

Klarer vi å tilpasse oss?

Endringer i allmennlegevaktens oppgaver og ressurser 2008 - 2012

Jon Ørstavik



Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15. november 2013

Klarer vi å tilpasse oss?

Endringer i allmennlegevaktens oppgaver og ressurser 2008 - 2012

© Jon Ørstavik

2013

Klarer vi å tilpasse oss?

Jon Ørstavik

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Allkopi

Sammendrag

Oppgaven tar utgangspunkt i at Allmennlegevakten i Storgata 40 i Oslo har hatt lavere konsultasjonsvekst enn etterspørsel og ressurser skulle tilsi i perioden fra 2008 til 2012. En rekke variabler undersøkes for å få et bedre bilde av sammenhengen mellom input (pasienter og legeressurser) og output (konsultasjoner), og avdekke hvilke endringer som kan ha påvirket resultatet i perioden. Som bakteppe gis en beskrivelse av aktuelle utviklingstrekk innenfor legevaktmedisin generelt, og det redegjøres for noen særtrekk ved hovedstadens legevaktteneste.

Effektiviteten målt i konsultasjoner er synkende i perioden. En delforklaring kan være at ressursinnsatsen bare delvis har truffet tidspunktene for økt tilstrømning av pasienter, slik sett er legebemanningen noe svekket på kveld og natt. Analysen gjort her er relativt grov.

Tidsbruken per konsultasjon er betydelig økt. Funnene i undersøkelsen tyder på at det er gode grunner til det. Mange data tyder på at arbeidets kompleksitet øker. Diagnosesammen-setningen tyder på en glidning fra tradisjonelle avgrensede legevaktproblemstillinger mot generelle, psykiske og sosiale problemstillinger. Andelene ambulansepasienter, tolkebruk, overgrep og akutte forgiftninger øker. Vi ser også en økende andel EKG- og laboratorieundersøkelser. Fallende bruk av røntgenundersøkelser trekker i motsatt retning.

Imidlertid er det et åpent spørsmål om forskyvning mot tyngre pasienter fullt ut kan forklare fallet i konsultasjoner per legetime. Arbeidsformen i poliklinikken har også endret seg betydelig i perioden. Det mest gjennomgripende endringen i perioden er innføring av Manchester Triage System (MTS) som prioriteringsverktøy. Dette påvirker pasientflyten og arbeidsprosessene betydelig. Videre arbeid med arbeidsprosessene må baseres på tett samarbeid mellom sykepleier- og legegruppen og rettes inn mot en hensiktsmessig arbeidsflyt slik at effektiviteten på skiftene øker.

Innføringen av MTS har medført bedre dokumentasjon av arbeidet i mottakelsen. Dette materialet bør undersøkes nærmere for å øke forståelsen av det arbeidet som foregår der og som ender med at pasienten ikke settes opp til legekonsultasjon. Her kan det ligge en gevinst i fremtiden – å sikre at pasienter som ikke trenger legeundersøkelse avvikles i mottakelsen (eller ved telefonkontakt) på en trygg måte. Det er lettere å jobbe med en slik målsetning når

vi har et validert beslutningsstøttesystem i bunnen slik at vi kan føle oss trygge på at det vil gå bra med de pasientene vi råder til å forlate legevakten.

En annen gruppe vi trenger mer kunnskap om er pasientene som settes opp til legeundersøkelse, men forlater legevakten i ventetiden. Denne gruppen har økt i perioden, og utgjør nå 8,4 % av pasientene som settes opp til lege. Det vil være av verdi å finne ut når dette skjer, hvorfor pasientene går, om de har fått tilstrekkelig hjelp og om noen av dem risikerer uheldige hendelser. Slik kunnskap kan tydeliggjøre hvorvidt dagens kapasitetsutfordringer er et medisinsk problem eller om antallet GFK primært er en service- og omdømmeutfordring.

Forord

Denne masteroppgaven er et forsøk på å analysere utfordringsbildet ved Allmennlegevakten. Jeg har nylig tiltrådt stillingen som leder for avdelingen som analyseres. Selv med inngående kjennskap til virksomheten gjennom mer enn ti år var det vanskelig å sette fingeren på hvilke hovedutfordringer avdelingen har i dag. Hvordan endrer oppgavene seg? Fungerer tiltakene som er satt inn de senere årene? Kan noen av tiltakene ha hatt bivirkninger som det må settes inn tiltak for å begrense? Kan tallene bekrefte historier og tilbakemeldinger fra ansatte, eller styres vi av enkelthendelser og subjektive meninger?

Gjennom en tiårsperiode har jeg samlet inn mye data fra virksomheten. Mange av tallene er som hentes ut i dag gir bare bruddstykker av virksomheten, derfor er det ønskelig å se dem i sammenheng på en ny måte. Underveis har det blitt mulig å avklare noen teorier og erstatte dem med fakta. Forhåpentligvis vil denne kunnskapen bidra til å videreutvikle tjenesten i riktig retning.

Analysene har jeg gjort selv, men jeg har fått hjelp med deler av datainnsamlingen. Mange har bidratt med inspirasjon og som sparringpartnere i fortolkningen av tallene. Olav Aasland har veiledet meg skånsomt mot målet. Takk til dere alle, men mest til familien og andre som har satt egne behov til side for å hjelpe meg.

Innholdsfortegnelse

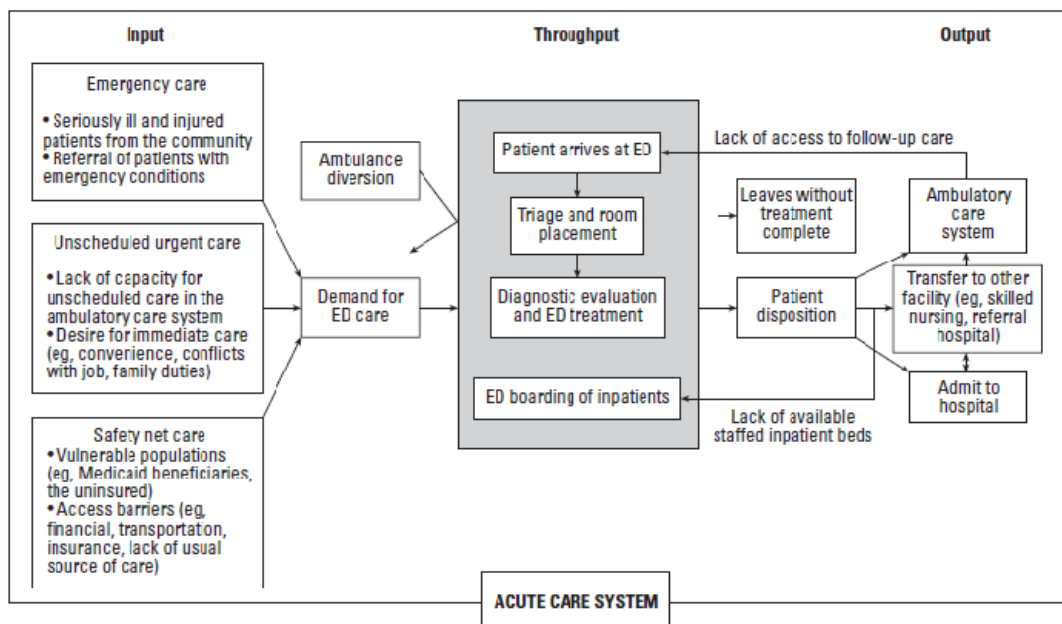
1	Innledning og avgrensninger	1
2	Bakgrunn	3
2.1	Begreper og definisjoner	3
2.2	Organisering av legevaktfunksjonen i Oslo	4
2.3	Sentrale styringsdokumenter	6
2.4	Pågående endringer innenfor legevaktmedisin	8
3	Materiale og metode	12
4	Resultater	13
4.1	Aktivitet ved allmennlegevaktjenesten i Oslo	13
4.2	Pasienttilstrømning i Storgata	15
4.3	Legebemanning i Storgata	16
4.4	Konsultasjonenes karakter og kompleksitet	18
4.5	Organisering av arbeidet	20
4.6	Økonomiske forhold	22
5	Diskusjon	23
5.1	Forholdet mellom etterspørsel og bemanning	23
5.2	Arbeidets karakter og kompleksitet	23
5.3	Organisering av arbeidet	26
5.3.1	Manchester Triage Scale	26
5.3.2	Andre prosjekter i avdelingen	28
5.3.3	Omorganisering av sykehusene i hovedstadsområdet	29
5.4	Økonomiske forhold	29
6	Oppsummering	31
	Litteraturliste	33

1 Innledning og avgrensninger

Forskningsspørsmålet i denne oppgaven dukket opp da forfatteren observerte at konsultasjonstallet ved den store Allmennlegevakten i Storgata i Oslo har økt noe mindre enn forventet i perioden fra 2008 til 2012, og antallet pasienter som forlater legevakten uten konsultasjon har økt. Dette bør analyseres nærmere, og spørsmålene jeg ønsker å besvare er:

1. Er det samsvar mellom pasienttilstrømning, legebemanning og antall konsultasjoner ved Allmennlegevakten i Storgata? Hvis ikke, hva kan ligge bak misforholdet?
2. Gir eksisterende data grunnlag for å utvikle tjenesten videre, eller trengs det nye data?

Driften av en klinisk avdeling kan være krevende å styre. Aktiviteten påvirkes av etterspørsel, ressurstilgang og organisering. Disse påvirkes igjen av en rekke faktorer, hvorav mange er utenfor avdelingens kontroll. Det kan ta lang tid før man oppdager at virksomheten endrer seg. Tiltak for å tilpasse seg oppgavene kan også få uforutsette effekter. Legevakt er en begrenset medisinsk funksjon, men likevel utsatt for mange påvirkninger. Dynamikken omkring pasientflyt gjennom akuttmottak er beskrevet i en Input – Throughput – Output-modell av Asplin og kolleger i 2003¹. Modellen beskriver variasjoner i grunnlag for å etterspørre tjenestene, organisering av arbeidet, og muligheter for å få pasienten hjem eller videre til andre deler av helsetjenesten. Det sentrale konseptet i artikkelen presenteres i en skisse som gjengis her fordi denne oppgaven beskriver legevaktens utfordringer med utgangspunkt i samme resonnement.



Figur 1: The input – throughput-output model (Asplin 2003).

I Oslo ivaretas legevaktfunksjonen gjennom et samarbeid mellom flere organisasjoner og behandlere; Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og allmennlegekorpset i kommunen. Dertil kommer en del private tilbud som definisjonsmessig ikke inngår i legevakttjenesten, men som yter liknende helsetjenester til befolkningen både i og utenfor normalarbeidstid. Denne organisasjonen beskrives kort innledningsvis, men de kvantitative analysene som gjøres konsentrerer seg om aktiviteten ved Allmennlegevakten i Storgata 40. Hensikten med analysen er primært å øke forståelsen av denne avdelingens utfordringer og dermed legge til rette for en hensiktsmessig videreutvikling av tjenesten.

2 Bakgrunn

2.1 Begreper og definisjoner

Allmennlegevakt

I de tilfeller der deler av legevakttilbudet er skilt ut som en egen tjeneste vil som regel rest-tjenesten kalles for allmennlegevakt. I Oslo utføres allmennlegevakttjenesten av Helseetaten gjennom to avdelinger: Avdeling Allmennlegevakten (i Storgata) og Legevakt Aker (på Aker sykehus).

GFK (gått før konsultasjon)

Samlebegrep for pasienter som blir registrert inn til legekonsultasjon, men forlater legevakten i ventetiden.

Legevakt

Tilbud om hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, en tjeneste pålagt kommunene i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. I en del kommuner er skadebehandling, psykiatrisk behandling og tannbehandling skilt ut som egne tjenester, derav begrepene allmennlegevakt, skadelegevakt, psykiatrisk legevakt og tannlegevakt.

Normaltariffen

Kortnavn på Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Normaltariffen er en detaljert definisjonskatalog og forskrift som angir hva legen skal fakturere pasienter og folketrygden for og hvilke kronetatser som gjelder for forskjellige ytelser.

Overgrepsmottak

En helsetjeneste med det spesifikke mål å gi tilbud til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner². I Oslo er overgrepsmottaket integrert i Allmennlegevakten.

Psykiatrisk legevakt

Tilstedeværelse på legevakten av spesialist i psykiatri og psykiatrisk sykepleier. Finnes i Oslo på kveldstid og på dagtid i helgene.

Skadelegevakt

Tilbud om behandling av akutte skader. I Oslo er denne tjenesten organisert og finansiert som en egen seksjon i ortopedisk avdeling ved Oslo universitetssykehus. Tilsvarende behandling vil andre steder i landet gis delvis på allmennlegevakt og delvis på sykehus.

Tilstrømning

Tilstrømning er et mål på etterspørsel etter legevakttjenester, her definert som antallet personer som fysisk henvender seg på legevakten med et ønske om akutt hjelp.

Triage

Et prioriteringssystem der pasienter vurderes og plasseres i forskjellige hastegrader basert på risiko for akutt, alvorlig sykdom/skade. Manchester Triage Scale (MTS) ble tatt i bruk på Allmennlegevakten i 2011.

2.2 Organisering av legevaktfunksjonen i Oslo

Legevaktens i Oslo har siden oppstart befunnet seg i Storgata 40. I den eldste bebyggelsen fra 1859 fantes et hjem for enker og moderløse. Senere ble det sykehusdrift der, med bl.a. medisinsk avdeling og fødeavdeling. I år 1900 åpnet man legevaktfunksjonen med utgangspunkt i akutt skadebehandling, og det ble etablert ortopedisk virksomhet i bygningene. I 1959 ble det reist en stort nytt bygg med moderne operasjonsstuer og sengeposter. Byens største ambulansestasjon ligger her, og telefontjeneste knyttet til dette har også holdt til i lokalene. Legevaktens historie ble skrevet i anledning 100-årsjubileet i år 2000 av professor i medisinsk historie Øyvind Larsen ³.

Legevakttilbudet i Storgata 40 har vært supplert med konsultasjoner hos byens allmennleger og sykebesøk med varierende organisering. I 1982 ble Allmennlegevakten etablert som egen seksjon i Storgata 40. Allmennlegevakten behandler i dag alle allmennmedisinske problemstillinger unntatt skader, som håndteres av skadelegevakten. De dominerende kontaktårsakene er infeksjoner og akutte smertetilstander. På kveldstid er tilbudet supplert med spesialister i psykiatri (omtalt som psykiatrisk legevakt).

Allmennlegevakten har også hatt oppgaver tilknyttet rusomsorgen, bl.a. tilsynslegefunksjon ved avrusningsstasjoner. Legevaktens nærområde har i alle år har vært et samlingssted for

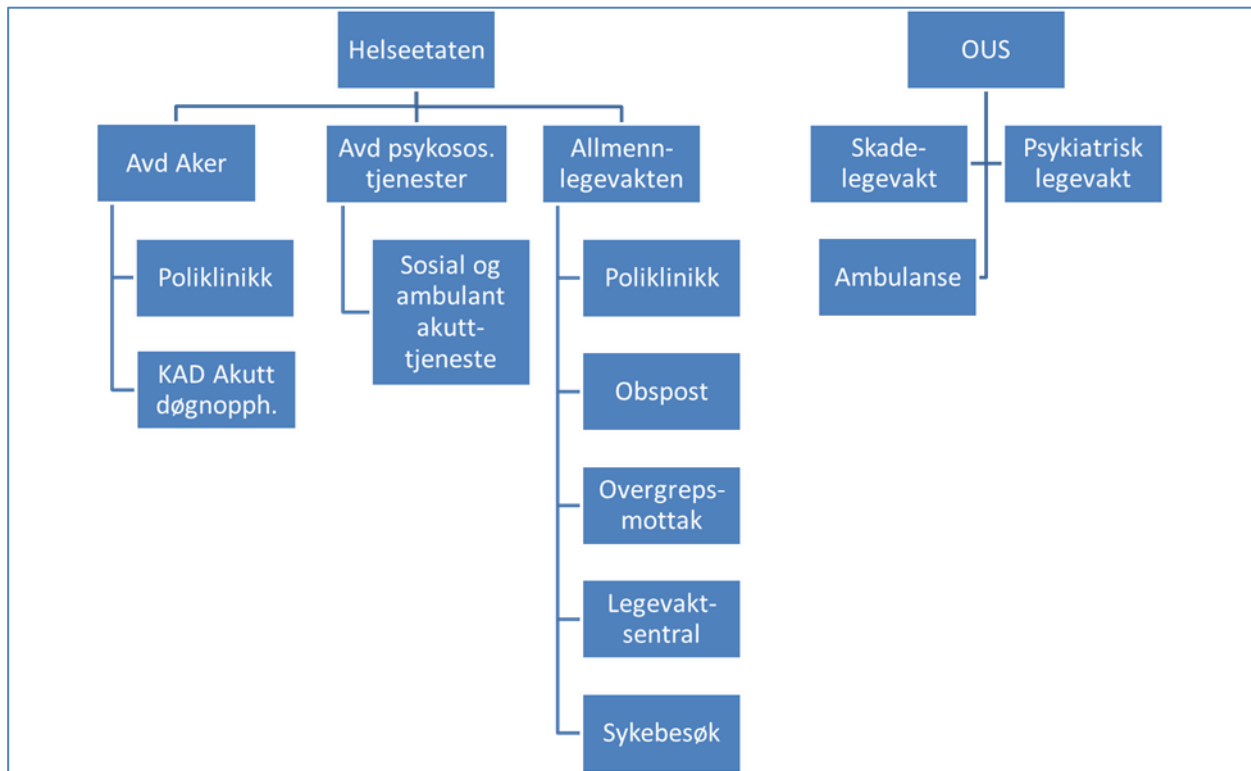
rusmiddelavhengige og andre som lever på siden av samfunnet. I denne gruppen finnes mange bostedsløse. Innslaget av sosiale problemer og psykiske lidelser er betydelig. Sosialt arbeid har derfor vært en vesentlig del av virksomheten i Storgata 40, og i dag tilbyr avdeling for psykososiale tjenester bl.a. psykososial støtte, akutt sosialhjelp (inkludert overnattingstilbud) og hjelp i forhold til rusmiddelavhengighet. Disse tjenestene er døgnåpne som legevakten for øvrig, inkludert lab- og røntgentjenester.

Allmennlegevakten i Storgata driver landets største overgrepsmottak for Oslo og de fleste kommuner i Akershus (hele østfylket). Tilbudet omfatter akuttundersøkelse og behandling, rettsmedisinsk undersøkelse og vitneførsel i rettssaker, og medisinsk og psykososial oppfølging i månedene etter overgrepet. Mottaket har tradisjonelt fokusert på seksuelle overgrep, men det er et satsningsområde å gi et liknende tilbud til pasienter utsatt for vold i nære relasjoner.

Organisatorisk har det de senere tiårene vært avgjørende for virksomheten at Oslo kommune også er fylkeskommune. Inntil 2002 innebar det at kommunen drev både første- og andrelinjetjeneste (nå kommune- og spesialisthelsetjeneste). Denne unike situasjonen har gjort det mulig å organisere akuttmedisinen på en liknende måte i Oslo som i de fleste andre land – én samlet organisasjon med et tyngdepunkt i Storgata 40. Etter helseforetaksreformen i 2002 ble tjenestetilbudet i Storgata 40 fordelt mellom Oslo kommune (allmennlegevakt, overgrepsmottak, sosialtjeneste, observasjonspost) og Oslo universitetssykehus (skadelegevakt, ortopedi, psykiatrisk legevakt, ambulansetjeneste). Det er enighet om at dette organisatoriske skillet ikke skal medføre en avvikling av det samlede tverrfaglige tilbudet som finnes for alle som opplever en akutt sykdom, skade eller krise mens de befinner seg i Oslo. Det organisatoriske skillet medfører en rekke utfordringer driftsmessig, juridisk og økonomisk, men disse problemstillingene berøres ikke i oppgaven.

I 2001 ble det opprettet tre små kvelds åpne allmennlegevakter for å øke kapasiteten og redusere antallet sykebesøk. Disse ble i slutten av 2012 samlet til en stor allmennlegevakt på Aker sykehus med nær 45.000 konsultasjoner årlig. Legevakt Aker er åpen på kveldstid og i helge- og høytidsdager og bemannet av byens fastleger og deres vikarer. Legevakt Aker har en helt annen profil enn Allmennlegevakten i Storgata, og likner mer på andre norske legevakter. Det finnes ikke observasjonsrom, observasjonspostpost, sosialtjeneste, psykiater eller leger med rettsmedisinsk opplæring på Aker. Tilgangen på lab- og røntgentjenester er begrenset. Vente- og behandlingstiden er vesentlig kortere enn i Storgata. Ambulansetjenesten

leverer sjelden pasienter til Legevakt Aker, fordi ressursene der er begrenset. Utfordringene ved Legevakt Aker er dermed svært annerledes enn utfordringene i Storgata, og inkluderes derfor ikke i denne oppgaven selv om Legevakt Aker er avgjørende for videreutvikling av tjenesten.



Figur 2: Legevakttilbudet i Oslo

Oslo er Norges største marked for private tilbydere av helsetjenester. Det finnes en rekke legesentre med utvidet åpningstid. Enkelte er refusjonsberettiget, andre helprivate. Det foreligger ikke data fra denne aktiviteten som kan si noe om omfanget, men med økende velstand, økende antall aktører og en allmenn trend i retning av private helsetjenester kan man anta at det totale volumet legevaktliknende konsultasjoner utenfor det etablerte legevakt-systemet er betydelig og økende.

2.3 Sentrale styringsdokumenter

Allmennlegevakt er en del av kommunehelsetjenesten. De sentrale styrende lover er Helse- og omsorgstjenesteloven ⁴, Helsepersonelloven ⁵ og Pasientrettighetsloven ⁶. Forskrift om krav til

akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ⁷ omtaler legevakt og samhandling mellom aktørene i den prehospitale kjeden, men stiller begrensede krav til tjenestens form og innhold.

Det finnes begrensede data om arbeidet som foregår i norske legevakter. Dette skyldes blant annet at legevakt i de fleste kommuner har vært en viktig, men liten funksjon med minimal fast bemanning og uten sterk organisatorisk eller medisinsk faglig forankring. Legearbeidet ivaretas i hovedsak av fastleger som har hovedstilling knyttet til andre oppgaver. Det har vært sparsom datainnsamling og liten grad av offentlig styring med tjenesten. Data finnes først og fremst i allmennlegenes datajournalssystemer, og derfra høstes det ikke inn informasjon. Den beste datakilden er Helfo ⁸, hvorfra man kan hente kvantitative data som antall og type pasientkontakt, diagnosekode, alder- og kjønnsfordeling og i noen grad prosedyrebruk (basert på takstbruk).

Dette er problematisert av mange, men særlig Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) som er forankret ved universitetet i Bergen ⁹. Kompetansesenteret ble opprettet i 2004 og en av hovedoppgavene var å etablere registerdata. Den første nasjonale kartleggingen vedrørende organisering og rutiner fant sted i 2005-2006 ¹⁰.

Kompetansesenteret etablerte deretter "vaktårprosjektet", der 7 antatt representative legevakter har rapportert inn aktivitetsdata siden 2007. I 2009 utarbeidet NKLM et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt ¹¹. Denne rapporten har det siden vært begrenset oppmerksomhet omkring, men fagmiljøet og enkelte politiske miljøer arbeider for å omsette den i handling bl.a. ved å få etablert en særskilt forskrift med krav til innholdet i legevaktstjenesten. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede nærmere hva som kan være et hensiktsmessig innhold i en slik forskrift, og i statsbudsjettet for 2014 er det bebudet en høringsrunde for ny forskrift høsten 2013.

Høyre, Krf og Frp har lagt frem forslag i Stortinget i 2012 og 2013 om å starte tiltak for å styrke legevaktstjenesten ^{12,13}, men forslagene er ikke særlig spesifikke. De daværende regjeringspartiene stemte ned forslagene. Regjeringen Solberg har i sin regjeringserklæring skrevet at de ønsker å "styrke kvaliteten og innføre strengere krav til legevaktstjenesten (akutt-forskriften)" ¹⁴. I samarbeidsavtalen med KrF og venstre er legevakt ikke nevnt. Det er dermed uvisst hvilke konsekvenser årets regjeringsskifte kan få for denne tjenesten, men det er grunn til å forvente at det kan bli noe bevegelse i saken.

Blant annet som resultat av svak sentral styring varierer legevakttjenesten betydelig både organisatorisk, innholdsmessig og kvalitetsmessig. Geografiske forhold spiller naturlig nok også tungt inn. Legevakten i Oslo skiller seg av historiske og andre grunner sterkt fra de fleste andre legevakter. Dette innebærer at nasjonale data som nå genereres har begrenset relevans for Oslo, og at en analyse av lokale data kan være betydningsfull for å forstå hvilke utfordringer som finnes.

2.4 Pågående endringer innenfor legevaktmedisin

Fagmiljøet selv driver utvikling på feltets egne premisser. Den faglige utviklingen har tidligere foregått i sykehusmiljøer og i allmenntjenestemiljøet. Nå foregår også mye fagutvikling internt i legevaktmiljøet, bl.a. gjennom foreningen Norsk legevaktforum¹⁵ og i samspill med det nasjonale kompetansesenteret, som har bidratt sterkt til å etablere en kunnskapsbase og løfte fagfeltets identitet. Mange av legevakttjenestens utfordringer, slik personalet selv ser dem, er beskrevet i senterets forslag til nasjonal handlingsplan.

Samtidig påvirkes feltet sterkt av ytre krefter. På den ene siden står pasientene. Forbrukersamfunnet utvikler seg, og befolkningens forventninger til offentlige tjenester endres parallelt. Tjenestetilbud er i økende grad tilgjengelige hele døgnet og uken, aksepten for rasjonering og ventetid er begrenset. Parallelt med ønsket om tilgjengelighet står kravet om kvalitet, profesjonalitet og serviceinnstilling hos helsetjenesten. Det er gode tider for utelivet og god tilgang på rusmidler, hvilket også genererer akutte skader og sykdommer.

Etterspørselen etter øyeblikkelig hjelp-tjenester synes å være økende i store deler av verden. Det rapporteres økt ambulanseaktivitet, lange ventetider og overbelastede akuttmottak i mange land^{16,17}. Årsakene til "emergency department crowding" debatteres, men det synes ikke å råde konsensus om hvilke pasientkategorier økningen gjelder, hvilke årsaker som ligger bak, eller hvilke tiltak som bør settes inn for å sikre et tilstrekkelig tilbud til befolkningen¹⁸. De motstridende data og uklarhet i utfordringsbildet er beskrevet bl.a. i en rapport fra det britiske underhuset sommeren 2013¹⁹. Mulige årsaker det pekes på i denne rapporten er: Travle allmennleger tar ikke unna, standardisert telefontriage (NHS 111) klarer ikke å redusere antallet henvendelser, omsorgstjenestene klarer ikke tre inn raskt nok til å løse øyeblikkelig hjelp eller å ta imot utskrivningsklare pasienter raskt nok. Rapporten problematiserer også at man har etablert en rekke forskjellige øyeblikkelig hjelp-tjenester

(Accident and emergency departments er supplert med bl.a. "minor injury departments" og "walk-in-centres"). De nye tilbudene ser ikke ut til å avlaste A&E, men bidrar kanskje til en kulturendring i retning av at helsetjenester benyttes akutt ved behov fremfor at man bruker vanlig primærlegetjeneste. Rapporten konkluderer med at en fornuftig måte å vurdere tiltak på er å etablere lokale øyeblikkelig hjelp-styrer som ser på behovene i et begrenset område og finner tiltak tilpasset lokale forhold. Det poengteres imidlertid at et slikt organ ikke kan ha en rådgivende rolle, men må kunne stilles til ansvar og avkreves lokale tiltaksplaner. Dette er en strategi som også kan egne seg for å løse utfordringer i Oslo, ikke minst fordi denne byen på mange måter skiller seg fra landsgjennomsnittet både når det gjelder befolknings sammensetning, etterspørsel etter legevakt tjenester og sammensetning av tjenestetilbud. Utfordringene beskrevet i Storbritannia er lett gjenkjennelige, og enkelte av dem er forsøkt løst gjennom samhandlingsreformen.

Helsemyndigheter, tilsynsorganer, presse og samfunnet for øvrig holder også øye med tjenesten og utformer nye forventninger og krav. Ofte er slik oppmerksomhet fokusert omkring uheldige hendelser. Risikoen for slike er stor i akuttmedisin, og klager på legevakt forekommer 3-4 ganger høyere enn forholdsmessighet skulle tilsi ²⁰.

Samhandlingsreformen ble initiert i 2009²¹. Reformens første fase begynte i 2012, da Helse- og omsorgstjenesteloven erstattet den tidligere kommunehelsetjenesteloven og en rekke andre lovendringer ble iverksatt. Kommunene fikk nye oppgaver, blant dem pliktig mottak av utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering av sykehusopphold innenfor somatikk, og etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene (plikt fra 2016, trappes i Oslo opp fra 2013).

Reformen inneholder i utgangspunktet ikke noe endring av legevaktstjenesten. Indirekte vil den likevel påvirkes, fordi legevakten er innfallsport til helsetjenesten generelt og akuttkjeden spesielt, og må kunne spille på et bredt register av tjenester. Dersom samhandlingsreformen medfører et mer differensiert helsetjenestetilbud vil legevakten måtte forholde seg til dette. Reformens største påvirkning til nå er etableringen av et nytt akutt døgntilbud på kommunalt nivå. I Oslo kalles dette KAD (kommunalt akutt døgnoophold). I 2012 er det etablert 32 slike senger i lokalene til Aker sykehus ²², ifølge Helsedirektoratets beregninger skal sengetallet økes til 72 innen 2016. Denne tjenesten påvirker legevakten på to måter. For det første vil vakthavende lege måtte avgjøre hvilke pasienter som kan få et "like godt eller bedre tilbud" i KAD som i sykehus (slik er det definert i veiledningsmateriellet fra direktoratet ²³).

Dette vil øke behovet for diagnostisk avklaring før pasienten sendes videre, slik at man har et godt grunnlag for å velge behandlingsnivå. Det oppstår også pekeleker der forskjellige akuttavdelinger peker på hverandre og forsøker å unngå innleggelser i egen institusjon. For det andre vil legevaktlegene spille en direkte rolle i oppfølging av inneliggende pasienter ved forverring og annet behov for legetilsyn. I Oslo er sengetallet så stort at man langt på vei kan forsvare ansettelse av egne KAD-leger, men også her vil legevakten for øvrig tre inn på nattestid. I andre deler av landet, der volumet ø-hjelpesenger er lavere, kan fast bemanning vanskelig forsvares og legevaktlegene må antas å spille en sentral rolle i det medisinskfaglige tilbudet ved akuttsengene. I skrivende stund er dette et uavklart forhold i deler av landet, og departementet har måttet redegjøre for sin tolkning av regelverket i brev til KS, Oslo kommune og Legeforeningen i september 2013 ²⁴.

I perioden fra 2008 til 2012 kan man anta at effekten av samhandlingsreformen er begrenset. Reformen medfører imidlertid en ny tenkemåte og en justering av ansvarsområder og forventninger som vil pågå over tid. Kommunehelsetjenesten må løse flere problemer selv, og det blir i mindre grad enn tidligere mulig å legge alle pasienter med endret/nyoppstått behov inn i sykehus. Dette medfører at helsetjenesten må forholde seg til et mer differensiert tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenestens økende kompleksitet bringer også med seg krav til førstelinjetjenesten som "bestiller" av helsetjenester på pasientenes vegne. På 2000-tallet var funksjonsdeling et av begrepene som preget debatten. Man fordelte spesialfunksjoner mellom sykehusene i håp om å oppnå kompetanseutvikling og stordriftsfordeler i spesialavdelingene. Dette var nok vellykket på en del områder, men førte til utfordringer når pasienter hadde flere sykdommer samtidig eller når det var uklart hvilket organsystem som lå til grunn for symptomene. Et eksempel kan være tilbudet til kvinner bosatt i Oslo sentrum som utviklet akutte magesmerter. Ved innleggelse måtte innleggende lege i en lang periode velge mellom medisinsk avdeling på Lovisenberg sykehus, kirurgisk avdeling på Aker eller gynekologisk avdeling på Ullevål. Risikoen for uhensiktsmessige innleggelser var da betydelig. Etter hvert begynte den såkalte Osloprosessen og opprettelsen av Oslo universitetssykehus. Nå er mange funksjoner samlet og valg av innleggelsesadresse noe enklere.

I tillegg til slike organisatoriske forhold utvikler medisinen seg som fag. Kunnskapsmengden øker, det samme gjør behandlingsmulighetene. Dette stiller økende krav til medisinsk kunnskap hos legevaktlegen som skal avgjøre hvilke pasienter som trenger eller kan

nyttiggjøre seg sykehusinnleggelse. For å ta riktig avgjørelse vil det ofte være avgjørende å ha tilgang til noe diagnostikk. Ettersom teknologikostnadene faller og nye metoder blir innarbeidet forskyves diagnostiske verktøy fra sykehus til førstelinjen. Slik øker både tilgjengelighet og etterspørsel etter hurtigtester, labtjenester, radiologi, ultralyd og andre diagnostiske verktøy.

Alt i alt trekker sterke krefter i retning av en styrket og profesjonalisert legevaktjeneste som beveger seg bort det dugnadslignende preget legevaktarbeidet tradisjonelt har hatt i store deler av landet. Dette manifesteres blant annet gjennom sentralisering og interkommunale legevaktordninger²⁵, økende andel fast ansatte og frafall av fastleger i ordningen^{26,27}. Etablering av flere faste stillinger og ønske om å holde legevaktleger ansatt over tid medfører økte forventninger til arbeidsmiljø, akseptable skiftordninger, støttefunksjoner, inntektsnivå og balanse mellom arbeidstid og fritid. Nye formalkrav til tjenesten er også etterspurt.

3 Materiale og metode

Dataene i oppgaven er i hovedsak hentet fra legevaktens pasientjournalssystem Profdoc Vision. Systemet har en del standardrapporter som er bearbeidet og kombinert for å få frem relevante størrelser som kan gi et meningsfylt bilde av arbeidet på Allmennlegevakten og endringer i perioden fra 2008 til 2012.

Som bakteppe og referanse ligger den betydelige befolkningsøkningen i Oslo. Det undersøkes om aktiviteten ved Allmennlegevakten øker mer eller mindre enn befolkningsøkningen skulle tilsi. Videre analyseres bemanningen, og hvorvidt arbeidet har endret seg i form av forskyvninger i pasientgrupper og problemstillinger, frekvens av diagnostiske tester o.l.

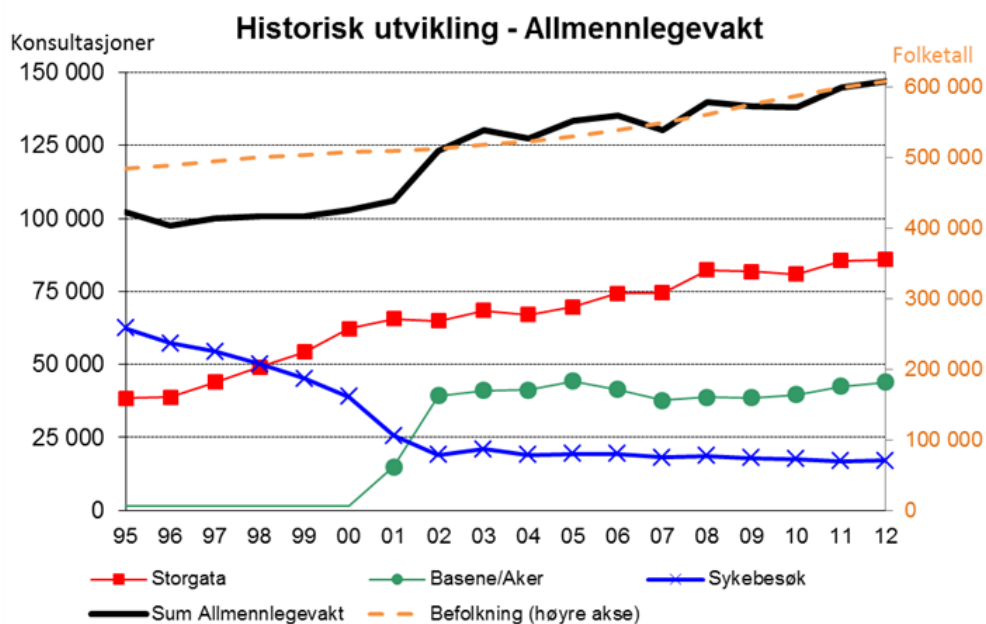
Dataene fra journalssystemet sammenholdes med inntekter fra pasientarbeidet (egenandeler og refusjoner) og lønnsutgifter til legetjenesten. Disse tallene er hentet fra Oslo kommunes regnskapssystem Agresso. Forbruket av tolketjenester er basert på antall fakturerte tolkeoppdrag.

Resultatenes signifikans er en del steder kontrollert ved hjelp av en metode for beregning av 95 % konfidensintervaller for enkle proporsjonstall uten korreksjon for kontinuitet. En signifikant forskjell i proporsjoner (andeler) foreligger når 95 % konfidensintervallene ikke overlapper. Metoden er beskrevet av Robert Newcombe i 1998 ²⁸ og basert på en artikkel av E.B. Wilson i 1927 ²⁹. Kalkulatoren som er benyttet ligger på hjemmesidene til Vassar College i New York, USA ³⁰.

4 Resultater

4.1 Aktivitet ved allmennlegevakttjenesten i Oslo

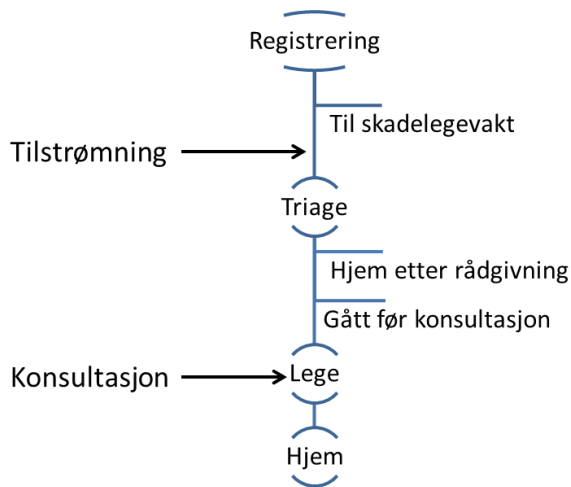
En gjennomgang av historiske tall viser at antall konsultasjoner i allmennlegevakttjenesten har vært jevnt økende i mange år. Særlig må det bemerkes et kraftig hopp i 2001-2002 da det ble opprettet tre legevaktbaser i tillegg til hovedlegevakten. Parallelt med økningen i konsultasjoner har antallet sykebesøk sunket kraftig. Dette er en styrt nedgang, fordi det gir høyere kvalitet og effektivitet å undersøke pasienter på en legevakt i de tilfellene dette er praktisk gjennomførbart. Likevel står legevakten i Oslo for ca en firedel av alle sykebesøk i Norge ³¹.



Figur 3: Konsultasjonstall, allmennlegevakt 1995-2012.

Ikke alle pasienter som oppsøker legevakten gjennomgår en legeundersøkelse. Tilstrømning er brukt som mål på etterspørsel i oppgaven, med det menes antall personlige oppmøter på legevakten som har blitt nedtegnet i Allmennlegevaktens pasientjournal. Pasienter til skadelegevakt er ekskludert. Denne registreringsmåten er valgt fordi direkte oppmøte er den dominerende måten å melde sitt behov på i Oslo. Data på antall telefonhenvendelser er

mangelfulle, og mindre relevante for oppgavens problemstilling. Figuren nedenfor viser pasientflyten på legevakten i Oslo og hvilke tall som benyttes.

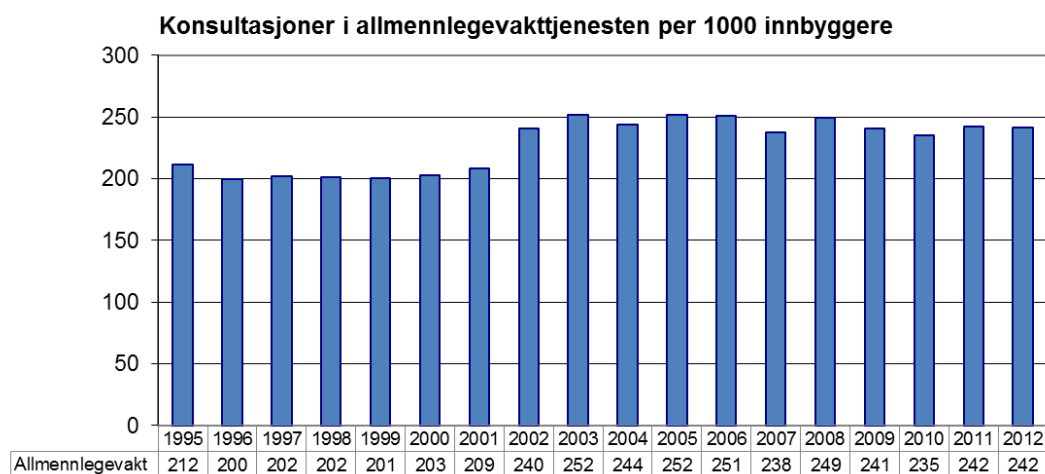


Figur 4: Pasientflyt ved Allmennlegevakten i Storgata.

I årene fra 2008 til 2012 økte folketallet i Oslo med 8,4 %. Samlet tilstrømning til allmennlegevaktene økte med 13 %. Konsultasjonstallet økte i samme periode med 7,4 %. Veksten var mye større på legevakt Aker enn i Storgata. På Aker møtes økningen med tilsvarende økt konsultasjonstall, mens avdelingen i Storgata ikke klarer å ta unna økningen. Alt i alt har konsultasjonraten i femårsperioden sunket fra 249 til 242 per tusen innbyggere.

Tilstrømning og konsultasjoner	2008	2012	Endring 08-12
Befolkning	560 484	607 690	8,4 %
Samlet tilstrømning	127 578	144 201	13,0 %
Aker	38 760	43 966	13,4 %
Storgata	88 818	100 235	12,9 %
Samlet antall konsultasjoner	120 390	129 303	7,4 %
Aker	38 284	43 433	13,4 %
Storgata	82 106	85 870	4,6 %
Andel GFK Storgata	7,8 %	8,4 %	11,1 %

Tabell 1: Etterspørsel etter allmennlegevakt i Oslo 2008-2012.



Figur 5: Konsultasjonsrate per 1000 innbyggere, allmennlegevakt i Oslo.

Når tilstrømningen i Storgata øker mer enn konsultasjonstallet forlater flere pasienter legevakten i ventetiden. Antallet slike "GFK" (gått før konsultasjon) har økt i femårsperioden, og utgjør 8,4 % av pasientene som har ble satt opp til legekonsultasjon i 2012. I tillegg kommer en økende pasientgruppe som registreres i mottakelsen, men ikke settes opp til legekonsultasjon. Denne gruppen utgjør 6494 personer i 2012, det er nesten like mange som GFK-gruppen. Disse registrerte som ikke settes opp til konsultasjon er en gruppe som blir mer fremtredende etter innføring av nytt triagesystem i 2011. Sammenliknbare tall fra tidligere år finnes ikke.

4.2 Pasienttilstrømning i Storgata

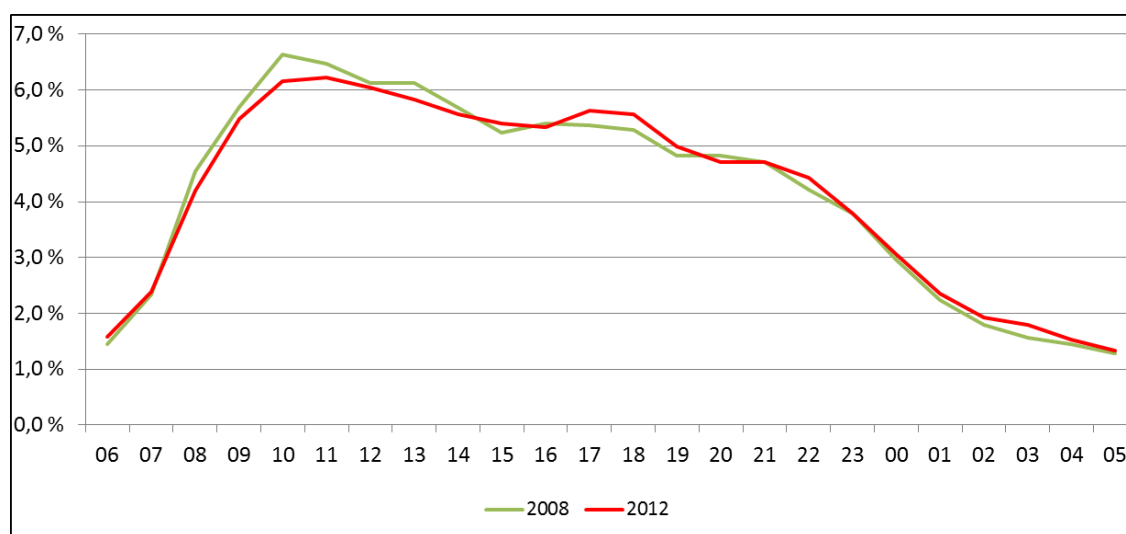
Hensikten med den videre analysen er å undersøke nærmere forholdene på hovedlegevakten i Storgata. De senere årene har altså konsultasjonstallet ikke holdt tritt med økningen i etterspørsel. Det er tilsynelatende dårlig sammenheng mellom input og output. For å forstå dette bedre er det nødvendig å se nærmere på ressurstilgangen for å vurdere om misforholdet kan skyldes ressursmangel, endrede arbeidsoppgaver eller endret organisering av arbeidet.

Tilstrømningen til Storgata har økt med 12,9 %. Erfaringsmessig er kapasiteten best på dagtid, mens det er mer krevende på kvelds- og nattskiftene. Tilstrømningen er derfor analysert fordelt over døgnet, og det kommer frem at det foregår en ytterligere forskyvning mot kveld

og natt. En grafisk tilstrømningskurve time for time gjennom døgnet viser at andelen pasienter er synkende på dagtid og økende særlig i tidsrommet 17-04.

Tilstrømning	2008	2012	Endring 08-12
Tilstrømning Storgata døgn	88 818	100 235	12,9 %
Dag	41 317	44 993	8,9 %
Kveld	30 748	35 433	15,2 %
Natt	16 753	19 809	18,2 %

Tabell 2: Tilstrømning til Allmennlegevakten i Storgata per skift.



Figur 6: Tilstrømningskurve ved Allmennlegevakten i Storgata – andeler per time i et gjennomsnittsdøgn.

4.3 Legebemanning i Storgata

Den avgjørende ressursen i forhold til å få gjennomført konsultasjoner er antallet leger på vakt. Ifølge budsjettene er det tilført 4 legeårsværk (9,9 %) i perioden. Når dette ikke har medført tilsvarende økning i konsultasjonstall kan man spørre seg om de nye årsværkene har blitt satt inn i poliklinikken eller om de har gått med til å løse andre oppgaver. For å avklare dette har jeg gjennomgått turnusplanene for alle leger i detalj og summert opp timetallet i aktivt pasientarbeid i poliklinikken. Arbeid med andre oppgaver er ekskludert (administrativ tid, fordypning, sykebesøk, obspost, legevaktsentralen). Analysen viser at antallet kliniske arbeidstimer økte med 10,6 %. De tilførte årsværkene er altså satt inn i klinisk arbeid.

Neste spørsmål er da i hvilken grad de tilførte legeressursene treffer tidspunktene for økt tilstrømning. Dette er analysert ved å fordele arbeidstimene i arbeidsplanen på henholdsvis dag-, kveld- og nattskift. Denne øvelsen viser at legebemanningen har økt mest om natten (13,5 %) og kvelden (12,0 %), noe mindre om dagen (7,7 %). Dette er uttrykk for en bevisst styrking av skiftene utenom normalarbeidstid. Ettersom legene er fast ansatt (ikke fastleger med annet dagarbeid) må det legges en del vakter til dagtid, men andelen kvelds- og nattarbeid har økt i perioden.

Arbeidstimer i poliklinikken	2008	2012	Endring 08-12
Kliniske legetimer per døgn	137,6	152,1	10,6 %
Legetimer dag	57,3	61,7	7,7 %
Legetimer kveld	50,2	56,2	12,0 %
Legetimer natt	30,2	34,3	13,5 %
Konsultasjoner/legetime (døgn)	1,63	1,55	-5,4 %

Tabell 3: Endring i antall legetimer i poliklinikken 2008-2012.

Når man ser økningen i tilstrømning og bemanning opp mot hverandre fremkommer det at bemanningen har økt noe mindre enn tilstrømningen skulle tilsi. Legene har fått noe mindre tid til rådighet per pasienthenvendelse, og dette er klart mest uttalt om natten.

Analysen viser at det er mest tid til rådighet per henvendelse om natten (37,9 minutter), noe mindre om kvelden (34,7 minutter) og minst på dagtid (30 minutter). Til dette bør det knyttes to kommentarer. For det første vil man om natten ha høyere frekvens av alvorlig sykdom og ressurskrevende problemstillinger, jfr senere avsnitt om konsultasjonenes karakter. Dertil vil man som regel ha et etterslep av pasienter fra kveldsskiftet som må håndteres om natten. Arbeidsbelastningen kan derfor være høyere om natten enn gjennomsnittstallene tyder på.

Tilgjengelig tid per henvendelse	2008	2012	Endring 08-12
Legeminutter pr henvendelse døgn	33,9	33,2	-2,0 %
Legeminutter pr henvendelse dag	30,3	30,0	-1,1 %
Legeminutter pr henvendelse kveld	35,7	34,7	-2,8 %
Legeminutter pr henvendelse natt	39,5	37,9	-4,0 %

Tabell 4: Samsvar mellom pasienttilstrømning og tilgjengelig legetid.

Alt i alt ser vi at det er tilført noe mindre ressurser i legetjenesten enn den økte etterspørselen skulle tilsi, og at dette særlig gjelder om natten.

4.4 Konsultasjonenes karakter og kompleksitet

Til nå har vi sett at pasienttilstrømmingen i Storgata har økt med 12,9 % i perioden og bemanningen med 10,6 %. Konsultasjonstallet har økt med bare 4,6 %. Tidsbruken har økt med 5,7 % fra 36,7 til 38,8 minutter per konsultasjon. Finnes det tall som peker på at arbeidsoppgavene har endret seg, eller er effektivitetstapet forårsaket av endringer i arbeidsmåte og organisering?

Pasientenes alderssammensetning har endret seg noe i perioden. Andelen barn øker noe, mens andelen over 80 synker. Dette korresponderer med befolkningsutviklingen i Oslo, ettersom barnegruppen har økt og eldregruppen falt i antall i denne tidsperioden. Barn på legevakten er ofte en enkel gruppe å behandle, andelen med farlig sykdom er lav og sykehistorien som regel lite komplisert. Denne utviklingen trekker derfor i retning av lettere fremfor tyngre oppgaver.

Alder	2008	95% konf-intervall	2012	95% konf-intervall	Endring 08-12	Signifikans
<20	23,6 %	(23,3 - 23,9)	25,6 %	(25,3 - 25,9)	8,3 %	Ja
20-40	38,5 %	(38,1 - 38,8)	39,5 %	(39,2 - 39,8)	2,7 %	Ja
40-60	22,2 %	(21,9 - 22,5)	20,4 %	(20,1 - 20,6)	-8,3 %	Ja
60-80	10,4 %	(10,2 - 10,6)	10,3 %	(10,1 - 10,5)	-1,1 %	Nei
80+	5,3 %	(5,1 - 5,4)	4,2 %	(4,1 - 4,4)	-19,6 %	Ja

Tabell 5: Pasientenes alderssammensetning ved Allmennlegevakten i Storgata.

I tabell 6 fremkommer det at diagnosesammensetningen også har endret seg. Andelene øker innenfor kapitlene fordøyelse, psykisk, nervesystemet og sosialt. Andelene minker innenfor kapitlene luftveier, øye, øre, hud og kvinnelig kjønnsorgan. Øvrige grupper endrer seg ikke signifikant.

Diagnosegruppe	2008	95% konf-intervall	2012	95% konf-intervall	Endring 08-12	Signifikans
R Luftveier	24,1 %	(23,8 - 24,3)	22,3 %	(22,0 - 22,5)	-7,4 %	ja
D Fordøyelse	16,3 %	(16,1 - 16,5)	16,9 %	(16,6 - 17,1)	3,5 %	ja
A Allment	14,3 %	(14,1 - 14,6)	15,4 %	(15,2 - 15,6)	7,4 %	ja
L Muskel/skjelett	7,2 %	(7,01 - 7,35)	6,9 %	(6,70 - 7,02)	-4,4 %	nei
U Urinveier	6,8 %	(6,59 - 6,92)	7,0 %	(6,82 - 7,14)	3,4 %	nei
F Øye	6,2 %	(6,06 - 6,38)	5,3 %	(5,17 - 5,45)	-14,6 %	ja
P Psykisk	4,8 %	(4,62 - 4,90)	6,5 %	(6,37 - 6,68)	36,9 %	ja
N Nervesystem	4,5 %	(4,42 - 4,69)	5,0 %	(4,83 - 5,11)	9,3 %	ja
K Hjerte/kar	3,7 %	(3,56 - 3,80)	3,8 %	(3,68 - 3,92)	3,3 %	nei
H Øre	3,7 %	(3,53 - 3,77)	3,1 %	(3,03 - 3,25)	-14,0 %	ja
S Hud	2,9 %	(2,83 - 3,05)	2,6 %	(2,54 - 2,74)	-10,1 %	ja
W Svangerskap	2,0 %	(1,87 - 2,05)	2,0 %	(1,93 - 2,11)	3,4 %	nei
X Kvinnelig kjønnsorgan	1,6 %	(1,48 - 1,64)	1,1 %	(1,07 - 1,21)	-26,7 %	ja
Y Mannlig kjønnsorgan	0,8 %	(0,72 - 0,83)	0,7 %	(0,67 - 0,78)	-7,4 %	nei
T Endokrint	0,7 %	(0,64 - 0,75)	0,6 %	(0,57 - 0,67)	-11,2 %	nei
B Blod	0,3 %	(0,28 - 0,35)	0,3 %	(0,27 - 0,34)	-2,5 %	nei
Z Sosialt	0,2 %	(0,19 - 0,25)	0,3 %	(0,31 - 0,39)	57,3 %	ja
- Prosesser	0,1 %	(0,06 - 0,10)	0,1 %	(0,09 - 0,13)	31,1 %	nei

Tabell 6: Diagnosesammensetning ved Allmennlegevakten i Storgata (ICPC2).

Tabell 7 viser andre parametre som det finnes data på og som kan gi en indikasjon på konsultasjonenes kompleksitet.

Indikator	2008	95% konf-intervall	2012	95% konf-intervall	Endring 08-12	Signifikans
Antall ambulanse inn	8156		11 828		45,0 %	
Andel ambulanse	9,9 %	(9,7 - 10,1)	13,8 %	(13,5 - 14,0)	38,7 %	Ja
Andel innleggelser	18,1 %	(17,8 - 18,4)	21,0 %	(20,7 - 21,2)	15,8 %	Ja
Andel overgrep	0,35 %	(0,31 - 0,39)	0,49 %	(0,43 - 0,52)	39,5 %	Ja
Andel tolkeoppdrag*	0,10 %	(0,08 - 0,12)	0,42 %	(0,38 - 0,47)	308,6 %	Ja
Andel forgiftninger	2,9 %	(2,8 - 3,0)	3,7 %	(3,60 - 3,85)	27,2 %	Ja
Andel EKG **	21,6 %	(21,3 - 21,9)	24,3 %	(24,0 - 24,6)	12,5 %	Ja
Andel prøver **	52,8 %	(52,4 - 53,2)	60,5 %	(60,1 - 60,9)	14,5 %	Ja
Andel røntgen	5,4 %	(5,22 - 5,53)	4,5 %	(4,39 - 4,67)	-15,6 %	Ja

*: Hentet fra regnskapssystemet. **: Barneseksjonen er utelatt fra materialet.

Tabell 7: Indikatorer på endringer i karakter og kompleksitet, målt i andel av gjennomførte konsultasjoner.

Antallet pasienter som bringes til legevakten med ambulanse har i perioden økt med 45 % og er nå oppe i 32 pasienter per døgn. Andelen ambulansepasienter øker også kraftig. I tillegg kjøres mange pasienter videre i ambulanse til sykehus. Antall ambulanseoppdrag øker kraftig

i Oslo og Akershus totalt sett, og det er uvisst om økningen til legevakten er større enn den generelle økningen.

Andelen innleggelser har også økt betydelig i perioden. Andelen overgrep er liten, men et gjennomsnitt på mer enn én overgrepspasient per døgn påvirker driften særlig hvis pasienten kommer på et travelt tidspunkt.

Bruken av tolk er tredoblet i perioden.

Det foreligger gode data på andelen akutte forgiftninger fordi det er gjennomført forskningsprosjekter på dette området nettopp i 2008³² og 2012. I begge periodene har alle pasienter som er ankommet med en forgiftning enten av rusmidler eller andre stoffer blitt inkludert i disse studiene. Studien fra 2012 er ikke ferdig analysert, da den inngår i et doktorgrads-prosjekt. Kandidaten har imidlertid frigitt det totale antallet pasienter i 2012, og bekrefter at dataene fra de to undersøkelsene er sammenliknbare. Vi kan dermed slå fast at andelen forgiftningspasienter har økt med 32 % i perioden. Totalt ble 3193 slike pasienter behandlet i 2012, i gjennomsnitt 8,7 pasienter per dag. Disse pasientene ankommer oftest i helger og på kvelds-/nattskift, og vil ofte være ressurskrevende både behandlingsmessig og fordi det gjøres en del registreringer knyttet til forskningsaktiviteten.

Andelen EKG og labundersøkelser er av praktiske grunner analysert bare på avdelingene for voksne, ikke på barneseksjonen. Begge andelene har i perioden økt så mye at det påvirker arbeidsbelastningen (det ble utført ca 40.000 labundersøkelser og 16.000 EKG i 2012).

Andelen røntgenundersøkelser har sunket i perioden.

4.5 Organisering av arbeidet

Ettersom vi ser på effektivitet kan det være nyttig å vurdere om det har foregått vesentlige endringer i organiseringen av arbeidet. En faktor kan være legenes erfaring. Denne er det vanskelig å angi. Avdelingen er organisert med en gruppe på 8-9 "skiftledere" som veileder kollegene. Disse har noen års tjeneste på avdelingen og kjenner arbeidet godt. Gruppen er stabil med lav turnover. Skiftlederne arbeider ikke nattevakter. Antallet skiftledertimer har vært uendret gjennom hele perioden, dermed har andelen skiftledertid blir noe redusert. Når det gjelder de øvrige legene har jeg ikke grunnlag for å si om de har mer/mindre erfaring i 2012 enn i 2008. De fleste leger som rekrutteres til legevakten har kommet direkte fra

turnustjeneste. I 2009-2010 ble det benyttet en gruppe cand.med uten turnustjeneste, men denne gruppen inngikk ikke i vaktlagene i 2008 og 2012.

I 2009 ble det etablert en ruslegevakt-funksjon ved legevakten for å styrke tilbudet til rusmiddelavhengige som ikke trenger akuttmedisinsk hjelp men der akutt rusintervensjon er indisert. Dette antas å bidra til noe økt antall rusmiddelrelaterte problemstillinger, og til økt tidsbruk ettersom en del av disse pasientene blir på legevakten inntil de kan overføres til rusakuttmottak. Funksjonen er nærmere beskrevet i diskusjonen.

I juni 2011 ble det innført systematisk hastegradsortering basert på Manchester Triage Scale (MTS)^{33, 34}. Innføringen har endret arbeidsform, ressursbruk og logistikk i avdelingen betydelig, og slik sett startet en prosess som ikke er fullført. Systemet innebærer at pasientenes hastegrad, som tidligere ble bestemt skjønnsmessig av sykepleier i mottakelsen, nå avgjøres ved bruk av et predefinert kriteriesystem der man tar utgangspunkt i pasientens kontaktårsak/problemstilling. Når man har avdekket kontaktårsaken går sykepleier gjennom en rekke kriterier kalt diskriminatorer som skal identifisere risikopasienter. Hvis noen av diskriminatorene taler for alvorlig tidskritisk sykdom settes hastegrad rød (legetilsyn umiddelbart). Dersom kriteriene ikke oppfylles leter man videre etter diskriminatorer som utløser hastegradene oransje (legetilsyn innen 20 minutter), gul (legetilsyn innen 60 minutter), grønn (legetilsyn innen to timer) eller blå (kan henvises til fastlegen i vanlig åpningstid). Slik jobber man seg nedover hastegradshierarkiet.

Nedenfor gjengis fordelingen av hastegrader i 2012. Det finnes ikke sammenliknbare data fra 2008.

Fordeling av hastegrader 2012	Andel	Måltall ventetid (minutter)	Ventetid, gjennomsnitt	Grad av mål-oppnåelse
Rød	0,4 %	0	ingen*	100 %
Oransje	18,4 %	20	22	63 %
Gul	43,9 %	60	64	62 %
Grønn	37,1 %	120	80	79 %
Blå	0,2 %	ikke definert	74	ikke definert

* Pasienter med rød hastegrad bringes direkte til lege. Innlogging skjer etter konsultasjonen, så ventetidstall foreligger ikke.

Tabell 8: Fordeling av hastegrader etter MTS, Allmennlegevakten i Storgata 2012.

Det kan være noe ventetid før pasientene får samtale med triagesykepleier. For å sikre kritisk syke pasienter er det etablert et registreringspunkt "grovtriage" umiddelbart innenfor inngangsdøren. I grovtriage blir pasientens personalia og kontaktårsak registrert, og pasienter som fremstår med ustabile vitale funksjoner eller særlig alarmerende symptomer bringes direkte til behandling. Andre pasienter blir registrert, får råd og informasjon, og forlater legevakten før triage. Disse blir i dag registrert i pasientjournalen, det skjedde ikke alltid før systemet med registrering i grovtriage ble innført. De fleste pasienter henvises imidlertid til triagesykepleier.

4.6 Økonomiske forhold

Når arbeidsmetoder eller oppgaver endrer seg vil dette gjerne slå inn også på regnskapene. Regnskapstallene viser at den samlede inntekten fra egenandeler og refusjoner økte med 55 % i perioden. Inntekten per pasient økte med 49 %.

Lønnsutgiftene til legene økte i perioden med 71 % (inkludert sosiale utgifter). Utgiftene øker likevel ikke mer i kronebeløp enn inntektene øker. Hvis man regner på marginalkostnad og ekskluderer utgifter til utstyr og hjelpepersonell vil avdelingen stå tilbake med et netto overskudd for hver lege som ansettes, og dette overskuddet har i perioden økt med 10,4 %. Til sammenlikning økte konsumprisindeksen i perioden med 6,7 %.

	2008	2012	Endring 08-12
Inntekt egenandel/refusjon (1000 kr)	42 208	65 621	55,5 %
Inntekt minus lønnsutgifter (1000 kr)	12 898	15 646	21,3 %
Inntekt minus lønn per legeårsverk (1000 kr)	319	352	10,4 %
Egenandel/refusjon per pasient (kr)	514	764	48,7 %
Tidstakster per pasient*	2,23	3,31	48,4 %

*Barneseksjonen er ikke med i beregningen.

Tabell 9: Konsultasjonsutløste inntekter ved Allmennlegevakten i Storgata.

5 Diskusjon

5.1 Forholdet mellom etterspørsel og bemanning

Funnene viser at det er satt inn nesten like mye legeressurser i den undersøkte perioden som økningen i pasienttilstrømning skulle tilsi. Det bør bemerkes at bemanningsøkningen ikke skjedde jevnt, men i én jafs allerede i 2009. Derfra til 2012 har legebemanningen ligget fast. Personalet vil derfor oppleve at bemanningen ikke har økt i takt med etterspørselen de siste årene.

Bemanningsøkningen treffer delvis, men ikke helt, periodene med størst økning i tilstrømning. På nattskiftet er legeressursen per pasienthenvendelse 4 % lavere i 2012 enn i 2008. Om natten er også sårbarheten erfaringsmessig større – det er færre leger på vakt, andelen erfarne leger er lavere, og det er en opphopning av krevende pasientgrupper som akutt kritisk syke, rusmiddelforgiftninger og overgrep. Legebemanningen bør derfor økes igjen i 2013, og økningen bør rettes inn mot kveld og natt. Dette vil få konsekvenser for legenes turnus og arbeidstid.

Pasientstrømmen varierer betydelig fra dag til dag. Det er forskjell på hverdager og helg, og enkelte ukedager kan virke særlig travle. Det kan imidlertid være kraftige variasjoner fra dag til dag og fra time til time. Variabler som årstid, vær, forekomst av arrangementer m.v. har en betydning som ikke er avklart. En nærmere analyse av dette er ønskelig, men ligger utenfor denne oppgaven. Dette lar seg ikke analysere på noen enkel måte med dagens rapportgenerator, så videre analyser må baseres på manuelle tellinger eller nye rapportverktøy. Et annet mulig tiltak er å sette inn beredskapsvakter i turnusen, og kalle disse inn når tilstrømningen tilsier det.

5.2 Arbeidets karakter og kompleksitet

Undersøkelsen viser at effektiviteten målt i konsultasjoner per legetime har sunket med 5,4 % i perioden fra 2008 til 2012. Tidsbruken per pasient har økt. Det gjenspeiler en rekke ulike endringer som trekker i samme retning.

Diagnosesammensetningen tyder på en forskyvning av problemstillinger. Andelen pasienter med sosiale og psykiske plager øker mest. Diagnosegruppene nervesystemet, allment og fordøyelse øker også. Disse gruppene har det til felles at symptomer og tegn ofte er generelle og krever en grundig anamnese. Kvinnelige kjønnsorganer, øye, øre, hud og luftveier har synkende andeler. Førstnevnte krever ofte gynekologisk undersøkelse, mens de fire siste ofte kan avklares med en rask, fokusert undersøkelse eventuelt supplert med labdiagnostikk. Funnene tyder på en glidning fra tradisjonelle, avgrensede legevakt-problemstillinger mot generelle, psykiske og sosiale problemer.

Den kraftige økningen i antall ambulansepasienter påvirker avdelingens pasientflyt. Ambulansepasientene ankommer båretriage inne i avdelingen, og vil ofte forbli båretliggende til de er undersøkt. I denne pasientgruppen finnes mange med akutte problemstillinger som besvimelse, fall, brystmerter, pustevansker og akutt rusmiddelforgiftning. Dertil bringes det inn en del eldre som har hatt ambulansetrykning men trenger en vurdering i forhold til sykehusinnleggelse. Alt i alt er ambulansepasientene ofte tid- og ressurskrevende. Ansatte forteller også at de oftere enn før opplever at sykehusleger ber om at pasienter som er tilsett av sykebesøkslege eller ambulanse vurderes på legevakten før de eventuelt legges inn i sykehus. Legevakten har ikke data som kan bekrefte om praksisen er i endring eller ikke. Hvis dette er riktig genereres merarbeid for legevakten og for de pasientene som viser seg å trenge innleggelse. Praksisen kan imidlertid være ressurs sparende for sykehuset, ettersom noen innleggelser unngås. Hensiktsmessigheten av en eventuell endring må vurderes ut fra både pasientens, legevaktens og sykehusene perspektiv.

Innleggingsraten har økt med 15,8 %. Det kan være mange årsaker til dette. Antallet senger på obsposten økte i perioden fra 16 til 18 (12,5 %), så økt innleggingsrate skyldes ikke redusert observasjonskapasitet. Pasienter som er innleggelsestrengende trenger som regel en grundig undersøkelse, og tid går med til å avtale innleggelse og transport. Økningen i tidsbruk, ambulansepasienter og GFK kan, sammen med forskyvningen i diagnosegrupper, bekrefte ansattes inntrykk av en forskyvning fra enkle mot mer kompliserte problemstillinger. Det kan også tenkes at terskelen for innleggelse er synkende, men det foreligger ikke data som kan klargjøre dette.

Overgrepspasientene er få, men ressurskrevende. På dagtid og i helgene ivaretas pasientene av dedikerte leger som kun har denne funksjonen og som ikke inngår i bemanningsanalysene her. På ukekvalder og -netter ivaretas pasientene av legene på poliklinikken, og dette merkes ofte

godt på skiftene. Rettsmedisinsk undersøkelse, behandling og sporsikring tar som regel flere timer. Dette krever særskilt opplæring, derfor vil en av skiftets erfarne leger ivareta denne oppgaven.

Det er ikke noen enkel sammenheng mellom tolkebruk og andelen fremmedspråklige pasienter, ettersom andelen fremmedspråklige er svært mye høyere enn antallet tolkekonsultasjoner. En kartlegging utført i samarbeid mellom Legevakten, Helse Sør-Øst og Institutt for helse og samfunn ved UiO viste at andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er 42 % ved Allmennlegevakten i Storgata ³⁵. De fleste fremmedspråklige kan kommunisere på et språk personalet kjenner eller de har med seg en uformell tolk. Når formell tolk ansees hensiktsmessig benyttes primært telefontolk, fordi det tar lenger tid å innhente en tilstedetolk. Tredoblingen av antallet tolkeoppdrag er uttrykk for en bevisstgjøring av personalet om at bruk av profesjonell tolk gir bedre konsultasjoner.

I 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere. Frem til dette tidspunktet hadde Oslo kommune, som også er fylkeskommune, et sammenhengende ansvar for alle typer tjenester overfor rusmiddel-avhengige. Etter omleggingen opplevde legevakten og andre som behandlet denne gruppen at tilgangen til akutte rustiltak ble dårligere for pasienter som ikke trengte innleggelse i medisinsk eller psykiatrisk avdeling. Reformen ble bl.a. evaluert av International research institute of Stavanger (IRIS), som konkluderte med at ventetiden hadde økt, samhandlingen mellom hjelpeinstansene var mangelfull og at mye talte for at tilbudet totalt sett var svekket etter reformen ³⁶.

I 2009 ble det etablert en rusakutfunksjon ved Allmennlegevakten. Denne var basert på rapporten Rusakutt i Oslo, der en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Sør-Øst og Oslo kommune anbefalte å etablere en todelt rusakutfunksjon på legevakten og ved et rusakuttmottak (RAM) på Aker sykehus. Det ble etablert et samarbeid mellom de to enhetene slik at man kunne identifisere pasienter som trengte akutt henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og sikre at disse ble vurdert fortløpende. Arbeidsdelingen består i at legevakten står for initialbehandlingen og beholder pasienten til akuttsituasjonen er avklart og det er mulig å avgjøre om det finnes indikasjon og motivasjon til å gå videre med rusintervensjon. Legevaktens poliklinikk fikk utvidet bårkapasitet og flere senger på observasjonsposten. Tilbudet ble omtalt som "ruslegevakten", men var helt integrert i legevaktens øvrige virksomhet og finansiert på samme måte. I praksis innebar dette at man ikke lenger sendte

pasientene videre straks de var avklart medisinsk, men beholdt pasientene i noen timer eller over natten og deretter henviste et utvalg til akuttvurdering på rusakuttmottaket på Aker. Dette innebar dermed en økt tidsbruk på disse pasientene. Dertil tilkom det en ny pasientgruppe som ikke hadde behov for akutt medisinsk behandling, men som kom til legevakten med ønske om henvisning til RAM. Omtrent samtidig ble behovsvurdering ved ønske om akutt overnattingsplass hos Rusmiddeletaten (nå Velferdsetaten) flyttet fra overnattingsstedene selv til legevakten. Denne funksjonen ivaretas av Avdeling for psykososiale tjenester, men Allmennlegevakten koples noen ganger inn i vurderingen. Samlet sett økte tilstrømmningen av rusmiddelavhengige. Dette har medført noe ubehag for andre pasienter pga innslag av uro, lukt og liknende. Dette kan tenkes å bidra til at enkelte pasientgrupper søker hjelp andre steder hvis de har mulighet til det.

Bruk av EKG og labprøver er økende i perioden, men i mindre grad enn andelen "tunge" pasienter som angitt ovenfor skulle tilsi. Det er ikke gjort matematiske vurderinger av hvorvidt økningen kan forklares av pasientforskyvninger eller ikke. Det er imidlertid grunn til, i videre utvikling av rutiner for pasienthåndtering, å vurdere nøye om det er en fornuftig balanse mellom standardiserte forundersøkelser og undersøkelser rekvirert av lege. Det er også grunn til å diskutere betydningen av supplerende undersøkelser og sikre at indikasjonene ikke utvides for mye. Dette har man jobbet med over tid når det gjelder røntgenundersøkelser, og analysen viser at raten har sunket med hele 15,6 % fra 2008 til 2012. En kontrollundersøkelse i røntgenavdelingens systemer bekrefter at nedgangen er reell. Dette gir håp om at intervensjoner kan ha effekt.

5.3 Organisering av arbeidet

5.3.1 Manchester Triage Scale

Innføring av MTS medfører at sykepleier har et bedre grunnlag for å vurdere om pasienter skal vente på legekonsultasjon eller om det er trygt at de reiser hjem eller oppsøker et annet tjenestetilbud. En del pasienter reiser til Legevakt Aker, som har et mindre omfattende medisinsk tilbud men ofte kortere ventetid enn i Storgata. Triage antas å være kvalitetshevende og sikre at det er de riktige pasientene, med lav hastegrad, som forlater legevakten. Dokumentasjonen av sykepleiernes vurderinger er også bedre, og arbeidet følges opp med kvalitetssikring i form av opplæring, veiledning og audit (kvalitetskontroll av ansatte). Det

foreligger mye dokumentasjon på effekt og pasientsikkerhet ved bruk av MTS, men effekten ved vår legevakt er foreløpig lite undersøkt. Det er ønskelig å analysere nærmere rådgivningen og arbeidet som foregår i mottakelsen.

Blant pasientene som settes opp til legekonsultasjon er det også en del som går i ventetiden. Det er disse som omtales som GFK (gått før konsultasjon). Internasjonalt brukes gjerne begrepet LWBS ("leaving without being seen") eller "emergency department leavers". Slike undersøkelser ser bl.a. nærmere på risiko for alvorlig sykdom ved GFK^{37, 38, 39}, karakteristika ved GFK-pasientene⁴⁰ og karakteristika ved akuttmottak som opplever høye GFK-rater^{41, 42}.

En undersøkelse av akuttmottak i California⁴³ viste en stor spredning i GFK-rate fra null til 20 %. De fleste mottakene rapportert mellom null og 5 %. Ved Allmennlegevakten i Storgata økte andelen fra 7,5 til 8,4 % i perioden 2008-2012. Det foreligger lite informasjon om disse pasientene. En nærmere analyse av GFK-gruppen kan gi informasjon om når på døgnet og uken GFK forekommer hyppigst, hvorfor pasientene går før konsultasjon, hvorvidt de har fått tilstrekkelig hjelp av triagesykepleier, hvorvidt det er stor risiko for mangelfull behandling og liknende. Slik informasjon vil være nyttig for å avgjøre i hvilken grad man bør prioritere å redusere antallet GFK.

Legenes arbeid inne i avdelingen påvirkes også av etableringen av MTS. Fingraderingen i fem hastegrader gir bedre muligheter for å prioritere oppgavene. De få røde pasientene ivaretas umiddelbart, men det er utfordrende å tilse oransje og gule pasienter i tide. Disse utgjør omkring 60 % av pasientmengden ved denne avdelingen. Det er ønskelig å differensiere gruppen med gule pasienter slik at man kan prioritere innad blant disse.

Legene uttrykker at de etter overgangen fra skjønnsbasert triage til MTS sjeldnere oppdager kritisk syke pasienter blant de lavt prioriterte. Imidlertid er andelen pasienter med høy hastegrad betydelig. For å møte målsetningen om raskt tilsyn har det i perioden vært en økende tendens til at leger må avbryte konsultasjoner for å gjøre foreløpige vurderinger av nyankomne pasienter med høy hastegrad. Dermed ender legene opp med flere parallellkonsultasjoner enn tidligere. Dette kan medføre økt tidsbruk på den enkelte, og sannsynligvis også en økt risiko for forglemmelser, sammenblanding av pasienter og liknende feil.

Det økende antallet ambulansepasienter bidrar også til forskyvning av pasienter til det teamet som håndterer alvorlig syke og bærelyggende. Oversikten blir dårligere, plassforholdene utilstrekkelige og oversikten over arbeidsoppgavene mer krevende. Det vil bli en sentral oppgave i tiden fremover å analysere pasientflyt og arbeidsdeling i avdelingen nærmere og justere for å unngå uheldige virkninger. En måte å gripe dette an på vil være å legge føringer på hvilke leger som skal gjøre tilsyn med de dårligste pasientene, og hvilke tiltak, prøver og behandlingsrom som bør benyttes når de forskjellige diskriminatorene utløser en hastegrad. Koordinatorfunksjonen og arbeidsdelingen mellom leger og sykepleiere bør også vurderes på nytt. En god balanse mellom predefinerte forløp og skjønn antas å kunne effektivisere driften betydelig.

Det bør også bemerkes at lokalene i Storgata 40 er en stor praktisk utfordring. De logistiske løsningene er ikke gode i avdelingen, som holder til i en bygning fra 1859. Mulighetene for utbedringer er begrenset, også fordi bygningen er fredet. Siden 2008 har det pågått et arbeid for å flytte legevakten til et nybygg, men dette har foreløpig ikke kommet forbi konseptfasen.

5.3.2 Andre prosjekter i avdelingen

I 2011 begynte allmennlegene i avdelingen å utføre ultralydundersøkelser. Primær målgruppe er pasienter med blødning/smerter i første trimester. Denne pasientgruppen er betydelig, men avdelingen er usikker på kvaliteten og merverdien av å gjøre ultralyd på vårt nivå. Arbeidet har derfor utviklet seg til et prøveprosjekt som evalueres i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Tilbudet antas å ha begrenset effekt på avdelingens effektivitet, fordi indikasjonsstillingen er begrenset og bare 8 leger har opplæring og deltar i prosjektet.

Det ble også i perioden gjennomført en studie på nedre urinveisinfeksjoner. Sykepleier gjør et standardisert anamneseopptak på pasienter med mulig ukomplisert cystitt og hvis ingen eksklusjonskriterier utløses forskrives legene behandling uten å snakke med pasienten.

I perioden som her analyseres er det gjennomført to store kartleggingsstudier av akutte rusmiddelforgiftninger. Det pågår også rutinemessig en omfattende registrering knyttet til overgrepsmottakets pasienter, og denne vurderes utvidet.

Slik forsknings- og registreringsaktivitet kan påvirke arbeidsform og tidsbruk i konsultasjonene. Tidligere år har antallet pågående studier og prosjekter vært lavere.

5.3.3 Omorganisering av sykehusene i hovedstadsområdet

Siden 2008 har det pågått en omorganisering av sykehusene i Osloområdet. Prosessen har hatt som mål å oppnå bedre samordning og ressursutnyttelse i sykehusene i hovedstadsområdet. Helseregionene Sør og Øst ble fusjonert i 2007. Nye Ahus åpnet i 2008, og i 2011 overtok Ahus ansvaret for tre bydeler i Oslo med 160.000 innbyggere. Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker sykehus ble fusjonert til Oslo universitetssykehus i 2009. Sommeren 2012 ble mesteparten av akuttfunksjonene ved Aker sykehus flyttet til Ullevål. Denne kontinuerlige omstillingsprosessen har vært krevende for sykehusene å gjennomføre, og har også medført utfordringer i primærhelsetjenesten. Legevakten har et én-til-mange-forhold til sykehusene og blir sterkt påvirket av kapasitetsutfordringer, usikkerhet omkring ansvarsområdet og liknende som medfører at man må bruke tid på å finne ut hva som er beste tiltak for pasienten. Det foreligger imidlertid ikke data som kan understøtte at dette har forandret seg. Tilsvarende må man anta at samhandlingsreformen vil medføre et forflytning av oppgaver fra sykehus til primærhelsetjeneste. Dette kan øke arbeidsmengden på legevakten i årene fremover. I 2013 ser vi at etablering av et kommunalt akutt døgntilbud (KAD) medfører økt kompleksitet og i noen situasjoner økt ressursbruk, men heller ikke her foreligger det noen relevante data fra den perioden som er undersøkt.

5.4 Økonomiske forhold

Det fremkommer av undersøkelsen at normaltariffens oppbygning har understøttet utviklingen med økt tidsbruk på legevakten. Inntektene øker kraftig og mer enn antallet konsultasjoner. Årsaken til dette er normaltariffens ordning med tidstakster. Dette elementet har blitt prioritert i normaltariff-forhandlingene flere ganger de senere årene. Tidsbruk ut over 20 minutter utløser en slik tidstakst hvert 15. minutt. Når tidsbruken øker følger inntektene etter. Dette står i kontrast til sykehusenes finansieringssystem, der aktivitetskomponenten er satt som en fast gjennomsnittspris for hver enkelt DRG.

Alt i alt må vi kunne si at de økonomiske rammebetingelsene har vært gode i femårsperioden. Økt tidsbruk medfører ikke økonomisk tap, hvilket gjør det mulig å påta seg oppgaver som tar tid (inntektene øker riktignok mer hvis man øker konsultasjonstallet). Å behandle de sykeste og de sosialt utslåtte to helt sentrale oppgaver og en sentral del av identiteten ved legevakten i Oslo. Legevakten åpnet i år 1900 i en by med store økonomiske og sosiale problemer etter en

periode med eksplosiv vekst og et voldsomt boligkrakk i 1899. Legevakten har satt seg som mål å være et sikkerhetsnett for alle dem som ikke ivaretas av andre deler av helse- og sosialtjenesten ⁴⁴. Dette medfører fokus på slike oppgaver, og kanskje en dreining bort fra enklere legevaktmedisin som infeksjoner og smertetilstander uten allmennpåvirkning.

6 Oppsummering

Denne oppgaven beskriver endringer i mange variabler som på forskjellige måter beskriver driften ved Allmennlegevakten i Oslo i 2008 og 2012. Til sammen definerer tallene et utfordringsbilde ved avdelingen. Først har jeg undersøkt om det er samsvar mellom etterspørsel, legeressurser og konsultasjonstall. Etterspørselen øker mest (12,9 %), ressurstilførselen noe mindre (10,6 %). Aktiviteten målt i antall konsultasjoner øker ikke tilsvarende (4,6 %).

Effektiviteten målt i konsultasjoner er synkende i perioden. En delforklaring kan være at ressursinnsatsen bare delvis har truffet tidspunktene for økt tilstrømning av pasienter, slik sett er legebemanningen noe svekket på kveld og natt. Analysen gjort her er relativt grov.

Tidsbruken per konsultasjon har økt i perioden. Undersøkelsen tyder på at arbeidets kompleksitet øker. Diagnosesammensetningen tyder på en glidning fra tradisjonelle, avgrensede legevakt-problemstillinger mot generelle, psykiske og sosiale problemstillinger. Andelene ambulansepasienter, tolkebruk, overgrep og akutte forgiftninger øker. Jeg finner også en økende andel EKG- og labundersøkelser. Alle disse indikatorene trekker i retning av mer tidsbruk. Fallende bruk av røntgenundersøkelser trekker motsatt retning. Dette siste er resultat av en bevisst satsing for å begrense bruk av radiologi til situasjoner der resultatet vil være avgjørende for videre håndtering av pasienten. Det kan være liknende gevinster å hente ved å fokusere på riktig bruk av andre tilleggundersøkelser.

Imidlertid er det et åpent spørsmål om forskyvning mot tyngre pasienter fullt ut kan forklare fallet i konsultasjoner per legetime. Arbeidsformen i poliklinikken har også endret seg betydelig i perioden. Det mest gjennomgripende endringen er innføring av Manchester Triage System (MTS) som prioriteringsverktøy. Dette påvirker pasientflyten og arbeidsprosessene betydelig. Videre arbeid med arbeidsprosessene må baseres på tett samarbeid mellom sykepleier- og legegruppen og rettes inn mot en hensiktsmessig arbeidsflyt slik at effektiviteten på skiftene øker.

Innføringen av MTS har medført bedre dokumentasjon av arbeidet i mottakelsen. Dette materialet bør undersøkes nærmere for å øke forståelsen av det arbeidet som foregår der og som ender med at pasienten ikke settes opp til legekonsultasjon. Her kan det ligge en gevinst i fremtiden – å sikre at pasienter som ikke trenger legeundersøkelse avvikles i mottakelsen

(eller ved telefonkontakt) på en trygg måte. Det er lettere å jobbe med en slik målsetning når vi har et validert beslutningsstøttesystem i bunnen slik at vi kan føle oss trygge på at det vil gå bra med de pasientene vi råder til å forlate legevakten.

En annen gruppe vi trenger mer kunnskap om er GFK-pasientene som settes opp til legeundersøkelse, men forlater legevakten i ventetiden. Denne gruppen har økt med 17,2 % i perioden, og utgjør nå 8,4 % av pasientene som settes opp til lege. Det vil være av verdi å finne ut når dette skjer, hvorfor pasientene går, om de har fått tilstrekkelig hjelp og om noen av dem risikerer uheldige hendelser. Slik kunnskap kan tydeliggjøre hvorvidt dagens kapasitetsutfordringer er et medisinsk problem eller om antallet GFK primært er en service- og omdømmeutfordring.

Litteraturliste

¹ Asplin B, Magid D, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA: A Conceptual Model of Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2003;42:173-180.

² IS-1457 Overgrepsmottak. Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet 2007.

³ Larsen Ø. Legevakten 1900-2000.

⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven. <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

⁵ Helsepersonelloven. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

⁶ Pasientrettighetsloven. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

⁷ Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>

⁸ Helseøkonomiforvaltningen <http://www.helfo.no/omhelfo/Sider/default.aspx>

⁹ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen.
<http://helse.uni.no/default.aspx?site=8>

¹⁰ Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH, Nieber T, Thesen J, Bondevik GT, Hunskaar S. Beliggenhet, lokaler og rutiner ved norske legevakter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:1339 – 42.

¹¹ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin Rapport nr. 1-2009. ...er hjelpta nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. ISBN 978-82-92970-08-9.

¹² : <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2011-2012/dok8-201112-108/?lvl=0#a1.2.8>

¹³ <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2012-2013/dok8-201213-076/>

¹⁴ Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. Sundvollen, 7. oktober 2013.

¹⁵ <http://legevaktforum.no/>

¹⁶ Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, Bernhard M, Bertini A, Gries A, Ferrandiz S, Kumar VA, Harjola VP, Hogan B, Madsen B, Mason S, Ohlén G, Rainer T, Rathlev N, Revue E, Richardson D, Sattarian M, Schull MJ. *International*

perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12):1358-70.

¹⁷ Toloo S, Rego J, FitzGerald G, Aitken P, Ting J, Quinn J, Enraght-Moony E (2012): *Emergency Health Services (EHS): Demand and Service Delivery Models. Monograph 2: Queensland EHS Users' Profile*. Queensland University of Technology. ISBN: 978-1-921897-52-8.

¹⁸ He J, Hou X, Toloo S, Patrick JR, Fitzgerald J. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World J Emerg Med* 2011;2(4):253-261).

¹⁹ Urgent and emergency services, House of Commons Health Committee, Second Report of Session 2013-14, 16.07.2013.

²⁰ Bratland SZ, muntlige presentasjoner 2010.

²¹ St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

²² <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/kad/>

²³ Helsedirektoratet 2013: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell revidert 01/2013.

²⁴ Bruk av kommunal legevakt i tilknytning til ø-hjelpsplasser i kommunen. Brev til KS fra Helse- og omsorgsdepartementet 19.09.2013.

²⁵ Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskår S, Blinkenberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organisering av legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:1335 – 8.

²⁶ Otterlei B, Bentzen N. Færre fastleger deltar i legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:1351 – 3.

²⁷ Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:2513 – 6.

²⁸ Newcombe, Robert G. "Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods," *Statistics in Medicine*, 17, 857-872 (1998).

²⁹ Wilson, EB "Probable Inference, the Law of Succession, and Statistical Inference," *Journal of the American Statistical Association*, 22, 209-212 (1927).

³⁰ <http://www.vassarstats.net/prop1.html>

³¹ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport nr. 3-2013 Årsstatistikk fra legevakt 2012.

-
- ³² Lund C, Vallersnes OM, Jacobsen D, Ekeberg Ø, Hovda KE (2012). Outpatient treatment of acute poisonings in Oslo: poisoning pattern, factors associated with hospitalization, and mortality. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2012 Jan 4;20:1.
- ³³ Advanced life support group <http://www.alsg.org/uk/node/24>
- ³⁴ Norwegian Manchester Triage Group <http://www.nakos.no/course/category.php?id=100>
- ³⁵ Ruud SE, Aga R, Birkeland HA, Nore AK, Sandvik E, Hjortdal P. Prosjekt Likeverdige helsetjenester. En kvantitativ analyse av pasienter med innvandrerbakgrunn som henvender seg til allmenlegevaktene og skadelegevaktene i Oslo og Lillestrøm samt innlegges akuttmottaket på AHUS. Prosjektrapport 2009.
- ³⁶ Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. Rapport IRIS - 2006/228. ISBN: 978-82-490-0503-1.
- ³⁷ Fayyaz J, Khursheed M, Mir MU, Mehmood A. Odds for the Patients Who Leave ED Without Being Seen. *BMC Emerg Med.* 2013;13(1).
- ³⁸ Tropea J, Sundararajan V, Gorelik A, Kennedy M, Cameron P, Brand CA. Patients who leave without being seen in emergency departments: an analysis of predictive factors and outcomes. *Acad Emerg Med.* 2012 Apr;19(4):439-47.
- ³⁹ Sainsbury SJ. Emergency patients who leave without being seen: are urgently ill or injured patients leaving without care? *Mil Med.* 1990 Oct;155(10):460-4.
- ⁴⁰ Monzon J, Friedman SM, Clarke C, Arenovich T. Patients who leave the emergency department without being seen by a physician: a control-matched study. *Can J Emerg Med* 2005;7(2):107-13.
- ⁴¹ Hobbs D, Kunzman SC, Tandberg D, Sklar D. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med.* 2000 Nov;18(7):767-72.
- ⁴² Arendt KW, Sadosty AT, Weaver AL, Brent CR, Boie ET. The left-without-being-seen patients: what would keep them from leaving? *Ann Emerg Med.* 2003 Sep; 42(3):317-23.
- ⁴³ Hsia RY, Asch SM, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Sun BC. Hospital determinants of emergency department left without being seen rates. *Ann Emerg Med.* 2011 Jul;58(1):24-32.
- ⁴⁴ Oslo kommune Helseetaten. Strategisk plan 2013 – 2016.