

Lang veg, lite legevakt

■ GUTTORM RAKNES • Forskar, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nkim)

Det er sterk samanheng mellom aukande avstand til legevaktlokalet og redusert bruk av legevakt. Dei som planlegg legevaktstrukturen i Noreg i framtida, bør ta omsyn til dette og andre funn i avhandlinga mi «Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt».

Ideen til doktorgradsprosjektet kom til under lange vaktar ved Nord-Salten legevakt. Eg fekk inntrykk av at det var nærast matematisk samanheng mellom avstand frå dei ulike bygdene til klinikken på Innhavet og kor stor del av pasientmassen dei representerte. Eg var interessert i å finne ut av kor stor denne avstandeffekten var, og om det var slik andre stader. Litteratursøk viste liknande effektar, eller «distance decay», i andre delar av helsevesenet.

I samråd med Steinar Hunskaar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) kom eg fram til at problemstillinga var godt eigna for eit forskingsprosjekt. I staden for å bruke mykje krefter på å samle inn nye data frå ulike legevaktar, fann vi ut at det var langt meir praktisk å studere samanhengen mellom avstand og legevaktbruk på allereie innsamla data frå Legevakten i Arendal. Funna var så interessante at det var grunnlag for tre andre prosjekt; Utvikling av ein ny metode for å berekne avstand til legevakt for ein kommune, ei kartlegging av reiseavstandane til legevakt for alle norske kommunar og ein studie av samanhengen mellom avstand og bruk av legevakt uttrykt ved tal på rekningskort frå HELFO frå alle legevaktkonsultasjonar.

Funn

Det var konsistent samanheng mellom reiseavstand og bruk av legevakt. I dei tre stu-

diane der bruken vart undersøkt, fall legekonsultasjonsraten med 1,6 prosent, 1,8 prosent og 1,3 prosent for kvar kilometer lengre avstand til legevakt. Dette svarer til ei halvering etter mellom 38 og 53 kilometer (FIGUR 1). For sjukebesøk var det tilsvarende effekt av avstand. Telefonkonsultasjonar var den einaste kontaktforma som ikkje vart redusert med avstand.

Det var svært liten innverknad frå andre demografiske og sosioøkonomiske faktorar. Høg legedekning og liten del innbyggjarar med låg utdanning var assosiert med lågare bruk av legevakt, men effekten var berre om lag ein tidel av avstandeffekten.

Data frå Legevakten i Arendal inneheld data om hastegrad etter Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Som forventat var det eit kraftig fall for dei ikkje-akutte grøne tilfella, men og for dei gule (hastar) og raude (akutt livstrugande) var det signifikant færre kontaktar med aukande avstand. Dette, saman med eit signifikant fall i frekvens av ambulansetrykkingar med legevaktlege, reiser spørsmål om kor forsvarleg det er med lange avstandar i legevakt.

Organisatoriske høve spelar truleg ei rolle uavhengig av avstand. Ein-kommunelegevaktar utanom sjukehus hadde høgare legekonsultasjonsrate enn fleir-kommunelegevaktar i eller nær sjukehus ved justering for avstand. Ved 21 km avstand hadde fleir-kommunelegevaktar på sjukehus 53 prosent færre legekonsultasjonar enn ein-kommunelegevaktar utanfor sjukehus.

Vi fann stor variasjon i reiseavstandar, frå mindre enn ein til 141 kilometer. Dei fleste kommunar har eit fast legevaktlokale heile døgeret, heile veka, men det er ikkje uvanleg at fleire kommunar går saman om legevaktordningar med vekslende lokale. Ettersom avstanden til legevakta vil variere med tid, er det ikkje mogeleg å reknare ut den gjennomsnittlege avstanden

ved vekslende lokaler. Den lengst tenkjelege avstanden kan ein likevel alltid finne. Medianen for slik maksimal reiseavstand i alle norske kommunar var 19 km eller 22 minutt. Dersom ein berre inkluderer kommunar med fast legevaktlokale, var median reiseavstand 13 kilometer eller 16 minutt, på mange vis er dette meir representativt for kva som er typisk avstand til legevakt. Mange av dei lengste maksimalavstandane gjeld i mange tilfelle berre natt eller andre tidspunkt med svært låg aktivitet. Førte av kommunane (10 prosent) hadde meir enn ein time til legevaktlokalet, men folketalet i desse kommunane utgjorde berre to prosent av totalen i Noreg. Kommunane med lang reiseveg er med andre ord stort sett små, og dei fleste har kort avstand (FIGUR 2).

Mange tilsette ved norske legevaktar er klar over at lang avstand tyder høg terskel for å ta kontakt. Det rår ei oppfatning om at når dei som bur langt borte først ringer, er det oftare alvorleg sjukdom, og oftare med meir reelt behov for legehjelp. I strid med denne oppfatninga fann vi at andelen pasientkontaktar som resulterte i legekonsultasjon var lågare dess lenger bort pasientane budde. Dette kan vere eit uttrykk for urettvis fordeling av tilgang på legevakttenester på grunn av avstand.

Funna er viktige for norsk allmennmedisin, mellom anna fordi dei kan tyde på at folk ikkje har lik tilgang på helsetenester uavhengig av kor ein bur. Allmennlegar må vere merksame på mogeleg underforbruk av legetenester mellom pasientar i utkantane, dette kan krevje ekstra oppfølging. Samstundes bør ein bidra til å redusere overforbruk i nærområdet. Tiltak for å utjamne forskjellar i legevaktbruk på grunn av avstand bør vurderast.

Dr.philos, ikkje PhD

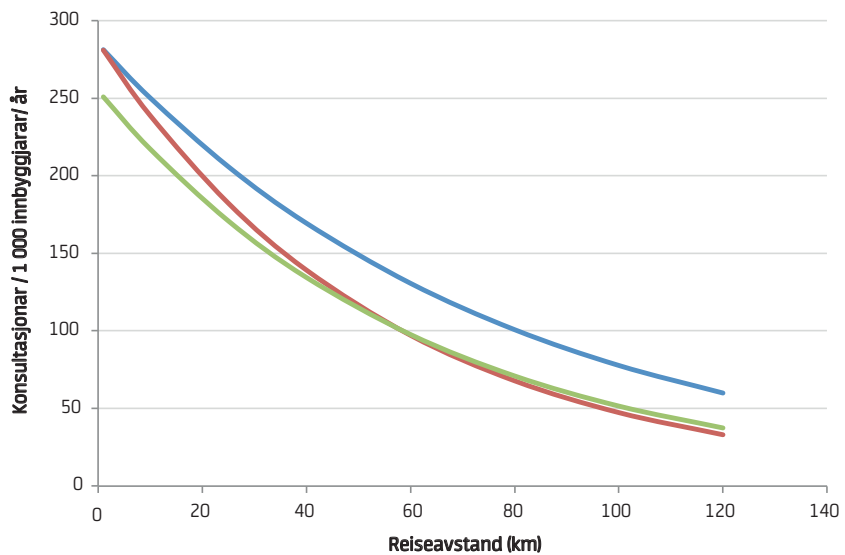
Eg har vore så heldig å kunne gjennomføre doktorgradsprogrammet mitt i ei forskar-

God allmenmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmenmedisinske doktoravhandlingar. Vi har bedt allmenleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmenleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmenleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

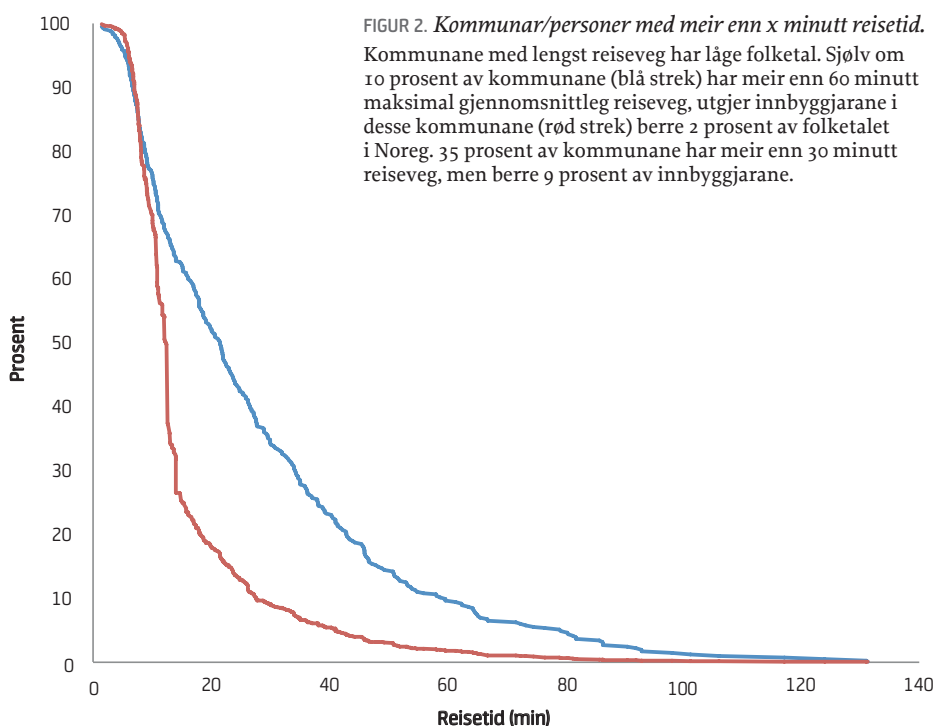
stilling ved Nklm. Erfaringa som fastlege og som medisinsk ansvarleg lege ved Nord-Salten legevakt har vore gull verd. Eg hadde opphavleg ikkje planlagd å ta doktorgrad, men då eg hadde skrive fire artiklar fann eg ut at eg ville prøve likevel. Eg valde å gå for dr.philos, eller "doktorgrad som privatist". På den måten kunne eg levere avhandlinga utan å ta del i forskarskule eller å samle på poeng frå obligatoriske kurs. Krava til sjølv avhandlinga skil seg ikkje frå vanleg PhD, men på disputasen er det ein ekstra prøveforelesing med sjølvvald emne. Det er heller ingen formell rettleiar. I mitt tilfelle fungerte likevel professor Steinar Hunskaar for alle praktiske formål som dette. Erfaringa mi er at dr. philos er ei god ordning som burde vore meir brukt. For allmenlegar som har forska over mange år, og som ikkje har tid til den formalisert forskarutdanninga PhD inneber, er dr. philos særleg godt eigna.

Eg vil oppmode alle som jobbar i allmenpraksis til å alltid vere på jakt etter problemstillingar som kan omsetjast i forskingsprosjekt. Det gjeld å tenke smått og ukomplisert i starten. Til og med enkle intervensjonsstudiar skulle vere mogeleg utan at det går ut over den daglege kliniske praksisen.

I materialet til doktorgradsprosjektet har det dukka opp fleire forskingsspørsmål eg no vil ta fatt på. I tillegg er det ein naturleg del av jobben som tilsett ved Nklm å få omsett forskinga i praksis. Eg er glad for at mellom anna Akuttutvalet har vist interesse for prosjekta mine. Ut over dette har eg planar om andre prosjekt som RELIS-overlege og klinisk farmakolog.



FIGUR 1. Samanheng mellom avstand og legekonsultasjonsrate i dei tre studiane.



FIGUR 2. Kommunar/personer med meir enn x minutt reisetid. Kommunane med lengst reiseveg har låge folketal. Sjølv om 10 prosent av kommunane (blå strek) har meir enn 60 minutt maksimal gjennomsnittleg reiseveg, utgjer innbyggjarane i desse kommunane (rød strek) berre 2 prosent av folketallet i Noreg. 35 prosent av kommunane har meir enn 30 minutt reiseveg, men berre 9 prosent av innbyggjarane.

LES AVHANDLINGA HER:
<https://bora.uib.no/handle/1956/10373>

■ GUTTORM.RAKNES@UNI.NO