



Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt

■ GUTTORM RAKNES OG STEINAR HUNSKÅR *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*

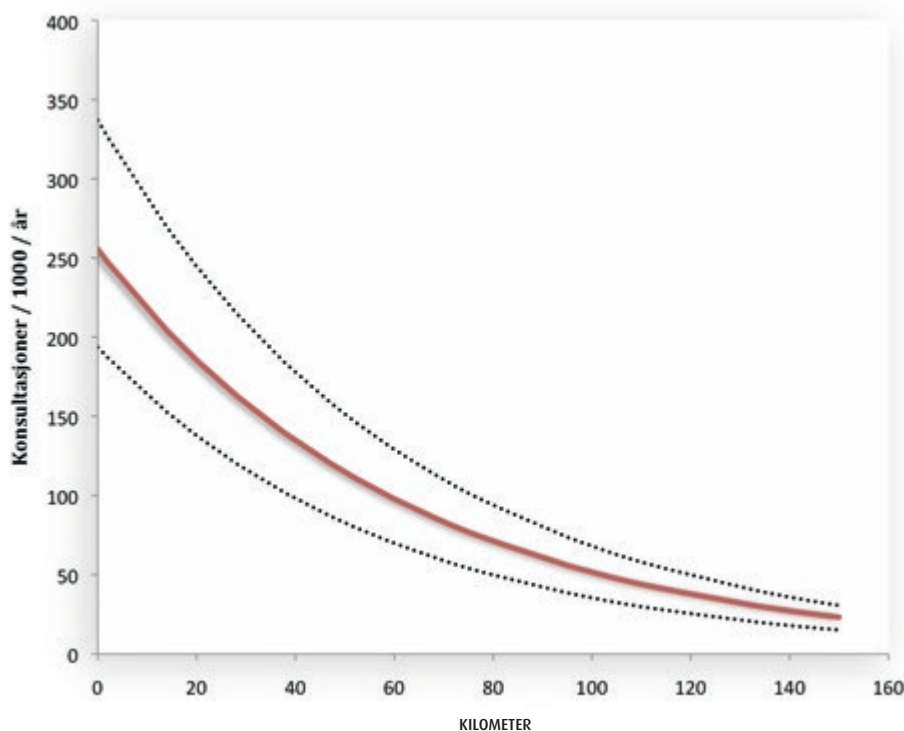
Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt tar til orde for at landet organiseres i 60 til 80 legevaktdistrikter med 30 000 til 100 000 innbyggere innen et rimelig areal for å kunne tilfredstille moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet. Selv om handlingsplanen legger opp til at et legevaktdistrikt kan inneholde flere legevaktstasjoner og bakvaktordninger, vil en slik legevaktreform bety at mange pasienter får betydelig lengre reisevei til legevaktlokalet. Nye data bekrefter at økende avstand til legevaktslokalet er sterkt forbundet med redusert bruk av denne tjenesten. Hvilke konsekvenser bør det ha for organiseringen av fremtidens legevakt?

Stadig flere kommuner velger å samarbeide interkommunalt om løsninger for å dekke sine legevaktforpliktelser. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) hilser denne utviklingen velkommen. Større interkommunale legevakter gir mer profesjonell organisering av tjenesten og bidrar til å sikre stabil tilgang på utstyr og helsepersonell slik at pasientene sikres god og forsvarlig behandling. Større enheter åpner for bedre samhandling med andre nødetater, og kan bidra til god medisinsk oppfølging av kommunale akutt-senger.

Ny kunnskap om geografi og legevaktbruk

I *Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt* (1) anbefaler Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) at landet organiseres i 60 til 80 legevaktdistrikter med 30 000 til 100 000 innbyggere. At økende avstand gir lavere bruk bør ikke komme som noen overraskelse for noen, dette gjelder nærmest alle typer helsetjenester inkludert psykiatri og geriatri. En nylig publisert studie fra Nklm indikerer at stor avstand i motsetning til en rekke demografiske og sosioøkonomiske forhold er assosiert med en betydelig reduksjon i bruken av legevakt (2).

Studien er basert på tall fra Arendal legevakt, et av syv såkalte «Vakttårn» som hver



FIGUR 1: Den røde linjen viser beregnet sammenheng mellom avstand og konsultasjonsrate ved kommunene som inngår i Arendal legevaktdistrikt i perioden 2007–2011. De stiplede linjene angir 95 prosent konfidensintervall.

BASERT PÅ DATA FRA (2).



Hypigheten av sykebesøk og legeutrykning med ambulanse er størst i legevaktlokalets nærområde. FOTO TONE MORKEN

måned siden 2007 har rapporterer aktivitetsdata til Nkml. Legevakten er lokalisert til Arendal sykehus og betjener ti kommuner i Aust-Agder og Telemark med en samlet befolkning på rundt 90 000 (2011). Avstandene fra befolkningstygdepunktene i de ti kommunene til legevakten i Arendal varierer fra to til 131 kilometer.

Hovedendepunkter i studien var antall kontakter og legekonsultasjoner per 1000 innbyggere per år. I tillegg undersøkte vi assosiasjoner mellom reiseavstand og frekvens av andre kontakttyper, alders- og kjønnsammensetning og frekvens av ulike hastegrader i henhold til Norsk medisinsk indeks.

Kontakt- og konsultasjonsrater

Resultatene viste eksponentiell reduksjon i bruk av legevakt med økende avstand. For hver km fra legevaktlokalet falt kontaktraten med 0,9 prosent. Innbyggere med en reisevei på 76 km kontakter legevakten halvparten så ofte som de som bor i umiddelbar nærhet av legevaktlokalet. Korrelasjonen mellom

økende avstand og redusert konsultasjonsrate er enda sterkere. Her faller raten med hele 1,6 prosent per km, eller en halvering etter 43 km (SE FIGUR 1).

Kompenserer legevaktlegene for den lave konsultasjonsraten ved å ringe oftere til pasientene? Bare til en viss grad. Økningen i frekvensen av telefonkonsultasjoner til personer som bor fem mil unna legevaktlokalet tilsvarte bare tre prosent av reduksjonen i legevakt-konsultasjonene. Våre tall tyder også på økt terskel for å dra hjem til pasientene. Femti km økt reisevei var assosiert med en firedels reduksjon i sykebesøksrate.

Demografiske og sosioøkonomiske faktorer

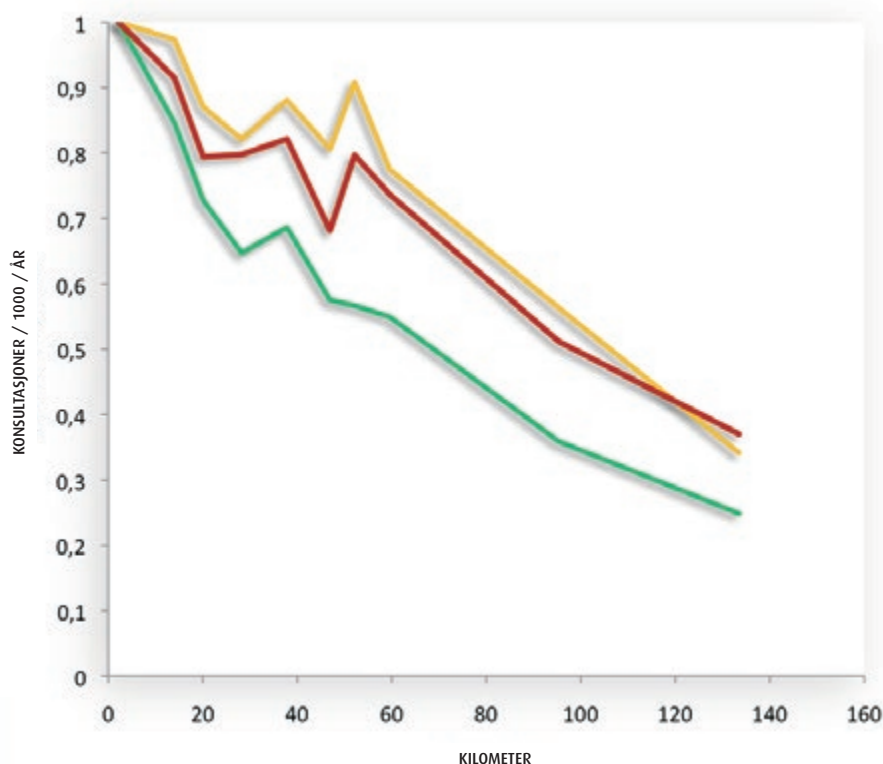
Mange vil innvende at forskjeller mellom by og land i inntekt, utdanningsnivå, aldersammensetning og tilgang på helsetjenester er vel så relevante forklaringsvariabler som avstanden i seg selv. For å undersøke dette innhentet vi offentlig statistikk på legedekning, andel personer over 80 år i kommunene, bruttoinn-

tekt, inntektsulikhet og andel personer med grunnskole som høyeste utdanning. Multipel regresjon viste at endringen i kontaktraten ikke kunne forklares med noen av disse faktorene. For legekonsultasjonsraten fant vi at avtakende legedekning og høyere andel med bare grunnskole bidrar, men effekten av dette var liten sammenlignet med avstand isolert sett.

Hastegrader og ambulansebruk

Vi hører ofte at når innbyggere i ytterkanten av store legevaktstrikter først tar kontakt med legevakten, oppfattes behovet for å komme til legevakten som mer reelt enn hos legevaktbrukere som bor like ved. Det er derfor paradoksalt at våre tall viser at jo lenger reiseavstand, dess mindre andel av kontaktene resulterer i konsultasjon på legevakten.

For hastegradsvurderinger i henhold til Norsk medisinsk indeks, var som forventet fallet størst for antallet kontakter vurdert som grønn hastegrad. Mer overraskende er det at frekvensen av gule og røde henvendelser også



FIGUR 2: Relativ rekvens av rød, gul og grønn hastegrad etter avstand mellom befolkningstygndepunktet i de ti kommunene og Arendal legevakt (Arendal kommune = 1).

falt signifikant med økende avstand (FIGUR 2). Fem mil økt avstand var assosiert med 30 prosent færre gule og 22 prosent færre røde responser. Også ambulansbruken er skjevfordelt. Antall legeutrykninger per 1000 innbygger per år med ambulanse falt med 0,7 prosent per kilometer økt avstand fra legevaktlokalet.

Fortolkning

Dette er en økologisk studie hvor en har analysert aggregerte data på kommunenivå. Med et slikt design skal en være forsiktig med å slå fast årsakssammenhenger. Både mangel på andre forklaringer og den sterke graden av korrelasjon tyder likevel på at det er reiseavstanden som forklarer mesteparten av variasjonen i bruken av legevakt.

Det er verd å merke seg at denne studien er utført ved én legevakt, og en kan stille spørsmål ved om resultatene fra studien er overførbare til andre legevakter. Foreløpige upubliserte data viser at sammenhengen mellom avstand og legevaktøkning ser ut til å være den samme også i andre kommuner.

Funnene i studien gir oss et redskap til å kunne forutsi hvor mye legevaktbruken vil endre seg ved sammenslåing eller oppsplitting av legevaktstrikter, og kan gi basis for prognoser for hvor stor aktiviteten fra de en-

kelte deltakende kommunene vil bli. En kan dermed også anslå behov for bemanning. Tallene gir i seg selv ikke grunnlag for å vurdere hva som er optimal størrelse for et legevaktstrikte, men kan gi en pekepinn til beslutningstakere om hva som er største akseptable reisevei til en legevaktstasjon.

En naturlig bekymring er forsvarligheten ved geografisk store legevaktstrikter når en ser den lave bruken av legevakt i utkantene, særlig med tanke på at hyppigheten av gule og røde responser og bruk av ambulanse også avtar med avstand. Det er utfordrende å undersøke om økende avstand gir flere uønskede hendelser. Statistikk over varsler til Helse-tilsynet om legevakt i de undersøkte kommunene kan neppe brukes siden det dreier seg om svært få tilfeller. Det finnes heller ikke annen forskning eller nåværende myndighetskrav som antyder hva som bør være maksimal reiseavstand til legevakt.

Rettferdighet

Studien vår viser en urettferdig fordeling av utnyttelsen av legevaktstjenestene. Funnene i studien vår kan forklares både med overforbruk av legevakt av befolkningen nær legevakten, og underforbruk i periferien. Andelen av kontaktene som resulterte i legekonsultasjon var fallende med økende avstand. Dette

kan tolkes som at de som bor nært legevakten gis lettere tilgang til tjenesten enn de som bor langt borte. Avstand bør være en faktor som tas hensyn til når kostnadene ved interkommunal legevakt skal fordeles. En bør unngå modeller hvor fjerntliggende kommuner betaler en uforholdsmessig stor del av overforbruket i de sentrale delene av et legevaktstrikte.

Hvordan redusere overforbruket sentralt

Nklm mener flere tiltak er nødvendige for å motvirke ulikhetene i tilgang på legevakt. Det viktigste vis fra produksjon til beredskap. For mange legevakters del betyr det at man ikke lenger skal fungere som et kveldsåpent legekontor. Mindre alvorlige tilstander må i større grad prioriteres bort fra legevakt og over til fastlegene. Tall fra Vakt-tårnprosjektet viser at tre av fire henvendelser til legevakten er klassifisert som grønn hastegrad, det vil si tilstander som kan vente. Ofte er dette pasienter som ville sett tilstanden an på egenhånd hadde de bodd lenger unna. En annen viktig gruppe er pasienter som finner det bekvemmelig å komme innom legevakten etter ordinær åpningstid på fastlegekontoret. I praksis er det sjelden at slike pasienter avvises.

Det er viktig å sikre at medarbeidere i legevakter og legevaktssentral får god opplæring i triagering og prioritering. Tiltak for å bedre kapasiteten i fastlegeordningen vil kunne redusere antall henvendelser som ikke hører hjemme på legevakt.

Ved de fleste legevakter er legenes lønn for det meste aktivitetsbasert. Flere pasienter betyr mer inntekt. Dette fører til at legene har insentiv til å «plukke lavhengende frukter», det vil si å utføre raske, ukompliserte konsultasjoner på tilstander som ikke hører hjemme på legevakt.

Nklm mener at fastlønn til legevaktssentrale vil bidra til at mulighetene for inntjening ikke lenger vil ha betydning for om en pasient tas inn til konsultasjon eller ei. Vi har grunn til å tro at medisinske vurderinger og beredskapstankegang hos legene vil bli enda sterkere dersom man går bort fra aktivitetsbasert lønn. En forutsetning er at lønnen blir så høy at det fremdeles vil være attraktivt for fastlegene å delta i legevakt.

Hvordan sikre tilstrekkelig tilgang på legevakt i periferien

I store sentraliserte legevaktstrikter vil det ta uforsvarlig lang tid før legevaktlegen kan være på plass ved tidskritiske hendelser, i alle fall dersom det bare er en lege på vakt.

Forslaget til nasjonal handlingsplan for legevakt inneholder flere tiltak for å bøte på

dette. Dersom befolkningsgrunnlaget er til stede og geografien tilsier det kan et legevakt-distrikt ha flere enn en legevaktstasjon. Handlingsplanen legger også opp til at det til enhver tid skal være minst to leger på vakt, noe som vil gjøre det lettere å få lege til å rykke ut over lengre avstander, samtidig som beredskapen sentralt ivaretas.

Ved lange reiseavstander bør det være bakvaktordninger som kan aktiveres ved livstruende hendelser (rød respons) og ved andre situasjoner hvor legevurdering ikke kan vente. Behovet for bakvaktordning og ekstra legevaktstasjoner vurderes ut fra en stadig oppdatert risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), basert på sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse ved legevaktordningen. Nærhet til sykehus, tilgang på helikoptertjenester, kvalitet og tilgang på ambulansetjenesten er andre viktige faktorer som må vurderes.

Som et utgangspunkt har Nklm anbefalt at dersom åtte til ti tusen innbyggere bor geografisk samlet i en reiseavstand på mer enn 40

minutter kjøretid fra legevaktstasjonen, bør en ha bakvaktordning. For fire til fem tusen innbyggere kan grensen kanskje utvides til 60 minutter.

Konklusjon

Våre funn tyder på at reisevei er en avgjørende faktor for hvor mye innbyggerne bruker legevakten. Ulikhetene i kontakt- og konsultasjonsrater kan ikke forklares med medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold, og kan bety at befolkningen perifert i store legevakt-distrikter reelt sett har dårligere tilgang til akuttmedisinske primærhelsetjenester. Det er viktig at den uunngåelige utviklingen mot større legevakt-distrikter ikke fører til at store befolkningsgrupper påføres et underforbruk av legevakten med de alvorlige konsekvensene det kan ha.

Bakvaktordninger eller flere vaktstasjoner i samme legevakt-distrikt kan bidra til forsvarlig tilgang på legevakt i utkantene, dersom lokal ROS-analyse avdekker et slikt behov.

Vi tror at en generell reorientering av legevaktordningen i retning beredskap mer enn produksjon vil bidra til å utjevne forskjeller i bruken mellom sentrum og periferi. Bedret prioritering i legevakt-sentralene og endringer i avlønningen av vaktlegene er blant tiltakene som er nødvendig for å oppnå dette.

REFERANSER

1. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
2. Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Serv Res. 2013; 13 (1): 222.

guttorm.raknes@uni.no

steinar.hunskar@uni.no

Hva betyr størrelsen på legevakt-distriktene for forsvarligheten av legevakt-tjenesten? Det finnes lite forskningskunnskap om dette – og ingen myndighetskrav som antyder hva som bør være maksimal reiseavstand til legevakt, påpeker forfatterne.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

