

Norut Alta notat 8.mai 2013:

Konsekvenser for kommunene på kort og lengre sikt av fritak fra legevakt fra fylte 55 år

Margrete Gaski og Birgit Abelsen

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for notatet

Fastleger har fra 1.1.2013 rett til fritak fra legevakttjeneste fra fylte 55 år (tidligere 60 år). KS ønsket å få kartlagt hvordan kommunene innretter seg for, og står rustet til, å imøtekomme denne endringen i aldersgrense.

1.2 Problemstillinger og metode

Dette notatet belyser følgende problemstillinger:

- **Hvilke konsekvenser har fastsettelse av fritak fra legevakt fra fylte 55 år fått for kommunene?**
- **Hva kan man anta at konsekvensene blir på kort og på lengre sikt?**

Notatet er videre delt i fem avsnitt (2-6). Avsnittene gir svar på følgende spørsmål:

- Hvor mange leger er i dag i aldersgruppen 55-59 år?
- Hvor stort var bortfallet av leger i legevakt ved endring av aldersgrensen?
- Hvordan er prognosene for legevaktoppdekning på litt lengre sikt?
- Hvilke konsekvenser og utfordringer medfører senkning av aldersgrense for kommunene – og med hvilke tiltak møter kommunene dette?
- Medfører senkning av aldersgrensen for fritak fra legevakt ekstra kostnader for kommunene?

Problemstillingene er belyst med analyser av sekundære kvantitative data fra HelseDirektoratets styringsdata for fastlegeordningen (et særskilt uttrekk av data er benyttet), og data fra en undersøkelse gjennomført ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Med utgangspunkt i Nklm sin undersøkelse fra 2008 (Sandvik et al, 2012) samt styringsdata, er bortfallet av fastleger i legevakt ved innføring av ny aldersgrense estimert. Høgne Sandvik ved Nklm har for dette formålet gjort et særskilt uttrekk for oss fra sitt datamateriale. Vi vil understreke at det er knyttet usikkerhet til estimatene.

Kvantitative data er supplert med primære, kvalitative data samlet inn gjennom dybdeintervju med leder Steinar Hunskaar ved Nklm og dybdeintervjuer med personell knyttet til ti legevakter; ledere for legevakter, og/eller kommunale ledere. Vi har tilstrebet å sette sammen et utvalg legevakter fra ulike deler av landet, med ulik størrelse på kommunene og varierende sentralitet og avstand til sykehus. De første tre legevaktinformantene som ble intervjuet, ble valgt ut etter anbefaling fra leder ved Nklm. De øvrige er valgt ut enten etter tips fra de første tre, eller etter egne forhåndskunnskaper. Enkelte av legevaktene er valgt ut fordi de har fått store utfordringer etter endringen av aldersgrense for å få fritak.

2 Hvor mange leger er i dag i aldersgruppen 55-59 år?

I tabell 1 er alle praktiserende fastleger i Norge fordelt etter alder pr 1.1.2013¹. Tabellen viser at det var 715 fastleger i aldersgruppen 55-59 år. Disse legene utgjør 16,5 prosent av landets fastleger. Ved årets start kunne de be seg fritatt fra legevakt.

Tabell 1: Landets fastleger fordelt i aldersgrupper. Alder er beregnet pr 1.1.2013.

Aldersgruppe	Antall	Prosent
25-34 år	568	13,2
35-44 år	1 243	28,9
45-54 år	1 013	23,5
55-59 år	715	16,5
60 år og eldre	765	17,8
Totalt	4 304*	100,0

* Det er til sammen 20 fastleger som ikke har noen registrert alder i styringsdata om fastlegeordningen. Disse er ikke inkludert i tabellen.

Tabell 2 viser hvordan fastlegene i de ulike aldersgruppene er fordelt etter arbeidsstedskommunenes sentralitet². To av tre fastleger i aldersgruppen 55-59 år arbeider i de mest sentrale kommunene, mens 9 % arbeider i de minst sentrale kommunene. Tabellen viser også at 12 % av legene i de minst sentrale kommunene er i aldersgruppen 55-59 år. Tilsvarende andel i de mest sentrale kommunene er 18 %.

Vi har estimert det gjennomsnittlige antall fastleger i aldersgruppen 55-59 år i de minst sentrale kommunene til 0,4³ leger pr kommune, mens tilsvarende antall i de mest sentrale kommunene er estimert til 3,3⁴ leger pr kommune.

¹ Fastleger som inngår i tallmaterialet var aktive 29.04.2013.

² Med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det er funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Inndelingen er gjort av SSB og deler landets kommuner inn i minst sentral (0), mindre sentral (1), noe sentral (2), sentrale kommuner (3).

³ $3,3 * 0,12 = 0,396$

⁴ $18,3 * 0,18 = 3,294$

Tabell 2: Landets fastleger fordelt i aldersgrupper og etter arbeidsstedskommunenes sentralitet.

Aldersgruppe	Minst sentral	Mindre sentral	Noe sentral	Sentral	Totalt	
25-34 år	22 %	108	63	96	301	568
35-44 år	30 %	149	88	223	783	1 243
45-54 år	22 %	108	62	157	686	1 013
55-59 år	12 %	62	47	124	482	715
		9 %	7 %	17 %	67 %	100 %
60 år og eldre	14 %	71	52	151	491	765
Totalt	100 %	498	312	751	2 743	4 304
Estimert gjennomsnittlig antall fastleger pr kommune⁵		3,3	6,2	9,6	18,3	10,0

Tabell 3 viser hvordan fastlegene i de ulike aldersgruppene er fordelt etter antall innbyggere i arbeidsstedskommunen. Majoriteten (70 %) av fastlegene i aldersgruppen 55-59 år arbeider i en kommune med mer enn 15 000 innbyggere, mens 9 % arbeider i en kommune med under 5 000 innbyggere. I kommunene med under 5 000 innbyggere utgjør aldersgruppen 55-59 år 13 % av alle fastleger. Tilsvarende andel i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer er 11 %. *Det er med andre ord en relativt sett større andel av fastlegene i de minste kommunene som nå kan be om fritak enn i de største.*

Tabell 3: Landets fastleger fordelt i aldersgrupper og etter antall innbyggere i arbeidsstedskommunen.

Aldersgruppe	Under 5 000	5 000-14 999	15 000-50 000	50 000 eller flere	Totalt	
25-34 år	23 %	117	179	155	117	568
35-44 år	37 %	186	281	380	396	1 243
45-54 år	26 %	128	191	296	398	1 013
55-59 år	13 %	65	148	199	303	715
		9 %	21 %	28 %	42 %	100 %
60 år og eldre	19 %	93	157	235	280	765
Totalt	100 %	498	312	751	2 743	4 304

Fastlegene i aldersgruppen 55-59 år representerer viktig kompetanse og erfaring. Tabell 4 viser at de i gjennomsnitt har arbeidet i nåværende arbeidsforhold i 10,6 år. Både i de sentrale, noe sentrale, mindre sentrale og i de minst sentrale kommunene forsvinner potensielt mye erfaring og kompetanse fra legevaktene rundt omkring i landet med det nye fritaket.

⁵ Beregnet ved å dividere totalt antall fastleger med antall kommuner.

Tabell 4: Gjennomsnittlig lengde på nåværende arbeidsforhold (målt i år) blant landets fastleger fordelt i aldersgrupper og etter arbeidsstedskommunenenes sentralitet.

Aldersgruppe	Minst sentral	Mindre sentral	Noe sentral	Sentral	Totalt
25-34 år	1,3	1,6	1,1	1,4	1,4
35-44 år	5,3	4,8	4,9	5,0	5,0
45-54 år	7,8	8,9	8,7	9,5	9,2
55-59 år	9,4	9,9	10,5	10,9	10,6
60 år og eldre	9,5	10,7	11,1	11,3	11,1
Totalt	6,1	6,7	7,4	7,9	7,5

3 Hvor stort var bortfallet av leger i legevakt ved endring av aldersgrensen?

Det er obligatorisk for fastleger å delta i legevakt. Men både nytt og gammelt avtaleverk gir rett til fritak under visse forutsetninger. Tidligere undersøkelser under gammelt regelverk med rett til fritak fra 60 år, viser at langt flere enn de som har hatt formelt fritak, ikke har deltatt i legevakt (Sandvik og Hunskaar 2007, Sandvik, Zakariassen og Hunskaar 2007).

Sandvik et al (2012) fant at kun 53 % av alle fastleger deltok i legevakt i 2008. Andelen deltagere avtok med fastlegens alder. I aldersgruppen 55-59 år deltok bare 34 % av fastlegene⁶.

Det å komme fram til hvilke fastleger som deltar i legevakt, er et relativt omfattende analysearbeid som krever kobling av data fra ulike registre. Vi har sett det som hensiktsmessig med hensyn til tilgjengelig tid og ressurser, å ta utgangspunkt i undersøkelsen fra 2008. Vi har brukt denne og styringsdata for fastlegeordningen som grunnlag for vårt estimat av den reelle størrelsen på bortfallet av leger i legevakt som følge av ny forskrift. Vi har ikke funnet andre studier å støtte oss på her.

Tabell 1 viser at det er 715 fastleger i aldersgruppen 55-59 år. Dersom man antar at 34 % av disse deltok i legevakt før ny forskrift og at alle disse nå vil be seg fritatt, så vil bortfallet reelt sett være på 243 fastleger.

Sandvik et al (2012) fant at andelen fastleger i legevakt varierte med arbeidsstedskommunenenes sentralitet. I aldersgruppen 55-59 år var andelen i legevakt 56 % i de minst sentrale kommunene, 58 % i de mindre sentrale, 38 % i de noe sentrale og 25 % i de sentrale⁶. *Disse tallene viser at fastlegene i aldersgruppen 55-59 år har utgjort en betydelig større andel av legevaktstyrken i de minst sentrale kommunene sammenliknet med de mer sentrale.*

⁶ Særskilt uttrekk fra datamaterialet.

Tabell 5 viser hvordan bortfallet på 243 fastleger vil fordele seg i forhold til sentralitet dersom vi legger variasjonen fra Sandviks datamateriale til grunn for estimatene.

Tabell 5: Estimert bortfall fra legevakt fordelt på arbeidsstedskommunens sentralitet.

Aldersgruppe	Minst sentral	Mindre sentral	Noe sentral	Sentral	Totalt
55 – 59 år	37	29	50	127	243

4 Hvordan er prognosene for legevaktoppdekning på litt lengre sikt?

I løpet av perioden 1.1.2014 til 1.1.2018 vil til sammen 554 av legene som i dag er i jobb som fastlege, ha fylt 55 år (se tabell 6). Hvis vi antar at det i dagens populasjon av fastleger i aldersgruppen 50-54 år ikke kommer noen nye til eller faller noen fra før disse blir 55 år, og at andelen som deltar i legevakt i aldersgruppen 55 -59 år holder seg stabilt på 34 %, så tyder våre estimat på at det totale reelle frafallet av fastleger fra legevakt i aldersgruppen 55-59 år vil være til sammen 190 fastleger i løpet av de neste 5 år. Dette er imidlertid trolig en usikker forutsetning, samtidig som mange andre forhold vil spille inn noe som gjør det vanskelig å komme med en sikker prognose for den framtidige effekten av fritaket.

Tabell 6: Prognoser for frafall fra legevakt i aldersgruppen 55-59 år i løpet av de neste 5 år⁷.

	I løpet av 2013	I løpet av 2014	I løpet av 2015	I løpet av 2016	I løpet av 2017	Totalt de neste 5 år
Antall nye 55 åringer	122	95	117	113	107	554
Estimert bortfall (34 %)	42	32	40	39	37	190

5 Hvilke konsekvenser og utfordringer medfører senkning av aldersgrense for kommunene – og med hvilke tiltak møter kommunene dette?

Konsekvensene av at aldersgrensen for fritak er satt ned fra 60 til 55 år er svært ulike i kommunene. Hvor store konsekvensene er, varierer ved de 10 legevaktene som vi har undersøkt. De avhenger av legevaktens størrelse (i form av hvor mange som deler på å ta vakter), alderssammensetningen blant fastlegene, og mulighetene for å inngå interkommunalt samarbeid om legevakt (forstått som reiseavstander).

De negative konsekvensene er i første rekke knyttet til at det nå er for lite personell til å *bemanne* legevakten slik som legevaktene var organisert frem til årsskiftet 2012/2013, og til at mye *kompetanse* forsvinner ut av legevaktene sammen med legene som er 55+. Man forventer at dette på sikt gir negative konsekvenser for *rekrutteringen* av nye fastleger. I

⁷ Fom 1.1.2013.

tillegg er det også identifisert *uro og en solidaritetsmessig konsekvens*, og mer bruk av *administrativ tid*.

5.1 Konsekvenser

5.1.1 For lite personell for å bemanne legevakten

En alvorlig konsekvens av at aldersgrensen for fritak er senket, er at etablerte vaktordninger bryter sammen i tilfeller hvor antallet leger som skal dele på vaktene, reduseres betydelig. Dette kan illustreres gjennom eksempler fra tre av kommunene i kartleggingen:

- I x-kommune var det ved årsskiftet 2012/2013 åtte fastleger (tre under 55 år) og en turnuskandidat som gikk legevakt, samt en fastlege over 60 år som ikke gikk legevakt. Alle over 55 ba om fritak fra å gå legevakt. I dag kan 3 fastleger samt 1 turnuslege, av de til sammen 10 legene, gå legevakt.
- I xx-kommune var det ved årsskiftet 9-delt vakt, med 8 fastleger og 1 turnuslege, i tillegg til 1 lege over 60 år som ikke gikk vakt. I dag er det igjen kun tre av ni som går legevakt, de øvrige er i alderen 55-59 år og har fritak.
- xxx-kommune hadde ved årsskiftet tre fastleger og alle tre gikk legevakt. To av de tre er mellom 55 og 60 år, en har allerede bedt om fritak, og en annen vil be om fritak. Det blir da kun en lege igjen til legevakt.
- Det interkommunale legevaktsamarbeidet i y-kommunene, har frem til nyttår hatt 18-delt turnus med 19 leger. Slik har man kunnet ha en lege med en pauseperiode hele tiden. Men perspektivene er dystre; allerede i dag har man kun 14 leger som går legevakt, og turnuslegene er satt i vanlig vaktturnus i eget navn, mens de tidligere ble tildelt vakter fra de øvrige fastlegene. 20-30 prosent av vaktene tas jevnt over av vikarer i dag (kort- eller langtidsvikarer). Fra 2015 vil legevaktsamarbeidet ha 10 fastleger under 55 år, og fra 2017 kun 8 som er under 55 år.

5.1.2 Konsekvenser som gjelder kompetanse

De negative konsekvensene som gjelder kompetanse, kan allerede knyttes til følgende; flere legevaktsleger har språkvansker fordi de har et annet morsmål enn norsk, færre legevaktsleger er spesialister i allmennmedisin, det er dårligere kvalitet i bakvaksordningene, dårligere kvalitet i opplæringen av turnusleger og vikarer, og lokalkompetansen blant vaktlegene blir dårligere. Et eksempel: en interkommunal legevakt som går fra 18-delt til 14-delt vakt fordi de mister fire leger som er i aldersgruppen 55-59 år, mister fire av de mest erfarne og kompetente legevaktslegene. De fire legene man mister er alle spesialister i allmennmedisin, og alle har norsk morsmål.

Språkproblemer

De eldre fastlegene 55+ som gikk legevakt inntil aldersgrensen ble endret, blir i en del tilfeller erstattet av kort- eller langtidsvikarer. Blant vikarene er andelen som ikke har norsk

morsmål, høyere, enn blant fastlegene. Dette vil føre med seg større grad av kommunikasjonsproblemer.

Færre spesialister i allmennmedisin

En stor del av legene på 55+ som nå har fått fritak fra legevakt, er spesialister i allmennmedisin. Dermed går andelen spesialister som går legevakt ned, noe som medfører at kompetansen på legevaktene blir lavere. En av informantene peker på hvordan endret aldersgrense oppfattes som et stort tap når det gjelder kompetanse på legevakten:

«Det er sørgelig at spesialister i allmennmedisin som er 55 år ikke skal fortsette å gå legevakt. Legene er selv overrasket, det ble vi i administrasjonen også. Vi trenger absolutt disse legene.»

Dårligere opplæring av turnusleger og vikarer

Det uttrykkes bekymring til at opplæringen av turnusleger og vikarer blir dårligere, som følge av at andelen fastleger og andelen spesialister i allmennmedisin blant legevaktslegene, blir lavere. Ikke minst det at det er de mest erfarne legevaktslegene som forsvinner ut av legevakten. Turnusleger må fremover i større grad ha vakter sammen med vikarer, noe som ventelig gir mindre læringseffekt. En informant peker på hvordan dette tapet av kompetanse er en katastrofe for dem:

«... det viktigste vi mister er utrolig mye kompetanse. Turnuslegene mister sin sjanse til å gå på jobb sammen med en erfaren lege. Hvis vi tenker 2013-2014 kan vi miste inntil 5 erfarne leger (av 18). Dette er katastrofe, siden de tar med erfaringen sin og går.»

Bakvaktordninger

Retten til fritak gjør at man mister de eldre legene som man kunne ha rekruttert til litt lettere vaktoppgaver, som å gå bakvakt.

Lokalkompetanse

De som har hatt vakter i 20 år har en lokalkompetanse som pasientene og kommunen går glipp av.

5.1.3 Konsekvenser for rekruttering til kommuner som inngår i fådelt legevakt

De fastlegene som blir igjen til å gå legevakt etter at eldre leger har fått fritak, må gå vakt oftere enn før. En konsekvens av dette er større utfordringer i rekrutteringen av nye fastleger. Flere av informantene peker på dette. Det pekes på at nyutdannede leger er opptatt av vaktbelastning og av måten vaktene gjennomføres på. For eksempel vil en endring fra å gå vakt hver 18.dag til å gå hver 10.dag, ha stor betydning for hvor attraktiv en fastlegestilling er.

5.1.4 Uro og solidaritetsmessige konsekvenser

Forskriftsendringen har skapt nye problemer. En informant peker på hvordan endringen har gitt seg utslag i uro og misnøye:

«Forskriftsendringen har medført at en vaktordning som har fungert svært godt og vært helt uproblematisk å organisere fram til forskriftsendringen kom, har medført stor misnøye i legegruppen og frustrasjon mot kommunen.»

Senkning av aldersgrensen for fritak fra legevakt innebærer at man sier at fritiden til godt voksne personer med liten sannsynlighet for omsorgsoppgaver, har en annen verdi enn fritiden til yngre leger med familie og omsorgsoppgaver. Yngre leger er irriterte over at leger over 55 år får fritak fra legevakt som et velferdsgode.

Ved en av de 10 legevaktene som er kartlagt, synes situasjonen imidlertid å være annerledes. Kommunen har seks fastleger og 1 turnuslege. Tre av fastlegene passerer 55 år i løpet av dette året og de to neste årene, og en er over 60 år og går ikke legevakt. Den sjettede stillingen ble opprettet av kommunen for tre år side, for å imøtekomme fastlegene og for at man skulle kunne være i stand til å opprettholde legevakt, da avstander gjør det vanskelig å delta i interkommunal legevakt. Legene har i sitt ansettelsesforhold rett til permisjon i 4 måneder hvert 3.år, slik at en av dem til enhver tid er ute i permisjon eller ferie.

Vaktordningen er derfor i praksis 5-delt, og det brukes ikke vikarer utenom en fast vikar som kommer hver påske. Kommuneoverlegen antar at de eldre legene (55+) kommer til å fortsette å delta i legevakt, med bakgrunn i lojalitet ovenfor kollegiet.

5.1.5 Konsekvenser som gjelder administrativ tid

Så lenge det finnes nok leger å sette inn i vaktturnusen, er det ikke konsekvenser av senkning av aldersgrensen som gjelder administrativ tid. Men i det øyeblikk man må bruke (flere) vikarer, går det mer tid til administrasjon. Denne ekstra tidskostnaden vil i de fleste tilfeller komme i hver enkelt kommune som inngår i interkommunalt samarbeid, og ikke for lederen av den interkommunale legevakten.

Lederen for et interkommunalt legevaktsamarbeid sier at det tar mer tid å lage vaktturnus når man ikke har noen navn å legge inn, men at det er opp til hver av de 6 kommunene i legevaktsamarbeidet å bruke tid på å skaffe denne legen. Slik er problemet skjøvet over til den enkelte kommuneadministrasjon.

5.1.6 Konsekvenser av større legevakter for både personell og pasienter

Selv om begrunnelsen for interkommunalt samarbeid om legevakt først og fremst er at tiltaket skal løse bemanningsutfordringene, har samarbeidet også andre konsekvenser.

En positiv konsekvens som er identifisert, er knyttet til bedre arbeidsforhold for legevaksleger i de tilfeller hvor små legevakter betjent av en enkelt lege og uten hjelpepersonell, erstattes av en større interkommunal legevakt med hjelpepersonell og gjerne flere leger på vakt samtidig (avhengig av størrelsen), hvor den enkelte lege har muligheter for å rådføre seg med andre.

Når en legevakt betjent av en enkelt lege uten hjelpepersonell, erstattes av en større interkommunal legevakt, kan man samtidig peke på en negativ konsekvens for pasientene med lengre reiseavstand til en større legevakt, og at de i de fleste tilfeller da vil treffe på en lege som ikke er fastlege i egen kommune og dermed mangler lokalkunnskaper og kjennskap

til pasienten. En positiv konsekvens for pasienten kan knyttes til at man kommer til en større legevakt som er betjent med flere.

5.2 Tiltak som settes i verk

I tilfeller hvor vaktordningen har brutt sammen på grunn av at et betydelig antall av fastlegene som gikk vakt er mellom 55 og 59 år, og nå har fått fritak fra å gå vakt, har vi registrert at følgende tiltak/løsninger er iverksatt: man går fra mangedelt til fådelt legevakt, det er mer bruk av vikarer, det gis økt lønn for å beholde eldre leger på legevakten, og det etableres mer interkommunalt samarbeid om legevakt. Det er i liten grad satt i verk tiltak for å forskyve hendelser fra legevakt til fastleger på dagtid.

5.2.1 Fra mangedelt til fådelt legevakt

Et eksempel på reduksjon i antallet leger som deler legevakt, er hentet fra en av de interkommunale legevaktene som er kartlagt. De hadde ved årsskiftet 18-delt vaktordning. I dag er det 16-delt vakt siden to av legene mellom 55 og 59 år har bedt om fritak. Det har kommet signaler på at ytterligere to leger i samme aldersgruppe vil be om fritak i løpet av året. Resultatet er at vaktordningen vil gå fra 18-delt til 14-delt.

5.2.2 Mer bruk av vikarer

For legevakter hvor andelen vakter som har dekning har gått ned så mye at det ikke er mulig eller ønskelig å dekke dette opp kun ved fastleger, og hvor det geografisk sett er vanskelig med økt interkommunalt samarbeid, er bruk av vikarer løsningen det pekes på.

5.2.3 Økt lønn til eldre fastleger som likevel fortsetter å gå legevakt

En måte å møte bemanningsutfordringen, er å gi høyere lønn til leger over 55 år. Et eksempel er fra en kommune, hvor fem av de ti legene fikk fritak på grunn av alder fra årsskiftet 2012/2013. To av disse legene er kjøpt inn igjen, med påfølgende høyere lønnsutgifter for kommunen. Det vil si at kommunen har innført en tredelt avlønningsordning for legevakt; pliktige vakter, ikke pliktige vakter, og ikke-pliktige vakter 55+. Sistnevnte lønnes høyest. Dette tiltaket kan ses på som ikke bare et tiltak for å løse bemanningsutfordringen, men også et tiltak for å beholde erfaring og kompetanse.

5.2.4 Mer interkommunalt samarbeid om legevakt

Økt interkommunalt samarbeid er et tiltak som er satt inn både i enkeltkommuner som legger ned egen legevakt og blir en del av en interkommunal legevakt, og i enkeltkommuner som har hatt egen legevakt om ettermiddagene og interkommunal nattevakt og som nå har interkommunal vakt både ettermiddag og natt.

5.2.5 Tiltak for å forskyve hendelser fra legevakt til egen fastlege på dagtid

I kartleggingen har informantene i liten grad pekt på konkrete tiltak for å unngå «lekkasjer» fra fastleger til legevakt, eller styrke fastlegens ansvar for akutt-tjenester til egne pasienter på dagtid. Dette kan gjelde at alle som trenger det får time samme dag hos fastlegen slik at de ikke henvises til legevakten, eller at fastlegen i større grad tar ansvar for sykebesøk til egne pasienter som ikke kan komme på legekantoret. En interkommunal legevakt har på

lengre sikt pekt på at de har et mål om bedre tilgang til fastlegenes timelister, men dette er foreløpig på tanke- og forslagsplanet.

5.3 Oppsummering av konsekvenser og tiltak - og hvilke utfordringer de svarer på

Konsekvensene av forskriftsendringen er svært ulike i kommunene, og avhenger av legevaktens størrelse, alderssammensetningen blant fastlegene, og mulighetene for interkommunalt samarbeid om legevakt.

De negative konsekvensene er i første rekke knyttet bemanningsproblemer, til at erfaring og kompetanse forsvinner ut av legevakten, til rekruttering av nye fastleger, til uro og en solidaritetsmessig konsekvens, og til mer bruk av administrativ tid.

De fire tiltakene fra mangedelt til fådelt legevakt, mer vikarbruk, økt lønn til 55+, og mer interkommunalt samarbeid, er først og fremst tiltak for å svare på utfordringen som gjelder for lite personell til å bemanne legevakten. Tiltakene med økt lønn for leger over 55 for at de skal fortsette å gå legevakt, kan også ses på som et tiltak for å beholde kompetanse – ikke bare tiltak for å få vakkabalen til å gå opp. Tiltak som innebærer mer interkommunalt samarbeid om legevakt, kan også ses på som et tiltak for å styrke kompetansen på legevakten.

6 Medfører senkning av aldersgrensen for fritak fra legevakt økte kostnader for kommunene?

Gjennom kartleggingen som er gjort ved 10 legevakter, har vi funnet ut at endringen av aldersgrense for fritak medfører kostnader. Med dette datagrunnlaget har vi imidlertid ikke noen holdepunkter for å estimere hvor store disse kostnadene vil være totalt sett. Vi vil imidlertid peke på hvilke ekstra kostnader vi har identifisert:

- Mer lønn til leger over 55 år for å fortsette å delta i legevakt.
- Kostnad for enkeltkommuner som deltar i interkommunale legevakter, og som ikke selv kan stille med mange nok leger men «lever på» leger fra de øvrige kommunene. Et eksempel: *«Vi har for få leger å bidra med inn i fellesskapet, siden to av våre fikk fritak nå da de passerte 55 år. Det er for tidlig å si noe om størrelsen på kostnadene. Men det er antydning at vår kommune må betale fellesskapet i den nye interkommunale legevakten en sum, siden det er så få leger fra vår kommune som kan ta vakter – og dette ville vi unngått hvis ikke aldersgrensen var blitt satt ned fra 60 til 55 år.»*
- Kostnader knyttet til økt bruk av vikarer:
 - vikarreiser for hver vikar: en kommune som har egen legevakt på ettermiddagstid med 10-delt vakt og kun 5 egne fastleger til å fylle dette, antar at ekstrakostnadene deres forbundet med å skaffe vikarer til legevakt beløper seg til et sted mellom 1 og 1,5 millioner kroner for 2013.
 - mer administrativ tid til å skaffe vikarer
 - opplæring av vikarer: en interkommunal legevakt peker på opplæringskostnadene knyttet til vikarbruk som innebærer en ekstra sykepleier på jobb i minimum to dager for å lære vikaren datasystemet,

prosedyrer osv. Kostnader ved å ha en sykepleier på jobb en ekstra vakt anslås til 2800- 3000 kr pr vakt, det vil si 5600-6000 kroner for hver vikar som tas inn.

- Økt vaktbelastning gjør fastlegestillinger mindre attraktive, og kan medføre økte kostnader ved rekruttering.

7 Litteratur

Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Legeforen nr. 10, 2007: 1347-50.

Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen nr. 20, 2012: 2277-80.

Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Legeforen nr. 127, 207: 2513-16.