

Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009

Rapport nr. 7-2010

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Bergen
Ansvarlig	Forskningsleder Steinar Hunskaar
Forfattere	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Steinar Hunskaar, prof. dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-35-5 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 7-2010
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009
Antall sider	26
Publiseringsmåned	Desember 2010
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni helse og knyttet faglig til Seksjon for allmennmedisin, UiB, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
E-post post@legevaktmedisin.no
Telefon +47 55586500
Telefax +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

Dette er andre rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Den inkluderer årene 2008 og 2009. Etter hvert håper vi at disse rapportene skal bli en årlig foreteelse. Det er behov for presise data fra aktiviteten på legevakt, og regningskortene er et godt grunnlag for å kunne gi en tilnærmet fullstendig rapportering.

Mange data fra legevakt vil være relativt uendret fra det ene året til det andre. Det gjelder for eksempel relativ fordeling av kontakttyper i forhold til døgnets timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen. Ved presentasjon av slike data har vi i denne rapporten lagt mest vekt på året 2009.

Andre data er mer relevante for årlige analyser, slik at man kan følge utviklingen over tid. Det kan for eksempel gjelde fordelingen av ulike typer vaktleger, kontakttyper og takstbruk. Ved presentasjon av slike data har vi tatt med alle årene fra 2006 til 2009.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2009 var det naturlig å se nærmere på svineinfluensa-epidemien.

Prosjektet er vurdert av personvernansvarlig i NAV og personvernombudet for forskning. Siden det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner i materialet, verken direkte eller indirekte, er prosjektet ikke underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven.

Rapporten er utarbeidet av dr. med. Hogne Sandvik, i samråd med professor Steinar Hunskår. Vi vil rette en takk til seniorrådgiver Vegard Håvik (Helsedirektoratet, Avd. behandlingsrefusjon), som har tilrettelagt dataene for analyse.

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	6
Legevakt	6
ICPC	6
Takstsystem	6
Materialet	7
Kontakter	8
Diagnoser	12
Legers deltakelse i legevakt	20
Takster	22
Svineinfluensaen høsten 2009	23
Referanser	26

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2009. For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Disse regningskortene inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Det er egne takstkoder for ulike typer pasientkontakter, og tilleggskoder for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggskoder dersom legen har spesielle kvalifikasjoner.

Det var i 2009 nesten 1,8 millioner pasientkontakter, hvorav 74,5 % var konsultasjoner og 4,3 % sykebesøk. Nesten 20 % var telefonkontakter. Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. I 2009 var det bare ca. 75 000. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Statistikken viser ellers at det er vaktleger i små utkantkommuner som oftest kjører i sykebesøk.

40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene. De travleste periodene i 2009 var påskeuken, jule- og nyttårshelgen, samt under den meste hektiske svineinfluensaepidemien i slutten av oktober. Svineinfluensaen rammet først og fremst barn og unge, og disse legevaktkontaktene ble oftere enn ellers håndtert som telefonkontakter.

Diagnosefordelingen er svært stabil fra det ene året til det andre. Sykdommer i åndedretsorganene er den hyppigste kontaktårsaken, fulgt av allmenne/uspesifikke tilstander og muskel- og skjelettlidelser. De hyppigste enkelt diagnosene er forkjølelser, sår/kutt og urinveisinfeksjoner. I 2009 var influensa årsak til 2,7 % av kontaktene. Det var ca. tre ganger så hyppig som de foregående årene.

Det er en klar overrepresentasjon av sykdommer i åndedretsorganer om vinteren. Omvendt sees en overrepresentasjon av hudlidelser om sommeren. Det er også døgnvariasjoner: Psykiatri og mage- lidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre-nese-hals. Ulike aldersgrupper har også ulike diagnosespekter. Sykdommer i åndedretsorganene, øye og øre-nese-hals avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant voksne.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas over halvparten av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stpendiater. Statistikken viser at erfarne allmennleger deltar stadig mindre i legevakt. Selv om stadig flere fastleger er unge kvinner, er det ingen tegn til at denne gruppen øker sin andel av legevaktene.

Det er en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 32 % av konsultasjonene. Tidstaksten ble brukt i hver tredje konsultasjon. Det er ellers verdt å merke seg av bruken av sykmeldinger kulminerte i 2007 og siden har vist en avtakende tendens. I 2009 resulterte 6,4 % av konsultasjonene i sykmelding.

Innledning

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. I 2007 publiserte NAV rapporten "Hva foregår på legekantorene" med konsultasjonsstatistikk basert på innsendte refusjonskrav i 2006 (1). Denne rapporten omfattet data fra både legevakt, fastleger og privatpraktiserende spesialister. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har senere utarbeidet en rapport basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 og 2007 (2), og viderefører nå statistikken med data fra 2008 og 2009.

Statistikk og epidemiologisk kartlegging har stor verdi i seg selv, og slike data kan brukes som utgangspunkt for bedre planlegging av virksomheten både nasjonalt og lokalt, og til forsknings- og utviklingsarbeid. Dersom data kan knyttes til ulike former for tilbakemeldinger (audit), kan epidemiologiske data også bli et verdifullt kvalitetssikringsverktøy (3).

Legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. Det meste av legevaktarbeidet skjer utenom ordinær arbeidstid. I ordinær arbeidstid ivaretas det meste av øyeblikkelig hjelp av fastlegene. Noen kommuner har også organisert en egen stasjonær daglegevakt.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (4). Avtaleverket gir rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (5, 6). Vel halvparten av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

ICPC

Allerede i 1992 fastsatte Rikstrygdeverket at alle primærleger skal bruke ICPC (International Classification of Primary Care) for koding av diagnoser på legeregningskort og sykmeldinger. Hensikten var å få et enhetlig system for koding av diagnoser. Norge var dermed det første landet som gjorde ICPC til en offisiell nasjonal standard. Siden 2004 har man brukt oppfølgeren ICPC-2 (7).

ICPC er basert på en enkel struktur med en bokstavkode for organsystem (samt egne bokstavkoder for allmenne tilstander, psykiske og sosiale problemer) og en tosifret tallkode for nærmere presisering. Eksempel: Diagnosekoden for lungebetennelse består av bokstaven R (for sykdom i luftveiene) og tallkoden 81.

Takstsystem

For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Regningskortet inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Takstkodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av legeföreningen og staten (8).

Takstene består av egenandeler som pasientene betaler selv og av refusjon fra HELFO. Det er egne takster for ulike typer pasientkontakter, og tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggstakster dersom legen har spesielle kvalifikasjoner (spesialist i allmennmedisin, doktorgrad).

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaksleger i årene 2006 til 2009. Variablene er pasientens kjønn og alder, kontakttidspunkt, diagnoser og takster. Disse dataene er koplet med følgende opplysninger om legene: alder, kjønn, praksiskommune og hvorvidt de er fastleger eller ikke.

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort. Papirbaserte refusjonskrav og refusjon som utbetales til pasienten hvis legen ikke har avtale om direkte oppgjør, er ikke med i materialet. Det er beregnet at disse utgjorde 4,9 % av alle legevaktkontaktene i 2006 (1). Andelen har åpenbart avtatt i årene etter.

Ved noen legevakter har legene fast lønn, og regningene kan da ha blitt registrert på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. I disse tilfellene har vi ingen informasjon om legen. Antall regningskort (kontakter) fra uidentifiserte leger varierer fra år til år, var særlig høyt i 2007 (10,4 %), og utgjør et usikkerhetsmoment i analysene. Det er grunn til å tro at det kan være systematiske forskjeller på identifiserte og uidentifiserte leger. En sammenligning av tallene fra 2006 og 2007 kan tyde på at yngre leger er overrepresentert blant de uidentifiserte (turnusleger?).

De første årene var det også sannsynlig at det manglet opplysninger om en del av kontaktene som i sin helhet er betalt av pasientene. Dette gjelder i all hovedsak konsultasjoner (takstkode 2ad, 2ak) og sykebesøk (takstkode 11ad) med leger som ikke er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Vi har anslått at slik underrapportering kunne utgjøre inntil 8 % av konsultasjoner og sykebesøk i 2007 (2). Etter innføring av elektronisk frikortløsning skal alle kontakter rapporteres til HELFO.

Som det vil fremgå av denne rapporten har det vært en økning i antall kontakter på legevakt de senere årene. En del av denne økningen er ikke reell, men avspeiler mer fullstendig rapportering til HELFO.

Kontakter

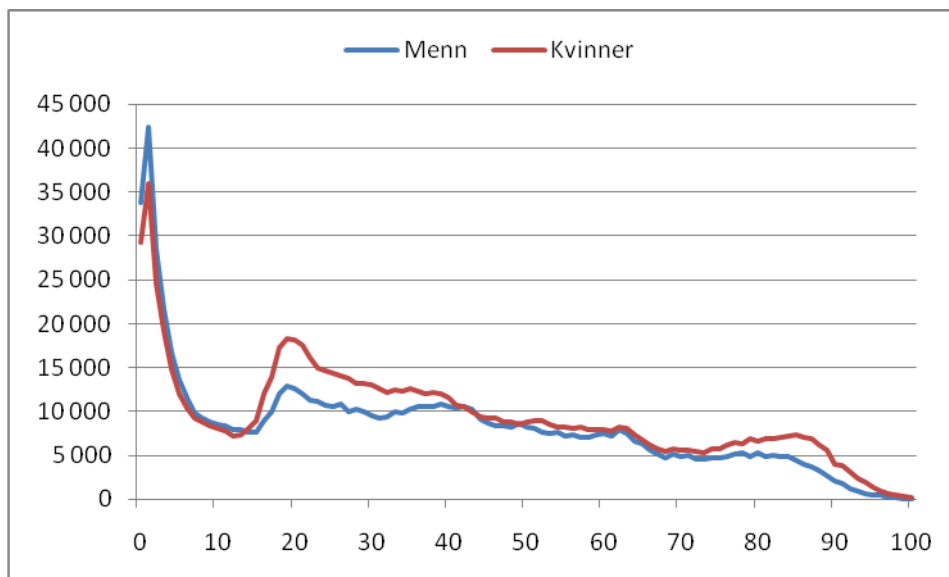
Tabell 1: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2007	2008	2009
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2	76,0	77,3	74,5
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	5,1	4,6	4,3
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1	17,7	16,7	19,7
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h	1,0	1,2	1,8	1,6
N		1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761

Økningen i antall kontakter er noe større de to siste årene enn fra 2006 til 2007, og det er rimelig å anta at en del av denne økningen kan tilskrives mer fullstendig rapportering av alle kontakter.

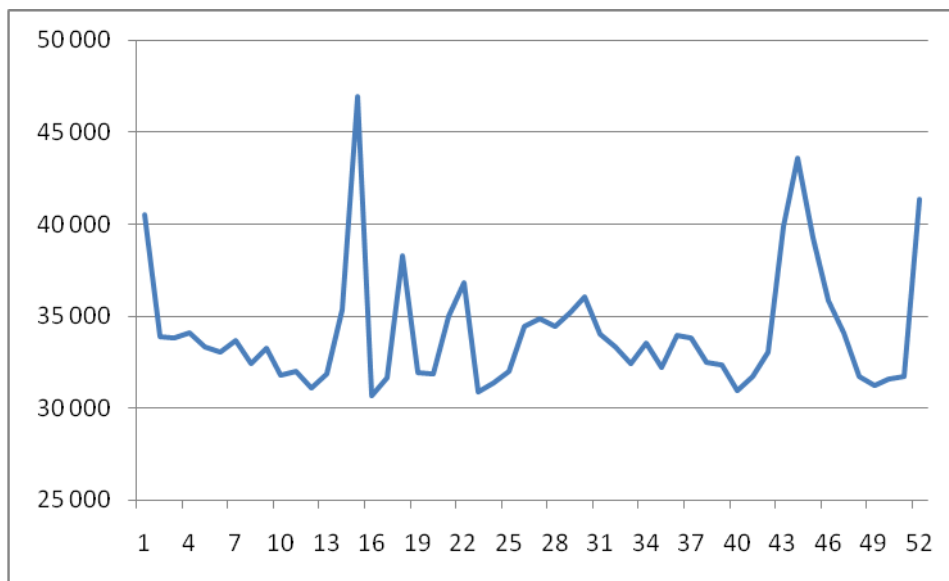
Relativt sett kan en merke seg at andelen sykebesøk reduseres jevnt og trutt fra det ene året til det neste. Denne utviklingen har pågått over lang tid. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (9), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (3). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (10). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter i raskt tempo. I 2009 var det 75 884 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2009)



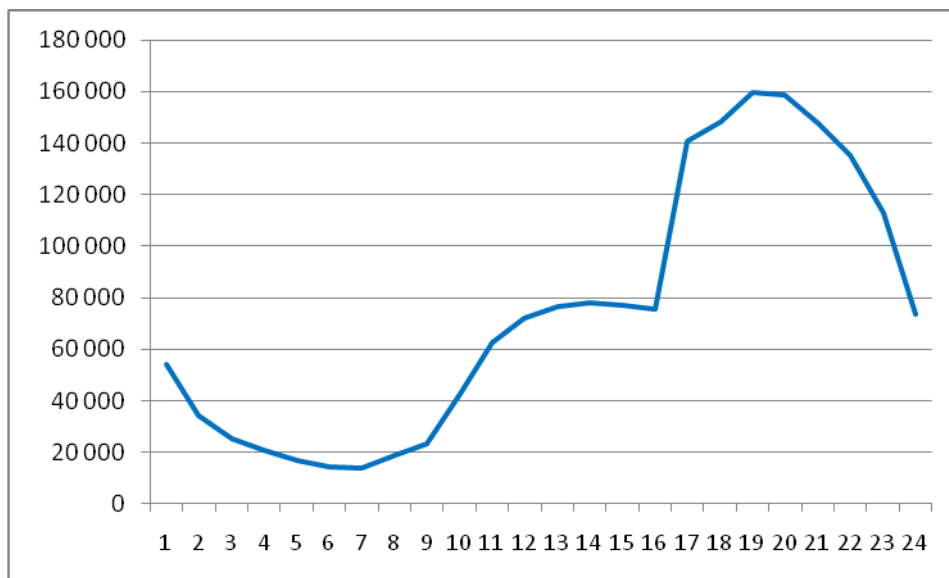
Figuren viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra de aller minste barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn.

Figur 2: Antall kontakter per uke (2009)



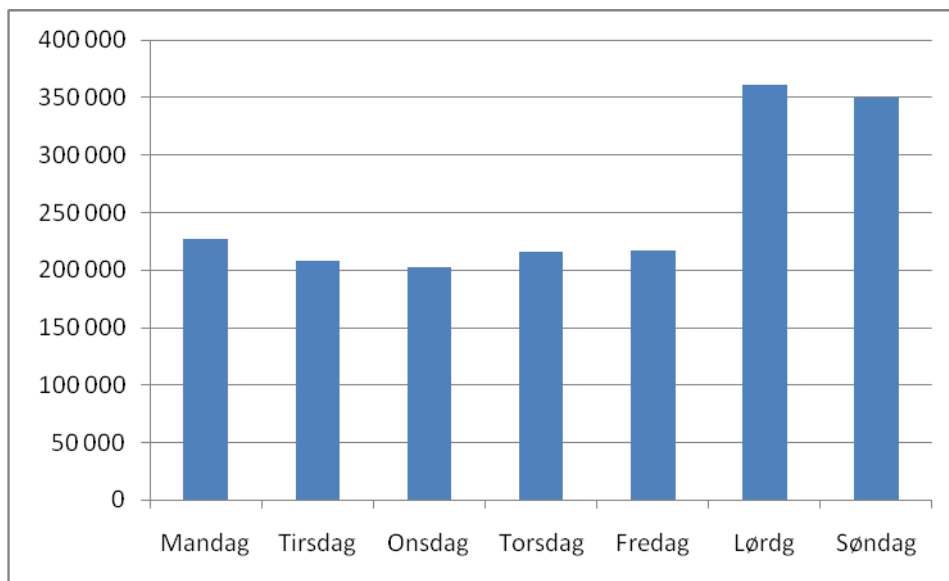
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i uke 15 (påske) og i uke 44 (svineinfluensa), samt i juleferien. Økningen i påske- og juleferien skyldes trolig at mange fastleger da har dårligere tilgjengelighet. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist til å bruke lokal legevakt.

Figur 3: Antall kontakter per klokke (2009)



Kontaktfrekvensen på legevakt er klart høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontakttypene (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte henvendelser på dagtid foregår hos fastlegene og ikke på legevakt. Men i helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, noe som tydelig viser igjen i statistikken. Alle kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med ca. 20 % på lørdag og 20 % på søndag, mens resten av ukedagene har 11-13 % (fig 4).

Figur 4: Antall kontakter per ukedag (2009)



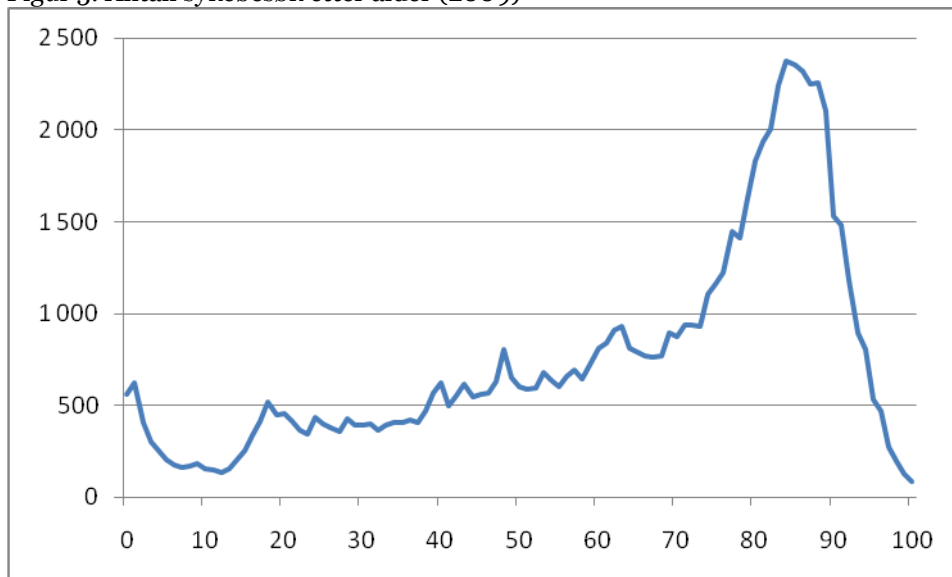
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2009)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	591 300	79,6	4,3	15,5	0,6
Innb 10 001 – 50 000	770 631	74,1	2,5	21,2	2,2
Innb 5 001 – 10 000	197 452	71,2	6,0	21,2	1,7
Innb 2 001 – 5 000	175 369	67,4	7,8	23,0	1,8
Innb < 2 001	48 009	59,1	11,5	27,9	1,5
Sentral	922 886	77,8	4,3	17,0	0,9
Noe sentral	453 027	72,5	2,2	22,5	2,8
Mindre sentral	131 140	73,7	4,6	20,3	1,4
Minst sentral	275 708	67,3	7,3	23,6	1,8

Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker telefonkontakter og sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at vaktlegene i utkantstrøk oftere kjenner pasientene fra før og derfor kan løse flere problemer på telefon. Antall henvendelser per lege er også lavere i perifere strøk og dermed har vaktlegen mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

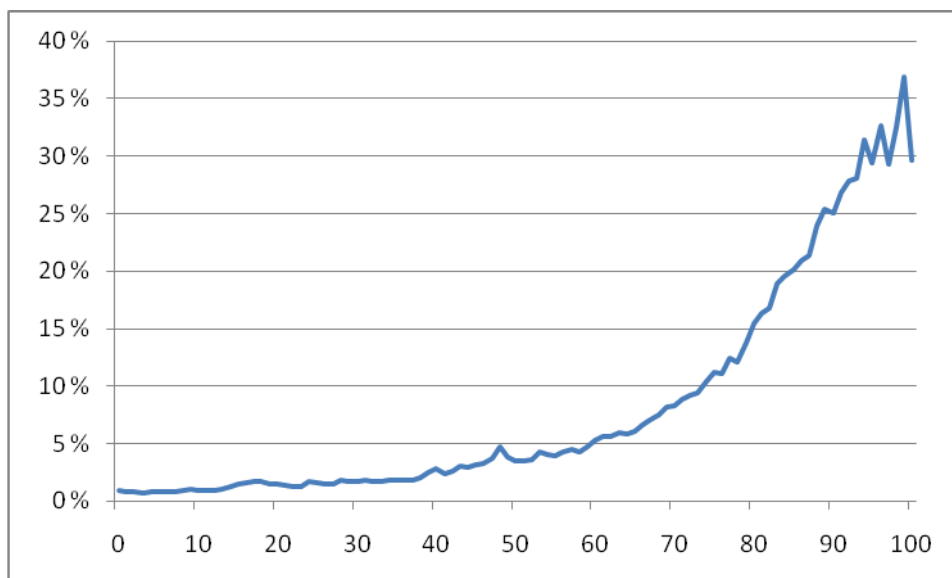
Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (11).

Figur 5: Antall sykebesøk etter alder (2009)



Figur 5 viser at sykebesøk er en kontaktform som stort sett forbeholdes eldre pasienter. Dette blir enda tydeligere om vi ser sykebesøkene som prosentvis andel av alle kontakter på hvert alderstrinn (fig 6). Kurven når en topp ved 99 år hvor 36,9 % av alle kontakter skjer i form av sykebesøk.

Figur 6: Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder (2009)



Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2007	2008	2009
A: allment	13,1	13,4	13,5	15,9
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	9,8	10,2	9,7
F: øye	4,5	4,4	4,4	4,1
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,9
K: hjerte/kar	3,8	3,8	3,7	3,5
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	15,0	14,2
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7
P: psykiatri	4,8	4,8	4,8	4,8
R: respirasjon	21,3	21,4	20,6	21,3
S: hud	11,4	10,9	11,0	10,2
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9
U: urin	5,1	5,2	5,3	5,4
W: svangerskap	1,2	1,2	1,3	1,2
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,9
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,2
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761

Denne tabellen viser at fordelingen på diagnosegrupper er svært stabil fra det ene året til det andre. En kan merke seg at influensaepidemien høsten 2009 knapt gir utslag i denne statistikken (R80: influensa).

Tabell 4: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene (prosent av alle)

Diagnoser	2006	2007	2008	2009
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,9	5,1	4,9
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,5	3,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,3	3,4	3,6
D01: abdominalsmerter	2,9	3,1	3,2	3,1
R80: influensa	0,9	0,9	0,7	2,7
A03: feber	2,2	2,1	2,0	2,3
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,1	1,5	2,3
R05: hoste	2,1	2,0	1,9	1,8
R81: lungebetennelse	2,0	2,0	1,8	1,5
F70: infeksjøs konjunktivitt	1,8	1,7	1,7	1,4
A29: generelle symptomer/plager	1,7	0,5	0,5	0,5
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,7	1,6	1,5
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,6	1,4
R78: akutt bronkitt/bronkiolitt	1,6	1,5	1,4	1,2
R76: akutt tonsillitt	1,4	1,4	1,4	1,1
R75: bihulebetennelse	1,2	1,3	1,2	1,0
A11: brystsmerte	0,9	1,1	1,2	1,2
A58: terapeutisk samtale/rådgivning	0,4	1,1	0,6	1,3
R83: luftveisinfeksjon	1,0	1,1	1,0	1,0
R96: astma	1,0	0,9	0,8	0,9
R21: hals symptomer/plager	1,0	1,0	1,0	1,0
Sum diagnoser	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre. Men her er det tydelig at influensa har vært en mye hyppigere kontaktårsak i 2009 enn tidligere år. Ellers finner vi de største variasjonene i mer uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom), A29 (generelle symptomer/plager) og A58 (terapeutisk samtale/rådgivning). Trolig skyldes disse

endringene at kodepraksisen har endret seg på enkelte legevakter, for eksempel ved at det tas i bruk makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort ved telefonkonsultasjoner.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde ca. 27 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde ca. 38 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser

Tabell 5: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2009)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	15,9	10,4	23,2	34,2
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,4
D: fordøyelse	9,7	9,9	9,1	9,6
F: øye	4,1	5,0	0,6	1,8
H: øre	2,9	3,4	0,5	1,8
K: hjerte/kar	3,5	3,3	9,4	3,1
L: muskel/skjelett	14,2	15,7	11,0	9,6
N: nevrologi	3,7	3,6	5,7	3,7
P: psykiatri	4,8	3,6	10,6	6,9
R: respirasjon	21,3	23,6	16,1	14,8
S: hud	10,2	11,7	4,0	5,6
T: metabolsk	0,9	0,6	2,1	1,8
U: urin	5,4	5,8	5,5	3,7
W: svangerskap	1,2	1,3	0,5	1,3
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,4	1,0
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,6	0,5
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,3
Sum kontakter	1 782 761	1 328 643	75 884	350 337

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling. Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og til dels psykiatri. Mange allmenne og uspesifiserte problemstillinger avklares også gjennom telefonkontakter.

Den hyppigste allmenne diagnosekoden i forbindelse med sykebesøk er dødsfall (A96), og i forbindelse med telefonkontakt helseproblem/sykdom (A99). Øyesykdommer håndteres oftest som

konsultasjon og hyppigste enkeltdiagnose er infeksiøs konjunktivitt (F70). Sykebesøk for hjerte- og karsykdommer dreier seg oftest om hjerneslag (K90) og hjertesvikt (K77). Innen psykiatrikapitlet er depressiv lidelse (P76) den hyppigste diagnosekoden, uansett kontakttipe. Når det gjelder kontakter for sykdommer i åndedretsorganene er hyppigste enkeltdiagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved konsultasjoner, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk og influensa (R80) ved telefonkontakt. Hudsykdommer behandles oftest i konsultasjon og den hyppigste enkeltdiagnosen er åpent sår/kutt (S18).

Tabell 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2009)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	20,2	15,3	15,4
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	14,4	8,2	9,5
F: øye	2,0	5,0	4,1
H: øre	1,5	3,2	3,0
K: hjerte/kar	4,9	3,4	3,3
L: muskel/skjelett	10,8	14,9	14,5
N: nevrologi	4,7	3,1	3,8
P: psykiatri	9,5	3,9	4,4
R: respirasjon	15,4	22,9	21,7
S: hud	8,1	9,7	10,7
T: metabolsk	0,9	1,0	0,9
U: urin	4,6	6,0	5,2
W: svangerskap	1,2	1,2	1,2
X: kv. kjønnsorgan	0,7	0,9	0,9
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,7
Z: sosialt	0,4	0,3	0,2
Sum kontakter	198 545	507 303	1 076 913

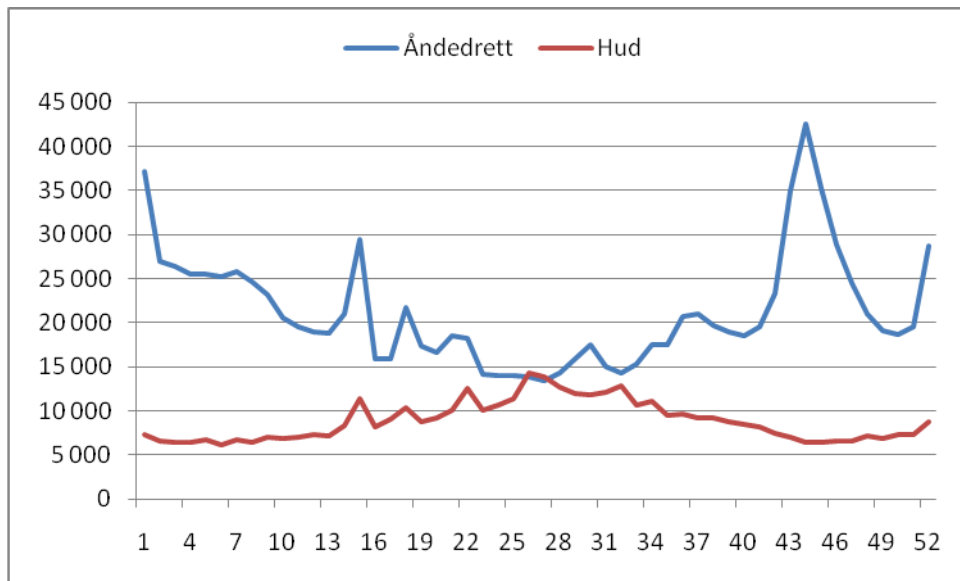
Det er også tydelige døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper. Psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre-nese-hals. Disse siste sykdommene oppleves trolig oftere som mindre truende, slik at de kan utsettes til neste dag.

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2009)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	14,8	15,1	14,6	14,5	15,0	15,4	16,0	16,0	16,0	17,8	18,9	16,3
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,7	9,8	11,0	10,5	9,9	9,6	9,7	9,4	9,6	8,8	8,5	10,2
F: øye	3,7	3,7	4,2	4,6	5,2	5,0	4,1	3,6	3,9	3,8	3,3	4,3
H: øre	3,7	4,1	3,7	3,2	2,7	2,4	2,8	2,3	2,5	2,4	2,4	2,9
K: hjerte/kar	3,3	3,5	3,7	3,8	3,6	3,7	3,6	3,7	3,5	3,2	3,1	3,7
L: muskel/skjelett	13,1	14,3	15,1	15,2	15,6	16,1	14,6	15,1	14,6	12,6	11,0	13,7
N: nevrologi	3,5	3,6	4,1	3,8	4,0	3,8	3,7	3,6	3,9	3,5	3,4	3,5
P: psykiatri	4,5	4,6	4,9	4,9	5,0	5,1	5,1	5,0	4,8	4,6	4,2	5,0
R: respirasjon	27,2	25,0	21,0	19,3	18,0	14,8	15,0	17,0	20,4	25,8	30,1	21,6
S: hud	7,4	7,5	8,5	10,1	11,3	14,0	14,6	13,6	10,9	8,6	7,0	8,5
T: metabolsk	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8	0,8	1,0
U: urin	5,1	4,6	4,9	5,7	5,3	5,4	6,0	6,0	5,5	5,1	4,6	6,0
W: svangerskap	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,1	1,2
X: kv.kjønnsorgan	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,9
Y: m.kjønnsorgan	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Sum kontakter	156 867	132 666	141 585	152 451	154 245	140 350	152 664	149 605	140 134	154 546	158 315	149 333

Den tydeligste endringen i diagnosebruk gjennom året er en klar overrepresentasjon av sykdommer i åndedretsorganene i vinterhalvåret. Omvendt sees en overrepresentasjon av hudlidelser om sommeren.

Figur 7: Antall kontakter per uke av sykdommer i åndedretsorganer og hud



Figuren viser hvordan hudsykdommene er hyppigst i sommermånedene, mens sykdommer i åndedretsorganene dominerer om vinteren. For året 2009 kom det en ekstra høy topp i slutten av oktober. Dette skyldes svineinfluensaepidemien.

Tabellen på neste side viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønnsespesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelser og menn mer hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2009)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	15,6	16,2
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,4	8,9
F: øye	3,4	4,9
H: øre	2,7	3,1
K: hjerte/kar	3,5	3,6
L: muskel/skjelett	13,6	14,9
N: nevrologi	3,9	3,5
P: psykiatri	4,3	5,4
R: respirasjon	21,4	21,2
S: hud	8,5	12,1
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	7,2	3,2
W: svangerskap	2,3	-
X: kv. kjønnsorgan	1,6	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	952 630	830 131

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2009)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 25	26 - 40	41 - 60	61 - 80	81 -
A: allment	26,2	19,8	16,3	12,9	12,8	13,4	14,2	15,7	20,9
B: blod	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6
D: fordøyelse	10,8	8,4	9,9	8,6	10,6	10,0	9,0	9,7	9,4
F: øye	5,9	5,9	4,5	3,7	3,8	4,6	4,5	2,9	1,2
H: øre	7,1	8,3	6,9	3,7	1,9	1,9	1,8	1,1	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	0,9	1,8	4,6	9,6	11,8
L: muskel/skjelett	1,5	4,4	10,1	23,9	15,0	15,4	18,9	15,6	14,1
N: nevrologi	2,2	2,3	2,9	4,0	4,1	4,0	4,2	4,0	3,6
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	1,6	5,9	7,6	8,0	4,2	3,3
R: respirasjon	36,4	33,5	26,6	23,4	20,9	19,5	16,2	16,5	15,1
S: hud	7,5	12,6	17,3	14,0	11,0	9,5	9,9	8,5	6,0
T: metabolsk	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,2	2,6
U: urin	0,9	2,9	3,5	2,0	6,3	5,1	5,6	8,1	9,6
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	3,2	3,7	0,1	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,7	1,5	0,9	0,5	0,4
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,6	0,7	0,7	0,5	0,8	0,6
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	141 638	125 470	102 100	95 438	269 792	342 260	342 004	237 584	126 475

Ulike aldersgrupper har ulike diagnosespekter. Allmenne og uspesifiserte diagnoser benyttes mest på de aller yngste og eldste pasientene. Sykdommer i åndedretsorganene, øye og øre-nese-hals avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant voksne.

Legers deltakelse i legevakt

Tabell 10: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle kontakter)

Legegruppe	2006	2007	2008	2009
Fastlege	43,7	42,7	54,2*	51,7*
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	28,8	26,1	23,8
Kvinne	20,9	20,3	19,8	20,1
Alder < 30	13,6	10,9	10,6	10,7
Alder 30 – 39	36,0	35,5	38,6	38,1
Alder 40 – 49	24,7	23,1	22,7	21,4
Alder 50 – 59	16,9	16,5	15,8	16,2
Alder 60 –	2,7	3,6	3,6	3,8
Uidentifisert lege	6,1	10,4	8,7	9,7
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761

*ikke sammenlignbare med tilsvarende tall for 2006 og 2007

NAV, som leverte filene for 2006 og 2007, definerte vaktlegen som fastlege dersom legen var registrert som fastlege på konsultasjonstidspunktet. HELFO var ikke i stand til å levere en like presis variabel, og definerte vaktlegen som fastlege dersom legen på et eller annet tidspunkt i løpet av året var registrert som fastlege. Dette medfører at andel fastleger vil bli overvurdert i årene 2008 og 2009. Økningen fra 2007 til 2008 er således ikke reell. Trolig har det vært en jevn nedgang alle årene, noe som også viser seg i at andelen spesialister i allmenntmedisin viser samme utvikling.

Et annet metodologisk problem er at andel uidentifiserte leger varierer fra år til år. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. De uidentifiserte legene har neppe samme distribusjon som de identifiserte, og den tilsynelatende nedgangen i vakt deltakelse blant de yngste legene fra 2006 til 2007, skyldes nok at disse i større grad befinner seg blant de uidentifiserte. Trolig er det mange turnusleger blant disse. Den relative økningen blant de eldste legene har trolig samme forklaring.

En stadig økende andel av fastlegene er kvinner. Kvinnelige fastleger er dessuten gjennomgående betydelig yngre enn mannlige fastleger. En skulle derfor vente at dette ville avspeile seg i en økende andel av vaktarbeidet ble utført av kvinnelige leger. Statistikken viser imidlertid at så ikke er tilfelle.

Tabell 11: Spesialister i allmenntmedisin: Deltakelse i legevakt (prosent av alle kontakter med identifisert lege) etter praksiskommunens størrelse og sentralitet.

Praksiskommune	2006	2007	2008	2009
Innb > 50 000	31,7	29,8	30,9	29,1
Innb 10 001 – 50 000	33,4	33,7	27,9	25,2
Innb 5 001 – 10 000	29,8	34,3	28,6	28,1
Innb 2 001 – 5 000	30,8	32,1	26,1	23,6
Innb < 2 001	27,8	28,9	21,0	18,1
Sentral	30,9	30,9	28,8	27,4
Noe sentral	34,9	34,2	30,7	27,8
Mindre sentral	28,1	32,9	25,2	19,4
Minst sentral	32,2	32,9	26,1	24,3

I denne tabellen er de uidentifiserte legene ekskludert. Derfor vil en i noen grad overvurdere vakttdeltakelsen til spesialister i allmenntmedisin. Dette var særlig uttalt i 2007. Det er likevel ingen tvil om at hovudetendensen går i retning av at spesialister i allmenntmedisin deltar mindre og mindre i legevakt. Det er størst endring i de minste og mest perifere kommunene.

Takster

Tabell 12: De hyppigst brukte takstkodene i 2006 og etterfølgende år (prosent av alle)

Takstkoder	2006	2007	2008	2009
2ak: konsultasjon kveld	25,2	24,9	25,0	24,6
701a: laboratorium	9,5	10,3	10,9	11,2
2ck: tidstakst kveld	9,4	9,3	9,4	9,4
705k: CRP	8,9	9,0	9,5	9,8
2dk: spesialisttillegg konsultasjon kveld	7,8	7,3	6,6	6,1
1bk: telefon kveld	6,0	6,3	5,8	6,9
21k: reisetillegg kveld	4,9	4,8	4,4	3,9
2fk: utrykning til kontor	3,8	3,9	3,7	3,4
100: småkirurgi	2,8	2,8	2,8	2,6
2ad: konsultasjon dag	2,3	2,2	2,4	2,4
11ak: sykebesøk kveld	2,2	2,0	1,7	1,6
L1: sykmelding	2,2	2,3	2,2	1,9
706k: streptest	1,4	1,3	1,5	1,3
707: EKG	1,2	1,4	1,5	1,5
11ck: tidstakst sykebesøk kveld	1,1	1,0	0,9	0,9
149a: lokalanestesi	1,1	1,1	1,1	1,0
1f: kontakt med hjemmesykepleie og lignende	1,0	1,0	1,0	1,0
2cd: tidstakst konsultasjon dag	0,7	0,6	0,7	0,8
11dk: spesialisttillegg sykebesøk kveld	0,6	0,5	0,4	0,3
1g: telefon natt	0,5	0,5	0,4	0,4
708a: blodsukker	0,6	0,6	0,7	0,8
1bd: telefon dag	0,5	0,5	0,5	0,6
Sum takstkoder	3 945 400	4 003 882	4 269 804	4 368 839

Den tydeligste tendensen er jevn økning i bruk av laboratorietaksten (701a). Det har vært en reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg, noe som også viser at spesialister i allmenntilleggsmedisin har redusert sin vakt deltakelse. Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger.

Tabell 13: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

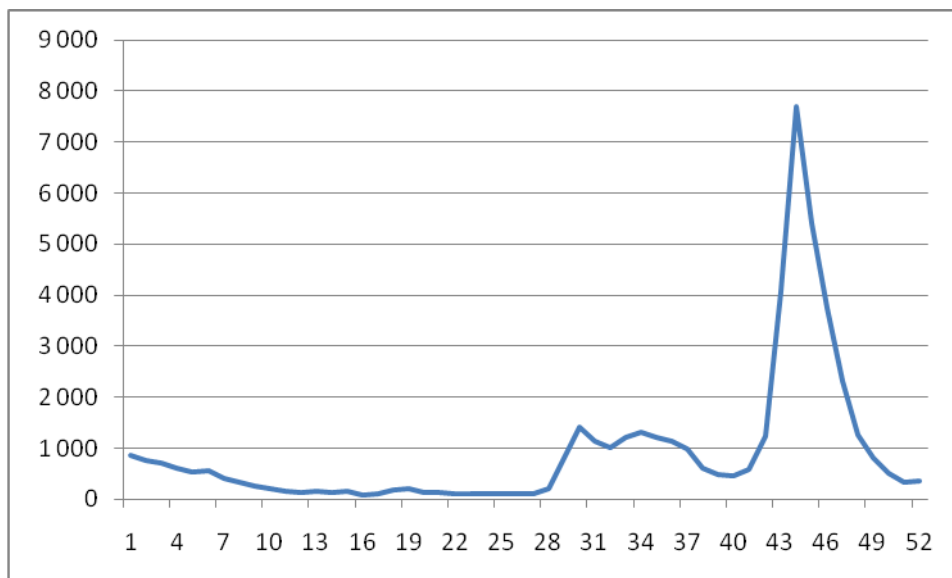
	2006	2007	2008	2009
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	25,0	22,5	21,2
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	31,9	32,7	33,6
Laboratorium (701a)	30,3	33,2	35,2	36,9
CRP (705k)	28,2	29,2	30,6	32,2
Streptest (706k)	4,3	4,3	4,7	4,2
EKG (707, 707a)	3,9	4,5	4,9	5,1
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	10,5	10,8	10,9	10,6
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,3	3,2	3,2
Sykmelding (L1)	6,9	7,4	7,2	6,4
N	1 238 791	1 240 235	1 323 453	1 328 643

Igjen sees en reduksjon i bruk av spesialisttakst og økt bruk av laboratorietakst. En skal også merke seg at bruken av sykmelding kulminerte i 2007 og siden har avtatt.

Svineinfluensaen høsten 2009

Høsten 2009 var preget av en utbredt influensaepidemi. Den første bølgen ble registrert fra uke 29. Deretter kom den neste store bølgen fra uke 42, med en absolutt topp i uke 44, da det ble registrert mer enn 7 500 kontakter på grunn av influensa. I uke 50 var det meste overstått.

Figur 8: Antall influensakontakter per uke (2009)

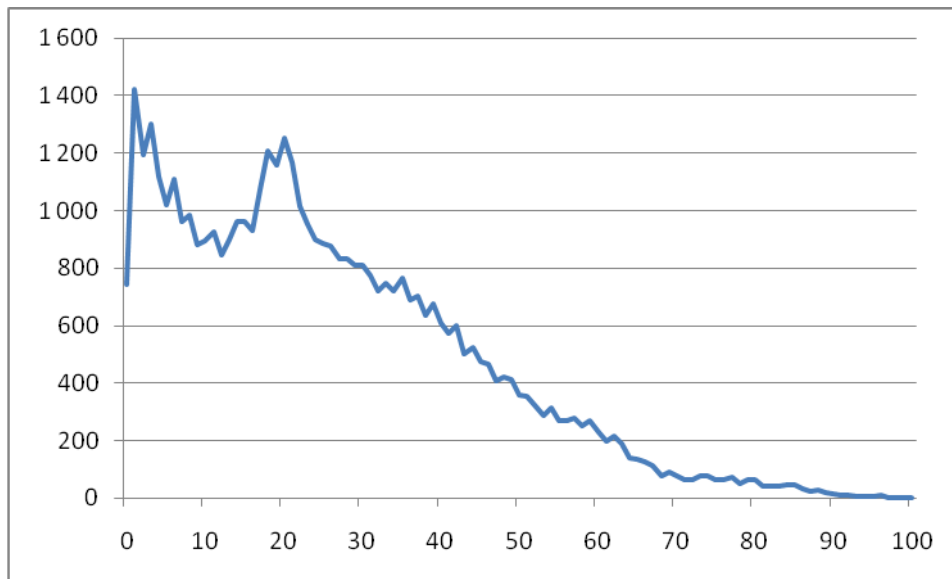


Tabell 14: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene ved influensa og alle diagnoser (2009)

	Takstkoder	Influensa	Alle diagnoser
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	64,6	74,5
Sykebesøk	11ad, 11ak	1,7	4,3
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	31,8	19,7
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h	1,9	1,6
N		47 972	1 782 761

Influensapasienter ble i større grad enn andre håndtert per telefon. Mens 19,7 % av alle legevaktkontakter var telefonkontakter, var hele 31,8 % av influensakontaktene telefonkontakter.

Figur 9: Antall influensakontakter etter alder



Svineinfluensaen rammet i første grad barn og unge. Størst hyppighet ble registrert blant ettåringene. Deretter avtok hyppigheten frem til 11-årsalder, for så å stige igjen med neste topp blant 22-åringene. Deretter avtok hyppigheten med alderen, og det var svært få pasienter over 70 år.

Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, oktober 2007.
2. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
3. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf.
4. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html.
5. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 1347-50.
6. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 2513-6.
7. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage_1186.aspx.
8. Normaltariffen. Den norske legeforening. www.legeforeningen.no/cocoon/legeforeningen/normaltariff.xsp.
9. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
10. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1292-3.
11. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html.