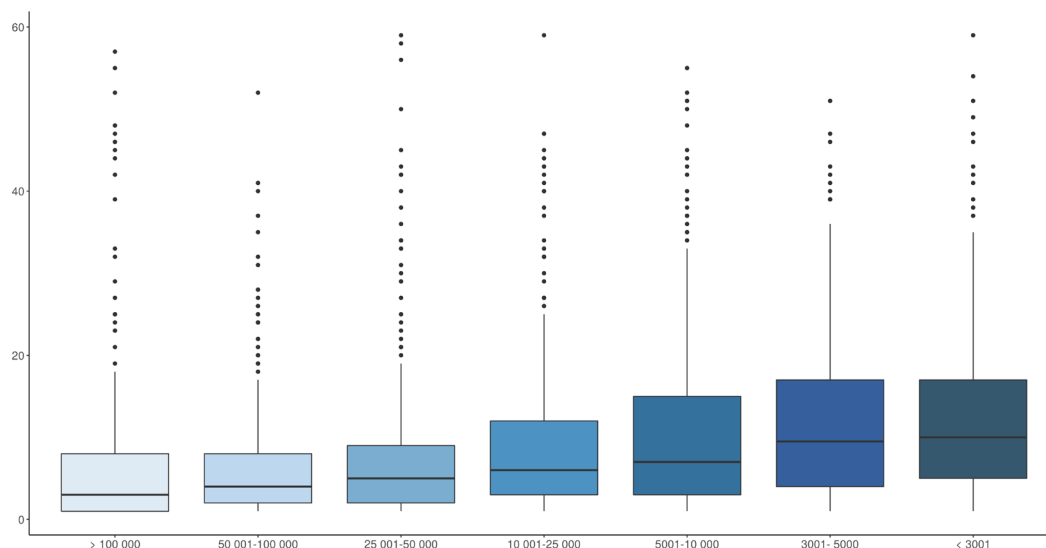
Folketall	Fastleger ^a som har legevakt natt	Kontakter pr legevakt natt ^b	Legevakt natt p.a. ^b
	Antall ^c (% av alle fastleger som har vakt)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)
> 100 000	242 (53,8)	5,6 (3,0; 9,4)	7,5 (4,2; 11,8)
50 001-100 000	285 (76,6)	5,9 (3,7; 8,5)	8,6 (4,8; 13,7)
25 001-50 000	307 (78,1)	4,1 (1,3; 6,0)	9,0 (1,5; 17,2)
10 001-25 000	547 (83,3)	3,4 (1,2; 7,1)	9,9 (2,1; 19,4)
5001-10 000	301 (85,5)	3,4 (1,4; 8,3)	12,2 (2,7; 31,2)
3001-5000	137 (87,3)	2,6 (1,3; 6,3)	13,0 (1,0; 28,0)
< 3001	208 (90,4)	2,2 (1,1; 5,7)	16,0 (2,2; 46,8)

^a Leger som finnes i basistilskuddsrapporten for november 2019.

^b Merk at gjennomsnittlige kontakter per legevakt natt overestimeres i de legevaktdistriktene hvor mange av nettene er uten kontakter (se andel netter med registrert aktivitet p.a.), samtidig som antall legevakter per år underestimeres siden det kun telles legevakter med aktivitet. Takstkodene 15a og 15b er med i beregningene av legevakt natt, men ikke registrerte kontakter per natt. Takst 15A og 15B brukes kun av utvalgte kommuner (se tabell V2.1 og V2.2). Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b. Antall legevakt natt i de kommunene som rapporterer alt legevaktarbeid på samme HPR-nummer kan bli overestimert.

^c Antallet fastleger i tabell 8.1.2.1b er større enn antallet fastleger i 8.1.2.1c siden enkelte fastleger jobber i flere legevaktdistrikt. Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Figur 8.1.2.4 viser en jevn økning i antall legevakt natt med registrert aktivitet, fra fastleger i større kommuner, til fastleger i mindre kommuner (medianen øker jevnt). I de mindre kommunene er det større variasjon (større boks og lengre haler). Resultatene tyder på at noen fastleger har betydelige flere legevakter om natten (med registrert aktivitet) enn det som er vanlig, jf. figur 8.1.2.3.



Figur 8.1.2.4: Antall legevakt natt per år, per fastlege, etter folketall i avtalekommunen. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende, illustrert med de to vertikale "halene", ligger utenfor boksen. Merk at verdier over 99 %-persentilen er fjernet fra figuren, for å luke ut de aller mest ekstreme verdiene (~150 dager i året). 99-persentilen har 99 % av observasjonene/enhetene i utvalget under seg. Enkelte leger kan ha over 150 netter per år, men det kan også skyldes at flere leger rapporterer på samme HPR-nummer. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b. Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Tabell 8.1.2.2 viser antall registrerte legevakter i året fordelt etter avtalekommunens sentralitet og ikke folketall i kommunen, som i tabell 8.1.2.1c. Vi bruker SSBs sentralitetsindeks, der 1 er mest sentralt og 6 er minst sentralt. Antall legevakt natt i snitt per lege er høyest i de minst sentrale avtalekommunene. Hovedmønsteret er at antallet faller med økende sentralitet. Unntaket er kommunene i sentralitetsgruppe 1. Der har én kommune registrert 44 legevakt natt per år på ett helsepersonellnummer. I de andre kommunene i denne gruppa, lå snittet på 3-12 legevakt natt i året.

Tabell 8.1.2.2: Fastleger som har legevakt natt, etter sentralitet i kommunen fastlegen har avtale med. Antall (og prosent av fastleger som har legevakt natt, fordelt etter avtalekommunens sentralitet), og gjennomsnittlig antall legevakt natt med aktivitet, per år.

Sentralitet	Fastleger som har legevakt natt	Legevakt natt p.a. registrert i KUHR ^a
	Antall (% av alle som har vakt)	Snitt per lege (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)
1	98 (58,0%)	15,0 (3,0; 36,7)
2	333 (63,8%)	7,8 (1,9; 18,0)
3	510 (77,4%)	8,8 (1,6; 20,5)
4	484 (83,4%)	10,5 (3,3; 20,1)
5	368 (89,5%)	11,3 (2,0; 23,7)
6	231 (92,8%)	17,6 (2,5; 49,7)

^a Merk at gjennomsnittene for antall legevakter per år blir for lave i de legevaktdistriktene hvor det ikke er registrert aktivitet i KUHR løpet av en natt, jamfør vaktbelastning natt 8.2.1a. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b. Kilder: KUHR 2019, basistilskuddsrapporten for november 2019 og SSBs sentralitetsmål.

Vaktbelastning helg

I de neste tabellene vises tall for legevakt i helgen for (alle) leger og fastleger som har legevakt. Det skilles mellom 1) helger hvor legene jobber lørdag, søndag eller begge, og 2) helger hvor legene jobber både fredag, lørdag og søndag. Alternativ 1 er definert ved én legevaktkontakt lørdag eller søndag, eller én kontakt hver av to påfølgende helgedager. Antall kontakter er relativt lavt, men det å ha vakt i helgen legger uansett begrensninger, fordi legen må være tilgjengelig hvis noe skulle skje. Når færre leger deler vaktturnus, blir belastningen på hver enkelt lege høyere. Alternativ 2 er definert ved én kontakt fredag kveld, to kontakter lørdag og to kontakter søndag. Det telles kun vakter med registrert aktivitet i KUHR, jf. punkt 7.6.1.

I de første kolonnene i tabell 8.1.2.3a, beskrives antall (og prosentandel av alle som har vakt) leger som har vakt i helgen, og gjennomsnittlig antall vakter legen har lørdag og/eller søndag, per år og etter folketall i legevaktdistriktet. Fire av fem leger i de største legevaktdistriktene har vakt i helgen. Andelen blir høyere når folketallet blir lavere. I de minste distriktene har mer enn ni av ti (av alle som har vakt) leger vakt i helgen. Gjennomsnittlig antall vakter lørdag og/eller søndag, per år, er størst i de minste og største distriktene, og minst i de mellomstore.

Ved å se på leger som har legevakt fredag, lørdag og søndag, blir forskjellene mellom legevaktdistriktene tydeligere. Om lag 1 av 3 av legene som har vakt i helgen i de større legevaktdistriktene, har legevakt fredag, lørdag og søndag, sammenlignet med om lag 6 av 7 leger i de minste legevaktdistriktene. Legene i de minste og nest minste distriktene har i gjennomsnitt flere helger per år med legevakt fredag, lørdag og søndag enn leger i mellomstore og større legevaktdistrikt.

Tabell 8.1.2.3a: Leger som har vakt lørdag og/eller søndag, og leger som har vakt fredag, lørdag og søndag. Tallene er fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Leger som har vakt lørdag og/eller søndag ^a	Vakter lørdag og/eller søndag p.a. ^a	Leger som har vakt fredag, lørdag og søndag ^b	Vakter fredag, lørdag og søndag p.a. ^b
	Antall (% av alle som har vakt)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c	Antall (% av de som har vakt i helgen)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c
> 100 000	1360 (80,1)	8,0 (6,5; 10,1)	521 (38,3)	1,7 (0,9; 2,6)
50 001-100 000	994 (83,8)	7,1 (5,6; 8,5)	327 (32,9)	1,1 (0,6; 1,6)
25 001-50 000	1087 (84,5)	6,2 (4,4; 8,3)	398 (36,6)	1,1 (0,7; 1,6)
10 001-25 000	965 (86,9)	5,8 (4,2; 7,7)	351 (36,4)	0,9 (0,2; 1,8)
5001-10 000	485 (88,7)	5,5 (3,7; 7,0)	278 (57,3)	1,9 (0,4; 3,4)
3000-5000	104 (87,4)	7,1 (4,2; 13,4)	82 (78,8)	3,8 (1,1; 5,6)
< 3001	270 (95,4)	8,6 (4,5; 16,5)	234 (86,7)	4,3 (1,9; 7,0)

^a Minst én konsultasjon lørdag eller søndag, eller minst én konsultasjon hver av to påfølgende helgedager.

^b En konsultasjon fredag kveld, to konsultasjoner lørdag og to konsultasjoner søndag.

^c Merk at gjennomsnittene for antall legevakter per år blir for underestimert i de legevaktdistriktene der det ikke er registrert aktivitet i KUHR alle netter, jamfør vaktbelastning natt 8.1.2.1a.

Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b

Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Når populasjonen begrenses til fastleger (i basistilskuddsrapporten for november 2019), blir forskjellen mellom store og små distrikter tydeligere. I tabell 8.1.2.3b er det gruppert etter antall innbyggere i legevaktdistriktet. Mer enn ni av ti fastleger som har vakt i de minste distriktene, har også vakt lørdag og/eller søndag. I snitt har de om lag dobbelt så mange vakter lørdag og/eller søndag, sammenlignet med leger i distrikter med mer enn 5000 innbyggere.

Andelen fastleger som har vakt fredag, lørdag og søndag er også høyest i de minste og nest minste distriktene. De har også det høyeste gjennomsnittet og de største maksverdiene. Figur 8.1.2.4 viser også at det er enkelte registreringer i noen av de små legevaktdistriktene som gjør tallene usikre.

Tabell 8.1.2.3b: Fastleger som har vakt lørdag og/eller søndag, og leger som har vakt fredag, lørdag og søndag. Tallene er fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Fastleger som har lørdag og/eller søndag ^a	Vakter lørdag og/eller søndag p.a. ^a	Fastleger som har vakt fredag, lørdag og søndag ^b	Vakter fredag, lørdag og søndag p.a. ^b
	Antall (% av alle fastleger som har vakt)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c	Antall (% av fastleger som har vakt i helgen)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c
> 100 000	569 (82,2)	7,5 (5,1; 9,6)	168 (29,5)	1,2 (0,3; 2,3)
50 001-100 000	518 (86,3)	7,2 (5,6; 10,0)	138 (26,6)	0,7 (0,3; 1,4)
25 001-50 000	517 (83,9)	6,4 (4,4; 9,0)	167 (32,3)	0,8 (0,3; 1,6)
10 001-25 000	430 (86,0)	6,4 (3,8; 9,4)	137 (31,9)	0,6 (0,1; 1,4)
5001-10 000	205 (89,1)	7,1 (3,9; 10,6)	121 (59,0)	1,7 (0,2; 2,9)
3001-5000	47 (92,2)	9,1 (6,8; 13,8)	37 (78,7)	4,5 (1,4; 6,7)
< 3001	86 (95,6)	14,3 (5,6; 28,8)	81 (94,2)	5,8 (2; 11,5)

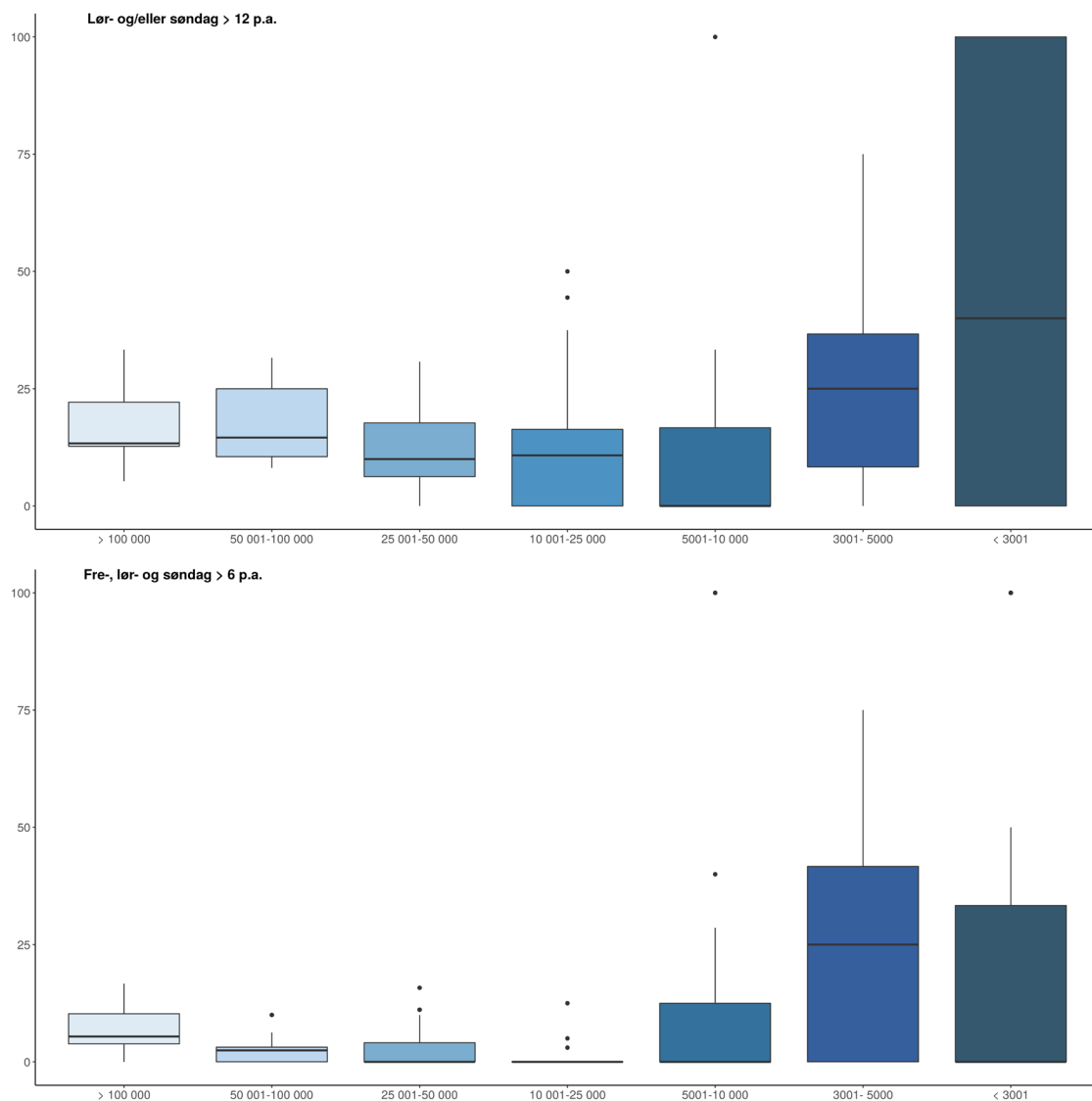
^a Minst én konsultasjon lørdag eller søndag, eller minst én konsultasjon hver av to påfølgende helgedager.

^b En konsultasjon fredag kveld, to konsultasjoner lørdag og to konsultasjoner søndag.

^c Merk at gjennomsnittene for antall legevakter per år blir underestimert i de legevaktdistriktene der det ikke er registrert aktivitet i KUHR alle netter.

Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b.

Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019.



Figur 8.1.2.5: Andel fastleger med mer enn som øverst) 12 vakter lørdag og/eller søndag (registrert i KUHR) i 2019 og nederst) 6 vakter fredag, lørdag og søndag (registrert i KUHR) i 2019 og spredningen mellom legevaktstriktenne etter folketall. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende, illustrert med de to vertikale "halene", ligger utenfor boksen.

Forskjellene blir mindre når tallene fordeles etter innbyggertall i kommunen fastlegen har avtale med. Det er likevel stadig en større andel leger i de mindre kommunene som har vakt i helgen. De har også et høyere antall helger med vakt per år.

Tabell 8.1.2.3c: Fastleger som har vakt lørdag og/eller søndag, og leger som har vakt fredag, lørdag og søndag. Tallene er fordelt etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med.

Folketall	Fastleger som har vakt i helgen ^a	Vakter lørdag og/eller søndag p.a. ^a	Fastleger som har vakt fredag, lørdag og søndag ^b	Vakter fredag, lørdag og søndag p.a. ^b
	Antall (% av alle fastleger som har vakt)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c	Antall (% av de som har vakt i helgen)	Snitt per lege (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^c
> 100 000	376 (83,6)	6,9 (5,5; 8,4)	105 (27,9)	1,2 (0,2; 2,2)
50 001-100 000	317 (85,2)	8,4 (5,5; 10,8)	79 (24,9)	0,9 (0,2; 2,1)
25 001-50 000	333 (84,7)	7,0 (4,0; 9,7)	106 (31,8)	0,8 (0,1; 1,5)
10 001-25 000	547 (83,3)	6,7 (3,1; 10,4)	173 (31,6)	0,7 (0,0; 1,6)
5001-10 000	315 (89,5)	7,4 (2,8; 11,9)	119 (37,8)	1,3 (0,0; 2,8)
3001-5000	144 (91,7)	8,1 (3,4; 13,8)	75 (52,1)	2,1 (0,0; 6,0)
< 3001	213 (92,6)	9,8 (2,0; 21)	140 (65,7)	3,3 (0,0; 9,0)

^a Minst én konsultasjon lørdag eller søndag, eller minst én konsultasjon hver av to påfølgende helgedager.

^b En konsultasjon fredag kveld, to konsultasjoner lørdag og to konsultasjoner søndag.

^c Merk at gjennomsnittene for antall legevakter per år blir underestimert i de legevaktdistriktene der det ikke er registrert aktivitet i KUHR alle netter. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 11g, 15a og 15b. Viktig å merke seg at det kan bli en overestimert av antall vakter med aktivitet lørdag og/eller søndag og antall vakter fredag, lørdag og søndag i de kommunene som rapporterer alt legevaktarbeid på samme HPR-nummer.

Kilder: KUHR 2019 og basistilskuddsrapporten for november 2019

8.2 Timer i vakt i ulike vakttyper; tilstedevakt, bakvakt, beredskapsvakt/hjemmevakt

8.2.1 Publiserte resultater

Nasjonalt legevakregisteres rapport fra 2018 kartla bakvakt- og hjemmevaktordningene for legene i legevaktene. Organisert bakvakt skal støtte den legen som har primærvakt. Legevaktregisteret kategoriserer bakvakt som *veiledningsvakt* (om vaktlegen ikke har selvstendig vaktkompetanse), *beredskapsvakt* (tilkalles ved akutte situasjoner), eller *volumvakt* (tilkalles ved stor arbeidsmengde).

	Veiledningsvakt		Beredskapsvakt		Volumbakvakt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja, alltid	110	63 %	30	17 %	21	12 %
Av og til/spesielle dager	22	13 %	33	19 %	46	26 %

Antall og andel legevakter som har ulike bakvakter (n=175). Kilde: Nasjonal legevakregister, 2018.

15 % (n=27) av legevaktene hadde ikke noen av de tre typene bakvakt. Blant disse 27 legevakter var 8 i Nordland fylke. 15 var kommunale og 12 var interkommunale legevakter. 17 legevakter hadde kun én lege på vakt til alle tider (Morken T, 2019).

Ved 58 % (n=102) av legevaktene hadde vaktlegen (primærvakten) anledning til å ha hjemmevakt i deler av eller hele vakten. Mulighet for hjemmevakt gjaldt for alle legevakter der legen hadde døgnvakt. Både døgnvakt, mer enn en døgnvakt i ukedager eller helg, og mulighet for hjemmevakt var mer vanlig for kommunale legevakter og legevakter i mindre kommuner (Morken T, 2019).

I Fastlegeevalueringen fra 2019 ble det gjennomført 246 dybdeintervjuer med ansatte i kommuneadministrasjon, kommuneoverleger, fastleger og deres samarbeidspartnere på kommunenivå og i spesialisthelsetjenesten. Kompetansekravet for leger i legevakt i akuttmedisinforskriften medfører økt behov for bakvakt. I kommuner med en eller få

fastleger med vaktkompetanse må disse være bakvakt for de øvrige legene. Det er også arbeidskrevende for vaktkompetente fastleger i små kommuner dersom flere leger i legevaktordningen har behov for bakvakt (EY og Vista Analyse, 2019).

8.2.2 Analyseresultater

Antall timer i ulike vakttyper er analysert fra data fra Tidsbruksundersøkelsen (2018) og Fastlegeevalueringen (2019). Timer i bakvakt rapporteres samlet, og det differensieres ikke mellom timer i bakvakt etter akuttmedisinforskriften og timer i bakvakt med utrykning, ettersom dataene ikke skiller mellom ulike former for bakvakt.

I tabellene nedenfor er kategoriene som ble brukt i undersøkelsene, oppgitt. Særlig i Tidsbruksundersøkelsen kan kategoriene leses som ikke gjensidig utelukkende, og det kan medføre at vakter blir registrert under mer enn én kategori. I et fåtall tilfeller er slik dobbeltregistrering åpenbar, i og med at summen av timer på vakt overstiger 24 timer i døgnet. Omfanget av dobbeltregistrering for øvrig er ukjent.

Persentiler er brukt for å beskrive fordelingene i tabellene nedenfor. I motsetning til gjennomsnitt, setter denne framstillingen lys også på de ekstreme observasjonene, noe som er et poeng i denne sammenhengen. Hvis svarerne ordnes etter hva de har svart, i stigende rekkefølge, vil en gitt persentil være en observert verdi som har X % av enhetene i utvalget under seg. For eksempel har 50-persentilen (medianen) 50 % av observasjonene/enhetene i utvalget under seg, mens 99-persentilen har 99 % av observasjonene/enhetene i utvalget under seg.

Tabell 8.2.2a: Antall timer brukt på ulike typer vakt, basert på opplysninger fra to ulike undersøkelser. Alle svarere.

	Antall svarere med mer enn 0 timer	%-andel svarere med mer enn 0 timer	Persentiler	
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt (ikke bakvakt) med tilstedevakt ^a	1057	44,6	25	0
			50	0
			75	5,0
			90	8,0
			95	10,0
			99	20,0
Tilstedevakt ^b	501	26,7	25	0
			50	0
			75	4,0
			90	10,0
			95	16,0
			99	30,9
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt (ikke bakvakt) med hjemmevakt ^a	236	10,0	25	0
			50	0
			75	0
			90	4,0
			95	10,0
			99	33,0
Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid) ^b	152	8,1	25	0
			50	0
			75	0
			90	0
			95	8,0
			99	45,1
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt, bakvakt ^a	383	16,1	25	0
			50	0
			75	0
			90	4,0
			95	8,0
			99	20,0
Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt) ^{bHet}	155	8,3	25	0
			50	0
			75	0
			90	0
			95	10,0
			99	48,2
Timetall legevakter samlet, tre vakttyper ^a	1246	52,5	25	
			50	2,0
			75	8,0
			90	15,0
			95	24,0
			99	54,0
Legevakter samlet ^b	631	33,6		— ^c

^a Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i 2019.

^b Kilde: Tidsbruksundersøkelsen, 2018. ^c Persentiler er utelatt på grunn av dobbelt registrering av ukjent omfang på dette spørsmålet

Tabell 8.2.2b: Antall timer brukt på ulike typer vakt, basert på opplysninger fra to ulike undersøkelser. Svarere fra små kommuner (<5000 innbyggere)

	Antall svarere med mer enn 0 timer	%-andel svarere med mer enn 0 timer	Persentiler	
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt (ikke bakvakt) med tilstedevakt ^a	103	45,8	25	
			50	
			75	7,0
			90	9,4
			95	11,7
			99	24,0
Tilstedevakt ^b	44	37,0	25	
			50	0
			75	8,0
			90	15,8
			95	23,0
			99	39,5
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt (ikke bakvakt) med hjemmevakt ^a	99	44,0	25	0
			50	0
			75	13,0
			90	33,0
			95	48,0
			99	122,9
Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid) ^b	36	30,3	25	
			50	0
			75	7,5
			90	56,0
			95	80,0
			99	125,2
Anslagsvis hvor mange [hele] timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver? Legevakt, bakvakt ^a	75	66,6	25	0
			50	0
			75	4,5
			90	15,0
			95	22,8
			99	90,8
Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt) ^b	24	20,2	25	0
			50	0
			75	0
			90	24,0
			95	56,0
			99	140,9
Timetall legevakter samlet, tre vakttyper ^a	177	78,6	25	3,0
			50	10,0
			75	24,0
			90	44,4
			95	63,3
			99	159,4
Legevakter samlet ^b	74	62,2		— ^c

^a Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i 2019.^b Kilde: Tidsbruksundersøkelsen, 2018.

^c Persentiler er utelatt på grunn av dobbeltregistrering av ukjent omfang på dette spørsmålet

Når framstillingen i 8.2.2a) og 8.2.2b) viser ulike resultater i de to undersøkelsene, kan en viktig årsak være at opplysningene er samlet inn på ulikt vis. Fastlegeevalueringen har samlet inn et anslått gjennomsnitt i en ikke spesifisert periode, og man kan anta at perioden omfatter uker helt uten vakter. Satt på spissen, vil også en svarer med bare én vakt i året gi registrerte timer ved denne tilnærmingen, og det fører også til at andelen svarere med mer enn null timer registrert kan bli stor.

Tidsbruksundersøkelsen har registrert vakter i løpet av en avgrenset, spesifikk periode over sju dager i januar 2018. Dermed fanger den opp de som hadde legevakt den uken de valgte å registrere. Det var 34,1 % av fastlegene i utvalget i den aktuelle uken (Rebnord et al., 2018) som hadde legevakt. Tabellen viser fordelingen av fastlegenes registrerte timer i denne ene uka. Ettersom hver vakt varer i minst 7–8 timer vil persentilene i tabellen bli høyere i tall som stammer fra registrerte enkeltvakter i Tidsbruksundersøkelsen sammenliknet med tall som stammer fra anslåtte gjennomsnitt over en lengre periode, slik som i Fastlegeevalueringen.

Gjennomsnittlig samlet timetall per uke er 55,5 timer med fastlegearbeid og legevakt i begge undersøkelsene, (jf. egen analyse av Fastlegeevalueringen) (Rebnord et al., 2018). Det er stor variasjon i rapporterte timer i de to datamaterialene. Absolutte tall kan ikke brukes for å beskrive antall timer arbeid, men brukes for å vise en økende tendens til større tidsbruk i vakt jo mindre kommunene er. Begrensninger i dataene er beskrevet nærmere i kapittel 7.2.4

8.3 Kommuner som praktiserer beredskapsvakt med tilstedeværelse grunnet lang reiseavstand

Mandatet etterspør antall timer i beredskapsvakt med tilstedeværelsesplikt grunnet lang reiseavstand. Ekspertgruppen anser det som mer hensiktsmessig å kartlegge andelen av kommuner som praktiserer tilstedeværelsesplikt i lys av kommunekarakteristika. Dataene er samlet inn i ekspertgruppens undersøkelse.

8.3.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

8.3.2 Analyseresultater

Analysen kartlegger andelen av kommuner som praktiserer beredskapsvakt med tilstedeværelsesplikt etter innbyggertall og sentralitet

Tabell 8.3.2.1: «Har noen leger i din kommune tilstedeværelsesplikt på grunn av lang reiseavstand? Spørsmålet omhandler tilstedeværelsesplikt ved hjemmevakt/beredskapsvakt». Antall og andel kommuner, etter innbyggertall i kommunen.

Innbyggertall i kommunen	Ja Antall (%)	Nei Antall (%)	Vet ikke Antall (%)
< 2001	10 (21)	34 (72)	3 (6)
2001 – 5000	16 (23)	52 (74)	2 (3)
5001 – 10 000	9 (19)	37 (79)	1 (2)
10 001 – 50 000	14 (18)	60 (76)	5 (6)
> 50 000	0 (0)	15 (88)	2 (12)
Total	49 (19)	198 (76)	13 (5)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Legevakt-distrikt i vaktklasse 4 har generell tilstedeværelsesplikt på legevakt. Tilstedeværelsesplikt ved beredskapsvakt praktiseres i omtrent hver femte kommune i de andre størrelseskategoriene.

8.4 Hvem dekker legevakter i kommunen?

Mandatet etterspør antall vakttimer betjent av fastlege vs. ikke-fastlege, spesialist i allmennmedisin og innleid legevikar som bemanner legevakt. Datakildene i kartleggingen inkluderer ikke antall timer, og ekspertgruppen har valgt å presentere hvilke leger som dekker legevakt i kommuner etter kommunekarakteristika.

8.4.1 Publiserte resultater

Dybdeintervjuene som ble utført i Fastlegeevalueringen fant at det er noe forskjell mellom kommunene mht. hvilke leger som dekker legevakt. I noen mellomstore og store kommuner er det i all hovedsak andre leger enn fastlegene, som yngre eller utenlandske leger, som ønsker ekstra inntjening (EY og Vista Analyse, 2019).

Rebnord og kolleger (Rebnord, Morken, Maartmann-Moe, & Hunskaar, 2020) har undersøkt arbeid på legevakt blant fastleger gjennom data fra Tidsbruksundersøkelsen fra januar 2018 (Rebnord et al., 2018). De har studert kjennetegn ved fastlegene som jobber på legevakt, hvordan legevaktarbeid påvirker vanlige arbeidstimer som fastlege og faktorer assosierte med flere arbeidstimer på legevakt.

Fastlegene som jobbet på legevakt var oftere menn (37 % vs. 31 %), yngre (under 55 år), hadde færre års erfaring som fastlege og var oftere fastlønnet med tillegg enn selvstendig næringsdrivende. Det var mindre vanlig å jobbe på legevakt for fastlegene i store kommuner (>100 000 innbyggere) og i kommuner med mindre enn 30 minutter til sykehus. Faktorer assosiert med flere arbeidstimer på legevakt blant fastlegene som jobbet på legevakt, var mannlig kjønn, færre pasienter på fastlegelisten og arbeid i kommuner med færre innbyggere og med større avstand til sykehus (Rebnord et al., 2020).

Det var ikke statistisk signifikant forskjell mellom totalt antall arbeidstimer på dagtid som fastlege mellom fastlegene som jobbet på legevakt og de som ikke gjorde det. Det var små, men signifikante forskjeller mellom antall timer brukt på ulike typer arbeid direkte tilknyttet pasientene på fastlegelisten mellom de to gruppene. Gjennomsnittlig per uke, og sammenlignet med fastlegene som jobbet på legevakt, brukte fastlegene *uten* legevakt 0,7 flere timer på ansikt til ansikt-kontakter og 0,7 flere timer på papirarbeid. De brukte 0,1 færre timer på sykebesøk og 0,2 færre timer på møter (Rebnord et al., 2020).

Ifølge årsstatistikk for 2017 til 2019, utarbeidet av NKLM og basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt sendt inn til Helfo, sto fastleger for de fleste kontakter på legevakt. Mellom 57-58 % av alle kontakter på legevakt ble utført av fastleger - både ikke-spesialister og spesialister. Cirka 27-29 % av kontaktene ble utført av spesialister i allmennmedisin. For konsultasjoner (både ved oppmøte og e-konsultasjoner), har det siden 2017 vært en liten økning i andelen av konsultasjoner utført av spesialist i allmennmedisin fra 21,3 % i 2017, til 24,9 % i 2019 (Sandvik et al., 2019).

8.4.2 Analyseresultater

Tabellen viser antall og andel kommuner hvor legevakten dekkes av henholdsvis fastleger, fast ansatte leger, leger engasjert via vikarbyrå og andre leger, fordelt etter kommunens sentralitet. Informasjon om hvorvidt legen er spesialist i allmennmedisin foreligger ikke i denne datakilden (Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til kommuner).

Tabell 8.4.2.1: «Hvem dekker legevaktene i kommunen? (Flere kryss er mulig)». Etter sentralitet.

Sentralitetsgruppe	Fastleger Antall (%)	Fast ansatte på legevakt Antall (%)	Leger engasjert via vikarbyrå Antall (%)	Leger som ikke er engasjert via vikarbyrå, som ikke er fastleger Antall (%)
Minst sentrale kommuner	170 (92)	18 (10)	22 (12)	34 (19)
Middels sentrale kommuner	165 (94)	43 (25)	6 (3)	73 (42)
Mest sentrale kommuner	24 (92)	18 (69)	1 (4)	16 (62)
Total	359 (93)	79 (21)	29 (8)	123 (32)

Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til kommuner, 2019.

I godt over 90 % av kommunene i alle sentralitetsklasser bidrar fastleger til å dekke legevaktene. Hvor mye de ulike gruppene av leger bidrar, framgår ikke av dataene. Det er i gruppen mest sentrale kommuner det er størst andel kommuner som får vaktene dekket av fast ansatte på legevakt og/eller av leger som ikke er engasjert via vikarbyrå, men heller ikke er fastleger. Andelen kommuner som får vaktene dekket av leger engasjert via vikarbyrå, er størst blant kommuner i gruppen med lavest sentralitet.

Tabell 8.4.2.2: Dekning av legevakter i kommunene. Etter kommunestørrelse, vakttype og spesialist/ikke-spesialist i allmennmedisin.

Innbyggertall kommunen	Type vakt	Sum timer registrert av spesialist i allmennmedisin (n=1236)	Sum timer registrert av ikke-spesialist (n=587)	Andel (%) av samlet timetall som er registrert av spesialist
< 3000	Tilstedevakt	101,00	206,50	33
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	198,50	439,25	31
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	281,25	314,00	47
3001-5000	Tilstedevakt	156,00	122,50	56
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	284,00	449,00	39
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	283,50	55,50	84
5001-10 000	Tilstedevakt	267,75	393,50	40
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	383,00	300,75	56
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	347,25	101,00	77
10 001-25 000	Tilstedevakt	1016,00	860,50	54
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	256,00	225,75	53
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	638,00	284,75	69
25 001-50 000	Tilstedevakt	513,75	527,50	49
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	59,00	57,75	51
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	261,75	204,00	56
50 001-100 000	Tilstedevakt	387,75	253,50	60
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	20,50	319,25	6
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	373,25	301,00	55
> 100 000	Tilstedevakt	420,25	349,75	55
	Hjemmevakt (inkl. aktivt pasientarbeid)	3,00	3,50	46
	Bakvakt (alle typer, inkl. turnuslegebakvakt)	18,00	9,00	67

Kilde: Tidsbruksundersøkelsen, 2018.

Tabellen viser at bakvakt er den vakttypen hvor leger med spesialisering i allmennmedisin ivaretar den største delen av vaktene, med unntak av kommuner med 50 001 –100 000 innbyggere, hvor spesialistene har den største andelen på tilstedevaktene. Spesialistenes andel av tilstedevakt og hjemmevakt veksler blant de øvrige kommunegruppene.

8.5 Vaktklasser i kommunal og interkommunal legevakt

Mandatet etterspør antall leger som inngår i vaktordningen fordelt på vaktklasser. Det foreligger ikke informasjon i datamaterialet som inngår i ekspertgruppens kartlegging som kan beskrive antall leger i tilstrekkelig grad. Ekspertgruppen har derfor valgt å beskrive vaktklasser fordelt på kommuner etter kommunekarakteristika.

8.5.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

8.5.2 Analyseresultater

Dataene som beskriver antall leger i KS-materialet, er samlet inn til et annet formål og kan derfor ikke brukes direkte, som beskrevet i kapittel 7.5.4. Analyseresultatene som beskriver antall leger som inngår i legevaktbemanningen, utgår derfor.

Tabellen viser vaktklasser fordelt på kommuner etter innbyggertall. I tilfeller hvor enkelte kommuner praktiserer både kommunal og interkommunal ordning, vil kommunen være med i begge tabellene nedenfor.

Tabell 8.5.2.1: «Kommunal ordning: Angi vaktklasse (regulert i SFS 2305 §8.3)» Etter innbyggertall, antall (%).
(N=86)

Innbyggertall	Vaktklasse 1	Vaktklasse 2	Vaktklasse 3	Vaktklasse 4
< 2000	13 (72,2)	3 (16,7)	0 (0)	2 (11,1)
2000–4999	16 (76,2)	1 (4,8)	2 (9,5)	2 (9,5)
5000–24 999	18 (48,6)	10 (27,0)	7 (18,9)	2 (5,4)
25 000–49 999	1 (12,5)	6 (75,0)	0 (0)	1 (12,5)
> 50 000	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)
Total	48 (55,8)	20 (23,2)	10 (11,6)	8 (9,3)

Kilde: KS' spørreundersøkelse, 2020.

Tabell 8.5.2.2: «Interkommunal ordning: Angi vaktklasse (regulert i SFS 2305 §8.3)» Etter innbyggertall, antall (%).
(N=115)

Innbyggertall	Vaktklasse 1	Vaktklasse 2	Vaktklasse 3	Vaktklasse 4
< 2000	15 (65,2)	4 (17,4)	2 (8,7)	2 (8,7)
2000–4999	13 (44,8)	8 (27,6)	4 (13,8)	4 (13,8)
5000–24 999	10 (24,4)	12 (29,3)	9 (22,0)	10 (24,4)
25 000–49 999	1 (7,7)	5 (38,5)	0 (0)	7 (53,8)
> 50 000	1 (11,1)	0 (0)	3 (33,3)	5 (55,6)
Total	40 (34,8)	29 (25,2)	18 (15,7)	28 (24,3)

Kilde: KS' spørreundersøkelse, 2020.

I kommuner med kommunal ordning (tabell 8.5.2.1) har 3 av 4 kommuner med mindre enn 5000 innbyggere vaktklasse 1, mot halvparten av middels store kommuner (5000–24 999 innbyggere). 3 av 4 av de nest største kommunene (25 000–49 999 innbyggere) har vaktklasse 2. I interkommunal ordning (tabell 8.5.2.2) har en større andel av kommunene høyere vaktklasse, sammenlignet med kommunal ordning.

8.6 I hvilken grad tar legen fri etter legevakt

8.6.1 Publiserte resultater

I store kommuner er det en stor andel av fastlegene som ber om fritak fra legevakt eller bytter bort vakter for å unngå for høy arbeidsbelastning, unngå økonomisk tap ved fri dagen etter legevakt eller fordi de ønsker mer familietid. I små kommuner er dette ofte ikke mulig da antall legevakter fordeles på få gjenværende fastleger (EY og Vista Analyse, 2019).

8.6.2 Analyseresultater

Beregninger av fri etter legevakt er i hovedsak basert på KUHR-data for 2019, samt Basistilskuddsrapporten for november 2019. Aktivitet som ikke genererer elektronisk regningskort til Helfo, blir *ikke* fanget opp i KUHR, jf. pkt. 7.6.1. Hvorvidt legene kan ta fri fra fastlege- eller allmennlegearbeid etter en legevakt om natten, gir en annen indikasjon på belastningen. Tallene er fordelt etter folketall i fastlegenes avtalekommune, for å vise hvordan dette varierer med innbyggertall. I tabell 8.6.2.1, vises det hvor ofte fastlegene jobber med kurativt fastlegearbeid fra kl. 8-12 dagen etter legevakt natt, dvs. at de ikke har fri neste dag. Med kurativt fastlegearbeid omfatter det her konsultasjoner, sykebesøk og utrykninger på dagtid. Telefonkontakter er utelatt.

Fastleger i de mindre kommunene jobber oftere som fastlege dagen etter legevakt natt. I snitt hender det 7 ganger per år, men det varierer fra 1 til 15,3 (min^{p5}, maks^{p95}). I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere, skjer dette i gjennomsnitt færre enn 5 ganger per år, og i mer enn 60 % av tilfellene hender det 0-2 ganger per år. I de mindre kommunene opplever den største andelen fastleger dette 3-11 ganger per år. Figur 8.6.2.1 viser samme mønster, men viser også at det kan variere mellom kommunene hvor ofte legene må jobbe som fastlege dagene etter legevakt natt. Det er størst variasjon i de minste kommunene. Stor spredning/variasjon (illustrert i figur 8.6.2.1 med lang boks) vil også oppstå i de små kommunene med en eller to leger. Merk at i de kommunene der de fleste av fastlegene også har annet allmennlegearbeid, som for eksempel sykehjems- eller helsestasjonsleger, vil dette ikke vises.

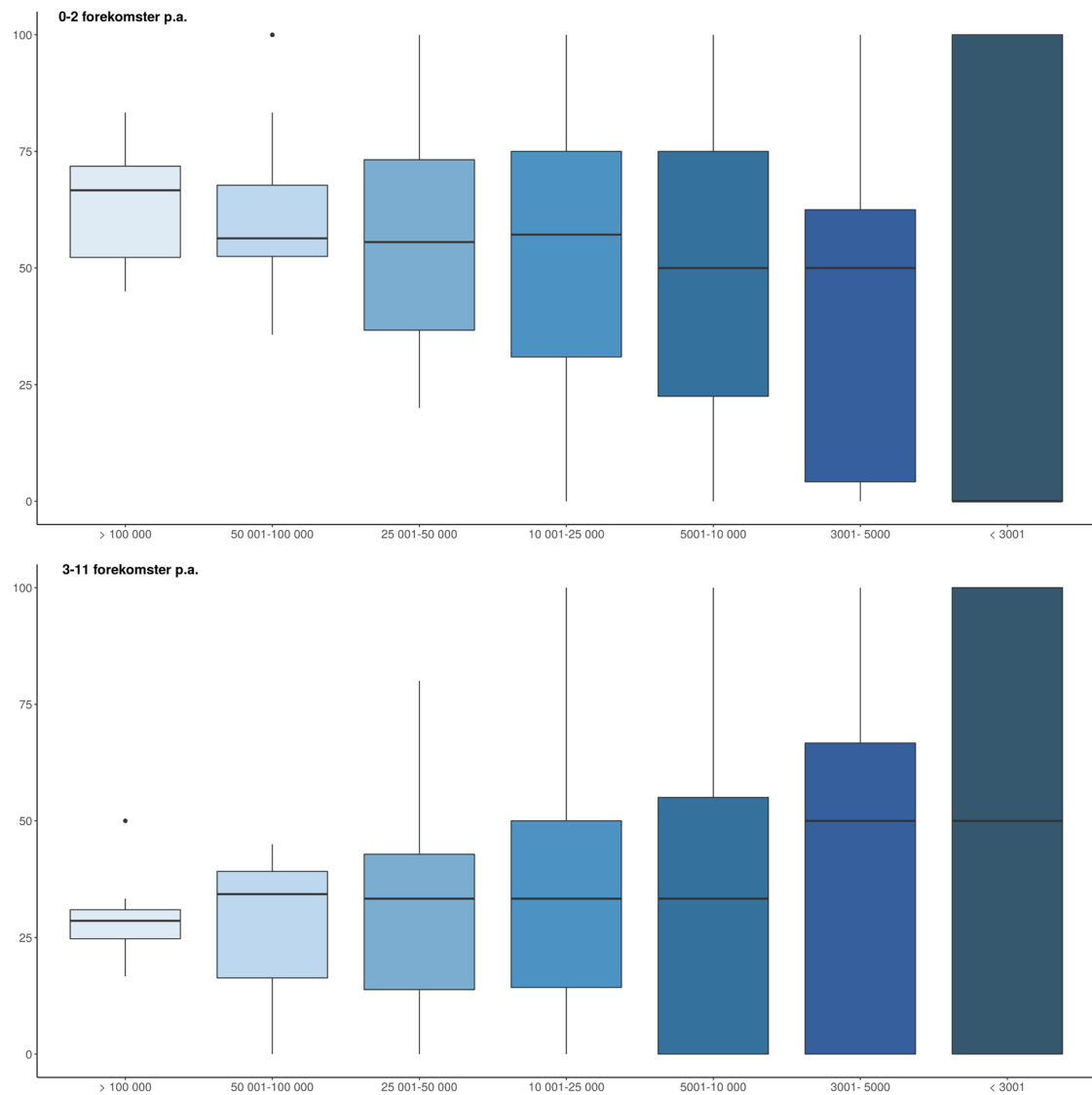
Tabell 8.6.2.1 Antall fastleger som har legevakt med kurativt fastlegearbeid (kl. 8-12) etter legevakt natt (kl. 23-8). Antall forekomster per år. Etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med.

Folketall	Fastleger som har legevakt natt ^a	Fastlegearbeid etter legevakt natt p.a. (min ^{p5} , maks ^{p95}) ^b	Fastlegearbeid etter legevakt natt (0-2 ganger p.a.) ^b	Fastlegearbeid etter legevakt natt (3-11 ganger p.a.) ^b	Fastlegearbeid etter legevakt natt (12-23 ganger p.a.) ^b	Fastlegearbeid etter legevakt natt (min. 24 ganger p.a.) ^b
	Antall	Snitt per lege	Gjennomsnittlig andel leger i avtalekommunen (%)			
> 100 000	112	3,7 (2,0; 5,5)	63,3	29,5	4,6	2,5
50 001-100 000	160	4,2 (1,9; 6,6)	61,2	28,5	8,6	1,7
25 001-50 000	188	5,8 (1,3; 10,0)	56,8	31,4	6,6	5,2
10 001-25 000	338	5,0 (1,1; 8,8)	53,5	34,2	9,7	2,6
5001-10 000	186	5,4 (1,3; 13,0)	48,5	37,9	10,1	3,6
3001-5000	101	5,4 (1,6; 10,3)	44,8	45,2	7,7	2,3
< 3001	135	7,1 (1,0; 15,3)	34,9	49,5	9,7	5,8

^a Leger som finnes i basistilskuddsrapporten for november 2019. Vi har kun inkludert fastleger med en reell mulighet til å gjøre fastlegearbeid dagen etter. Leger med legevakt natt til lørdag eller søndag, ble ekskludert fra analysen, ettersom de ikke kan «ta fri» fra fastlegearbeid. Tallene samsvarer derfor ikke helt med antall leger i tabell 8.1.2.1b.

^b Kurativt fastlegearbeid (kl.8-12) med minst 2 konsultasjoner etter minst en kontakt på legevakt natt. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2fk, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 1g, 15a og 15b. Takstkoder fastlegearbeid: 2ad, 2cd, 2af, 2ccd, 2dd, 11ad, 11bd, 11cd, 11f og 11id. Takstkodene 15a og 15b er med i beregningene.

Kilder: KUHR og basistilskuddsrapporten for november 2019



Figur 8.6.2.1. Andel fastleger etter kommune fastlegen har avtale med, fordelt etter antall ganger i året de har hatt fastlegearbeid etter legevakt natt, etter folketall. Øverst: Andel leger med fastlegearbeid etter legevakt natt 0-2 ganger i året. Nederst: Andel leger fastlegearbeid etter legevakt natt 3-11 ganger i året. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende, illustrert med de to vertikale "halene", ligger utenfor boksen.

Tabell 8.6.2.2 viser tilsvarende resultater som tabell 8.6.2.1, men her er det fordelt på sentralitet i kommunen og ikke folketall i kommunen. Sentralitet er basert på SSBs sentralitetsmål, med skala fra 1 (mest sentralt) til 6 (minst sentralt). Merk at snittet for fastlegearbeid etter legevakt og andel leger er høyt for sentralitet 1 siden det i en av de seks kommunene ble registrert kun ett HPR-nummer som hadde fastlegearbeid etter legevakt natt. For dette HPR-nummeret ble det registrert 41 ganger per år, mens for de andre kommunene lå snittet fra 1-7 ganger i året.

Tabell 8.6.2.2 Antall fastleger som har legevakt med kurativt fastlegearbeid (kl. 8-12) etter legevakt natt (kl. 23-8). Antall forekomster per år. Etter sentralitet i kommunen fastlegen har avtale med.

Sentr alitet	Fastleger som har legevakt natt ^a	Fastlegearbeid etter legevakt natt p.a. (min ^{ps} , maks ^{ps}) ^b	Fastlege- arbeid etter legevakt natt (0-2 ganger p.a.) ^b	Fastlege- arbeid etter legevakt natt (3-11 ganger p.a.) ^b	Fastlege- arbeid etter legevakt natt (12-23 ganger p.a.) ^b	Fastlege- arbeid etter legevakt natt (min. 24 ganger p.a.) ^b
	Antall	Snitt per lege	Gjennomsnittlig andel leger i avtalekommunen (%)			
1	52	9,7 (1,3;24,1)	57,7	20,2	4,2	17,9
2	158	3,9 (1,5;5,9)	64,8	27,5	5,3	2,4
3	320	5,0 (1,2;9,7)	54,8	33,9	8,9	2,5
4	283	4,8 (1,7;9,1)	47,9	41,1	9,1	1,9
5	251	4,2 (1,0;8,2)	55,2	38,0	5,7	1,2
6	156	8,5 (1,4;17,6)	27,9	50,0	13,9	8,2

^a Leger som finnes i basistilskuddsrapporten for november 2019. Vi har kun inkludert de fastlegene som hadde en reell mulighet til å jobbe dagen etter, dvs. at de legene som kun jobbet natt til lørdag eller søndag ble ekskludert fra analysen (derfor ikke helt samsvar med antall leger i tabell 8.1.2.1b).

^b Kurativt fastlegearbeid (kl.8-12) med minst 2 konsultasjoner etter minst en kontakt legevakt natt. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2fk, 2af, 2dk, 11ak, 11ck, 11f, 1g, 15a og 15b. Takstkoder fastlegearbeid: 2ad, 2cd, 2af, 2ccd, 2dd, 11ad, 11bd, 11cd, 11f og 11id Takstkodene 15a og 15b er med i beregningene.

Kilder: KUHR og basistilskuddsrapporten for november 2019

8.7 Hvem betjener legevaktfunksjonen på dagtid

8.7.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

8.7.2 Analyseresultater

Tabell 8.7.2.1: «Hvem betjener legevaktfunksjonen i ordinær arbeidstid (dagtid, mandag-fredag)?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Fastlegen/ fastlegekontoret Antall (%)	Legevaktleger eller andre leger som ikke er fastleger Antall (%)
< 2001	46 (98)	1 (2)
2001-5000	69 (96)	3 (4)
5001-10 000	44 (90)	5 (10)
10 001-50 000	62 (78)	18 (23)
> 50 000	2 (11)	16 (89)
Total	223 (84)	43 (16)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 8.7.2.1 viser at jo større kommunene er, jo mindre er andelen kommuner hvor legevaktfunksjonen på dagtid, mandag til fredag, blir betjent av fastlegen/fastlegekontoret.

8.8 Andre faktorer ekspertgruppen vurderer som relevante for vaktbelastning

Videre følger en oppsummering av funn som ikke direkte nevnes i mandatet, men som likevel vurderes som relevante for legens vaktbelastning. Relevante faktorer inkluderer type vaktordninger for leger (døgnvakt), opplevd belastning i vakt og støtte fra annet personell/andre leger, utrykninger, andre oppgaver samtidig som pasientkonsultasjoner på legevakt, samt trusler og vold mot legevaktpersonell.

Mange kommuner har satt inn tiltak for å løse bakvakt og avlaste fastlegene, som å opprette egne legevaktstillinger eller ha legevaktpiloter. Noen distriktskommuner uten interkommunal legevakt ansetter flere fastleger, og enkelte kommuner ansetter fastleger i 50 % stillinger og egne legevaktleger i 50 % stillinger for å tilrettelegge for at legevaktlegene kan bli spesialister. Flere kommuner har innført en form for «Nordsjø-turnus» hvor leger jobber eksempelvis to uker og har fri fire uker, og i tillegg deler en felles, mindre fastlegeliste (EY og Vista Analyse, 2019).

Det er nylig avklart at Nordsjø-turnus ikke godkjennes som spesialistutdanning, verken i gammel eller ny ordning, grunnet kravet om minimum 50 % stilling. Nordsjø-turnus godkjennes ikke som åpen uselektert praksis i ny ordning, men kan derimot telle som annen allmennmedisinsk tjeneste.

8.8.1 Vaktordninger

Noen vaktordninger for leger kan potensielt oppleves som mer belastende for legene enn andre. Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2018 beskriver den overordnede vaktordningen for leger som *todelt vaktdøgn*: fastlege/legevaktlege har vaktfunksjon på dagtid, og en vaktlege resten av døgnet, eller *tredelt vaktdøgn*: fastlege/legevaktlege har vaktfunksjon på dagtid, og vakttiden utenom dagtid er delt i to vaktskift.

Av de 169 legevakter som svarte i 2018, oppga 37 % at de har tredelt vaktdøgn i ukedager, 30 % oppga at de hadde todelte vaktdøgn, og de øvrige oppga at de enten hadde døgnvakt (23 %) eller annen vaktordning (10 %). Sammenlignet med tidligere undersøkelser ser det ut som det blir mer vanlig med tredelt vaktdøgn i ukedager. Alle legevakter der lege kunne ha døgnvakt i ukedager var i mindre kommuner (< 20 000 innbyggere), og ved 74 % av disse kunne legen ha flere enn ett vaktdøgn i ukedager. I helg og påfølgende helligdager kunne legen ha vakt i mer enn ett vaktdøgn ved 19 (11 %) legevakter, hvor 13 av disse var lokalisert i Nordland, Troms eller Finnmark (Morken T, 2019).

8.8.2 Belastning i vakt

Belastning i vakt omhandler tema utover antall timer og hyppighet av vakt, men som kan bidra til økt arbeidsmengde eller opplevd belastning for leger i vakt.

Oppgaver ved KAD i legevakt

Ved 41 % av legevaktene inngår planlagt tilsyn eller oppfølging av pasienter på KAD i legevaktens oppgaver (Morken T, 2019). Beredskapsansvar og henvisningsarbeid for KAD gir økt arbeidsbelastning på legevakt. Planlagte tilsynsoppgaver som legevurdering ved inntak, visitt og utskriving inngår ikke i legevaktplikten (2014).

Alene på vakt

I 2018 svarte 65 % av legevaktene at det kun var én lege på vakt gjennom døgnet og uken. Gjennomsnittlig folketall for disse legevaktene var 15 000 innbyggere (median 10 000). Nær 40 % av legevaktene med kun en lege på vakt ligger i Nordland, Troms og Finnmark. (Morken T, 2019).

Fastleger i distriktet beskriver høy vaktbelastning og krevende alenevakter i akutte situasjoner, som å være første person på ulykkesstedet og med lang avstand til sykehus. Også kommunale ledere i små kommuner beskriver tøffe legevakter for sine fastleger, med lange vakter og belastende helgevakter alene (EY og Vista Analyse, 2019).

Vold og trusler

Høy forekomst av vold og trusler mot ansatte i legevakt er dokumentert i flere studier de siste årene. Ved 41 % av 174 legevakter ble det rapportert minst én volds- og trusselhendelse mot legevaktspersonell i løpet av 2017. 35 % av hendelsene ble politianmeldt. De fleste av disse legevaktene, dvs. 88 % (n=63), registrerte 5 eller færre hendelser i løpet av året. En legevakt registrerte over 100 hendelser. Legevaktene som hadde registrert hendelser var i både små og store kommuner, og var spredt over hele landet (Morken T, 2019).

8.8.3 Aldersfordeling blant fastleger i Norge

Fastleger over 60 år har rett til fritak fra legevaktdeltakelse. Kommunen kan også frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner søker om det. I denne vurderingen skal det tas det særlig hensyn til leger over 55 år. Tilgang til fastleger for arbeid på legevakt er derfor sårbar overfor endringer i aldersfordelingen blant fastleger.

Aldersfordelingen blant fastleger (totalantall: 5149) i 2019:

- 60 +: 1053 (21%)
- 55 – 59: 477 (9 %)
- 50 – 54: 470 (9 %)
- 40 – 49: 1539 (30 %)
- Under 40: 1610 (31 %)

I løpet av de kommende fem årene vil 9 % av fastlegene ha rett til fritak. Ytterligere ni prosent er i siste halvdel av femtiårene, og det skal tas særlig hensyn til disse hvis de søker om fritak av helsemessige eller vektige sosiale grunner.

Ekspertgruppen har innhentet informasjon om aldersfordelingen blant fastlegene i legevaktdistrikt som har fire eller færre fastleger i kommuner i distriktet. Blant de 79 av totalt 93 fastlegene vi har aldersinformasjon om, er 22 % 60 år eller eldre og 15 % mellom 50 og 59 år. Aldersfordelingen er dermed ganske lik aldersfordelingen blant alle landets fastleger (kilde FLO) (Vedlegg A).

8.9 Oppsummering av resultater

I 2019 deltok 2611 av landets fastleger i arbeid på legevakt, det vil si 54 % av fastleger i 4884 hjemler/fastlegepraksiser med fast tilknyttet lege (FLO og basistilskuddsrapporten november 2019). Fastleger bidrar til legevaktarbeid i over 90 % av kommunene uavhengig av sentralitet, men vaktbelastningen er ikke lik (Fastlegeevalueringen, tabell 8.4.2.1). I tillegg til fastlegene som dekker legevakt, er det vanlig i de mest sentrale kommunene å ha fast ansatte leger eller leger engasjert utenom vikarbyrå på legevakt (henholdsvis 69 % og 62 % av kommunene). I de minst sentrale kommunene er det kun henholdsvis 10 % og 19 % som bruker slike leger på legevakt (tabell 8.4.2.1).

Gjennomsnittlig samlet timetall brukt av fastleger på legevakt og fastlegearbeid per uke var 55,5 timer i både Tidsbruksundersøkelsen og Fastlegeevalueringen, men det var stor variasjon i materialet. De absolutte tallene kan ikke brukes for å beskrive antall timer i arbeid, men viser en tendens til økende antall timer i vakt jo mindre kommunene er (tabell 8.2.2a og b).

Blant de kommunene som har vaktklasse 3 eller mindre (det vil si uten generell tilstedeværelsesplikt), har likevel cirka en av fem kommuner beredskapsvakt med tilstedeværelsesplikt på grunn av lang reiseavstand (Ekspertgruppens datainnsamling, tabell 8.3.2.1).

Aktivitet registrert i KUHR viser at fastleger som jobber i små legevaktdistrikter har hyppigere vakt lørdag og/eller søndag sammenlignet med fastleger som har legevakt i store legevaktdistrikter. Dette gjelder for både vakt lørdag og/eller søndag, og med aktivitet både fredag, lørdag og søndag (tabell 8.1.2.3b). Fastleger i legevaktdistrikt med 3000 eller færre innbyggere har hvert år i snitt 14,3 vakter lørdag og/eller søndag. Det er omtrent dobbelt så mange sammenlignet med fastleger i legevaktsdistrikter med flere enn 5000 innbyggere. For vakter med aktivitet både fredag, lørdag og søndag, har fastleger i legevaktdistrikter med 10 000 innbyggere eller flere mellom 0,6 og 1,2 slike helgevakter per år, versus 5,8 i legevaktdistrikter med 3000 innbyggere eller færre (tabell 8.1.2.3b).

Blant fastleger som har legevakt, har en økende andel nattevakt med fallende innbyggertall i legevaktdistriktet, med 96,7 % deltakelse i de minste legevaktdistriktene sammenlignet med 58,1 % i de største (KUHR, tabell 8.1.2.1b). Fastlegene i små legevaktdistrikt har også flere nattevakter per år med aktivitet (i snitt 27 netter) sammenlignet med fastlegene i store legevaktdistrikt (i snitt 10,9 netter) (tabell 8.1.2.1b). Det er mindre registrert aktivitet på natt med fallende innbyggertall, med 1,4 kontakter per fastlege per natt i gjennomsnitt i de minste legevaktdistriktene sammenlignet med 6,2 kontakter i de største distriktene (tabell 8.1.2.1b). Fastleger i de minste kommunene jobber som fastlege dagen etter legevakt natt i snitt dobbelt så mange dager som fastleger i de største kommunene (KUHR, tabell 8.6.2.1).

9 Kartlegging av organisering av legevakt og legevaktmodell i lys av kommunekarakteristika

Kartleggingen omfatter både publiserte resultater og analyser som er utført som en del av ekspertgruppens arbeid. Analysene er utført på datakilder som er innhentet for å inngå i datagrunnlaget og ekspertgruppens egen undersøkelse. For hvert tema presenteres først relevante resultater fra publiserte studier, etterfulgt av resultater av ekspertgruppens analyser.

Under avsnittene *Publiserte resultater* oppsummeres det relevante funn fra eksisterende rapporter dersom disse komplementerer ekspertgruppens analyser, og/eller punktet ikke blir godt dekket av ekspertgruppens analyser i avsnittene *Analyseresultater*.

9.1 Fordeling av vaktansvar på fastleger og legevaktleger på henholdsvis kveld og natt

9.1.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

9.1.2 Analyseresultater

Det er brukt KUHR-data for 2019 og Basistilskuddsrapporten for november 2019 til å analysere organisering av legevakt. Aktivitet som ikke genererer elektronisk regningskort til Helfo, blir *ikke* fanget opp i KUHR, jf. pkt. 7.6.1. Analysene i dette kapittelet omfatter kun leger registrert i Basistilskuddsrapporten for november 2019. Det betyr at vikarer m.m. ekskluderes. Legevakt omfatter her både kveld og natt, ikke kun natt, som i kapittel 8.

I tabell 9.1.2.1 vises totalt antall fastleger, fordelt på folketall i kommunen fastlegene har avtale med. De neste kolonnene viser antall (og andel), samt kurative dager og andel med godkjenning som spesialist for leger, som av ulike årsaker ikke har legevakt. Andelen er høyest i de største kommunene, der 2 av 3 fastleger ikke har legevakt. Andelen faller med innbyggertallet, og i de minste kommunene er den nærmere 1 av 6 (18,5 %). At andelen er lavere i mindre kommuner, kan skyldes at færre leger deler på legevaktforpliktelsene. Et eventuelt fritak for en eller flere av legene, vil gi en desto større belastning på de gjenværende kollegaene i vaktordningen.

Kurative dager er dager der legen utfører sin legegjerning i form av pasientkonsultasjoner. Kurativt fastlegearbeid omfatter her konsultasjoner, sykebesøk og utrykninger på dagtid. Telefonkontakter er utelatt. Antallet kurative dager er fallende med innbyggertallet i kommunene de har avtale med. En årsak kan være at fastleger i mindre kommuner også har kommunale allmennlegeoppgaver og/eller oppgaver som kommuneoverlege. Verdien for min^{p5} og maks^{p95} viser også at det er stor spredning mellom kommunene med hensyn til antall kurative dager per fastlege.

Andelen fastleger som er godkjent som spesialist i allmennmedisin, sier noe om sannsynligheten for at pasientene møter leger med høy kompetanse. Andelen er høyest i kommuner med over 50 000 innbyggere. Der har mer enn 4 av 5 fastleger (som ikke har legevakt) godkjenning som spesialist i allmennmedisin. Andelen synker med innbyggertallet. I kommuner med færre enn 5000 innbyggere, er tilsvarende andel litt høyere enn 1 av 2.

Tabell 9.1.2.1 Antall leger som ikke har legevakt, kurative dager per år, andel som er spesialister i allmennmedisin etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med.

Folketall	Fastleger total ^a	Fastleger som ikke har legevakt		
		Antall (% av total)	Kurative dager, snitt p.a. (min ^{p5} , maks ^{p95})	Andel med spesialistgodkjenning (%)
> 100 000	1318	884 (67,1)	173,2 (166,7; 178,8)	82,7
50 001-100 000	696	331 (47,6)	174,6 (160,8; 182,7)	82,9
25 001-50 000	726	340 (46,8)	172,3 (138,3; 200,7)	73,8
10 001-25 000	1045	401 (38,4)	164,9 (122,2; 201,8)	71,5
5001-10 000	482	133 (27,6)	152,3 (60,0; 203,8)	60,6
3001-5000	207	52 (25,1)	152,1 (87,3; 210,8)	53,0
< 3001	281	52 (18,5)	155,2 (70,5; 221,1)	54,7

^a Leger som finnes i Basistilskuddsrapporten for november 2019.

Takstkoder kurative dager: 2ad, 2cd, 2af, 2ccd, 2cd 11ad, 11bd, 11cd, 11f og 11id. Kilder: KUHR og basistilskuddsrapporten for november 2019

I tabell 9.1.2.2 presenteres tall for fastleger som har legevakt, etter innbyggertall i avtalekommunen. I kommuner med flere enn 10 000 innbyggere, har litt over halvparten av fastlegene spesialistgodkjenning. I de minste kommunene er andelen under 40 %. Fastleger med spesialistgodkjenning har flere kurative dager i snitt per år i alle kommuner, sammenlignet med de som ikke har spesialistgodkjenning. Spredningen, også her vist med min^{p5} og maks^{p95}, er imidlertid større i de mindre kommunene. Blant fastleger som har legevakt, varierer det i noen av disse stedene med nesten 100 dager for spesialister og ikke-spesialister.

Fastleger i mindre kommuner har flere legevakter registrert i KUHR i gjennomsnitt per år. Det gjelder både de som har og de som ikke har spesialistgodkjenning. Fastleger med spesialistgodkjenning har i snitt 51,5 legevakter per år i de minste kommunene, mer enn det dobbelte av det fastleger med godkjenning i kommuner med flere enn 10 000 innbyggere har. Hvorvidt antall legevakter per år er høyere blant fastleger med spesialistgodkjenning, varierer med kommunestørrelse, uten et tydelig mønster. Det er noe høyere i de minste og nest største kommunene, og relativt likt i kommuner med flere enn 100 000 innbyggere. Spredningen (min^{p5} og maks^{p95}) er større i mindre kommuner.

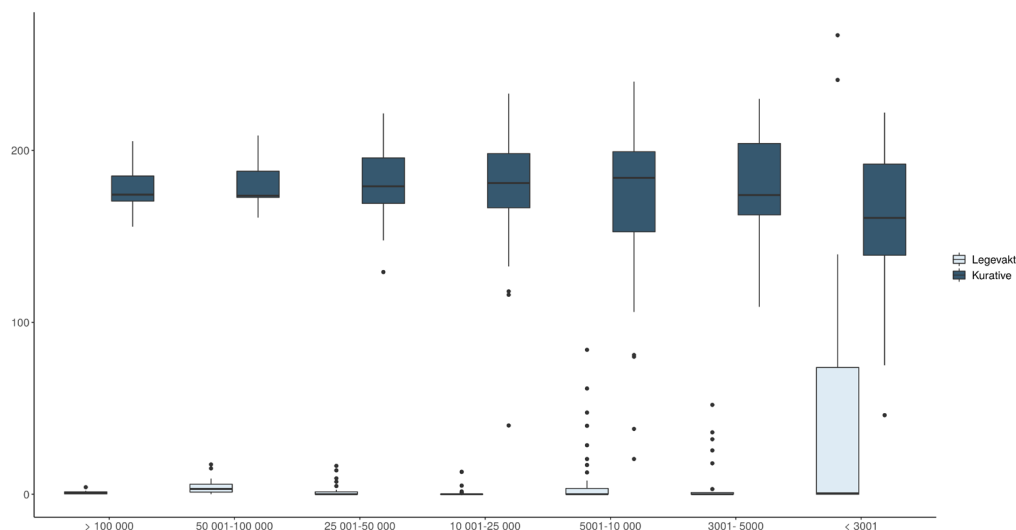
Tabell 9.1.2.2 Kurative dager og legevakter (med registrert aktivitet) per år for fastleger som har legevakt, fordelt på spesialist og ikke-spesialist i allmennmedisin, etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med.

Folketall	Fastleger ^a som har legevakt	Kurative dager, snitt p.a.		Legevakter registrert i KUHR, snitt p.a.	
		Spesialist (min ^{p5} , maks ^{p95})	Ikke-spesialist (min ^{p5} , maks ^{p95})	Spesialist (min ^{p5} , maks ^{p95})	Ikke-spesialist (min ^{p5} , maks ^{p95})
> 100 000	Andel med spesialistgodkjenning (%)	192,9 (182,4; 204,6)	177,3 (162,3; 194,4)	20,1 (8,4; 31,8)	20,5 (9,5; 30,2)
50 001-100 000	56,5	193,2 (168,9; 220,4)	173,8 (140,7; 192,0)	28,8 (13,3; 65,8)	26,6 (14,3; 41,0)
25 001-50 000	54,5	191,2 (165,1; 212,0)	181,6 (154; 201,5)	24,8 (6,8; 54,2)	25,6 (5,8; 52,5)
10 001-25 000	54,9	180,6 (145,2; 209,6)	163,6 (114,3; 205,0)	21,5 (2,8; 50,0)	28,9 (4,1; 60,9)
5001-10 000	50,3	172,9 (92,4; 217,2)	153,1 (88,8; 204,8)	30,9 (4,2; 74,4)	31,6 (6,1; 80,1)
3001-5000	47,0	172,8 (128,1; 213,5)	161,9 (94,3; 198,6)	32,6 (4,7; 79,5)	42,8 (6,9; 92,3)
< 3001	41,9	144,1 (66,5; 197,1)	131,7 (45,8; 194,8)	51,5 (6,0; 175,4)	48,5 (4,2; 120,2)
	38,0				

^a Leger som finnes i basistilskuddsrapporten for november 2019.

Takstkoder kurative dager: 2ad, 2cd, 2af, 2ccd, 2cd 11ad, 11bd, 11cd, 11f og 11id. Takstkoder legevakt: 2ak, 2ck, 2af, 2dk, 2fk, 11ak, 11ck, 11f, 1g, 15a og 15b. Kilder: KUHR og basistilskuddsrapporten for november 2019.

Leger har rett til fritak for legevakt når de er over 60 år (beskrevet under kapittel 5.2 *Bemanning og rekruttering* og 6.4.4.1 *Hvem har plikt til å delta i legevakt*). Der ble det beskrevet at fritak for legevakt etter 60 år kan utgjøre en utfordring i kommuner med en stor andel leger over 60 år, og at fritak kan være særlig sårbart i små kommuner med få leger i vaktordningen. Dette blir bekreftet av funnene i figur 9.1.2.1, som viser at i de små kommunene, har fastleger over 60 år i snitt langt flere legevakter enn kollegaene over 60 år i større kommuner.



Figur 9.1.2.1 Antall dager legevakt (registrert i KUHR) og kurative dager for fastleger over 60 år, etter folketall i kommunen fastlegen har avtale med. Boksen inneholder halvparten av verdiene innen hver gruppe. Den horisontale, svarte linjen viser medianen. En fjerdedel av verdiene i hver ende ligger utenfor boksen, illustrert med de to vertikale "halene". Kilder: KUHR, basistilskuddsrapporten for november 2019 og FLO (fastlegens alder).

Tabellene under er basert på data fra Fastlegeevalueringen, fra henholdsvis spørreundersøkelsen til fastleger og spørreundersøkelsen til kommuner. Tabellene illustrerer i hvilket omfang fastlegene gir bort/har mulighet til å gi bort vakter, fordelt på kommunestørrelse.

Tabell 9.1.2.3: «Deltar du i den kommunale legevaktordningen?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Ja	Ja, men gir som regel bort vaktene	Nei
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
< 5000	157 (70)	25 (11)	43 (19)
5001-19 999	352 (56)	132 (21)	148 (23)
> 20 000	546 (34)	508 (32)	550 (34)

Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til fastleger, 2019.

I de minste kommunene deltar et stort flertall av fastlegene i legevaktordningen. Andelen er avtakende med økende kommunestørrelse. Andelen som velger å gi bort vaktene, øker med økende kommunestørrelse. En mulig forklaring er at kommunestørrelsen i seg selv gir ulike muligheter for å gi bort vakter til andre.

Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til kommunene spør «Hvilke tiltak bruker kommunen til å rekruttere og/eller beholde fastleger? (flere kryss er mulig)». Blant de 26 svaralternativene er to tiltak relatert til legevaktjeneste: «Ekstra lønn eller andre goder ved pliktig legevaktjeneste» og «Reduksjon i antall, eller fritak fra vakter på legevakt»

Tabell 9.1.2.4: Legevaktrelaterte tiltak for å rekruttere og/eller beholde fastleger. Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Ingen legevaktrelaterte tiltak oppgitt Antall (%)	Ekstra lønn/ goder for legevaktstjeneste Antall (%)	Redusert antall/ fritak fra legevakt Antall (%)	Både goder og reduksjon Antall (%)	Total Antall (%)
< 5000	118 (68)	31 (18)	13 (8)	12 (7)	174 (100)
5001-19 999	104 (65)	17 (11)	29 (18)	10 (6)	160 (100)
>20 000	27 (48)	5 (9)	18 (32)	6 (11)	56 (100)
Total	249 (64)	53 (14)	60 (15)	28 (7)	390 (100)

Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til fastleger, 2019.

Opp mot 70 % av små og middelstore kommuner har ikke satt i verk tiltak med henblikk på å rekruttere og/eller beholde fastleger i legevaktordningen. I små kommuner som har satt i verk tiltak, består slike tiltak først og fremst av ekstra lønn og goder for legevaktstjeneste, og i mindre grad av redusert antall vakter eller fritak fra legevakt. Det er nærliggende å se dette som en konsekvens av handlingsrommet som er tilgjengelig for de små kommunene. Det er færre å overlate vaktene til i små kommuner, jf. tabell 9.1.2.3 (».....deltar du.....«)

9.2 Reisetid til nærmeste sykehus med akutfunksjon (avstand til nærmeste sykehus/akuttmottak)

Mandatet etterspør avstand til nærmeste sykehus/akuttmottak (fra legevakt). Store geografiske forskjeller i Norge, varierende vær og føreforhold, ulik tilgjengelighet mht. transport som ferge o.l. medfører variasjoner i reisetid. Ekspertgruppen vurderer derfor at det er mer hensiktsmessig å innhente informasjon om reisetid til nærmeste sykehus med akutfunksjon.

9.2.1 Publiserte resultater

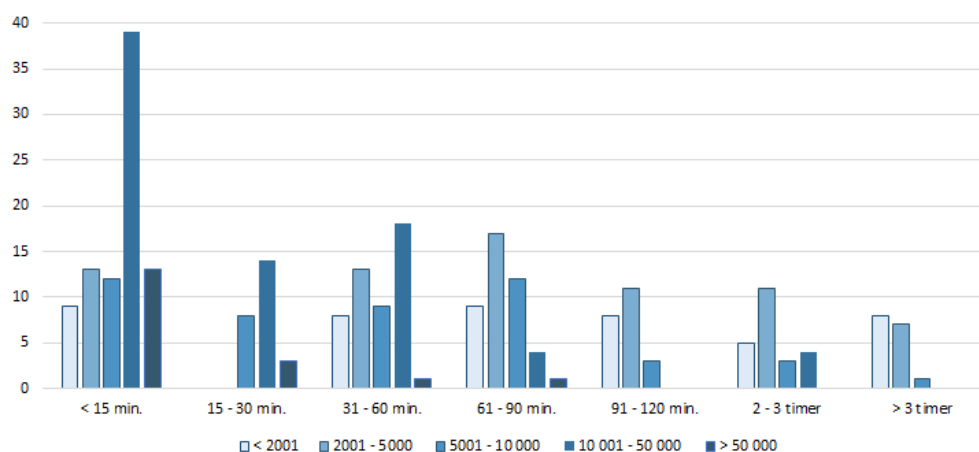
Publiserte resultater dekker dette punktet i liten grad. Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2018 har kartlagt plassering av legevakt, og dette viser at 28 (16 %) av 175 legevakter var samlokalisert med sykehus.

9.2.2 Analyseresultater

Tabell 9.2.2.1a: «Hva er vanlig reisetid med bil/båt fra daglegevakt/legevakt til nærmeste sykehus med akuttfunksjon?» Kveld, hverdager. Etter innbyggertall i kommunene.

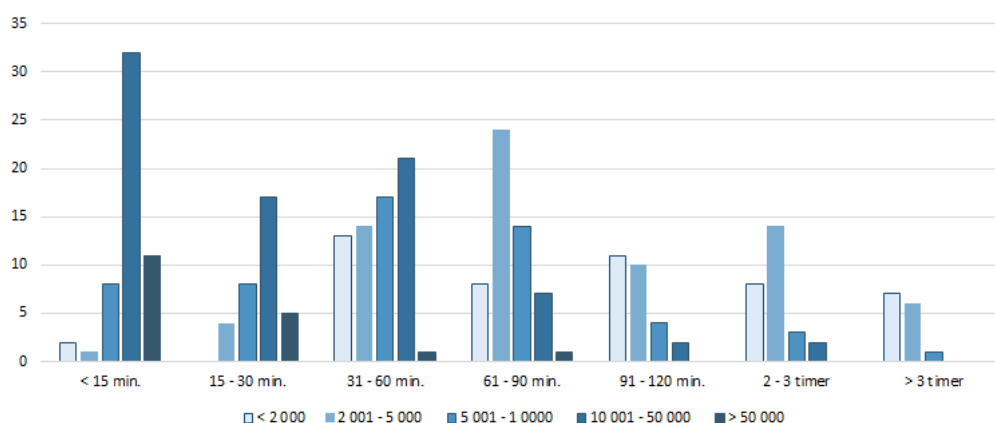
Innbyggertall i kommunen	< 15 min. Antall (%)	15 - 30 min. Antall (%)	31 - 60 min. Antall (%)	61 - 90 min. Antall (%)	91 - 120 min. Antall (%)	2 - 3 timer Antall (%)	> 3 timer Antall (%)
Sommer							
< 2001	9 (19)	0 (0)	10 (21)	10 (21)	5 (11)	5 (11)	8 (17)
2001 - 5000	13 (18)	0 (0)	21 (29)	13 (18)	10 (14)	11 (15)	4 (6)
5001 – 10 000	13 (27)	9 (18)	10 (20)	11 (22)	3 (6)	3 (6)	0 (0)
10 001 – 50 000	39 (49)	19 (24)	16 (20)	1 (1)	1 (1)	3 (4)	0 (0)
> 50 000	14 (78)	2 (11)	1 (6)	1 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	88 (33)	30 (11)	58 (22)	36 (14)	19 (7)	22 (8)	12 (5)
Vinter							
< 2001	9 (19)	0 (0)	8 (17)	9 (19)	8 (17)	5 (11)	8 (17)
2001 - 5000	13 (18)	0 (0)	13 (18)	17 (24)	11 (15)	11 (15)	7 (10)
5001 – 10 000	12 (25)	8 (17)	9 (19)	12 (25)	3 (6)	3 (6)	1 (2)
10001 – 50 000	39 (49)	14 (18)	18 (23)	4 (5)	0 (0)	4 (5)	0 (0)
> 50 000	13 (72)	3 (17)	1 (6)	1 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	86 (33)	25 (10)	49 (19)	43 (16)	22 (8)	23 (9)	16 (6)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.



Figur 9.2.2.1a: «Hva er vanlig reisetid med bil/båt fra daglegevakt/legevakt til nærmeste sykehus med akuttfunksjon: på vinter, kveld, hverdager». Antall kommuner, etter innbyggertall.

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021



Figur 9.2.2.1b: «Hva er vanlig reisetid med bil/båt fra daglegevakt/legevakt til nærmeste sykehus med akuttfunksjon: på vinter, dag, hverdager». Antall kommuner, etter innbyggertall.

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Tabell 9.2.2.1a og Figur 9.2.2.1a og 9.2.2.1b viser at det er en negativ sammenheng mellom reisetid til sykehus og kommunestørrelse. Det vil si at jo flere innbyggere i kommunen, desto kortere reisetid. Reisetiden på vinterhverdager er kortere på dagtid (Spearman's rho -0,49 og $p < 0,00$) enn på kveldstid (Spearman's rho -0,62 og $p < 0,001$).

Figurene viser at de store kommunene dominerer i antall blant dem som har kort reisetid, mens mindre kommuner dominerer blant kommuner hvor reisetiden er lang.

Tabellen under viser reisetid til nærmeste sykehus med akuttfunksjon kun for kommuner med 2000 eller færre innbyggere.

Tabell 9.2.2.1b: «Hva er vanlig reisetid med bil/båt fra daglegevakt/legevakt til nærmeste sykehus med akuttfunksjon?» Kommuner med ≤2000 innbyggere.

	< 15 min. Antall (%)	15 - 30 min. Antall (%)	31 - 60 min. Antall (%)	61 - 90 min. Antall (%)	91 - 120 min. Antall (%)	2 - 3 timer Antall (%)	> 3 timer Antall (%)
Sommer							
Mandag-fredag, dag	2 (4)	0 (0)	14 (29)	12 (25)	6 (12)	8 (16)	7 (14)
Mandag-fredag, kveld	10 (20)	0 (0)	10 (20)	10 (20)	5 (10)	5 (10)	9 (18)
Mandag-fredag, natt	11 (22)	0 (0)	10 (20)	8 (16)	4 (8)	6 (12)	10 (20)
Lør-søn-helligdager, dag	10 (20)	0 (0)	10 (20)	9 (18)	6 (12)	6 (12)	8 (16)
Lør-søn-helligdager, kveld	11 (22)	0 (0)	10 (20)	9 (18)	5 (10)	5 (10)	9 (18)
Lør-søn-helligdager, natt	11 (22)	0 (0)	11 (22)	7 (14)	4 (8)	6 (12)	10 (20)
Vinter							
Mandag-fredag, dag	2 (4)	0 (0)	13 (27)	8 (16)	11 (22)	8 (16)	7 (14)
Mandag-fredag, kveld	10 (20)	0 (0)	8 (16)	9 (18)	8 (16)	5 (10)	9 (18)
Mandag-fredag, natt	11 (22)	0 (0)	8 (16)	7 (14)	7 (14)	6 (12)	10 (20)
Lør-søn-helligdager, dag	10 (20)	0 (0)	8 (16)	8 (16)	9 (18)	6 (12)	8 (16)
Lør-søn-helligdager, kveld	11 (22)	0 (0)	8 (16)	8 (16)	8 (16)	5 (10)	9 (18)
Lør-søn-helligdager, natt	11 (22)	0 (0)	8 (16)	7 (14)	7 (14)	6 (12)	10 (20)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

I denne tabellen finnes den største forskjellen mellom mandag–fredag dagtid og de øvrige tidspunktene. Forskjellen ligger i en reduksjon i andelen kommuner som har henholdsvis 31–60 eller 61–90 minutters reisevei på dagtid hverdager, til en økning av andelen kommuner med mindre enn 15 minutters reisevei på kveldstid. Denne fordelingen gjelder grovt sett for alle tider bortsett fra dagtid hverdager, og er muligens en illustrasjon på at kommunenes felles løsninger utenom ordinær arbeidstid er lokalisert mer sentralt enn løsninger som kommunene drifter alene mandag–fredag dagtid.

9.3 Antall fastleger (næringsdrivende/næringsdrivende med 8.2-avtaler og fastlønnede fastleger) i kommunen

9.3.1 Publiserte resultater

Abelsen og kolleger har på oppdrag fra KS nylig undersøkt finansieringen av fastlegeordningen, og beskriver fire ulike driftsmodeller (Abelsen, Godager, & Hagen, 2021). Privat næringsdrift er hovedmodellen i fastlegeordningen. Fastlegens inntekt består da av årlig basistilskudd, evt. utjamningstilskudd, og aktivitetsbasert inntekt fra statlige trygderefusjoner og pasientens egenandeler. Næringsdrift med varianter av 8.2-avtale innebærer at kommunen dekker lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpersonell, og at fastlegen betaler et månedlig eller årlig beløp til kommunen. Fastlønn mottas av kommunalt ansatte fastleger, og lønnsnivået fastsettes lokalt i kommunen. Ved denne driftsmodellen mottar kommunen de statlige trygderefusjoner og pasientens egenandel. Fast lønn med bonus brukes som tiltak for blant annet økt produktivitet.

Rapporten viser til at det finnes lite systematisk kunnskap om omfanget av de ulike modellene. Helsedirektoratet er ansvarlig for innsamling og rapportering av styringsinformasjon om fastlegeordningen, men av driftsformene er det kun fastlønn som inngår i rapporteringen. Abelsen og kolleger har gitt en samlet framstilling av undersøkelser som har kartlagt omfanget av de ulike driftsmodellene i kommuner (Abelsen et al., 2021).

Tabell 9.3.1: Kjennetegn ved undersøkelser gjennomført blant fastleger og helseledere i kommuner som er gjennomført for å kartlegge driftsmodeller som er i bruk i fastlegeordningen

Undersøkelsesområde						
	Hele landet			Kommuner (utvalg)		
				(<20 000 innb.)	(Nord-Norge)	(Nord-Norge)
Publikasjon	Halvorsen et al. 2012	Holte et al. 2015	EY og Vista Analyse 2019	Abelsen et al. 2016	Helse Nord 2019	Helse Nord 2019
Måletidspunkt	Desember 2009	Mai 2012	Mai/juni 2019	Januar 2015	Januar 2015	Januar 2019
Privat næringsdrift	74	71	80	44	36	38
Variant av 8.2-avtale	18	19	12	34	32	19
Fast lønn med bonus	4	4	4	12	17	28
Fast lønn	4	6	5	8	15	15
Total prosent	100	100	100	100	100	100
Totalt antall fastleger	1294	1262	2118	1911	539	572
Type undersøkelse	Survey til fastleger	Survey til fastleger	Survey til fastleger	Survey til kommuner	Survey til kommuner	Survey til kommuner
Svarprosent	40 %	30 %	46 %	96 %	93 %	91 %

Kilde: «Finansiering av fastlegeordningen: Mekanismer, utfordringer, muligheter, løsninger», Abelsen et al., 2021.

I årsrapporten for Handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2021c) gir Helsedirektoratet en oversikt over utvikling i antall fastleger og fordeling av næringsdrift og fastlønn, basert på Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen. Pr. mars 2021 var det 4934 fastleger i Norge, en oppgang fra 4907 fra mars året før. Antallet unike fastleger har økt med 33 % fra 2002 til 2021. Antall innbyggere økte med 18 % i samme tidsperiode.

Majoriteten av fastlegene (84 %) er selvstendig næringsdrivende. Omtrent 16 % er ansatt i kommunen med fastlønn. Fra mars 2018 til mars 2021 økte andelen registrerte fastlønnavtaler med 43 %. Det finnes ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som har tilleggsfinansiering, eller omfanget av slik tilleggsfinansiering. Årsrapporten beskriver at driftsformene næringsdrift og fastlønn varierer med kommunestørrelse, og at det i praksis eksisterer to hovedmodeller for drift av fastlegepraksis. Fastlønn er hovedmodellen i de minste kommunene (<2000 innbyggere, 8 av 10 fastleger har fastlønn) og næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner (kun 5 av 100 har fastlønnsavtale) (Helsedirektoratet, 2021c).

Tilsvarende viser en tidligere undersøkelse av Abelsen og kolleger at fastlegers driftsform i kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere varierer signifikant med kommunens innbyggertall og sentralitet, men at antall innbyggere har størst betydning. Høy andel fastleger med fastlønn i kommuner med lav befolkningstetthet og store geografiske avstander er knyttet til dårlig inntjening med korte pasientlister med næringsdrift, større volum av andre legeoppgaver og høyere antall legevakter (Abelsen et al., 2016).

9.3.2 Analyseresultater

Informasjonen under er hentet fra Fastlegeevalueringens rapport (EY og Vista Analyse, 2019), og viser fastlegers avlønningsform fordelt på fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer.

Tabell 9.3.2.1: Antall fastleger med ulik avlønningsform fordelt på fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer.

Praksisform	Fastleger i egen hjemmel	Fastlegevikarer
Selvstendig næringsdrift, samlet	2044 (91 %)	-
Ren næringsdrift	1782 (80 %)	-
8.2-avtale	262 (12 %)	-
Fastlønn samlet	195 (9 %)	-
Uten tillegg	101 (5 %)	-
Med tillegg	94 (4 %)	-
Selvstendig næringsdrift	-	195 (87 %)
Fastlønn	-	28 (12 %)

Kilde: "Evaluerings av fastlegeordningen», s 230. EY og Vista Analyse, 2019.

Mer enn 90 % av fastleger i egen hjemmel har selvstendig næringsdrift, mens i underkant av 10 % har fastlønn. 4 av 5 av alle fastleger har ren næringsdrift, mens i overkant av 10 % har varianter av 8.2-avtale, som betyr at legen får tilgang til lokaler, hjelpepersonell og medisinsk teknisk utstyr mot at kommunen f.eks. beholder basistilskuddet.

Tabell 9.3.2.2: «Kryss av for de typene avlønningsform av fastlegehjemler som er i bruk i kommunen (flere kryss er mulig, kryss av for alternativene som passer best)»

Innbyggertall i kommunen		Selvstendig næringsdrift (legen er arbeidsgiver og holder lokaler/utstyr selv)	Selvstendig næringsdrift med kommunale ytelser (kommunen yter tjenester som lokaler/utstyr og/eller personell - noen steder omtalt som "8.2-avtale")	Fastlønn uten tillegg	Fastlønn med tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon	Annet	Flere enn én avlønningsform
< 5000	Antall (%)	19 (11)	90 (52)	60 (35)	40 (23)	6 (3)	52 (30)
5001-19 999	Antall (%)	103 (64)	64 (40)	39 (24)	20 (13)	2 (1)	59 (38)
> 20 000	Antall (%)	53 (95)	15 (27)	19 (34)	8 (14)	0 (0)	31 (55)
Total	Antall (%)	175 (45)	169 (43)	118 (30)	68 (17)	8 (2)	142 (37)

Totalt antall overstiger 100% pga. mulighet til å sette flere kryss.

Kilde: Fastlegeevalueringen, spørreundersøkelse til kommuner, 2019.

Tabell 9.3.2.2 viser at flere enn én avlønningsform er i bruk i en stor andel av kommunene, i 37 % totalt og i 55 % i de store kommunene. Blant de ulike avlønningsformene er «Selvstendig næringsdrift (...)» oppgitt oftest i de store og mellomstore kommunene (hhv. 95 % og 64 %), mens for de små kommunene har de fleste (52 %) oppgitt «Selvstendig næringsdrift med kommunale ytelser (...)».

Neste tabell viser avlønning av legevakt i kommunen for ordinær arbeidstid (dagtid), mandag til fredag.

Tabell 9.3.2.3a: «Hvordan avlønnes legevakt i kommunen? I ordinær arbeidstid, dagtid, mandag-fredag. Her kan du sette flere kryss.» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen		Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen	Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen	Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg	Ulik avlønning av leger internt i kommunen	Annet	Mer enn én ordning for avlønning
< 2000	Antall (%)	8 (16)	25 (51)	11 (22)	7 (14)	6 (12)	8 (16)
2001 – 5000	Antall (%)	28 (38)	31 (42)	15 (20)	9 (12)	7 (10)	12 (17)
5001 – 10 000	Antall (%)	41 (73)	16 (29)	4 (7)	11 (20)	2 (4)	13 (24)
10 001 - 50000	Antall (%)	41 (51)	34 (42)	7 (9)	12 (15)	11 (14)	21 (27)
> 50 000	Antall (%)	3 (17)	14 (78)	1 (6)	0 (0)	2 (11)	3 (18)
Total	Antall (%)	121 (44)	120 (43)	38 (14)	39 (14)	28 (10)	57 (21)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.3.2.3a viser at kommunene bruker mer enn én form for avlønning, med den største andelen blant kommuner med 5001-10 000 og 10 001–50 000 innbyggere (hhv. 24 % og 27 %). De samme to kommunegruppene har høyest andel avlønning i form av «Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen» (73 % og 51 %). Blant de øvrige kommunegruppene er «Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen» den avlønningsformen i ordinær arbeidstid, dagtid som er oftest oppgitt (fra 42 % til 78 %).

De neste tre tabellene viser avlønning av legevakt i kommunen utenom ordinær arbeidstid for hhv. kveld, natt, og helg og helligdager.

Tabell 9.3.2.3b: «Hvordan avlønnnes legevakt i kommunen? Utenom ordinær arbeidstid, kveld. Her kan du sette flere kryss.» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen		Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen	Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen	Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg	Ulik avlønning av leger internt i kommunen	Ant	Mer enn én ordning for avlønnning
< 2000	Antall (%)	36 (74)	7 (14)	6 (12)	3 (6)	1 (2)	5 (10)
2001 – 5000	Antall (%)	52 (70)	16 (22)	5 (7)	0 (0)	4 (5)	5 (7)
5001 – 10 000	Antall (%)	38 (68)	9 (16)	2 (4)	2 (4)	5 (9)	3 (6)
10 001 – 50 000	Antall (%)	56 (69)	28 (35)	0 (0)	2 (3)	3 (4)	10 (13)
> 50 000	Antall (%)	16 (89)	6 (33)	1 (6)	3 (17)	2 (11)	7 (39)
Total	Antall (%)	198 (71)	66 (24)	14 (5)	10 (4)	15 (5)	30 (11)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.3.2.3c: «Hvordan avlønnnes legevakt i kommunen? Utenom ordinær arbeidstid, natt. Her kan du sette flere kryss.» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen		Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen	Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen	Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg	Ulik avlønning av leger internt i kommunen	Ant	Mer enn én ordning for avlønnning
< 2000	Antall (%)	29 (59)	12 (25)	8 (16)	3 (6)	1 (2)	5 (10)
2001 - 5000	Antall (%)	32 (43)	38 (51)	6 (8)	0 (0)	1 (1)	5 (7)
5001 – 10 000	Antall (%)	17 (30)	30 (54)	3 (5)	1 (2)	4 (7)	3 (6)
10 001 – 50 000	Antall (%)	15 (19)	64 (79)	1 (1)	2 (3)	3 (4)	6 (8)
> 50 000	Antall (%)	3 (17)	17 (94)	1 (6)	3 (17)	0 (0)	4 (22)
Total	Antall (%)	96 (35)	161 (58)	19 (7)	9 (3)	9 (3)	23 (9)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.3.2.3d: «Hvordan avlønnes legevakt i kommunen? Utenom ordinær arbeidstid, lørdag-søndag-helligdager. Her kan du sette flere kryss.». Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen		Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen	Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen	Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg	Ulik avlønning av leger internt i kommunen	Antall	Mer enn én ordning for avlønning
< 2000	Antall (%)	35 (71)	9 (18)	8 (16)	3 (6)	1 (2)	8 (17)
2001 – 5000	Antall (%)	51 (69)	21 (28)	6 (8)	0 (0)	5 (7)	11 (15)
5001 – 10 000	Antall (%)	38 (68)	15 (27)	3 (5)	2 (4)	4 (7)	9 (17)
10 001 – 50 000	Antall (%)	50 (62)	37 (46)	1 (1)	3 (4)	5 (6)	17 (22)
> 50 000	Antall (%)	16 (89)	8 (44)	1 (6)	3 (17)	2 (11)	9 (50)
Total	Antall (%)	190 (68)	90 (32)	19 (7)	11 (4)	17 (6)	54 (20)
Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.							

Tabellene 9.3.2.3b og d viser at en stor andel av legene mottar beredskapstillegg utenom ordinær arbeidstid på henholdsvis kveld og helg/helligdager (totalt 71 % og 68 %). På natt (tabell 9.3.2.3c) mottar majoriteten fastlønn (58 %).

I de to største kommunegruppene er det høyest andel «Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen», særlig på natt med (79 % og 94 %), men også i helg og på helligdager (46 % og 44 %).

9.4 Er det sykepleier og annet helsepersonell fast til stede på legevakt og når på døgnet

9.4.1 Publiserte resultater

Nasjonalt legevaktregister rapporterte for 2018 at 18 % av legevaktene ikke har sykepleier eller annet helsepersonell på vakt. Disse 31 legevaktene er fordelt på 11 fylker. Nær alle av disse legevaktene har kun én lege på vakt, som innebærer at legen ikke har noe støttepersonell tilgjengelig. De fleste av disse legevaktene har et befolkningsgrunnlag på mindre enn 10 000 innbyggere. 33 % av legevaktene hadde ikke sykepleier eller annet helsepersonell til stede på kveld i ukedager og helg, mens 40 % av legevaktene ikke hadde det på natt i ukedager og helg (Morken T, 2019).

9.4.2 Analyseresultater

Mandatet etterspør antall annet helsepersonell. Ekspertgruppen vurderer at det er mer hensiktsmessig å kartlegge hvorvidt det er sykepleier og annet helsepersonell fast til stede på legevakt til ulike tidspunkt gjennom døgnet og uken.

Den første tabellen under viser når det er sykepleier til stede på legevakt på ulike tidspunkt, fordelt på innbyggertall i kommunen. Deretter følger en tabell som viser når det er sykepleier fast til stede på legevakt, etter deltakelse i interkommunal legevaktordning. Den neste tabellen viser når det er annet helsepersonell til stede på legevakt, fordelt på

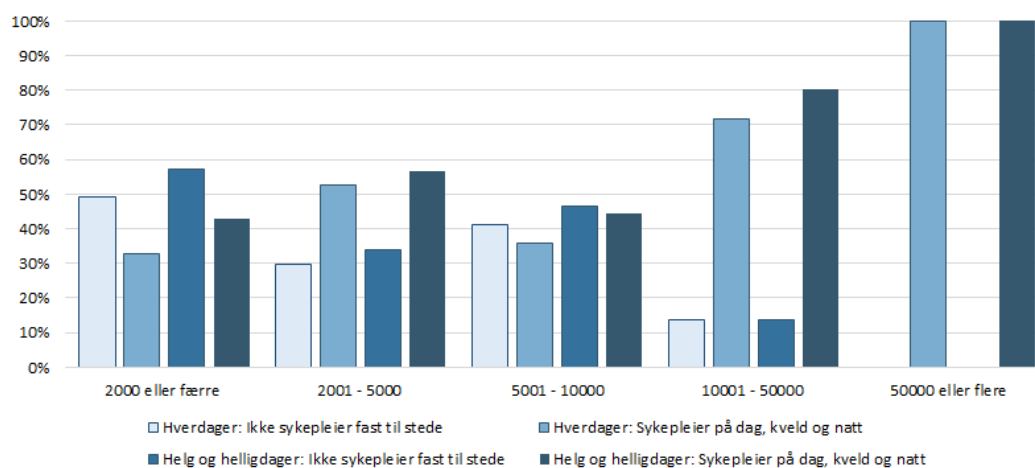
innbyggertall, og videre følger en tabell som viser når det er annet helsepersonell til stede på legevakt, etter deltakelse i interkommunal legevaktordning. De to siste tabellene viser når det er sykepleier og annet helsepersonell fast til stede på legevakt, etter kommunenes sentralitetsklasse.

Tabell 9.4.2a: «Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommune	Totalt	Ikke sykepleier fast til stede Antall (%)	Sykepleier kun på dagtid Antall (%)	Sykepleier kun på dag og kveld Antall (%)	Sykepleier både på dag, kveld og natt Antall (%)	Sykepleier kun på kveld og natt Antall (%)	Sykepleier kun på natt Antall (%)	Sykepleier kun på kveld Antall (%)
Mandag-fredag								
< 2001	49	24 (49)	4 (8)	0 (0)	16 (33)	5 (10)	0 (0)	0 (0)
2001 – 5000	74	22 (30)	5 (7)	5 (7)	39 (53)	3 (4)	0 (0)	0 (0)
5001 – 10 000	56	23 (41)	3 (5)	3 (5)	20 (36)	5 (9)	1 (2)	1 (2)
10 001 – 50 000	81	11 (14)	1 (1)	1 (1)	58 (72)	10 (12)	0 (0)	0 (0)
> 50 000	18	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lørdag, søndag, helligdager								
< 2001	49	28 (57)	0 (0)	0 (0)	21 (43)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2001 – 5000	74	25 (34)	2 (3)	5 (7)	42 (57)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5001 – 10 000	56	26 (46)	0 (0)	4 (7)	25 (45)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
10 001 – 50 000	81	11 (14)	0 (0)	1 (1)	65 (80)	4 (5)	0 (0)	0 (0)
> 50 000	18	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Figuren under viser når på døgnet det er sykepleier fast til stede på daglegevakt og legevakt fordelt på innbyggertall i kommunen.



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.4.2.1a: Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt? (i %) Etter innbyggertall i kommunen.

Figuren beskriver andelen kommuner som ikke har sykepleier fast til stede versus kommuner som har sykepleier til stede på alle døgnetts vakter. I de store kommunene (10 001 og flere innbyggere) er enten-eller-situasjonen tydelig, mens det er flere varianter i de mindre kommunene.

Tabell 9.4.2b: «Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt-legevakt?» Etter deltakelse i interkommunal ordning. Antall kommuner (%).

	Deltar i interkommunal ordning?	Ikke sykepleier fast til stede	Sykepleier fast til stede
Mandag-fredag, dag	Deltar ikke	99 (41)	142 (59)
	Deltar	4 (11)	32 (89)
Mandag-fredag, kveld	Deltar ikke	42 (58)	31 (43)
	Deltar	52 (26)	152 (75)
Mandag-fredag, natt	Deltar ikke	37 (57)	28 (43)
	Deltar	64 (30)	148 (70)
Lørdag, søndag, helligdager, dag	Deltar ikke	45 (47)	51 (53)
	Deltar	50 (28)	131 (72)
Lørdag, søndag, helligdager, kveld	Deltar ikke	38 (55)	31 (45)
	Deltar	55 (26)	153 (74)
Lørdag, søndag, helligdager, natt	Deltar ikke	37 (57)	28 (43)
	Deltar	65 (31)	147 (69)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

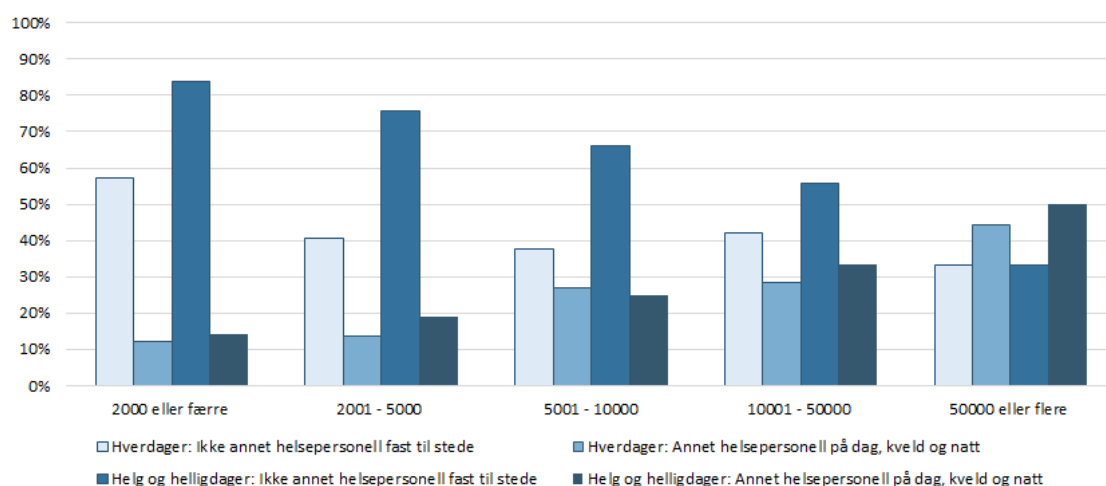
Ifølge tabell 9.4.2b er andel kommuner som har sykepleier fast til stede på legevakten, gjennomgående større blant kommuner som deltar i interkommunal ordning.

Tabell 9.4.2c: "Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?" Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommune n	Totalt	Ikke annet helsepersonell fast til stede Antall (%)	Annet helsepersonell kun på dagtid Antall (%)	Annet helsepersonell kun på dag og kveld Antall (%)	Annet helsepersonell på dag, kveld og natt Antall (%)	Annet helsepersonell kun på kveld og natt Antall (%)	Annet helsepersonell kun på natt Antall (%)	Annet helsepersonell kun på kveld Antall (%)
Mandag-fredag								
< 2001	49	28 (57)	14 (29)	0 (0)	6 (12)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
2001 - 5000	74	30 (41)	27 (37)	1 (1)	10 (14)	4 (5)	2 (3)	0 (0)
5001 – 10 000	56	21 (38)	17 (30)	2 (4)	15 (27)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
10 001 – 50 000	81	34 (42)	14 (17)	3 (4)	23 (28)	5 (6)	0 (0)	2 (3)
> 50 000	18	6 (33)	0 (0)	3 (17)	8 (44)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
Lørdag, søndag, helligdager								
< 2001	49	41 (84)	1 (2)	0 (0)	7 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2001 - 5000	74	56 (76)	1 (1)	0 (0)	14 (19)	1 (1)	2 (3)	0 (0)
5001 – 10 000	56	37 (66)	1 (2)	2 (4)	14 (25)	1 (2)	1 (2)	0 (0)
10 001 – 50 000	81	45 (56)	4 (5)	4 (5)	27 (33)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
> 50 000	18	6 (33)	0 (0)	3 (17)	9 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Figuren under viser når på døgnet det er annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt og legevakt fordelt på innbyggertall i kommunen.



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.4.2.1b: Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt? (%) Etter innbyggertall i kommunen.

Figuren illustrerer sammenhengen mellom kommunestørrelse og andelen av kommuner som har «Annet helsepersonell» fast til stede på daglegevakt/legevakt.

Tabell 9.4.2.d: «Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt-legevakt?» Etter deltakelse i interkommunal ordning. Antall kommuner (%).

	Deltar i interkommunal ordning?	Ikke annet helsepersonell fast til stede	Annet helsepersonell fast til stede
Mandag-fredag, dag	Deltar ikke	118 (49)	123 (51)
	Deltar	17 (47)	19 (53)
Mandag-fredag, kveld	Deltar ikke	57 (78)	16 (22)
	Deltar	137 (67)	67 (33)
Mandag-fredag, natt	Deltar ikke	52 (80)	13 (20)
	Deltar	150 (71)	62 (29)
Lørdag, søndag, helligdager, dag	Deltar ikke	67 (70)	29 (30)
	Deltar	123 (68)	58 (32)
Lørdag, søndag, helligdager, kveld	Deltar ikke	53 (77)	16 (23)
	Deltar	142 (68)	66 (32)
Lørdag, søndag, helligdager, natt	Deltar ikke	52 (80)	13 (20)
	Deltar	148 (70)	64 (30)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.4.2d viser at det er en tendens til at annet helsepersonell er mer til stede i kommuner som deltar i interkommunal ordning enn i kommuner som ikke deltar. Forskjellen er mindre uttalt enn for sykepleiere (se tabell 9.4.2b).

Tabell 9.4.2e. «Er det sykepleier fast til stede ved daglegevakt/legevakt?» og «Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?». Etter kommunens sentralitetsklasse.

Sentralitetsklasse	Er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?	Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?					
	Nei	Hverdager – dag	Hverdager – kveld	Hverdager – natt	Helg – dag	Helg – kveld	Helg – natt
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Minst sentrale kommuner	40 (48)	41 (49)	34 (41)	31 (37)	35 (42)	34 (41)	31 (37)
Nest minst sentrale kommuner	23 (30)	47 (62)	49 (65)	48 (63)	48 (63)	49 (65)	47 (62)
Mellomsentrale 2	10 (18)	33 (60)	42 (76)	40 (73)	43 (78)	43 (78)	40 (73)
Mellomsentrale 1	3 (7)	33 (81)	37 (90)	36 (88)	35 (85)	37 (90)	36 (88)
Nest mest sentrale kommuner	0 (0)	16 (94)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)	17 (100)
Mest sentrale kommuner	0 (0)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Ut fra tabellen kan det synes som om det systematisk er slik at jo mer sentrale kommunene er, desto mindre andel av kommunegruppa er uten sykepleier fast til stede.

Tabell 9.4.2f. «Er det annet helsepersonell fast til stede ved daglegevakt/legevakt?» og «Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?». Etter kommunenes sentralitetsklasse.

Sentralitetsklasse	Er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?	Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?					
	Nei	Hverdager – dag	Hverdager – kveld	Hverdager – natt	Helg – dag	Helg – kveld	Helg – natt
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Minst sentrale kommuner	44 (52)	36 (43)	14 (17)	13 (16)	16 (19)	15 (18)	14 (17)
Nest minst sentrale kommuner	31 (41)	41 (54)	22 (29)	21 (28)	23 (30)	21 (28)	21 (28)
Mellomsentrale 2	16 (29)	31 (56)	20 (36)	18 (33)	19 (35)	19 (35)	19 (35)
Mellomsentrale 1	19 (46)	20 (49)	14 (34)	14 (34)	16 (39)	14 (34)	14 (34)
Nest mest sentrale kommuner	6 (35)	11 (65)	10 (59)	7 (41)	10 (59)	10 (59)	7 (41)
Mest sentrale kommuner	1 (20)	4 (80)	4 (80)	3 (60)	4 (80)	4 (80)	3 (60)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Ut fra tabellen kan det synes som om det systematisk er slik at jo mer sentrale kommunene er, desto mindre andel av kommunegruppa er uten annet helsepersonell fast til stede.

9.5 Kommuner med tre eller færre leger i vaktordningen

Mandatet ber om kartlegging av kommuner med mindre enn fire leger som inngår i vaktordningen, og i så fall hvor mange uker per år. Vi anser det som mer informativt å kartlegge om kommuner som har færre enn tre leger i vaktordningen har dette på fast basis eller ikke, og hva som er årsakene til få leger i vaktordningen.

9.5.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

9.5.2 Analyseresultater

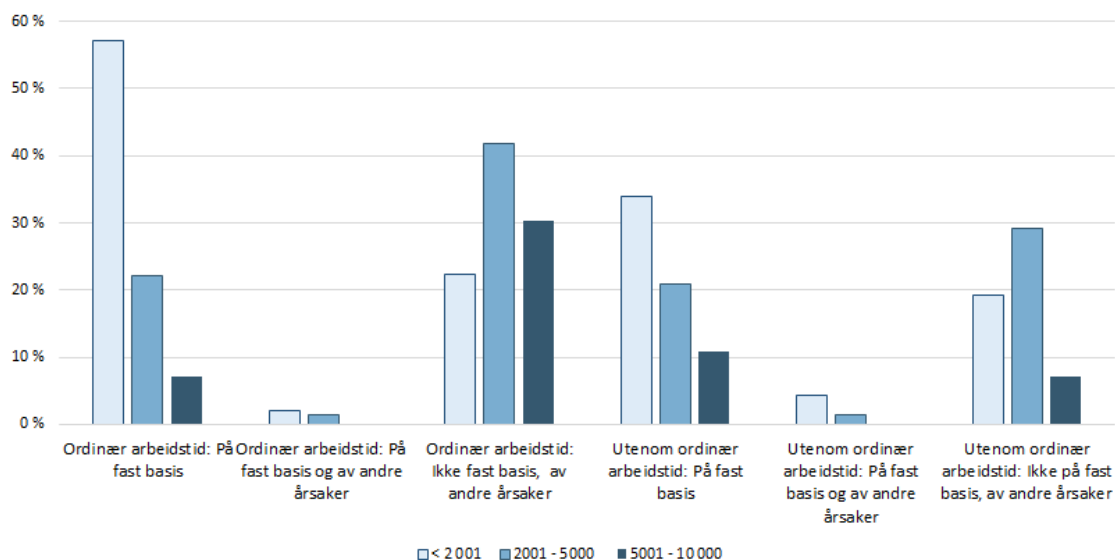
Tabell 9.5.2.1: «Har kommunen hatt tre leger eller færre i legevaktordningen i løpet av det siste året? Her kan du sette flere kryss.» Etter innbyggertall i kommunene (inntil 10 000 innbyggere).

Innbyggertall i kommunen	Ja, på fast basis	Ja, ved sykdom og permisjon blant legene	Ja, ved ferieavvikling	Ja, av andre årsaker	Nei	Vet ikke
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
I ordinær arbeidstid						
< 2001	29 (59)	10 (20)	10 (20)	4 (8)	9 (18)	0 (0)
2001 – 5000	20 (27)	22 (30)	24 (32)	14 (19)	25 (34)	1 (1)
5001 – 10 000	5 (9)	5 (9)	14 (25)	1 (2)	35 (63)	0 (0)
Utenom ordinær arbeidstid						
< 2001	18 (37)	9 (18)	11 (22)	3 (6)	19 (39)	0 (0)
2001 – 5000	16 (22)	13 (18)	16 (22)	7 (10)	35 (47)	1 (1)
5001 – 10 000	6 (11)	2 (4)	4 (7)	1 (2)	45 (80)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.5.2.1 viser at andelen kommuner som har oppgitt at de har «hatt tre leger eller færre i legevaktordningen i løpet av det siste året» på fast basis, er fallende med økende antall innbyggere. Dette gjelder både i og utenom ordinær arbeidstid. Tabellen viser at andelen kommuner som ikke har hatt tre eller færre leger i legevaktordningen er høyere utenom ordinær arbeidstid (39-80 %) enn den er i ordinær arbeidstid (18-63 %).

Figuren under viser kommuner med inntil 10 000 innbyggere som har hatt tre eller færre leger i vaktlegeordningen i løpet av det siste året, på fast basis og ikke på fast basis (kategoriene «Ja, ved sykdom og permisjon blant legene», «Ja, ved ferieavvikling», «Ja, av andre årsaker» slått sammen)



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.5.2.1: «Har kommunen hatt tre leger eller færre i legevaktordningen i løpet av det siste året? Her kan du sette flere kryss.» Etter innbyggertall i kommunene (inntil 10 000 innbyggere).

Ikke fast basis, av andre årsaker består av kategoriene «Ja, ved sykdom og permisjon blant legene», «Ja, ved ferieavvikling», «Ja, av andre årsaker» slått sammen).

Figur 9.5.2.1 viser at nærmere 60 % av de minste kommunene (≤ 2000) har tre leger eller færre på fast basis i ordinær arbeidstid. Det er størst andel av kommuner med 2001-5000 innbyggere som har 3 leger eller færre på «ikke fast basis», både i ordinær arbeidstid (41 %) og utenfor ordinær arbeidstid (29 %).

9.6 Interkommunalt legevaktsamarbeid

9.6.1 Publiserte resultater

Utvikling i antall kommunale og interkommunale legevakter i perioden 2007-2020

Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2020 beskriver trender mellom kommunale legevakter (dekker én kommune) og interkommunale legevakter (der to eller flere kommuner samarbeider) siden 2007. I 2020 var det registrert 169 legevakter, hvorav 86 (51 %) var kommunale legevakter og 83 (49 %) var interkommunale legevakter (som dekket 2 til 12 kommuner).

Antall legevakter har blitt gradvis redusert fra 230 i 2007 til 169 i 2020. Etter 2007 har det blitt noen flere interkommunale legevakter enn én-kommune legevakter. Etter 2018 har det vært en økning i antall én-kommune legevakter (fra 76 til 86). I 2020 ble 12 nye én-kommune legevakter registrert. Syv av disse hadde gått ut av en interkommunal legevakt og etablert egne legevakter. Fem fikk endret kategori på grunn av kommunesammenslåing (Allertsen & Morken, 2021).

I 2020 var det registrert 56 legevakter i helseregion Sør-Øst, 52 i Nord, 34 i Vest og 27 i Midt. Antall legevakter i de 11 ulike fylkene varierer fra en i Oslo til 28 i Troms og Finnmark. Nesten halvparten av legevaktene dekker et folketall på under 10 000 innbyggere, men det er stor variasjon både når det gjelder størrelse på legevaktdistriktenes geografiske areal og innbyggertall (Allertsen & Morken, 2021).

9.6.2 Analyseresultater

Tabellen under viser en sammenstilling av antall kommuner som er tilknyttet den enkelte legevakt, for 2018 og 2020.

Tabell: 9.6.2.1: Tabell som viser antall kommuner som er tilknyttet den enkelte legevakt for 2018 og 2020.

Antall kommuner som er tilknyttet/deltar	Hvor mange kommuner er tilknyttet legevakten i løpet av uken (totalt)? ^a		Hvor mange kommuner er tilknyttet legevakten i løpet av uken (inkludert egen kommune) ^b	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1	73	41,7	77	45,6
2	32	18,3	31	18,3
3	18	10,3	14	8,3
4	11	6,3	16	9,5
5	17	9,7	11	6,5
6	7	4,0	6	3,6
7	8	4,6	6	3,6
8	-	-	2	1,2
9	2	1,1	-	-
10	2	1,1	5	3,0
11	2	1,1	-	-
12	1	0,6	1	0,6
15	1	0,6	-	-
Totalt	175	100	169	100

^a Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2018.

^b Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2020.

Fra 2018 til 2020 økte andelen en-kommunelegevakter fra ca. 42 % til 46 %. I 2020 var det 18 % av de interkommunale legevaktene som dekket to kommuner, 28 % dekket 3-6 kommuner, og 8 % av de interkommunale legevaktene dekket mellom 7 og 15 kommuner.

Tabellen under viser antall/andel kommuner som deltar i interkommunal legevakt og hvilken rolle kommunen har i samarbeidet, fordelt på kommunestørrelse.

Tabell 9.6.2.2: «Deltar kommunen i interkommunalt samarbeid?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Ja, er vertskommune for legevakt Antall (%)	Ja, er samarbeidskommune Antall (%)	Ja, andre samarbeidsordninger Antall (%)	Nei Antall (%)
< 2001	2 (4)	29 (59)	5 (10)	13 (27)
2001 - 5000	10 (14)	48 (65)	2 (3)	14 (19)
5001 – 10 000	13 (23)	31 (55)	1 (2)	11 (20)
10 001 – 50 000	34 (42)	26 (32)	2 (3)	19 (24)
> 50 000	13 (72)	0 (0)	0 (0)	5 (28)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.6.2.2 viser en tendens til at store kommuner deltar i interkommunalt samarbeid som vertskommune, mens små kommuner er samarbeidskommuner eller har andre ordninger. Det er ingen åpenbar tendens når det gjelder mulig samvariasjon mellom kommunestørrelse og ikke å delta i interkommunalt samarbeid.

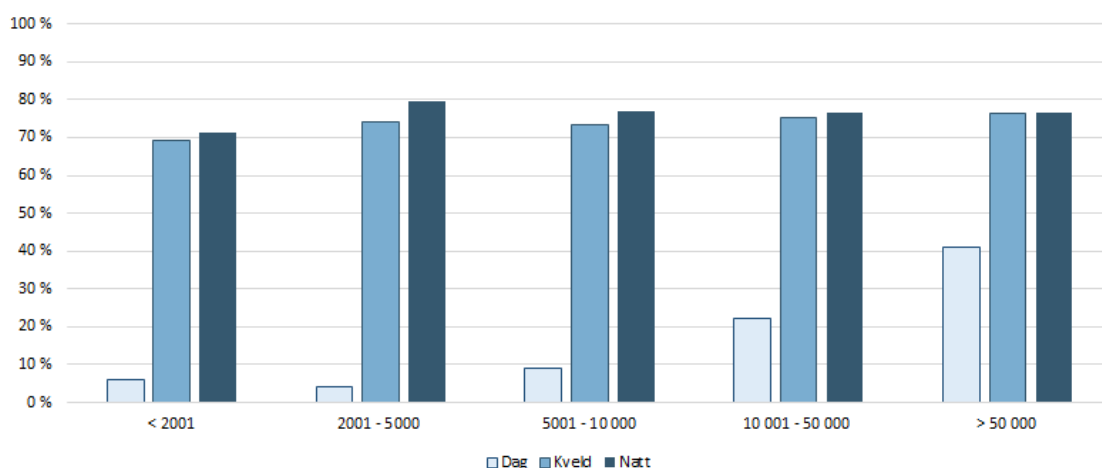
Tabell 9.6.2.3: «Når på døgnet deltar kommunen i interkommunalt legevaktsamarbeid?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Dag Antall (%)	Kveld Antall (%)	Natt Antall (%)
Hverdager			
< 2001	3 (6)	34 (69)	35 (71)
2001 - 5000	3 (4)	55 (74)	59 (80)
5001 – 10 000	5 (9)	41 (73)	43 (77)
10 001 – 50 000	18 (22)	61 (75)	62 (77)
> 50 000	7 (41)	13 (77)	13 (77)
Lørdag, søndag, helligdager			
< 2001	31 (63)	35 (71)	35 (71)
2001 - 5000	46 (62)	57 (77)	59 (80)
5001 – 10 000	41 (73)	42 (75)	43 (77)
10 001 – 50 000	51 (63)	61 (75)	62 (77)
> 50 000	12 (71)	13 (77)	13 (77)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

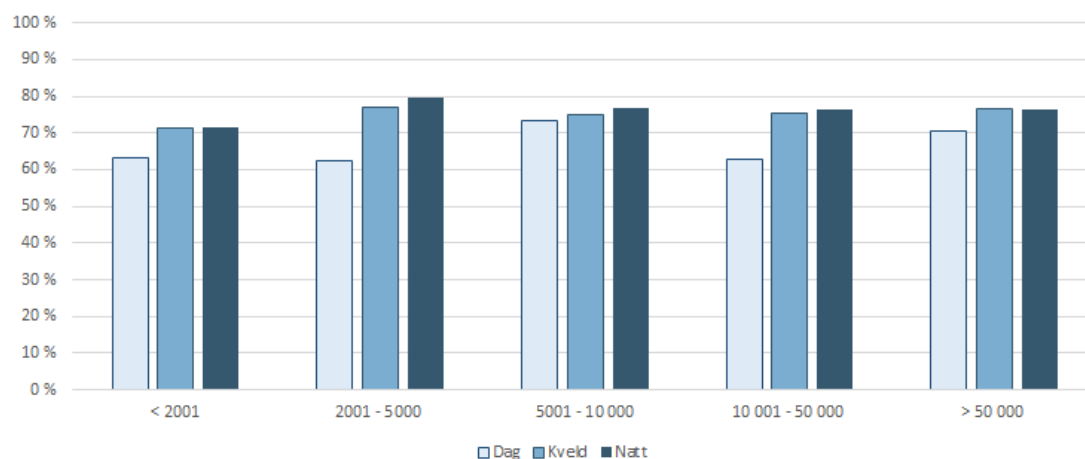
Blant kommuner som deltar i interkommunale ordninger, utgjør de som deltar kveld på hverdager en litt mindre andel enn de som deltar natt på hverdager, i de fleste kommunegrupper. Unntaket er gruppen med de største kommunene, hvor den største andelen deltar både dag, kveld og natt. Det er totalt lite interkommunalt samarbeid på dagtid, hverdager i de tre minste kommunegruppene. På lørdag, søndag og helligdager deltar flertallet i alle kommunegrupper, både dag, kveld og natt (tabell 9.6.2.3).

Figurene under viser når på døgnet kommunene inngår i interkommunalt legevaktsamarbeid på henholdsvis hverdager og helg/helligdager.



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.6.2.1a: «Når på døgnet deltar kommunen i interkommunalt legevaktsamarbeid?» Hverdager. Etter innbyggertall i kommunen. (%)



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.6.2.1b: Når på døgnet deltar kommunene i interkommunalt legevaktsamarbeid?» Lørdag-søndag-helligdager. Etter innbyggertall i kommunene. (%)

Figur 9.6.2.1a og b illustrerer at de fleste kommunene ivaretar legevakt selv på dagtid i hverdagene, og at de deltar i interkommunal ordning på kveld og natt. På lørdag, søndag og helligdager deltar de aller fleste i interkommunal ordning også på dagtid.

9.7 Bemanning av andre akuttmedisinske døgntilbud samtidig som legevakt, for eksempel kommunale akutte døgnplasser

9.7.1 Publiserte resultater

Legevaktlegen er rutinemessig tilgjengelig for operatøren(e) på alle legevaktsentralene dersom de har behov for å konferere. Videre rapporterte 29 (30 % av 96) legevaktsentraler at det var rutine for vaktlegen å godkjenne journalnotat der kontakten ble avsluttet av operatør i legevaktsentralen. Legevaktregisteret kartla i 2018 hvorvidt vaktlegen hadde faste arbeidsoppgaver knyttet til planlagt tilsyn eller oppfølging av pasienter på Øyeblikkelig Hjelp Døgntilbud (ØHD/KAD). Rapporteringen viser at dersom legevaktlegen har arbeidsoppgaver tilknyttet ØHD/KAD, kan disse strekke seg fra fast tilsyn til tilsyn ved behov (Sandvik et al., 2019). Øvrige publiserte resultater (Nasjonalt legevaktregister 2018) inngår i *Analyseresultater* for dette punktet, og rapporteres derfor under avsnitt 10.8.2.

9.7.2 Analyseresultater

Tabell 9.7.2.1: «Inngår oppgaver, planlagt tilsyn eller oppfølging av pasienter på ØHD^a i legevaktens oppgaver?» (Flere svar mulig)

	Antall legevakter	Prosent
Ja, for senger samlokalisert med legevakten	45	26
Ja, for senger andre steder i legevaktdistriktet	26	15
Nei, annen lege er ansvarlig for ØHD-sengene	31	18
Nei	42	24
Annet	55	31

^a Legevaktregisteret bruker begrepet ØHD (Øyeblikkelig Hjelp Døgnet), i rapporten for øvrig brukes KAD (Kommunal Akutt Døgnet) som begrep. Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2018.

Ved mer enn 30 % av legevaktene har vaktlege faste oppgaver tilknyttet pasienter ved KAD (tabell 9.7.2.1). Vaktlegens ansvar kan omfatte ulike oppgaver som planlagt tilsyn eller oppfølging av pasienter ved behov.

9.8 Tilknytning til øvrig akuttmedisinsk kjede (samlokalisert med sykehus/ambulansestasjon/akuttmottak/annen institusjon)

9.8.1 Publiserte resultater

Rådata som publiserte resultater er basert på (Nasjonalt legevaktregister 2018) inngår i ekspertgruppens analyseresultater, og disse rapporteres derfor under avsnitt 9.8.2.

9.8.2 Analyseresultater

Tabellen under viser hvor legevaktene er plassert.

Tabell 9.8.2.1: «Hvor er legevakten plassert? (Flere svar mulig)»

Plassering	Forekomst Antall (%)
Samlokalisert med sykehus	28 (16)
FAM (felles akuttmottak)	5 (3)
Samlokalisert med ambulansestasjon	18 (10)
Eget legevaktlokale uten legevaktsentral	17 (10)
Eget legevaktlokale med legevaktsentral	60 (34)
Felles med ett fast legekantor (samme legekantor hele tiden)	62 (35)
Felles med varierende legekantor (f.eks. avhengig av hvilken lege som har vakt)	20 (11)
Samlokalisert med ØHD ^a	36 (21)
Kun kjørende lege	1 (1)
Båt	4 (2)
Annet, beskriv	18 (10)
^a Legevaktregisteret bruker begrepet ØHD (Øyeblikkelig Hjelp Døgnet), rapporten for øvrig bruker KAD (Kommunal Akutt Døgnet) som begrep. Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2018.	

Tabellen viser at det er vanligst at legevakten er plassert sammen med et legekantor (46 %), enten et fast kontor eller varierende avhengig av hvilken lege som har vakt, eller at legevakten er plassert i eget lokale (44 %). De fleste av legevaktene med et legevaktlokale har legevaktsentral. Mer enn 20 % av legevaktene er samlokalisert med KAD og 16 % er samlokalisert med sykehus.

9.9 Årsak for valg av legevaktorganisering

9.9.1 Publiserte resultater

Oslo Economics gjennomførte i 2018 på oppdrag for KS en utredning om kommunale vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barneverntjenestene. 106 kommuner ble invitert til å delta, og 59 kommuner besvarte spørsmålene om legevaktordningen. Organisering av legevakt blant kommunene ble gjort etter to hovedmodeller; kommunal legevakt uten samarbeid med andre kommuner og legevakt i samarbeid med andre kommuner. Undersøkelsen identifiserte fordeler og ulemper for de ulike modellene. Kommunal legevakt gir nærhet og tilgjengelighet til tjenesten. En annen fordel er at legen kan kjenne til pasientene. Høy vaktbelastning for fastlegene og høyere kostnader, særlig for de minste kommunene, er en betydelig svakhet. Det gir økt sårbarhet

for sykdom og ferieavvikling. Innleide vikarer blir nødvendig i kommuner med dårlig legedekning (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

Interkommunal legevakt gir lavere vaktbelastning for den enkelte lege, samt en stabil og robust tjeneste. Det gir mindre sårbarhet for sykdom og enklere inndekning av vakter i helger, helligdager og ferie, samt færre utfordringer knyttet til leger som er fritatt fra legevakt. Løsningen er også ressurseffektiv med stordriftsfordeler. Ulempen er at større legevaktdistrikt med store geografiske avstander medfører dårligere tilgjengelighet og lengre utrykningstid. Særlig i små kommuner kan det også innebære tap av legens kunnskap om pasienter (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

Kommunene oppgir at fastlegedekning, bosetningsmønster og geografiske avstander til nabokommuner og sykehus er de mest sentrale utfordringene for organisering av legevakt. De nye kompetansekravene i akuttmedisinforskriften forsterker utfordringene, særlig for kommuner som allerede har problemer med å rekruttere fastleger med vaktkompetanse. Små kommuner med store geografiske avstander har særlige utfordringer. Der samarbeid med andre kommuner ikke er mulig, utgjør økte kostnader en merbelastning for disse kommunene. Kartleggingen viser at organisering av legevakt er relatert til kommunestørrelse (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019).

Faktorer som påvirker organisering av legevaktberedskap

Fastlegedekning og rekruttering av nye fastleger er den fremste utfordringen for å sikre og organisere legevakt i kommunene (49 %). Hver tredje kommune oppgir økonomi som den største utfordringen, mens en av fire oppgir at de største utfordringene er antall fastleger som er fritatt fra legevakt, etterfulgt av bosetningsmønster/spredthet (22 %) og avstand til nærmeste sykehus (20 %) (Oslo Economics og Furst og Høverstad, 2019)

9.9.2 Analyseresultater

Tabellen viser oversikt over de viktigste årsakene til kommunenes valg av legevaktorganisering, fordelt på kommunestørrelse. Det var mulighet til å krysse av for flere svaralternativer.

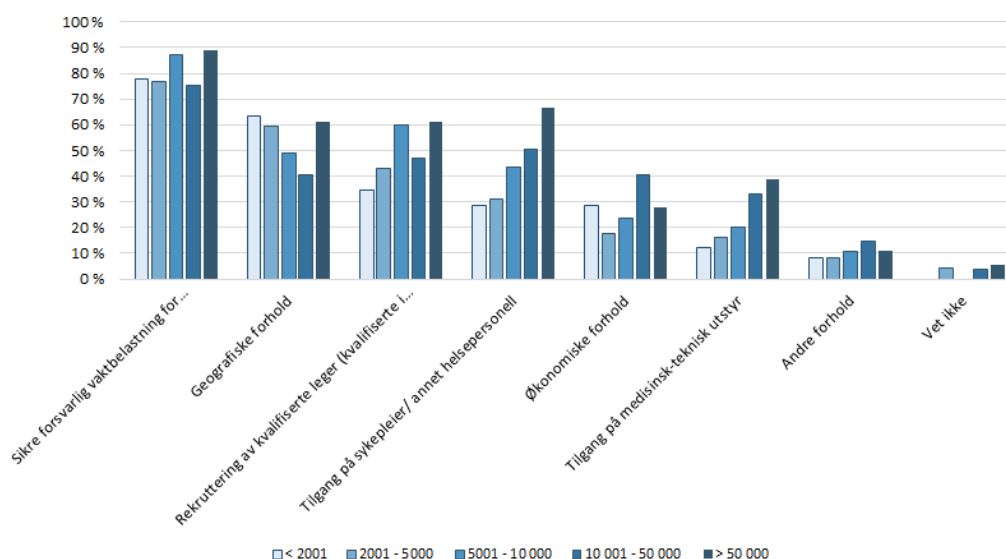
Tabell 9.9.2.1: «Hva er de viktigste grunnene til kommunens valg av legevaktorganisering? Her kan du sette flere kryss». Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen		Sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger	Geografiske forhold	Rekruttering av kvalifiserte leger (kvalifiserte i henhold til akuttmedisinforskriften)	Tilgang på sykepleier/ annet helsepersonell	Økonomiske forhold	Tilgang på medisinsk teknisk utstyr	Andre forhold	Vet ikke
< 2000	Antall (%)	38 (78)	31 (63)	17 (35)	14 (29)	14 (29)	6 (12)	4 (8)	0 (0)
2001 - 5000	Antall (%)	57 (77)	44 (60)	32 (43)	23 (31)	13 (18)	12 (16)	6 (8)	3 (4)
5001 – 10 000	Antall (%)	48 (87)	27 (49)	33 (60)	24 (44)	13 (24)	11 (20)	6 (11)	0 (0)
10 001 – 50 000	Antall (%)	61 (75)	33 (41)	38 (47)	41 (51)	33 (41)	27 (33)	12 (15)	3 (4)
> 50 000	Antall (%)	16 (89)	11 (61)	11 (61)	12 (67)	5 (28)	7 (39)	2 (11)	1 (6)
Totalt	Antall (%)	220 (79)	146 (53)	131 (47)	114 (41)	78 (28)	63 (23)	30 (11)	7 (3)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Ifølge tabellen er «Sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger» den begrunnelsen som er valgt av desidert flest kommuner, og andelen er noenlunde lik i små og store kommuner (75–89 %). «Geografiske forhold» er oppgitt som viktig i andeler fra 41 % (innbyggertall 10–50 000) til 63 % (2000 eller færre innbyggere). «Rekruttering av kvalifiserte leger (...)» er oppgitt som viktig av fra 35 % av kommunene med 2000 eller færre innbyggere til 61 % av kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. «Tilgang på sykepleier/annet helsepersonell» er oppgitt som viktig begrunnelse av fra 29 % av kommunene med 2000 eller færre innbyggere til 67 % av kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Den største andelen som har oppgitt «Økonomiske forhold» som viktig, er i kommunegruppa med 10–50 000 innbyggere (41 %), mens tilsvarende for «Tilgang på medisinsk-teknisk utstyr» er kommunegruppa med 50 000 eller flere innbyggere (39 %).

Figuren under viser hvilke faktorer som er kommunenes viktigste grunner når de velger legevaktorganisering.



Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021

Figur 9.9.2.1: «Hva er de viktigste grunnene til kommunens valg av legevaktorganisering? Her kan du sette flere kryss» Etter innbyggertall i kommunene. (%)

Ifølge figur 9.9.2.1 er «Sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger» den begrunnelsen som er valgt av desidert flest kommuner, og andelen er noenlunde lik i små og store kommuner. «Geografiske forhold» er oppgitt som viktig i den nest største andelen i de to kommunegruppene med færrest innbyggere. «Tilgang på sykepleier og annet helsepersonell» er oppgitt som viktig i den nest største andelen i de to kommunegruppene med flest innbyggere. «Rekruttering av kvalifiserte leger (...)» er oppgitt som viktig av den tredje største andelen innen kommunegruppene, med unntak av gruppa 5001–10 000 innbyggere, hvor den nest største andelen har markert «Rekruttering av kvalifiserte leger (...)» som viktig.

Tabell 9.9.2.2: «Har kommunen vurdert omorganisering av legevaktordningen i løpet av de siste tre årene?» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Ja Antall (%)	Nei Antall (%)	Vet ikke Antall (%)	Ikke aktuelt Antall (%)
< 2001	14 (29)	28 (57)	6 (12)	1 (2)
2001 - 5000	31 (42)	34 (46)	7 (10)	2 (3)
5001 – 10 000	26 (46)	29 (52)	1 (2)	0 (0)
10 001 – 50 000	32 (40)	44 (54)	4 (5)	1 (1)
> 50 000	8 (47)	8 (47)	1 (6)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.9.2.2 viser hvorvidt kommunen har vurdert omorganisering av legevakt de siste tre årene, fordelt etter innbyggertall. Svarene kan gi en indikasjon på om kommunene opplever sin legevaktordning som bærekraftig.

9.10 Ulik organisering avhengig av tid på døgnet

9.10.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

9.10.2 Analyseresultat

Tabellene under viser organisering av primærvakt/lege i vakt utenom ordinær arbeidstid for henholdsvis kveld, natt og helg/helligdager.

Tabell 9.10.2.1a: «Hvordan er vakter i daglegevakt-legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid? Kveld.» Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Lege i vakt (primærvakt)	
	Tilstedevakt Antall (%)	Hjemmevakt/beredskapsvakt Antall (%)
< 2001	21 (43)	28 (57)
2001 - 5000	36 (49)	37 (51)
5001 – 10 000	34 (62)	21 (38)
10 001 – 50 000	65 (82)	13 (17)
> 50 000	18 (100)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.10.2.1b: «Hvordan er vakter i daglegevakt-legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid? Natt». Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Lege i vakt (primærvakt)	
	Tilstedevakt Antall (%)	Hjemmevakt/beredskapsvakt Antall (%)
< 2001	20 (42)	28 (58)
2001 - 5000	46 (64)	26 (36)
5001 – 10 000	41 (76)	13 (24)
10 001 – 50 000	69 (87)	10 (13)
> 50 000	17 (100)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

Tabell 9.10.2.1c: «Hvordan er vakter i daglegevakt-legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid? Lørdag-søndag-helligdager». Etter innbyggertall i kommunene.

Innbyggertall i kommunen	Lege i vakt (primærvakt)	
	Tilstedevakt Antall (%)	Hjemmevakt/beredskapsvakt Antall (%)
< 2001	21 (43)	28 (57)
2001 - 5000	37 (51)	35 (49)
5001 – 10 000	35 (64)	20 (36)
10 001 – 50 000	68 (86)	10 (13)
> 50 000	18 (100)	0 (0)

Kilde: Ekspertgruppens datainnsamling fra kommunene, 2021.

I de største kommunene (50 000 innbyggere eller flere) har lege i vakt tilstedeværelsesplikt, som også fremgår i tabellene 9.10.2.1a-c. I de minste kommunene har lege i vakt hovedsakelig hjemmevakt (57-58 %) utenom ordinær arbeidstid. I kommuner med 2000-50000 innbyggere, oppgir mellom 51-87 % av kommunene at lege i vakt er til stede på legevakten utenom ordinær arbeidstid.

Tabellen under viser antall leger på vakt, unntatt bakvakt, utenfor ordinær arbeidstid.

Tabell 9.10.2.2: «Hvor mange leger er vanligvis på vakt (unntatt bakvakt)?»

Antall leger på vakt	Mandag-fredag, kveld	Mandag-fredag, natt	Lørdag, søndag, helligdager, dag	Lørdag, søndag, helligdager, kveld	Lørdag, søndag, helligdager, natt
	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)
1	146 (83,4)	160 (91,4)	142 (81,1)	141 (80,6)	156 (89,1)
2	20 (11,4)	10 (5,7)	24 (13,7)	24 (13,7)	12 (6,9)
3	6 (3,4)	2 (1,1)	2 (1,1)	1 (0,6)	3 (1,7)
≥ 4	3 (1,8)	3 (1,8)	7 (4,1)	9 (5,2)	4 (2,3)

Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2018.

Analysene viser at 4 av 5 legevakter kun har en lege på vakt utenom ordinær arbeidstid. I overkant av 10 % av legevaktene har to leger på vakt på kvelden i ukedagene og på dag og kveld i helg og helligdager.

Tabellen under viser antall sykepleiere/annet helsepersonell som vanligvis er på vakt utenfor ordinær arbeidstid.

Tabell 9.10.2.3: «Hvor mange sykepleiere/annet helsepersonell er vanligvis på vakt?»

Antall sykepleiere/andre på vakt	Mandag - fredag, kveld	Mandag - fredag, natt	Lørdag-søndag-helligdager, dag	Lørdag-søndag-helligdager, kveld	Lørdag-søndag-helligdager, natt
	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)	Antall legevakter (%)
0	58 (33,1)	70 (40)	57 (32,6)	58 (33,1)	70 (40)
1	43 (24,6)	50 (28,6)	44 (25,1)	47 (26,9)	49 (28)
2	34 (19,4)	35 (20)	35 (20)	30 (17,1)	34 (19,4)
3	11 (6,3)	12 (6,9)	9 (5,1)	10 (5,7)	12 (6,9)
≥ 4	29 (16,6)	8 (4,6)	30 (17,1)	30 (17,1)	10 (5,7)

Kilde: NKLM Legevaktregisteret, 2018.

Mellom 33 og 40 % av legevaktene har ingen sykepleier eller annet helsepersonell til stede utenom ordinær arbeidstid. 25-29 % av legevaktene har én sykepleier eller annet helsepersonell til stede. 30-35 % har to sykepleiere eller annet helsepersonell til stede på legevakten.

9.11 Andre faktorer ekspertgruppen anser som relevant for organisering

Debriefing

Debriefing etter alvorlige eller traumatiske hendelser kan være viktig for å redusere stressreaksjoner og forebygge psykososiale senskader. Skriftlige rutiner for debriefing av medarbeidere etter alvorlige, komplekse eller potensielt traumatiske hendelser var utarbeidet ved 45 % av de 175 legevaktene som svarte på nasjonalt legevaktregisters kartlegging i 2018. Noen legevakter oppga at de hadde rutiner på det selv om de ikke var skriftlige, eller at debriefing kun skjedde ved behov (Morken T, 2019).

Opplæring og samtrening

Både opplæring på legevakten og samtrening med samarbeidspartnere kan gi økt kompetanse og trygghet for legevaktpersonell, og kan bidra til at legevaktarbeid oppleves som mindre belastende. Nasjonalt legevaktregister kartla i 2018 opplæringsplan for leger og sykepleiere, og samtrening med samarbeidspartnere (Morken T, 2019).

Kartleggingen viser at 55 % av de 175 som svarte har skriftlig kompetanse- og opplæringsplan for leger. Rapportering fra 2016 tyder på at flere legevakter tilbyr opplæring, men at de ikke har skriftlige opplæringsplaner (Morken, Myhr, Raknes, & Hunskaar, 2016). Ved 32 % av 173 legevakter fikk legene ikke opplæringsvakter med lønn.

Akuttmedisinsk samtrening med samarbeidspartnere ble gjennomført ved 62 % av 169 legevakter som svarte, og 42 % rapporterte at de årlig eller oftere hadde akuttmedisinsk samtrening med ambulansetjenesten. For beredskapsøvelser, svarte 69 % av 172 legevakter at legevakten deltar på beredskapsøvelser med samarbeidspartnere, og 37 % rapporterte at de årlig eller oftere hadde øvelser med ambulansetjenesten. De andre vanligste samarbeidspartnere for akuttmedisinsk samtrening og beredskapsøvelser var fastlege, legevaktsentral og brannvesenet. Det var mest vanlig at legen på legevakten deltok i akuttmedisinsk trening: ved 94 % av legevaktene som svarte (Morken T, 2019).

I både 2018 og 2020 var det manglende datagrunnlag i nasjonalt legevaktregister for å kunne si noe sikkert om andelen av vaktgående leger på legevakt som hadde deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse siste 12 måneder. Tallene tyder imidlertid på at veldig mange ikke har det. Det går ikke an å sammenligne årene 2018 og 2020 direkte fra rapportene (Morken T, 2019). Av dem som svarte i 2018, ble det rapportert ved 42 % av 91 legevakter at over halvparten av legene hadde hatt samtrening med ambulansen siste 12 måneder, og i 2020 at gjennomsnittlig 53 % av legene hadde hatt det (spredning 2-100 %).

9.12 Oppsummering av resultater

I Fastlegeevalueringen er det rapportert at en større andel av fastlegene i små kommuner har legevakt enn i store kommuner. I de store kommunene har cirka en tredjedel av fastlegene legevakt, cirka en tredjedel gir bort vaktene, og den siste tredjedelen har ikke legevakt. I de minste kommunene har 70 % eller mer legevakt og cirka 10 % gir bort vaktene (tabell 9.1.2.3). Leger som er over 60 år, har rett til fritak fra legevakt, men dette kan være en utfordring i små kommuner. I de mindre legevaktdistriktene har fastleger over 60 år i snitt mange flere legevakter enn kollegaene i større distrikter, hvor gjennomsnittet og spredning er tilnærmet null for legevaktdistrikt med flere enn 10 000 innbyggere (KUHR, figur 9.1.2.1).

Det er en større andel spesialister i allmennmedisin blant fastlegene som har legevakt i store kommuner enn i små kommuner. I kommuner med flere enn 10 000 innbyggere er over halvparten av fastlegene som har legevakt, spesialister. I kommuner med 3 000 eller færre innbyggere er tilsvarende andel 38 % (KUHR, tabell 9.1.2.2). Spesialister i allmennmedisin har flere vakter med aktivitet per år i snitt i de minste kommunene sammenlignet med de større kommunene (cirka 50 versus 20 vakter per år). Det er tilsvarende mønster blant ikke-spesialister (tabell 9.1.2.2).

Mindre kommuner har lengre reisetid til nærmeste sykehus fra legevakten. Mellom 34 og 39 % av legevaktene har mer enn en times reisetid til nærmeste sykehus med akuttfunksjon på kveldstid, hverdager (avhengig av årstid) (Ekspertgruppens datainnsamling, regnet ut fra tallene i tabell 9.2.2.1a). De fleste av disse har 10 000 eller færre innbyggere. For kommuner med 2000 eller færre innbyggere viser ekspertgruppens datainnsamling en generell reduksjon i reisetid til sykehus på kveld/helg, noe som kan

tyde på at felles løsninger utenom ordinær arbeidstid er lokalisert mer sentralt enn løsninger som kommunene drifter alene mandag–fredag dagtid (tabell 9.2.2.1b).

Ekspertgruppens kartlegging viser også at sykepleier og annet helsepersonell er generelt mer til stede i store kommuner, med sykepleier fast til stede døgnet rundt i kommunene med flere enn 50 000 innbyggere (tabell 9.4.2a). Blant kommuner med 5000 innbyggere eller færre, har 44 % ikke sykepleier fast til stede på daglegevakt, det vil si i ordinær arbeidstid (regnet ut fra tallene i tabell 9.4.2a). Generelt sett er andelen kommuner som ikke har sykepleier fast til stede på legevakt, større blant kommuner som ikke deltar i interkommunal ordning (tabell 9.4.2b). Nasjonalt legevaktregisters kartlegging i 2018 fant at 18 % av legevaktene verken hadde sykepleier eller annet helsepersonell til stede i det hele tatt. 33 % av legevaktene hadde ikke sykepleier eller annet helsepersonell til stede på kveld (ukedager og helg), mens 40 % av legevaktene ikke hadde det på natt (kapittel 9.4.1).

Blant kommuner med 5000 innbyggere eller færre, har 22-37 % av kommunene (34 kommuner) hatt tre eller færre leger i vaktordningen på fast basis i løpet av det siste året, utenom ordinær arbeidstid (Ekspertgruppens datainnsamling, tabell 9.5.2.1). Andelen kommuner med tre leger eller færre i legevaktordningen på fast basis er økende med fallende antall innbyggere.

Ekspertgruppens kartlegging viser også at store kommuner oftere er vertskommuner for interkommunale legevakter (tabell 9.6.2.2). Den viktigste grunnen til valg av legevaktorganisering er å sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger, uavhengig av kommunestørrelse (tabell 9.9.2.1 og figur 9.9.2.1). Organisering av vakttyper utenom ordinær arbeidstid viser at en mindre andel primærvakt/vaktlege har tilstedevakt i små kommuner (tabeller 9.10.2.1a-c).

10 Kartlegging av pasientstrøm i legevakt

Kartleggingen omfatter både publiserte resultater og analyser som er utført som en del av ekspertgruppens arbeid. Analysene er utført på datakilder som er innhentet for å inngå i datagrunnlaget, og ekspertgruppens egen undersøkelse. For hvert tema presenteres først relevante resultater fra publiserte studier, etterfulgt av resultater av ekspertgruppens analyser.

Under avsnittene *Publiserte resultater* oppsummeres det relevante funn fra eksisterende rapporter dersom disse komplementerer ekspertgruppens analyser, og/eller punktet ikke blir godt dekket av egne analyser i avsnittene *Analyseresultater*.

10.1 Pasientkarakteristika

10.1.1 Publiserte resultater

Innvandrere

Analysene i denne rapporten baserer seg på datakilder som inneholder flere pasientkarakteristika, men fødeland og landbakgrunn er imidlertid ikke tilgjengelig. Flere vitenskapelige artikler omtaler innvandrernes bruk av legevakt i Norge, basert på datamateriale fra 2008-2009.

Sandvik og kolleger har analysert regningskort fra legevakt i 2008 og fant at innvandrere generelt hadde noe mindre kontakt med legevakt enn norske (innvandrere omfattet personer født i Norge eller utenfor Norge, med to utenlandskfødte foreldre). Blant innvandrerne hadde 23,7 % minst én kontakt med legevakt versus 27,4 % blant de norske (Sandvik, Hunskaar, & Diaz, 2012). Imidlertid hadde en høyere andel innvandrerbarn under 5 år kontakt med legevakt sammenlignet med barn med norsk bakgrunn. Personer fra Somalia og Irak hadde noe høyere kontakthypighet enn personer født i Norge og relativt flere kontakter på natt. Diaz og kolleger (Diaz, Calderón-Larrañaga, Prado-Torres, Poblador-Plou, & Gimeno-Feliu, 2015) har også analysert regningskortene fra 2008, og finner at innvandrere født utenfor Norge bruker legevakt mer enn personer født i Norge, bortsett fra de fra høyinntektsland som bruker legevakt mindre. Økt bruk synes ikke å være på grunn av mindre bruk av fastleger. Begge disse studiene ekskluderer innvandrere uten norsk fødselsnummer.

På legevakten i Oslo har Ruud et al. (Ruud, Hjortdahl & Natvig, 2017) kartlagt innvandreres bruk av legevakten gjennom et spørreskjema til oppmøtte pasienter i september 2009. De fant at innvandrere alt i alt brukte allmennlegevakten oftere enn norske, mens bruken av skadelegevakten var omtrent lik. Personer fra Sverige, Pakistan og Somalia rapporterte hyppigere bruk av legevakten enn norske.

10.1.2 Analyseresultater

For hele landet i 2019 var det totalt 1,8 millioner pasientkontakter med refusjonskrav på legevakter i Norge, registrert i KUHR, hvorav 1,3 millioner er konsultasjoner (dvs. uten de enkle telefonkontaktene) (Texmoen, 2020).

Aktivitet som ikke genererer elektronisk regningskort til Helfo, blir *ikke* fanget opp i KUHR, jf. pkt. 7.6.1. Legevakt dag er utelatt, for å framheve legevakt kveld og natt, på hverdager og i helgene.

Kontakter omfatter konsultasjoner, sykebesøk og utrykninger. Telefonkontakter er utelatt, unntatt 1g, når legevaktsentral ikke er etablert, og 1g dermed innebærer telefon direkte til lege (vekking om natten).

Ved studie av pasientstrømmer, kan det være nyttig å se på kommunen pasienten bor i, i tillegg til kommunen pasienten blir behandlet i. Tabell 10.1.2.1 viser gjennomsnittlig antall kontakter og gjennomsnittlig antall kontakter per 1 000 innbyggere, totalt og fordelt på menn og kvinner, etter folketall i pasientenes bostedskommune. Gjennomsnittlig antall kontakter er gjennomsnittet i kommunene i den aktuelle kommunegruppen. Tabell 10.1.2.2 viser tilsvarende tall, fordelt etter folketall i legevaktdistriktet, aggregert fra pasientenes behandlerkommune, som tidligere.

Behandler- og bostedskommune er ikke nødvendigvis sammenfallende. Det er flere årsaker til at pasientene oppsøker behandling i en annen kommune, enn den de bor i. Det kan skyldes at legevakten befinner seg i en annen kommune, eller at pasienten er på reise, for eksempel til egen hytte (i en annen kommune). De minste legevaktdistriktene har flest kontakter per 1 000 innbyggere (aggregert etter folketall i behandlerkommunene). Der finner vi bl.a. Bykle og Sirdal, som er blant kommunene med flere hytter enn boliger (Steinset & Rundtom, 2020). Deretter kommer legevaktdistriktene mellom 3000 og 5000 innbyggere der vi bl.a. finner Hol kommunale legevakt. Den omfatter tettstedet Geilo, et stort turistområde, med høy vaktbelastning, både sommer- og vinterstid.

Kvinner har i hovedsak flere kontakter enn menn. Unntakene er gjennomsnittlig antall kontakter i de minste bostedskommunene (tabell 10.1.2.1) og de tre minste kategoriene av legevaktdistrikt (tabell 10.1.2.2). Når vi justerer for innbyggertall, har kvinner flere kontakter uavhengig av størrelse på bostedskommune eller legevaktdistrikt.

Tabell 10.1.2.1 Gjennomsnittlig kontakter, antall og per 1 000 innbyggere per år, totalt og fordelt på menn og kvinner, etter folketall i pasientenes bostedskommune.

Folketall	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner
	Kontakter, snitt p.a.			Kontakter, snitt per 1 000 innbyggere p.a.		
> 100 000	23 981,3	11 476,6	12 504,7	109,3	105,3	113,3
50 001-100 000	8 404,2	4 031,3	4 372,8	123,3	117,6	129,2
25 001-50 000	4 452,6	2 151,7	2 301,0	129,7	124,6	134,9
10 001-25 000	2 151,4	1 049,1	1 102,3	129,3	124,8	133,0
5001-10 000	848,9	419,4	429,5	120,5	117,6	124,8
3001- 5000	446,6	224,4	222,2	113,9	112,5	115,6
< 3001	225,3	113,4	111,9	127,9	124,9	130,2

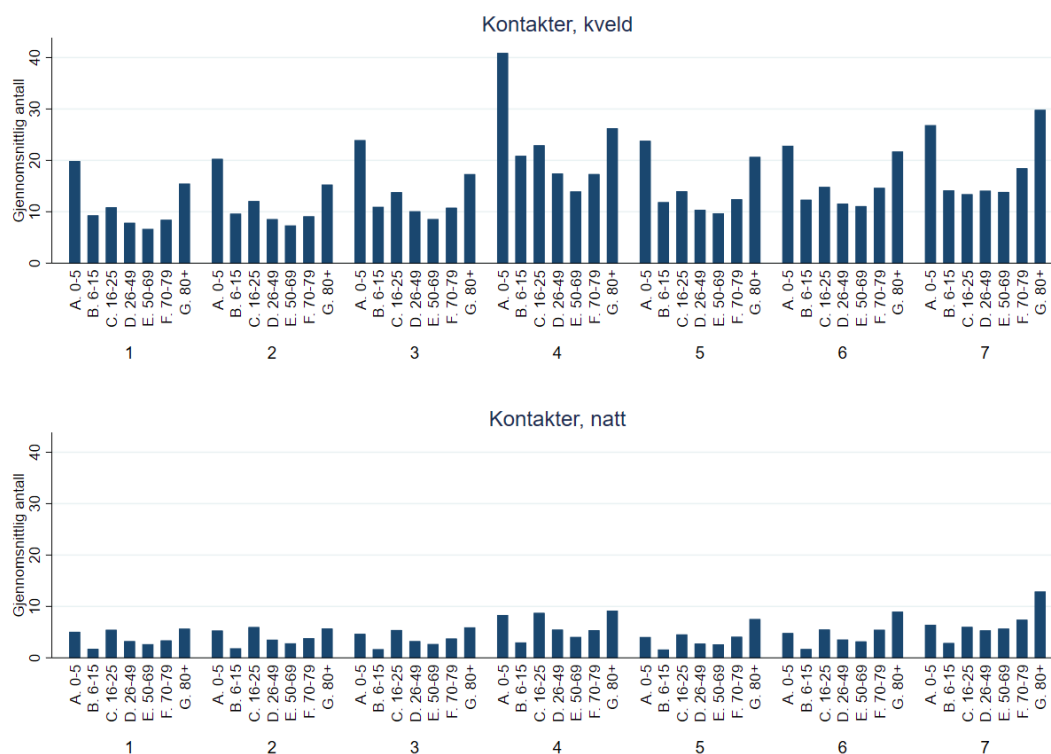
Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakt etter kl. 23). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk

Tabell 10.1.2.2 Kontakter, gjennomsnittlig antall og per 1 000 innbyggere per år, totalt og fordelt på menn og kvinner, etter folketall i pasientenes behandlerkommune.

Folketall	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner
	Kontakter, snitt p.a.			Kontakter, snitt per 1 000 innbyggere p.a.		
> 100 000	22 480,5	10 852,2	11 648,8	117,7	115,3	122,6
50 001-100 000	8 758,1	4 253,6	4 508,4	125,9	121,2	130,8
25 001-50 000	4 720,5	2 292,7	2 427,8	135,1	135,1	145,9
10 001-25 000	2 300,0	1 137,8	1 162,2	140,1	220,4	242,5
5001-10 000	1 003,0	519,2	514,0	138,5	145,6	149,3
3001- 5000	584,3	308,5	306,9	154,3	155,7	165
< 3001	342,9	171,8	171,1	202,8	193,7	204,5

Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakt etter kl. 23). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk

Vi har delt pasientene inn i 7 aldersgrupper: 0-5 år, 6-15 år, 16-25 år, 26-49 år, 50-69 år, 70-79 år og 80 år og eldre. Figur 10.1.1 viser at de yngste og eldste oppsøker legevakten oftest (u-form), uavhengig av behandlerkommunens størrelse. Den enkle u-formen er tydeligst for kontakter om kvelden. Om natten er det en tredje topp (to u-former), for aldersgruppen 16-25 år. U-formen kan vi også finne igjen i andelen personer i aldersgruppene som har kontakt med legevakt over døgnet. Nasjonale tall fra SSB 2019 (<https://www.ssb.no/statbank/table/10310/>) viser at 47 % av befolkningen i aldersgruppen 0-5 år oppsøkte legevakten i løpet av 2019. I aldersgruppen 30-49 år var det 20 % som oppsøkte legevakt og i aldersgruppen 90 år eller eldre var det 37 %.



Figur 10.1.2.1 Kontakter etter pasientens alder, etter folketall i behandlerkommune (1 = størst, 7 = minst).

Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakt etter kl. 23). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk.

10.2 Antall konsultasjoner, inkludert telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger

10.2.1 Publiserte resultater

En ny nasjonal registerstudie har undersøkt betydningen av kontinuitet av fastlege på bruk av legevakt, akuttinnleggelser i sykehus og dødelighet. Studien er basert på registerdata fra SSB, KUHR, Pasientregisteret og Fastlegeregisteret i tidsperioden 2015-2018. Analysene viser en tydelig sammenheng mellom lengden på fastlege-pasient-relasjonen og lavere bruk av legevakt, samt akuttinnleggelser og dødelighet. Sammenlignet med ett års varighet på fastlege-pasient-relasjonen reduseres sannsynligheten for disse hendelsene gradvis til inntil 25-30 % etter 15 års varighet (Sandvik, Hetlevik, et al., 2021).

Tilsvarende trend for bruk av legevakt vises i en studie om effekten av plutselig fastlege-avbrudd på bruk av fastlegetjenesten og akuttmedisinske tjenester. Studien benyttet registerdata fra SSB, KUHR, Pasientregisteret og Fastlegeregisteret fra 2007-2017. I perioden rett etter at fastlegen sluttet, økte sannsynligheten for å oppsøke legevakt med 2-6 % i alle aldersgrupper. Samtidig var det 3-5 % mindre sannsynlig at pasientene oppsøkte fastlegetjenesten. I motsetning til bruken av fastlege/allmennlege fortsatte den økte sannsynligheten for å kontakte legevakt, både ved seks måneder og ved 12 måneder etter fastlege-avbruddet, i alle aldersgrupper. Studien viste ingen store endringer i akuttinnleggelser i sykehus, med unntak av pasienter over 65 år. I denne gruppen økte sannsynlighet for en akutt innleggelse 7-9 % i perioden 1-6 måneder etter avbruddet med fastlegen (Skarshaug et al., 2021).

Publiserte resultater for dette punktet er basert på rådata (Årsstatistikk for legevakt, KUHR data) som inngår i ekspertgruppens analyseresultater. Resultatene rapporteres derfor under neste avsnitt 10.2.2.

10.2.2 Analyseresultater

For å belyse om det er variasjon mellom kommunetyper med hensyn til type konsultasjoner, er det valgt å skille mellom vanlige konsultasjoner (når pasient oppsøker legevakten fysisk), enkle telefonkontakter (telefon og brev), sykebesøk (når legen må oppsøke pasienten i pasientens eget hjem) og utrykninger. Legevakt dag er utelatt, fokuset er på legevakt kveld/natt på hverdager og i helgene.

For hele landet i 2019 var det totalt 1,8 millioner pasientkontakter med refusjonskrav på legevakter i Norge, hvorav 65 % var vanlige konsultasjoner, 31 % telefonkontakter, 3 % sykebesøk og 0,1 % utrykninger.

I tabell 10.2.2.1 fremkommer absolutte tall for de ulike kontakttypene, for å vise total arbeidsbelastning på legevakten. Det er flest kontakter i de største legevaktdistriktene, målt i absolutte tall per år.

Tabell 10.2.2.1 Gjennomsnittlig antall vanlige konsultasjoner, telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger, fordelt etter folkemengde i legevaktdistriktet.

Folkemengde	Vanlige konsultasjoner (2ak, 2fk)	Telefonkontakter (1bk, 1g)	Sykebesøk (11ak)	Utrykninger (11id, 11f)
	Snitt p.a.	Snitt p.a.	Snitt p.a.	Snitt p.a.
> 100 000	21 439,7	11 929,0	1 965,6	149,4
50 001-100 000	8 582,5	4 146,6	323,0	25,8
25 001-50 000	4 600,6	2 037,4	208,3	26,9
10 001-25 000	2 168,3	863,6	196,2	23,5
5001-10 000	903,7	272,0	136,2	19,0
3001- 5000	496,1	123,9	132,0	12,5
< 3001	270,9	136,6	93,9	9,9

Kilde: KUHR 2019

Tabell 10.2.2.2, som omfatter antall kontakter per 1000 innbyggere, per år, viser høyest andel av vanlige konsultasjoner, telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger i de minste legevaktdistriktene.

Tabell 10.2.2.2 Vanlige konsultasjoner, telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger per 1000 innbyggere, fordelt etter folkemengde i legevaktdistriktet.

Folkemengde	Vanlige konsultasjoner (2ak, 2fk)	Telefonkontakter (1bk, 1g)	Sykebesøk (11ak)	Utrykninger (11id, 11f)
	Snitt p.a.	Snitt p.a.	Snitt p.a.	Snitt p.a.
> 100 000	112,2	63,0	10,8	1,0
50 001-100 000	123,3	60,2	4,6	0,4
25 001-50 000	131,6	61,3	6,1	0,8
10 001-25 000	131,4	54,2	12,7	1,5
5001-10 000	124,5	36,8	19,4	2,7
3001-5000	130,2	32,3	36,0	3,4
< 3001	156,4	108,4	62,3	5,1

Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk

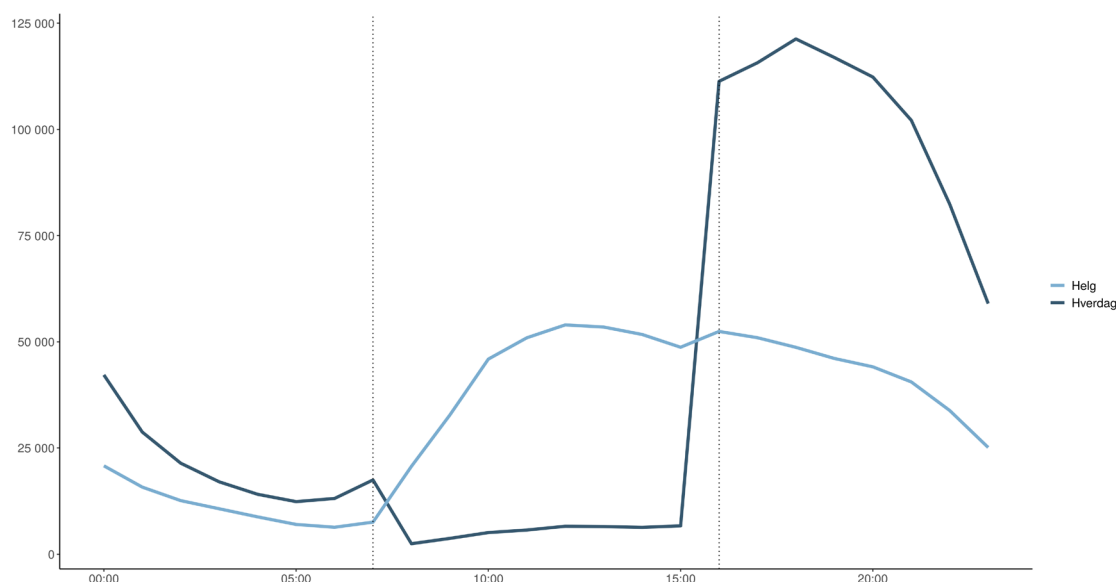
10.3 Tidspunkt for konsultasjon

10.3.1 Publiserte resultater

Publiserte resultater for dette punktet er basert på rådata (Årsstatistikk for legevakt, KUHR data) som inngår i egne analyseresultater. Resultatene rapporteres derfor under neste avsnitt 10.3.2.

10.3.2 Analyseresultater

For å kunne bruke KUHR-data til å si noe om tidspunkt for konsultasjonene, vil det være nyttig å se hvor mye aktivitet det er på ulike tidspunkt på døgnet for hele landet (for alle andre analyser ser vi kun på kveld og natt). Fra figur 10.3.2.1 fremkommer det at det meste av legevaktkontakter på hverdagene skjer på kvelden (16-23) og natten (23-08), mens det i helgene er mest aktivitet mellom kl. 10 og frem til kl. 20 på kvelden.

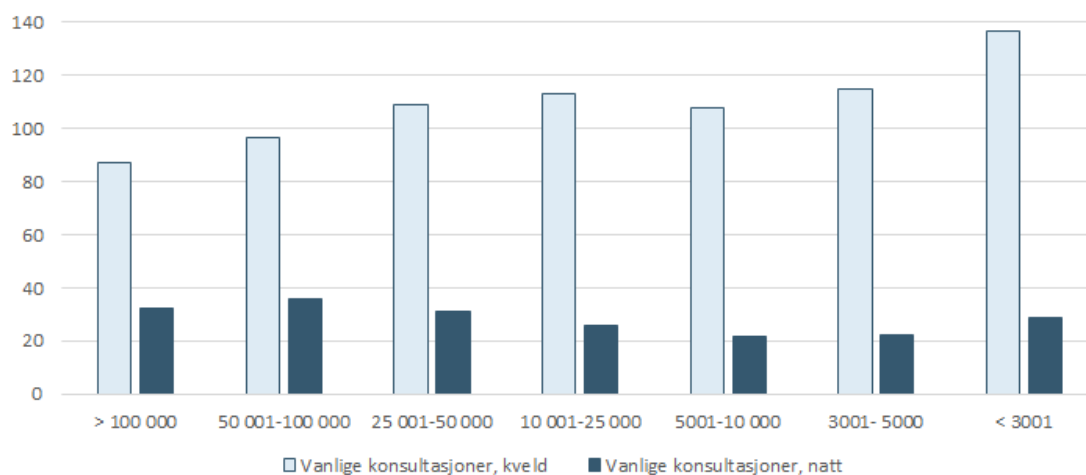


Figur 10.3.2.1 Antall kontakter per klokkeslett for hele landet i 2019 fordelt på hverdager og helg.

Registreringen på dagtid gjelder kun de kommunene som har egen legevakt på dagtid. Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk, 1bk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakter). Kilde: KUHR 2019.

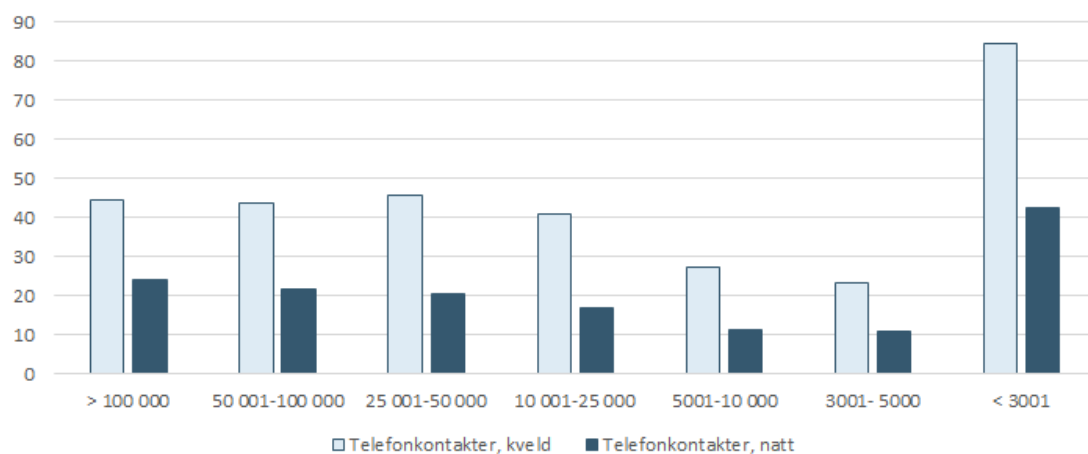
Tallene er standardisert til per 1000 innbyggere. Konsultasjonen er knyttet til kommunen hvor pasienten får behandling (behandlerkommune), og tallene er aggregert til legevaktdistriktet kommunen tilhører (se tabell V2.4 i Vedlegg 2). Dataene omfatter igjen bare legevakt kveld og natt. Legevakt på dag (hverdager og helg) er utelatt.

Andelen av vanlige legevaktkonsultasjoner på kveldstid er størst i de minste legevaktdistriktene, og nest størst i de mellomstore. Vanlige konsultasjoner om natten forekommer hyppigst i de nest største distriktene. De faller med folketallet i legevaktdistriktene, men går noe opp i de minste.



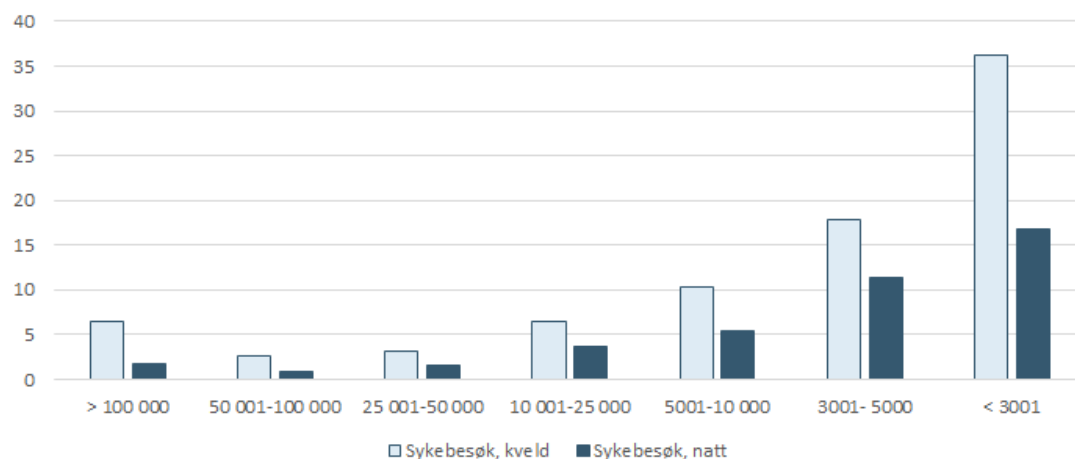
Figur 10.3.2.2 Vanlig konsultasjon (2ak, 2fk) per 1000 innbyggere, fordelt på kveld og natt, etter folkemengde i legevaktdistriktet (aggregert fra behandlerkommune). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk.

Det er størst andel telefonkontakter per 1000 innbyggere på kvelden og om natten i de minste distriktene, og nest flest i de større distriktene.



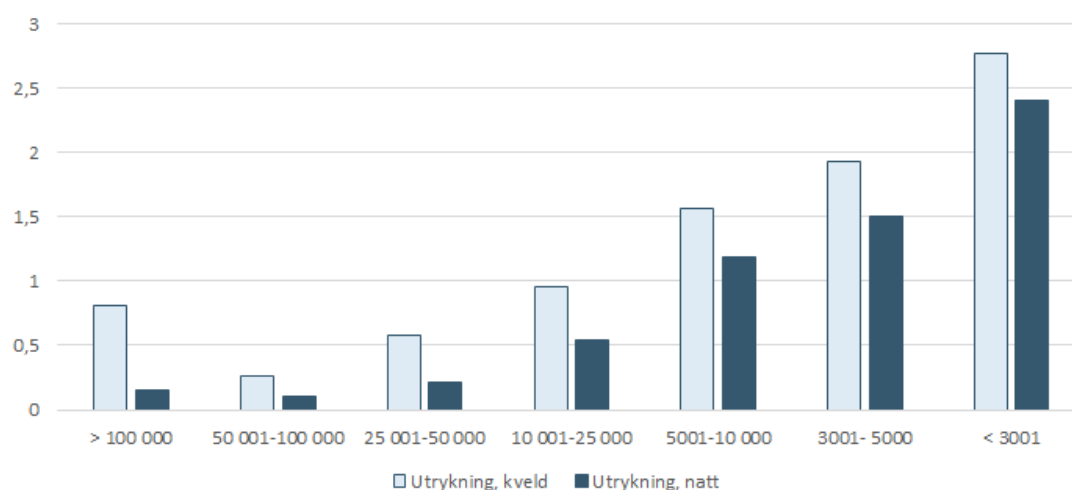
Figur 10.3.2.3 Telefonkontakter (1bk og 1g) per 1000 innbyggere, fordelt på kveld og natt, etter folkemengde i legevaktdistriktet (aggregert fra behandlerkommune). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk.

Sykebesøk (legen oppsøker pasienten i eget hjem) per 1000 innbyggere fordelt på kveld og natt etter folkemengde i legevaktdistriktet, er lavest i de nest største legevaktdistriktene. Med unntak av de største legevaktdistriktene, øker andel sykebesøk per 1000 jevnt med fallende innbyggertall, og er klart størst i distrikt med færre enn 5000 innbyggere. I alle distrikt er det flere sykebesøk på kvelden enn om natten.



Figur 10.3.2.4 Sykebesøk (11ck) per 1000 innbyggere, fordelt på kveld og natt, etter folkemengde i legevaktdistriktet (aggregert fra behandlerkommune). Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk.

Det er lavest andel utrykninger i de nest største distriktene, og andelen øker med fallende innbyggertall. Selv om tallene er relativt små, er det klart en større andel utrykninger per 1000 innbyggerer i de mindre legevaktdistriktene. I alle distriktene er antallet utrykninger høyere om kvelden enn om natten.



Figur 10.3.2.5 Utrykning (11ID, 11F) per 1000 innbyggere, fordelt på kveld og natt, etter folkemengde i legevaktdistriktet (aggregert fra behandlerkommune). Taksten 11NK (utrykning hjemmenvakt) er ikke inkludert, fordi den ikke sier noe om alvorlighetsgrad. Kilder: KUHR 2019 og SSBs populasjonsstatistikk.

10.4 Tidspunkt for konsultasjon per diagnose

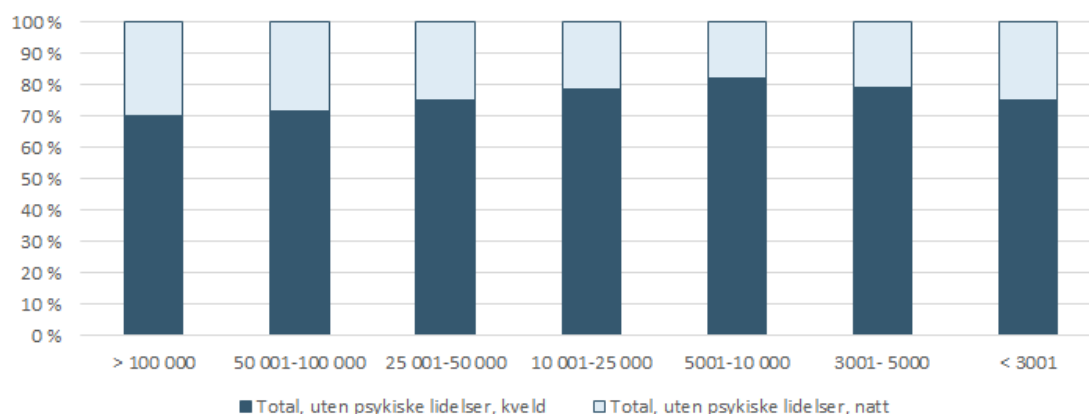
10.4.1 Publiserte resultater

Pasienter med psykiatriske diagnoser er overrepresentert om natten (Johansen, Mellesdal, Jorgensen, & Hunskaar, 2012; Sandvik et al., 2019), og tilstandene er mer akutte (Johansen et al., 2012). Konsultasjonene beskrives som tidkrevende og komplekse å håndtere for lege i vakt, med liten eller ingen informasjon om pasientens sykehistorie og behandling. Logistikk ved behov for overføring til spesialist er også krevende og tar tid (Johansen, Carlsen, & Hunskaar, 2011).

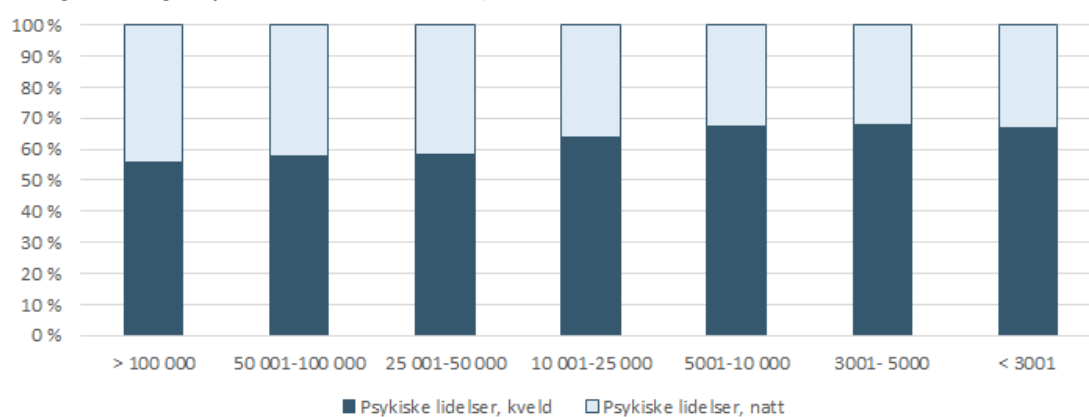
Publiserte resultater for dette punktet er basert på rådata (Årsstatistikk for legevakt, KUHR data) som inngår i egne analyseresultater. Resultatene rapporteres derfor under neste avsnitt 10.4.2.

10.4.2 Analyseresultater

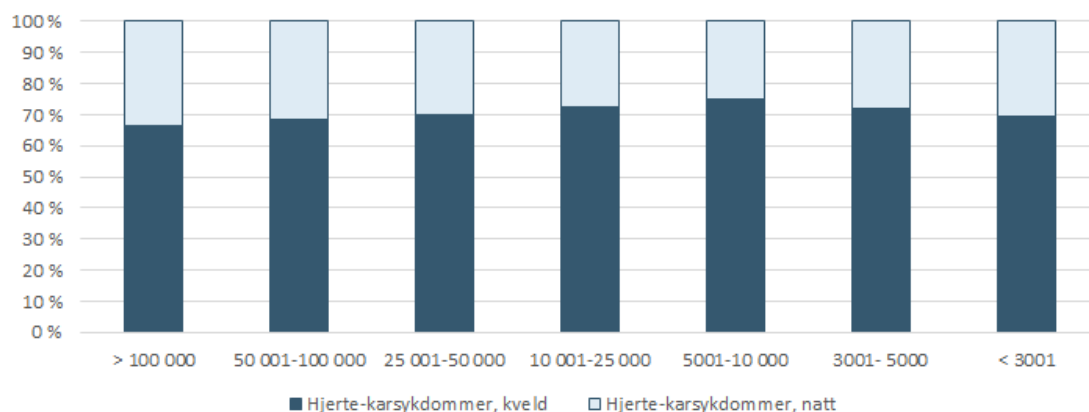
Det er valgt ut to hoveddiagnosegrupper, der prosentvis fordeling av kontakter på kveld og natt, etter folkemengde i legevaktdistriktet, vises. Diagnosegruppene er basert på ICPC-2-kapitlene hjerte- og karsykdommer (K) og psykiske lidelser (P). I tillegg vises tall for alle kontakter, unntatt psykiske lidelser, for å synliggjøre andelen kontakter for psykiske lidelser om natten. Mens andelen kontakter om natten relatert til andre lidelser varierer mellom 18 og 30 %, ligger tilsvarende andel kontakter relatert til psykiske lidelser på mellom 32 og 44 %. Til sammenligning, ligger andelen kontakter om natten for hjerte-karsykdommer på mellom 25 og 34 %.



Figur 10.4.2.1 Prosentvis fordeling mellom kveld og natt, for kontakter relatert til alle typer diagnoser, unntatt psykiske lidelser. Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakter etter kl. 23.00). Kilde: KUHR 2019.



Figur 10.4.2.2 Prosentvis fordeling mellom kveld og natt, for kontakter relatert til psykiske lidelser. Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakter). Kilde: KUHR 2019



Figur 10.4.2.3 Prosentvis fordeling mellom kveld og natt, for kontakter relatert til hjerte- og karsykdommer. Takstkoder inkludert; 2ak, 11ak, 2fk, 11f, 11id, 11nk og 1g (konsultasjoner, sykebesøk, redningsarbeid og telefonkontakter). Kilde: KUHR 2019

10.5 Konsultasjonens varighet

10.5.1 Publiserte resultater

Ekspertgruppen har valgt å svare på dette punktet ved hjelp av egne analyser.

10.5.2 Analyseresultater

For å kunne si noe om konsultasjonens varighet, er det sett på antall tidstakster (2ck og 11ck) som er registrert med tanke på bruken av disse i legevakt kveld og natt. Dette er vist for de samme diagnosegruppene som i punktet over, altså totalt unntatt psykiske lidelser, psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer. Tabellene viser at de absolutte tallene for bruk av tidstakster er høyest i de største legevaktdistriktene.

Tabell 10.5.2.1 viser bruk av tidstakster ved konsultasjoner med alle diagnoser unntatt psykiske lidelser. Tabellen viser at en større andel av konsultasjonene inneholder tidstakster i de mindre distriktene enn i de større distriktene. Tabell 10.5.2.1 viser også at det er en større andel konsultasjoner med mange tidstakster i de små distriktene enn hva det er i de store.

Tabell 10.5.2.1 Gjennomsnittlig antall og andel konsultasjoner med ingen, 1-2, 3-4 og 5 eller flere tidstakster per konsultasjon (alle diagnoser unntatt psykiske lidelser) kveld og natt, fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Konsultasjoner totalt	Konsultasjoner uten tidstakster	Konsultasjoner med 1-2 tidstakster	Konsultasjoner med 3-4 tidstakster	Konsultasjoner med 5 eller flere tidstakster
	Snitt p.a.	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)
> 100 000	26686,9	19472,5 (73,0)	6612 (24,8)	534,9 (2,0)	67,5 (0,3)
50 001-100 000	10518,2	7892,2 (75,0)	2501 (23,8)	113,7 (1,1)	11,4 (0,1)
25 001-50 000	5712,3	4257,6 (74,5)	1376,6 (24,1)	72,5 (1,3)	5,6 (0,1)
10 001-25 000	2789,8	1939,0 (69,5)	753,1 (27,0)	84,2 (3,0)	13,6 (0,5)
5001-10 000	1186,7	729,7 (61,5)	390,2 (32,9)	56,5 (4,8)	10,3 (0,9)
3001- 5000	710,5	436,0 (61,4)	226,9 (31,9)	36,9 (5,2)	10,7 (1,5)
< 3001	454,6	280,0 (61,6)	130,7 (28,8)	33,7 (7,4)	10,1 (2,2)

Kilde: KUHR 2019. Takstkoder inkludert; antall tidstakster kun beregnet basert på 2ck og 11ck, mens alle konsultasjoner totalt er beregnet basert på 2ak, 11ak, 2fk, 11f, og 11nk (konsultasjoner, sykebesøk og redningsarbeid).

Tabell 10.5.2.2 viser at det for psykiske lidelser er en tendens til flere tidstakster per konsultasjon i de minste legevaktdistriktene enn i de største legevaktdistriktene.

Tabell 10.5.2.2 Gjennomsnittlig antall og andel konsultasjoner med ingen, 1-2, 3-4 og 5 eller flere tidstakster per konsultasjon (med diagnose psykiske lidelser) kveld og natt, fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Konsultasjoner totalt	Konsultasjoner uten tidstakster	Konsultasjoner med 1-2 tidstakster	Konsultasjoner med 3-4 tidstakster	Konsultasjoner med 5 eller flere tidstakster
	Snitt p.a.	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)
> 100 000	2274,5	1639,5 (72,1)	494,1 (21,7)	118,0 (5,2)	22,9 (1,0)
50 001-100 000	783,2	569,5 (72,7)	178,8 (22,8)	30,8 (3,9)	4,2 (0,5)
25 001-50 000	340,9	251,6 (73,8)	69,6 (20,4)	16,6 (4,9)	3,1 (0,9)
10 001-25 000	163,8	114,9 (70,1)	32,1 (19,6)	11,6 (7,1)	5,3 (3,2)
5001-10 000	73,0	43,6 (59,7)	18,1 (24,8)	7,9 (10,9)	3,4 (4,6)
3001- 5000	56,5	36,9 (65,4)	11,4 (20,1)	5,9 (10,5)	2,3 (4,0)
< 3001	51,0	35,4 (69,5)	9,0 (17,7)	3,7 (7,3)	2,9 (5,6)

Kilde: KUHR 2019. Takstkoder inkludert; antall tidstakster kun beregnet basert på 2ck og 11ck, mens alle konsultasjoner totalt er beregnet basert på 2ak, 11ak, 2fk, 11f, og 11nk (konsultasjoner, sykebesøk og redningsarbeid).

For konsultasjoner relatert til hjerte- og karsykdom (tabell 10.5.2.3) er det en større andel konsultasjoner uten tidstakster i de små legevaktdistriktene enn det er i de store legevaktdistriktene. Samtidig er det en større andel av konsultasjonene som har tre eller flere tidstakster i de små legevaktdistriktene enn det er i de store legevaktdistriktene.

Tabell 10.5.2.3 Gjennomsnittlig antall og andel konsultasjoner med ingen, 1-2, 3-4 og 5 eller flere tidstakster per konsultasjon (med diagnose hjerte- og karsykdom) kveld og natt, fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Konsultasjoner totalt	Konsultasjoner uten tidstakster	Konsultasjoner med 1-2 tidstakster	Konsultasjoner med 3-4 tidstakster	Konsultasjoner med 5 eller flere tidstakster
	Snitt p.a.	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)	Snitt p.a. (andel %)
> 100 000	1053,2	623,4 (59,2)	394,3 (37,4)	31,6 (3,0)	3,9 (0,4)
50 001-100 000	535,8	318,9 (59,5)	205,0 (38,3)	11,1 (2,1)	0,8 (0,2)
25 001-50 000	253,4	159,8 (63,1)	87,3 (34,4)	5,9 (2,3)	0,4 (0,1)
10 001-25 000	139,8	83,2 (59,5)	46,0 (32,9)	9,0 (6,4)	1,7 (1,2)
5001-10 000	71,5	42,0 (58,7)	22,8 (31,8)	5,6 (7,9)	1,1 (1,6)
3001- 5000	45,4	30,4 (66,9)	10,7 (23,6)	3,7 (8,2)	0,5 (1,2)
< 3001	37,0	25,8 (69,7)	6,5 (17,6)	3,3 (8,8)	1,4 (3,9)

Kilde: KUHR 2019. Takstkoder inkludert; antall tidstakster kun beregnet basert på 2ck og 11ck, mens alle konsultasjoner totalt er beregnet basert på 2ak, 11ak, 2fk, 11f, og 11nk (konsultasjoner, sykebesøk og redningsarbeid)

10.6 Diagnoser/årsak for konsultasjon, hastegrad

10.6.1 Publiserte resultater

Diagnoser fra legevakt og årsak for konsultasjon har blitt undersøkt i en rekke rapporter og vitenskapelige artikler. Diagnoser på legevakt er klassifisert etter International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2). Basert på kontaktårsak får ofte pasienten/kontakten en hastegrad. «Hastegrad» tolkes strengt tatt som hastegrad satt ved telefonkontakt, fremfor ved triagering ved oppmøte på legevakt (triageringskoder omtales i kapittel 10.7 under), men det er ikke mulig å skille disse i de fleste eksisterende publikasjonene.

Årsak for kontakt med legevakt og hastegrad er blitt undersøkt ved bruk av data fra vaktårnprosjektet i 2014-2015 for alle kontakttyper (Raknes & Hunskaar, 2017). Plager relatert til muskel- og skjelettsystemet, luftveiene, hud, fordøyelsessystemet og allmenne og uspesifiserte plager var de vanligste kontaktårsakene. De tre vanligste kontaktårsakene innen hver hastegrad var:

- Grønn respons:
 - allment/uspesifisert (8,0 %)
 - symptomer/skade i underekstremitet (6,4 %)
 - symptomer/plager i luftveiene (6,3 %);
- Gul respons:
 - magesmerter (8,9 %)
 - symptomer/plager i luftveiene (7,9 %)
 - hudsår/-skade (6,6 %);
- Rød respons:
 - brystsmertor (25,3 %)
 - symptomer/plager i luftveiene (8,9 %)
 - allment/uspesifisert (4,7 %).

Det var mindre variasjon i kontaktårsaker med økende hastegrad.

Haraldseide og kolleger har undersøkt nærmere årsak for kontakt og hastegrad blant personer over 70 år (alle kontaktyper, vaktårnprosjektet 2014-2017). De vanligste kontaktårsakene kom fra følgende kapitler:

- Allment og uspesifisert (21.1 %)
- Muskel og skjelettsystemet (13.6 %)
- Luftveier (12.9 %)
- Urinveier (9.3 %)
- Fordøyelsessystemet (8.8 %)
- Hjerte-karsystemet (6.4 %)

Det var økende bruk av diagnoser fra kapittelet *Allment og uspesifisert* med økende alder. Fordelingen av hastegrad var:

- 6,7 % rød
- 32,8 % gul
- 60,4 % grønn.

Kontaktårsakene som var mest assosiert med høyere hastegrad (gul/rød respons), sammenlignet med Allment og uspesifisert, var fra kapitlene: *Hjerte- og karsystemet*, *Nervesystemet*, *Luftveier* og *Fordøyelsessystemet*. Kontaktmåtene *direkte oppmøte* og *telefon fra helsepersonell* var assosierte med høyere hastegrad sammenlignet med telefon fra pasient/pårørende, og menn fikk oftere høyere hastegrad enn kvinner (Haraldseide, Sortland, Hunskaar, & Morken, 2020)

Psykiatriske diagnosekoder (ICPC-2 hovedgruppe P) utgjør nesten 5 % av alle kontakter på legevakt, noe som har vært stabilt i perioden 2006-2019. I 2019 ble psykiatriske diagnosekoder oppført på 5 % av konsultasjonene og 14,9 % av sykebesøkene. Psykiatri er overrepresentert om natten, og i 2019 foregikk 9,0 % av kontaktene i tidsperioden kl. 00 - kl. 08. Årsstatistikken tyder også på at det har vært en økning i kontakter på legevakt som skyldes suicidalitet i årene 2008 - 2019 (diagnosekode P77). De fleste av disse kontaktene finner sted om natten og i helgen (Sandvik et al., 2019).

Pasienter som får psykiske diagnoser, ser ut til å bruke legevakt som et komplement til fastlegen, med økt bruk i de periodene fastlegen er mindre tilgjengelig, for eksempel i juli måned (Johansen, Morken, & Hunskaar, 2010). Den samme studien viser at diagnoser tilknyttet mer alvorlige psykiatriske lidelser (suicidalitet, rusmisbruk og psykose), blir oftere stilt på legevakt enn på fastlegekontor (Johansen et al., 2010).

Det er sett en økende tendens til å sette uspesifikke diagnosekoder på legevakt, noe som svekker mulighet for detaljert statistikk over tid. Mellom 2008-2019 har det vært en økning i andel uspesifiserte diagnosekoder brukt på legevakt, og særlig for telefonkontakter (Sandvik et al., 2019). Bruk av spesifikke diagnosekoder for luftveisinfeksjoner (R71-R83) og tre uspesifikke diagnoser (A29, A97 og A99) ble kartlagt blant alle elektroniske regningskort fra legevakter for telefonkontakter og konsultasjoner/sykebesøk i perioden 2018-2019. Bruk av de tre uspesifikke diagnosekodene økte 19 ganger ved telefonkontakter og 2,7 ganger ved konsultasjoner/sykebesøk. Totalt ble antall kontakter med luftveisinfeksjoner redusert med 26 %.

Lengre reiseavstand gir redusert bruk av legevakt, også for tilstander vurdert som høy hastegrad. Med data fra vaktårnprosjektet har Raknes et al. (Raknes et al., 2013) undersøkt assosiasjoner mellom estimert reiseavstand og kontakthypighet og -type, og hastegrad ved legevakten i Arendal i årene 2007-2011. Legevaktsdistriktet består av ti kommuner. Økende avstand var assosiert med færre kontakter av alle typer, men bruk av tiltak «telefonkonsultasjon med lege» økte med 10,5 % ved en økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km. Det var særlig færre legekonsultasjoner (oppmøte) med en 55 % nedgang med økt reiseavstand. Nedgang i kontakthypighet gjaldt for alle aldersgrupper og hastegrader. Nedgang var mest tydelig for grønn respons (39 % nedgang ved en økning fra 0 til 50 km reiseavstand), men også gul og rød respons viste nedgang med økende avstand (rød respons 22 % nedgang ved økning 0 til 50 km reiseavstand).

Mindre bruk av legevakt ved lengre reiseavstand gjelder også for andre legevaktsdistrikter i Norge (Raknes et al., 2014). Data fra 315 kommuner i 2011 viste at økende avstand var assosiert med redusert hypighet av alle kontakttypene, bortsett fra telefon/brev som ikke endret seg. Antall legekonsultasjoner og sykebesøk per innbygger falt med henholdsvis 48 % og 55 % ved en økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km.

Manglende tilgang til fastlege kan også være årsaken til at personer oppsøker legevakt. En tverrsnittstudie på legevakten i Oslo fant at 49 % av pasientene hadde forsøkt å kontakte fastlegen før oppmøte, mens 13 % hadde fastlege i en annen kommune, og 30 % av innvandrerne hadde ikke fastlege i det hele tatt. Det er imidlertid usikkert hvor representativt dette er for andre legevaktsdistrikt (Ruud, Hjortdahl, & Natvig, 2017).

Kjennetegn på pasienter som bruker legevakt hyppig (flere enn 5 konsultasjoner/sykebesøk i løpet av ett år) ble kartlagt i perioden 2008-2017 gjennom alle elektroniske regningskort fra legevakter (Sandvik & Hunskaar, 2018). En andel på 2 % av pasientene sto for cirka 10 % av alle konsultasjoner hvert år. De fleste pasientene (60 %) brukte legevakt hyppig i en forbigående periode, og kun 0,8 % hadde hyppig bruk gjennom hele 10-års perioden. Barn under ett år, eldre personer (U-formet aldersfordeling) og kvinner var overrepresenterte. Hyppige brukere fikk tre ganger oftere psykiatriske diagnoser enn brukere av legevakt totalt. Andre diagnoser som økte sannsynlighet for å bruke legevakt hyppig, var sosiale problemer, kreft, diabetes og KOLS. De fleste hyppige brukere oppsøkte legevakt sent på kvelden eller om natten, oftere i små kommuner (< 10 000 innbyggere), og fikk oftere sykebesøk og lengre konsultasjoner.

Hastegrad

Resultater fra legevaktregister i 2020 viser at 85 (90 %) av legevaktsentraler har rutine for å sette hastegrad for pasienter som blir oppfordret til å møte opp til konsultasjon, og 80 (84 %) har også rutine for å gi estimert oppmøtetid for konsultasjon (Sandvik, Hunskaar, et al., 2021).

Samlerapport fra vaktårnprosjektet 2019 rapporterer hastegrad satt ved førstekontakt med sykepleier, men skiller ikke mellom hastegrad satt ved telefonkontakt og hastegrad som resultat av triagering ved oppmøte (Eikeland et al., 2020). Siden den hyppigste kontaktmåten er per telefon, presenteres resultatene her under hastegrad, fremfor avsnitt 11.7 om triagering.

I 2019 ble fordelingen av hastegrad slik, oppgitt som antall kontakter per 1000 innbyggere. Prosentfordelingen mellom de tre hastegradene er vist i parentes.

- 31,9 rød respons (9,1 %)
- 111,9 gul respons (31,7 %)
- 208,7 grønn respons (59,2 %)

Raten av både rød og gul respons har økt siden 2017. Raten for rød respons har steget noe siden 2015, og doblet seg i 2018. Alle vaktårnene bortsett fra Alta og Kvam hadde økt rød respons i 2019. Den gradvise økningen kan muligens forklares av at legevaktene fikk nødnett og ICCS (kommunikasjonsløsning ut mot telefoni og nødnett) som gjør at de blir oftere informert om rød respons enn tidligere. Den kraftige økningen siden 2018 kan sannsynligvis forklares av at to av de store vaktårnene, legevaktene i Arendal og Tromsø, tok i bruk «Manchester Triage» i henholdsvis 2017 og 2018. Det er ikke rapportert hvordan hastegradene fordeler seg på døgnet eller mellom hverdager og helg/hellige dager.

10.6.2 Analyseresultater

Ekspertgruppen vurderte det ikke som hensiktsmessig, innenfor tidsrammen, å innhente nye data eller eksisterende rådata til å utføre egne analyser for dette punktet. Det henvises til *Publiserte analyser* i kapittel 10.6.1.

10.7 Alvorlighet for konsultasjon basert på triageringskode grønt/gult/rødt fordelt på dag/ettermiddag/kveld/natt

10.7.1 Publiserte resultater

Triagering av oppmøtte pasienter på legevakt er en kvalitetsindikator på legevaktområdet. Legevaktregisteret har undersøkt hvorvidt legevakter hadde et system for triagering ved oppmøte i 2018 og 2020.

I 2020 oppga 100 (59 %) legevakter at de har et system for triagering av oppmøtte pasienter, mens 50 (30 %) legevakter svarte «nei, legevakten har sjelden eller aldri samtidighetskonflikter». De fleste av disse sistnevnte dekket små kommuner (< 10 000 innbyggere) og var i de nordlige fylkene (Sandvik et al., 2019). Undersøkelsen fra 2018 viser at det hovedsakelig er sykepleier som utfører triagering (84 % av legevaktene som har triageringssystem), og det er stor variasjon i hvilket triageringssystem som brukes (Allertsen & Morken, 2021).

Samlerapport fra vaktårnprosjektet 2019 rapporterer hastegrad satt ved førstekontakt med sykepleier ut fra kriterier i medisinsk indeks, men fra rapporten er det ikke mulig å skille mellom hastegrad satt ved telefonkontakt og hastegrad som resultat av triagering ved oppmøte. Siden den hyppigste kontaktmåten er per telefon, er resultatene av den kartleggingen presentert i kapittel 10.6.1 over om hastegrad.

Eksisterende publikasjoner rapporterer ikke rater eller fordelingen mellom de ulike triageringskodene ved oppmøte, og heller ikke fordelingen på døgnet eller mellom hverdager og helg/helligdager.

10.7.2 Analyseresultater

Det ble vurdert som ikke hensiktsmessig innenfor tidsrammen innhente nye data eller eksisterende rådata til å utføre egne analyser for dette punktet. Det henvises til *Publiserte analyser* i kapittel 10.7.1.

10.8 Andre faktorer ekspertgruppen vurderer som relevant for pasientstrøm

Andel innleggelser fra legevakt

Blinkenberg og kolleger har undersøkt fastlegers og legevaktlegers rolle ved akutte innleggelser i sykehus ved bruk av registerdata fra KUHR og Norsk pasientregister. I 2014 var det totalt 497 587 akuttinnleggelser i somatiske sykehus etter ekskludering av fødselsrelaterte tilstander. Legevakt stod for 36 % av alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser, mens 28 % av innleggelsene ble gjort av fastlege. 35 % ble lagt inn direkte via ambulansetjenesten, fra sykehjem eller i forbindelse med oppfølging fra sykehus. Andelen direkte innleggelser var størst i sentrale strøk (45 %). Andelen innleggelser gjort av legevakt var lavest i de største byene (32 %) og mellom 35-37 % i store, mellomstore og små kommuner, i henhold til SSBs sentralitetsindeks. Legevaktleger la inn en større andel akutte tilstander som forgiftninger og skader, mens den største andelen av fastlegers innleggelser var tilstander med moderat hastegrad som forverrelser av kroniske tilstander og lokale infeksjoner (J. Blinkenberg, Pahlavanyali, Hetlevik, Sandvik, & Hunskaar, 2019; Jesper Blinkenberg, Pahlavanyali, Hetlevik, Sandvik, & Hunskaar, 2020).

En mindre studie av 255 innleggelser i medisinske avdelinger ved Drammen sykehus viser tilsvarende mønster. 31 % av innleggelsene var gjort av legevakten, mens fastlegene utførte 26 % av innleggelsene (Grøndahl et al., 2018).

Vakttårnprosjektet registrerer tilleggsopplysninger som nærmere kan belyse pasientstrøm, herunder kontaktmåte og tiltak som resultat av kontakten (Eikeland et al., 2020). De fleste henvender seg til legevakten per telefon. Fordelingen av kontaktmåter i 2019 var:

- 71,2 % telefon (pasienten selv eller pårørende)
- 7,9 % telefon (helsepersonell)
- 13,2 % direkte oppmøte
- 6,2 % AMK-telefon eller alarm
- 1,4 % annet

Telefonkontakter som involverer lege (takstkoder 1bd, 1bk, 1be, 1g) følger det samme mønsteret av kontaktfrekvensen som for konsultasjoner og sykebesøk. Det er høyest frekvens på kveldstid på ukedagene fra kl.16. I helgen er det en økende frekvens fra formiddagen av som holder seg utover dagen og kveld før en nedgang mot natten (Sandvik et al., 2019).

Tiltak som ble resultat av kontakten hos vakttårnene blir registrert med sju utfall, som fordelte seg slik i 2019:

- 27,4 % telefonkonsultasjon med sykepleier
- 6,4 % telefonkonsultasjon med lege
- 54,7 % konsultasjon med lege
- 2,0 % konsultasjon med andre enn lege
- 2,4 % utrykning lege/ambulanse
- 1,0 % sykebesøk med lege
- 6,2 % annet tiltak

10.9 Oppsummering av resultater

Pasientstrøm i legevakt er undersøkt hovedsakelig ved hjelp av KUHR data. I 2019 var det totalt 1,8 millioner pasientkontakter med refusjonskrav i KUHR på legevakter i Norge, hvorav 65 % var vanlige konsultasjoner, 31 % telefonkontakter, 3 % sykebesøk, og 0.1 % utrykninger. Det er økende antall konsultasjoner per 1000 innbyggere med fallende

innbyggertall i legevaktdistrikt (tabell 10.2.2.2). I de minste legevaktdistriktene er telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger mer vanlig per 1000 innbyggere enn i store legevaktdistrikt. Telefonkontakter utgjør 108,4 per 1000 innbyggere i de minste legevaktdistriktene (< 3001 innbyggere), versus 63,0 i de største legevaktdistriktene (> 100 000 innbyggere). For sykebesøk er de tilsvarende antall per 1000 innbyggere 62,3 versus 10,8. For utrykninger er de tilsvarende andelene 5,1 versus 1,0 (tabell 10.2.2.2).

Det fleste av legevaktkontakter i hverdager skjer på kveld og natt, med høyest antall fra kl. 16 og frem til ca. kl. 20, før antallet er avtagende utover kveld og natt. I helgene er mest aktivitet mellom kl. 10 og frem til kl. 20 på kvelden (figur 10.3.2.1). Det er færre konsultasjoner per 1000 innbyggere på natt i de minste legevaktdistriktene enn i de største (figur 10.3.2.2). Det er høyere relativ andel telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger på både kveld og natt i de minste kommunene, sammenlignet med de store legevaktdistriktene (figurer 10.3.2.3-5). Relativ andel utrykninger på natt sammenlignet med kveld er høyere i de mindre legevaktdistriktene enn i de store (figur 10.3.2.5).

De yngre og de eldre aldersgruppene oppsøker legevakten hyppigere enn aldersgruppene i midten (u-form) (figur 10.1.2.1). Kvinner oppsøker legevakt noe hyppigere enn menn (tabell 10.1.2.2). Manglende tilgang til fastlege kan være en årsak til at man oppsøker legevakt. En tverrsnittstudie på legevakten i Oslo i 2009 (Ruud et al., 2017) fant at 49 % av pasienter hadde forsøkt å kontakte fastlegen før oppmøte på legevakt, 13 % hadde fastlege i en annen kommune, og 30 % av pasientene med innvandrerbakgrunn hadde ikke fastlege i det hele tatt.

Sammenlignet med andre diagnoser, er det en større andel av konsultasjoner på natt sammenlignet med kveld for psykiske lidelser (ICPC-2 kapittel P): mellom 32 og 44 % av konsultasjoner skjer på natt for psykiske lidelser (figur 10.4.2), sammenlignet med mellom 18 og 30 % for alle andre diagnoser (figur 10.4.2.2). Totalt utgjør psykiske lidelser nesten 5 % av alle kontakter på legevakt (Sandvik et al., 2019).

Det er større andel konsultasjoner som har flere tidstakster i de mindre legevaktdistriktene. For alle diagnoser unntatt psykiske lidelser er det en større andel av konsultasjonene som medfører tidstakster i de mindre distriktene enn i de større distriktene. Det er videre en større andel konsultasjoner med *mange* tidstakster i de små legevaktdistriktene enn hva det er i de store. Også for psykiske lidelser er det en større andel konsultasjoner med *mange* tidstakster i de små legevaktdistriktene enn hva det er i de store (tabeller 10.5.2.1, 10.5.2.2 og 10.5.2.3).

I 2014, utenom fødselsrelaterte tilstander, kom 36 % av øyeblikkelig-hjelp innleggelser i somatisk sykehus fra legevakt, 28 % fra fastleger og 35 % ble lagt inn direkte via ambulansetjenesten, fra sykehjem, eller i forbindelse med oppfølging fra sykehus. Andelen innleggelser fra legevakt var lavest i de største byene (32 %) og mellom 35-37 % i store, mellomstore og små kommuner (J. Blinkenberg et al., 2019; Jesper Blinkenberg et al., 2020). Det finnes ikke oversikt over utskrivelsessted etter konsultasjon på legevakt, og derved ikke mulig å si noe om andel konsultasjoner på legevakt som blir henvist til sykehus.

11 Ekspertgruppens drøftinger og anbefalinger

11.1 Oppsummering av resultater

Kapittel 8 Vaktbelastning i legevakt

- 54 % av landets fastleger deltok i legevakt i 2019.
- I tillegg til fastlegene som dekker legevakt, er det vanlig å bruke andre fast ansatte leger på legevakt i de mest sentrale kommunene (69 % av kommunene). I de minst sentrale kommunene er det kun 10 % som har fast ansatte leger på legevakt.
- Blant kommunene som ikke har generell tilstedevakt på legevakt på grunn av lav aktivitet, har likevel cirka én av fem kommuner beredskapsvakt med tilstedeværelsesplikt på grunn av lang reisevei.
- Tidsbruksundersøkelsen og fastlegeevalueringen viser en tendens til at fastleger har et økende antall timer på legevakt jo mindre kommunen er.
- Fastleger som har legevakt i små legevaktdistrikt, har hyppigere helgevakt med aktivitet sammenlignet med fastleger i store legevaktdistrikt. Fastlegene i de minste legevaktdistriktene har i snitt 14,3 helgevakter med aktivitet lørdag og/eller søndag hvert år, cirka dobbelt så mange sammenlignet med fastleger i legevaktdistrikt med > 5000 innbyggere.
- Blant fastleger som har legevakt, har en større andel fastleger i små legevaktdistrikt nattevakt, med 96,7 % deltakelse i de minste distriktene sammenlignet med 58,1 % i de største. Fastlegene i små legevaktdistrikt har også flere nattevakter enn fastlegene i større distrikt. Det er mindre aktivitet på natt med fallende innbyggertall. Fastleger i små kommuner gjør fastlegearbeid nesten dobbelt så mange dager etter legevakt på natt med aktivitet som fastleger i store kommuner.

Kapittel 9 Organisering av legevakt

- I de store kommunene har cirka en tredjedel av fastlegene legevakt, cirka en tredjedel gir bort vaktene, og den siste tredjedelen har ikke legevakt. I de minste kommunene har 70 % eller mer legevakt, og cirka 10 % gir bort vaktene.
- Selv om leger over 60 år har rett til fritak fra legevakt, har fastleger over 60 år i mindre legevaktdistrikt i gjennomsnitt mange flere vakter enn kollegaene i større distrikt, hvor gjennomsnittet er tilnærmet null vakter.
- Det er større andel spesialister i allmennmedisin blant fastlegene som har legevakt i store kommuner enn i små kommuner: over 50 % versus 38 %. Spesialister har flere vakter med aktivitet i de minste kommunene enn i de største: cirka 50 versus 20 vakter per år.
- Små kommuner har lengre reisetid til nærmeste sykehus fra legevakten. På landsbasis har over en tredjedel av legevaktene > 1 times reisetid på kveldstid på hverdager. De fleste av disse er i kommuner med 10 000 innbyggere eller færre.
- På daglegevakt (dvs. i ordinær arbeidstid), i kommuner med ≤ 5000 innbyggere, rapporterer 44 % (54 av 123 kommuner) at det ikke er sykepleier fast til stede. Motsatt har alle kommunene med > 50 000 innbyggere sykepleier fast til stede døgnet rundt. Nasjonalt legevaktregister fant at på kveldstid har 33 % av legevaktene i Norge ikke sykepleier eller annet helsepersonell på vakt, og på natt har 40 % ikke sykepleier eller annet helsepersonell på vakt.

- En av fire av kommunene med ≤ 5000 innbyggere har hatt tre eller færre leger i vaktordningen på fast basis i løpet av det siste året utenom ordinær arbeidstid.
- Store kommuner er oftere vertskommuner for interkommunale legevakter, og den viktigste grunnen til valg av legevaktorganisering uavhengig av kommunestørrelse er å sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger.

Kapittel 10 Pasientstrøm i legevakt

- For hele landet i 2019 var det totalt 1,8 millioner pasientkontakter med refusjonskrav på legevakter i Norge, hvorav 65 % var vanlige konsultasjoner, 31 % telefonkontakter, 3 % sykebesøk og 0.1 % var utrykninger.
- Det er økende antall konsultasjoner per 1000 innbyggere med fallende folkemengde i legevaktdistrikt. Antall sykebesøk og utrykninger er høyere per 1000 innbyggere i de mindre legevaktdistriktene sammenlignet med de store. Høyest antall telefonkontakter per 1000 innbyggere er i legevaktdistrikt med 3000 innbyggere eller færre.
- På hverdager skjer de fleste kontaktene mellom kl. 16 og ca. kl. 20, avtagende gjennom natten. I helgene er mest aktivitet mellom kl. 10 og kl. 20.
- De yngre og de eldre aldersgruppene oppsøker legevakten hyppigere enn de øvrige aldersgruppene. Kvinner oppsøker legevakt noe hyppigere enn menn.
- Psykiske lidelser utgjør nesten 5 % av alle kontakter på legevakt, og en større andel av disse kontaktene skjer på natt sammenlignet med andre diagnoser.
- For alle diagnoser unntatt psykiske lidelser er det en større andel av konsultasjonene som medfører tidstakster i de mindre distriktene enn i de større distriktene. Det er en større andel konsultasjoner med mange tidstakster i de små legevaktdistriktene enn hva det er i de store.
- I overkant av en tredjedel av somatiske øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus er henvist fra legevakt. Andelen er økende med fallende sentralitet: 32 % i de største byene og mellom 35-37 % i store, mellomstore og små kommuner.

11.2 Punkter i mandatet som ikke fullt ut har blitt besvart

I *bakgrunn og formål* med å oppnevne ekspertgruppen angir Helse- og omsorgsdepartementet at ekspertgruppen bør vurdere «...hvilke konsekvenser en eventuelt redusert vaktbelastning vil få for behovet for leger.» Det er ikke mulig å gi noen detaljert beskrivelse av behovet for leger med den informasjonen vi har tilgjengelig. Nedenfor presenteres likevel et eksempel, som en illustrasjon. Beregninger for planleggingsformål krever mer detaljerte data enn det ekspertgruppen har hatt tilgang til.

Ekspertgruppens undersøkelse viste at 37 % av kommunene med mindre enn 2001 innbyggere har tre eller færre leger i vaktordningen utenom ordinær arbeidstid på fast basis. Tilsvarende tall for kommuner med 2001 – 5000 innbyggere var 22 %, og for kommuner med 5001 – 10000 innbyggere 11 % (se tabell 9.5.2.1). I Norge er det nå 75 kommuner av den første typen, 99 kommuner av den andre typen og 69 kommuner av den tredje typen. Hvis det antas at de aktuelle kommunene må øke antall leger med 1 for å kunne tilby 4-delt vakt, blir behovet for nye leger 58. Behovet for nye leger ved 6-delt vakt blir 174.

Ekspertgruppens undersøkelse rettet seg mot kommunene. Siden noen av kommunene kan tilhøre samme legevaktdistrikt, kan dobbelttelling forekomme.

Ekspertgruppen har også innhentet informasjon om 32 legevaktdistrikt som har fire eller færre fastleger ansatt i tilhørende kommune(r) (Legevaktregisteret og Helfo, oversikt over fastleger). Dersom disse legevaktene skulle organiseres med 4-delt vakt og bemannes kun av fastleger i kommunene, ville det være behov for 35 nye fastleger. Ved evt. 6-delt vakt ville det være behov for 105 nye fastleger.

11.2.1 «Funnene bør i den grad det er mulig sees i sammenheng med øvrige arbeidsoppgaver i allmennlegetjenesten, som for eksempel listelengde»

Det finnes ingen fullstendig oversikt over fastlegens samlede arbeidsoppgaver. Listelengde alene gir et ufullstendig bilde av arbeidsbelastningen til fastlegene, ettersom mange fastleger også har andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Videre ivaretas kommunelegefunksjonen ofte i kombinasjonsstilling med det å være fastlege. Økningen i omfanget av arbeidsoppgavene til fastlegene er også omtalt i kapittel 4.4. Fastleger i fulltidspraksis kan pålegges inntil 7,5 timers arbeid med andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Det er mulig for kommunen å inngå avtale med næringsdrivende fastleger om andre allmennlegeoppgaver i kommunen ut over 7,5 timer. Plikten til å delta i legevaktarbeidet kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver (kapittel 6). Retten til å ta fri i forbindelse med legevakt er lagt inn i avtaleverket, men av ulike årsaker varierer det i hvilken grad legen bruker denne retten.

I underkant av halvparten (44 %) av fastlegene i Tidsbruksundersøkelsen og Fastlegeevalueringen hadde kommunale allmennlegeoppgaver i tillegg til sitt virke som fastlege (EY og Vista Analyse, 2019; Rebnord et al., 2018). Ytterligere 10 % av fastlegene hadde samfunnsmedisinske oppgaver som å være kommuneoverlege eller smittevernoverlege (EY og Vista Analyse, 2019). Fastleger med kommunale oppgaver, eksklusiv legevakt, brukte gjennomsnittlig 6 timer i uken på dette arbeidet (Rebnord et al., 2018) (EY og Vista Analyse, 2019). Fastleger med samfunnsmedisinske oppgaver brukte i gjennomsnitt 5 timer i uken på oppgavene (EY og Vista Analyse, 2019).

Andelen fastleger uten kommunale oppgaver øker med økende kommunestørrelse, ved lengre listelengde, mange kurative dager og for selvstendig næringsdrivende leger. Flere av de store kommunene har egne leger til å utføre kommunale oppgaver. I små kommuner hvor fastlegene har kortere listelengde og flere har fastlønn og/eller bonusavtaler, har en større andel av fastlegekorpset kommunale oppgaver og mer legevakt (EY og Vista Analyse, 2019; Rebnord & Eikeland, 2018). Av fastlegene med høyest listetall (>1200) deltok kun hver fjerde i legevakt, mot drøye 40 % av fastlegene med kortest lister (<900) (Rebnord et al., 2018). Ekspertgruppens egne beregninger viser at variasjonen mellom fylker i antall innbyggere per legeårsverk i allmennlegetjenesten er mindre enn variasjonen i listelengde.

Det er stor variasjon i listelengde mellom fastleger (EY og Vista Analyse, 2019), men listelengde gir et ufullstendig bilde av fastlegers arbeidsbelastning. Den må sees i sammenheng med kommunale allmennlegeoppgaver og legevakt, samt driftsform og avtale med kommunen. Også kommunens geografiske plassering og størrelse har betydning. Sentralitet og innbyggertall er vist å ha størst betydning for fastlegers listelengde med betydelig lengre lister i sentrale strøk og i større kommuner. Imidlertid er arbeidsmengden pr. liste også relatert til kommunestørrelse og sentralitet. En bestemt listelengde kan medføre større arbeidsmengde i distriktskommuner enn i sentrale kommuner. Aldrende befolkning i distriktene bidrar til dette (EY og Vista Analyse, 2019). Det gjør også lengre avstand til sykehus, hvor fastlegen oftere involveres i skader og

ulykker for å stabilisere og behandle pasienter før de sendes videre til sykehus. Dårligere tilgang til private helsetilbud og avtalespesialister som avlaster fastlegene, bidrar også.

11.3 Behov for data og analyser

Ekspertgruppen ser behov for et bedre datagrunnlag for beskrivelse av aktivitet i legevakt. Forslaget til data og analyser er ikke ment å være fullstendig, og står ikke i motsetning til igangsetting av tiltak allerede nå.

Inntekt i legevakt

Ekspertgruppen vurderer at det er behov for mer kunnskap om inntektsnivå og inntektsutvikling i legevakt. Mange fastleger som er selvstendig næringsdrivende, går på jobb etter legevakt for å unngå inntektstap, ettersom inntjeningen i kurativ praksis er høyere enn inntekt i legevakt (Fastlegeevalueringen).

Kostnader i legevakt

Det finnes ingen samlet oversikt over kommunenes kostnader til drift av legevaktstjenesten. Det mangler også datagrunnlag for at dette kan beskrives (Helsedirektoratet, 2021c). Legeårsverk og driftsutgifter i legevakt er pr. 2021 ikke inkludert i KOSTRA-tallene fra Statistisk sentralbyrå (SSB), og Helsedirektoratet har tatt initiativ til å undersøke muligheten for at kommunene skal kunne rapportere informasjon om legevakt (Helsedirektoratet, 2021c). Ekspertgruppen vurderer at det er behov for informasjon om kommunenes kostnader til drift av legevakt. Nyten av disse beregningene avhenger av at det utvikles et datagrunnlag av tilfredsstillende kvalitet og dekningsgrad.

Registrering av legevakter uten aktivitet

I dag registreres kun legevakt dersom det har vært aktivitet på vakten, ettersom registrering skjer i forbindelse med krav om takstrefusjon fra Helfo. Ekspertgruppen mener det er behov for en bedre beskrivelse av leger på vakt uten aktivitet.

11.4 Samspillet mellom fastlege og legevakt – utfordringene

Ifølge fastlegeforskriften § 13 har fastlegene plikt til å delta i legevakt. Oppnevning av ekspertgruppen for legevakt som en del av tiltak 7 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten, viser også tilknytningen mellom fastlegeordningen og legevakt. Status i fastlegeordningen og status i legevaktordningen påvirker hverandre gjensidig fordi fastlegene er stammen i legevaktstjenesten i de aller fleste kommuner. I mindre kommuner er det ikke vanlig å ha andre ansatte leger på legevakt i tillegg til fastlegene. I større kommuner deltar minst en tredjedel av fastlegene i legevakt. Legevaktordningen er derfor avhengig av fastlegene også i de store kommunene. Fastlegenes deltakelse i legevakt bidrar til at legene vedlikeholder kompetansen på håndtering av akutte tilstander, og for mange er det givende å jobbe på legevakt.

Færre leger i vaktordningen for legevakt

På landsbasis deltar 54 % av fastlegene i legevakt (kapittel 8.9). Antall og andel av ubesatte legelister har økt de siste årene. Pr. mars 2021 var det registrert 193 lister uten fast lege, hvorav 76 lister har vært registrert uten lege i mer enn ett år (Helsedirektoratet, 2021c). I slutten av 2. kvartal 2021 var det i underkant av 116 000 innbyggere i Norge på liste uten fast lege (Helsedirektoratet, 2021b). De minste kommunene har samlet sett den største prosentvise økning i legeløse lister, men også i de større kommunene øker antallet og andelen av legeløse lister. Oslo skiller seg ut ved at ingen lister er uten fast lege (Helsedirektoratet, 2021c). Problemer med rekruttering til fastlegestillinger medfører at færre fastleger er tilgjengelige i legevaktordningen.

En utredning av fastlegeordningen i Tromsø (Tromsø kommune, 2020) beskriver hvordan lister uten fast lege, samt høy arbeidsbelastning for gjenværende fastleger, forplanter seg til legevakt. Det medfører vanskeligheter med å dekke opp vakante vakter. Et økende antall leger søker om fritak fra legevakt eller prøver å bytte bort vakter. I 2020 hadde halvparten av legene i vaktordningen fritak pga. sykdom, permisjon eller sosiale årsaker. Det medfører færre å dele vaktene på og økt vaktbelastning for de gjenværende legene. Utredningen pekte på at manglende tiltak vil forverre situasjonen, slik at det blir ytterligere rekrutteringssvikt og flere fastlegelister uten fast lege. Det vil igjen forverre legemangelen for legevakten.

Antall leger i vaktordningen påvirkes også av fastlegenes alder, ettersom fastleger har rett til fritak fra legevakt når de er over 60 år. I 2019 var 21 % av fastlegene i Norge 60 år eller eldre og 9 % mellom 55 – 59 år (*kilde Fastlegeregisteret*). Fastlegerevalueringen viste at fritaket utgjør en utfordring i kommuner med stor andel leger over 60 år. Fritak er særlig sårbart i små kommuner med få leger i vaktordningen (beskrevet i kapittel 5.2.2). Dette blir bekreftet av ekspertgruppens egne analyser (figur 9.1.2.1), som viser at i de legevaktdistriktene som inkluderer de små kommunene, har fastleger over 60 år i gjennomsnitt mange flere legevakter enn kollegaene over 60 år i større kommuner (EY og Vista Analyse, 2019).

Økt pasientstrøm til legevakt på grunn av manglende tilgang på fastlege på dagtid

Tilgangen til fastlege og fastlegens kontinuitet har direkte påvirkning på pasientstrømmen i legevakt, og er mer inngående beskrevet i kapittel 5.3, 10.2 og 10.6. Når det er vanskelig å få time hos fastlege, blir det spill-over av pasienter til legevakt med henvendelser som kunne vært håndtert av fastlegen, som beskrevet i kapittel 5.3.1. En tverrsnittstudie fra legevakten i Oslo fant at nesten halvparten av pasientene som møtte opp, hadde forsøkt å kontakte fastlegen først. 13 % hadde fastlege i en annen kommune og 30 % av pasienter med innvandrerbakgrunn hadde ikke fastlege i det hele tatt (Ruud et al 2017).

Pasienter med et stabilt lege-pasientforhold over tid har lavere bruk av akuttmedisinske tjenester enn pasienter uten et slikt stabilt lege-pasientforhold (Sandvik, Hetlevik, et al., 2021; Skarshaug et al., 2021). Pasienter som hadde hatt samme fastlege i mer enn 15 år, hadde cirka 30 % lavere sannsynlighet for å oppsøke legevakt (Sandvik, Hetlevik, et al., 2021). Legens erfaring og kjennskap til pasienten ser ut til å være viktig her. Motsatt hadde voksne pasienter tilhørende leger som fikk et plutselig avbrudd i praksisen sin, en økt sannsynlighet for å oppsøke legevakt med 2-6 % (Skarshaug et al., 2021).

Legens erfaring og selvstendig vaktkompetanse

En stabil fastlegeordning som klarer å rekruttere og beholde fastlegene, fører til at legevakten får leger med mer erfaring og høy kompetanse. Etter akuttmedisinforskriften må legen ha selvstendig vaktkompetanse for å kunne jobbe på legevakt uten veiledningsvakt. Imidlertid har dette kravet vært utfordrende å innfri for (hovedsakelig små) kommuner, og det har vært mulig å søke dispensasjon fra kompetansekravet, før det trådte i kraft 1.1.2020. Fra og med 30.4.21 ble det innført en midlertidig adgang til å gi unntak fra kompetansekravet på grunn av covid-19-pandemien, men denne adgangen gjelder foreløpig kun til 1.7.2022. Selv om man ikke må være spesialist for å regnes som selvstendig vaktkompetent, kan andelen fastleger med spesialisering i allmennmedisin indikere kompetansefordelingen blant fastlegene og behovet for veiledningsvakt. Ekspertgruppens analyser (tabell 9.1.2.2) viser at i kommuner med flere enn 10 000 innbyggere er over halvparten av fastlegene som har legevakt spesialister, mot 38 % i kommuner med 3000 innbyggere eller færre. Det kan være særlig arbeidskrevende for vaktkompetente fastleger i små kommuner dersom flere leger i legevaktordningen har behov for bakvakt.

Fastlegenes arbeidsbelastning i legevakt og rekruttering til fastlegeordningen

Et økende arbeidspress på legevakt på grunn av manglende tilgang til fastlege kan påvirke rekrutteringen til fastlegehemler/-stillinger negativt. De vanligste konsekvensene av rekrutteringsutfordringene er økt arbeidsbelastning for de gjenværende legene i kommunene, lavere stabilitet i ordningen og legeløse fastlegelister (Eggen, 2021).

Mange fastleger har over lang tid opplevd for stor arbeidsbelastning på dagtid. Dette er en av årsakene til de økende rekrutterings- og stabilitetsutfordringene i fastlegeordningen. Et økende antall pasienter som ikke har fastlege betyr flere henvendelser til legevakt, og derfor en større arbeidsbelastning på legevaktlegene. I tillegg vil ubesatte fastlegestillinger øke vaktbelastningen på de gjenværende legene i vaktordningen – noe som får større betydning jo færre leger som i utgangspunktet deltar i ordningen.

Alderssammensetningen i fastlegekorpset medfører også en økende andel fastleger som har rett til fritak fra legevakt, noe som igjen betyr færre leger i vaktordningen og flere vakter på de gjenværende legene. Den totale arbeidsbelastningen for fastlegene på dagtid og legevakt øker, noe som igjen forsterker rekrutterings- og stabilitetsproblemene. Utfordringen nå er å finne fram til tiltak som kan bidra til å bryte denne negative spiralen.

Referanser

- Abelsen, B., & Bradstorp, H. (2017). *Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Abelsen, B., Gaski, M., & Bradstorp, H. (2016). *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere* (NSDM-rapport 2016). Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Abelsen, B., Gaski, M., & Fosse, A. (2020). *Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Abelsen, B., Godager, G., & Hagen, T. P. (2021). *Finansiering av fastlegeordningen: Mekanismer, utfordringer, muligheter, løsninger* (Rapport 2021:2). Oslo: KS FoU, Helseøkonomisk analyse A/S.
- Akuttmedisinforskriften*. (2015). FOR-2015-03-20-231. Sist endret i FOR-2021-04-30-1318. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>
- Allertsen, M., & Morken, T. (2021). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2020* (Rapport nr. 3-2021). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.
- Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010*. (2012). Oslo: Helseøkonomiforvaltningen.
- Bakke, O. J., Nilsen, F. L., Kimbell, E., Brelin, P., Sollien, K., Klev, N. K., . . . Iversen, T. (2017). *Fastlegen som helsetjenestens portner: Om den medisinske og helseøkonomiske nytten av fastlegen som pasientens personlige veileder i en kompleks og fragmentert helsetjeneste*. Oslo: Den norske legeforening.
- Blinkenberg, J., Pahlavanyali, S., Hetlevik, O., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2019). General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 568.
- Blinkenberg, J., Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2020). Correction to: General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 876.
- Christiansen, T. W., & Sandvik, H. (2017). Fastlegeordningen forvirrer - hva nå? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 137(22).
- Cohidon, C., Wild, P., & Senn, N. (2020). Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *British Journal of General Practice*, 70(698), e657-e667.
- Danielsen, K., Haugum, M., Bjertnæs, Ø. A., & Lindahl, A. K. (2015). *Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2015 og endringer over tid: undersøkelse med basis i Gallup-panelet* (Notat fra Kunnskapssenteret 2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Danielsen, K., Holmboe, O., Hansen, S. L., Førland, O., & Bjertnæs, Ø. A. (2012). *Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater* (PasOpp-rapport nr. 1-2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Den norske legeforening. (2015). *Statusrapport 2015: En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt*. Oslo: Den norske legeforening.

- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., & Gimeno-Feliu, L. A. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*, 25(1), 72-78.
- Direktoratet for e-helse. (30.07.2012). *Volven* [database]. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 23.09.2021, fra <https://volven.no/Produkt.asp?id=4&catID=1>
- Eggen, F. (10.05.2021). *Kartlegging av mangelen på fastleger og sykehusleger i psykiatrien*. [nettdokument]. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse. Hentet 18.10.2021, fra <https://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/nye-prosjekter/2021/5/10/kartlegging-av-mangelen-p-fastleger-og-sykehusleger-i-psykiatrien>
- Eikeland, O. J., Fotland, S. L. S., & Raknes, G. (2020). *Vakttårnprosjektet. Epimediologiske data frå legevakt. Samlerapport 2019*. (Rapport nr. 2-2020). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE.
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo: EY og Vista Analyse.
- Gaski, M., & Abelsen, B. (2013). *Norut Alta notat 8. mai 2013: Konsekvenser for kommunene på kort og lengre sikt av fritak fra legevakt fra fylte 55 år*. Alta: Northern Research Institute (Norut).
- Godager, G., Iversen, T., Morken, T., & Hunskaar, S. (2015). *Fastlønn ved legevaktarbeid* (Rapport nr. 4-2015). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Grøndahl, J. R., Fossdal, Ø., Hauge-Iversen, T., Husebye, E., Rosvold, E. O., & Kognshavn, T. (2018). Innleggelser i medisinsk avdeling - hvem legger inn og hvorfor. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 138(8).
- Haraldseide, L. M., Sortland, L. S., Hunskaar, S., & Morken, T. (2020). Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 345.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* (Meld. St. 16 (2010-2011)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014b). *Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten* (NOU 2014:12). Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. (NOU 2015:17). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015-2016)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *På ramme alvor: alvorlighet og prioritering: rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* (Meld. St. 34 (2015-2016)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte*

- tannhelsetjenester* (NOU 2018:16). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 38 (2020-2021)).
- Helse- og omsorgstjenesteloven*. (2011). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i LOV-1982-11-19-66, LOV-1991-12-13-81. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pilot legevakt: Rammedokument for forsøket*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Strategisk plan for Nasjonalt råd og fagnettverk for akuttmedisinske tjenester 2019-2023*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (28.02.2020). *Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 23.09.2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/organisering-av-legevakt#kommunen-skal-tilby-legevaktordning-som-sikrer-befolkningens-behov-for-oyeblikkelig-hjelp-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Kvartalsrapport 2. kvartal 2021*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021c). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årsrapport 2020*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjortdahl, M., Zakariassen, E., & Halvorsen, P. A. (2018). Self reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(2), 161-169.
- Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E., & Slettebo, A. (2018). Critical issues for employees in inter-municipal health care services: a multiple case study. *BMC Health Serv Res* 18(1), 805.
- Huibers, L., Philips, H., Giesen, P., Remmen, R., Christensen, M. B., & Bondevik, G. T. (2014). EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. *European Journal of General Practice*, 20(3), 229-232.
- Hunskår, S., & Sandvik, H. (2018). *Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).
- Hustad, S., Rødland, L., & Andersen, L. H. (2019). *Innbyggerundersøkelsen 2019: hva mener innbyggerne?* (Rapport 2019:8). Oslo: Direktoratet for forvaltning og ikt.
- Idland, S., Morken, T., Allertsen, M., Solberg, L. R., Halvorsen, K. S., Isern, C. B., . . . Nilsen, J. E. (2019). *Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden* (Rapport nr. 1/2019). Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten*. (2006). (Innst. S. nr. 68 (2006-2007)).
- Ipsos, & Samfunnsøkonomisk analyse. (2020). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - andre oppfølgingsundersøkelse*. Oslo: Ipsos og SØA.
- Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A., & Holmboe, O. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19* (PasOpp-rapport 2019:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Joa, T. S., & Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(1), 55-60.
- Johansen, I. H., Carlsen, B., & Hunskaar, S. (2011). Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Services Research*, 11, 132.
- Johansen, I. H., Mellesdal, L., Jorgensen, H. A., & Hunskaar, S. (2012). Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: Patient characteristics and referring agents. A prospective study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 40-48.
- Johansen, I. H., Morken, T., & Hunskaar, S. (2010). Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: a cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 160-165.
- KS. (2019). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*. Oslo: KS.
- KS FoU, & Agenda Kaupang. (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Stabekk: Agenda Kaupang.
- Kunnskapsdepartementet. (2020). *Fremtidige kompetansebehov III. Læring og kompetanse i alle ledd* (NOU 2020: 2). Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Legeforeningen. (30.10.2021). *Veiledningsgrupper i allmennmedisin: Informasjon om veiledningsgrupper i allmennmedisin for deltagere og veiledere* [nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening. Hentet 30.10.2021, fra <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/Veiledningsgrupper/>
- Morken, T., Myhr, K., Raknes, G., & Hunskaar, S. (2016). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016* (Rapport nr. 4-2016). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Morken, T., Solberg, L. R., & Allertsen, M. (2019). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018* (Rapport nr. 4-2019). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.
- Nasjonalt legevaktregister (2021). [nettside]. Bergen: NORCE. Hentet 28.09.2021, fra <https://www.norceresearch.no/prosjekter/nasjonalt-legevaktregister>
- Nklm. (2021). [nettside]. Bergen: NORCE. Hentet 28.09.2021, fra <https://www.norceresearch.no/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin>
- Norsk forening for allmennmedisin. (2014). *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Oslo: Den norske legeforening.
- Nydal, T. (2016). *Måltall for refusjonsområdet lege* (Analyserapport 4-2016). Oslo: Helseøkonomiforvaltningen.
- Oslo Economics og Furst og Høverstad. (2019). *Vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene* (OE-rapport nr. 2019-9). Oslo: Oslo Economics og Furst og Høverstad.
- Raknes, G., Hansen, E. H., & Hunskaar, S. (2013). Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Services Research*, 13, 222.

- Raknes, G., & Hunskaar, S. (2017). Reasons for encounter by different levels of urgency in out-of-hours emergency primary health care in Norway: a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), 19.
- Raknes, G., Morken, T., & Hunskaar, S. (2014). Reisetid og avstand til norske legevakter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 134(22), 2145-2150.
- Rebnord, I. K., & Eikeland, O. J. (2018). *Fastlegers tidsbruk: Tilleggsnotat 3. mai 2018*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Rebnord, I. K., Eikeland, O. J., Hunskaar, S., & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.
- Rebnord, I. K., Morken, T., Maartmann-Moe, K., & Hunskaar, S. (2020). Out-of-hours workload among Norwegian general practitioners - an observational study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 944.
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., & Anthun, K. S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Oslo: KS FoU, SINTEF.
- Ruud, S. E., Hjortdahl, P., & Natvig, B. (2017). Reasons for attending a general emergency outpatient clinic versus a regular general practitioner - a survey among immigrant and native walk-in patients in Oslo, Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 35-45.
- Rytter, E., & Saether, E. (1992). Legevakt i Norge. En spørreskjemaundersøkelse. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 112(29), 3688-3691.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012). Use of emergency medical services by patients encompassed by the Regular GP scheme. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 132(20), 2272-2276.
- Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2018). Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *BMC Health Services Research*, 18(1), 492.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Blinkenberg, J. (2019). *Årsstatistikk fra legevakt 2018* (Rapport nr. 2-2019). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Blinkenberg, J. (2021). *Årsstatistikk fra legevakt 2020* (Rapport nr. 2-2021). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012). Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 12, 308.
- Skarshaug, L. J., Kaspersen, S. L., Bjørngaard, J. H., & Pape, K. (2021). How does general practitioner discontinuity affect healthcare utilisation? An observational cohort study of 2.4 million Norwegians 2007-2017. *BMJ Open*, 11(2), e042391.
- Skudal, K. E., Bjertnæs, Ø. A., & Lindahl, A. K. (2017). *Commonwealth Funds undersøkelser blant personer i aldersgruppen 65 år og eldre: Resultater fra Norge og ti land i 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Bjertnæs, Ø. A., & Telle, K. (2019). *Commonwealth Fund-undersøkelsen blant allmennleger i elleve land i 2019: tabellrapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet

- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Hvis det haster: Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap* (NOU 1998: 9). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- SSB. (27.02.2020). *Sentralitetsindeksen* [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 29.10.2021, fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>
- Staten, KS, RHF, Den norske legeforening, & Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018*. Oslo: Partene.
- Steeman, L., Uijen, M., Plat, E., Huibers, L., Smits, M., & Giesen, P. (2021). Out-of-hours primary care in 26 European countries: An overview of organizational models. *Family Practice*, 37(6), 744-750.
- Steinset, T., & Rundtom, T. O. (25.03.2020). *Flere hytter enn boliger i 45 kommuner* [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet 29.10.2021, fra <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/artikler-og-publikasjoner/flere-hytter-enn-boliger-i-45-kommuner>
- Styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo: Forskningsrådet.
- Texmoen, I. (02.06.2020). *Flere konsultasjoner hos fastleger og legevakt i fjor* [nettdokument]. Oslo: SSB. Hentet 29.10.2021, fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-konsultasjoner-hos-fastleger-og-legevakt-i-fjor>
- TNS Gallup, & KS. (2014). *KS Høring: akuttberedskap tabellrapport*. Oslo: KS.
- TNS Gallup, & KS. (2015). *KS Bemanning ved kommunale legevakter 2015: tabellrapport*. Oslo: KS.
- Tromsø kommune. (2020). *Utredning av fastlegeordningen i Tromsø*. Tromsø: Tromsø kommune.
- Universitetet i Oslo. (16.10.2021). *Nettskjema* [nettside]. Oslo: UiO. Hentet 16.10.2021, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Welle-Nilsen, L. K., Morken, T., Granås, A. G., & Hunskaar, S. (2009). *Alminnelige helseplager i legevakt* (Rapport nr. 2-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse.
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., & Hall, T. A. S. (2014). *Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak - en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene*. (KS FoU-prosjekt nr.:134017). Oslo: KS.
- Wærnes, D. (21.03.2019). *Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging. Antall kommuner som melder at de er røde, har mer enn firedoblet seg siden sommeren 2017*. [nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening. Hentet 01.10.2021, fra <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>

Vedlegg 1: Eksempelsamling

Kommuner med ulike typer legevaktorganisering

Informasjon innhentet fra Hege Torvbråten, spesialrådgiver, KS.

Lov og avtaleverk bygger på at fastlegene skal håndtere legevakt. Henvendelser til KS og Legeforeningen viser at enkelte kommuner har valgt å ansette egne legevaktleger. Det kan være både kommunale og interkommunale legevakter. Grunnen kan være at flere av kommunens fastleger har fritak fra legevakt, jf. fastlegeforskriften § 13 og SFS 2305 § 7 punkt 7.2, at det i utgangspunktet er få leger i vaktordningen eller at vaktpliktige fastleger av andre grunner har behov for avlastning.

Legevakt med såkalt «Nordsjø-turnus»

Flere kommuner har ansatt egne legevaktleger i såkalt «Nordsjø-turnus» som skal ha hovedansvaret for legevakt utenom fastlegekontorenes åpningstid.

Organisering av en slik "Nordsjø-turnus" er ikke nærmere regulert, men etter det KS er kjent med organiseres det gjerne med tre leger ansatt i 50 % til 100 % stilling som deltar i en turnus på 6 uker med 2 uker arbeid og 4 uker fri, eller 1 uke arbeid og 2 uker fri.

Enkelte legevakter har hatt utfordringer med å håndtere avvikling av sommerferie.

Vaktskifte kan være annenhver ukedag, for eksempel onsdag eller torsdag. I løpet av de 14 dagene legene er på jobb, har de i hovedsak ansvaret for legevakt utenfor fastlegenes kontortid. Det er ofte vakter i tidsrommet fra kl. 15.00-16.00 til kl. 08.00 hver dag med unntak av en til to dager midt i perioden. Enkelte fast ansatte legevaktleger jobber kun på natt. Et eksempel på en turnus er legevaktleger som jobber nattevakter kl. 21.30 til 08.00 onsdag til søndag, så fri mandag og tirsdag, jobb onsdag til søndag, og deretter 4 uker fri. Det er imidlertid ulike varianter av lengden på vaktene og antall fridager i løpet av den perioden legene er på jobb.

Legevakten er vanligvis organisert med beredskapsvakt (lav aktivitet på legevakta og vaktklasse 1). Legene bor normalt ikke i kommunene og disponerer derfor en leilighet like ved legevakten. Legene har fastlønn og eventuelt en «bonusavtale» der de får beholde alt eller en prosentvis andel av trygderefusjonene og egenandelene.

Det kan være at legene også er på et legekontor noen timer på dagtid hvor de har ansvaret for hver sin liste. Listene er i så fall korte, for eksempel rundt 100-200 pasienter per lege. Fastlegene og LIS1 arbeider på legevakta når legevaktlegene har faste fridager eller annet fravær, samt i perioder med forventet høy aktivitet (ferier og høytidsdager).

Legevakter med både ansatte legevaktleger og fastleger

Flere kommunale og interkommunale legevakter har organisert legevakt med både fastleger og egne ansatte legevaktleger. Det kan være fast ansatte legevaktleger som er med i den oppsatte vaktplanen, og leger som ønsker å være faste vikarer.

Kommuner med stort tilfang av turister i perioder har særlige problemstillinger. De har ikke nok fastleger til å kunne håndtere legevakta i turistsesongene. Kommunene vil derfor trenge ekstra legebemanning i disse periodene, og enkelte er avhengig av utenlandske leger, bl.a. fra Sverige.

De fast ansatte legevaktlegene har vanligvis fastlønn med eventuell bonusavtale.

Vikarlegene mottar oftest godtgjørelse i tråd med hovedregelen i SFS 2305. Det vil si beredskapsgodtgjørelse etter SFS 2305 § 8 punkt 8.3, samt at legen beholder trygderefusjoner og egenandeler. Tilstedevakter i interkommunal legevakt i tiden kl. 23.00 – 08.00 godtgjøres med timelønn etter punkt 9.1.

Harstad interkommunale legevakt

Informasjon innhentet fra Merete Bergan Svendsen, ass. kommuneoverlege/legevaktsjef, Harstad kommune.

Kommunekarakteristika

Harstad interkommunale legevakt består av tre kommuner, ca. 30 000 innbyggere.

Om ordningen

To kommuner, Harstad og Kvæfjord, felles legevakt fra kl 15.30 hverdager og Lødingen kommune har felles legevakt med oss fra kl 20.00 hverdager. Det er felles legevakt i helger alle 3 kommunene fra kl 08.00 -20.00, beredskap til kl 21.30, og fra 20.00-08.00, beredskap fra kl 18.00

Det er en legevaktlege på vakt.

Legevakta er lokalisert på sykehuset UNN Harstad, felles akuttmottak og legevakt,

Akuttten. Sykepleierne er ansatt på UNN, mens legene er ansatt i kommunen.

Fastlegene har legevakt etter SFS 2305, for > 30.000 innbyggere og beredskap klasse 2, men har fått klasse 1 i corona-tiden.

Kommunen ansatte i desember 2018/januar 2019 3 fastlønnede legevaktleger for natt, dvs. kl 20-08, med beredskap kl 18-20.

De er spesialister i allmennmedisin, har alle 3 en 60% fast stilling. Lønnstrinn 1,4 mill. 2 er pendlere, har felles pendlerleilighet.

De jobber turnus 10 netter ila 14 dager, så 4 uker fri, en form for «Nordsjø-turnus».

Erfaringer

Ordningen kom i stand, da fastlegene i kommunen stadig ble eldre, og færre gikk legevakt og de øvrige ønsket ikke å gå legevakt spesielt natt.

Dette er en vinn-vinn-situasjon; det er færre leger å forholde seg til og fastlegene, sykepleierne på legevakta og kommunen er fornøyde. Kommunen har nå en stabil legevaktordning på natt med 3 dyktige faste legevaktleger.

Oslo kommune

Informasjon innhentet fra kommuneoverlege Synne Schou Øhrberg, Oslo kommune.

Kommunekarakteristika

Oslo er landets største kommune med ca 697 000 innbyggere. Oslo kommune har for tiden to legevaktssteder: Allmennlegevakten i Storgata og Legevakt Aker. Allmennlegevakten og Legevakt Aker er Norges største og tredje største legevakt målt i antall konsultasjoner.

Om ordningen

Allmennlegevakten er døgnåpen, mens Legevakt Aker er åpen på kveldstid, i helger, samt alle helligdager. Legevaktene i Oslo har forskjellig tjenestetilbud, og begge skiller seg fra andre legevakter i Norge først og fremst når det gjelder tjenesteinnhold og størrelse. Legevakten i Storgata (Allmennlegevakten) har et mer omfattende tilbud enn Aker. Her finner vi i dag legevaktsentralen, en sykebesøksordning, en behandlingsenhet for akutte forgiftninger, et overgrepsmottak og Sosial- og ambulant akuttjeneste, som alle er drevet av kommunen. Allmennlegevakten inkluderer også overgrepsmottak, observasjonspost, og behandlingsenhet for akutte forgiftninger. Disse enhetene er spesialisthelsetjenester som utføres av Oslo kommune med Allmennlegevaktens personell, men som er finansiert av Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus driver psykiatrisk legevakt, skadelegevakt, røntgenavdeling og ortopedisk avdeling samme sted. Allmennlegevakten i Storgata er et

døgnåpent tilbud som hovedsakelig bemannes av fast ansatte leger og sykepleiere. Privatpraktiserende fastleger bemanner i tillegg en mindre del av vaktene. Bemanningen i legetjenesten utgjør ca. 56 årsverk, som i hovedsak er heltidsansatte. Det er også flere deltidsleger i ulike stillingsbrøker inkludert medisinstudenter med lisens. Det er etablert et opplærings- og veiledningsløp for allmennlegevaktens faste ansatte for å sikre nødvendig kompetanse til å kunne ivareta og behandle allmennlegevaktens pasienter. Det tilrettelegges også for at legene kan drive med forskning og undervisning, idet dette løfter det generelle kunnskaps- og kompetansenivået på legevakten, og allmennlegevakten har også en rekke forskningsprosjekter i samarbeid med UiO/OUS.

Legevakten på Aker er en allmennlegevakt med ambulansemottak, nærhet til store døgnposter (Kommunal akutt døgnenhet - KAD) og tilgang til en begrenset lab- og røntgenservice. Skadebehandling er begrenset til helt enkle skader. Det er åpent på kveldstid (fra kl. 16.00) og i helger frem til kl. 01.30. Legetjenesten på Aker er hovedsakelig bemannet med kommunens fastleger, som er selvstendig næringsdrivende. I tillegg er det en fast ansatt lege i Helseetaten på ambulansemottaket som er tilgjengelig i hele åpningstiden. Ekspertgruppen har fått opplyst at det pr. i dag vanligvis er tre fastleger og en turnuslege som har vakt med pasientbehandling av gangen, og at det inngår ca. 300 fastleger og 50 turnusleger i vaktturnusen, fordelt på 40 vakter per uke.

Fra og med 2023 planlegger Oslo kommune samlokalisering av de to legevaktene i ny Storbylegevakt. Hvordan dette skal organiseres og bemannes er så vidt ekspertgruppen forstår foreløpig ikke fastlagt.

Tinn kommunale legevakt

Informasjon innhentet fra Merete Skui, helsesjef, Tinn kommune.

Kommunekarakteristika

Tinn kommune: ca. 5600 innbyggere, Østlandet i Vestfold og Telemark fylke, ca. 17 mil til Oslo, og ca. 13 mil til Skien. By er Rjukan.

Om ordningen

Oppstart januar 2018. Legene kommunen rekrutterte er alle spesialister i allmennmedisin og de tre innehar fortsatt stillingene.

Noen drøftingspunkter, drøfting med tillitsvalgt i forkant:

Bundet tid og ubundet tid

- Bundet tid: 76,2 timer
- Ubundet tid: 11,2 timer beredskap

Totalt 87,4 timer (87,4: 3 uker= 29,1 timer)

Fri døgn er 28 timer fri, ferie og fritid, vaktklasse 1.

Tre leger 100 % stillinger, fastlønn, dekker 24/7. De arbeider i en 6 ukers turnus, arbeid i to uker og arbeidsfri i fire uker, 13 vakter på 6 uker.

Legen har hver sin fastlegeliste (liten) for å kunne ha bundet tid.

Begynner på torsdag kl 14, fri torsdagsdøgnet uken etter. Går av neste torsdag kl. 8.00.

Telefon er betjent av sykepleier på korttidsavdeling/legevakt hele døgnet. Legen blir utkalt ved behov.

Legevakts bil legen bruker i arbeidsperioden. De har fri bolig sentralt og kort vei til den fysiske legevakta

Ordningen ble valgt etter at kommunen møtte motstand i befolkningen for interkommunal legevakt med nabokommuner og at Rådmann bevilget mer ressurser til enhet helse for å prioritere legevakt. Helseavdelingen kontaktet kommuner med såkalt «nordsjøturnus» for

å få konkret hva de hadde gjort. Etter det satt kommunen opp turnus, hadde drøftinger og lyste ut stillinger. Kommunen var særlig opptatt av at belastning på natt ikke skulle være for høy. Kommunen kartla derfor hvor mange som hadde behov for lege av innkomne henvendelse til legevakta på natt (23.00-07.00).

Erfaringer

Gode erfaringer, stabile kompetente leger i ordningen. Legene er godt fornøyd med ordningen, med rammene rundt. De trives slik de hadde forestilt seg, får gjort andre ting som er positive i arbeidsfri-perioden. Kommunen har fått en stabil og forutsigbar tjeneste, lite administrasjon i det daglige. Fungerer godt for befolkningen og for tilreisende.

Trysil Legesenter

Informasjon innhentet fra Ann Karin Røgholt, enhetsleder, Trysil legesenter.

Kommunekarakteristika

Trysil kommune er en liten grense-kommune med 6630 innbyggere, 70 km fra nærmeste sykehus, Elverum, og 100 km til traumemottak på Hamar. Det at Trysil er en turistdestinasjon, både i vinter- og sommersesongen, fører til at innbyggertallet økes betraktelig i perioder og kan være utfordrende for legetjenesten.

Om ordningen

Fastlegene har i utgangspunktet ansvar for øyeblikkelig hjelp i åpningstiden (08-16), men også tilpliktet legeansvar fra 16-08, samt helg og høytid. For mange år tilbake ble eksterne legevakter rekruttert til Trysil for å arbeide, da det var – og er – mange henvendelser til legevakt grunnet turisme. Dette gjelder også mange henvendelser på dagtid. Disse **eksterne legevaktlegene** arbeider ofte i en hel uke av gangen, da med fri 1-2 netter (fra 16-08), eller ved behov i enkelte situasjoner. De arbeider alt fra 1 til 6 uker per år, som dekker ca 40 uker i året og hvor fastlegene tilpliktes resterende. Ønsker om legevaktuker legges for flere år av gangen.

I vintersesong bemannes senteret med fastlegene som ekstravakter på dagtid (08 og 12 til 18), også på helg. Da legges vaktplanen for perioden, hvor det er stor mulighet for ønsker og for bytte av vakter. Høysesong som jul, vinterferie og påske bemannes med 2 til 3 leger. Fra 2018 ble Legevaktsentralen interkommunal og betjener legevakthendelser for Engerdal og Trysil – og for 2020 var det over 16 000 hendelser.

Legevaktsentralen er lokalisert sammen med legevakt, slik at legevakt ikke lenger er alene på vakt på kveld, natt og helg. Dette har gjort legevakten mer dynamisk og gitt mange positive tilbakemeldinger både fra legevakt, men også andre nødetater som AMK, ambulanse og politi. Alle henvendelser registreres og dokumenteres i felles journalsystem.

Erfaringer

Trysil har vært meget godt fornøyd med den ordningen kommunen har hatt (flere vikarleger som kommer tilbake år etter år, men også noen nye kommer til - i hovedsak er det bekjente av disse vikarlegene). Koronapandemien har imidlertid skapt en usikkerhet for videre drift, da noen vikarleger ikke kommer tilbake. Som igjen medfører økt vaktbelastning for fastlegene.

Trysil har kun en periode (2019) hatt problem med å rekruttere fastlege for hjemmel som ble ledig grunnet pensjon, da ble danske leger ansatt som nok ikke kjente til

"arbeidsbelastningen" som ny allmennlege i Norge. Dette skjedde i 2 omganger - altså 2 X 6 mnd. Egen turnuslege/LIS1 fikk så stillingen i 2020. Vi opplevde i disse søkeprosessene mange søkere, men ikke alle var kvalifiserte med norsk turnustjeneste. Alle kommunens fastlegehjemler er dekket, og det er ingen signaler om at noen skal flytte på seg. Men spesialisering av kommunens allmennleger og praksis i spesialisthelsetjenesten vil snart kreve noen vikarer. Samtidig får Trysil ofte gode signaler fra kommunens turnusleger/LIS1 - da kombinasjonen av fastlegepasienter og travel legevakt er populært. Fastlegene signaliserer imidlertid at arbeidsmengde og oppgaver stadig øker - både med dokumentasjonskrav og samarbeidsformer - og at arbeidshverdagen er travel. For mange tilpliktede oppgaver med vaktbelastning samsvarer ikke godt med familieliv for småbarnsforeldre.

Ytre Sogn og Sunnfjord (SYSIKL)

Informasjon innhentet fra Janne Kristin Kjøllesdal, Avdeling akuttmedisin og beredskap, Helsedirektoratet.

Kommunekaraktetistika

Ytre Sogn og Sunnfjord er en av to regioner som prøver ut modell for hvordan det akuttmedisinske tilbudet kan organiseres i fremtiden. Kommunene og innbyggere som inngår her i de to regionene er Balestrand (1300 innbyggere), Bremanger (3700 innbyggere), Askvoll (3100 innbyggere), Hyllestad (1350 innbyggere) og Høyanger (4100 innbyggere).

Om ordningen

Ytre Sogn og Sunnfjord (SYSIKL) er organisert med Ytre Sogn og Sunnfjord legevaktsentral som ligger i Førde og legevaktstasjoner er lokalisert i Førde, Florø og Bremanger. Legevaktsentralen er bemannet med sykepleier hele døgnet og har vaktkompetent lege på fra kl. 1530- 0800 samt helg og helligdager. Legevaktsatellittene er lagt til sykehjem (unntak er Høyanger der det er lagt til legekantor).

I Ytre Sogn og Sunnfjord er det etablert legevaktsatellitter i følgende kommuner: Bremanger, Hyllestad, Høyanger, Askvoll og Balestrand. Disse åpnet i perioden mellom 01.09.19 til 01.12.19.

Erfaringer

Når det gjelder erfaringer er det for tidlig ettersom prosjektet først avsluttes 30.06.22 og det er lagt opp til en egen følgeevaluering. Helt overordnet er erfaringen så langt at pasientene opplever tilbudet som positivt og at kommunene har gitt signaler om at de ønsker å fortsette ordningen etter avsluttet pilot.

Vedlegg 2: Tilleggstabeller KUHR-data

Tabell V2.1: Liste over takstkoder brukt i analysene av KUHR-data. Koder markert i blått definerer takster for legevakt kveld og natt. Hvite felt definerer takster for fastlegearbeid (kurative dager).

Kode	Innhold kode	Inkluderes i analysene
2AK	Vanlig konsultasjon etter kl. 16	Legevakt kveld og natt
2AD	Vanlig konsultasjon	Kurative dager
2CD	Vanlig konsultasjon med ekstra tidsbruk	Kurative dager
2CK	Vanlig konsultasjon med ekstra tidsbruk	Legevakt kveld og natt
2AF	Felles konsultasjon mellom lege og ambulanse/hjemmesykepleie over video/telefon	Legevakt kveld og natt, samt kurative dager
2FK	Utrykning fra hjemmet til legekontoet	Legevakt kveld og natt
2AEK	E-konsultasjon etter kl. 16	Ikke benyttet
2AE	E-konsultasjon	Ikke benyttet
2CDD	Vanlig konsultasjon med ekstra tidsbruk utover 20 min for godkjent spesialist i allmennmedisin	Kurative dager
2DD	Spesialist-takst dag	Kurative dager
2DK	Spesialist-takst kveld	Legevakt kveld og natt
11AK	Sykebesøk	Legevakt kveld og natt
11AD	Sykebesøk	Kurative dager
11BD	Sykebesøk til pasient som står utenfor fastlegeordningen	Kurative dager
11CK	Sykebesøk med ekstra tidsbruk	Legevakt kveld og natt
11CD	Sykebesøk med ekstra tidsbruk	Kurative dager
11F	Står om liv: Aktivt redningsarbeid ved ulykke, gjenoppliving, fødselshjelp, prehospitalet trombose ved akutt hjerteinfarkt samt behandling av kritisk syke pasienter	Legevakt kveld og natt, samt kurative dager
11ID	Avbrudd fra ordinær praksis på dagtid for å rykke ut på ø-hjelp	Kurative dager, samt uttrykning pasientstrøm analyser
11NK	Tillegg for sykebesøk mellom kl. 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt (med tilstedevakt) ikke er etablert.	Legevakt kveld og natt
1BD	Enkel telefonkontakt dag	Ikke benyttet
1BK	Enkel telefonkontakt natt	Telefonkontakter pasientstrøm analyser
1G	Tlf. etter kl. 23 uten utrykning	Legevakt kveld og natt, samt telefonkontakter pasientstrøm analyser
15A	Tillegg for deltakelse i kommunalt organisert legevakt i Finnmark fylke og kommunene Berg, Bjarkøy, Dyrøy, Gratangen, Ibestad, Karlsøy, Kvæfjord, Kvæangen, Kåfjord, Lavangen, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy, Storfjord, Torsken og Tranøy i Troms fylke, kommunene Alstahaug, Andøy, Ballangen, Beiarn, Bindal, Bø, Dønna, Flakstad, Gildeskål, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Lødingen, Moskenes, Nesna, Rødøy, Røst, Saltdal, Skjerstad, Sømna, Træna, Tysfjord, Vega, Vestvågøy, Vevelstad, Værøy, Vågan og Øksnes i Nordland fylke, kommunene Fosnes, Leka, Namsskogan og Røyrvik i Nord-Trøndelag fylke, Solund kommune i Sogn og Fjordane og Fedje i Hordaland fylke per vaktdøgn mandag–fredag Godtgjørelsen deles dersom flere leger deltar i samme vaktdøgn. Ved vaksamarbeid mellom to eller flere av de nevnte kommuner utbetales taksten per kommune	Legevakt hverdag
15B	Tillegg for deltakelse i kommunalt organisert legevakt i kommunene nevnt under 15a per vaktdøgn lør-, søn-, helge- og høytidsdag	Legevakt helg

Kilde: Normaltariff for fastleger og legevakt 20XX-20XX

Vedleggstabeller til kapittel 8 Vaktbelastning

Tabell V2.2 viser bruk av takster for deltagelse i kommunalt organisert legevakt, per vaktdøgn, på hverdager (15a) og i helgene (15b). Per vaktdøgn, er takstene uavhengig av

ytterligere registrert aktivitet i KUHR. Halvparten av legevaktdistriktene som bruker takstene, har 3000 innbyggere eller færre. De minste legevaktdistriktene har den høyeste andelen netter (19,8) der takstene er brukt uten annen registrert aktivitet i KUHR, og har det høyeste snittet per år på hverdager (55) og i helgene (10,3). Bruk av takst 15b lørdag og/eller søndag, er definert ved én kontakt lørdag eller søndag, eller én kontakt hver av de to påfølgende helgedagene.

Tabell V2.2 Antall legevaktdistrikt og leger som bruker takstkode 15a og 15b, andel netter uten annen registrert aktivitet i KUHR (kun takst 15a eller 15b), antall legevakter i snitt per år, på hverdager (kun takst 15a), og lørdag og/eller søndag (kun takst 15b). Tallene er fordelt etter folketall i legevaktdistriktet.

Folketall	Antall legevaktdistrikt (Antall leger)	Andel netter hvor kun takst 15a eller 15b er brukt	Legevakter hverdag p.a. (kun takst 15a)	Legevakter lørdag og/eller søndag p.a. (kun takst 15b)
			Snitt per legevaktdistrikt (min ⁹⁵ , maks ⁹⁵)	
> 100 000	0 (0)	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
50 001-100 000	1 (8)	0,0	0 (0; 0)	0 (0; 0)
25 001-50 000	3 (99)	0,0	0 (0; 0)	0 (0; 0)
10 001-25 000	9 (229)	0,5	1,3 (0; 7)	0,2 (0; 1,2)
5 001-10 000	7 (132)	2,2	6,6 (1,0; 15,1)	0,9 (0; 2,7)
3 001-5 000	5 (43)	5,7	17,8 (3,8; 46,6)	1,2 (0; 4,8)
< 3 001	25 (187)	19,8	55 (6,6; 113,2)	10,3 (0,2; 22,6)

Kilde: KUHR 2019

Tabell V2.3 viser at det var 5774 unike leger i KUHR-dataene for 2019, som hadde legevakt (kveld, natt og/eller helg), og hvordan de fordeler seg mellom legevaktdistriktene. Det var 2611 unike fastleger som hadde legevakt i basistilskuddsrapporten for november 2019. Den midterste tallkolonnen, viser hvordan fastlegene som har legevakt i basistilskuddsrapporten for november 2019 fordeler seg mellom legevaktdistrikt. Fordi én lege kan ha legevakt i flere distrikter, overstiger summen av tallene fordelt etter folketall i legevaktdistriktene det totale antallet unike leger. Den siste kolonnen, viser fordeling av fastleger som har legevakt i basistilskuddsrapporten for november 2019 etter folketallet i avtalekommunene, og summerer seg til 2611.

Tabell V2.3: Alle leger som har legevakt, og fastleger (som finnes i Basistilskuddsrapporten for november 2019) som har legevakt, etter folkemengde i legevaktdistriktet (for leger fordelt på legevaktdistrikt) og folkemengde i avtalekommunen (for leger fordelt på avtalekommune).

Folketall	Alle leger som har legevakt, fordelt på legevaktdistrikt ^a	Fastleger som har legevakt, fordelt på legevaktdistrikt ^a	Fastleger som har legevakt, fordelt på avtalekommune
Unike leger ^a	5774	2611	
> 100 000	1698	692	450
50 001-100 000	1186	600	372
25 001-50 000	1286	616	393
10 001-25 000	1110	500	657
5 001-10 000	547	230	352
3 001-5 000	119	51	157
< 3 001	283	90	230

^a Én lege kan ha legevakt i flere distrikter, overstiger summen av tallene fordelt etter folketall i legevaktdistriktene det totale antallet unike leger.

Kilder: KUHR og basistilskuddsrapporten november 2019

Kommunestruktur

KUHR-dataene fra 2019 består av både kommunenummer basert på 2019 og 2020, med hovedvekt av 2020-kommunenummer. Siden en av kommunene er slått sammen i 2020, var den beste løsningen å konvertere alle kommunenumrene til 2020-struktur. Vi har også brukt legevaktdistriktene i 2020. I dataene var det gitt fastlege- og legevaktrefusjoner i 352 praksiskommuner. Det betyr at 4 små kommuner ikke har egen praksiskommune, men pasienter som bor i disse kommunene er med i materialet. I 2020 var det 169 legevakter i Norge.

Tabell V2.4: Legevaktdistrikt i 2020 med tilhørende kommuner, folketall i legevaktdistriktet og tilhørende folketallgruppe.

Legevaktdistrikt	Kommuner i opptaksområdet	Folketall i legevaktdistriktet	Folketall-gruppe
Oslo legevakt	Oslo	693494	1
Bergen legvakt	Bergen	283929	1
Trondheim, Malvik, Melhus og Midtre-Gauldal legevakt	Trondheim, Midtre Gauldal, Malvik, Melhus	242282	1
Stavanger legevakt	Stavanger, Sola, Randaberg	181948	1
Nedre Romerike legevakt	Rælingen, Lørenskog, Lillestrøm	145973	1
Kristiansand legevakt	Kristiansand, Lillesand, Birkenes, Iveland, Vennesla	130545	1
Drammen legevakt	Drammen, Lier	128197	1
Asker og Bærum legevakt	Bærum	127731	1
Follo legevakt	Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Enebakk	126330	1
Tønsbergregionen legevakt	Holmestrand, Tønsberg, Færder	107722	1
Legevakten i Arendal	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Åmli, Nissedal, Fyresdal, Evje og Hornnes, Bygland	101248	1
Hedmarken interkommunale legevakt	Hamar, Ringsaker, Løten, Stange	94875	2
Bråset legevakt	Asker	94441	2
Sandnes legevakt	Sandnes, Gjesdal	91539	2
Fredrikstad og Hvaler legevakt	Fredrikstad, Hvaler	87053	2
Mossregionens legevakt	Moss, Råde, Våler (Viken), Vestby	80559	2
Tromsø legevakt	Tromsø	76974	2
Ålesund interkommunale legevakt	Ålesund, Sula	75568	2
Skien interkommunale legevakt	Skien, Siljan, Drangedal, Nome	67857	2
Gjøvik Interkommunale legevakt	Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Nordre Land	65593	2
Ringerike interkommunale legevakt	Ringerike, Hole, Flå, Sigdal, Krødsherad, Modum, Jevnaker	65136	2
Sarpsborg og Rakkestad legevakt	Sarpsborg, Rakkestad	64987	2

Sandefjord legevakt	Sandefjord	63764	2
Jessheim legevakt	Gjerdrum, Ullensaker, Nannestad, Hurdal	63508	2
Haugesund interkommunale legevakt	Haugesund, Bokn, Tysvær, Utsira, Sveio	55238	2
Bodø legevakt	Bodø, Beiarn	53374	2
Indre Østfold legevakt	Marker, Indre Østfold, Skiptvet	52192	2
Kongsberg interkommunale legevakt	Kongsberg, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag	51224	2
Molde IK legevakt	Molde, Aukra, Hustadvika	48755	3
Larvik legevakt	Larvik	47204	3
Nordhordland legevakt	Modalen, Osterøy, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Gulen	45116	3
Innherred Interkommunale legevakt IKS	Frosta, Levanger, Verdal, Inderøy	44555	3
Lillehammer Interkommunale legevakt	Lillehammer, Ringebru, Øyer, Gausdal	43943	3
Karmøy legevakt	Karmøy	42186	3
Legevakten i Orkdalsregionen	Rennebu, Skaun, Hitra, Orkland, Rindal, Surnadal	42001	3
Kongsvinger interkommunale legevakt	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue	41468	3
Klepp og Time legevakt	Klepp, Time	38504	3
Sotra legevakt	Øygarden	38316	3
Elverum interkommunale legevakt	Åsnes, Våler (Innlandet), Elverum, Åmot	36475	3
Porsgrunn legevakt	Porsgrunn	36397	3
Kristiansund og omegn legevakt	Kristiansund, Averøy, Gjemnes, Tingvoll	35621	3
Sunnhordland interkommunale legevakt IKS	Bømlo, Stord, Fitjar	33905	3
Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt (SYS IKL)	Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord	33272	3
Legevakten for Aremark og Halden	Halden, Aremark	32698	3
Værnesregionen legevakt	Selbu, Tydal, Meråker, Stjørdal	31398	3
Rana interkommunale legevakt	Hemnes, Rana	30638	3
Vesterålen interkommunale legevakt	Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy	30269	3
Harstad interkommunale legevakt	Harstad, Kvæfjord, Lødingen	29576	3
Askøy legevakt	Askøy	29553	3

Bjørnafjorden og Samnanger	Bjørnafjorden, Samnanger	27393	3
Horten kommunale legevakt	Horten	27351	3
Steinkjer interkommunale legevakt	Steinkjer, Snåase - Snåsa	26420	3
Eidsvoll legevakt	Eidsvoll	25436	3
Flekkefjord interkommunale legevakt	Flekkefjord, Lyngdal, Kvinesdal	25380	3
Notodden interkommunale legevakt	Notodden, Midt-Telemark, Hjartdal	25066	3
Nittedal legevakt	Nittedal	24249	4
Dalane Interkommunale legevakt (Eigersund legevakt)	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim	24080	4
Nes legevakt	Nes	23092	4
Lindesnes legevakt	Lindesnes	23046	4
Narvik interkommunale legevakt	Narvik, Gratangen	22936	4
Lunner og Gran legevakt	Gran, Lunner	22678	4
Namsos legevakt	Namsos, Osen, Høylandet, Overhalla, Flatanger	22396	4
Voss interkommunale legevakt	Eidfjord, Ulvik, Voss, Vaksdal	21703	4
Volda og Ørsta legevakt	Ørsta, Volda	21298	4
Alta kommunale legevakt	Alta	20789	4
Hå legevakt	Hå	18991	4
Finnsnes interkommunale legevakt	Sørreisa, Senja	18315	4
Nord-Gudbrandsdal interkommunale legevakt	Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Sel	18262	4
Valdres legevakt	Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang	17578	4
Aurskog-Høland og Rømskog legevakt	Aurskog-Høland	17390	4
Florø legevakt	Kinn	17207	4
Nordfjord legevakt	Stad, Stryn	16587	4
Indre Salten legevakt	Saltdal, Fauske - Fuossko, Sørfold	16336	4
Bardu interkommunale legevakt	Ibestad, Loabák - Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Dyrøy	16269	4
Vennesla og Iveland legevakt A/S	Iveland, Vennesla	16105	4
Fosen legevaktssenter	Ørland, Åfjord	14611	4
Bamble legevakt	Bamble	14061	4
Ulstein-Hareid legevakt	Ulstein, Hareid	13746	4

Lofoten interkommunale legevakt	Flakstad, Vestvågøy, Moskenes	13720	4
Vefsn kommunale legevakt	Vefsn	13278	4
Kvinnherad legevakt	Kvinnherad	13071	4
Strand legevakt	Strand	12968	4
Nord-Østerdal legevakt	Rendalen, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal	12897	4
Etne og Vindafjord interkommunale legevakt	Vindafjord, Etne	12776	4
Sykkylven legevakt	Stranda, Sykkylven	12148	4
Sogndal legevakt	Sogndal	11847	4
HAS legevakt	Heim, Smøla, Aure	11620	4
Hammerfest legevakt	Hammerfest	11448	4
Herøy og Sande legevakt	Sande, Herøy (Møre og Romsdal)	11361	4
Ullensvang legevakt	Ullensvang	11048	4
Kragerø legevakt	Kragerø	10380	4
Sør-Varanger legevakt	Sør-Varanger	10158	4
Indre Fosen legevakt	Indre Fosen	10084	4
Brønnøy interkommunale legevakt	Sømna, Brønnøy	9892	5
Helgeland legevakt	Alstahaug, Leirfjord	9741	5
Farsund Legevakt	Farsund	9691	5
Vikna og Nærøy legevakt	Nærøysund	9623	5
Vågan legevakt	Vågan	9608	5
Røros-Os-Holtålen interkommunale legevakt	Røros, Holtålen, Os	9453	5
Sogn LMS legevakt	Aurland, Lærdal, Årdal	9100	5
Ørskog interkommunale legevakt	Vestnes, Fjord	9081	5
Fronsvakta	Nord-Fron, Sør-Fron	8842	5
Giske legevakt	Giske	8462	5
Kvam legevakt	Kvam	8457	5
Øvre Hallingdal legevakt	Nesbyen, Ål	7947	5
Rauma legevakt	Rauma	7468	5
Balsfjord-Storfjord legevakt	Balsfjord, Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	7388	5
Gol og Hemsedal legevakt	Gol, Hemsedal	7094	5
Sunndal legevakt	Sunndal	7036	5
Oppdal legevakt	Oppdal	7001	5
Trysil legevakt	Trysil	6627	5
Meløy legevakt	Meløy	6288	5
Tokke-Vinje legevakt	Tokke, Vinje	5877	5

Gloppen legevakt	Gloppen	5854	5
Vadsø legevakt	Vadsø	5788	5
Tinn kommunale legevakt	Tinn	5691	5
Søndre Land legevakt	Søndre Land	5617	5
Evenes-Tjeldsund interkommunale legevakt	Tjeldsund, Evenes	5564	5
Steigen kommunale legevakt	Steigen, Hamarøy	5374	5
Seljord legevakt	Seljord, Kviteseid	5291	5
Austevoll legevakt	Austevoll	5236	5
Luster legevakt	Luster	5174	5
Frøya interkommunale legevakt	Frøya	5151	5
Indre Namdal legevakt	Lierne, Raarvihke - Røyrvik, Namsskogan, Grong	5018	5
Nordreisa legevakt	Nordreisa	4861	6
Sauda legevakt	Sauda	4595	6
Hol kommunale legevakt	Hol	4441	6
Porsanger legevakt	Porsanger - Porsángu - Porsanki	3998	6
Tana-Nesseby legevakt	Deatnu - Tana, Unjárga - Nesseby	3844	6
Suldal legevakt	Suldal	3804	6
Bremanger legevakt	Bremanger	3629	6
Nordkapp legevakt	Nordkapp	3162	6
Herøy og Dønna legevakt	Herøy (Nordland), Dønna	3148	6
Vanylven legesenter	Vanylven	3117	6
Ryfylke interkommunale legevakt	Hjelmeland, Kvitsøy	3091	6
Skjervøy legevakt	Skjervøy	2927	7
Kautokeino legevakt	Guovdageaidnu - Kautokeino	2910	7
Tysnes legevakt	Tysnes	2869	7
Lyngen legevakt	Lyngen	2794	7
Grane og Hattfjelldal interkommunale legevakt.	Grane, Aarborte - Hattfjelldal	2779	7
Vik kommunale legevakt	Vik	2635	7
Karasjok legevakt	Karášjohka - Karasjok	2628	7
Nore og Uvdal legevakt	Nore og Uvdal	2439	7
Nordkyn legevakt	Lebesby, Gamvik	2422	7
Stor-Elvdal legevakt	Stor-Elvdal	2419	7
Båtsfjord legevakt/sykestue	Båtsfjord	2221	7
Karlsøy legevakt	Karlsøy	2200	7
Bykle og Valle legevakt	Valle, Bykle	2129	7
Kåfjord legevakt	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	2071	7

Vardø legevakt	Vardø	2029	7
Gildeskål legevakt	Gildeskål	1950	7
Lurøy legevakt	Lurøy	1890	7
Sirdal legevakt	Sirdal	1822	7
Nesna legevakt	Nesna	1761	7
Bindal legevakt	Bindal	1426	7
Engerdal legevakt, Trysil legevaktformidling	Engerdal	1268	7
Måsøy kommunale legevakt	Måsøy	1225	7
Rødøy legevakt	Rødøy	1213	7
Vega legevakt	Vega	1200	7
Kvænangen legevakt	Kvænangen	1191	7
Hasvik legevakt	Hasvik	1005	7
Berlevåg legevakt	Berlevåg	957	7
Øksfjord helsesenter, Legestasjonen	Loppa	888	7
Solund kommunale legevakt	Solund	802	7
Værøy legevakt	Værøy	728	7
Leka legevakt	Leka	557	7
Røst legevakt	Røst	498	7
Vevelstad kommunale legevakt	Vevelstad	462	7
Træna legevakt	Træna	435	7

Vedlegg 3

Organisering av legevakt

9 %

Obligatoriske felter er merket med denne stjernen *

Spørsmål om organisering av legevakt

Instruksjon til utfylling

Denne undersøkelsen sendes til deg som kommuneoverlege i kommunen. Det er praktiske årsaker til at undersøkelsen kun sendes til kommuneoverlegen. Dersom du ikke selv kan besvare alle spørsmålene ber vi om at du innhenter informasjon fra andre i kommunen som har kunnskapen. Om din kommune har flere kommuneoverleger, ber vi om at det kun sendes inn ett svar fra kommunen.

Vi gjør oppmerksom på at det dessverre ikke er mulig å mellomlagre besvarelsen. Det vil si at spørreskjemaet må fylles ut i sin helhet ved innsendelse. En PDF- versjon av spørreskjemaet er sendt i en separat e-post som du kan bruke når du forbereder deg til å besvare og sende inn dette elektroniske skjemaet. Svarfrist er satt til 12. juli 2021.

Flere av spørsmålene har svaralternativene "Vet ikke" og "Ikke aktuelt". For å sikre best mulig kvalitet på informasjonen som innhentes, er det viktig at du bruker disse svarkategoriene om du ikke vet eller er usikker på svaret. For mange kommuner er organiseringen av legevakt ulik gjennom døgnet, derfor er ikke enkelte spørsmål og svarkategorier like relevante for alle.

Om kommunen og deg som svarer

Navn på kommunen: *

Hvor mange innbyggere har kommunen? *

☐ 2000 eller færre innbyggere

☐ 2001-5000 innbyggere

☐ 5001-10 000 innbyggere

☐ 10 001- 50 000 innbyggere

☐ 50 000 eller flere innbyggere

Hva er din stilling i kommunen? *

Hvor lenge har du vært ansatt i nåværende stilling? *

Om informasjon er innhentet fra flere personer i kommunen, vennligst angi stilling i kommunen for disse:

Om det er spesielle forhold i kommunen eller ved legevaktens organisering som påvirker besvarelsen, kan du skrive kort om dette her:

På vinterføre

	Mindre enn 15 minutter	15-30 minutter	31-60 minutter	61-90 minutter	91-120 minutter	2-3 timer	Mer enn 3 timer
Mandag-fredag, dag	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mandag-fredag, kveld	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mandag-fredag, natt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lørdag-søndag-helligdager, dag	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lørdag-søndag-helligdager, kveld	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lørdag-søndag-helligdager, natt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Har du andre kommentarer til reisetid, kan du skrive kort om dette her:

Sykepleiere og annet helsepersonell

En del kommuner har ulik legevaktorganisering gjennom døgnet og uken. Spørsmålene under er forsøkt tilpasset disse forholdene.

Er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?

☐ Ja

☐ Nei

Er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?

☐ Ja

☐ Nei

Er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?

☒ Ja

☐ Nei

Når på døgnet er det sykepleier fast til stede på daglegevakt/legevakt?

Her kan du sette flere kryss.

Mandag-fredag

☐ Dag

☐ Natt

☐ Kveld

Her kan du sette flere kryss.

Lørdag-søndag-helligdager

☐ Dag

☐ Natt

☐ Kveld

Er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?

☒ Ja

☐ Nei

Når på døgnet er det annet helsepersonell fast til stede på daglegevakt/legevakt?

Her kan du sette flere kryss.

Mandag-fredag

☐ Dag

☐ Kveld

☐ Natt

Her kan du sette flere kryss.

Lørdag-søndag-helligdager

☐ Dag

☐ Kveld

☐ Natt

Legevaktfunksjon på dagtid

Hvem betjener legevaktfunksjonen i ordinær arbeidstid (dagtid, mandag-fredag)?

- ☐ Fastlegen/fastlegekontoret
 - ☐ Legevaktsleger eller andre leger som ikke er fastleger
-

Antall leger i vaktordningen

En del kommuner har ulik legevaktorganisering gjennom døgnet og uken. Spørsmålene under er forsøkt tilpasset disse forholdene.

Har kommunen hatt tre leger eller færre i legevaktordningen i løpet av det siste året?

Her kan du sette flere kryss.

I ordinær arbeidstid

- ☐ Ja, på fast basis
- ☐ Ja, ved sykdom og permisjon blant legene
- ☐ Ja, ved ferieavvikling
- ☐ Ja, av andre årsaker
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Her kan du sette flere kryss.

Utenom ordinær arbeidstid

- ☐ Ja, på fast basis
 - ☐ Ja, ved sykdom og permisjon blant legene
 - ☐ Ja, ved ferieavvikling
 - ☐ Ja, av andre årsaker
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
-

Vakttyper

En del kommuner har ulik legevaktorganisering gjennom døgnet og uken. Spørsmålene under er forsøkt tilpasset disse forholdene.

Hvordan er vakter i daglegevakt/legevakt i hovedsak organisert i ordinær arbeidstid?

Dagtid, mandag-fredag

	Tilstedevakt	Hjemme- vakt/ beredskaps- vakt	Ved behov	Vet ikke	Ikke aktuelt
Lege i vakt (primærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetansebakvakt (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Bakvakt av andre grunner (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐

Hvordan er vakter i legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid?

Kveld

	Tilstedevakt	Hjemme- vakt/ beredskaps- vakt	Ved behov	Vet ikke	Ikke aktuelt
Lege i vakt (primærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetansebakvakt (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Bakvakt av andre grunner (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐

Hvordan er vakter i legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid?

Natt

	Tilstedevakt	Hjemme- vakt/ beredskaps- vakt	Ved behov	Vet ikke	Ikke aktuelt
Lege i vakt (primærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetansebakvakt (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Bakvakt av andre grunner (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐

Hvordan er vakter i legevakt i hovedsak organisert utenom ordinær arbeidstid?

Lørdag-søndag-helligdager

	Tilstedevakt	Hjemme- vakt/ beredskaps- vakt	Ved behov	Vet ikke	Ikke aktuelt
Lege i vakt (primærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetansebakvakt (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐
Bakvakt av andre grunner (sekundærvakt)	☐	☐	☐	☐	☐

Har noen leger i din kommune tilstedeværelsesplikt på grunn av lang reiseavstand?

Spørsmålet omhandler tilstedeværelsesplikt ved hjemmenvakt/beredskapsvakt.

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

Har du andre kommentarer til vakttyper i legevakt, kan du skrive kort om dette her:

Interkommunalt legevaktsamarbeid

Under følger spørsmål om interkommunalt legevaktsamarbeid. Spørsmålene omhandler kun legenes vaktordning, ikke legevaktsentralene. Om du svarer "Nei" går du direkte videre til andre spørsmål om legevaktorganisering.

Deltar kommunen i interkommunalt legevaktsamarbeid?

☐ Ja, er vertskommune for legevakt

☐ Ja, er samarbeidskommune

☐ Ja, andre samarbeidsordninger

☐ Nei

Deltar kommunen i interkommunalt legevaktsamarbeid?

☒ Ja, er vertskommune for legevakt

☐ Ja, er samarbeidskommune

☐ Ja, andre samarbeidsordninger

☐ Nei

Når på døgnet deltar kommunen i interkommunalt legevaktsamarbeid?

Her kan du sette flere kryss.

	Dag	Kveld	Natt	Vet ikke
Mandag-fredag	☐	☐	☐	☐
Lørdag-søndag-helligdager	☐	☐	☐	☐

Har du andre kommentarer til det interkommunale legevaktsamarbeidet, kan du skrive kort om dette her:

Mer om legevaktorganisering

De to neste spørsmålene omhandler legevaktorganiseringen på et mer overordnet plan. Vi ber deg tenke på de ulike faktorene kommunen har vurdert ved valg av dagens legevaktorganisering når du svarer på spørsmålene.

Hva er de viktigste grunnene til kommunens valg av legevaktorganisering?

Her kan du sette flere kryss.

- ☐ Sikre forsvarlig vaktbelastning for kommunens leger
- ☐ Rekruttering av kvalifiserte leger (kvalifiserte i henhold til akuttmedisinforskriften)
- ☐ Tilgang på sykepleier/annet helsepersonell
- ☐ Tilgang på medisinsk-teknisk utstyr
- ☐ Økonomiske forhold
- ☐ Geografiske forhold
- ☐ Andre forhold
- ☐ Vet ikke

Har du andre kommentarer til valg av legevaktorganisering, kan du skrive kort om dette her:

Har kommunen vurdert omorganisering av legevaktordningen i løpet av de siste tre årene?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ *Vet ikke*
- ☐ *Ikke aktuelt*

Avlønning av legevakt

En del kommuner har ulik legevaktorganisering gjennom døgnet og uken og spørsmålene under er forsøkt tilpasset disse forholdene. For svaralternativet "*Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen*", kan prosentandel av egenandeler og refusjon utgjøre 100%.

Hvordan avlønnes legevakt i kommunen?

Her kan du sette flere kryss.

I ordinær arbeidstid, dagtid, mandag-fredag

- ☐ Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen
- ☐ Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen
- ☐ Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg
- ☐ Ulik avlønning av leger internt i kommunen
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

Her kan du sette flere kryss.

Utenom ordinær arbeidstid, kveld

- ☐ Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen
- ☐ Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen
- ☐ Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg
- ☐ Ulik avlønning av leger internt i kommunen
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

Her kan du sette flere kryss.

Utenom ordinær arbeidstid, natt

- ☐ Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen
- ☐ Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen
- ☐ Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg
- ☐ Ulik avlønning av leger internt i kommunen
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

Her kan du sette flere kryss.

Utenom ordinær arbeidstid, lørdag-søndag-helligdager

- ☐ Beredskapstillegg til legen. Egenandeler og refusjoner går til legen
- ☐ Fastlønn til legen. Egenandeler og refusjoner går til kommunen
- ☐ Fastlønn til legen. Prosentandeler av egenandeler og refusjoner går til legen i tillegg
- ☐ Ulik avlønning av leger internt i kommunen
- ☐ Annet
- ☐ *Vet ikke*

Forrige side

Send

Vedlegg 4: Informasjonsbrev

Kjære kommunalsjef for helse og kommuneoverlege.

I uke 26 og 27 gjennomfører Folkehelseinstituttet (FHI) en nasjonal undersøkelse for å kartlegge organisering av legevakt i landets kommuner. Mandag 28. juni vil kommuneoverlegen motta en e-post med lenke til undersøkelsen som skal brukes til besvarelsen. Kommunens postmottak ved kommunalsjef for helse mottar også e-post med informasjon om denne undersøkelsen med kopi av spørreskjema.

Svarfrist er mandag **12. juli**. Undersøkelsen består av inntil 16 spørsmål og sendes til alle landets kommuneoverleger.

Kartleggingen gjøres som et av tiltakene i Regjeringens *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*

(<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>), og utgjør en del av arbeidet til Ekspertgruppe legevakt. Ekspertgruppen ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i januar 2021, og består av representanter fra kommunene, Legeforeningen, Universitetet i Oslo og kommunenes interesseorganisasjon KS.

Svarene fra kommunene vil inkluderes i ekspertgruppens rapport til HOD, og vil være med på å danne kunnskapsgrunnlag for arbeidet med å utvikle en bærekraftig legevaktordning. Det vil ikke publiseres informasjon om den enkelte kommune. Tallmaterialet vil presenteres gruppert, basert på kommuners størrelse og sentralitet.

Instruksjon til utfylling for kommuneoverlegen.

Denne undersøkelsen sendes til deg som kommuneoverlege i kommunen. Det er praktiske årsaker til at undersøkelsen kun sendes til kommuneoverlegen. Dersom du ikke selv kan besvare alle spørsmålene ber vi om at du innhenter informasjon fra andre i kommunen som har kunnskapen. Om din kommune har flere kommuneoverleger, ber vi om at det kun sendes inn ett svar fra kommunen.

De fleste spørsmålene har svaralternativene "Vet ikke" og "Ikke aktuelt". For å sikre best mulig kvalitet på informasjonen som innhentes, er det viktig at du svarer "Vet ikke" på de spørsmålene hvor kommunen ikke har sikker kunnskap.

Vedlegg 5: Litteraturgjennomgang og søkestrategi

Bakgrunn og mål

For å undersøke hva som fantes av sentral litteratur, artikler og rapporter om legevakt i Norge var det behov for å gjøre et systematisk litteratursøk. Fokus i søket var legevakt, kommunal legevakt, interkommunal legevakt og kommunalt heldøgn medisinsk akuttberedskap. For å spisse søket mer la vi også inn vaktbelastning, organisering, struktur, legevaktmodell og pasientstrøm. Søket skulle primært fange opp litteratur fra Norge, men litteratur fra øvrige land i Skandinavia eller utenfor Skandinavia var også av interesse. Funnene i litteratursøket ble i tillegg brukt til å identifisere andre mulig aktuelle referanser. Vi søkte også på nettsider til relevante miljø i Norge og innhentet litteratur fra fagmiljø som jobber med legevakt. I tillegg bidro medlemmer av ekspertgruppen selv med tips om relevante artikler og litteratur.

Søkestrategier og inklusjonskriterier

Vi fant fram til relevante søkeord ut fra litteratur vi allerede hadde tilgang til om legevakt og organisering av legevakt. Ord og begrep ble satt sammen til en søkestrategi i samråd med en bibliotekar i Folkehelseinstituttet som skulle utføre søket for oss. Den første delen av søkestrategien inkluderte ord om legevakt og legehjelp utenom ordinær arbeidstid, del to om fastleger, del tre ord om organisering og del fire ord knyttet til arbeidsmengde og arbeidsbelastning. Vi avgrenset søket i tid og søkte fra og med 2005 fram til dato for gjennomføring av søket.

Litteratursøket ble gjort i flere databaser:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to May, 2021>
- Embase 1974 to 2021 May 20
- Cinahl via Ebsco

Søket ble gjennomført 26. mars 2021. Et oppdatert søk, som inkluderte interkommunalt samarbeid i søkestrategien, ble gjennomført 21. mai 2021. Se nærmere beskrivelse av søkestrategi og søkelogg per database under.

Samtlige referanser ble lastet inn i EndNote. I tillegg ble artikler, rapporter og andre relevante publikasjoner eller informasjon fra kjente fagmiljø innhentet og lagt til i EndNote-biblioteket.

Resultater litteratursøk

Det første søket fra mars ga til sammen 265 treff pluss 136 referanser fra Oria. Etter dublettkontroll i EndNote var resultatet 149 pluss referansene fra Oria. Det oppdaterte søket fra mai samme år resulterte i 275 treff før dublettkontroll og 153 etter dublettkontroll i EndNote.

Alle funnene fra litteratursøket ble gjennomgått av to forskere som hver for seg, basert på inklusjonskriteriene, leste titler og abstracts for en første sortering av litteraturen. For at en artikkel skulle vurderes som relevant måtte minimum én del av søkestrategien dekkes. Det vil si at artikkelen måtte dreie seg om legevakt og fastleger, organisering av legetjenestene og/eller arbeidsmengde og arbeidsbelastning. Vi gikk ikke videre med artikler som omhandlet ambulansehelikopter. Resultatene fra søket ble avgrenset til artikler på engelsk eller et skandinavisk språk.

Etter å ha gått igjennom tittel og abstracts og sortert dem i kategoriene «inkludert», «kanskje» eller «ekskludert» som en første sortering, sammenlignet de to forskerne sorteringen med hverandre og kom fram til en mer endelig kategorisering. Artiklene ble nå sortert som relevante til å ta med videre, eller om de skulle utgå. Relevant litteratur inngikk som kunnskapsgrunnlag og videre arbeid med rapporten.

Søkestrategi**Kommentar:**

Referansene fra søket i Oria er oversendt i eget Endnote-bibliotek. Ikke søkt på nytt i Oria.

Dublettsjekk i EndNote:

Før dublettkontroll: 265 + 136 referanser fra Oria
Etter dublettkontroll: 149 (+ referansene fra Oria)

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to March 25, 2021>

Dato: 26.03.2021

Antall treff: 110

#	Searches	Results
1	After-Hours Care/	1930
2	(causality clinic* or emergency medical service* or emergency primary health care or out-of-hours care or out-of-hours medical care or Practitioner Cooperative* or after-hours care or after-hours medical care or night care).tw,kf.	10874
3	1 or 2	12511
4	(general practice or GP\$ or regular general practice or family practice or primary practice or primary care or primary health care or (physician* adj1 famil*) or primary healthcare or primary health care or general practitioner\$ or family practitioner\$).tw,kf.	400585
5	(organiz* or organis* or structur*).tw,kf.	3078033
6	(working hour\$ or average weekly working hour\$ or work activities or work demand\$ or workload).tw,kf.	33788
7	4 or 5 or 6	3438758
8	exp Norway/	39959
9	(norway or Norwegian? or norge).tw,cp,lg,kf,pl.	101723
10	(Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland).cp,in,tw,kf,pl.	82762
11	8 or 9 or 10	166227
12	3 and 7 and 11	114
13	limit 12 to yr="2005 -Current"	110

Database: Embase <1974 to 2021 March 25>

Dato: 26.03.2021

Antall treff: 100

#	Searches	Results
1	out-of-hours care/	482
2	(causality clinic* or emergency medical service* or emergency primary health care or out-of-hours care or out-of-hours medical care or Practitioner Cooperative* or after-hours care or after-hours medical care or night care).tw,kw.	15526
3	1 or 2	15852
4	(general practice or GP\$ or regular general practice or family practice or primary practice or primary care or primary health care or (physician* adj1 famil*) or primary healthcare or primary health care or general practitioner\$ or family practitioner\$).tw,kw.	523237
5	(organiz* or organis* or structur*).tw,kw.	3462407
6	(working hour\$ or average weekly working hour\$ or work activities or work demand\$ or workload).tw,kw.	47813
7	4 or 5 or 6	3942961
8	exp Norway/	43959
9	(norway or Norwegian? or norge).cp,in,ad,tw,lg,kw.	305757
10	(Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland).cp,in,ad,ti,ab,kw.	131632
11	8 or 9 or 10	310154
12	3 and 7 and 11	110
13	limit 12 to yr="2005 -Current"	100

Database: Cinahl via Ebsco

Dato: 26.03.2021

Antall treff: 55

Search ID	Search Terms	Results
S10	S1 AND S5 AND S9 Limiters - Published Date: 20050101-20210331	(55)
S9	S6 OR S7 OR S8	(19,083)
S8	TI ("Akershus" or "Viken" or "Austagder" or "Agder" or "Buskerud" or "Finnmark" or "Hedmark" or "Hordaland" or "Romsdal" or "Nordland" or "Nordtrondelag" or "Trondelag" or "Nordtroendelag" or "Troendelag" or "Oppland" or "Oslo" or "Rogaland" or "Fjordane" or "Sortrondelag" or "Soertroendelag" or "Telemark" or "Troms" or	(1,513)

	"Vestagder" or "Vestfold" or "Ostfold" or "Oestfold" or "Longyearbyen" or "innlandet" or "vestland") AND AB ("Akershus" or "Viken" or "Austagder" or "Agder" or "Buskerud" or " ...	
S7	TI ("norway" or Norwegian# or "norge") AND AB ("norway" or Norwegian# or "norge")	(12,737)
S6	MH "Norway"	(14,821)
S5	S2 OR S3 OR S4	(527,823)
S4	TI ("working hour#" or "average weekly working hour#" or "work activities" or "work demand#" or "workload") AND AB ("working hour#" or "average weekly working hour#" or "work activities" or "work demand#" or "workload")	(15,078)
S3	TI (organiz* or organis* or structur*) AND AB (organiz* or organis* or structur*)	(407,323)
S2	TI ("general practice" or GP# or "regular general practice" or "family practice" or "primary practice" or "primary care" or "primary health care" or (physician# N1 famil*) or "primary healthcare" or "primary health care" or "general practitioner#" or "family practitioner#") AND AB ("general practice" or GP# or "regular general practice" or "family practice" or "primary practice" or "primary care" or "primary health care" or (physician# N1 famil*) or "primary healthcare" or "primary health car ...	(127,435)
S1	TI ("causality clinic*" or "emergency medical service*" or "emergency primary health care" or "out-of-hours" or "out-of-hours medical care" or "Practitioner Cooperative*" or "after-hours care" or "after-hours medical care" or "night care") AND AB ("causality clinic*" or "emergency medical service*" or "emergency primary health care" or "out-of-hours" or "out-of-hours medical care" or "Practitioner Cooperative*" or "after-hours care" or "after-hours medical care" or "night care")	(7,238)

Database: Oria
Dato: 22.03.2021
Antall treff: 154 (136 etter fjerning av interne dubletter)

Søk: legevakt* AND organis* (year: 2005-2020)

Kommentar: Oppdatert søkestrategien med «inter-municipal cooperation». Ellers ingen endringer fra søkestrategi datert 26.03.21

Dublettsjekk i EndNote: Før dublettkontroll: 275
 Etter dublettkontroll: 153

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to May, 2021>

Dato: 21.05.2021

Antall treff: 114

#	Searches	Results
1	After-Hours Care/	1949
2	(causality clinic* or emergency medical service* or emergency primary health care or out-of-hours care or out-of-hours medical care or Practitioner Cooperative* or after-hours care or after-hours medical care or night care or inter-municipal cooperation).tw,kf.	11059
3	1 or 2	12711

4	(general practice or GP\$ or regular general practice or family practice or primary practice or primary care or primary health care or (physician* adj1 famil*) or primary healthcare or primary health care or general practitioner\$ or family practitioner\$).tw,kf.	404699
5	(organiz* or organis* or structur*).tw,kf.	3111680
6	(working hour\$ or average weekly working hour\$ or work activities or work demand\$ or workload).tw,kf.	34386
7	4 or 5 or 6	3476183
8	exp Norway/	40340
9	(norway or Norwegian? or norge).tw,cp,lg,kf,pl.	102275
10	(Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland).cp,in,tw,kf,pl.	83894
11	8 or 9 or 10	167689
12	3 and 7 and 11	118
13	limit 12 to yr="2005 -Current"	114

Database: Embase 1974 to 2021 May 20

Dato: 21.05.2021

Antall treff: 105

#	Searches	Results
1	out-of-hours care/	490
2	(causality clinic* or emergency medical service* or emergency primary health care or out-of-hours care or out-of-hours medical care or Practitioner Cooperative* or after-hours care or after-hours medical care or night care or inter-municipal cooperation).tw,kw.	15651
3	1 or 2	15982
4	(general practice or GP\$ or regular general practice or family practice or primary practice or primary care or primary health care or (physician* adj1 famil*) or primary healthcare or primary health care or general practitioner\$ or family practitioner\$).tw,kw.	525001
5	(organiz* or organis* or structur*).tw,kw.	3475939
6	(working hour\$ or average weekly working hour\$ or work activities or work demand\$ or workload).tw,kw.	48129
7	4 or 5 or 6	3958033
8	exp Norway/	44056
9	(norway or Norwegian? or norge).cp,in,ad,tw,lg,kw.	306077
10	(Akershus or Viken or Austagder or Agder or Buskerud or Finnmark or Hedmark or Hordaland or Romsdal or Nordland or Nordtrondelag or Trondelag or Nordtroendelag or Troendelag or Oppland or Oslo or Rogaland or Fjordane or Sortrondelag or Soertroendelag or Telemark or Troms or Vestagder or Vestfold or Ostfold or Oestfold or Longyearbyen or innlandet or vestland).cp,in,ad,ti,ab,kw.	132084
11	8 or 9 or 10	310485
12	3 and 7 and 11	115
13	limit 12 to yr="2005 -Current"	105

Database: Cinahl via Ebsco

Dato: 21.05.2021

Antall treff: 56

#	Query	Results
S10	S1 AND S5 AND S9 Published Date: 20050101-20210531	56
S9	S6 OR S7 OR S8	19164
S8	TI ("Akershus" or "Viken" or "Austagder" or "Agder" or "Buskerud" or "Finnmark" or "Hedmark" or "Hordaland" or "Romsdal" or "Nordland" or "Nordtrondelag" or "Trondelag" or "Nordtroendelag" or "Troendelag" or "Oppland" or "Oslo" or "Rogaland" or "Fjordane" or "Sortrondelag" or "Soertroendelag" or "Telemark" or "Troms" or "Vestagder" or "Vestfold" or "Ostfold" or "Oestfold" or "Longyearbyen" or "innlandet" or "vestland") OR AB ("Akershus" or "Viken" or "Austagder" or "Agder" or "Buskerud" or "Finnmark"	1514

	or "Hedmark" or "Hordaland" or "Romsdal" or "Nordland" or "Nordtrondelag" or "Trondelag" or "Nordtroendelag" or "Troendelag" or "Oppland" or "Oslo" or "Rogaland" or "Fjordane" or "Sortrondelag" or "Soertroendelag" or "Telemark" or "Troms" or "Vestagder" or "Vestfold" or "Ostfold" or "Oestfold" or "Longyearbyen" or "innlandet" or "vestland")	
S7	TI ("norway" or Norwegian# or "norge") OR AB ("norway" or Norwegian# or "norge")	12807
S6	MH "Norway"	14866
S5	S2 OR S3 OR S4	531982
S4	TI ("working hour#" or "average weekly working hour#" or "work activities" or "work demand#" or "workload") OR AB ("working hour#" or "average weekly working hour#" or "work activities" or "work demand#" or "workload")	15213
S3	TI (organiz* or organis* or structur*) OR AB (organiz* or organis* or structur*)	410602
S2	TI ("general practice" or GP# or "regular general practice" or "family practice" or "primary practice" or "primary care" or "primary health care" or (physician# N1 famil*) or "primary healthcare" or "primary health care" or "general practitioner#" or "family practitioner#") OR AB ("general practice" or GP# or "regular general practice" or "family practice" or "primary practice" or "primary care" or "primary health care" or (physician# N1 famil*) or "primary healthcare" or "primary health care" or "general practitioner#" or "family practitioner#")	128325
S1	TI ("causality clinic*" or "emergency medical service*" or "emergency primary health care" or "out-of-hours" or "out-of-hours medical care" or "Practitioner Cooperative*" or "after-hours care" or "after-hours medical care" or "night care" or "inter-municipal cooperation") OR AB ("causality clinic*" or "emergency medical service*" or "emergency primary health care" or "out-of-hours" or "out-of-hours medical care" or "Practitioner Cooperative*" or "after-hours care" or "after-hours medical care" or "night care" or "inter-municipal cooperation")	7279

Vedlegg 6:
10310: Legevaktkonsultasjoner, etter
alder, statistikkvariabel, år og kjønn

	Konsultasjoner per person 2019 Begge kjønn
Alle aldre	0,24
0-5 år	0,47
6-15 år	0,19
16-19 år	0,29
20-29 år	0,28
30-49 år	0,20
50-66 år	0,19
67-79 år	0,23
80-89 år	0,36
90 år eller eldre	0,37

Kilde:

<https://www.ssb.no/statbank/table/10310/>

Siste oppdatering:

Konsultasjoner per person:

20210608 08:00

Kilde:

Statistisk sentralbyrå

Kontakt:

Konsultasjoner per person:

Elin Skretting Lunde, Statistisk sentralbyrå

+47 409 02 395

esl@ssb.no

Copyright

Måleenhet:

Konsultasjoner per person:

konsultasjoner per person

Målemetode:

Konsultasjoner per person:

Gjennomsnitt

Referansetid:

Konsultasjoner per person
31.12.

Database:
Ekstern PRODUKSJON

Intern referansekode:
KonsultPerInnbygger