



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, 2021

Kvaliteten og tilgjengeligheten av legevakttjenesten for Saltdal etter etablering av legevaktsamarbeid

Ida Louise Jørgensen Hansen

Hovedveileder: Kjell Gunnar Skodvin, Kommuneoverlege, Universitetslektor allmenmedisin

Biveileder: Eirik Hugaas Ofstad, ph.d. spesialist i akutt- og mottaksmedisin, avdelingsoverlege, førsteamanuensis

Masteroppgave i profesjonsstudiet i Medisin, MED-3950, Medisinkull 2016

Forord

Hensikten med oppgaven er å komme nærmere et svar på om kvaliteten og tilgjengeligheten av legevakten er like god for beboerne i Saltdal kommune, etter det ble gjort et legevaktssamarbeid med Fauske og Sørfold kommune.

Årsaken til at jeg valgte denne oppgaven var at kommuneoverlege i Saltdal, Kjell Gunnar Skodvin, tilbød denne oppgaven i universitetet i Tromsø sin prosjektkatalog. Jeg syntes umiddelbart at denne oppgaven hørtes spennende ut, spesielt siden jeg selv er fra Fauske og har fått med meg diskusjonen rundt legevaktssamarbeidet mens det pågikk. Personlig føler jeg at studien er viktig å gjennomføre for å få sett hva både befolkningen og samarbeidspartnerne tenker om legevaktssamarbeidet. For enkelte pasienter har reiseveien til legevakten blitt svært lang, og da er det viktig at pasientene likevel føler seg trygge på at de kommer til å få hjelpen de trenger.

På prosjektet har jeg vært svært heldig og hatt en veldig engasjert veileder. Veileder har fulgt opp og bidratt svært mye i arbeidet, han har også svart raskt på e-poster og meldinger. Sammen med hovedveileder har vi også fått stor hjelp av biveileder som har kommet med gode råd til hvordan studien burde gjennomføres. Herved kommer det en stor takk for god veiledning til Kjell Gunnar Skodvin, kommuneoverlege i Saltdal og Eirik Ofstad, spesialist i akutt- og mottaksmedisin og i generell indremedisin. Takk for all hjelp!

Jeg vil også takke alle deltagerne til fokusgruppeintervjuet som, i tillegg til å stille på intervju, også har vist stor interesse for oppgaven. Samt sende en takk til flere medstudenter som underveis har delt oppmuntrende ord.

Ida Louise J. Hansen

Ida L. Hansen

26.mai. 2021

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	1
2	Innledning.....	3
2.1	Valg av emne og problemstilling	3
2.2	Oppgavens strukturelle oppbygning.....	3
3	Bakgrunn	4
3.1	Legevakten i Norge	4
3.1.1	Definisjon	4
3.1.2	Organisering av legevakten	4
3.2	Indre Salten Legevakt.....	6
3.3	Konsekvenser av interkommunalt samarbeid	7
3.3.1	Vaktbelastning.....	7
3.3.2	Økonomi.....	7
3.3.3	Reisevei	8
3.3.4	Trygghet for pasientene.....	9
4	Formål	10
5	Materiale og metode.....	10
5.1	Forskningsprosessen.....	11
5.2	Spørreundersøkelsen	12
5.2.1	Utvalg	12
5.2.2	Gjennomføring av undersøkelsen.....	12
5.2.3	Spørreskjemaet	12
5.2.4	Analyser	13
5.2.5	Etikk	13
5.3	Intervju	13
5.3.1	Utvalg	14
5.3.2	Datainnsamling.....	14
5.3.3	Analyse.....	15
5.3.4	Etikk	16
6	Resultater.....	16
6.1	Spørreundersøkelse	16
6.1.1	Reisetid.....	16
6.1.2	Tilfreds med hjelp	18

6.2	Intervju	20
6.2.1	Hvilke endringer har den nye lokalisasjonen ført til for samarbeidspartnerne? 20	
6.2.2	Trygghet	25
6.2.3	Kvalitet på legevakten	26
7	Diskusjon.....	28
7.1	Styrker og svakheter ved studien	32
8	Konklusjon	33
9	Referanseliste	34
10	Vedlegg	36
10.1	Vedlegg 1 – Spørreskjema	36
10.2	Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	38
10.3	Vedlegg 3 – GRADE.....	1

1 Sammendrag

Bakgrunn

09.11.2017 ble det i kommunestyret i Saltdal vedtatt at det skulle inngås en samarbeidsavtale for interkommunalt legevaktsamarbeid med Fauske og Sørfold. Saltdal kommune skulle inngå avtale om et administrativt legevaktsamarbeid med Fauske som vertskommune.

Formål

Denne oppgaven omhandler konsekvensene av samarbeidet mellom Saltdal- og Fauske kommune sett fra pasientenes perspektiv, samt de viktigste samarbeidspartnerne til legevakten. Målet med studien er å komme nærmere et svar på om kvaliteten og tilgjengeligheten av legevaktstjenesten er tilstrekkelig god for beboerne i Saltdal kommune, etter samarbeidet ble inngått.

Materiale og Metode

Oppgaven består av en kvantitativ og en kvalitativ del. I regi av Indre Salten legevakt ble det sendt ut et spørreskjema til alle som var i kontakt med legevakten i en gitt periode. Skjemaet er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. NKLM registrerte de innsendte svarene.

I tillegg til spørreundersøkelsen ble det gjennomført et fokusgruppe-intervju av de viktigste samarbeidspartnerne til legevakten. Samarbeidspartnerne bestod av ambulansetjenesten, sykehjem, psykiatritjenesten, og legene i Saltdal kommune. I intervjuet deltok fire representanter fra ambulansetjenesten, en fra Saltdal sykehjem, og en lege. I tillegg sendte en representant fra psykiatritjenesten en mail med deres synspunkt.

Resultater og diskusjon

Ved gjennomgang av det kvalitative datamaterialet var det mest interessante funn innenfor følgende områder: Reisetid, kvalitet, utrykning med lege, terskel for å oppsøke legevakten og trygghet. Deltagerne i intervjuet fortalte at legen sjeldnere rykker ut til pasienten sammen med ambulansen. Likevel syntes de at tryggheten med tanke på helsehjelp var godt i varetatt, samt at kvaliteten på legevakten hadde økt som følge av at sykepleier er sammen med legen på vakt. Den nye bakvaktsordningen var også et positivt bidrag for kvaliteten. I spørreundersøkelsen kunne man se at 11% av deltagerne syntes reiseveien til legevakten var for lang. 5% av deltagerne syntes ikke at hjelpen de mottok fra legevakten var

tilfredsstillende, og 8% av deltagerne opplevde hjelpen fra legevakten som dårligere enn forventet.

Konklusjon

Ut fra undersøkelser som er gjort ved denne studien ser man at misnøyen blant Saltdals befolkning, og legevaktens samarbeidspartnere er lav. Forskningsspørsmålet kan besvares med at kvaliteten og tilgjengeligheten av legevaktstjenesten anses å være tilstrekkelig god for beboerne i Saltdal kommune.

2 Innledning

I innledningsdelen av oppgaven min skal jeg forklare hvorfor jeg valgte denne oppgaven, samt hva som er formålet med oppgaven. Jeg vil også presentere problemstillingen, og si litt om bakgrunnen for legevaktsordningen vi har i Norge i dag. Jeg skal introdusere leseren for hvilke krav som stilles til legevakten og hvordan de ulike kommunene kan gjøre tiltak for å oppfylle disse kravene.

2.1 Valg av emne og problemstilling

Denne oppgaven ble utlyst av min veileder, Kjell Gunnar Skodvin, på UiTs prosjektkatalog på Canvas. Jeg kontaktet Kjell Gunnar da jeg ønsket mer informasjon om oppgaven, og jeg syntes temaet virket spennende. Den var ekstra spennende da dette delvis omhandler min hjemmeplass, Fauske. Oppgaven ble utlyst da det var behov for en gjennomgang av resultatene etter opprettelsen av legevaktsamarbeidet mellom Saltdal-, Fauske-, og Sørfold kommune. Dette både med tanke på en spørreundersøkelse som var blitt gjennomført, men også et ønske om intervju med samarbeidspartnerne til legevakten.

Bosettingsmønsteret i Norge blir stadig mer sentralisert, noe som fører til at helse- og omsorgstjenester også sentraliseres (1). Sentraliseringen fører ofte til en lengre reisevei for flere pasienter, men det gir også en trygghet i form av økt kompetanse og kapasitet for de ansatte ved helsetjenesten. Et legevaktsamarbeid gir mindre vaktbelastning på legene, og dermed en tryggere fastlegeordning. Spørsmålet er da om pasientenes behov for akuttmedisinsk hjelp er tilstrekkelig bevart?

Det finnes få studier som ser på konsekvensene av sentralisering av legevakter. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til viktige funn innenfor området.

2.2 Oppgavens strukturelle oppbygning

Denne oppgaven består av 8 kapitler. I første kapittel presenteres et kort sammendrag av oppgaven. I andre kapittel forklarer jeg kort hvorfor jeg har valgt dette temaet og problemstillingen. I tredje kapittel presenterer jeg den teoretiske rammen rundt problemstillingen. Hvordan legevaktene i Norge er bygget opp, og hvilke krav det er satt til organiseringen. I fjerde kapittel skal jeg kort forklare formålet med oppgaven. Videre i det femte kapitlet blir valg av forskningsmetode presentert, samt hvordan de ulike delene av

forskningen er gjennomført. I det sjette kapittelet skal jeg presentere resultatene fra analysen. Jeg skal også gi ett innblikk i hvordan Indre Salten Legevakt oppleves for beboerne i legevaktsdistriktet, og for samarbeidspartnerne til legevakten. Videre i det syvende kapittelet skal jeg sette materialet fra spørreundersøkelsen og fra fokusgruppeintervjuet i sammenheng med den teoretiske bakgrunnen og problemstillingen. Dette vil etterpå bli diskutert. I det siste kapittelet kommer jeg med en konklusjon og presenterer de viktigste funnene.

3 Bakgrunn

3.1 Legevakten i Norge

3.1.1 Definisjon

I følge Legevaktshåndboken defineres en legevakt som:

”En allmennt medisinsk virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen, kan få nødvendig helsehjelp. Ordningen skal hele døgnet vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Ordningen er et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sin liste innenfor fastlegekontorets åpningstid”. (2)

Legevaktsordningen består i hovedsak av en legevaktsentral for mottak av telefonhenvendelser fra publikum, den fysiske legevakten, og én eller flere leger i vaktberedskap. Legene er enten alene på legevakten eller sammen med annet helsepersonell.

3.1.2 Organisering av legevakten

I følge norsk helsenett (3) kan legevaktstjenesten være kommunal, interkommunal eller privat. Det varierer hvordan legevaktstjenesten er organisert i den enkelte kommune.

3.1.2.1 Akuttmedisinforordningen

Kommunene står i stor grad fritt til å velge hvordan legevaktstilbudet skal organiseres, så lenge kravene i akuttmedisinforordningen er oppfylt. Forordning om krav til organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.

(akuttmedisinforordningen) gir altså et nærmere krav til legevaktsordningen (4). Forordningen presiserer at kommunen har ansvar for følgende:

- Tilby en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. De må sørge for at minst én lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet:
 - a. Vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
 - b. Diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner eller sykebesøk, og ved behov henviser til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, eller eventuelt spesialisthelsetjeneste og
 - c. Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Formålet med akuttmedisinforskriften er å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften dekker forøvrig også legevaksordningen med tanke på kompetansekrav til lege i vakt, samt annet helsepersonell. Det er også gitte krav til utstyr som skal være i en kommunal legevakt.

3.1.2.2 Samarbeid med andre kommuner

I følge den nasjonale veilederen for legevakt og legevaktsentral har kommunen mulighet til å inngå samarbeid med andre kommuner, altså et interkommunalt samarbeid. Flere kommuner som samarbeider om legevaksordningen utgjør et legevaktsdistrikt. Et legevaktsdistrikt kan ha én eller flere legevaktstasjoner. Det er både fordeler og ulemper med tanke på et interkommunalt samarbeid. I en kommunal legevakt vil ansvaret ligge til en kommune og samhandlingen med andre tjenester og etater vil i stor grad begrense seg til denne kommunen. Arbeidsbelastningen til helsepersonellet i vakt vil i stor grad avgjøres av befolkningsstørrelsen som skal betjenes per vakt. (5)

3.1.2.3 Krav om reisetid til legevakten

Legevakten skal yte tjenester som er forsvarlige jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1. Dette innebærer blant annet at tjenesten skal være av god kvalitet, samt gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Verken lov eller forskrifter fastsetter nasjonale krav til plassering av legevakten eller maksimale avstander eller responstider når det gjelder utrykning av lege på vakt, eller reisetid for pasientene. Kommunene og de regionale helseforetakene er pålagt å

samarbeide om å sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i den akuttmedisinske kjeden, jf. Akuttmedisinforskriften §4. (5).

I desember 2015 kom akuttutvalget med en rapport, NOU 2015:17, med tiltak for å styrke legevakttjenesten som akuttmedisinsk nødtjeneste. Akuttutvalget ledes av fylkesmann Ann-Kristin Olsen og utvalget har som oppgave å utrede den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus og de frivilliges rolle i akuttberedskapen. Akuttutvalget foreslo i denne rapporten at det burde innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktsdistrikt skulle ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon, og 95 prosent av befolkningen skulle ha maksimal reisetid på 60 minutter. Forslagsstillerne viste forøvrig også til at det å innføre et mål om maksimal reisetid til legevakt må skje samtidig med andre tiltak som bedrer rekruttering til legevaksarbeid. (6)

3.2 Indre Salten Legevakt

09.11.2017 ble det i kommunestyret i Saltdal vedtatt at det skulle inngås en samarbeidsavtale for interkommunalt legevaktsamarbeid. Saltdal kommune skulle inngå avtale om et administrativt legevaktsamarbeid med Fauske kommune som vertskommune.

Samarbeidsavtalen ble inngått med forbehold om at Sørfold kommune inngikk likelydende avtale med Fauske kommune. Den nye legevakten fikk navnet Indre Salten Legevakt (ISLV) og bestod av Fauske som vertskommune og Sørfold og Saltdal som samarbeidskommuner. I mai 2019 ble legevaktssamarbeidet etablert.

Årsaken til samarbeidet var behovet for å stabilisere fastlegebemanningen ved å redusere vaktbelastningen. Legevaktstjenesten i Saltdal, uten et samarbeid, ville dessuten kreve opprettelse av fem nye legestillinger og gi årlige driftutgifter på 4,8 millioner kroner. Et legevaktsamarbeid med Fauske og Sørfold ville kunne gi årlige driftutgifter på knapt halvparten. Et siste argument var at kravene til faglighet og profesjonalitet i legevaktstjenesten økte samtidig som det var kommet sterkere rettigheter for legevaksleger til forsvarlige arbeidstidsordninger. En sterkere og mer robust legevaktsordning ville stå bedre rustet til å imøtekomme disse kravene enn små og svake. Ved å gjennomføre samarbeidet håpet man på en mer stabil tilgang til legevaktstjenester av god kvalitet, og at innbyggernes behov for øyeblikkelig hjelp utenom fastlegekontorets åpningstid ble dekket 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Hovedutfordringen ved legevaktsamarbeidet er geografi. Det nye legevaktsdistriktet er ett av Nordlands største med hensyn til utstrekning. Dette innebærer lang reisevei for pasienter fra legevaktdistriktets utkanter. For de 1110 potensielle pasientene som bor på Røkland, i Junkerdalen og i Skaiti, som alle tilhører Saltdal kommune, så vil kjøretiden til legevakten bli på henholdsvis 35, 80 og 105 minutter. Tilsvarende blir det lengre reisetid for legevakslege til pasienter som ikke oppholder seg i nærheten av Fauske. Flertallet av Saltdal kommunes innbyggere har fått en 30 km lengre reisevei til legevaktstasjonen. I forkant av etableringen av legevaktsamarbeidet kom det derfor fram sterk skepsis og usikkerhet i befolkningen, blant politikerne, og blant samarbeidspartnerne. Beboerne i kommunen har uttrykt at de har følt seg utrygge på å få hjelp tidsnok.

Som en kompenserende ordning for den lange reiseveien så er det nå døgnbemannet legevaktsentral, og en bakvaktordning med én times responstid fram til kl.21 på kveldene.

3.3 Konsekvenser av interkommunalt samarbeid

3.3.1 Vaktbelastning

I kapittel 4 fra Helse- og omsorgsdepartementet rapport "Økonomisk forhold ved interkommunale legevaktsamarbeid med stasjonær legevakt og LV-sentral" (7) kan man lese at utgangspunktet for utviklingen av interkommunale legevakter var vaktbelastningen, spesielt på natt. For legene er det vakt på natt som representerer den største belastning i små og mellomstore kommuner. Det er hyppig vakter, selv om aktiviteten på natten kan være beskjeden. Samarbeid om legevakt på kveld/natt er derfor sett på som et viktig tiltak ift. rekruttering, og stabilitet i allmennlegetjenesten. Rapporten påpeker at interkommunale legevaktsamarbeid normalt innebærer en betydelig reduksjon i vaktbelastningen, og bedring av arbeidsforholdene for legene i de deltakende kommunene.

3.3.2 Økonomi

I 2015 publiserte arbeidsgruppen for Indre Salten legevakt et forslag for et legevaktssamarbeid mellom de 3 kommunene (8). Her ble ulike aspekter ved et eventuelt samarbeid gjennomgått. I dette dokumentet ble den økonomiske konsekvensen, i form av driftsutgifter presentert.

I forkant av samarbeidet var det bare Saltdal kommune som hadde utredet kostnadene ved å innfri kravene til legevakten samtidig som de skulle stå utenfor legevaktssamarbeidet. Kommunen ville da få utgifter til tre nye fastlegestillinger, tre stillinger for helsepersonell og kontorplasser i brakketilbygg. De årlige kostnadene ville da øke fra kl. 1.026.000 til kr. 4.800.000. Det ble presentert at dersom Fauske og Sørfold ikke fortsetter med legevaktssamarbeid, ville kommunene få økte utgifter for å kunne innfri krav til bakvakt, samt avtalefestet rett til fri etter vakt. Arbeidsgruppas forslag til legevaktssamarbeidet anga å ville gi samlede driftsutgifter på kr. 8.807.000 per år. Vedlagt ser man tabellen som ble brukt av arbeidsgruppa for å fremstille de enkelte kommuners netto utgifter til legevaktstjeneste.

Kommune	Innbyggere	Andel	Utgifter		
			2015	Hvis ikke legevaktssamarb.	Hvis legevaktssamarb.
Sørfold	2 000	12,30 %	968 000		1 087 294
Fauske	9 500	58,60 %	3 765 000		5 164 648
Saltdal	4 700	29,10 %	1 026 000	4 800 000	2 555 142
Sum	16 200	100 %	5 759 000		8 807 085

Tabellen er hentet fra "Indre Salten Legevakt – En legevakt for alle – men ikke for alt" (8)

Hva utgiftene har blitt etter legevaktssamarbeidet er foreløpig ikke offentlig kjent.

3.3.3 Reisevei

Det nye legevaktsdistriktet, som omfatter Sørfold, Fauske og Saltdal kommune, omfatter et areal på 5.082 km² og et folketall på 16.445 innbyggere. Indre Salten Legevakt er dermed det nest største legevaktsdistriktet i Nordland med tanke på utstrekning. Siden legevakten har et fast legevaktlokale, på ettermiddag, kveld, natt og i helger, vil innbyggerne ha samme avstand til legevakten til enhver tid.

Tabell 1 – Tabellen viser kjøretid i minutter, samt avstand i km til Indre Salten Legevakt utfra bosted. Tabellen viser også antall innbyggere per poststed.

Kommune	Postnummer	Bosted	Indre Salten Legevakt		Innbyggere
			Avstand km	Kjøretid min.	
Saltdal	8250	Setså	16	20	3600
		Rognan	30	31	
	8255	Røkland	44	35	1110
		Junkerdal	75	80	
		Skaiti	96	105	
Fauske	8200-8214 + 8217-8218	Fauske			7600
	8215	Straumsnes/ Valnesfjord	13	13	1300
		Valnesfjord Helsesportssenter	28	34	
	8230	Sulitjelma	38	40	372
		Sulitjelma Fjellandsby	44	50	
Sørfold	8226	Straumen	15	15	1200
	8220	Røsvik	28	32	400
	8264	Styrkesnes	87	85	250
	8266	Mørsvikbotn	75	62	130

Tabellen er hentet fra "Indre Salten Legevakt – En legevakt for alle – men ikke for alt" (8)

I artikkelen "Reiseavstand og bruk av legevakt" fant forfatterne en klar sammenheng mellom reiseavstanden til legevakten og bruken av den. Antallet legekonsultasjoner og sykebesøk per innbygger falt med henholdsvis 48% og 55% ved en økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km. Artikkelen konkluderte med at en overgang til flerkommunal-legevakt og samlokalisering med sykehus kan bidra til lavere bruk av legevakten. (9)

3.3.4 Trygghet for pasientene

Sentralisering av legevakt fører til at deler av befolkningen får lengre reisevei. Økende avstand er assosiert med reduksjon i henvendelser av alle hastegrader, også de mest akutte. I følge Den norske legeföreningen faller konsultasjonsraten ved legevakt til under det halve ved en reiseavstand på 43 km eller mer. Kontakten til legevakten halveres ved 77 km eller lengre

reiseavstand. Videre mener legeforeningen at sentralisering eller desentralisering av legevakttilbudet må alltid være godt faglig forankret (10).

Saltdalslista, et uavhengig politisk parti som er representert i kommunestyret i Saltdal, opererte under valgkampen med slagordet ”Nærhet gir trygget”. De kjempet over flere år mot en legevaktssammenslåing og argumenterte blant annet med at eiendomsskatten i Saltdal ble opprettet for å beholde den lokale legevakta. De stilte seg kritiske til den økte reiseveien og tiden til legehjelp. (11)

Legene i Saltdal argumenterte på sin side for at fastlegeordningen ville bli truet dersom ikke vaktbelastningen ble redusert. Fastlegeordningen gir en stor trygghet for beboerne i kommunen.

4 Formål

Målet med studien er å kartlegge om Indre Salten legevakt gir et like bra tilbud til Saltdals befolkning som det Saltdal legevakt gjorde før legevaktsamarbeidet. Gir den nye legevakten et like godt, eller bedre tilbud, til tross for at legevakten er flyttet lengre unna og reiseveien for mange er blitt lengre?

For å undersøke dette valgte jeg å se på hva brukerne av legevakten tenker om reiseveien til legevakten, kvaliteten av legevakten, tryggheten med tanke på helsehjelp. Samt pasientenes tilfredshet med hjelpen de mottok fra legevakten. Hvordan opplever representanter for samarbeidspartnerne at organiseringen har blitt etter legevakten flyttet? Hvilke konsekvenser har flyttingen av legevakten ført til for samarbeidspartnerne?

5 Materiale og metode

Studien består av to deler:

- En kvantitativ del i form av en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved Indre Salten legevakt, etter at samarbeidet var startet.
- En kvalitativ del – i form av et fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnerne til legevakten; ambulansearbeidere, ansatte ved Saltdal sykehjem, ansatte innen psykiatritjenesten, og legene.

5.1 Forskningsprosessen

Prosjektet startet i oktober 2019 ved at jeg tok kontakt med veileder, Kjell-Gunnar Skodvin angående oppgaven. I desember 2019 hadde vi det første møtet hvor vi planla hvilke undersøkelser som oppgaven skulle bygges på. Det ble også lagt en grov plan for det videre forløpet. Vi ble på dette møtet enige om å bruke spørreundersøkelsen fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) som skulle gjennomføres i feb/mars -20, samt å inkludere de største samarbeidspartnerne til legevakten gjennom intervju for å høre deres meninger om samarbeidet.

Gjennom det neste halvåret fortsatte planleggingen av oppgaven, da ved å finne relevante artikler for hvordan legevaktsamarbeid har fungert tidligere i andre kommuner. Samtidig ble spørreundersøkelsen gjennomført i regi av Indre Salten legevakt og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Det meste av møter med veileder foregikk over teams grunnet Covid-19. Mot sommeren -20 kom svarene på spørreundersøkelsen. Responsen på undersøkelsen var relativt god, med 226 svar. Da begynte prosessen med å analysere svarene, som ble tilsendt av NKLM. Svarene ble ført inn i diagrammer.

I oktober og november -20 startet planleggingen av intervju av samarbeidspartnerne. I samarbeid med veileder ble vi enige om at de aktuelle kandidatene ville være ambulansetjenesten, representanter fra sykehjem, psykiatritjenesten, og fastlegene selv. I desember samme året ble et fokusgruppeintervju gjennomført. Vi møttes da på Saltdal helsesenter; meg selv, en representant fra fastlegene, 4 representanter fra ambulansetjenesten i Saltdal, og en representant fra sykehjemmet i Saltdal. Representanten fra psykiatritjenesten hadde ikke mulighet til å stille på intervjuet, men sendte likevel en kort mail om deres tanker angående legevaktsamarbeidet. I dagene etter intervjuet ble svarene transkribert og analysert.

I løpet av vinter/vår -21 har arbeidet bestått i å analysere svarene fra spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet, samt utforme oppgaven i sin helhet. Prosessen rundt oppgaven har vært utfordrende, da jeg ikke har erfaring med kvalitativ analyse fra før. Jeg måtte derfor bruke mye tid på å sette meg inn i denne typen forskning. Min veileder har heldigvis vært svært hjelpelig med tanke på å finne gode artikler og bøker som forklarer forskningsmetoden. Prosessen har totalt sett vært svært lærerik.

5.2 Spørreundersøkelsen

I forbindelse med opprettelsen av den nye legevakten ble det gjennomført en spørreundersøkelse for å registrere brukererfaringer. Bakgrunnen for denne brukerundersøkelsen er Indre Salten legevakts ønske om å undersøke brukernes erfaringer i møte med den lokale legevakten. Kravet om en slik registrering er nevnt i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* §6 (12). I forskriftens §8 står det også at plikten til å evaluere omfatter å ”vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer”.

5.2.1 Utvalg

Alle pasienter som var i kontakt med Indre Salten legevakt, i form av fysisk oppmøte ved legevakten, sykebesøk hjemme, eller råd over telefon, i perioden 10.02.20 til 13.04.20 ble kontaktet med spørsmål om å delta på undersøkelsen.

5.2.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Leder og utvalgte sykepleiere ved Indre Salten legevakt sendte ut elektronisk spørreskjema via SMS-tjenesten Sveve med svarleke til alle brukerne som var i kontakt med Indre Salten legevakt i perioden fra 10.02.20 til 13.04.20. Dette innebar alle som hadde hatt telefonkontakt, vært på legevaktlokalet, eller hatt sykebesøk hjemme. Undersøkelsen var anonym og inneholdt ikke personopplysninger. Undersøkelsen ble bekjentgjort gjennom oppslag i legevaktlokalet. En kort pressemelding ble sendt ut etter en måneds tid, da svarprosenten så ut til å bli lav. Samtidig ble det sendt ut en ekstra påminnelse på SMS til alle pasientene som hadde mottatt forespørsel om å delta. Personalet på legevakten ble informert om undersøkelsen gjennom interne kanaler.

5.2.3 Spørreskjemaet

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet et spørreskjema for brukerundersøkelser på legevakt. Dette er anbefalt å bruke både ved nasjonale og lokale undersøkelser. Spørreskjemaet er basert på en internasjonal litteraturgjennomgang for å identifisere vitenskapelig validerte måleinstrument knyttet til pasienterfaringer på legevakt. (13) Spørreskjemaet er senere videreutviklet i elektronisk versjon. Undersøkelsen dreier seg i første rekke om følgende forhold:

- Tilgjengelighet og ventetid
- Opplevelse av organisering og fysiske omgivelser i legevaktlokalet
- Erfaringer med sykepleier og lege
- Informasjon og oppfølging
- Generell vurdering av legevakten

I denne oppgaven har jeg i hovedsak valgt å se på punktene om tilgjengelighet, tilfredshet med tanke på hjelp fra legevakten, samt den generelle vurderingen av legevakten. Det er forøvrig ikke spesifikt sett på om innbyggerne fra Saltdal og Sørfold, med lengre reisevei til legevakten, er mindre tilfreds med legevakten enn de som bor nærmere.

5.2.4 Analyser

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 431 brukere. 226 besvarte. Dette ga en svarprosent på 53%. Svarene ble registrert i det elektroniske verktøyet Qualtrics ved NKLM og analysert ved NKLM. Det ble gjort beskrivende analyser ved hjelp av Qualtrics, og resultatene ble deretter importert i en rapport som u.t., og andre ansvarlige for undersøkelsen fikk tilsendt.

Svarene i rapporten ble deretter lagt inn i regneark-programmet *Excel*, før de grafisk ble fremstilt.

5.2.5 Etikk

NKLM har i samarbeid med Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert brukerundersøkelsen i henhold til behandling av personopplysninger. Pasienter og ansattes personvern er ivaretatt etter gjeldende regelverk. NKLM er ansvarlig for datainnsamling og lagring av data.

5.3 Intervju

For å få svar på spørsmålet om kvaliteten av den nye legevakten er tilstrekkelig god vil det være viktig å intervju representanter fra de store samarbeidspartnerne til legevakten, dette vil si ambulanspersonell, sykehjemsansatte, ansatte innen psykiatri og leger. For å få svar på dette ble et kvalitativt studiedesign vurdert som hensiktsmessig. Siden det var ønskelig med en ramme som fremmet diskusjon og refleksjon rundt temaet, samt samspill mellom de ulike gruppene, ble fokusgruppeintervju valgt.

Et fokusgruppeintervju forklares av helsebiblioteket (14) til å være ”et strukturert gruppeintervju”. Denne formen for intervju kan brukes som oppfølging og utdypning av kvantitative brukerundersøkelser. Fokusgrupper gir mulighet for å komme dypere og mer konkret ned i kvalitative problemstillinger enn man kan gjennom åpne spørsmål i spørreundersøkelser. Metoden er også god for å gi en løpende kvalitetsvurdering av tjenestene. Intervjuet bør ha en uformell form og det legges til rette for diskusjon og innspill mellom deltakerne ved at de snakker sammen. Ved hjelp av denne diskusjonen forventer man at det fremkommer en annen type informasjon enn om man velger å intervju deltakerne hver for seg.

5.3.1 Utvalg

Utvalget for fokusgruppeintervjuet var samarbeidspartnerne til legevakten.

Samarbeidspartnerne ble sett på som de gruppene som hyppig er i kontakt med legevakten på vegne av pasienter som de har det helsemessige ansvaret for. Dette ble vurdert til å være: ambulansetjenesten, sykehjemmet, psykiatritjenesten og fastlegene/legevaktslegene selv. Fra ambulansetjenesten var det 4 representanter, fra sykehjemmet var det 1 representant, og fra legene var det 1 representant. Ingen representanter fra psykiatritjenesten kunne delta på møtet, men ga en kort tilbakemelding per mail.

5.3.2 Datainnsamling

I forkant av intervjuet leste jeg meg opp på hvordan et fokusgruppeintervju burde gjennomføres. Kildene jeg brukte var helsebiblioteket (14) og sykepleiens artikkel om ”Bruk av fokusgruppeintervju” (15). Hvilke spørsmål som skulle stilles ble utarbeidet etter forslag fra veileder. Spørsmålene skulle i hovedsak prøve å få fram svar som ga et samlet blick på kvaliteten av den nye legevakten (*se vedlegg 2 for intervjuguide*).

Min veileder sendte meg en liste med representanter fra de ulike gruppene som kunne være aktuelle for intervjuet. Jeg kontaktet disse på mail. 6 av de 8 som ble kontaktet ønsket å stille på intervjuet. Deltagerne gav altså et samtykke over mail om at de ønsket å delta på prosjektet.

Intervjuet ble gjennomført på Saltdal helsesenter. Det ble brukt en intervjuguide som var utarbeidet sammen med veileder på forhånd. Totalt var det 6 deltagere på intervjuet. Alle deltagerne ble samlet inne på et eget rom. Intervjuet ble tatt opp på lydopptak på to

forskjellige opptaks-maskiner for å sikre tilstrekkelig lyd. Deltagerne ble informert på mail om at det ville bli gjort opptak av intervjuet, som i etterkant ville bli slettet. Samtlige samtykket til dette. Det var satt av omtrent 1.5 - 2 timer til intervjuet. Vi var likevel forberedt på å avslutte tidligere eller holde på lengre, avhengig av hvor mye deltagerne hadde å fortelle. Intervjuet endte på lengden 1t og 35 min.

Etter at intervjuet var gjennomført transkriberte jeg materialet de påfølgende dagene, for å fortsatt ha det friskt i minne. Intervjuet ble transkribert i tekstbehandlingsprogrammet Word.

5.3.3 Analyse

Da jeg har drevet lite med forskning før, derfor valgte jeg en analysemetode som er godt beskrevet i litteraturen. Flere studenter før meg har valgt å bruke denne metoden når det kommer til fokusgruppeintervju. Metoden jeg valgte var *Tematisk analyse*.

Tematisk analyse beskrives av forfatterne til å være en grunnleggende metode i kvalitativ dataanalyse. Metoden anses som en fleksibel metode og passer seg for uerfarne forskere. Tanken er at ulike temaer eller kategorier kommer fram i datamaterialet, som man tenker seg har en assosiasjon til forskningsspørsmålet. Underveis som man leser materialet fra intervjuene finner man ut hvilke temaer de ulike svarene hører inn under. Jeg valgte å bruke Braun og Clarkes metode i tematisk analyse, som er en sekstrinns prosess. Først gjør man seg kjent med stoffet i form av gjentatte lesinger av samlet data. Dette foregår også under transkriberingen. Videre kodes stoffet, hvor man prøver å identifisere viktige kategorier eller temaer som har mer verdi enn andre. Ut i fra dette går man videre til neste punkt som er å oppdage temaer. Neste steg er en gjennomgang av disse temaene. Når man har funnet temaene skal disse defineres og navngis. Navnene skal være korte og konsise og gi leseren en umiddelbar forståelse av hva det innebærer. Det siste trinnet i sekstrinns prosessen er å skrive rapport. (16)

Da jeg bare hadde ett intervju som skulle transkriberes og analyseres ble temaene relativt raskt funnet. I transkriberingen ble viktige punkter og sitater merket og plassert under riktig tema. Underveis i analyseringen av stoffet fra intervjuet ble følgende områder tolket som viktige: Utrykning med lege, terskel for å oppsøke legevakt, kompetanse, trygghet og kvalitet.

5.3.4 Etikk

Deltagerne takket ja til å delta på intervjuet etter de ble kontaktet per mail. De ble i forkant godt informert om hva oppgaven dreide seg om, hvilke typer spørsmål som kom til å bli stilt, og hvordan intervjuet skulle foregå. De ble også informert om at de kom til å være anonymisert, foruten om at deres arbeidsplass kom til å bli oppgitt. Deltagerne samtykket til dette. Det var frivillig å delta på intervjuet, deltagerne hadde mulighet til å trekke seg helt fram til dagen for intervjuet.

6 Resultater

6.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 431 brukere. 226 besvarte. Dette ga en svarprosent på 53%. Undersøkelsen var anonymisert og det ble derfor ikke gjort noen registrering ift. kjønn eller alder på pasientene. Siden spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle pasientene som hadde vært i kontakt med legevakten i den gitte tidsperioden ble det heller ikke blitt gjort noen registrering i forhold til triagering av pasientene.

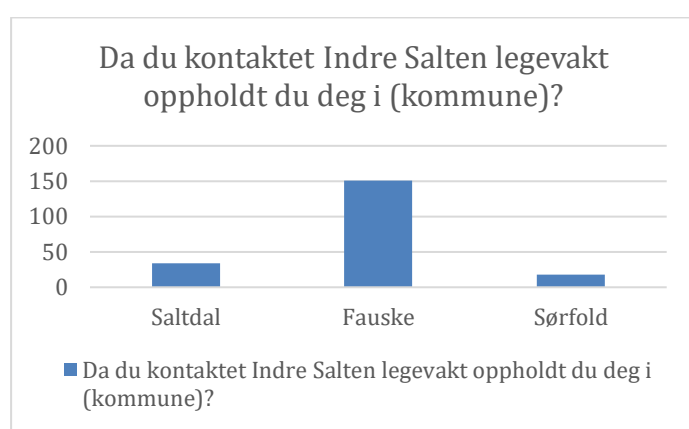
6.1.1 Reisetid

Som tidligere nevnt, anbefalte akuttutvalget at det burde innføres nasjonalt krav om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktsdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon. Og 95 prosent av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter. (6). Dersom vi utfra lokalisasjon og innbyggertall ser på hvem som har reisetid på over 60 minutter til legevakten, er det følgende innbyggere:

- Junkerdal – Har ca. 80 minutter kjøring til legevakten. Sammen med Skaiti utgjør det 100 innbyggere.
- Skaiti – Har ca. 105 minutter kjøring til legevakten. Sammen med Junkerdal utgjør det 100 innbyggere.
- Styrkesnes – Har ca. 85 minutter kjøring til legevakten. Her bor det 250 innbyggere.
- Mørsvikbotn – Har ca. 62 minutter kjøring til legevakten. Her bor det 130 innbyggere.

Tilsammen utgjør dette 480 innbyggere. Av totalt 16445 innbyggere utgjør dette 2.92%. Det vil tilsi at 97.08% av innbyggerne i legevaktsdistriktet har under 60 minutter reisetid til legevakten. Dersom vi legger til Sulitjelma, som har over 40 minutters reisevei utgjør dette 852 av 16445, som tilsier 5.18%. Altså har 94,82% av befolkningen under 40 minutter reisevei. Dermed oppfyller legevaktsdistriktet akuttutvalgets anbefalinger med tanke på reisevei.

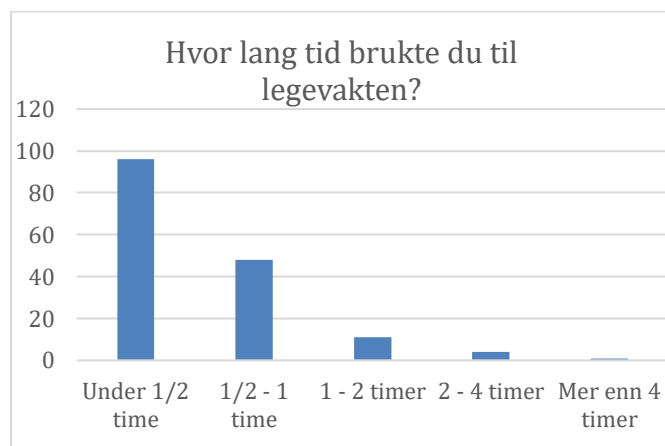
Det første spørsmålet som tas med fra spørreundersøkelsen er hvor pasienten befant seg når vedkommende først tok kontakt med legevakten. Dette for å få et bilde av hvor mange som kontaktet legevakten fra de ulike kommunene:



	Kommune	%	n
1	Saltdal	17 %	34
2	Fauske	74 %	151
3	Sørfold	9 %	18
	Total	100 %	203

Vi kan se at 74% av besvarelsene er knyttet til vertskommunen Fauske, som bare har 59% av legevaktsdistriktets innbyggertall. Fauske har per 01.01.2018 et innbyggertall på 9775, Saltdal har 4691, mens Sørfold har 1979. Dette kan støtte under teorien om at bruken av legevakten er høyest for vertskommunens innbyggere, som også var et funn i Guttorm Raknes sin undersøkelse "Reiseavstand og bruk av legevakt" (9).

Neste spørsmål i undersøkelsen ser på reisetiden til legevakten:



	Tid til legevakten	%	n
1	Under 1/2 time	60 %	96
2	1/2 - 1 time	30 %	48
3	1 - 2 timer	7 %	11
4	2 - 4 timer	3 %	4
5	Mer enn 4 timer	1 %	1
	Total	101*	160

*Totalsummen blir over 100% pga. desimalavrunding til nærmeste hele tall, dette går igjen i flere av tabellene

Tabellen viser hvor lang tid pasienten brukte fra sin posisjon hvor kontakten med legevakten ble opprettet, og til legevaktslokalet. Vi kan utfra tabellen se at 60% av pasientene brukte < ½ time til legevakten, mens 90% av pasientene brukte 1 time eller mindre. 11% av pasientene brukte over 60 minutter til legevakten. Dersom man sammenligner dette med anbefalingene fra akuttutvalget, ser vi at 90% har under 60 minutter reisevei til legevakten. Disse prosentene må også sees i lys av at pasienten kan ha oppholdt seg på et annet sted enn sin boplass før vedkommende reiste til legevakten. I tillegg må det tas med at tidsberegningen fra bosted til legevakten er gjort ut fra tettstedene. Flere av beboerne i de ulike kommunene kan bo flere km unna tettstedet som beregningen er gjort fra.

Neste spørsmål tar stilling til om deltageren syntes reisetiden til legevakten var akseptabel, uavhengig av hvor de befant seg når kontakten ble gjort:



	%	n
1 Ikke i det hele tatt	8 %	12
2 I liten grad	3 %	5
3 I noen grad	17 %	27
4 I stor grad	24 %	37
5 I svært stor grad	48 %	76
Total	100 %	157

Tabellen viser altså hvilken tanker pasienten har angående reisetiden som vedkommende har brukt til legevaktslokalet. 8% synes reisetiden ikke var akseptabel i det hele tatt, ytterligere 3% ”i liten grad” akseptabel, summen av dette blir 11%.

6.1.2 Tilfreds med hjelp

De tre neste spørsmålene som er hentet fra spørreundersøkelsen dreier seg om tilfredshet med tanke på hjelpen og organiseringen av legevakten, samt et helhetsinntrykk av Indre Salten legevakt.



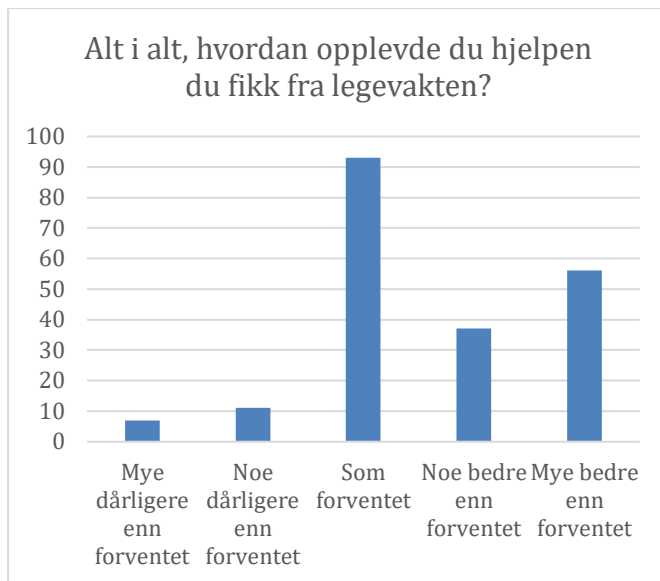
		%	n
1	Ikke i det hele tatt	2 %	3
2	I liten grad	2 %	4
3	I noen grad	13 %	20
4	I stor grad	43 %	69
5	I svært stor grad	40 %	63
Total		100 %	159

4% av deltagerne angir å ikke være fornøyd med organiseringen av legevakten, da i form av ”ikke i det hele tatt” og ”i liten grad”. 83% er i stor grad fornøyd eller svært fornøyd med organiseringen av legevakten.



		%	n
1	Ikke i det hele tatt	3 %	6
2	I liten grad	2 %	5
3	I noen grad	12 %	24
4	I stor grad	36 %	73
5	I svært stor grad	47 %	96
Total		100 %	204

5% av deltagerne syntes ikke at hjelpen de fikk fra legevakten var tilfredsstillende. Mens 83% av deltagerne fant hjelpen til å være i ”stor grad”, eller i ”svært stor grad” tilfredsstillende. 12% fant hjelpen til å være tilfredsstillende i ”noen grad”.



	%	n
1 Mye dårligere enn forventet	3 %	7
2 Noe dårligere enn forventet	5 %	11
3 Som forventet	48 %	93
4 Noe bedre enn forventet	18 %	37
5 Mye bedre enn forventet	27 %	56
Total	99 %	204

8% av deltagerne opplevde at hjelpen fra legevakten var dårligere enn forventet. 48% opplevde den til å være som forventet. Mens 45% fant hjelpen til å være bedre enn forventet. I spørreundersøkelsen har ikke deltagerens svar fulgt dem gjennom undersøkelsen, og det har derfor ikke vært mulig å se en sammenheng i for eksempel hvilken kommune vedkommende befant seg i, og om vedkommende syntes reiseveien var akseptabel eller ikke.

6.2 Intervju

Underveis i transkriberingen og analysen av datamaterialet var det noen områder som ble tolket som viktige i forhold til forskningsspørsmålet: Utrykning med lege, høyere terskel for å oppsøke legevakt, kompetanse, trygghet og kvalitet. Dette har derfor blitt de temaene jeg har valgt å se dypest på.

Deltagerne på intervjuet navngis som: Ambulansepersonell 1, Ambulansepersonell 2, Ambulansepersonell 3, og Ambulansepersonell 4, Lege og Sykehjemsansatt.

6.2.1 Hvilke endringer har den nye lokalisasjonen ført til for samarbeidspartnerne?

6.2.1.1 Utrykning med lege

Etter at legevakten ble flyttet ut av Saltdal kommune har det, naturlig nok, blitt sjeldnere at ambulansepersonellet har hentet legen for å ta vedkommende med ut på oppdrag.

Ambulansepersonell 1 sier følgende:

"Jeg har erfart at praktisk, så er det blitt enklere i gitte situasjoner eller oppdrag. Blant annet hvis det er et rødt oppdrag, en felles talegruppe, og så er legen på Fauske og vi i Saltdal. Det er vanskelig for oss å dra å hente vedkommende dersom han skal være med på oppdrag. Det blir da forenklet for oss da vi kan sette retning rett mot pasienten i stedet for å dra via helsessenteret for å hente legen " .

Men **Ambulansepersonell 1** påpeker at for erfarne ambulansepersonell kan dette føre til at noen oppdrag blir enklere. For mindre erfarne ambulansepersonell kan det føre til utrygghet:

" Andre ansatte har gitt signal om at de i enkelte situasjoner føler seg litt utrygge med tanke på at de ikke har fått legen med ut. [...] Det er antageligvis en høyere frekvens nå på at vi er inne hos pasienten og gjør en vurdering på om det er behov for å ta pasienten til legevakt. Vi triagerer pasienten og melder det inn til legen. Ut fra erfaring, og dialog med vakthavende lege undersøker man om det er ønskelig eller behov for å komme inn til legevakten, eller om pasienten er komfortabel med å være hjemme og evt. oppsøke fastlege i morgen. Men med den praksisen kan det oppstå uheldige episoder hvor ambulansepersonellet kanskje ikke catcher noe som en lege ville catchet om pasienten kom dit".

Utrykningsveien er blitt lengre, dersom det skulle være behov for at legen kommer må vedkommende ofte komme i egen bil fra legevakten på Fauske. Ved legevakten er det en legevaktsbil til utrykning, men denne kan ikke brukes til blålyskjøring. Dette har ført til at legen ofte blir på legevakten, heller enn å rykke ut til pasienter langt unna.

Ambulansepersonell 1 har opplevd at legen har kommet i egen bil til pasienten:

" Og så har det skjedd at legen kommer med egen bil til adressen. Noe jeg finner helt uproblematisk. Ja de kunne vært der tidligere, men jeg opplever ikke det som noe som er til belastning. Det er min personlige mening, men som sagt så er det kollegaer som kanskje savner legeutrykningen på røde oppdrag "

Lege og ambulansepersonell er enige i at legen rykker mindre ut nå, enn når legevakten var i Saltdal. Da legen ofte ikke rekker fram før ambulansepersonellet er ferdig med de initiale tiltakene. Og at dersom legen rykker ut, må bakvakten komme inn til legevakten. Dersom legen velger å rykke ut kan det føre til forsinkelser. **Ambulansepersonell 2** sier følgende:

” Det blir jo gjerne en forsinkelse for vår del, vi har gjort en undersøkelse og når legen kommer så ønsker legen også å få en oversikt. I stedet for at vi tar pasienten direkte til legevakten eller direkte til sykehuset, og bare prater med legen på sambandet ”

” Og dersom legen var der samtidig som vi gjorde initiale tiltak, så kunne han gjort undersøkelsen og idet vi var ferdig og klar til å dra, så har han skrevet ferdig henvisningen eller grunnlaget for henvisningen” – Ambulansepersonell 1

Ambulansepersonellet syntes likevel det er viktig å få fram at også når legevakten var i Saltdal måtte de noen ganger prioritere å kjøre rett til pasient, da det krevde for mye tid å hente legen, **Ambulansepersonell 1** sier

” Men det var det samme her (Saltdal). For å hente en lege her som først måtte avslutte en konsultasjon, hente bagen og få på seg klærne. Da går tiden fort. De gangene jeg har hatt lege med fra Fauske så har han enten kommet med en annen bil (ambulanse) eller i egen bil, og det tenker jeg er en god ordning. En god praksis. ”

Legen sier seg enig i dette, da det å avslutte det man holder på med på legekantoret kan ta tid. Men også når legen hadde hjemmevakt i Saltdal, ville det ta tid å rykke ut:

” Vi har jo gjort ordninger for å kompensere for det (større avstand), med at vi har en bakvaksordning. Så da har jo legen fra Fauske mulighet til å rykke ut, uten nå veldig stort tidsbilde sammenlignet med det vi hadde på hjemmevakt. ”

De ansatte på sykehjemmet har ved flere anledninger hatt behov for tilsyn av lege på ettermiddagstid og kveld. Den **sykehjemsansatte** påpeker at dette ikke har skapt problemer for dem:

” Vi har hatt noen runder hvor de (lege) har måttet komme, og da kommer de. Og det har gått fort. For de er jo der, på legevakten, de er jo ikke hjemme. ”

6.2.1.2 Høyere terskel for å oppsøke legevakt?

I Guttorm Raknes studie ”Reiseavstand og bruk av legevakt” (9) kunne man se at terskelen for å oppsøke helsehjelp, også til legevakten, ble høyere desto lengre unna du befant deg. Det var interessant å se om samarbeidspartnerne hadde fått et inntrykk av at det samme gjaldt i

Saltdal. **Ambulansepersonell 1** forteller at pasienter noen ganger velger å bli hjemme for å vente på at fastlegekontoret skal åpne, heller enn å dra til Fauske:

” Vi har erfart at når pasienten skjønner at de skal til Fauske, så har de ikke lyst å dra. Da tenker de at det er greit å vente til neste dag. Det er kanskje fordi noen er vant med kort avstand, og da er terskelen lav for å søke hjelp om noe som kanskje kunne ventet til neste dag. Men når de skjønner at de må litt lengre for å komme til legevakten, så ønsker dem å avstå på tross av eventuelle anbefalinger vi kommer med ”

Ambulansepersonell 1 kunne videre fortelle at enkelte pasientgrupper, f.eks. kronikerne var nå blitt flinke til å ta kontakt før de ble for dårlige. Nå ringer de heller kl 22 enn kl 03 da reiseveien var blitt lengre. På samme måte var pasientene som ikke var alvorlig syke, for eksempel de med halsbetennelse, blitt flinkere til å vente til neste dag, heller enn å oppsøke legevakten med en gang.

” Folk har hevet terskelen som en konsekvens av at det er mer behagelig å slippe den reisen ”

Ambulansepersonell 3 forteller at likevel er det noen pasienter som venter for lenge med å ta kontakt:

” Vi har vell kanskje sett at noen har ventet litt for lenge. De venter heller på at legekontoret skal åpne ”

Ambulansepersonellet påpekte også at tidligere kunne pasienter ta taxi til legevakten, men at den lengre reiseveien hadde ført til at flere følte seg tryggere i en ambulanse. Den **sykehjemsansatte** anga at også de brukte legevakten mindre, men da fordi sykepleierne selv hadde økt sin egen kompetanse:

” Vi bruker legevakten mindre nå enn før den ble slått sammen, og dette har vi tall på. Men det handler nok om at sykepleierne er blitt tryggere. [...] Vi vet jo at dersom det er behov, så kommer ambulansen og kjører pasienten utover. Vi bruker nok ikke ambulansen noe mer, kanskje mindre. Men det er fordi sykepleierne har vært nødt til å opparbeide seg kompetansen og tør å gjøre vurderinger, og så blir de jo veiledet per telefon dersom behovet er der. ”

Totalt sett kan altså begge gruppene si at pasientene oppsøker legevakten mindre enn tidligere, og heller venter på at legekontoret skal åpne. De understreker at dette kan være fint i ikke-alvorlige situasjoner, men at enkelte pasienter kanskje venter for lenge med å oppsøke

hjelp. Legen angir at de har ikke kunnet se konkret om det er flere dårlige pasienter enn tidligere som oppsøker dem på dagtid.

6.2.1.3 Kompetanse

”Jeg er jo litt tilhenger av å bygge denne kompetansen, og kall det en form for; med mer ansvar så vokser vi.”

Ambulansepersonellet angir at de i større grad har blitt en forlenget arm av legen. De gjør oftere en behovsvurdering for om pasienten må til legevakten eller ikke. Det blir da et spørsmål fra **Lege** om dette er en ønskelig utvikling eller ikke for ambulansepersonellet?

Ambulansepersonell 1 svarer følgende

”Tja. Vi ser at det å bygge opp vurderings-kompetansen gjør at vi kanskje i større grad frigjør ressursen til beredskap, som er hovedbestillingen vår. Men så er det viktig at personell må være komfortable med å tørre å gjøre dette. Så vi må bygge opp den kompetansen slik at folk er komfortable, og ikke drar hjem med en knute i magen og tenker at der vet jeg ikke om jeg gjorde det riktige valget.”

Både ambulansepersonellet, legen og den sykehjemsansatte kommer flere ganger tilbake til dette med behov for en økende kompetanse. Dette som en reaksjon på at legevakten nå er lengre unna. I kompetanse legger deltagerne det å kunne vurdere om hvor akutt pasienten trenger legehjelp, da enten i form av tilsyn eller per telefon. Det har blitt viktigere å vurdere om pasienten må kjøres de 30 minuttene det tar til Fauske, eller om pasienten kan vente på fastlegen dagen etter. **Lege** sier følgende

”Det handler jo om kompetanse, og ordninger og strukturer. Jeg tror nok det er en ønskelig eller en nødvendig utvikling, men det er jo veldig viktig at kompetansen er der.”

Sykehjemmets beboere har vært en samarbeidspartner som det var knyttet mye bekymring til i forkant av flyttingen av legevakten. De ansatte var selv bekymret når legevakten skulle flytte.

Sykehjemsansatt sier følgende

”Jeg syntes det har gått forbausende bra. Vi har bygget opp en kompetanse innad i bygget, og det har hatt veldig mye å si. De ansatte er tryggere på funnene de gjør, og de vet jo at de

får hjelp per telefon fra legevakten, eller eventuelt at ambulansen kommer. [...] Sykepleierne har vært nødt til å opparbeide seg kompetansen og tørre å gjøre vurderinger.”

Det å opparbeide en økende kompetanse har vært en faktor for at både de ansatte på sykehjemmet, samt ambulanspersonellet har håndtert det å ikke ha legen i nærheten som de hadde tidligere. Begge gruppene uttrykker at de ser på denne kompetanseutviklingen som noe positivt.

6.2.2 Trygghet

Deltagerne snakket endel om temaet trygghet. Større utrygghet var ett av argumentene mot å etablere et interkommunalt legevaktsamarbeid. Som tidligere nevnt ble slagordet ”Nærhet gir trygghet” brukt av et politisk parti i Saltdal. Ved spørsmål om tryggheten for befolkningen er ivaretatt, med tanke på helsehjelp svarer den **sykehjemsansatte**:

” Ja, det syntes jeg ”

Ambulansepersonell 1 svarer :

” Jeg har ikke noe problem med å si at den blir ivaretatt. Det er jo selvfølgelig enkelte kasustikker, vil jeg tro, der innsatspersonell føler at det går lang tid før hjelpen er der, i form av lege eller mer personell, men det er kanskje ett av de få unntakene. ”

Lege og øvrig ambulanspersonell sier seg enig i dette. De føler at tryggheten er ivaretatt. Videre kommer man inn på hva denne sammenslåingen vil si for legene som arbeider på helsesenteret. For **ambulansepersonell 1** var det viktig å beholde en trygg fastlegeordning som ikke var preget av mange vikarer og en lav rekruttering. Dermed var sammenslåingen det beste alternativet for å bevare et godt fastlegetilbud i kommunen. **Legen** sier seg enig i denne uttalelsen.

” Jeg tror også at en god og kompetent, stabil, fastlegetjeneste er veldig viktig for helsetjenestetilbudet for innbyggerne. Så skal det også være en god akuttmedisinsk-tjeneste. Det er vanskelig å si hva som hadde skjedd hvis vi ikke hadde gjort slik vi gjorde. Da er det stor fare for at vi hadde mistet noen fastleger og fått en mer ustabil fastlegeordning, og dermed en dårligere helsetjeneste og en dårligere legevaktstjeneste ”

Den **sykehjemsansatte** uttrykker at verken beboerne eller KAD (kommunal akutt døgnenhet)-pasientene har lidd under legevaktssamarbeidet. Hun angir at kvaliteten fortsatt er like god. Fastlegene har nå mer tid til beboerne.

” Vi har fått en mer stabil tjeneste på sykehjemmet også, det er sjeldnere at telefonen kommer om at det ikke blir legetilsyn fordi de har vært på vakt. Før sammenslåingen måtte man lage en oversikt, for det var oftere at vi fikk avbestillinger enn at de kom. Men nå har de jo tid til legetilsyn og kommer fast 3 dager i uka, og det forebygger jo mye. Det igjen skaper trygghet og stabilitet ”

Legen uttrykker også at den reduserte vaktbelastningen fører til at de har mindre dager borte som skyldes fri-etter-vakt.

” Ja vi merker det (tilgjengelighet på dagtid) jo litt, for vi har færre netter hvor vi har vakt. Det er helt sikkert færre dager som går bort til fri etter vakt ”

6.2.3 Kvalitet på legevakten

Et viktig punkt i spørreundersøkelsen var kvaliteten på legevakten. Deltagerne ble spurt om de har opplevd en endring i kvaliteten av legevakten etter legevaktsamarbeidet. Etter at legevaktsamarbeidet ble etablert har det blant annet kommet en sykepleier på legevakten døgnet rundt, sammen med legen på vakt. For **Ambulansepersonell 2** har dette vært viktig for kvaliteten.

” Det har nå kommet en sykepleier som er på døgnet rundt, og det er en ting som er med på å løfte opp ”

I tillegg til sykepleier på vakt hele døgnet, har det også blitt innført en bakvaksordning.

Legen er enig med ambulansepersonellet om at sykepleier tilgjengelig er en viktig kvalitetsfaktor.

” Jeg opplever også at det å ha en sykepleier tilgjengelig er en kvalitetsfaktor som vi ikke hadde her (Saltdal). Det er en kvalitetsfaktor og en trygghetsfaktor for legevaktslegen og alltid ha sykepleier tilgjengelig, slik at man er et legevakt-team og ikke bare en enslig legevaktslege ”

Ambulansepersonell 3 støtter seg til dette. Vedkommende oppgir at han tror det er en trygghet både for legen og pasientene at det er flere tilgjengelig ved legevakten.

” Tidligere var bare sykepleieren på legevakten noen timer, og så var legen alene resten av døgnet. Og legene var kanskje usikre og det har jo vært hendelser med vold og lignende som var et problem når legen var alene. Det man så når man kom med ambulansen, og legen var alene, var at ting tok lengre tid. Jeg tror totalt sett så har kvaliteten økt ”

Sykepleieren har bidratt til mindre ventetid for ambulansen. Deltagerne angir at pasienten blir som regel tatt inn med en gang ambulansen kommer, siden sykepleieren kan begynne med prøvetakingen, til tross for at legen er opptatt med en annen pasient.

” Ofte er det slik at når du rygger bilen til, så kommer døren opp. De står å venter på deg ”

7 Diskusjon

Den overordnede problemstillingen for oppgaven var om tilbudet og kvaliteten på legevakten hadde blitt redusert for beboerne i Saltdal kommune. Dette som følge av legevaktssamarbeidet mellom Fauske og Saltdal. Tidligere studier har vist at desto lengre reisevei, desto færre oppsøker legevakten. For noen av innbyggerne i Saltdal bygget bekymringen seg på at det ikke kom til å være en lege tilgjengelig på ettermiddag, kveld og natt, i samme nærheten som tidligere.

Spørreundersøkelsen viste at 90% av befolkningen tilknyttet legevakten brukte under 1 time til legevakten, riktignok fra der de befant seg i det de kontaktet legevakten. I spørreundersøkelsen ble deltagerne ikke spurt om de befant seg hjemme eller på en annen lokalisasjon når de kontaktet legevakten, dermed kan tallene være noe misvisende. Likevel kan man ut fra avstand anta at 94.2% av befolkningen har under en time reisevei til legevakten. Altså har 5.8% av pasientene over 60 minutters reisevei. Dermed overholdes rådene fra akuttmedisinforskriften, som foreslår at under 90 prosent av befolkningen skal ha over 60 minutters reisevei. Det er nærliggende å tro at en reisevei på over 60 minutter gjelder flere personer enn det som er angitt. De ulike områdene har en stor geografisk utstrekning, og hvor mange av innbyggerne som bor i utkanten av tettstedene er ikke oppgitt. Flere av innbyggerne har mest sannsynlig mer enn 40 minutter eller 60 minutter å reise til legevakten, selv om gjennomsnittet for tettstedet er lavere. Det hører med at Akuttutvalgets foreslåtte krav og grenser for utrykningstid og reisetid innenfor et legevaktsdistrikt, ikke ble vedtatt som norm under Stortingets behandling av saken. Men de er likevel interessante rettsnorer for hvordan legevaktsdistriktene og legevaktjenesten bør organiseres.

Vi kunne fra spørreundersøkelsen se at 11% av deltagerne ikke syntes reiseveien var akseptabel, 8% svarte ”ikke i det hele tatt”, mens ytterligere 3% svarte ”i liten grad”. Igjen, svarene fulgte ikke deltageren gjennom undersøkelsen, dermed har man ikke mulighet til å se hvor disse 11% befant seg og hvor lang reisevei de faktisk hadde. Om reiseveien er akseptabel blir en subjektiv måling, og ulike personer kan ha ulik mening om hva en lang reisevei er. Sannsynligvis kommer ikke alle 11%, som ikke anså reiseveien som akseptabel, fra Saltdal. Siden det er flere områder som har tilsvarende reisevei til legevakten. 89% av deltagerne anser reiseveien som akseptabel, noe man kan si er en høy andel. Siden det ikke finnes tall fra hele regionen fra før samarbeidet skjedde, kan vi ikke sammenligne denne prosenten fra før

og etter samarbeidet. Det er nærliggende å tro at en viss andel av befolkningen ville syntes reiseveien var for lang, også før samarbeidet.

Likevel, dersom 11% av befolkningen opplever reiseveien som for lang kan dette utgjøre en betydelig andel som ikke oppsøker legevakten når det er behov for legehjelp. Slik man kunne se ut fra Guttorm Raknes undersøkelse, er det en klar sammenheng mellom avstanden til legevakten og i hvilken grad pasientene oppsøker den. (9) Videre kan det diskuteres om gruppen som da ikke oppsøker legevakten, grunnet forlenget reisevei, har lettere plager, slik at de anser det som enklest å vente på fastlegetime neste dag.

På fokusgruppeintervjuet ble det stilt spørsmål om deltagerne hadde opplevd at befolkningen oppsøkte helsehjelp sjeldnere, som et resultat av den økte reiseveien. Ambulansepersonellet kunne informere om at de opplevde at enkelte pasientgrupper, f.eks. kronikere, nå var flinkere til å ta kontakt før de ble svært dårlige. Denne pasientgruppen kjente igjen egne symptomer og tok kontakt på ettermiddagen heller enn på natten, nettopp fordi de visste at reiseveien var lengre. Andre pasientgrupper, f.eks. de med lettere plager, ventet til neste dag for å dra til fastlege, heller enn å reise til legevakten på kvelden. Noe ambulanspersonellet anså som positivt. De opplyste likevel om at det har vært hendelser hvor pasienter har ventet for lenge med å oppsøke lege. Da de selv ville vente til neste dag, til tross for anbefalinger fra ambulanspersonellet. Det vil kunne være av betydning å gjøre videre studier på hvilke pasientgrupper som velger å ikke dra til legevakten, grunnet reisevei. Dette kan gi et innblikk i hvor stor grad reiseveien påvirker pasientens valg om å dra til legevakten, uavhengig av grad av sykdomstilstand.

Den ansatte fra sykehjemmet kunne opplyse om at de nå brukte legevakten sjeldnere enn før samarbeidet. Vedkommende hadde ført en oversikt over dette, og begrunnelsen var at sykepleierne på sykehjemmet hadde økt egen kompetanse, som et resultat av at legevakten var lengre unna. Denne kompetansen førte til at de fikk fanget opp problemstillinger på dagtid og dermed kunne få legehjelp da, samt at de kunne gjøre flere tiltak selv etter å ha konferert med lege på telefon. Vedkommende anga den økende kompetansen til å være en trygghet både for de ansatte ved sykehjemmet, og for beboerne. For å øke helsetjenestens vurderingskompetanse, har helsepersonell i Salten i løpet av 2019 og 2020 fått opplæring i, og tatt i bruk, skåringsverktøyet NEWS2.

Legene hadde også mindre fravær fra sykehjemmet da de nå var mer tilgjengelig på dagtid, grunnet mindre fri-etter-vakt. Dette gav en bedre oppfølging på dagtid, som igjen genererte et mindre behov for legehjelp på ettermiddagene og kveldene. For legene har legevaktsamarbeidet ført til en betydelig redusering i vaktbelastningen, legen som deltok i fokusgruppeintervjuet mente at dette var med å sikre stabiliteten i fastlegeordningen i kommunen. Alle deltagerne i intervjuet mente at fastlegeordningen ville vært betydelig utsatt dersom legevakten i Saltdal hadde blitt stående utenfor samarbeidet. Vaktbelastning og fastlegenes deltakelse i legevakt har stor betydning for den totale belastningen fastlegene opplever, dette kan man lese i artikkelen ”Fastlegenes deltakelse i legevakt (17). Her forteller forfatterne at mange fastleger velger vekk legevaktsarbeid, og med et aldrende fastlegekorps vil dette bli et økende problem for små og sårbare vaktordninger. Utkantleger føler ofte en sterkere forpliktelse til å bidra til at en liten og sårbar vaktordning ikke skal bryte sammen, men en økende belastningsmengde er trolig en viktig grunn til at mange utkantleger ønsker å flytte fra kommunen.

I tillegg ville de økonomiske kostandene for kommunen blitt høye, for å sikre at de nye forskriftene om krav til organisering av kommunal legevaksordning ble fulgt.

Både ambulanspersonellet og den sykehjemsansatte mener at tryggheten med tanke på helsehjelp er godt i varetatt i kommunen etter at legevaktsamarbeidet ble opprettet.

Den sykehjemsansatte hentet fram at den økende kompetanse var en av de viktigste faktorene for et redusert behov for hjelp fra legevakten. Økende kompetanse var også noe ambulanspersonellet opplevde. Deltagerne opplyste om at de, etter legevakten var flyttet, i større grad måtte gjøre vurderinger av pasienten – er det hensiktsmessig å ta pasienten med til legevakten, og da ha en ambulanse mindre i beredskap, eller kan pasienten vente til i morgen tidlig? Ambulanspersonellet anga at det hadde ført til en enklere hverdag for noen av personellet, og bekymring for andre. Enkelte følte en utrygghet når de ikke fikk ha legen med ut, samt når legen velger å bli igjen på legevakten grunnet reiseveien.

Ambulanspersonellet kunne opplyse om at dersom legen skulle rykke ut, kom vedkommende ofte i egen bil. Dette skapte endel forsinkelser da legen brukte lengre tid for å komme seg til pasienten. Ofte var ambulanspersonellet allerede ferdige med den initiale behandlingen og var klar til å dra til legevakten. Fra artikkelen ”Legevaktslegers avgjørelse om utrykning i akutsituasjoner” (18) kan man lese at praktiske forhold knyttet til vekten var legens viktigste begrunnelse for ikke å rykke ut. I praktiske forhold ligger blant annet at reiseveien var lengre for legen enn for ambulansen, men også at pasienten uansett måtte direkte til sykehus eller at

legen kunne følge opp over telefon. Legevaktslegene i artikkelen opplevde at det var et behov for legekompetanse i mange akuttmedisinske situasjoner. Med den økte reiseveien til legevakten opplever nok legene oftere å måtte gjøre slike typer avveininger – er behovet for legekompetanse større enn de praktiske forholdene som taler mot utrykning?

Bakvaksordningen som har blitt innført etter samarbeidet skulle sikre nettopp at legen skal kunne rykke ut til pasienter, til tross for lengre reisevei. Men som ambulanspersonellet påpeker, tar det likevel tid før legen kommer fram, og de er kanskje allerede klare til å kjøre mot legevakten.

I spørreundersøkelsen kunne man se at 5% av deltagerne ikke fant hjelpen fra legevakten til å være tilfredsstillende, og 8% av deltagerne opplevde legevakten til å være dårligere enn forventet. Årsaken til hvorfor deltagerne følte at hjelpen ikke var tilfredsstillende, samt at legevakten var dårligere enn forventet, får man ikke svar på i undersøkelsen. Siden det ikke foreligger tall fra tiden forut for samarbeidet kan man ikke gjøre en sammenligning. Man vil likevel kunne forvente at det var en viss grad av misnøye blant pasientene, av ulike årsaker, også før samarbeidet. Det at henholdsvis 95% og 98% av pasientene er tilfredsstilte med hjelpen fra legevakten regnes som en høy andel.

I fokusgruppeintervjuet ble deltagerne spurt om hva de tenkte om kvaliteten av den nye legevakten. Deltagerne påpekte at det å ha en sykepleier sammen med legen var en klar forbedring, som gav høyere kvalitet på legevakten. Ambulanspersonellet opplevde at det var kortere ventetid ved Indre Salten legevakt, da sykepleieren kunne ta inn pasienten og begynne med prøvetakingen til tross for at legen var opptatt med en annen pasient. Pasienten blir som regel tatt inn på legevakten med en gang ambulansen kommer. Legen uttrykte også at den nye bakvaksordningen gjorde at legen i større grad kunne rykke ut, uten at legevakten stod uten lege over lengre tid. Alt i alt syntes deltagerne at kvaliteten på legevakten er tilfredsstillende. Fra artikkelen ”Organisering av legevakt” (19) kan man lese at de fleste legevakter deltar i dag i et interkommunalt samarbeid, og at dette er det klart vanligste i de minste kommunene. Det er argumentert for at et slikt samarbeid gir en bedre kvalitet på tjenesten både når det gjelder bemanning, utstyr og sikkerhet, og at det har positiv effekt på vaktbelastningen og rekruttering til faget.

7.1 Styrker og svakheter ved studien

En viktig svakhet ved studien er at svarene til deltagerne i spørreundersøkelsen ikke følger dem videre, slik at man ikke kan se hva pasientene fra de ulike kommunene syntes om avstand og kvaliteten av legevakten. Dette kunne gitt et bedre innblikk i hvor mange fra Saltdal kommune som syntes reiseveien er for lang, samt om beboerne i Saltdal føler at kvaliteten på legevakten har økt. Siden "for lang reisevei" er en subjektiv mening, kan også deltagerne som bor i samme kommune som legevakten syntes at reiseveien er for lang. Man får derfor ikke et godt svar på hvor mange av beboerne i Saltdal kommune som syntes reiseveien er for lang.

En annen svakhet ved studien er at det ikke er blitt gjort en lignende spørreundersøkelse i alle de tre kommunene i forkant av legevaktssamarbeidet. En slik undersøkelse ville gitt et større grunnlag for sammenligning før, og etter samarbeidet.

En svakhet ved intervjuet var at det totalt bare ble intervjuet 6 deltagerne. Deltagerne representerte riktignok sin samarbeidspartner, men det kan bli vanskelig å skille personlige meninger og samarbeidspartnerens meninger. Flere av deltagerne i intervjuet bodde selv i Saltdal kommune, og dette kan bidra til at personlige meninger påvirker, men også positivt i form av et bedre innblikk i kommunens situasjon.

For å få et bredere og mer sikkert svar kunne det vært hensiktsmessig å involvere flere fra hver samarbeidspartner.

En styrke med spørreundersøkelsen er at den er sendt ut til alle pasientene som oppsøkte legevakten i ett gitt tidsrom, samt at pasientene fikk spørreundersøkelsen tilsendt i etterkant av legevaktbesøket. Dette gjør at alle ulike triageringsgrupper involveres, fra grønne-pasienter til røde-pasienter. Dersom man skulle fylt ut spørreundersøkelsen på legevakten ville man mistet en stor andel av pasientene. Spørreundersøkelsen er også fullstendig anonymisert, noe som er positivt.

En styrke ved fokusgruppeintervjuet er at intervju-metoden fører til en diskusjon mellom deltagerne. Dette gjorde at deltagerne bygde videre på hverandres resonnementer og svar. Man fikk dermed fram nye synspunkter på de ulike temaene. Deltagerne uttrykte også at de likte denne formen for intervju, da det var nyttig for dem å høre hva andre samarbeidspartnerne av legevakten hadde erfart etter legevaktssamarbeidet.

8 Konklusjon

Pasientene som oppsøkte legevakten var i stor grad tilfredsstilte med legevakten, og opplevde legevakten til å være som forventet eller bedre enn forventet. Samarbeidspartnerne støttet under dette på intervjuet, og syntes kvaliteten av legevakten hadde økt etter samarbeidet.

En relativt lav prosent syntes reiseveien til legevakten var uakseptabel. Samarbeidspartnerne anså ikke reiseveien som et stort problem, foruten om ved behov for utrykning av lege.

Som et resultat av legevaktssamarbeidet har kompetansen blant de ansatte innen sykehjemstjenesten og ambulansetjenesten økt. I tillegg har sykehjemmet fått en mer stabil legedekning, som har ført til et lavere behov for legevaktstjenesten.

Ut ifra funnene som er gjort i studien, kan man si at misnøyen blant befolkningen i Saltdal og samarbeidsgruppene til legevakten, er lav med tanke på legevaktsamarbeidet.

Forskningsspørsmålet besvares med at kvaliteten og tilgjengeligheten av legevaktstjenesten anses til å være tilstrekkelig god for beboerne i Saltdal kommune.

9 Referanseliste

1. Lekses S HG, Holmøy E, Stølen N.M. Regionale fremskrivninger av etterspørsmål etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035 [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå (Oppdatert 16.09.19, hentet desember 2019) Rapport 2019/26:40. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/396543?_ts=16cf6112330
2. Legevakt håndboken. Hva er legevakt - Administrative forhold [Internett]. Oslo: Gyldendal akademisk; 2018. (Oppdatert november 2018, hentet desember 2019)
3. Norsk Helsenett. Legevakt. Trondheim: Norsk helsenett; 2019 [Oppdatert 2019, hentet 22.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-3-tjenesteomraader/legevakt/>.
4. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). FOR:2021-04-30-1318 Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Helsedirektoratet (2020). Veileder for legevakt og legevaktsentral [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2020, hentet 18. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>
6. NOU 2015: 17. Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
7. Disen A, Kristoffersen J, Horgen E, Duvalan L, Norum A, Haslund B, Nordhagen R, Rosenberg M, Grøhn A. Økonomiske forhold ved interkommunale legevaktsamarbeid med. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007. Rapport. 2007:36. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/vedlegg_kta/rapport-fra-arbeidsgruppe--ag.pdf
8. Skodvin KG, Dragland A-H, Bernhardsen L, Gjestland J, Hansen E, Hautois G, Rørvik H, Franing M. Indre Salten Legevakt, En legevakt for alle - men ikke for alt [Utredning]. Saltdal: Indre Salten Legevakt; 2015.
9. Raknes G, Morken T, Hunskaar S. Reisetid og avstand til norske legevakter. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2145-50
10. Den norske legeförening. En trygg og forsvarlig legevaktstjeneste (3/2015). [Policynotat] Oslo: Den norske legeförening; 18.mars.2015 (hentet 12.november 20). Tilgjengelig fra: <https://www.legeföreningen.no/om-oss/publikasjoner/policynotater/2015/en-trynn-og-forsvarlig-legevaktstjeneste-32015-/>
11. Antonsen R, "Nærhet gir trygghet» sa vi under forrige valgkamp. Dette mener vi fortsatt. Bodø nu. 29.04.2019:1
12. Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018, hentet 18. mai 2021). Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

13. Danielsen K, Holmboe O, Hansen SL, Førland O, Bjertnæs ØA. Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vaktårn-legevaktene. Hovedresultater. PasOpp-rapport nr. 1–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
14. Helsebiblioteket. Fokusgruppeintervju [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007. 2019. (Sist faglig oppdatert 10. desember 2019, hentet 18. mai 2021). Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>
15. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning 2008;3(3):(172-175)
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3: 77 /101
17. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127: 2513-6
18. Brennvall H, Hauken H, Hunskår S, Wisborg T, Zakariassen E. Legevaktslegers avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2015;135: 654-7
19. Nieber T, Hansen E, Bondevik G, Hunskår S, Blinkeberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127: 1335-8

10 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1 – Spørreskjema

Undersøkelse om pasienters erfaringer med bruk av legevakten.

Spørreskjemaet er utviklet av Kunnskapssenteret (Folkehelseinstituttet) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NORCE). Undersøkelsen tar ca. 5 minutter.

Hensikten med undersøkelsen er å få vite mer om dine erfaringer med legevakten, enten du hadde kontakt med legevakten på telefon, var på legevaktlokalet eller fikk sykebesøk hjemme. Du skal svare på bakgrunn av din siste kontakt med legevakten. Dersom du er under 16 år, ber vi om at eventuelle pårørende som kontaktet eller fulgte deg til legevakten besvarer spørsmålene. Dersom du er 16 år eller eldre og har problemer med å svare selv, kan pårørende svare for deg eller hjelpe deg med å svare.

Hva slags kontakt hadde du med legevakten?

- Bare telefonkontakt
- Telefonkontakt og deretter oppmøte på legevakt
- Direkte oppmøte på legevakten uten telefonkontakt på forhånd
- Telefonkontakt og deretter sykebesøk hjemme
- Sykebesøk hjemme uten telefonkontakt på forhånd

Hvor lang tid brukte du til legevakten?

- Under 1/2 time
- 1/2 - 1 time
- 1 - 2 timer
- 2 - 4 timer
- Mer enn 4 timer

Synes du reisetiden til legevakten var akseptabel?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Fikk du inntrykk av at legevakten var godt organisert?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Alt i alt, var hjelpen du fikk fra legevakten tilfredsstillende?

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Alt i alt, hvordan opplevde du hjelpen du fikk fra legevakten?

- Mye dårligere enn forventet
- Noe dårligere enn forventet
- Som forventet
- Noe bedre enn forventet
- Mye bedre enn forventet

Da du kontaktet Indre Salten legevakt, oppholdt du deg i (kommune):

- Saltdal
- Fauske
- Sørfold
- Annen kommune
- Utlandet

10.2 Vedlegg 2 – Intervjuguide

Spørsmål til fokusgruppeintervju:

1. Fra mai 2019 har legevakttjenesten for Saltdal kommune vært sammenslått med Fauske-, og Sørfold kommune. Har dette medført noen endringer i positiv eller negativ retning for deg, for de funksjoner/oppgaver du skal utføre eller for de pasientene du betjener?
2. Tid fra man får et helseproblem og kontakter legevaktsentral evt. medisinsk nødtelefon til man mottar helsehjelp, er en av faktorene som har innvirkning på opplevd kvalitet, behandlingsresultat og helse.
 - a. I hvilken grad har endringen av legevaktorganiseringen endret på tid fra helseproblem til legekontakt og helsehjelp for dine pasienter?
 - b. På hvilken måte kan denne endringen ha medført endret behandlingsresultat og helse for dine pasienter?
3. Legene i Saltdal argumenterte før sammenslåingen med Fauske og Sørfold om legevakttjenesten at dette ville gi færre vakter, bedre motiverte og uthvilte leger, en mer robust legevakttjeneste. Legene hevdet at det – dersom legevaktsamarbeid ikke ble gjennomført, ville bli svekket rekruttering, en svakere og mer sårbar legevakttjeneste med flere vikarer, fare for ubesatte vakter og i alt dårligere legevakttjeneste. Reflekter gjerne litt omkring dette.
4. Noen av motstanderne mot legevaktssamarbeidet argumenterte for at ”nærhet gir trygghet”. Tenker du at tryggheten for Saltdals befolkning er godt ivaretatt mtp. helsehjelp?

10.3 Vedlegg 3 – GRADE

Referanse: Raknes G., Marken T., Hunskår S. Reiseavstand og bruk av legevakt. 2016;136(3):252.			Studiedesign: Tverrsnittstudie
			GRADE Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/Sjekkliste
Undersøke sammenhengen mellom avstand og legevaktbruk for alle norske kommuner som tilhører en legevakttjeneste med fast lokalisering hele døgnet. Samt om det er forskjell i konsultasjonsrate mellom kommuner med enkommune- eller flerkommunelegevakt og mellom kommuner tilknyttet legevakt samlokalisert med sykehus eller ikke.	Det ble gjennomført en økologisk tverrsnittstudie. Data om reiseavstand ble hentet fra en annen artikkel hvor reisetid og –avstand til legevakt for 417 av 430 norske kommuner ble beregnet. Opplysninger om type legevakt i 2011 ble hentet fra Nasjonalt legevaktsregister. 315 kommuner med fast legevaktlokale ble inkludert. Rater for ulike typer bruk av legevakten ble beregnet på bakgrunn av statikk over regningskort.	Hovedfunn: Regningskortstatisikk for norske kommuner viste en klar sammenheng mellom økende avstand til legevakt og lavere forbruk av legevakt tjenester i 2011. Antall legekonsultasjoner og sykebesøk per innbygger falt med hhv. 48% og 55% ved en økning i gjennomsnittlig reiseavstand fra 0 til 50 km. En kommunelegevakt med lokalisering utenfor sykehus hadde den høyeste konsultasjonsraten i legevakt etter justering for avstand.	Studien var basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe. Det var sikret at utvalget ikke var selektert, da alle pasientene som hadde oppsøkt legevakten ble inkludert og data ble hentet fra KUHR-databasen. Inklusjonskriteriene for utvalget var klart definert, bare kommuner hvor legevakten holder til i ett fast lokale ble inkludert. 315 kommuner, med totalt 3 448 874 innbyggere var tilgjengelig for analyse, dermed var svarprosenten var høy nok. Det ble brukt objektive kriterier for å vurdere endepunktene Registreringen av data var ikke prospektiv. Problemstillingen og formålet med studien er klart formulert. Styrker i studien er at den henter data fra KUHR-databasen, en offisiell og objektiv kilde. Den har et stort utvalg som styrker resultatene En svakhet ved studien er at dersom en pasient bruker legevakt i en annen kommune enn hjemkommunen, så ble regningskortet registrert på hjemkommunen. Det er ikke informert om hastegrad av pasientene mtp. å oppsøke legevakten.
Konklusjon			
Avstand til legevaktlokalet er avgjørende for i hvilken grad befolkningen i en kommune benytter seg av legevakten. Studien viser også at flerkommunelegevakt er assosiert med redusert bruk av legevakt, samt at samlokalisering med sykehus er assosiert med lavere antall legevaktskonsultasjoner.			
Land			
Norge			
År innsamlet data			
2011			

Referanse: Brennvall H-M, Hauken H, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i Akutt situasjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 654-7			Studiedesign: Prospektiv observasjonsstudie	
			GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/Sjekkliste	
Undersøke hvilke vurderingen som ligger bak avgjørelsen legevaksleger gjør med tanke på om de skal rykke ut til pasienten, eller ikke.	Det ble gjennomført intervju av legevaksleger i Hordaland som i løpet av en kvelds- eller nattevakt, unntatt helger, var blitt alarmert om en akutt hendelse over helse radioen fra AMK Bergen. Totalt 70 dager ble inkludert. Legen ble stilt en rekke spørsmål avhengig av om vedkommende hadde rykket ut eller ikke. I tillegg ble det stilt noen generelle spørsmål. De fleste spørsmålene var formulert som påstander. Basert på de innsamlede svarene ble det laget fem kategorier. Dataene ble så analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.	47 av 95 kontaktede leger ble intervjuet. Legen rykket ut i 65% av hendelsene. Det var vanligvis meldingens innhold om pasientens medisinske tilstand som var avgjørende for legens valg om å rykke ut, mens det oftest var praktiske forhold som gjorde at han/hun ikke rykket ut. Når legen rykket ut, og senere vurderte at det var nødvendig, var pasientens behov for legekompentanse den viktigste oppgitte grunnen.	Formålet med studien er klart formulert og en kvalitativ metode er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Forfatterne har riktignok ikke diskutert hvordan de bestemte seg for metoden de skulle bruke. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, samt hvordan de ble valgt ut – det er ikke diskutert hvorfor de som ikke ønsket å delta, ikke ønsket dette. Karakteristika ved utvalget er ikke beskrevet. Det kommer klart fram at det er brukt intervju som metode for å samle inn data, det er ikke beskrevet en detaljert intervjuguide. Metoden endret seg ikke i løpet av studien. Det kommer ikke klart frem hvilken form dataene har. Etske forhold er vurdert og godkjent av REK. Det er ikke gjort rede for hvilken analyse som ble brukt, og heller ikke hvordan analysen ble gjennomført, foruten om at det ble brukt SPSS. Resultatene ble klart presenter. Studien var prospektiv. Svakheter ved studien er; Intervjuguide ikke beskrevet. Ikke beskrevet hvordan funn ble analysert. Styrker og svakheter ved studien er ikke beskrevet. Lav svarprosent.	
Konklusjon				
En avveining mellom pasientens behov og hva som var praktisk mulig for legen lå til grunn for avgjørelsen om å rykke ut eller ikke i de undersøkte hendelsene. Legevakslegene opplevde et behov for legekompentanse i mange akuttmedisinske situasjoner.				
Land				
Norge				
År innsamlet data				
2015				

Referanse: Nieber T, Hansen E, Hunskaar S, Bondevik G, Blinkenberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2211			Studiedesign: Tverrsnittstudie
			GRADE
			Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Kartlegge hvordan legevaktstjenesten i Norge er organisering. Få data som viser hvordan situasjonen er, hvor raskt endringene skjer, og hvilke driftsbetingelser og ressurser legevaktstjenesten har.	Høsten 2005 sendte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ut et spørreskjema til alle de 433 kommunene i Norge for å kartlegge hvordan legevaktstjenesten er organisert.	To tredeler av alle norske kommuner deltok i interkommunal legevaktordning, mens en tredel av de øvrige kommunene hadde planer om det. Fastlegenes deltakelse i legevakt varierte. I halvparten av kommunene deltar samtlige fastleger i vaktturnus, men deltakelsen avtok med økende antall innbyggere og fastleger i kommunen. Det var stor variasjon i antall henvendelser per innbygger til legevakten i kommunen. På grunn av geografiske forhold var det også stor variasjon i tilgjengelighet når det gjelder ambulanserbiler og med henblikk på kjøretid til legevaktlokalet.	Problemstillingen i studien er klart formulert og et spørreskjema er en velegnet metode for å besvare problemstillingen. Alle landets legevakter ble inkludert i studien. Forfatterne mottok utfylt spørreskjema fra samtlige av landets kommuner, som gir en høy svarprosent, men andelen svar på enkeltspørsmål varierte fra 40-100%. Det er ikke gjort rede for hvordan respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert. Det opplyses ikke om spørreskjemaet er pilottestet. Spørreskjemaet var standardisert og identisk for alle deltagerne. Studien presenterer ikke resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater. Det er ikke oppgitt p-verdier. Studien oppgir ikke hvilket studiedesign som er valgt. Studiens styrker er at resultatene fra studien har avdekket behov for ny forskning. De har en høy svarrespons som styrker resultatene. Svakheter er at det ikke er angitt svakheter og styrker ved studien. Det er heller ikke redegjort for årsak til redusert svarrespons på enkeltspørsmål.
Konklusjon	Det ble bedt om informasjon om legevaktordningen, legevaktsentralens geografiske plassering, vakt-deltagelse blant fastleger, bemanning på legevaktsentralene, antall telefonhenvendelser og dokumentasjon av utfallet av dem, kjøretid til pasienter, samt disponible transportmidler på legevakt.		
Undersøkelsen viste store forskjeller i organiseringen av legevaktstjenesten. Dette kan i noen grad skyldes variasjon i befolkningstetthet og geografiske forhold.	Innsamlede data ble koblet sammen med informasjon om AMK- og legevaktsentraler fra Sosial- og helsedirektoratet. Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS.		
Land			
Norge			
År innsamlet data			
2007			

Referanse: Birkeli C, Rosta J, Aasland O, Rø K. Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? Tidsskr Nor Legeforen 2020.19.0597			Studiedesign: Tverrsnittstudie	
			GRADE	Høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/Sjekkliste	
Studien skulle undersøke hvilke leger som velger seg bort fra allmennmedisin og hvorfor.	Dataene baserer seg på et spørreskjema sendt til Legepanelets 2 195 medlemmer i 2016/2017. Svarprosent var 73,1. Vi brukte grafikk og deskriptive analyser for å studere forskjeller mellom de som hadde vurdert allmennmedisin og likevel ikke valgt det, og de som hadde sluttet i allmennmedisin. Respondenter med manglende feta ble ekskludert fra analysene. Dataene ble registrert og analysert med SPSS.	Av 1153 leger som ikke var allmennleger/fastleger, hadde 44,1% heller ikke vurdert å bli det. 39,9% hadde vurdert, men likevel ikke valgt det, og 16,0% hadde jobbet som fastlege/allmennlege, men sluttet. Administrativ byrde og lite faglig miljø var de viktigste årsakene til at leger valgte seg bort fra allmennmedisin.	Problemstillingen i studien er klart definert, og en spørreundersøkelse er en velegnet metode for å besvare problemstillingen. Alle medlemmer av Legepanelet ble invitert, dette er et utvalg yrkesaktive leger som er representative med tanke på alder, kjønn og stilling. Svarprosenten var høy, på 73.1%. Det er ikke gjort rede for om respondentene skilte seg fra dem som ikke hadde respondert. Spørreundersøkelsen var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Spørreundersøkelsen er ikke anvendt i tidligere studier. Datainnsamlingen var standardisert. Studien brukte målemetoder som var pålitelig for det som skulle måles. Styrke i studien er at forfatterne også har studert dem som har valgt seg bort fra allmennmedisin. Den høye svarprosenten gir god representativitet. En svakhet ved studien er at de årsaksfaktorene som ble spurt om, ikke omfavner alle fastlegens arbeidsbelastninger, som for eksempel vaktordninger. Forfatterne har heller ikke beskrevet hvilket studiedesign som er valgt.	
Konklusjon				
Administrativ byrde og lite faglig miljø var viktige årsaker til at leger enten valgte bort allmennmedisin eller sluttet i faget. Også flere andre årsaker spilte inn, og arbeidet med å rekruttere og beholde allmennleger bør derfor ses i en større sammenheng og mer helhetlig sammenheng.				
Land				
Norge				
År innsamlet data				
2016/2017				

Referanse: Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse I legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6			Studiedesign: Tverrsnittstudie
			GRADE Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Kartlegge fastlegenes vakt deltakelse og holdninger til legevaktarbeid	Et spørreskjema ble sendt til landets 3804 fastleger, som var hentet fra Rikstrygdeverkets fastlegeoversikt. I spørreskjemaet ble det spurt om legens alder, tilfredshet med listelengde, normal vaktbelastning og hvorvidt kommunen deltar i interkommunalt samarbeid. Vakt deltakelse ble så analysert i forhold til lege-, liste- og kommunekarakteristika.	På svar fra 2913 fastleger kunne forfatterne vise at 50% av deltagerne deltok fullt i legevakt, 15% delvis og 35% ikke. 28% hadde formelt fritak og 13% hadde en fast vikar som tok vaktene deres. Kvinnelige leger deltok sjeldnere i legevakt, og vakt deltakelse avtok med legens alder. Svært få leger ønsker å fortsette med legevakt etter 55 år. Vakt deltakelse var lavere i store og sentrale kommuner. Interkommunale legevaktordninger medførte redusert vaktbelastning, men økte ikke legenes vakt deltakelse. Listekarakteristika hadde liten innvirkning. Bare 16% ønsket å ta ekstravakter, og 60% forsøkte å gi fra seg mange av vaktene sine.	Problemstillingen i studien var klart definert. Det var valgt en god metode for å besvare problemstillingen i oppgaven. Populasjonen i studien var alle landets fastleger, utvalget var klart definert og utvalget ble inkludert på en tilfredsstillende måte, da alle fastlegene ble kontaktet. 2913 av 3804 fastleger deltok på undersøkelsen. Dette gav en svarprosent på 76%. Leger med lange lister var noe underrepresentert, og leger med fulle lister svarte noe hyppigere enn leger med åpne lister. Ellers var det ingen signifikante forskjeller i svarprosent. Spørreskjemaet er ikke brukt i tidligere undersøkelser, det ble heller ikke pilottestet. Datainnsamlingen var identisk for alle deltagerne. Det er ingen åpne spørsmål i spørreundersøkelsen, og det oppgis ikke om analyseringen av data er gjort av to eller flere uavhengige personer. Styrker ved undersøkelsen er at svarprosenten er høy og at materialet syntes å være relativt representativt. En svakhet ved studien er at det ikke er oppgitt hva som er studiedesign.
Konklusjon			
Mange fastleger velger bort legevaktarbeid. Med et aldrende fastlegekorps vil dette bli et økende problem for små og sårbare vaktordninger			
Land			
Norge			
År innsamlet data			
2007			

